

République Algérienne Démocratique et Populaire
Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique
Université de Bejaia
Faculté des Sciences Humaines et Sociales
Département de Psychologie et d'Orthophonie



Mémoire de fin de cycle
En vue d'obtention du diplôme de master
En psychologie clinique

Le thème :
*Le soutien social et la dépression chez les
personnes âgées placés au foyer*
Étude de six cas

Réalisé par :

- M^{elle} : DJEBBARI Anissa
- M^{elle} : DJARAOUANE Samira

Encadré par :

Dr : MEBAREK BOUCHAALA FATEH

Année universitaire
2023/2024

REMERCIEMENTS

*La réalisation de ce travail a été au premier lieu grâce au BON DIEU à
Qui nous tenons avant tout à le remercier de nous avoir donné le courage d'en
Arriver là.*

*Puis nous adressons toute notre reconnaissance au directeur de ce
Mémoire monsieur MEBAREK Fateh pour sa patience, sa disponibilité et
surtout ses judicieux conseils.*

*Nous souhaitons aussi adresser nos remerciements les plus sincères au
Corps professionnel et administratif du Bejaia qui nous a facilités la tâche.*

*Un grand remerciement à tous ayant les patients accepté de participer à cette
recherche en acceptant de nous accorder un Peu de leur temps et leur
disponibilité demeure la base de ce modeste travail de recherche.*

*Un grand Mercié à nos parents, pour leur amour, leurs conseils et leurs
Soutiens inconditionnel.*

*Enfin, nos sincères remerciements vont à tout ceux et celles qui de près ou
de loin ont permis par leurs présence, leurs conseils et leurs compétence la
Réalisation de ce travail.*

Dédicace

Je dédie cette thèse :

*A mon très cher père **Djebbari Elhanafi***

Tu as toujours été pour moi un exemple du père respectueux, honnête, de la personne méticuleuse, je tiens à honorer l'homme que tu es.

Même dans les moments difficiles, ta force et ton courage sont une source d'inspiration pour moi. Ta détermination face à la maladie me montre chaque jour ce que signifie vraiment l'amour et la résilience.

Je t'aime papa et j'implore le tout-puissant pour qu'il t'accorde une bonne santé et une vie longue et heureuse.

*À ma chère maman, **ouiza**♥*

Les mots ne suffiront jamais à exprimer tout l'amour et la gratitude que je ressens pour toi. Tu es le pilier de ma vie, celle qui m'a donné la force et le courage d'avancer. Chaque sourire, chaque sacrifice et chaque conseil que tu m'as offerts ont façonné la personne que je suis aujourd'hui. Merci pour ton amour inconditionnel et ta bienveillance sans fin. Je t'aime plus que tout.

*A mes chère sœur **siya** et **lydia** pour leur appui et leur encouragement*

*Sans oublier de remercier mes chers frères **Fayçal** et **Walid** pour leurs soutiens et leurs encouragements*

*Un grand merci à **Dr Mebarek** pour sa précieuse guidance, son soutien constant et son expertise qui ont été essentiels pour mener à bien ce projet. Sa patience et ses conseils avisés ont été une source d'inspiration tout au long de ce parcours. Merci pour votre dévouement et votre encouragement sans faille.*

*ma incroyable binôme, **Samira***

Ton soutien, ton amitié et ta détermination font de chaque défi une aventure inoubliable. Travailler à tes côtés est un véritable privilège. Merci pour ta confiance et ta camaraderie sans faille. Ensemble, nous allons loin !

*A mes amies **Lynda** et **Fida**, Je ne peux trouver les mots justes et sincères pour vous exprimer mon affection et mes pensées, vous êtes pour moi des sœurs et des amies sur qui je peux compter. je vous dédie ce travail et je vous souhaite une vie pleine de santé et de bonheur.*

ANISSA

Dédicace

À Mon Père

À mon cher père, qui m'a inspiré chaque jour par sa sagesse, son amour et son exemple inoubliable. Ta présence continue à illuminer chaque page de ce mémoire. Tu me manques énormément. Aucune dédicace ne saurait exprimer l'amour, l'estime, le dévouement et le respect que j'ai toujours eus pour toi. Rien au monde ne vaut les efforts fournis jour et nuit pour mon éducation et mon bien-être.

À Ma Mère

Affable, honorable, aimable, tu représentes pour moi le symbole de la bonté par excellence, la source de tendresse et l'exemple du dévouement. Tu n'as jamais cessé de m'encourager et de prier pour moi. Ta prière et ta bénédiction m'ont été d'un grand secours pour mener à bien mes études. Tu as fait plus qu'une mère puisse faire pour ses enfants, en me guidant sur le bon chemin dans ma vie et mes études. Je te dédie ce travail en témoignage de mon profond amour.

A mon encadreur :

À Mr Mebarek pour sa guidance précieuse, son soutien inestimable et son dévouement sans faille tout au long de ce parcours académique. Votre expertise et votre encouragement ont été des piliers essentiels dans la réalisation de ce mémoire. Merci pour votre engagement et votre inspiration. »

À Ma binôme nissa

"Je tiens à vous exprimer mon plus profond gratitude pour la collaboration exceptionnelle que nous avons partagée. Votre détermination, votre soutien et votre expertise ont été inestimables. Je suis reconnaissant de l'expérience que nous avons partagée ensemble et je vous souhaite tout le meilleur pour l'avenir."

À Ma Famille

A mes sœurs Aicha ,hanane , qui m toujours soutenu et cru en moi.

A mes chers cousins Sarah ,Sameh ,yassmin ,lalo, tinouche je vous aime tellement .

À ma moitié M pour ton soutien constant et ta présence chaleureuse durant mon chemin d'étude vous êtes mon énergie et mon inspiration. Je t'aime.

SAMIRA

Liste des tableaux :

Numéro de tableaux	Titre de tableaux.	Numéro de page
Tableau N° 1	Tableau des normes de soutien social	87
Tableau N° 2	Classement des niveaux des dépressions	88
Tableau N°3	Représentatif de la population d'étude	89
Tableau N°4	Présentation des résultats de BDL-II de cas Mr. Hamanou	92
Tableau N°5	Présentation des résultats de l'échelle de SSQ6	93
Tableau N°6	Présentation des résultats de BDL-II de cas Mr. Brahim	97
Tableau N°7	Présentation des résultats de de SSQ6 de cas .Brahim	98
Tableau N°8	Présentation des résultats de BDL-II de cas Mr.Boubkeur	102
Tableau N°9	Présentation des résultats de de SSQ6 de cas.Boubkeur	103
Tableau N°10	Présentation des résultats de BDL-II de cas.Mme Ldjida	106
Tableau N°11	Présentation des résultats de de SSQ6 de cas.Mme Ldjida	107
Tableau N°12	Présentation des résultats de BDL-II de cas.Mme Merbouha	111
Tableau N°13	Présentation des résultats de de SSQ6 de cas.Mme Merbouha	112
Tableau N°14	Présentation des résultats de BDL-II de cas.Mr Boualem	115
Tableau N°15	Présentation des résultats de de SSQ6 de cas.Mr Boualem	116
Tableau N°16	L'analyse et l'interprétation des résultats obtenus de l'échelle de SSQ6	120
Tableau N°17	Les différents scores obtenus de test Beck chez les personnes âgées	121
Tableau N°18	Les résultats du test de dépression de Beck par sexe	123
Tableau N°19	La dépression selon le nombre d'années de les résidents	124

Tableau des figures

Numéro de figure	Titre de figure	Page de figure
Photo N°1	Une photo prise par nous à la maison de retraite	30
Photo N°2	La dépression de la personne âgée	44
Figure N°3	Graphique d'analyse et l'interprétation de résultat obtenus de l'échelle de soutien social	121
Figure N°4	Graphique des différents taux pour chaque cas	122

Tableau des abréviations

Abréviation	Signification
CIM	Classification statistique non exclusivement médicale
DSM-5	Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, et des troubles psychiatriques
L'OMS	L'Organisation mondiale de la Santé
INPS	Institut national de prévoyance sociale
SSQ6	Questionnaire de soutien social de Sarason
BDI. II	L'Inventaire de dépression de Beck

TABLE DE MATIERE

REMERCIEMENTS

Dédicace

Liste des tableaux :

Tableau des figures

Tableau des abréviations

Introductions générales.....	1
Problématique et hypothèses :.....	4
Les objectifs de la recherche :	10
Opérationnalisation des mots clés :	10

LA PARTIE THEORIQUE

CHAPITRE I LE VIEILLESSMENT

Préambule	14
1/Vieillesse, vieillesse et perte d'autonomie	14
1-1-La vieillesse	14
1-2-Le vieillissement :.....	15
1.2.1. Comprendre le vieillissement	17
1.2.2. Problèmes de santé généralement associés au vieillissement	17
1-3 La personne âgée :.....	18
2/Facteurs influant sur le vieillissement en bonne santé	18
3/Vieillesse et troubles psychiques	19
3.1. La dépression	20
3.2. L'hypocondrie ou névrose d'angoisse	20
3.3. Les réactions d'angoisse.....	21
3.4. Suicide et comportements préjudiciables.....	21
3.5. L'alcoolisme et la vieillesse	22
3.6.Les réactions paranoïaques	23
4/Aspects mentaux et sociaux du vieillissement.....	24
4.1. Santé mentale.....	24
4.2. Santé sociale	24
5/Vieillesse et mémoire	25
6. Les foyers pour personnes âgées	26

7. Les personnes âgées vivant en institution	27
Synthèse	28

CHAPITRE II LE SOUTIEN SOCIAL

Préambule	30
1) Historique de soutien social	31
2) Les définitions de soutien social	32
3. Les dimensions de soutien social	34
3.1 Le réseau de soutien social	34
3.2 Les comportements de soutien	35
3.3 Le soutien social perçu	35
4. Les formes de soutien social	36
4.1 Soutien émotionnel	36
4.2 C'est quoi l'aide concrète	37
4.3 Soutien: informationnel	37
4.4 Soutien: accompagnement social :	38
5. Les fonctions du soutien social	39
6. Soutien social, santé mentale, dépression:	39
7. L'importance du soutien social	40
8. Relation entre : Soutien social, santé mentale, dépression chez les personnes âgées placées en foyer	41
Synthèse	42

CHAPITRE III LA DÉPRESSION

Préambule :	45
1. L'historique de terme de la dépression :	46
2/ Les différentes définitions de la dépression	47
3. Les classifications	51
3.1. La classification originale de Kraepelin	51
3.2. LE DSM-IV	52
3.2.1 Descriptif de la classification	52
3.3. LA CIM 10	56
3.4. Le problème de la classification psychanalytique	57

4. Les symptômes de la dépression	58
4.1. Symptômes somato-instinctuel	58
4.2. Les troubles du sommeil à type d'insomnie	59
4.3. Les troubles de la libido	59
4.4. L'anxiété somatique	59
4.5. Les troubles génito-urinaires	59
4.6. Les troubles cardiovasculaires	59
4.7. Conduites suicidaires et autres troubles des conduites	60
5. Les formes cliniques de la dépression:	60
5-1-La mélancolie	60
5.2. La dépression névrotique	61
5-3-La dépression réactionnelle	62
5-4-Formes atypique, dépression masqué, équivalent dépressif:	62
5-5-Les dépressions secondaires	63
5-6-La dépression de l'adolescent:	63
6.7 .Dépression et suicide	64
6) La dépression chez les personnes âgées	64
7.États dépressifs au cours du vieillissement	65
5. Prise En Charge	66
5.1. Psychoéducation	67
5.2 Suivi par le medecin de premier recours (MPR)	68
5.3 Letraitement médicamenteux (antidépresseur)	68
5.3.1 Conduite du traitement	69
5.3.2 Durée du traitement	69
5.4. Le traitement psychothérapeutique	70
5.5 Les traitements alternatifs	71
5.6 Arrêt de travail	72
5.7 Hospitalisation	72
5.8 Evaluation par un psychiatre	72
5.9 Prévention des récives	73
Synthèse	73

LA PARTIE PRATIQUE

CHAPITRE IV METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

Préambule	76
1. Pré-enquête	76
2. Présentation lieu de recherche	77
3. Présentation de la méthode utilisé	80
3.1 La méthode clinique	80
3.2Entretien semi-directif	81
3.3. L'étude de cas	81
4. Présentation les outils de recherches	82
4.1 .L'entretien clinique	82
4.2 .Le guide de l'entretien	83
4. 3. L'échelle de soutien social perçu	83
5. L'échelle de Beck	88
5.2. Présentation de la population d'étude.....	90

CHAPITRE V DISCUSSION ET ANALYSES DES RESULTATS

CAS N°01 : Mr hamanou.....	92
CAS N°02 : Mr Brahim.....	96
CAS N°03 : Mr Boubekeur.....	101
CAS N°04 : Mm Ldjida.....	106
CAS N°05 : Mm Merbouha	110
Cas N°06 : Mr Boualem	115
Discussion des hypothèses	
La liste bibliographie.....	116



INTROUDUCTION

Introduction

L'être humain passe par des étapes importantes dans son développement, de l'enfance à l'adolescence, puis à l'âge adulte et à la vieillesse, où chaque étape est caractérisée par ses propres exigences et changements, qu'ils soient mentaux, psychologiques ou physiques.

La vieillesse est devenue un sujet important dans le domaine de la recherche psychologique en raison des besoins de cette catégorie de personnes en soins spéciaux et en une considération particulière, qu'elle soit religieuse, sociale, humaine ou éthique.

Les personnes âgées sont une richesse humaine et une force mentale indispensables, avec leurs expériences, leurs connaissances et leurs conseils dans la famille et la société. Les personnes âgées peuvent se retrouver physiquement affaiblies, incapables de faire certaines activités seules, ce qui les rend dépendantes de soins, de soutien et de secours pour faire face aux difficultés de la vie et aux émotions qui leur procurent sécurité.

La responsabilité incombe à la famille de prendre soin des personnes âgées. Certaines familles abandonnent ou négligent leurs aînés à cette étape critique de leur vie. Certains se retrouvent dans des maisons de retraite après avoir été abandonnés et rejetés par leur famille, sans personne pour s'occuper d'eux en raison de problèmes financiers, de problèmes de santé ou d'autres raisons. Cela conduit cette dernière catégorie de personnes âgées à souffrir davantage, en plus de se sentir impuissantes, dévalorisées et seules.

C'est pourquoi nous avons entrepris cette étude pour mieux comprendre certains des problèmes psychologiques auxquels les personnes âgées sont confrontées dans les maisons de retraite en Algérie, spécifiquement dans la région de Bejaïa.

Pour traiter cette thématique on a devisé cette recherche en deux parties théorique et pratiques, Le côté théorique elle se divise en quatre chapitres : le premier chapitre c'est le vieillissement et le deuxième c'est le soutien social et le quatrième sur la dépression et ses caractéristiques.

Ensuite nous allons présenter le côté pratique qui est composé de deux chapitres : la Méthodologie où on présentera la méthode de recherche, le lieu de recherche, la population d'étude, techniques et outils de la recherche après on présente dans le Deuxième Chapitre la présentation et l'analyse des résultats, les résultats obtenus, et la discussion des hypothèses, puis une conclusion générale, la liste Bibliographique, et les annexes.

Dans notre travail de recherche, nous avons évalué la degré de soutien social et la dépression chez les personnes âgées résidant dans le foyer pour personnes âgées de Bejaia. Pour ce faire, nous avons utilisé l'échelle de dépression de Beck, un outil précis pour évaluer les différents niveaux de dépression et l'échelle dévaluation le soutien social SSQ6 de Sarason.



PROBLEMATIQUE

ET

HYPOTHESE

Problématique et hypothèse:

À mesure que la population mondiale vieillit, les placements en foyer pour personnes âgées deviennent de plus en plus fréquents, soulevant des préoccupations croissantes quant à leur bien-être psychologique, en particulier en ce qui concerne la prévalence de la dépression. Ce travail de recherche vise à examiner en profondeur les interactions complexes entre le sentiment de solitude, l'isolement social et la dépression chez les personnes âgées résidant en foyer.

Il existe plusieurs définitions du soutien social, mais de façon générale, le soutien social fait référence aux comportements des proches qui sont en lien avec les besoins d'un individu qui doit composer avec une situation stressante. **(Cohen et Wills, 1985).**

Les études antérieures sur le soutien social ont permis d'identifier deux grandes catégories de soutien social soit, le soutien structurel et le soutien fonctionnel. Le soutien social structurel représente la quantité de personnes ressources et la fréquence des interactions avec ces dernières.

Le niveau d'intégration sociale est aussi une mesure du soutien structurel souvent utilisée qui inclut habituellement l'état matrimonial, l'appartenance à une organisation ou à un regroupement ainsi que la fréquence des contacts sociaux. **(Édith. (2009). *Le soutien social et l'anxiété*).**

Le soutien social Résultat de l'intégration de l'individu dans différents réseaux qui lui fournissent un appui (Cognitif, normatif, affectif et matériel), c'est une variété de ressources utilisables pour faire Face aux difficultés de la vie. Soutien social tel que perçu par la personne. **(Françoise.ch. 2010,p.7).**

Le soutien social peut se définir par le répertoire de liens que l'individu entretient avec des Personnes significatives de son entourage social et démontre par le fait même l'importance Des interactions dans les contacts interpersonnels pour une meilleure santé mentale Et Physique. (**Chantel, 1998, p. 1).**

Les personnes âgées, détentrices des valeurs culturelles, occupent une place de choix, dans la société traditionnelle africaine. Elles sont les dépositaires de tous les us et coutumes et font figure d'autorité morale et de sagesse en ce sens que, la culture traditionnelle africaine repose essentiellement sur l'expression orale. Possesseurs de capitaux, de savoir, de savoir être, de savoir-faire, elles ont été des références, dans le règlement des conflits, dans l'application des

PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES

règles et des sanctions; d'où leur utilité sociale et culturelle. Cette utilité s'observe dans plusieurs sociétés et ceci à différents niveaux. (<http://www.memoireonline.com>).

La vieillesse est considérée comme la dernière période de la vie, correspondant à l'aboutissement normale de la sénescence. Classiquement pour l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) l'âge moyen s'étend de 45 à 59 ans, celui des personnes âgées est de 60 à 74 ans, celui des vieillards est au-delà de 90 ans. Dans les conceptions médico-sociales françaises, on parle plutôt de troisième âge à partir de 65 ans, âge de la retraite, et de quatrième âge à partir de 80 ans. (**Grand dictionnaire de la psychologie, 1999, p. 986**)

D'après les dernières recherches de l'organisation mondiale de la santé sur le vieillissement :

- Entre 2015 et 2050, la proportion des 60 ans et plus dans la population mondiale va presque doubler, passant de 12 % à 22 %.
- En 2020, le nombre de personnes âgées de 60 ans et plus a dépassé celui des enfants de moins de cinq ans.
- En 2050, 80 % des personnes âgées vivront dans des pays à revenu faible ou intermédiaire.
- Le vieillissement de la population est bien plus rapide que dans le passé.
- Tous les pays doivent relever des défis majeurs pour préparer leurs systèmes sociaux et de santé à tirer le meilleur parti de cette mutation démographique.

Donc Partout dans le monde, les gens vivent plus longtemps. Aujourd'hui, la plupart des gens peuvent s'attendre à vivre jusqu'à la soixantaine et au-delà. Tous les pays du monde connaissent une croissance à la fois du nombre et de la proportion de personnes âgées dans la population.

D'ici à 2030, une personne sur six dans le monde aura 60 ans ou plus. Dans le même temps, la population âgée de 60 ans et plus passera de 1 milliard de personnes en 2020 à 1,4 milliard. En 2050, la population de personnes âgées de 60 ans et plus dans le monde aura doublé pour atteindre 2,1 milliards de personnes. Le nombre des personnes âgées de 80 ans et plus devrait, pour sa part, tripler entre 2020 et 2050 pour atteindre 426 millions.

PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESE

Même si l'augmentation de la part des personnes âgées dans la population – le vieillissement de la population – a commencé dans les pays à revenu élevé (au Japon, par exemple, 30 % de la population a déjà plus de 60 ans), ce sont maintenant les pays à revenu faible ou intermédiaire qui connaissent les plus grands changements. Ainsi, en 2050, les deux tiers des personnes âgées de plus de 60 ans vivront dans ces pays. **(Rapport sur le vieillissement dans le monde, O.M.S 2024).**

Parmi les facteurs à l'origine du vieillissement progressif de la société Algérienne, constituée principalement de jeunes : la hausse de l'espérance de vie qui est passée à 74 ans chez les hommes et 77 ans pour les femmes, le recul du taux de fécondité chez les femmes et la baisse du taux de natalité.

On trouve aussi des maladies psychiques qui touchent les personnes âgées telles que l'anxiété, les troubles des conduites alimentaires et surtout la dépression avec un taux élevé.

La dépression est la modification profonde de l'humeur dans le sens de la tristesse et de la souffrance morale corrélative d'un désinvestissement de toute activité. (www.liberté-algerie.com)

La dépression est un Etat pathologique caractérisé par une humeur triste et douloureuse associée à une réduction de l'activité psychomotrice et un désintérêt intellectuel. Dans son usage familier le terme de dépression peut recouvrir des états divers allant du simple passage à des troubles psychiatriques plus sévères. **(Yves et Coll,2006 ,P.282).**

La dépression est une maladie qui touche le corps, l'humeur et le schéma de pensée. La dépression influence la manière dont quelqu'un mange et dort, se sent et pense.

Le trouble dépressif (également connu sous le nom de dépression) est un trouble mental courant. Il se caractérise par la présence d'une humeur dépressive ou d'une perte durable de la capacité à éprouver du plaisir ou de l'intérêt.

Il faut distinguer la dépression des changements d'humeur ordinaires et des sentiments que peut inspirer la vie quotidienne. La dépression peut avoir une incidence sur tous les aspects de la vie, y compris les relations avec la famille, les amis et, plus généralement, l'entourage. Elle peut être la conséquence ou l'origine de problèmes scolaires ou professionnels.

PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES

N'importe qui peut souffrir de dépression. Les personnes victimes de maltraitance ou ayant vécu des pertes traumatisantes ou d'autres événements stressants sont plus susceptibles que les autres de souffrir de dépression. La dépression touche davantage les femmes que les hommes.

On estime que 3,8 % de la population souffre de dépression, dont 5 % des adultes (4 % des hommes et 6 % des femmes) et 5,7 % des personnes de plus de 60 ans. À l'échelle mondiale, environ 280 millions de personnes souffrent de dépression (1). La dépression est 50 % plus courante chez la femme que chez l'homme. Dans le monde, plus de 10 % des femmes enceintes et des femmes qui viennent d'accoucher souffrent de dépression (2). Plus de 700 000 personnes se suicident chaque année. Le suicide est la quatrième cause de décès chez les 15-29 ans.

Bien qu'il existe des traitements connus et efficaces pour soigner les troubles mentaux, plus de 75 % des personnes vivant dans des pays à revenu faible ou intermédiaire ne reçoivent aucun traitement (3). Le manque de ressources, le manque d'investissements en faveur des soins de santé mentale, le manque de soignants formés et la stigmatisation sociale associée aux troubles mentaux sont autant d'obstacles à une prise en charge efficace.

Selon l'organisation mondiale de la santé la dépression est un trouble mental courant. On estime que 5 % des adultes en souffrent dans le monde. Elle se caractérise par une tristesse persistante et un manque d'intérêt ou de plaisir pour des activités auparavant enrichissantes ou agréables. Elle peut également se traduire par un manque de sommeil et d'appétit. La fatigue et les difficultés de concentration sont fréquentes. La dépression est l'une des principales causes de handicap dans le monde et contribue grandement à la charge mondiale de morbidité. Les effets de la dépression peuvent être durables ou récurrents et peuvent affecter considérablement la capacité d'une personne à fonctionner et à vivre une vie enrichissante.

La dépression est due à des interactions complexes entre des facteurs sociaux, psychologiques et biologiques. Des événements de la vie tels que l'adversité vécue pendant l'enfance, le deuil et le chômage favorisent la dépression.

PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESE

Il existe des traitements psychologiques et pharmacologiques destinés à lutter contre la dépression. Toutefois, dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, les services de traitement et de soutien pour la dépression sont souvent inexistantes ou lacunaires. On estime que plus de 75 % des personnes souffrant de troubles mentaux dans ces pays ne bénéficient pas d'un traitement. . **(Rapport sur le vieillissement dans le monde, O.M.S 2024)**

Pour cela; le présent article vient pour nous décrire ce trouble, le développement de ces critères diagnostic et discuter des divers changements dans sa classification dans la cinquième édition du DSM-V, qui a suscité la controverse dans la communauté scientifique.**(DSM-V, 2013).**

Pour la CIM-10, le trouble dépressif récidivant correspond à un trouble caractérisé par la survenue répétée d'épisodes dépressifs correspondant à la description d'un tel épisode, en l'absence de tout antécédent d'épisodes indépendants d'exaltation de l'humeur et d'augmentation de 'énergie.

Le trouble peut toutefois comporter de brefs épisodes caractérisés par une légère élévation de l'humeur et une augmentation de l'activité (hypomanie), succédant immédiatement à un épisode dépressif, et parfois déclenchés.

Par un traitement antidépresseur. Le risque de survenue d'un épisode maniaque ne peut jamais être complètement écarté chez un patient. Présentant un trouble dépressif récidivant, quel que soit le nombre d'épisodes dépressifs déjà survenus. Si un tel épisode maniaque se produit, le diagnostic doit être changé pour celui de trouble affectif bipolaire. **(CIM-10)**

Certaines personnes connaissent des épisodes de dépression pendant toute leur vie, d'autres éprouvent leur premier épisode tard dans la vie. La dépression peut affecter n'importe qui, à n'importe quel âge. Cependant, elle passe souvent inaperçue chez les personnes âgées parce que certains signes de dépression peuvent être confondus avec des signes de vieillissement. Les personnes âgées déprimées demandent rarement de l'aide de leur propre initiative. Si elle n'est pas traitée, cette maladie peut durer pendant des semaines, des mois, voire des années. La dépression non traitée est la principale cause de suicide chez les personnes âgées. **(Association des médecins psychiatres, la dépression chez les personnes âgées).**

La dépression est fréquente chez la personne âgée et est de diagnostic difficile en raison de présentations cliniques inhabituelles, ce qui explique qu'elle soit insuffisamment traitée. Elle peut témoigner d'une maladie dépressive ancienne ou bien peut être tardive, survenant chez une personne sans antécédents dépressifs, s'ouvrant alors sur un risque cognitif. Chez les personnes âgées, dépression et problèmes somatiques s'intriquent volontiers.

Selon la personne âgée, la dépression peut prendre le masque d'une démotivation dans sa forme conative, s'accompagnant alors de troubles exécutifs ou laisser apparaître des comportements agressifs comme dans la dépression hostile. D'autres présentations de la maladie existent, masquées par les traits somatiques. A un stade ultérieur ou lorsque le malade présente des traits préférentiels, les troubles confusionnels sont souvent précipités par la dépression. Les interrelations avec l'histoire de vie, le type de personnalité et l'environnement humain sont présentées dans cet article. Lorsqu'il existe une confusion, l'épreuve thérapeutique par antidépresseur, peut aider au diagnostic différentiel d'avec une démence débutante, sans trancher définitivement un risque d'évolution démentiel ultérieur. Les nouvelles approches de la dépression de la personne âgée. **(Les nouvelles approches de la dépression de la personne âgée Septembre 2008).**

Bien que cette revue de littérature avec sa richesse nous a éclairés sur certains phénomènes, mais il n'en reste pas moins que certains aspects relatifs aux liens existants entre les phénomènes de vieillesse et de la dépression chez la personne âgée et le facteur de soutien social avec sa présence ou son absence dans la vie de cette personne, restent pour nous des sujets qui méritent plus d'attention. Surtout en Algérie, un pays en pleines mutations socioéconomique et démographique, et une population qui essaye de s'adapter avec ces mutations, avec des hauts et des bas.

Nous posons donc la question suivante :

- Est-ce que la perte du soutien social manifeste dans l'isolement social de la personne âgée contribue dans l'apparition de la dépression chez cette personne ?

A partir de la question qui forme notre problématique, on va essayer de répondre par une Introduction :

L'hypothèse

- La dépression chez les personnes âgées est liée à la perte de soutien social et à l'isolement social

Les objectifs de la recherche :

Les objectifs de cette recherche sont :

- 1) Évaluer le trouble dépressif à l'aide de l'outil validé BDI-II de Beck.
- 2) Évaluer le soutien social à l'aide du Questionnaire de soutien social perçu (SSQ6).
- 3) Déterminer l'influence du milieu de vie et de l'entourage sur la dépression chez les personnes âgées.
- 4) Souligner l'importance du soutien social dans la prise en charge de la dépression en particulier et des troubles psychologiques en général.

Opérationnalisation des mots clés :

❖ Foyer

Est une résidence spécialement conçue pour accueillir des personnes âgées qui ont besoin d'assistance ou de soins. Ces établissements offrent des services tels que l'hébergement, la restauration, les soins médicaux et paramédicaux, les activités sociales et de loisirs, et parfois une assistance pour les tâches quotidiennes.

❖ Les personnes âgées

Font généralement référence à des individus d'un certain âge avancé, généralement à partir de 65 ans. Ces personnes ont souvent atteint l'âge de la retraite et peuvent être confrontées à des défis spécifiques liés au vieillissement.

❖ Le vieillissement

Est le processus naturel par lequel un organisme subit des changements physiques, cognitifs et émotionnels qui se produisent avec le temps.

❖ L'isolement social

Est une situation dans laquelle une personne se retrouve seule, sans contacts sociaux significatifs ou avec un nombre limité de relations sociales.

❖ Soutien social

Le soutien social fait référence au réseau de relations et de ressources sur lequel une personne peut compter pour obtenir un soutien émotionnel, social et parfois matériel.

❖ **La dépression**

Est un trouble mental caractérisé par une profonde tristesse, une perte d'intérêt pour les activités habituelles, des troubles du sommeil et de l'appétit, une fatigue persistante, des sentiments de culpabilité ou d'inutilité, des difficultés de concentration et parfois des pensées suicidaires.



LA PARTIE THEORIQUE



CHAPITRE I :
LE VIEILLESMENT

Préambule

Le vieillissement est une étape naturelle et irréversible du cycle de la vie. Bien que souvent associé à un déclin, c'est aussi une période d'accomplissement personnel où chacun poursuit son développement. Avec l'augmentation de l'espérance de vie, le vieillissement soulève des enjeux de santé spécifiques.

Les personnes âgées font face à des changements physiques comme le vieillissement des fonctions motrices et de la peau. Elles peuvent aussi développer des maladies ou subir des accidents altérant leurs capacités physiques et mentales. Cependant, la santé à la vieillesse comporte davantage de dimensions sociales que médicales.

Le vieillissement s'accompagne d'un sentiment de précarité et de fragilité existentielle. Les normes actuelles d'autonomie et d'injonction à "bien vieillir" rendent cette expérience plus difficile. Néanmoins, le vieillissement peut aussi être générateur de croissance économique et d'emplois.

En conclusion, le vieillissement est un phénomène complexe qui mérite d'être étudié dans toutes ses dimensions. Une approche positive et nuancée est nécessaire pour accompagner les personnes âgées dans cette étape de vie.

1/Vieillesse, vieillesse et perte d'autonomie

Le vieillissement est un processus naturel incontournable qui touche chaque être humain au fil du temps. Ce chapitre explorera les divers aspects de ce phénomène complexe, allant des changements physiologiques aux implications sociales et psychologiques. Comprendre le vieillissement est essentiel pour appréhender les défis et les opportunités qui accompagnent cette étape de la vie. Et pour cela on va commencer d'abord de définir la vieillesse :

1-1-La vieillesse

Il n'est pas facile de définir la vieillesse, la notion évoquant une série de termes qui se confondent, se recouvrent ou s'opposent : personnes âgées, vieillards, troisième âge, quatrième âge, aînés, retraités, seniors, etc. Il n'est guère plus simple d'en déterminer le seuil la catégorie statistique des personnes âgées le fixe à 60 ans, mais bien des sexagénaires refuseraient un tel classement.

Il est une certitude, cependant : au cours du XXI^e siècle, la vieillesse s'est profondément transformée. Tout d'abord, elle est devenue une étape normale de l'existence, que chacun s'attend à vivre et que la majorité des individus connaissent. Par ailleurs, la mise en place des systèmes de sécurité sociale en a fait le temps de la retraite et cette période de la vie s'est considérablement allongée : en France, en 1950, un homme pouvait espérer vivre une douzaine d'années lorsqu'il prenait, à 65 ans, sa retraite alors qu'aujourd'hui l'espérance de vie à 60 ans est supérieure à vingt ans pour un homme et à vingt-cinq ans pour une femme. (Caradec,2004,p.5) .

Dernière période de la vie, correspondant à l'aboutissement de la sénescence .

Le terme s'oppose parfois à celui de sénilité, qui en serait l'aspect pathologique, mais il faut bien reconnaître que l'extrême vieillesse ne se distingue en rien de cette dernière, en revanche, il est certain que la vieillesse apparaît et va s'aggraver plus ou moins vite selon les individus.

Classiquement, pour l'organisation mondiale de la santé (OMS), l'âge moyen s'étend de 45 à 59 ans, celui des personnes âgées de 60 à 74 ans.

Celui des vieillards de 75 à 90 ans et enfin celui des grands vieillards au-delà de 90 ans. Dans les conceptions médico-sociales françaises actuelles, on parle plutôt de troisième âge » à partir de 65 ans, âge de la retraite, et de quatrième âge » à partir de 80 ans. Mais ses chiffres n'ont qu'une valeur très relative puisque tout dépend des processus de sénescence biologique et psychologique. (Bloch et al, 2007, p986).

1-2-Le vieillissement :

Ensemble de transformations qui affecte la dernière période de la vie et qui constitue un processus de déclin.

Celui-ci se marque par un fléchissement de la vitalité, des modifications organiques par réduction des échanges, déshydratation des tissus, atrophie musculaire, ralentissement des fonctions et baisse générale des performances concourant limiter progressivement les capacités d'adaptation. En ce sens, le vieillissement offre apparemment, l'image inversée du développement et à pu être décrit comme une involution. L'allongement de la durée moyenne de vie, dans de nombreux pays dits « développé », a conduit à s'intéresser de plus en plus au vieillissement humain et à chercher les moyens d'en corriger ou d'en ralentir le décours, des buts

avoués, en dehors de la connaissance désintéressée, sont à la fois humanitaire et socio-économiques.

En ce qui concerne les buts humanitaires, il s'agit de rendre au vieillard: respect de soi et confiance car l'affaiblissement de la vieillesse idée reçue, intériorisée et confirmer par les changements du statut social (par exemple la mise à la retraite), est souvent mal vécue.

Les buts socio-économiques sont d'améliorer le rendement, ou de réduire les couts sociaux, de la part non négligeable de la population que forment les individus démographiquement classés dans les troisième et quatrième âges. (BLOCH, et al, 2007, p.987).

Comme l'écrit Jean-Pierre Ollivier, le vieillissement n'est pas une sorte de maladie dont la guérison relève de la compétence des médecins, mais un processus normal, naturel et l'organisme». Inéluctable modifications de l'âge de la survenue de la dépendance liée au vieillissement est très variable; il est à noter cependant que les plus de 75 ans restent majoritairement en forme tant sur le plan physique que mental. Les problèmes les plus fréquents liés à l'avancée en âge sont générés par les atteintes du système locomoteur (fatigue plus fréquente, risques de chutes, diminution de la mobilité...), les infections, la détérioration psychique (diminution de la mémoire, ralentissement intellectuel, rétrécissement des intérêts, difficultés de concentration, tendances dépressives...), les déficiences sensorielles...

Les maladies chroniques les plus fréquentes sont les maladies cardio-vasculaires, neurodégénératives et cancéreuses pour lesquelles un certain niveau de prévention est possible. Vieillir est un exercice périlleux dont on connaît le dénouement, soutient Henri Danon-Boileau; pourtant on peut vivre mieux et plus longtemps en prêtant attention à son alimentation (fruits et légumes, laitages, poissons...), en évitant la consommation excessive de tabac et d'alcool, en se livrant à des exercices physiques réguliers, en maintenant une stimulation cérébrale et en entretenant une vie sociale (familles, voisins, amis...).

Des observations analogues peuvent être établies pour les personnes handicapées mentales. Un certain nombre de recherches, effectuées dans les années 1990 (Patel et al., 1993), ont montré que des handicapés mentaux de niveau modéré de plus de 50 ans ont une bonne santé ; une hypothèse est que ceux qui ont une santé très fragile (souffrant de troubles neurologiques, par exemple d'épilepsie) meurent précocement. Pour Moss (2000), le groupe des plus de 50 ans a réalisé des progrès d'adaptation et présente moins de problèmes de comportement. Au-delà de 70 ans, les capacités d'adaptation diminuent comme chez tout un chacun : problèmes de santé, de déplacement, déficiences sensorielles.

Ajoutons que les démences affectent plus fréquemment des groupes à risques comme les trisomiques. (Zribi ,2012, p.8).

Le vieillissement partout dans le monde, les gens vivent plus longtemps. Aujourd'hui, la plupart des gens peuvent s'attendre à vivre jusqu'à la soixantaine et au-delà. Tous les pays du monde connaissent une croissance à la fois du nombre et de la proportion de personnes âgées dans la population.

D'ici à 2030, une personne sur six dans le monde aura 60 ans ou plus. Dans le même temps, la population âgée de 60 ans et plus passera de 1 milliard de personnes en 2020 à 1,4 milliard. En 2050, la population de personnes âgées de 60 ans et plus dans le monde aura doublé pour atteindre 2,1 milliards de personnes. Le nombre des personnes âgées de 80 ans et plus devrait, pour sa part, tripler entre 2020 et 2050 pour atteindre 426 millions.

Même si l'augmentation de la part des personnes âgées dans la population le vieillissement de la population – a commencé dans les pays à revenu élevé (au Japon, par exemple, 30 % de la population a déjà plus de 60 ans), ce sont maintenant les pays à revenu faible ou intermédiaire qui connaissent les plus grands changements. Ainsi, en 2050, les deux tiers des personnes âgées de plus de 60 ans vivront dans ces pays.

1.2.1. Comprendre le vieillissement

Du point de vue biologique, le vieillissement est le produit de l'accumulation d'un vaste éventail de dommages moléculaires et cellulaires au fil du temps. Celle-ci entraîne une dégradation progressive des capacités physiques et mentales, une majoration du risque de maladie et, enfin, le décès. Ces changements ne sont ni linéaires ni réguliers et ne sont pas étroitement associés au nombre des années. La diversité observée à un âge avancé n'est pas le fruit du hasard. Au-delà des changements biologiques, le vieillissement est aussi associé à d'autres transitions de vie comme le départ en retraite, la réinstallation dans un logement plus adapté et le décès des amis ou du partenaire. (**Rapport sur le vieillissement dans le monde, OMS 2024**)

1.2.2. Problèmes de santé généralement associés au vieillissement

Le déficit auditif, la cataracte et les défauts de réfraction, les lombalgies et cervicalgies, l'arthrose, la broncho-pneumopathie chronique obstructive, le diabète, la dépression et la

démence sont des problèmes de santé courants chez les personnes âgées. À mesure qu'ils prennent de l'âge, les gens risquent davantage de souffrir simultanément de plusieurs problèmes de santé.

La vieillesse se caractérise également par la survenue de plusieurs problèmes de santé complexes communément appelés syndromes gériatriques. Ceux-ci, parmi lesquels figurent la fragilité, l'incontinence urinaire, les chutes, les états confusionnels et les escarres, découlent souvent de plusieurs facteurs sous-jacents. (OMS, 2024).

1-3 La personne âgée :

Une personne âgée est généralement définie comme un individu de grand âge présentant les caractéristiques physiologiques et sociales de la vieillesse. Cette définition englobe les aspects biologiques, psychologiques, intellectuels, et sociaux de l'individu. Selon l'OMS, une personne devient âgée à partir de 60 ans, bien que les perceptions varient en fonction de l'âge et du contexte social. En France, on estime qu'une personne est considérée âgée à environ 69 ans en moyenne, avec des variations selon les groupes sociaux. En 2016, la France comptait environ 12,5 millions de personnes âgées de 65 ans ou plus, représentant 18,8 % de la population. Les personnes âgées sont vulnérables au vieillissement, aux transitions, et aux pertes, nécessitant une attention particulière pour leur bien-être et leur santé. (www.linternaute.fr/dictionnaire/fr/definition/personne-agee).

2/Facteurs influant sur le vieillissement en bonne santé

L'allongement de la vie ouvre des possibilités, non seulement pour les personnes âgées et leur famille, mais aussi pour la société dans son ensemble. Ces années supplémentaires sont l'occasion de se lancer dans de nouvelles activités, par exemple une formation complémentaire, une nouvelle carrière ou une passion longtemps négligée. Les personnes âgées apportent également des contributions très variées à leur famille et à leur communauté. Néanmoins, l'ampleur de ces possibilités et de ces contributions est largement tributaire d'un facteur de la santé.

Les données existantes laissent entendre que la proportion de vie en bonne santé est restée globalement constante, ce qui suppose une mauvaise santé pour les années supplémentaires. Or, si les gens vivent ces années supplémentaires en bonne santé et dans un

environnement favorable, leur capacité à faire ce qu'ils apprécient sera assez semblable à celle des jeunes. Si, au contraire, ces années sont marquées par une diminution des capacités physiques et mentales, les conséquences pour les personnes âgées et pour la société seront plus négatives.

Même si certaines différences observées dans l'état de santé des personnes âgées sont d'ordre génétique, la plupart d'entre elles s'expliquent par l'environnement physique et social (notamment le logement, le quartier et les communautés où ces personnes vivent) ainsi que par les caractéristiques personnelles (comme le sexe, l'appartenance ethnique ou la situation socio-économique). L'environnement dans lequel vit l'enfant, voire celui dans lequel le fœtus se développe, couplé aux caractéristiques personnelles, a des effets à long terme sur la manière dont cette personne vieillira.

Les environnements physiques et sociaux peuvent avoir une incidence sur la santé soit directement, soit au travers d'obstacles ou d'incitations qui influent sur les possibilités, les décisions et les comportements en matière de santé. Le fait de conserver des comportements sains tout au long de la vie, en particulier d'avoir une alimentation équilibrée, de pratiquer une activité physique régulière et de ne pas consommer du tabac, contribue à réduire le risque de maladies non transmissibles, à améliorer les capacités physiques et mentales et à retarder la dépendance aux soins.

De même, des environnements physiques et sociaux favorables permettent aux gens de faire ce qui est important pour eux, malgré les pertes de capacité. Il s'agit par exemple de bâtiments et de transports publics sûrs et accessibles ou encore d'endroits où il est facile de marcher. Pour mener une action de santé publique face au vieillissement, il faut employer des approches axées sur la personne et sur l'environnement qui, non seulement, compensent en partie les pertes associées au vieillissement, mais aussi renforcent le rétablissement, l'adaptation et le développement psychosocial. (OMS, 2024).

3/Vieillesse et troubles psychiques

Le nombre de personnes âgées atteintes de maladies mentales ou, du moins, reconnues comme telles et confiées aux soins d'un thérapeute, est relativement peu élevé. Cependant, lorsque des troubles psychiques se présentent, le malade âgé se verra plutôt hospitalisé que traité en externe.

3.1. La dépression

Les troubles affectifs les plus communs sont les dépressions. Ces désordres se retrouvent en proportion égale chez les hommes et les femmes et surviennent généralement pour la première fois vers l'âge de 40 ans. Le symptôme caractéristique de cet état est un sentiment de profonde dépréciation, une vision très pessimiste de l'avenir, une faible estime de soi ainsi que par la présence d'autres symptômes comme la perte de poids, l'anorexie, la constipation, l'insomnie...etc. (Lucien , 2009, p 13).

3.2. L'hypocondrie ou névrose d'angoisse

L'hypocondrie se manifeste par une préoccupation angoissée concernant certaines parties du corps que le sujet croit lésées ou malades. On pense que les hypocondriaques trouvent souvent dans ces symptômes un prétexte pour échapper à leurs obligations sociales puisqu'un malade est réputé incompetent et incapable de prendre soin de lui-même. La maladie sert donc à justifier le besoin de dépendance envers autrui. La maladie étant plus menaçante pour les gens âgés, ceux-ci finissent souvent par convertir leur inquiétude en réaction d'angoisse exagérée, c'est-à-dire en hypocondrie. Les hypocondriaques concentrent habituellement leur attention sur eux-mêmes plutôt que sur les autres.

Ce phénomène s'explique en partie par le fait que l'angoisse reportée sur leur corps. Semble moins menaçante que celle qui provient des autres. Il se peut en effet que les individus. Incapables de tolérer l'angoisse causée par les conditions extérieures de leur existence déplacent inconsciemment la source de cette angoisse. Selon une autre interprétation cependant, les hypocondriaques trouveraient dans la maladie une punition ou un moyen d'expier les fautes dont ils se sentent coupables. Lorsque l'on veut aider un hypocondriaque, il est généralement inutile de tenter de le persuader qu'il n'a pas de maladie dont il croit souffrir. Les médecins qui font valoir clichés de rayons X et résultats d'analyse en affirmant à leurs malades qu'ils sont en excellente santé sont souvent frustrés par l'incrédulité de ces derniers, qui consulteront éventuellement de nouveaux médecins parce qu'ils sont absolument certains de présenter un désordre médical. Mieux vaut habituellement accepter de s'occuper du malade, en le soignant au besoin ou en lui administrant un placebo» (médicament qui n'a, en réalité, aucun effet mais donne aux gens l'illusion qu'on s'occupe d'eux). Il n'est pas non plus recommandé de dire à la parenté que le malade se fait des idées. En fait les hypocondriaques s'améliorent parfois lorsqu'on essaie réellement de les aider, et l'on peut obtenir de bons résultats en récompensant

leurs comportements sains par de l'attention, des encouragements et des félicitations. (**Ibid,p. 14**).

3.3. Les réactions d'angoisse

Les réactions d'angoisse se manifestent par la crainte et l'anticipation anxieuses d'un mal lors même qu'il est difficile de déterminer de quoi l'on a peur. L'objet de l'angoisse est en effet généralement mal défini. L'angoisse s'accompagne de sensations corporelles telles la tension musculaire, les palpitations ou une sudation excessive. Les réactions d'angoisse proviennent souvent d'un sentiment d'impuissance devant la vie. On peut craindre l'avenir, la mort ou la difficulté de vivre.

Il est parfois utile, en présence des réactions d'angoisse, de permettre au malade d'exprimer librement ses craintes. Une fois leur objet déterminé, il sera en effet plus facile d'adopter des mesures palliatives, mais il est au contraire difficile d'intervenir aussi longtemps que les causes de l'angoisse demeurent générales et nébuleuses. Les tranquillisants peuvent soulager l'angoisse temporairement, mais ils tendent à engendrer la tolérance, si bien que des doses croissantes deviennent nécessaires, ce qui risque de faire apparaître des effets secondaires graves ainsi que de développer des toxicomanies, La relaxation peut aussi s'avérer très utiles. (**Ibid., p 15**).

3.4. Suicide et comportements préjudiciables

Contrairement à ce qu'on croit généralement, le taux de suicide a tendance à augmenter avec l'âge. Il est généralement admis que les chiffres officiels de suicide sous-estiment la fréquence réelle des morts par suicide, surtout dans le cas des victimes âgées. En effet, la découverte du corps d'une personne jeune donne généralement lieu à une autopsie et à une enquête en vue de déterminer la cause du décès, ce qui se produit beaucoup plus rarement dans le cas des personnes âgées. La probabilité de réussite des tentatives de suicide chez les personnes âgées est pourtant beaucoup plus élevée que chez les jeunes, et les crises. Suicidaires ont des causes nombreuses: retraite ou mort d'un ami intime ou d'un proche parent, insécurité économique, sentiments de solitude et de rejet, placement en institution imminent, réaction à la maladie physique ou mentale.

Mises à part les tentatives de suicide proprement dites, on observe chez les gens âgés des comportements qui mettent leur vie en danger et contribuent à leur mort prématurée. Bien que ces comportements préjudiciables ne soient pas généralement classés parmi les tentatives. De suicide, ils peuvent avoir une incidence sur la longévité.

Par comportements préjudiciables, on entend, entre autres, le refus de se nourrir ou de suivre un régime convenable, de se conformer aux ordonnances du médecin, et de s'habiller suffisamment par temps froid. Ces comportements sont fréquents en milieu institutionnel mais peuvent être prévenus par l'amélioration générale du milieu ou des interventions spécifiques. (Ibid.p17).

3.5. L'alcoolisme et la vieillesse

Aussi loin qu'on remonte dans l'histoire, on constate que l'alcool est considéré comme le baume automnal et le lait de la vieillesse. En effet, pendant des siècles, l'alcool a servi de remède aux épreuves et aux désordres de la vieillesse.

Dans l'Antiquité, les Grecs, les Romains et les Égyptiens utilisaient le vin lors des libations rituelles pour consolider leurs liens avec les Dieux. Ils connaissaient aussi les Propriétés médicinales du vin ainsi que ses effets psychotropes. Voici, par exemple, ce que dit le Livre des Proverbes Donne un breuvage fortifiant à celui qui doit mourir et du vin à ceux qui ont le cœur lourd. Laisse-le boire pour oublier sa pauvreté et ne plus se souvenir de sa misère».

Un philosophe Perse du X siècle, Avicenne, précise que le vin est un remède efficace pour les vieux et déclare que les personnes âgées peuvent consommer autant de vin qu'elles le veulent dans la mesure où elles peuvent le tolérer.

Il faut attendre le moment où les boissons fortes comme le genièvre et le rhum font leur apparition, au XVIII siècle, pour s'interroger sérieusement sur les effets de l'alcool chez les personnes âgées. De nombreux écrits témoignent des questions que l'on s'est posé à cette époque. Les recherches sur les effets physiologiques de l'alcool chez les personnes âgées laissent supposer qu'à quantité égale ces effets varient d'un sujet à l'autre et qu'une quantité moindre produit les mêmes effets chez la plupart des personnes âgées que chez les plus.

Jeunes. L'alcool a aussi tendance à se résorber plus lentement. Les effets physiologiques de l'alcool sont cependant affectés par de multiples facteurs dont le poids du corps, la proportion de graisse et de tissus graisseux, le rythme et les modalités de la consommation, etc.

Lorsqu'on s'interroge sur les répercussions de l'alcool sur la santé, il faut se rappeler que les incidences d'une consommation modérée sont fort différentes de celles que peut avoir la consommation massive ou continue. De nombreuses recherches effectuées démontrent en effet que l'alcool absorbé avec modération n'est pas nocif les taux de morbidité et de mortalité chez les sujets qui boivent de l'alcool en quantité modérée sont inférieurs à ceux que l'on observe chez ceux qui s'en abstiennent totalement. De plus, la consommation modérée de boissons alcoolisées peut produire des effets psychosociaux désirables chez les personnes. Vivant en institution. **(Ibid ,p 18).**

3.6.Les réactions paranoïaques

La paranoïa est un sentiment de méfiance à l'égard des personnes ou des forces extérieures perçues comme capables de nuire. La paranoïa peut être très légère, comme lorsqu'un homme d'affaires se laisse parfois aller à penser qu'on veut profiter de lui. Mais elle peut revêtir une forme grave et se manifester par la sensation que des étrangers essaient d'attaquer le malade.

Les réactions paranoïaques augmentent pendant la vieillesse. Cette augmentation peut s'expliquer par le fait que la surdité et les troubles de la perception sont fréquents chez les personnes âgées. Peut-être les personnes qui n'entendent pas très bien finissent-elles par mal interpréter certains propos et prêter aux autres des intentions hostiles ou agressives.

La paranoïa vise habituellement les personnes connues du malade, comme des voisins, le boulanger...etc. On peut intervenir sur l'environnement afin de le rendre moins menaçant en aidant le malade à mieux comprendre son milieu. Par exemple, le port de verres correcteurs ou d'une prothèse auditive, ou encore la présence d'une aide ménagère peuvent suffire à faire tomber l'angoisse en redonnant au sujet une saine perception de ce qui se passe dans son univers. La paranoïa se développe à la faveur de l'étrangeté, son apparition est donc moins probable lorsque le sujet vit entouré d'amis dans un contexte qui lui est familier. **(Lucien.2009. p.17).**

4/Aspects mentaux et sociaux du vieillissement

4.1. Santé mentale

Elle à deux aspects: la dégradation des fonctions psychiques (notamment de la mémoire) est inconstante et peut être tardive. Par exemple, la prévalence de la maladie d'Alzheimer, qui est la plus fréquente des démences séniles, passe de 1% à 70 ans à 15% à 85 ans. Les troubles du caractère: anxiété, agressivité, tendances dépressives. On ne sait ni éviter, ni retarder ces troubles psychiques.

Les médicaments psychotropes peuvent être utiles mais leur prescription doit être Prudente car ils ont des effets nuisibles. Certaines données suggèrent que les fonctions intellectuelles baissent moins vite actuellement qu'il y a un demi-siècle, ce qui pourrait être dû à un meilleur niveau d'instruction et à la conservation d'une activité intellectuelle jusqu'à à un âge plus avancé. Le maintien de centres d'intérêts, d'un sentiment d'utilité paraissent. Favoriser un équilibre psychique, alors qu'au contraire l'exclusion, l'enfermement en institution, ont une influence défavorable. (Emil, 2002, P.9).

4.2. Santé sociale

Le bien-être de la personne âgée dépend donc de l'attitude de la société à son égard. Il est dangereux de laisser se développer les tendances au rejet, par exemple en favorisant le départ prématuré en préretraite pour faire la place aux jeunes, ou le sentiment que les personnes âgées constituent un fardeau économique en raison du coût de leurs soins. Il faudrait, au contraire, favoriser leur intégration dans la société grâce à des activités bénévoles ou rémunérées.

Les universités du "temps libre", la garde des petits enfants par les grands- parents doit être développée. Il faut enseigner aux personnes âgées les méthodologies modernes qui peuvent faciliter leur existence (informatique, télématique, télésurveillance...etc.), puisque l'expérience montre qu'elles peuvent se familiariser avec elles. Il est souhaitable de maintenir la personne âgée aussi longtemps que possible à son domicile, en lui procurant les aides ménagères et les soins que son état nécessite. Quand la personne âgée est hébergée dans sa famille, il faut aider celle-ci, par exemple grâce à des hospitalisations temporaires quand les enfants s'absentent ou en cas de maladie. Le suivi à domicile requiert la collaboration de nombreuses disciplines médicales et sociales (médecins, gériatres, psychiatres, psychologues, assistantes sociales,

infirmières...etc.). L'organisation de réseaux de soins, incluant des services hospitaliers, s'impose. Dans ceux-ci doivent être soumis à des cahiers des charges précis, des règles de contrôle de qualité et être évalués. (Ibid. P.10).

5/Vieillessement et mémoire

Pour comprendre les effets du vieillissement sur la mémoire, il est possible de dire les phénomènes amnésiques soit en considérant les différents systèmes mémoire que comprend la mémoire humaine, soit en catégorisant les effets du vieillissement sur la mémoire humaine. De nombreuses études ont montré que le vieillissement affecte les différents systèmes mnésiques dans des proportions différentes. Par exemple, Paolino, Desgranges, Benali et Eustache (2003) ont rapporté un certain nombre d'observations qui confirment que la mémoire épisodique est plus atteinte par l'âge que la mémoire autobiographique. Il est encore difficile de dire aujourd'hui si les différences des effets du vieillissement sur la mémoire résultent d'une spécificité de certains systèmes mnésiques ou de caractéristiques spécifiques à la tâche et au matériel, indépendamment du système testé. La seule chose dont on est à peu près sûr est que le vieillissement a des effets plus ou moins importants sur la mémoire.

Qu'elles testent du matériel verbal ou spatial, les recherches empiriques sur la mémoire ont montré que l'âge entraîne d'importantes dégradations des performances visuelles, des connaissances déclaratives et des connaissances procédurales. Ces effets de l'âge sur la mémoire sont d'autant plus importants que le matériel à stocker et à repérer est complexe.

Certains travaux suggèrent que la diminution des performances mnésiques avec l'âge pourrait résulter d'une déficience de certains mécanismes. Ainsi, par exemple, les effets de la profondeur du traitement de l'information au cours de la vie adulte suggèrent que les mécanismes d'encodage et de stockage de l'information sont de moins en moins efficaces. Ainsi encore, les effets de contexte suggèrent que les stratégies de récupération ne sont pas aussi efficaces (voire sont différentes) chez les participants jeunes et les

Que les ressources en MDT sollicitées par une tâche cognitive principale sont plus importantes. Comme la MDT est impliquée dans la plupart des tâches cognitives que nous accomplissons dans la vie quotidienne, son déclin entraîne une diminution des performances cognitives avec l'âge.

Il en est de même pour la vitesse de traitement. Toutes les épreuves utilisées pour mesurer la vitesse de traitement d'un individu ont révélé que cette vitesse décline avec l'âge. Dans la mesure où cette vitesse est cruciale dans de nombreuses tâches cognitives, il est aisé de comprendre comment le ralentissement cognitif peut entraîner une diminution des performances cognitives, et ce d'autant plus que la tâche à accomplir est complexe.

La question de savoir si la MDT et la vitesse de traitement sont en fait les faces d'une même pièce reste à l'heure actuelle encore ouverte. Certaines données suggèrent que c'est le cas, tandis que d'autres suggèrent une contribution indépendante de ces deux types de ressources de traitement. (Clement,2004, p.115).

6. Les foyers pour personnes âgées

Les foyers pour personnes âgées sont des structures d'accueil ayant pour mission de fournir un cadre de vie aux personnes âgées qui, étant devenues dépendantes pour des raisons sociales, psychologiques ou physiques, ne peuvent plus continuer à vivre chez elles.

Les foyers pour personnes âgées offrent de petits appartements à des personnes seules ou en couple. Les tâches ménagères, telles que le ménage, la cuisine, etc. sont assurées par le personnel. En outre, les résidents peuvent participer à certaines activités sociales et bénéficier de soins thérapeutiques. Souvent, une petite salle commune accueille les personnes malades pour leur dispenser temporairement des soins médicaux plus intensifs. Toutefois, les foyers n'ont pas pour mission d'assurer des traitements médicaux. Depuis quelques années, des services sont offerts par ailleurs aux personnes âgées indépendantes vivant dans le voisinage. Celles-ci peuvent aussi participer aux activités sociales et bénéficier d'un traitement thérapeutique si elles le désirent. Souvent, les foyers participent à l'organisation d'activités bénévoles, par exemple celle des « repas à domicile ». Des logements « protégés » ont parfois été construits à proximité de ces foyers qui peuvent ainsi proposer divers services à la fois à leurs résidents et à des personnes extérieures.

Les foyers pour personnes âgées sont des organisations à but non lucratif, gérées en général par un conseil d'administration. Dans de nombreuses communautés, ils sont nés d'initiatives privées. Après 1963, une réglementation a été édictée. En 1976, d'importantes modifications ont été apportées à leur gestion sur le plan législatif et administratif; on a instauré une licence d'exploitation et une procédure d'évaluation des conditions à remplir pour gérer un

foyer. Des fonctions de gestion ont été déléguées au niveau municipal, avec certaines limitations concernant le budget et les pouvoirs juridiques. Les normes ont été fixées à 7 places pour 100 personnes âgées dans la zone concernée. Les foyers emploient un personnel relativement simple et réduit (40 employés pour 100 résidents). Les tâches courantes sont assurées par un personnel non qualifié, dont le niveau de formation est, en général, peu élevé, et qui est supervisé par une infirmière. Quelques thérapeutes seulement font partie de l'équipe permanente. Des thérapeutes professionnels privés, tels que des médecins généralistes, peuvent suivre leurs malades, et font souvent appel aux possibilités qu'offre le foyer. Ils interviennent parfois régulièrement quelques heures par semaine.

En principe, ce sont les personnes âgées elles-mêmes qui doivent régler leurs frais de séjour. S'il ne leur reste qu'une petite part de leur revenu (ou de leur capital), la Sécurité sociale complète leur pension vieillesse pour leur laisser une petite somme d'argent disponible comme « argent de poche ». Comme il s'est avéré qu'une grande majorité des personnes âgées avait besoin de ce supplément, le règlement a été récemment modifié. Aujourd'hui, l'administration municipale règle les dépenses et les impute à l'intéressé.

L'aide professionnelle à domicile est prise en charge par les dispensaires médicaux du district et les services d'aide ménagère à domicile. Les dispensaires assurent les soins aux personnes âgées impotentes et les services paramédicaux. Les services d'aide à domicile contribuent à la tenue de la maison dans les ménages indépendants. Jusqu'à une date récente, ces organisations œuvraient chacune de leur côté. Elles ont maintenant fusionné à l'échelon national et le processus est en cours au niveau local, afin de favoriser leur coopération, et de permettre une approche au cas par cas. (Donfut, 1995, p. 172).

7. Les personnes âgées vivant en institution

Environ 5% des personnes âgées sont accueillies dans des établissements d'hébergement et de soins de longue durée, cette proportion augmente avec l'avance en âge; plus du quart des personnes âgées de 85 ans et plus se retrouve dans cette situation.

La diversité des institutions permet une meilleure réponse aux demandes des personnes âgées, certes, le caractère bureaucratique et totalisant de la prise en charge est loin d'avoir disparu, l'apparence de mort sociale des pensionnaires est encore présente dans de nombreuses

structures, mais les conditions de confort se sont grandement améliorées, des efforts sont faits dans la nombreuse maison de retraite pour laisser plus de liberté aux résidents. **(Henrard, 2002, p132).**

Des études plus récentes ont proposé une vision assez différente, celle-ci s'explique d'abord par les transformations qu'ont connues les structures d'hébergement pour personnes âgées: souci d'humanisation; valorisation de l'autonomie et octroi de droits aux résidents: création de chambres individuelles, mais elle tient aussi à un changement de regard: ces travaux adoptent une perspective soucieuse de comprendre comment les résidents donnent sens à leur existence, de quelle manière ils composent avec l'institution. Cette approche met ainsi au premier plan des aspects qui étaient auparavant laissés dans l'ombre, la diversité des réactions à l'entrée en établissement qui renvoie à la pluralité des trajectoires antérieures; les difficultés rencontrées au domicile, qui conduisent certains à porter un regard positif sur leur existence présente; le fait que l'installation en hébergement collectif peut diminuer le sentiment de dépendance à l'égard des proches lorsque ceux-ci assuraient une lourde prise en charge, la capacité de certains résidents à réorganiser leur existence et à trouver des occupations, en utilisant parfois les ressources offertes par l'institution.

Enfin la personne âgée d'entre en institution ce sont là des conséquences de la mise en situation de dépendance qui se produit dans ces institutions et aussi sont des personnes âgées qui privent de leur activité antérieures les personnes sont de façon générale de plus en plus âgées, dépendantes et démentes, mais certaines choisissent d'y entrer pour être déchargées de leur tâche domestiques ou pour diminuer leur sentiment de dépendance à l'égard de leur proches. **(Caradec, 2008,p80).**

Synthèse

Le vieillissement est le phénomène biologique le plus complexe, qui se caractérise par une diminution des capacités fonctionnelles, physiques et psychologiques et par la apparition multiforme, fait d'une modification interne au sein de l'organisme. Le phénomène de vieillissement est influencé par les transformations des conditions de vie qui ont à certains humains de devenir des vieillards.



CHAPITRE II :
LE SOUTIEN SOCIAL

Préambule

Le soutien social réside dans la mesure dans laquelle l'individu entretient des relations sociales, telles que ces relations lui fournissent les diverses aides et aides dont il a besoin. Le soutien social a une grande importance dans la vie de l'individu en raison de son lien positif avec la santé mentale et physique. D'une part, il est considéré comme un moyen d'atténuer la gravité des pressions dont souffre l'individu, ce qui lui fait acquérir un caractère psychologique positif orienté vers l'atteinte de la santé mentale. Les méthodes les plus importantes pour aider à faire face aux troubles organiques qui affectent l'individu et atténuer les effets négatifs que ces troubles peuvent avoir sur les individus pour les relations sociales.

Le soutien social pour les personnes âgées est crucial pour leur bien-être. Cela peut inclure des interactions sociales régulières, une assistance dans les tâches quotidiennes, des services de soins de santé, des activités de loisirs et des programmes communautaires adaptés à leurs besoins.



Photo n°01 :Une photo prise par nous au foyer le 30 /05 /2024

1) Historique de soutien social

L'importance des liens sociaux dans la perte de ressources sociales, l'affaiblissement des normes et des rôles sociaux, ainsi que leur impact sur le bien-être et la santé a été étudiée et réfléchi depuis plus d'un siècle. Durkheim a souligné en 1897 que le manque de liens sociaux était associé à une plus grande prévalence du suicide. Les premiers écologistes sociaux (Park et Burgess, 1926) constataient également une augmentation des problèmes comportementaux chez les populations déracinées. C'est cependant dans les décennies 1970-1980 que les études sur les relations entre les liens sociaux et la santé connaissent leur plus grand essor. À cette époque, plusieurs études signalent que les individus davantage intégrés dans leur communauté et dans la société de façon plus générale avaient une meilleure santé que les personnes isolées. Berkman et Syme (1985) démontrent alors que le taux de mortalité et de morbidité était de 2 à 5 fois supérieur chez les personnes isolées socialement et ce, indépendamment de l'état de santé et des autres facteurs de risque.

Bien que le terme « soutien social » soit communément utilisé pour rendre compte du processus par lequel les relations sociales ont un effet bénéfique sur la santé et le bien-être, il importe de clarifier différents concepts permettant de rendre compte de la subtilité et de la complexité de ces relations et de mesurer de façon spécifique leur contributions. Le soutien social de façon spécifique ; il s'avère donc important de distinguer plusieurs concepts proches du concept de soutien social le réseau social.

Le réseau social personnel constitue l'ensemble des liens sociaux stables qu'entretient un individu. Il peut être décrit structurellement en terme de taille (nombre de personnes dans ce réseau) et de densité (nombre de personnes interconnectées dans ce réseau/taille du réseau). Un des problèmes pour déterminer la taille ou la densité du réseau est d'établir des critères permettant de définir un lien social stable. Les liens peuvent être basés sur des aspects normatifs (occuper un rôle défini, tel être père, mère, voisin, etc.), affectifs (sentiments de proximité de la personne envers autrui) ou encore ils peuvent reposer sur des relations d'échanges (personnes avec lesquelles il existe une interaction régulière caractérisée par un échange de ressources). D'autres mesures du réseau ont été développées (composantes, dispersion, proximité, cliques, etc.) et des critères spécifiques permettent d'en rendre compte.

L'intégration sociale, inspirée des travaux de Durkheim en 1897, désigne la participation d'un individu dans les relations sociales. Plusieurs mesures ont été élaborées pour évaluer ce

concept complexe, telles que le nombre de rôles sociaux occupés par l'individu (parent, étudiant, voisin, ami, etc.) et la fréquence de ses activités sociales (participation sociale) par sa propre perception de son intégration sociale et communautaire.

Le soutien social renvoie, quant à lui, à la dispensation ou à l'échange de ressources émotionnelles, instrumentales ou d'informations par des non-professionnels, dans le contexte d'une réponse à la perception que les autres en ont besoin. Il s'actualise lors des interactions avec les membres du réseau social ou encore lors de la participation à des groupes sociaux.

Alors que les premières études empiriques sur le soutien social avaient tendance à traiter ce concept comme un construit unidimensionnel, les études récentes tentent d'en décrire ses composantes et d'évaluer leurs contributions respectives sur différentes mesures associées à la santé mentale. La contribution de Weiss (1973) est particulièrement intéressante afin de comprendre l'importance des relations sociales dans le maintien de l'équilibre chez l'être humain. Il décrit cinq fonctions essentielles qui découlent de ces relations afin d'assurer l'équilibre : le soutien émotionnel, l'intégration sociale, l'occasion de se sentir utile et nécessaire, la confirmation de sa valeur et l'acquisition d'aide concrète et matérielle. L'intégration émotionnelle implique la possibilité d'exprimer des émotions et d'obtenir du feedback. Elle se produit lors de relations intimes et stables, comme c'est le cas avec un conjoint, un membre de la famille ou de bons amis. (Caron et Guay, S, p2-6).

2) Les définitions de soutien social

Tout d'abord la définition Selon l'OMS

- C'est un processus visant à renforcer la résilience des personnes, des familles et des communautés en respectant l'indépendance, la dignité et les mécanismes d'adaptation de ces différentes entités. Le soutien psychosocial favorise, entre autres, le rétablissement de la cohésion sociale. Il peut être à la fois préventif et curatif : Il est préventif lorsqu'il réduit le risque de développer des troubles mentaux, par exemple ; et il est curatif lorsqu'il aide les individus et les communautés à surmonter et à traiter les problèmes psychosociaux qui peuvent avoir surgi suite à un choc ou à des effets de crises.
- L'expression composite Santé Mentale et Soutien Psychosocial sert à décrire tout type de soutien visant à protéger ou à promouvoir le bien-être et/ou à prévenir ou traiter un trouble mental. Cette expression est née du travail commun de différentes organisations

intervenant dans les contextes humanitaires d'urgence. Elle vise à regrouper un ensemble d'interventions ayant des objectifs en commun mais des modes d'intervention différents. **(Le rapport sur le soutien social dans le monde, O.M.S ,2022) .**

- Résultat de l'intégration de l'individu dans différents réseaux qui lui fournissent un appui (Cognitif, normatif, affectif et matériel), c'est une variété de ressources utilisables pour faire Face aux difficultés de la vie. Soutien social tel que perçu par la personne. **(Françoise. 2010, p7).**
- Le soutien social peut se définir par le répertoire de liens que l'individu entretient avec des Personnes significatives de son entourage social et démontre par le fait même l'importance Des interactions dans les contacts interpersonnels pour une meilleure santé mentale Et Physique. **(Chantel.1998, p. 1).**

En suite Définition du soutien social selon les chercheurs

Le soutien social fait partie des variables dont les chercheurs diffèrent selon leurs définitions selon leurs orientations théoriques. Nous mentionnons ci-dessous les définitions les plus importantes du soutien social.

- **Définition de Cobb :** Le soutien social est le désir d'être proche de personnes importantes qui peuvent fournir des informations et des faits qui indiquent de l'amour, de l'appréciation, de l'engagement ou Engagement mutuel **(J.Caron et S.Guay 2006.p11)**
- **Définition du soutien social selon Gottlieb et Bergen :** permettent de différencier les nombreux concepts liés au soutien social, tels que les types de soutien (ex. instrumental, émotionnel), la direction du soutien (perçu ou reçu), ainsi que l'adéquation du soutien, soit l'évaluation de la qualité ou de la quantité du soutien en question. Le choix de se baser sur les travaux de Gottlieb et Bergen ('explique, entre autres, par leur complémentarité avec le cadre la théorie de l'échange. En effet, contrairement à d'autres auteurs, précisent que le soutien social ne doit pas être considéré comme un simple échange unidirectionnel, mais plutôt comme une dynamique comprenant des échanges réciproques. La section qui suit présente ainsi la théorie de l'échange social. **(Caron et Guay, 2005; Jean-Trudel, 2009).**

- **Définition de Libarman :** Le soutien social est un concept beaucoup plus étroit que le concept de réseau de relations sociales, car le soutien social dépend dans son estimation de la conscience qu'ont les individus de leurs réseaux sociaux en tant que cadres qui incluent les individus qui craignent et comptent sur leurs relations avec eux. (**Dubasque 2015 .p 23**).

- **Définition de Thoits :** Le soutien social est un sous-ensemble de personnes, au sein du réseau global des relations sociales d'un individu, sur lesquelles il compte pour l'assistance sociale. (**Nicolas, Tarquinio, Dodeler 2020. P 113**).

- ❖ Ces définitions indiquent dans leur intégralité que le soutien social se rapporte au degré d'établissement de relations sociales dans l'environnement qui entoure l'individu et au sentiment de soutien que procurent ces relations. Le soutien social est
- ❖ défini comme la conscience qu'a l'individu de l'existence de biens matériels, moraux, un soutien informationnel, ou d'orientation à travers ses relations sociales dans le milieu familial et Amis et autres cercles avec lesquels l'individu interagit pendant le travail, les études et le traitement.

3. Les dimensions de soutien social

3.1 Le réseau de soutien social

Pour vaux le réseau de soutien est un sous ensemble du réseau social vers qui la personne se tourne pour obtenu de l'aide l'individu peut être confronté à des situations requérant des ressources individuelles et pour lesquelles le réseau social n'a pas lieu d'être sollicité, il peut également être confronté à des incidents sociaux, sortes de crises, ou l'individu doit alors mettre à l'épreuve ses capacités d'appel à l'aide, de mobilisation du soutien, les personnes vers lesquelles se tourne l'individu dans de telles situations font partie de son réseau de soutien social. C'est la qualité de ce réseau de soutien qui caractérise l'inscription sociale d'un individu, son sentiment d'appartenance l'évaluation de l'intégration sociale est donc Réalisée à partir de la taille et la densité de réseau de soutien d'un individu. (**Saias .2009, p37**).

3.2 Les comportement de soutien

Le soutien social reçu constitue l'aide affective apporté à un individu par son entourage, Bruchon Schweitzer rappelle qu'il s'agit de la dimension fonctionnelle du soutien apporté par Le réseau de soutien social, en ce qu'il constitue un processus transactionnel d'aide il s'agit D'un soutien actif composé d'actions ou de comportements spécifiques effectués par les Autres et considérés comme une expression manifeste de soutien ou d'assistance traddy Suggère que le soutien social reçu est caractérisé par l'utilisation faite par un individu des Ressources proposés par son réseau social ce qui constitue une manière active de présenter le Processus La recherche dans le domaine du soutien social reçu, essentiellement théorique, à Porté sur la catégorisation, suggérait que le soutien social par le biais d'une information visais à informer le sujet qu'il est aimé, informer le sujet qu'il est estimer, informer le sujet Qu'il fait parti d'un réseau social. (**Ibid, p 37**).

3.3 Le soutien social perçu

Le soutien social perçu ou appréciation subjectives du soutien renvoie à l'évaluation Cognitives faite par l'individu du soutien qu'il reçoit en cas de besoin les composantes Cognitives du soutien social perçu comprennent la disponibilité et la satisfaction:

La disponibilité est le sentiment d'avoir suffisamment de soutien, et que ce soutien sera disponible en cas de besoin; le sentiment de disponibilité renvoie à chacun des catégories de Soutien social reçu et de ses composants comportementales (avis, informations, écoute, Réconfort Le soutien social aide matériel.) Pour Cohen et Wills (1985), il s'agit des faits d'être convaincu de Disposer d'un réseau capable de soutien pour réduire la morbidité des conditions de vie ou d'un événement.

La perception d'une adéquation entre les besoins initiaux et le soutien Reçu constitue la satisfaction à l'égard de soutien, c'est la partie la plus subjective de puisque cette satisfaction ne peut s'évaluer avec des critères objectifs, et qu'elle varie dans le temps. Pour Gentry et kobasa la satisfaction à l'égard du soutien constitue une ressource psychologique correspondant à la perception qu'a un individu de ses Relations interpersonnelles. Le soutien social perçu est maintenant considéré comme une des Facettes du champ plus large du support social ou son

désormais pris en compte des Informations comme la taille de réseau, le soutien reçu. (**Ibid**, p39-48).

4. Les formes de soutien social

Il existe quatre catégories de soutien:

Le soutien émotionnel: ex. tes parents et tes amis proches t'offrent du réconfort quand tu as de la peine.

L'aide concrète: ex. ton frère ou ta sœur t'offrent du transport pour aller à une activité.

Le soutien informationnel: ex. ton professeur, ton éducateur ou ton employeur t'expliquent ce qu'il faut faire ou te donnent des conseils.

L'accompagnement social : ex. tes amis font des activités avec toi. (**Leclair, Avirsais, Catherine, Dumouchel et J.Ruel 2011**).

4.1 Soutien émotionnel

Tu reçois du soutien émotionnel si une personne:

- t'écoute lorsque tu parles de plein de sujets, dont certains peuvent être personnels; s'intéresse à tes émotions, à tes états d'âme, à tes moments heureux et à ceux qui sont plus tristes;
 - te console si tu es triste;
 - te donne de l'affection (te serrer dans tes bras, te donne un bisou...);
 - te fait confiance.
- Bref, le soutien émotionnel provient de personnes que tu aimes beaucoup et qui t'aiment beaucoup.
- Aussi, il provient de personnes de qui tu te sens très proche.

Qui peut te donner du soutien émotionnel?

- tes parents;
- tes frères et sœurs; tes parents;
- tes grands-parents;
- tes amis proches:
- ton copain ou ta copine (amie de cœur);
- Soutien: aide concrète (**Ibid , p.3**).

4.2 C'est quoi l'aide concrète?

- Tu reçois de l'aide concrète si une personne:
- t'aide dans les tâches de la maison (faire le ménage, préparer les repas, laver tes vêtements, etc.);
- t'aide à organiser ton transport pour tes activités ou t'y emmène te prête de l'argent en situation d'urgence;
- t'aide à faire tes achats ou à gérer ton argent.

➤ Bref, l'aide concrète provient de personnes qui veulent t'aider et te rendre des services pour te soutenir dans ta vie de tous les jours.

Qui peut te donner de l'aide concrète ?

- des membres de ta famille;
- un ami proche de toi;
- un voisin;
- une personne qui s'est engagée à t'offrir ce service; une personne qui est embauchée pour t'offrir un service:
- une personne d'un centre que tu fréquentes;
- une personne qui travaille à ton école ou à ton travail (**Ibid.p 4**).

4.3 Soutien: informationnel :

- Tu reçois du soutien à l'information si une personne :te donne des conseils, des avis ou de l'information par rapport à un emploi, à ta formation scolaire, à ta santé mentale et physique...
- t'apprend à acquérir ou à développer une habileté :

- comment te faire des amis;
 - bien cuisiner;
 - t'occuper de ton chez-toi;
 - gérer ton budget.
- Bref, le soutien informationnel provient d'une personne qui te donne de l'information utile dans ta vie.
- C'est aussi une personne avec qui tu apprends des choses pour mieux vivre ta vie.

Qui peut te donner du soutien informationnel ?

- ton intervenant;
- un conseiller en orientation;
- un professeur
- ton médecin, ton dentiste;(Ibid.p 5, 6).

4.4 Soutien: accompagnement social :

C'est quoi l'accompagnement social?

- Tu reçois du soutien d'accompagnement social quand tu partages des activités sociales et des moments de loisir avec des personnes avec qui tu te sens bien.
- Bref, ce sont les personnes avec qui tu te détends et avec qui tu t'amuses.

Qui peut t'offrir de l'accompagnement social?

- tes amis proches et moins proches;
- les membres de ta famille élargie;
- tes compagnons de classe ou de travail;

5. Les fonctions du soutien social

La meilleure méthode à suivre pour comprendre le soutien social est de l'analyser dans les diverses dimensions ou fonctions. Dans l'esprit de Cobb l'un des pionniers dans ce domaine, il est clair que le soutien social est en tout premier lieu ce qui se passe au niveau humain et affectif entre deux personnes c'est la communication d'affection, d'estime de soi et du sentiment d'appartenance à un group, cette vision pose comme postulat qu'un soutien moral efficace permettra de passer à travers toutes les adversités ce n'est qu'au moment où on se met à considérer les mécanismes véritablement utilisés pour faire face aux mauvais moments que l'on s'aperçoit qu'une personne n'a pas simplement à contenir ses émotions, mais à prendre des mesures concrètes, instrumentales, pour passer à travers ses expériences. Dans cette perspective, on découvre qu'il peut y avoir autant de catégories de soutien qu'il y a de types de mécanismes d'adaptation ou sens de Lazarus et Folkman, Gottlieb n'identifie pas moins de 26 types d'aide en répertoriant les comportements identifiés par les acteurs impliqués, la classification de Barrera contient six catégories génériques qui ne semblent pas seulement représentatives et exhaustives par rapport à l'ensemble des listes proposées. On y retrouve l'aide matérielle, les services, les conseils, les informations et les participations conjointes à des activités dans différents secteurs de la population appellent des types de soutien variant en fonction des problèmes vécus. **(Caron.J. Guay S. 2005, p1, 5)**

6. Soutien social, santé mentale, dépression:

Cassel affirmait dès le début des années 1970 que les liens sociaux positifs sont essentiels pour faire face aux stress, aux changements de conditions de vie et aux environnements morbides, cette époque marque le début de l'intérêt.

Pour les effets du support social sur les critères d'ajustement de la santé mentale, très peu d'études ont été réalisées en population générale. (La plupart des auteurs s'intéressant à des populations générales, la plupart des auteurs s'intéressant à des populations spécifiques: personnes âgées, personnes atteintes de troubles psychiatriques ou encore personnes ayant vécu des événements de vie traumatiques, cependant la quasi totalité des recherches utilisent la dépression). Du soutien social, pour les effets du support social sur les critères d'ajustement de la santé mentale, très peu d'études ont été réalisées en population générale, (La plupart des auteurs s'intéressant à des populations générales, la plupart des auteurs s'intéressant à des populations spécifiques: personnes âgées, personnes atteintes de troubles psychiatriques ou encore personnes

ayant vécu des événements de vie traumatique, cependant la quasi totalité des recherche utilisent la dépression comme critères à prédire de Santé mentale. (Saias. 2009, p71).

7. L'importance du soutien social

Il ne fait aucun doute que les relations humaines comportent une grande complexité, qu'il s'agisse de la manière dont elles se forment et s'entretiennent ou de la façon dont elles se désintègrent et cessent. Cette réalité de la situation ne s'applique pas seulement aux relations conjugales, mais s'applique à tous formes de relations, et la relation devient plus complexe si elle est à long terme et comprend de nombreux aspects. L'un des aspects de la vie émotionnelle, récréative et communicative d'un individu est peut-être la meilleure façon d'envisager la nature d'une relation. Considérez-le comme un processus, c'est-à-dire qu'il implique une série de transformations dans la relation, et non comme un simple événement qui se déroule dans un certain laps de temps. Duck dit à ce propos : « La rupture d'une relation n'est pas une rupture commande non seulement c'est difficile, mais cela comprend de nombreux éléments distincts qui, ensemble, constituent le processus de rupture d'une relation et la souffrance qu'elle entraîne, comme il l'a constaté dans son examen des recherches dans ce domaine que les personnes vivant une relation brisée sont plus vulnérables aux crises cardiaques que leurs pairs qui sont du même âge et du même sexe et sont plus sensibles à la dépendance à l'alcool, aux drogues et aux troubles du sommeil. (Robert , Richard , 2002, p 178- 181).

L'isolement est également plus difficile pour les hommes que pour les femmes. Le risque de décès pour les hommes socialement isolés était deux à trois fois supérieur à celui des autres hommes ayant des relations sociales étendues. Quant aux femmes, le risque de décès était une fois et demie supérieur à celui des femmes sociales de l'effet de l'isolement sur elles, car les relations émotionnelles des femmes sont plus intimes que celles des hommes. Une femme peut être plus à l'aise avec ces quelques relations sociales qu'un homme qui a les mêmes quelques relations études sociales.

Une étude portant sur 100 patients ayant subi une greffe de moelle osseuse a montré la force de l'isolement comme facteur de risque de décès, et la force des relations étroites comme facteur de guérison. Le résultat de l'étude a été que 45 % de ces patients se sentaient intenses. la sympathie de leurs épouses, de leur famille et de leurs amis a survécu deux ans après le succès de l'opération, contre 20 % des patients qui ont manqué par exemple.

Ce soutien émotionnel. Une étude menée auprès des colocataires dans l'un des collèges a également révélé que plus les colocataires avaient le sentiment que l'autre ne l'aimait pas, plus ils étaient rapidement exposés au rhume et à la grippe.

De nombreuses études soutiennent que les bonnes relations humaines avec les gens comptent parmi les facteurs de développement les plus importants Santé mentale, prévention des déviations et traitement des déviations. Dans une étude sur les étudiants heureux et les étudiants malheureux, il a été constaté que les personnes heureuses ont de bonnes relations avec les gens, et que les personnes malheureuses ont des relations mauvaises et difficiles avec les autres. Selon des personnes de l'état de Californie qui ont été suivies pendant dix ans, le taux de mortalité était de 9,6, d'autres études ont montré que de bonnes relations sociales sont liées à la longévité et à une guérison plus rapide des maladies. Les taux de douleurs articulaires et d'asthme sont plus élevés. Les taux d'angine de poitrine, de tuberculose et de crises cardiaques chez les personnes ayant des relations médico-sociales sont bien inférieurs à ceux des personnes ayant des relations mauvaises ou faibles, Avec d'autres. (Nicole, Pitcher. 2019, p 42 –44).

8. Relation entre : Soutien social, santé mental, dépression chez les personnes âgées placée en foyer

Cassel affirmait dès le début des années 1970 que les liens sociaux positifs sont essentiels Pour faire face aux stress, aux changements de conditions de vie et aux environnements morbide», cette époque marque le début de l'intérêt.

Pour les effets du support social sur les critères d'ajustement de la santé mentale, très peu d'études ont été réalisées en population générale. (La plupart des auteurs s'intéressant à des populations générales, la plupart des auteurs s'intéressant à des populations spécifiques: personnes âgées, personnes atteintes de troubles psychiatriques ou encore personne ayant vécu des événements de vie traumatique, cependant la quasi totalité des recherche utilisent la dépression du soutien social.

Tout d'abord, le soutien social fournit une bouée émotionnelle, offrant un sentiment de connexion et de valeur personnelle qui peut contrecarrer les sentiments de solitude et d'isolement, souvent associés à la dépression chez les personnes âgées. Les interactions sociales régulières, qu'elles soient avec des amis, des membres de la famille, des soignants ou d'autres

résidents, peuvent offrir des occasions de partage, d'expression émotionnelle et de distraction positive, toutes importantes pour maintenir une santé mentale positive.

En outre, le soutien social peut également jouer un rôle protecteur en fournissant des ressources pratiques et émotionnelles pour faire face au stress et aux difficultés de la vie quotidienne. Les personnes âgées qui se sentent soutenues sont plus susceptibles de recevoir de l'aide pour gérer leurs besoins physiques et médicaux, réduisant ainsi le fardeau du stress et de l'anxiété qui peut contribuer à la dépression. De plus le soutien social peut favoriser un sentiment de contrôle et d'estime de soi en permettant aux personnes âgées de contribuer à la vie communautaire, de partager leurs connaissances et leurs expériences, et de se sentir utiles et valorisées.

En revanche, le manque de soutien social peut aggraver les symptômes dépressifs chez les personnes âgées placées en foyer. La solitude et l'isolement social peuvent intensifier les sentiments de désespoir, de tristesse et d'inutilité, conduisant à une spirale descendante de la dépression. De plus, le manque de soutien peut limiter l'accès aux ressources et aux soins nécessaires, augmentant ainsi le risque de complications médicales et de détérioration de la santé mentale. (Saias. 2009, p71-72)

Synthèse

En résumé, le soutien social joue un rôle vital dans la prévention et le traitement de la dépression chez les personnes âgées placées en foyer, en fournissant une source de connexion émotionnelle, de ressources pratiques et de renforcement de l'estime de soi. Investir dans la création et le maintien de réseaux de soutien solides peut donc être une stratégie efficace pour améliorer la santé mentale et le bien-être des personnes âgées dans les foyers de soins.

Donc, en finalisé Le soutien social est considéré comme un facteur psychosocial sain qui a un impact positif sur l'aspect biologique de l'individu. Certaines études ont prouvé qu'il a aidé certains patients.

Guérir des maladies dont ils souffrent. Ils ont remarqué que les individus qui reçoivent un soutien social suffisant ont un système immunitaire actif, ce qui les aide à résister à certains troubles physiques, contrairement à ceux qui souffrent de solitude, d'isolement et de manque de relations sociales et donc un faible niveau des soutiens social. Ils sont vulnérables à diverses maladies.



CHAPITRE III :
LA DEPRESSION

Préambule :

La dépression est considérée comme l'un des troubles émotionnels les plus courants et les plus répandus à l'heure actuelle, et certains l'appellent la maladie du temps. Ce trouble émotionnel se caractérise par une tristesse et un désespoir extrêmes, en plus des manifestations physiologiques qui peuvent apparaître. Sur l'individu déprimé à la suite de Plusieurs facteurs différents (psychologiques, physiologiques).

Ce trouble peut être soit le résultat d'une maladie physique ou psychologique, soit un facteur qui l'accompagne. Dans ce chapitre, nous aborderons le concept de dépression et ses diverses causes, symptômes et les plus importants.

Les tendances qui l'expliquent, ainsi que ses relations avec certaines maladies organiques et le système immunitaire.



Photo N°02 : La dépression chez la personne âgée (2016)

1. L'historique de la dépression :

L'histoire des dépressions et des troubles thymiques se fait principalement autour de trois termes: la mélancolie, la dépression, la manie, terme ayant connu un sort plus chaotique. Pour des raisons pédagogiques nous présenterons les trois termes séparément. Bien entendu, au sens strict, la manie n'a rien à faire avec la dépression puisqu'il s'agit de l'inverse, mais, comme il peut y avoir alternance entre les deux états ou leurs formes atténuées, il convient de tous les présenter.

On aura compris que si la rigueur veut que l'on parle de troubles de l'humeur ou de troubles de thymiques» (hyperthymie, euthymie, dépression...), l'habitude fait que l'on utilise souvent « troubles thymiques ou états dépressifs comme synonymes inappropriés. (Pardinielli, J L.2005, p9) La naissance de la notion de dépression est lente son apparition a été préluée par la description d'une forme de *tædium vitae* (tristesse) chez Sénèque dans les dialogues (50 ap.J.-C.): « La maladie a pour origine un manque d'équilibre de l'âme et des aspirations timides ou malheureuse; selon que l'on n'ose pas tout ce qu'on désire ou que l'on tente en vain de réaliser et qu'on s'épuise à espérer ».

Au IV siècle, saint Jean Chrysostome parle de la tristesse comme effet du dérèglement et de la mollesse de l'âme sans troubles de l'entendement. À la même époque Evagre le pontique évoque l'*acedia* (désintérêt): qui fait partie des péchés capitaux et qui désigne le dégoût et l'anxiété du cours. Les symptômes sont les gémissements; les plaintes les soupirs; l'agitation, la torpeur; le dégoût de soi. Il ne s'agit pas de la mélancolie; mais d'une forme particulière de tristesse qui ne se confond pas avec elle rien de spécifique jusqu'au XVIIe siècle: la dépression se perd dans la mélancolie: l'hypocondrie, les vapeurs (troubles nerveux) mais en 1678; à Bâle, Johannes Hofer publie sa *dissertatio de nostalgia* pour décrire un état d'anxiété, d'insomnies, d'anorexie, de désespoir, de rêveries douloureuses du pays: la nostalgie c'est le mal du pays», forme atténuée de souffrance dépressive. En 1733, Georges Cheyne invente le spleen (rate atrabilaire et morosité de l'humeur), dont les causes seraient l'abondance de marchandises, la sédentarité, la suralimentation... de manière très marginale, il existe donc à l'âge classique des formes de dépression distinctes de la mélancolie. Au XIXe siècle, Esquirol (1818) reprend, dans son texte sur le suicide, le spleen et la nostalgie sans les considérer comme causes suffisantes. J-P. Falret (1822) développe l'idée d'une « faiblesse nerveuse » différente de la mélancolie. En 1869, l'apparition de la « neurasthénie ». (Pardinielli, 2005, p13)

Établit l'existence de formes dépressives distinctes de la mélancolie (asthénie physique et psychique Avec fatigabilité, troubles de l'humeur et de l'émotivité, troubles psychosomatiques avec Insomnies, douleurs diverses, cf. Pedinielli, Bretagne, les névroses). En France, Charcot utilisera largement ce concept et contribuera à lui donner une assise scientifique. Kraepelin, Dans son classement de 1899, évoque les formes de dépression citées précédemment et Distinctes de la mélancolie. la notion de « dépression » (non mélancolique) voit officiellement le jour.

Les successeurs de Kraepelin définiront diverses formes dans les années 20, on note l'apparition de formes dépressives distinctes de la mélancolie (Maurice de Fleury (1924) Les États dépressifs et la neurasthénie), Gillespie (1929) «dépression autonome (Endogène), «dépression réactionnelle » (psychogène). En 1928, J. Langue sépare le domaine des dépressions en dépression endogène et « dépression exogène ». La première (Endogène) ne possède pas de facteurs déclenchant, s'associe à des antécédents personnels et/ou familiaux maniaco-dépressifs, se caractérise par des sentiments d'auto-accusation, une importante inhibition (ralentissement psychomoteur), un amaigrissement, et ses manifestations semblent sans rapport avec l'attitude de l'entourage. La seconde forme (dépression exogène) n'est pas marquée par antécédents personnels et/ou familiaux maniaco-dépressifs, elle est réactionnelle sans retentissement psychomoteur et la malade projette sur Les autres ses sentiments de culpabilité; elle varie selon l'attitude de l'entourage. En 1934, la classification américaine intègre la notion de dépression réactionnelle Chez Fenichel (1945), qui réalise une synthèse des travaux psychanalytiques sur les troubles mentaux, la dépression névrotique est clairement mentionnée: tout en maintenant qu'il n'existe pas De frontière nette entre la dépression psychotique et la dépression névrotique, il estime que Cette dernière concerne le conflit ambivalent autour des apports narcissiques répartis sur le malade et ses objets la classe « dépression-limite (chez l'état limite). Avant de faire l'objet De vives controverses dans les années 80. Le DSM-IV décrira, parmi les « troubles de l'humeur », l'épisode dépressif majeur qui Pourra se combiner avec les différentes autres catégories de troubles. **(Ibid, p14).**

2/ Les définitions de la dépression

La dépression est une maladie mentale complexe qui affecte de nombreuses personnes dans le monde. C'est un trouble de l'humeur caractérisé par des sentiments de tristesse, de découragement et de perte d'intérêt pour les activités habituelles. Bien que la dépression puisse

être difficile à vivre, il existe heureusement des traitements et des stratégies efficaces pour la gérer.

On nous commençons par définir plus en détail ce qu'est la dépression :

2.1. Définitions de la dépression (Larousse)

- -État pathologique marqué par une tristesse avec douleur morale, une perte de l'estime de soi, un ralentissement psychomoteur.
- -Abaissement d'une surface; enfoncement, creux Dépression du sol.
- -Diminution de l'activité économique pouvant déboucher sur une crise; chute des cours.
- -Vide partiel provoqué dans la tubulure d'admission et le cylindre d'un moteur à explosion par le mouvement descendant du piston.
- -Pression inférieure à la pression du milieu environnant. (**Dictionnaire de Larousse**)

2.2. Selon Michel GOUDEMAND

La dépression n'est pas seulement une psychopathologie, elle est une expérience fondamentale de la vie psychique. Dans son ouvrage sur les bienfaits de la dépression, P. Fédida (2001) s'est démarqué d'une sémiologie classique, d'une objectivation des signes. Il oppose la dépression (« une maladie humaine du temps, une glaciation du mouvement psychique ») à la capacité dépressive, porteuse de potentialité créatrice, « protectrice et régulatrice » : cette dépressivité, écrit-il, est nécessaire à la vie pour qu'elle reste vivante et pour soustraire le sujet à l'excès des excitations.

Si la dépression est bien cette expérience personnelle d'un drame qui s'éprouve dans l'extrême solitude, elle comprend aussi une dimension interpsychique, une part qui concerne l'autre, et dans certains cas plus-d'un-autre. Il ne s'agit pas seulement de prendre en considération le soi dans son lien à l'autre, mais ce qui se noue dans un lien dont la consistance psychique, les modes d'organisation et les processus sont irréductibles à ceux des sujets qui le constituent. Cette dimension du lien n'est pas propre à l'expérience dépressive¹, mais elle y prend un statut et des fonctions remarquables, en rapport direct avec cette expérience.

Nous savons que toute maladie psychique implique les proches du malade dans l'équilibre de leur monde interne et de leurs relations, soit par résonance, identification projective, induction adhésive, soit et le plus souvent par mesure défensive contre le

débordement de leurs défenses. La dépression dans ses diverses formes les implique peut-être davantage que d'autres troubles. Il y a dans la dépression et plus exactement dans l'affect dépressif, le retour d'une vicissitude du lien primaire, un violent rappel d'une perte surmontée dans la douleur de la séparation, et qui n'a jamais été complètement guérie. Ce retour n'affecte pas seulement le sujet dans son rapport à l'autre, il affecte dans certains cas le lien lui-même. (Goudemand, 2010, p 162).

2.3. JÉROME PALAZZOLO

La dépression est l'une des affections psychologiques les plus fréquentes. Le taux de personnes dépressives dans la population française est d'environ 15%, dont près d'un tiers n'est pas pris en charge médicalement. Une femme sur cinq serait touchée (Boyer et al., 1999).

Le nombre de nouvelles dépressions déclarées a été multiplié par six depuis 1970. Entre 1992 et 2005, le taux de sujets dépressifs a particulièrement augmenté (de plus de 65%) chez les jeunes adultes de 20 à 29 ans, touchés dans le même temps par une hausse de 20% du chômage.

Le risque de présenter une dépression au cours de la vie varie, selon les études, de 10 à 25% pour les femmes, et de 5 à 12% pour les hommes.

La dépression est, quant à elle, plus diffuse. Les patients décrivent un manque d'élan, une perte d'énergie, un frein motivationnel, une dévalorisation d'ens mêmes, etc. (Palazzolo, 2005, p1)

2.4. La dépression est une maladie grave et très fréquente, puisqu'en douze mois, plus de 7% de la population générale va présenter les symptômes de cette maladie. C'est aussi la quatrième cause médicale de handicap.

Pourtant cette pathologie est mal diagnostiquée, ou plutôt sous-diagnostiquée, c'est-à-dire qu'on en sous-estime la prévalence. Seulement 30% de rémission sont observés à la suite des traitements, ce qui signifie que 70% des patients continuent à présenter des symptômes, et malheureusement, actuellement, un certain pourcentage de patients ne répond pas du tout aux traitements.

De plus, les traitements actuels présentent des effets secondaires qui limitent leur utilisation, et il n'y a que 60% d'adhésion à la thérapie, c'est-à-dire de patients qui suivent effectivement leur traitement. Le risque suicidaire est également très grave au début de la

dépression, puisque 15% des patients font une tentative de suicide, dont environ la moitié aboutit. (Sokoloff, p 154).

2.5. Selon l'organisation mondiale de la santé les troubles dépressifs, également regroupés sous le terme de « dépression », sont des troubles mentaux courants qui touchent toutes les catégories de population. Ils se caractérisent par une tristesse persistante ou par une perte durable de la capacité à éprouver de l'intérêt ou du plaisir pour les activités qui en procuraient auparavant.

Il faut distinguer la dépression des changements d'humeur ordinaires et des sentiments que peut inspirer la vie quotidienne. En cas d'épisode dépressif, l'humeur dépressive est présente la plus grande partie de la journée et se manifeste presque quotidiennement pendant au moins deux semaines. Les personnes dépressives peuvent souffrir de troubles du sommeil et de fluctuations de leur appétit. Elles peuvent également avoir une faible estime d'elles-mêmes ou des idées suicidaires et se sentir désespérées face à l'avenir. La fatigue et les difficultés de concentration sont également des symptômes fréquents.

La dépression résulte d'une interaction complexe entre des facteurs sociaux, psychologiques et biologiques. Les personnes ayant traversé des événements difficiles, comme la maltraitance ou le deuil, sont davantage susceptibles de souffrir d'un trouble dépressif. Rencontrer des problèmes dans le milieu scolaire ou au travail peut également entraîner une dépression.

L'efficacité des programmes de prévention pour soulager la dépression a été prouvée. Il existe également des traitements psychologiques et pharmacologiques efficaces, bien qu'ils soient souvent indisponibles ou inaccessibles dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. On estime que plus de 75 % des personnes souffrant de troubles mentaux dans ces pays ne bénéficient d'aucun traitement. (**Le rapport sur la dépression dans le monde, O.M.S,2024**).

La dépression se manifeste par une humeur triste, une perte d'intérêt pour toute activité et une baisse de l'énergie. Les autres symptômes sont une diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi, une culpabilité injustifiée, des idées de mort et de suicide, des difficultés à se concentrer, des troubles du sommeil et une perte d'appétit. La dépression peut aussi s'accompagner de symptômes somatiques. (**OMS, 2001**).

2.6. Ces troubles ont des conséquences sur la vie affective, familiale, professionnelle et sociale. A la différence du « coup de blues », ou de la « déprime », dans la dépression l'humeur et le mal-

être varient peu d'un jour à l'autre ou selon les événements de vie. En France, la prévalence annuelle des épisodes dépressifs est estimée à 8% chez les 18-75 ans Les femmes sont deux fois plus touchées que les hommes. Le risque suicidaire est fortement associé aux troubles dépressifs 15 à 20% des personnes dépressives chroniques mettent fin à leurs jours. (**INPES, Baromètre Santé 2010.**)

3. Les classifications

Les états dépressifs ont fait l'objet de multiples classifications, certaines pas régulièrement revues et refondues, d'autres plus historiques. Comme on le sait, le principe d'une classification est de définir des affections caractérisées par des associations stables de signes et dont l'évolution est stable et prévisible: la mélancolie en est un bon exemple. Que la psychiatrie class que ait voulu en faire un phénomène naturel n'est pas étonnant, le modèle originaire étant celui de la maladie organique. Ces classifications reprennent les formes cliniques principales, mais laissent de côté certaines des formes que nous avons abordées au point précédent. Il existe deux principes de classifications: celui qui se fonde sur les apparences (la sémiologie) et correspond aux classifications syndromiques de type DSM ou CIM, celui qui prend en compte l'étiologie - supposée des dépressions (classifications psychopathologiques ou étiopathogéniques).(**Pedinielli , Bernoussi,2005,P 68-75**).

3.1. La classification originaire de Kraepelin

La conception de Kraepelin opposait:

- la dépression endogène (dépression de la PMD),
- la dépression psychogène (dépression névrotique).
- la dépression d'involution.
- la dépression symptomatique d'une autre affection,
- la personnalité pathologique dépressive.

Cette conception était fondée sur des critères descriptifs, mais tenait compte de l'évolution des pathologies; en outre, certains critères étiopatho géniques intervenaient subtilement (visibles notamment dans les termes «endogène » et « psychogène »). Et dans la pratique clinique, elle aboutis- sait principalement à opposer dépression endogène et dépression psycho- gène, les autres ne représentant qu'un petit nombre de sujets. La dichotomie entre endogène et psychogène

repose sur quatre arguments principaux :

- 1) La dépression psychogène serait réactionnelle à un événement causal précipitant.
- 2) Sur le plan sémiologique, on peut opposer la dépression endogène (ralentissement psychomoteur, idées de culpabilité, signes somatiques) et la dépression psychogène (sans ralentissement ni signes somatiques) mais avec tendance à rejeter la responsabilité sur autrui.
- 3) La dépression psychogène voit sa symptomatologie se modifier en fonction du milieu environnant.
- 4) Du point de vue des antécédents familiaux la PMD est fréquente dans les familles de patients présentant une dépression endogène alors que ce sont d'autres troubles qui se retrouvent chez les déprimés psychogènes.

Dans son aspect le plus courant cette conception oppose donc en fait les dépressions névrotiques et réactionnelles à la mélancolie intégrée ou non à une psychose maniaco-dépressive. Ce type de classification, pour efficace qu'il soit, présente néanmoins le désavantage de ne pas être fiable et d'être plus interprétatif que descriptif. Bien que cette classification ne soit plus d'actualité, on en retrouve des traces dans les usages empiriques de certains cliniciens, d'autant que les conceptions psychopathologiques ont souvent revendiqué la notion de « psychogène » et de « personnalité » avec, parfois, grande pertinence. **(Ibid.p68)**.

3.2. LE DSM-IV

Les versions successives du DSM ont régulièrement modifié la terminologie et la classification des troubles de l'humeur qui apparaît sans doute insatisfaisante aux praticiens. Le DSM-IV propose d'abord les critères de l'Épisode maniaque et de l'Épisode dépressif majeur, de l'Épisode mixte, de l'Épisode hypomaniaque qui représentent les troubles de base qui vont se combiner sous diverses formes qui constituent les Troubles proprement dits. Puis il définit les troubles bipolaires, les troubles dépressifs et les autres troubles de l'humeur. Par ailleurs, chacun de ces troubles peut faire l'objet de spécifications (selon son évolution, sa forme, ses caractéristiques...).

3.2.1 *Descriptif de la classification*

1. Troubles dépressifs

- Trouble dépressif majeur :
 - Trouble dépressif majeur, Épisode isolé.
 - Trouble dépressif majeur, récurrent.

- Trouble dysthymique
- Trouble dépressif non spécifié.

2. Troubles bipolaires

• Trouble bipolaire I

- Trouble bipolaire I Épisode maniaque isolé
- Trouble bipolaire I Épisode le plus récent hypomaniaque Trouble bipolaire I Épisode le plus récent maniaque.
- Trouble bipolaire I Épisode le plus récent mixte
- Trouble bipolaire I Épisode le plus récent dépressif – Trouble bipolaire I Épisode le plus récent non spécifié

• Trouble bipolaire II

- Trouble cyclothymique.
- 3. Autres Troubles de l'humeur :
- Trouble de l'humeur dû à une affection médicale générale
- Trouble de l'humeur induit par une substance
- Trouble de l'humeur non spécifié.

3.2.2 Critères

•Épisode dépressif majeur

- A.** Au moins 5 des symptômes suivants doivent avoir été présents pendant une même période d'une durée d'au moins deux semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur. Au moins un des symptômes est soit une humeur dépressive, soit une perte d'intérêt ou de plaisir affective médicale ou des symptômes qui sont manifestement imputables à une affection médicale générale, à des idées délirantes ou à des hallucinations non congruentes à l'humeur.)
- Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (p. Ex. se sent triste ou vide) ou observée par les autres (p. Ex. pleure). NB: éventuellement irritabilité chez les enfants et les adolescents.

- Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités, pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).
- Perte ou gain significatif de poids en l'absence de régime (par ex.: modification du poids corporel en un mois excédant 5%) ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours. NB: chez les enfants prendre en compte l'absence de l'augmentation de poids attendue.
- Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.
- Agitation ou ralentissement psychomoteur, presque tous les jours (constaté par les autres, non limité à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).
- Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.
- Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade).
- Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).
- Pensées récurrentes de la mort (pas seulement une crainte de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis, ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

B. Les symptômes ne répondent pas aux critères d'Épisode mixte

C. Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou C. L'altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

D. Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex., une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale (p. ex., hypothyroïdie).

E. Les symptômes ne sont pas mieux expliqués par un Deuil, c-à-d. après la mort d'un être cher, les symptômes persistent pendant plus de deux mois ou s'accompagnent d'une altération marquée du fonctionnement, de préoccupations morbides de dévalorisation, d'idées suicidaires, de symptômes psychotiques ou d'un ralentissement psychomoteur.

▪ Le DSM-IV précise par ailleurs que l'épisode dépressif peut être qualifié comme:

- léger, moyen, sévère sans caractéristiques psychotiques, sévère avec caractéristiques psychotiques, en rémission partielle, en rémission complète,
- chronique,

- avec caractéristiques catatoniques,
- avec caractéristiques mélancoliques,
- avec caractéristiques atypiques,
- avec début lors du post-partum.
 - La périodicité peut être indiquée par les spécifications suivantes :
- spécification de l'évolution longitudinale (avec ou sans guérison inter- currente),
- avec caractère saisonnier.

• Trouble dysthymique

Il se caractérise essentiellement par une humeur dépressive chronique qui survient plus d'un jour sur deux pendant au moins deux ans. Il peut être spécifié par les caractéristiques suivantes : Avec caractéristiques atypiques. Début précoce, Début tardif, avec caractéristiques atypiques.

• Trouble bipolaire I

Il est essentiellement caractérisé par la survenue d'un ou de plusieurs Épisodes maniaques, ou Épisodes mixtes. Les sujets ont souvent également présenté un ou plusieurs Épisodes dépressifs majeurs. Chaque épisode actuel (maniaque, mixte, dépressif) peut être spécifié par les caractéristiques suivantes: léger, moyen, sévère sans caractéristiques psychotiques, sévère avec caractéristiques psychotiques, en rémission partielle, en rémission complète, avec caractéristiques catatoniques, avec début lors du post-partum. L'Épisode dépressif majeur actuel (s'il s'agit de l'Épisode de trouble de l'humeur le plus récent) peut être spécifié: chronique avec caractéristiques mélancoliques, avec caractéristiques atypiques. Les modalités évolutives des épisodes peuvent être utilisées pour décrire les modalités évolutives des épisodes: spécifications de l'évolution longitudinale (avec ou sans guérison complète entre les épisodes), avec caractère saisonnier, avec cycles rapides.

• Trouble bipolaire II

Il s'agit d'une suite d'épisodes dépressifs majeurs récurrents avec Épisodes hypomaniaques. Ici encore on utilise des spécifications pour décrire les épisodes dépressifs et hypomaniaques, ainsi que la fréquence des épisodes.

• Trouble cyclothymique

Évolution chronique et fluctuante de troubles de l'humeur comportant de nombreuses périodes de symptômes hypomaniaques et de nombreuses périodes de symptômes dépressifs.

Le DSM-IV a été modifié, revisité. Concernant la dépression, le DSM-IV- R décrit maintenant les symptômes de cette pathologie en termes de Dysphorie, d'Anhédonie, de Culpabilité et d'Autoreproches. À cela viennent se greffer des formes d'irritabilité et de fatigue physique quasi constante. Sur le plan physique se distinguent une perte d'appétit, des troubles du sommeil récurrent menant vers des comportements excessifs dans l'action ou au contraire une amotivation menant son sujet à une réclusion solitaire le coupant ainsi de toute relation sociale. Par ces tsuici de comportement, le sujet dépressif peut opérer de deux manières distinctes: des tentatives de suicides ou des comportements à risque. Au niveau cognitif, il est à remarquer des difficultés de concentration et de mémorisation. Concernant le soin et l'accompagnement de ces sujets souffrants, ils refusent toute aide et tout traitement. **(Ibid.69-74).**

3.3.LA CIM 10

La classification de l'OMS est assez proche, mais contient quelques particularités. Elle comprend les rubriques suivantes:

1.Épisode maniaque avec comme subdivision: l'hypomanie, la manie sans symptômes psychotiques, la manie avec symptômes psychotiques, les autres épisodes maniaques.

2.Trouble affectif bipolaire avec comme rubriques: Trouble affectif bipolaire, épisode actuel hypomaniaque, Trouble affectif bipolaire, épisode actuel maniaque sans symptômes psychotiques, Trouble affectif bipolaire, épisode actuel maniaque avec symptômes psychotiques, Trouble affectif bipolaire, épisode actuel de dépression légère ou moyenne, Trouble affectif bipolaire, épisode actuel de dépression sévère sans symptômes psychotiques, Trouble affectif bipolaire, épisode actuel de dépression sévère avec symptômes psychotiques, Trouble affectif bipolaire, épisode actuel mixte, Trouble affectif bipolaire, actuellement en rémission, Autre troubles affectifs bipolaires.

3. Épisodes dépressifs qui se décomposent en: Épisode dépressif léger. Épisode dépressif moyen, Épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques, Épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques, Autres épisodes dépressifs.

4. Trouble dépressif récurrent (survenue répétée d'épisodes dépressifs) avec les mêmes caractéristiques que précédemment : léger, moyen, sévère...

5 .Troubles de l'humeur (affectifs) persistants qui comprennent la cyclo- thymie et la dysthymie (abaissement chronique de l'humeur).(**ibid ,p 74**).

3.4. Le problème de la classification psychanalytique

Après les classifications psychanalytiques de la dépression. Mais l'usage du terme est suffisamment répandu pour que l'on s'y arrête. La psychanalyse a contribué à produire des formes de dépression (anaclitique, essentielle, limite...), mais elle est généralement fidèle, sous des modalités diverses, à l'idée d'organisation (névrose, psychose, perversion...) qui fait de la dépression une des modalités pathologiques de ces organisations: on parle de dépression névrotique, limite, psychotique... Certes, les premiers travaux psychanalytiques se sont surtout intéressés au mécanisme de la dépression conçue comme une réaction à la perte d'objet et impliquant la dimension du narcissisme.

En France, c'est sans doute Bergeret qui a développé la classification la plus opératoire. Il oppose en effet: 1) la dépression névrotique, 2) la dépression limite, 3) la dépression psychotique.

- La dépression névrotique n'est pas la plus fréquente et s'appuie sur une relation d'objet génitale (fondée sur le conflit œdipien) et sur l'existence d'un refoulement des sentiments œdipiens. La dépression apparaît comme un « symptôme-compromis » (entre revendication pulsionnelle et interdits surmoïques) apparaissant à la suite du retour du refoulé. La dépression est donc, dans cette conception, assimilable à un symptôme névrotique (sens symbolique, modalité d'expression et de compromis...) tel que le conçoit la psychanalyse.
- La dépression psychotique correspond à un mode d'organisation fondée sur le déni de la réalité et une relation d'objet fusionnelle, une angoisse de « néantissement », le « déni de la réalité ». À l'intérieur de cette classe, la « structure mélancolique représente une organisation spécifique.
- La dépression limite correspond à une décompensation de l'état limite, à la suite d'un traumatisme désorganisateur. L'organisation s'appuie sur une relation d'objet anaclitique, une angoisse de perte d'objet des mécanismes de défense comme le dédoublement des imagos et la forclusion (dans un sens différent de celui de Lacan). Bergeret évoque en outre quatre formes cliniques de cette dépression limite: la forme clinique à allure psychotique, la forme clinique à allure névrotique, la forme clinique à allure perverse, la forme clinique de la sénescence. (**Ibid,p 75-76**).

4. Les symptômes de la dépression

La dépression se manifeste par de nombreux symptômes, tant sur le plan psychologique que physique. Sur le plan psychologique, on peut observer une tristesse persistante, une perte d'intérêt pour les activités habituelles, un sentiment de découragement et de désespoir, ainsi que des pensées négatives récurrentes sur le plan physique, la dépression peut entraîner de la fatigue, des troubles du sommeil, des changements d'appétit et de poids, ainsi que des douleurs diverses ces symptômes peuvent varier d'une personne à l'autre et leur sévérité dépend de la forme de dépression

Il est important de bien les identifier pour pouvoir mettre en place un traitement adapté. Toute personne dépressive ou maniacodépressive ne présente pas tous les symptômes de la maladie. La gravité des symptômes diffère d'un individu à l'autre et évolue également en fonction de la progression de la maladie. Certaines personnes ne présentent que peu de symptômes, d'autres beaucoup.

- La personne concernée est en permanence fatiguée et angoissée; elle semble vivre au ralenti ou sans aucune énergie.
- Parmi les symptômes, on trouve également l'agitation et une irritabilité extrême.
- La personne dépressive est le plus souvent submergée par toutes sortes de sentiments négatifs, notamment de désespoir, de pessimisme, de vide intérieur, du sentiment de n'avoir aucune valeur ou d'impuissance qui peuvent mener à des pensées de mort et même de suicide.
- La personne concernée peut perdre tout intérêt pour ses activités, voir sa libido disparaître ou délaisser les hobbies qu'elle aimait pratiquer avant sa maladie.
- Le malade souffre souvent de troubles de la concentration et de mémoire ainsi que de difficultés à prendre des décisions. Souvent, le malade se plaint d'insomnie, se réveille très tôt le matin ou, au contraire, un besoin anormal de sommeil.
- La perte d'appétit et/ou la perte de poids, mais aussi le fait de manger trop et de prendre du poids peuvent aussi constituer des signes de dépression.
- Des symptômes physiques persistants qui ne répondent à aucun traitement, par exemple des maux de tête, des troubles de la digestion ou des douleurs chroniques, sont également souvent observés.

4.1. Symptômes somato-instinctuel : Ils sont quasi constants, à la condition de les rechercher, d'intensité souvent variable au cours du nyctémère. L'aggravation matinale pourrait

évidemment être sous-tendue par la nature physiopathologique de ce type de manifestation. La perte de poids est parfois sévère, jusqu'à 10 kg en quelques semaines ce symptôme concerne davantage les femmes que les hommes Cette perte de poids est directement en rapport avec l'anorexie globale (80% des sujets) la perte du goût, l'anxiété (96% des sujets) et la sensation d'oppression ou de boule dans la gorge. À l'extrême, le mélancolique refuse l'alimentation. Parfois, c'est au contraire des comportements boulimiques qui alertent avec une prise de poids.

4.2. Les troubles du sommeil à type d'insomnie: sont quasi constants environ 85 % des hommes déprimés souffrent d'insomnie d'endormissement, réveils nocturnes fréquents avec cauchemars ou encore réveils précoces, sommeil non réparateur ...etc. L'insomnie matinale est un symptôme souvent corrélé à un risque suicidaire accru. L'hypersomnie peut avoir la même valeur sémiologique, d'autant que ce sommeil n'est ni réparateur ni susceptible de diminuer la plainte d'asthénie (90% des sujets). La polysomnographie montre une diminution de la latence d'apparition du sommeil paradoxal, une diminution du temps de sommeil total. Une fragmentation du sommeil, une diminution du sommeil lent profond.

4.3. Les troubles de la libido : se manifestent par une diminution marquée de l'appétit sexuel, voire une impuissance ou une frigidité. Les hommes s'en plaignent particulièrement Plus rarement, l'excitation hypergénésique indique la présence de symptômes maniaques qui témoignent d'une lutte vaine contre la dépression.

4.4. L'anxiété somatique : est présente chez plus de 85% des déprimés. Les manifestations les plus fréquemment retrouvées sont :

4.5. Les troubles génito-urinaires: pollakiurie, dysurie voire rétention urinaire, brûlures mictionnelles, douleurs de la région périnéale, aménorrhée ou dysménorrhée; les troubles digestifs tels que la diarrhée, constipation opiniâtre, état saburral des voies digestives, anorexie, nausées, vomissements, gastralgies. Il n'est pas anodin de constater chez de grands déprimés mélancoliques des idées de négation d'organe ou de paralysie de fonction d'organe : la réalité d'une occlusion vient parfois démentir la notion de délire, ce qui souligne la nécessité d'un examen clinique toujours minutieux et d'une prudence dans l'utilisation des médicaments possédant des effets atropiniques. Les plaintes hypocondriaques du déprimé ont souvent un point de départ digestif.

4.6. Les troubles cardiovasculaires: palpitations, bouffées vasomotrices, tachycardie, précordialgies, dyspnée. Dans les formes de dépression très ralenties, une hypotension et une bradycardie peuvent être observées. Les troubles cénesthésiques crispations, crampes

musculaires, céphalées, vertiges, paresthésies, ces troubles expriment des préoccupations hypocondriaques à la mesure des traits de personnalité pré-morbide. (B.S.Muriel, 2004,p 14-15)

4.7. Conduites suicidaires et autres troubles des conduites

Les idées suicidaires sont présentes chez 80% des déprimés. Il faut en faciliter l'expression afin de mettre en place d'éventuelles actions préventives. Le suicide peut être un acte mûrement réfléchi, élaboré, ou au contraire un raptus impulsif. Parfois, le suicide vient dramatiquement révéler une dépression méconnue, mais il reste surtout un risque évolutif des dépressions en cours de traitement. La levée de l'inhibition, dernier rempart contre la réalisation suicidaire, vient parfois ponctuer l'évolution vers la guérison. Le refus de s'alimenter, de boire (sitiophobic), certains gestes d'automutilation, revêtent la même valeur suicidaire en engageant le pronostic vital. Évaluer le risque suicidaire n'est pas chose aisée, d'autant que la dissimulation des intentions peut être trompeuse.

La sévérité de ce risque paraît moins corrélée à l'intensité de l'état dépressif, qu'au degré d'anxiété et d'agitation. Les sujets âgés de sexe masculin sont des patients à risque, leur taux de suicide au cours des dépressions étant nettement plus élevé que celui des autres groupes de déprimés. Divers troubles des conduites réalisent des équivalents suicidaires: prise de risques en voiture, au jeu, abus d'alcool sur un mode dipsomaniaque compulsif, relations sexuelles non protégées, utilisation de toxiques. Les psychopathique (kleptomanie, exhibiti inconsciente étant la recherche d'un blät .(Carvalho, Cohen 2003 P.73).

5. Les formes cliniques de la dépression:

5-1-La mélancolie

Elle est caractérisée par la gravité de la symptomatologie: l'humeur dépressive marquée par l'intensité de la culpabilité et de la dévalorisation le pessimisme (avec sentiment d'incurabilité et la douleur morale , l'intensité du ralentissement psychomoteur ou de l'agitation anxieuse, l'intensité du syndrome somatique avec anorexie et amaigrissement, l'anhédonie et l'anesthésie affective, le réveil matinale précoce et l'amélioration vespérale, le risque important de suicide. Les symptômes peuvent s'y manifester selon des dominance variable.

La forme stuporeuse ou catatonique est marquée par l'inhibition totale de toute activité motrice et mimique. L'immobilité, le mutisme, l'absence de réaction a tout stimulus extérieur, les traits figés, l'attitude de refus en font un véritable négativisme douloureux.

La forme anxieuse est, tout au contraire, dominée par l'agitation, la sollicitation relationnelle incessante, la stérilité des interrogations, le risque de raptus suicidaire.

La forme délirante est marquée par une conviction délirante qui est au-delà de tout indice de la réalité objective, quelque fois étayée par une activité hallucinatoire auditive. Le délire s'y montre souvent pauvre, monotone, monothématique. Il est vécu passivement par le patient, dans un sentiment de résignation douloureuse et pénible.

Les thèmes congruents à l'humeur amplifient toutes les idées mélancoliques : autoaccusation délirante, indignité avec attente d'un châtement à la hauteur de la faute supposée commise ; idées hypocondriaque avec la certitude d'être atteint d'une maladie incurable ou honteuse ; idées de négation d'organe ou de leur fonctionnement (intestin, larynx) ; idées de ruine, de catastrophe, de deuil (idée de la mort de proche, de la perte totale de ses biens, d'un cataclysme imminent). Une forme délirante spécifique est connue sous le nom de syndrome de Costard qui associe classiquement des idées de négation de la personne et du monde extérieur, d'immortalité et de damnation éternelle.

A ces idées délirantes, on peut aussi bien rattacher les thèmes d'influence maléfique, de possession diabolique et de persécution, lorsque celle-ci est liée à la faute que le sujet s'accuse d'avoir commise. Il peut arriver que les thèmes ne soient pas congruents à l'humeur ; il s'agit, dans ces cas, d'idées de persécution ou d'influence. (**Kapsambelis, 2015, p.566, 567**).

5.2. La dépression névrotique

Ce vocable recouvre des tableaux différents d'une part, des situations de réaction de conflits inconscientes d'origine infantile, faisant revivre au sujet une frustration précoce ou un vécu d'abandon. Le facteur déclenchant repéré apparaît sans commune mesure avec l'intensité du tableau clinique : il s'agit d'un événement de la vie actuelle le plus souvent minime, auquel le patient confère une valeur traumatique en raison de ses carences affectives précoces. D'autre part, la décompensation d'une névrose déjà connue. La nature de l'épisode dépressif diffère souvent selon la névrose et les fixations concernées. La névrose obsessionnelle peut occasionnellement déboucher sur une décompensation mélancolique ; l'hystérie laisse affleurer à tout moment son vécu dépressif et en précipite la crise qui, à l'inverse, parvient à décharger sa tension.

Dans tous les cas, on y reconnaît généralement une relative modération de la symptomatologie : l'autoapitoiement plutôt que l'indignité, l'intensité de la quête effective et du besoin de réassurance plutôt que la damnation, l'espoir de réactivité aux milieux extérieurs.

plutôt que le retrait, l'inquiétude de l'avenir et l'anxiété plutôt que le pessimisme foncier. On notera que la tentative de suicide prend souvent une signification agressive relationnelle vis à vis d l'entourage. Pour autant, et en particulier dans la névrose hystérique, le geste suicidaire, malgré son aspect théâtrale, n doit pas être minimisé, car il conduit à la mort dans un nombre non négligeable de cas (**Ibid, pp.567,568**).

5-3-La dépression réactionnelle

Elles suivent un événement de la vie actuelle qui perd une valeur traumatique. Ce sont ces dépression qui reste les plus proche du deuil elle en gardent le caractère objectif d la cause, clairement reconnu par le patient et le médecine, même si la perte n'est pas seulement celle d'un être cher, mais aussi bien une rupture sentimentale, un échec professionnel, une situation existentiel difficile (solitude, revers de fortune ou autre difficulté matérielle).elles s'en différencient par le routeur sur soi le « *tædium vitae* », la perte de l'auto-estime, qui indiquent la pathologie dépressive, quand bien même le coup du sort s'est montré particulièrement violent. Sachant aussi que le deuil, tout extrême qu'en soit la cause, peut se dérober au classique < travail de deuil », pour devenir dépression.

On y rattacher la dépression d'épuisement, déclenchée par la répétition d'événement traumatique, ayant entraîné une surcharge émotionnelle prolongé, ou encore par des situations de surmenage professionnel a forte charge émotionnelle (**Ibid, 2015, p.568**).

5-4-Formes atypique, dépression masqué, équivalent dépressif:

Au sens française du terme, la dépression atypique désigne un des modes d'entré dans la schizophrénie mais au sens Anglo-saxon, il s'agit d'un étas dépressif dans lequel les signes somatique apparaissent comme inverse: l'hypersomnie remplace l'insomnie, l'augmentation d l'appétit remplace l'anorexie, entraînant une prise de poids, l'asthénie y est particulièrement intense, l'humeur y est très labile et reste réactive et sensible à l'ambiance, les traits de la personnalité sont d'allure histrionique.

Dans la dépression masquée, les signes dépressifs typiques sont masqués par des symptômes d'une autre nature. Ce sont avant tout des manifestations somatiques, le plus souvent

des douleurs: céphalées, algide cause organique, faciale (glossodynie, odontalgie), lombalgie fixes et persistance. L'absence de cause organique, le flou de plaints ayant un retentissement disproportionné, la présence d signes dépressifs dénié par le sujet (trouble du sommeil, irritabilité, « cafard ») permettent de faire le diagnostic.

Dans ce qui est appelé l'équivalent dépressif, les symptômes de la dépression n'apparaissent pas et l'épisode dépressif prend les apparences d'un tableau névrotique, phobique, obsessionnel ou hypocondriaque d'apparition récente; ils peuvent être remplacés par des troubles du caractère, des conditions alimentaires (boulimie) ou sexuelle, des conduits toxicomaniaques ou des alcoolisations intermittentes (**Kapsambelis, 2015, p.568.569**).

5-5-Les dépressions secondaires

On appelle secondaire l'état dépressif qui apparaît au cours de l'évaluation d'un tout autre tableau clinique.

Des épisodes dépressifs viennent régulièrement compliquer les manifestations des personnalités « limite et psychopathique, dans lesquelles la dégressivité, le sentiment d'abandon et l'impulsivité caractérisant les troubles de la structure. Les tentatives de suicide y sont fréquentes, impulsives et illustrent comment le passage à l'acte constitue, pour ces sujets la seule possibilité de décharger les tensions internes.

Dans la schizophrénie, l'épisode dépressif inaugure parfois la maladie, survenant de façon insidieuse. Les symptômes de repli et d'isolement sont au premier plan et prennent une allure énigmatique.

On y cherchera les éléments de dissociation, de préoccupation délirantes non congruentes à l'humeur, une angoisse aux tonalités psychotiques. Le diagnostic différentiel peut être parfois délicat avec une mélancolie délirante la précession du délire sur la symptomatologie dépressive est un argument important (critères de ségalas)

La dépression peut aussi être dite « secondaire » à une affection somatique la dépression est parfois iatrogène, induite par un certain médicament considéré comme dépressogène. Enfin, elle peut être secondaire, à un sevrage: alcool, benzodiazépines, toxique régime, alimentaire chez l'obèse. Nous reviendrons ultérieurement sur la dépression secondaire à un état démentiel (**Ibid, 2015, p.569,570**).

5-6-La dépression de l'adolescent:

Ou cour de processuel de l'adolescent, le sujet accomplit un travail psychique qui s'apparente à un travail de deuil. Ceci manifeste par un certain nombre d'affectes prouvent évoque des symptômes dépressifs, et peu par fois déboucher sur le véritable fondement dépressif.

La dépression apparaitre alors le plus souvent sous une forme masquée et très fluctueuse: plaintes somatique, asthénie, bouffée, hypocondriaque et dysmorphobique, trouble de caractère, fugues, crise clastique, trouble des conduites alimentaire, conduites toxicomaniaques.

6.7 .Dépression et suicide

La présence simultanée d'un trouble dépressif et d'autres affections psychiatriques (en particulier anxiété et abus de substances) est fréquente et doit toujours être explorée. Une maladie somatique éventuellement associé à la dépression, doit évidemment être systématiquement recherchée.

La dépression est la première cause de suicide. Des tentatives précédentes constituent le principal facteur de risque de suicide avéré.

Il est donc capital de rechercher et d'estimer le risque suicidaire d'un patient dépressif. Le médecin doit interroger de manière claire et directe le patient sur des idées suicidaires, d'éventuels projet ou tentatives de suicide. Il doit également évaluer s'il existe chez un patient suicidaire un risque de blesser autrui. Le fait de rechercher le risque suicidaire n'augmente pas le risque à l'acte. L'évaluation répétée du risque suicidaire doit systématiquement faire partie du suivi d'un patient dépressif. **Ibid, 2015, p.571).**

6) La dépression chez les personnes âgées

La vision erronée selon laquelle, il est normal que les personnes âgées se sentent déprimées est largement répandue. Pour la majorité des personnes âgées, la situation est exactement inverse et la plupart d'entre elles sont satisfaites de leur vie. Lorsqu'une dépression apparaît, elle est toutefois parfois considérée comme faisant partie intégrante du vieillissement. Une dépression non diagnostiquée et non traitée peut être synonyme de souffrances inutiles, pour les proches et la personne concernée qui, pourrait parfaitement mener une vie bien remplie et agréable si cette dépression était diagnostiquée et traitée. Quand ils se rendent chez le médecin, les patients âgés, parlent le plus souvent de leurs symptômes Physiques; c'est peut-être dû au fait que les personnes plus âgées ne parlent pas facilement de Leurs sentiments, par exemple de leur

désespoir, de leur tristesse, de leur perte d'intérêt pour la vie en général et des activités qu'ils aimaient par le passé ou d'un deuil particulièrement long après la perte d'un être cher.

Si les médecins et les thérapeutes avaient conscience que les symptômes de la dépression peuvent parfois ne pas être reconnus pour ce qu'ils sont et plutôt être attribués à d'autres maladies, les dépressions pourraient être diagnostiquées et traitées plus précocement. Ils savent que de nombreux symptômes peuvent être des effets secondaires des médicaments pris par le patient pour traiter l'une ou l'autre maladie ou également être associés à une autre maladie, ce que l'on appelle une comorbidité. Lorsque le diagnostic de la dépression est posé, un traitement médicamenteux et/ou une psychothérapie permettent au patient dépressif de retrouver une vie heureuse et épanouie.

Les dernières recherches ont montré que les symptômes d'un épisode dépressif de courte durée peuvent aussi être soulagés chez les personnes âgées et malades. Ce soulagement peut être obtenu grâce à une psychothérapie brève, une forme de psychothérapie de soutien. Cette approche thérapeutique aide les patients dans leurs relations de tous les jours et leur apprend à lutter contre les pensées négatives souvent déclenchées par une dépression. La psychothérapie est également utile chez les patients âgés qui n'osent pas ou ne veulent pas prendre de médicaments. Des études d'efficacité ont montré que, même à un âge avancé, la dépression peut être traitée par une psychothérapie.

Un meilleur diagnostic et un meilleur traitement de la dépression chez les personnes âgées permettent de rendre cette tranche de vie plus belle et plus épanouissante tant pour les patients dépressifs que pour leur entourage et le personnel soignant. **(Pewzner, 2000.P.77).**

Chez les personnes âgées, la dépression est un problème important en santé publique, à cause de sa prévalence élevée et de son association avec les incapacités fonctionnelles, la mortalité et l'utilisation des services. La plupart des études ont montré que le manque de relations sociales était associé à la dépression,

7.États dépressifs au cours du vieillissement

Dans les pays industrialisés, le taux de personnes âgées de plus de 65 ans, qui était autour de 10 p. 100 de la population générale dans les années 1950, devrait atteindre plus de 30 p. 100 à l'horizon 2020. En réponse au défi important que constitue ce vieillissement démographique, les systèmes de soins ont progressivement amélioré leurs connaissances et modalités de traitement des pathologies du vieillissement, y compris dans le champ de la pathologie mentale.

En conséquence, les états dépressifs survenant au cours du vieillissement ne sont plus appréhendés sur la base de connaissances extrapolées à partir des seules données sur la dépression de l'adulte jeune.

Il est maintenant possible de mieux décrire leurs spécificités épidémiologiques, cliniques, pronostiques et thérapeutiques sur la base des résultats d'études cliniques réalisées spécifiquement chez les personnes âgées, essentiellement les plus de 65 ans, intégrant les caractéristiques biologiques, sociales, psychologiques, propres à cette tranche d'âge. Certains états dépressifs survenant au cours du vieillissement sont assez proches des épisodes survenant chez l'adulte jeune sur le plan de leur présentation clinique et de leurs mécanismes physiopathologiques. C'est le cas en particulier des épisodes de dépression tardive pour lesquels la présence d'antécédents d'épisodes similaires dans l'âge adulte fait suspecter la récurrence d'une même maladie dépressive. Pourtant, comme pour les autres pathologies psychiatriques du grand âge, les états dépressifs au cours du vieillissement peuvent prendre des formes cliniques et évolutives particulières, surtout s'ils n'ont jamais été précédés d'épisodes similaires dans l'âge adulte. Leur compréhension doit tenir compte alors de la fréquence des atteintes organiques, en particulier cérébrales, pouvant être ici comprises comme étant à l'origine du trouble sans que l'on ne puisse pourtant jamais réduire la pathologie dépressive à sa seule composante ou origine organique.

Il apparaît ainsi qu'une meilleure compréhension de la maladie dépressive au cours du vieillissement est bien sûr un enjeu en termes de qualité des soins, de prévention de la perte fonctionnelle et du risque élevé de décès par suicide qu'elle entraîne, ainsi que de maintien de la qualité de vie des patients âgés qui en souffrent. Cette approche de la pathologie dépressive au cours du vieillissement donne également à mieux connaître la pathologie dépressive dans son ensemble, en particulier dans ses mécanismes physiopathologiques, sa cinétique d'évolution et son histoire naturelle. Après une revue des données de l'épidémiologie, seront discutés les aspects cliniques des états dépressifs au cours du vieillissement, ainsi que les données récentes sur leurs modalités de traitement. **(Goudemand ,2010,p35).**

5. Prise En Charge

Le MPR va soigner en priorité les dépressions de degré léger ou moyen. La supervision par un psychiatre de liaison ou installé peut être utile pour confirmer le diagnostic, établir un

diagnostic différentiel, évaluer l'efficacité du traitement médicamenteux et gérer les situations de crises.

Dans le choix du traitement il est important de prendre en considération le niveau actuel de fonctionnement du patient, son historique quant à des épisodes précédents de dépression, et ses préférences quant au type de traitement.

Dans l'épisode dépressif léger, il existe une efficacité comparable entre un traitement médicamenteux antidépresseur, une psychothérapie et un suivi par le MPR. Ces traitements peuvent par ailleurs être complémentaires. Le suivi devrait être rapproché, avec un accent sur l'adhésion thérapeutique, la gestion des difficultés émotionnelles, sociales et professionnelles, sans forcément introduire un traitement pharmacologique d'emblée. Le médecin doit promouvoir et expliquer l'importance d'adopter des habitudes de vie saines, notamment une bonne hygiène du sommeil, la pratique régulière d'activité physique, une consommation d'alcool et de caféine modérée, et, si possible, aucun usage de drogues illicites. Il s'agit d'un accompagnement expectatif actif (*watchful waiting* »). Si l'évolution n'est pas favorable ou si la dépression s'aggrave, un traitement psychothérapeutique spécifique et/ou médicamenteux est indiqué. Pour un patient présentant un épisode dépressif moyen. Le traitement recommandé inclut un traitement psychothérapeutique et/ou un traitement antidépresseur.

La combinaison de psychothérapie et de traitement médicamenteux antidépresseur est le traitement nécessaire en cas d'épisode sévère. Si la dépression sévère s'accompagne de symptômes psychotiques. Ou d'idées suicidaires il s'agit d'une situation d'urgence nécessitant une prise en charge par le spécialiste, ou parfois une hospitalisation. **(Oberle, Broers, la dépression, 2017 p 8).**

5.1. Psychoéducation

Dans un premier temps, il est important de discuter avec le patient de son diagnostic, en lui fournissant des explications simplifiées sur les causes neurobiologiques de la dépression, du pronostic, de l'informer et le rassurer sur les moyens thérapeutiques disponibles et leur efficacité. Cela inclut aussi les effets attendus du traitement médicamenteux, ainsi que les effets indésirables qui peuvent se présenter, surtout en début de traitement et mentionner le délai d'action du médicament. L'implication des proches, après accord du patient, permet de fournir des explications sur la maladie, apporter du soutien psychologique et ainsi réduire les tensions familiales liées à l'incompréhension du vécu du patient déprimé. **(Ibid.p 9).**

5.2 Suivi par le medecin de premier recours (MPR)

Le suivi consiste à créer une relation de confiance, se montrer empathique, disponible pour le dialogue et l'écoute et valider les émotions du patient. Le rôle du médecin est d'amener le patient à comprendre sa maladie, le motiver à poursuivre son traitement et l'aider à mobiliser ses ressources pour faire face à ses activités quotidiennes, en fixant avec lui des buts concrets et raisonnables à atteindre. Il s'agit également de stimuler l'engagement du patient dans des activités agréables et gratifiantes de même que de favoriser l'adoption d'habitudes de vie saines. Cela se fait souvent en incluant l'entourage dans la prise en charge dans. Les limites de la confidentialité et donc avec l'accord du patient. Il est également important d'évaluer régulièrement le risque suicidaire et établir un plan d'action avec le patient et son entourage en cas d'apparition ou d'aggravation d'idées suicidaires.

5.3 Le traitement médicamenteux (antidépresseur)

Lors de la prescription d'un antidépresseur (AD) il faut prendre en considération:

- La préférence du patient et du médecin
- La réponse antérieure à un antidépresseur
- La sécurité, la tolérance et les effets secondaires anticipés
- Les comorbidités somatiques ou psychiatriques
- Les coûts.

Les AD agissent tous sur la neurotransmission des monoamines (serotonine, noradrenaline ou dopamine). Les recommandations actuelles proposent comme choix initial les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS), les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine/noradrenaline (ISRN), les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la noradrenaline et de la dopamine (IRND) et l'antagoniste de l'auto- récepteur pré-synaptique alpha-2 et antagoniste des récepteurs 5-HT2 et 5-HT3 (ASSNa) (tableau 8). Ces classes de médicaments ont une efficacité similaire pour le traitement des épisodes dépressifs majeurs et seul le profil des effets indésirables est différent." Une méta-analyse plus ancienne évaluant l'efficacité des AD de nouvelle génération sur un épisode dépressif majeur a montré que les molécules suivantes ont davantage d'intérêt, même si globalement l'effet des AD est modéré escitalopram, sertaline, venlafaxine et mirtazapine. La sertraline et l'escitalopram présentent le meilleur profil sur le plan de la tolérance, faisant d'eux le premier choix en MPR.

Les tricycliques (ATC) et les inhibiteurs de monoamine oxydase (IMAO) sont de moins en moins prescrits comme traitement initial au vu de leur profil d'effets secondaires et leur toxicité en cas de surdosage. Ils sont indiqués pour des dépressions de degré sévère ou avec indication spéciale, par exemple lors de syndrome douloureux chronique.

Dans les traitements impliquant un mineur, il est recommandé de demander l'avis d'un pédopsychiatre. Pour le sujet âgé, l'initiation sera plus progressive (débuter avec la demi-dose initiale adulte) avec un suivi médical plus rapproché, notamment de la tolérance, et la posologie adaptée à la fonction hépatique et rénale.

Un antidépresseur sédatif est préconisé pour une dépression de type anxieux (anxiété, irritabilité, trouble du sommeil) tandis qu'un antidépresseur stimulant est favorisé lors de dépression inhibée (sommolence, apathie, aboulie, ralentissement psychomoteur).

5.3.1 Conduite du traitement

Le délai d'action des antidépresseurs est de 2-4 semaines, tandis que les effets secondaires sont souvent présents lors de l'introduction du médicament. Cependant, ils ont aussi tendance à disparaître spontanément après 2 à 3 semaines, sans réduction de la posologie.

En cas de non-réponse après un traitement de 6-8 semaines, et après avoir exploré avec le patient les difficultés d'adhésion au traitement, la posologie peut être augmentée. Environ 30% des dépressions ne répondent pas suffisamment au traitement initial. Un contrôle du dosage de l'antidépresseur (monitoring) est effectué en cas de doute concernant l'adhésion du patient au traitement, si le patient ne répond pas à la dose usuelle d'antidépresseur ou si le dosage usuel de l'antidépresseur provoque des effets secondaires inattendus. En cas de persistance de non-réponse (traitement pris à dose maximale pendant 6-12 semaines de manière régulière), il faut considérer un autre antidépresseur. Lors d'un trouble dépressif résistant, se définissant par l'échec successif de 2 antidépresseurs à dose efficace durant une durée suffisante (au moins 6 semaines), un avis spécialisé est conseillé. L'association des antidépresseurs et des anxiolytiques peut avoir un intérêt efficace en cas d'anxiété, d'excitation et d'insomnies. La durée du traitement par benzodiazépines doit être la plus courte possible et l'indication à cette co-médication doit être également constamment revue.

5.3.2 Durée du traitement

Le traitement pharmacologique comporte 3 phases.3.9

1. **Le traitement aigu** vise une rémission complète. L'amélioration symptomatique intervient seulement 2 à 4 semaines après l'introduction d'un médicament antidépresseur. Pendant cette période, il est indispensable de revoir le patient une fois par semaine dès l'initiation du traitement pour plusieurs raisons:

- L'observance thérapeutique du patient est améliorée si le suivi est rapproché.
- L'introduction d'un antidépresseur peut augmenter le risque suicidaire, surtout en début de
- Traitement. L'introduction d'un antidépresseur peut déclencher un virage maniaque ou un état mixte démasquant ainsi un trouble bipolaire.

Par la suite, un suivi bimensuel durant les premiers 3 mois est conseillé. On peut ensuite espacer les rendez-vous si la réponse au traitement paraît favorable. Les échelles d'évaluation spécifique sont un indicateur de l'intensité globale de la dépression et peuvent être utilisées pendant le suivi sous traitement antidépresseur pour évaluer son efficacité.

La rémission complète est généralement obtenue au bout de 3 à 6 mois.

2. **Le traitement d'entretien** a pour but de consolider l'état de santé et d'éviter une rechute d'un même état dépressif. Cette phase dure entre 6 et 9 mois, après l'obtention de la rémission complète. Pendant cette période la posologie de l'antidépresseur doit être identique à celle qui a permis d'assurer la rémission complète.

3. **Le traitement de maintien** vise à prévenir la survenue d'un nouvel épisode. Il est indiqué après 2 à 3 épisodes dépressifs. Les patients devraient poursuivre leur traitement de maintien pendant plusieurs années. A la place ou en parallèle des traitements médicamenteux, il existe des thérapies faisant appel à la méthode de méditation en pleine conscience (mindfulness) ayant fait leur preuve dans la prévention de la rechute dépressive (voir paragraphe 5.9). L'arrêt d'un antidépresseur doit être progressif sur plusieurs semaines pour éviter le syndrome d'arrêt (discontinuation syndrome). Pour les antidépresseurs avec une plus courte demi-vie (comme la paroxétine et la venlafaxine) cela peut prendre plus de temps. Le syndrome de sevrage comprend les symptômes suivants: anxiété, syndrome d'allure grippale, diarrhées, vertiges, nausées, troubles du sommeil, impatience motrice, sudation, pilo-érection.(**ibid,p10**)

5.4. Le traitement psychothérapeutique

Le soutien psychologique est toujours indiqué. Les psychothérapies dites structurées sont indiquées en monothérapies pour les épisodes dépressifs d'intensité légère à modérées et en association au traitement médicamenteux pour les épisodes dépressifs sévères. Le patient peut être adressé en privé ou en milieu institutionnel (hospitalier ou ambulatoire)..

La psychothérapie interpersonnelle thérapie à court terme (12-20 séances) qui s'intéresse aux relations et rapports personnels qui peuvent être problématiques et vise à modifier les stressors peu importe qu'ils soient la cause ou la conséquence de la dépression:

La thérapie cognitivo-comportementale a comme principal objectif la modification des pensées et des croyances négatives associées à l'état dépressif. Elle ajoute souvent une composante

Comportementale complémentaire consistant en la réactivation de la personne par la participation à des activités gratifiantes et la reprise progressive des activités de la vie quotidienne et productive; La thérapie d'orientation psychodynamique qui s'intéresse aux causes du mal-être, en analysant les conflits intrapsychiques inconscients:

La thérapie de famille ou d'orientation systémique qui s'intéresse au système dans lequel s'insère l'individu, et intègre également la famille dans le processus de traitement.

5.5 Les traitements alternatifs

Phytothérapeutiques: L'efficacité antidépressive des extraits du millepertuis (*Hypericum perforatum*) (par inhibition de la recapture de la sérotonine noradrénaline et dopamine) dans le traitement à court terme de troubles dépressifs légers à modérés est bien documentée et la phytothérapie est généralement bien tolérée. En Suisse, seule est admise la spécialité dérivée pour le diagnostic de «dépression légère à modérée». Les interactions potentielles avec d'autres médicaments doivent être connues (inducteur du CYP 3A4).

Luminothérapie: La luminothérapie consiste à exposer les yeux à un rayonnement situé dans le spectre du visible, d'une luminosité pouvant aller jusqu'à 10'000 lux (lumière du jour), pendant au moins 30 minutes par jour. Elle est aujourd'hui devenue le traitement de choix pour la dépression saisonnière induite par les modifications de la luminosité avec hypersomnie et hyperphagie généralement. Elle a un effet cliniquement significatif chez environ 60% des patients. Les patients ayant des facteurs de risque doivent consulter un ophtalmologue avant un tel traitement. La luminothérapie doit être quotidienne durant la période de persistance habituelle de la dépression saisonnière. Pour bénéficier d'un remboursement par la caisse maladie, l'ordonnance médicale doit préciser l'indication d'une dépression saisonnière, ou les initiales

SAD (Seasonal Affective Disorder), et mentionner l'achat ou la location pour un appareil à 10'000 lux.

5.6 Arrêt de travail

Les performances des sujets déprimés sont altérées (baisse de la productivité, troubles de la concentration, erreurs de jugement, déficit de la capacité d'anticipation, conflits, manque de confiance en soi, démotivation etc.). L'arrêt de travail est justifié pour la période la plus courte possible. La reprise du travail dans de bonnes conditions est thérapeutique et signe d'une évolution favorable de la dépression. Le pourcentage et la durée sont évalués pour chaque cas une reprise de travail progressive est souhaitable. Une activité occupationnelle est conseillée.

5.7 Hospitalisation

L'hospitalisation doit être envisagée pour tout sujet présentant un danger immédiat auto ou hétéro agressif ainsi qu'en présence de symptômes psychotiques. A Genève, un avis préalable devrait être pris auprès du cadre de psychiatrie présent aux Urgences (trieur de psychiatrie) en particulier si le sujet refuse cette orientation. Si le sujet présente un danger auto ou hétéro agressif, et qu'il refuse l'hospitalisation, tout médecin détenteur d'un FMH peut signer le certificat d'admission pour une hospitalisation non-volontaire ou placement à des fins d'assistance (PAFA med). La décision d'hospitalisation non-volontaire est sous le contrôle de la Commission de Surveillance des Activités Médicales.

5.8 Evaluation par un psychiatre

Une évaluation par un psychiatre est recommandée dans les situations suivantes:

- Episode dépressif sévère
- Présence de symptômes psychotiques
- Virage maniaque ou mixte (sous AD)
- Difficultés diagnostiques
- Co-morbidité psychiatrique: trouble de la personnalité, trouble bipolaire, addictions
- Risque suicidaire
- Trouble dépressif résistant Souhait de psychothérapie spécifique
- Traitement en tandem avec une supervision par un psychiatre de liaison

- Etat dépressif chez un enfant ou adolescent

5.9 Prévention des récurrences

50-70% d'épisodes dépressifs seront suivis de récurrence! Il est important d'informer le patient du risque élevé de rechute et l'encourager à consulter dès les premiers symptômes. Le médecin de premier recours peut aider le patient à être à l'écoute de ses besoins, insister sur la nécessité d'une bonne hygiène de vie (éviter l'alcool Dormir en suffisance, avoir une alimentation équilibrée, faire de l'exercice physique) et encourager le patient entreprendre une psychothérapie spécifique s'il le souhaite. En cas de récurrence, l'avis d'un psychiatre est recommandé.

La thérapie cognitive basée sur la méditation de pleine conscience (TCBPC) ou Mindfulness a été développée pour aider les gens qui ont vécu des épisodes répétés de dépression à développer les compétences nécessaires pour reconnaître et répondre de manière constructive aux pensées et sentiments associés à la rechute, afin d'empêcher une spirale vers la dépression. Elle a démontré une efficacité similaire que les antidépresseurs pour prévenir les rechutes.(**Oberle, Broers, la dépression,2017 p 12,15**).

Synthèse

La dépression chez les personnes âgées est une problématique significative, souvent sous-diagnostiquée et sous-traitée. Les symptômes incluent la perte d'énergie, la diminution de l'intérêt pour les activités habituelles, des douleurs physiques et des problèmes de mémoire. La dépression accroît le risque de décès et de suicide, complique les maladies physiques, et peut être liée à des facteurs tels que la perte de contrôle, la solitude, ou des transitions de vie. Les traitements incluent les antidépresseurs et le consulting pour soulager la dépression.



LA PARTIE PRATIQUE



CHAPITRE IV :
METHODOLOGIE DE
LA RECHERCHE

Préambule

Afin de mener à bien notre recherche sur la dépression et le soutien social chez les personnes âgées, nous avons suivi une méthodologie précise, en respectant certains principes, règles et ordres. Nous avons opté pour l'utilisation d'entretiens cliniques et de tests pour conduire notre étude.

Notre recherche s'est appuyée sur une méthode descriptive, permettant d'étudier, d'analyser et surtout d'observer notre population cible.

Pour la réalisation de la phase préliminaire de notre enquête, nous avons présenté notre guide d'entretien ainsi que deux autres instruments, l'Inventaire de Dépression de Beck et le Questionnaire de Soutien Social Perçu (QSSP), à la psychologue du foyer que nous avons contactée.

Nous avons tout d'abord testé le QSSP et l'Inventaire de Beck sur trois personnes âgées, âgées respectivement de 58 et 76 ans, afin d'évaluer leur efficacité sur l'échantillon de recherche que nous avons sélectionné.

Durant cette phase préliminaire, nous n'avons pas rencontré de difficultés majeures lors de la passation des deux outils. La seule difficulté rencontrée concernait l'environnement psychologique, où nous n'avons pas trouvé un cadre favorable pour réaliser nos évaluations dans des conditions optimales.

1. Pré-enquête

Avant de commencer notre recherche, nous avons rencontré la psychologue du foyer pour personnes âgées et handicapées à Bejaia pour établir un premier contact et discuter de notre projet. Nous avons ensuite mené des entretiens aléatoires avec un large échantillon de résidents pour sélectionner ceux avec qui nous pourrions collaborer. En parallèle, nous avons observé le quotidien des résidents et les activités proposées dans le foyer.

Nous avons également consulté des études sur le vieillissement et le handicap afin d'approfondir notre compréhension des enjeux et des besoins spécifiques des personnes âgées et handicapées.

Enfin, nous avons échangé avec d'autres professionnels de la santé et du social pour partager nos observations et nos pistes de réflexion.

Cette phase de pré-enquête nous a permis de mieux définir notre sujet de recherche et nos objectifs pour la suite de notre travail.

Ensuite, nous avons utilisé les deux outils suivants : l'échelle de Beck (BDI II) et l'échelle de soutien social (SSQ6).

Les résultats que nous avons obtenus ont confirmé que ces tests sont efficaces pour mener à bien notre recherche. (Touati, et Ziani. 2015.p79).

2. Présentation lieu de recherche

La recherche a été menée au sein du foyer pour personnes âgées et/ou handicapées de Bejaia, établi par le décret exécutif N°01-53 du 12 Février 2001, et inauguré le 27 avril 2003 à l'occasion de la journée nationale des personnes âgées. Ce foyer est actuellement réglementé par une loi, un règlement administratif et un conseil d'administration.

Il est situé à Sidi Ouali, dans la ville de Bejaia, avec une capacité d'accueil ne dépassant pas une centaine de personnes. L'établissement couvre une superficie totale de 2374 m² construites et 5722 m² non construites (espace vert).

Le personnel du foyer comprend le directeur, chef de projet de l'institution responsable de tous les services, ainsi que deux services principaux : l'administration et les finances, gérés par des comptables, des économes et un administrateur, et le service médico-psycho-pédagogique, qui comprend deux sections :

- La section médicale, composée d'un médecin généraliste et d'infirmières.
- La section psychopédagogique du centre est constituée d'une psychologue clinicienne, d'assistantes sociales et d'éducateurs.

Ce centre accueille les personnes âgées de plus de 60 ans sans ressources financières et les personnes handicapées moteurs de plus de 15 ans déclarées inaptes au travail et sans ressources. Ces résidents bénéficient d'un soutien psychologique pour exprimer leurs plaintes et leurs souffrances, ainsi que d'un programme varié d'activités et de loisirs pour renouer avec la société et regagner confiance en eux-mêmes.

L'objectif principal du foyer est de restaurer le soutien social et la dignité des personnes âgées, en leur permettant de se sentir à nouveau aimées, acceptées et valorisées.

Pendant notre pratique, nous avons également observé que l'administration a mis à disposition des animaux que les résidents peuvent même élever, ainsi que des espaces verts pour ceux qui souhaitent s'adonner à l'agriculture. Parmi les activités de loisirs populaires, on compte la radio, la télévision et les sorties organisées, très appréciées par les personnes âgées.

Les objectifs de ce foyer sont les suivants

- Aider les personnes âgées à bien vivre leur vieillesse.
 - Faciliter l'accès à un minimum d'autonomie pour les personnes âgées et handicapées.
 - Encourager la participation des personnes âgées et handicapées à la vie institutionnelle.
 - Offrir aux personnes âgées toutes les opportunités nécessaires pour prendre le contrôle de l'organisation de leur vie.
-
- Ce foyer a une capacité d'accueil de 100 personnes, bénéficiant de multiples services comprenant des soins médico-psycho-pédagogiques. Le personnel comprend des infirmiers et infirmières, des femmes et hommes de ménage, des cuisiniers, des responsables du dressing et des douches, une psychologue, une assistante sociale, un responsable des activités culturelles et touristiques, ainsi qu'un directeur et une secrétaire.

L'institution propose aux résidents deux cours, un jardin pour leurs loisirs, une terrasse, un salon, une mosquée, un restaurant et des chambres équipées de deux lits pour deux personnes.

Nos Observations:

1. Cette institution fonctionne selon une réglementation interne qui garantit un certain mode de vie conforme à l'éthique de notre société. Autrement dit, les pensionnaires bénéficient d'une certaine liberté individuelle; entre autres, l'heure du réveil, qui n'est nullement exigée, mais en pratique ils sont liés par les horaires des repas. Par exemple, le petit déjeuner n'obéit pas à un horaire fixe, mais en même temps on ne peut pas dépasser 08h30. A des moments, lorsque le petit déjeuner est servi de bonne heure, ceux de la grasse matinée ne seraient pas servis. Au bout du temps, cette liberté obéit à un certain fonctionnement lié à l'organisation du travail du personnel et non pas l'inverse.
2. Pour les pensionnaires de la catégorie autonome, le foyer a mis à leur disposition une cafétéria, quotidiennement à l'exception du mois de ramadhan. Durant ce mois, des activités d'animation s'y déroulent le soir, par la présence des pensionnaires qui se retrouvaient après la rupture du jeûne. Pour la seconde catégorie, les grabataires, les

éducateurs et aide éducateurs les prennent en charge directement en les nourrissant dans leur chambre sans les déplacer.

3. Le long de l'année, une alarme se déploie le matin pour annoncer le début de la journée. L'ensemble des pensionnaires se réunissent à la salle à manger, dite réfectoire, pour le premier repas qui sera pris en charge par le cuisinier. Les pensionnaires présents sur place, face au chariot où se trouve du lait, café et des viennoiseries, seront servis. Une fois le petit-déjeuner pris, les autonomes avec des autorisations rejoignent le quotidien à l'extérieur du foyer pour un retour le plus souvent ne dépassant pas 17h00 sauf exception. Or, pour le reste, avec l'arrivée des employés qui commencent le service conformément à leurs tâches assignées. Parmi les tâches les plus importantes relatives à l'hygiène en général, et celle des pensionnaires en particulier. Le foyer dispose de douches mises à leur entière disposition. Pour les semi-autonomes voir grabataires, le personnel (éducateur et aide éducateur) veille à leur hygiène corporelle. Des contraintes s'étendent jusqu'aux tâches qui touchent directement les pensionnaires; et qui peuvent s'inscrire comme une maltraitance inconsciente de leur part. Par ailleurs, l'hygiène de l'espace de vie commence par la literie; des femmes de chambres sont assignées à cette mission. Corollairement, le nettoyage des sanitaires est tenu par une femme de ménage affectée au corridor femme, et un homme pour le second. Généralement, ce volet de l'hygiène occupe la première moitié de la journée.
4. Dans l'attente du repas de midi, le personnel s'offre une pause. Pour les pensionnaires, abandonnées à leur sort, tentent de trouver une occupation, ceux qui regardent la télévision, pour d'autres à ressasser des souvenirs pénibles pour faire face à leur solitude jusqu'à endormissement sur le fauteuil roulant. La cloche qui retentit convie les pensionnaires au repas; qui seront servis par les éducateurs. Sans exclure le personnel, donnant un coup de main par-ci par-là, pour qu'ensuite, ils puissent se servir. Notant la présence du service médical avec les aides soignants et l'infirmière, à des moments rares le médecin, pour administrer le traitement de chacun. L'après repas, un moment d'inactivité jusqu'à 15h où les pensionnaires peuvent faire une sieste et le personnel veille à leurs confort. A 15h30 c'est l'heure du goûter.
5. Les éducateurs se préparent à sortir à 17h pour que l'équipe de service de nuit rentre et reprend le travail avec une passation de consignes entre eux.

6. Quant aux occupations, qui ne sont pas du tout obligatoires, un espace a été aménagé pour l'élevage d'animaux domestiques: oiseaux, moutons, lapins. Il importe de rappeler, que toutes les activités offertes, les pensionnaires sont invités de leurs propres chef à y participer pour ce qui est des chambres des résidents, il y'a une non-mixité, c'est-à-dire qu'une chambre est réservée à deux femmes, ou à deux hommes seulement.

3. Présentation de la méthode utilisé

3.1 La méthode clinique

Le mot clinique (d'origine grec) en psychologie renvoie à une demande d'aide, à une souffrance d'un être humain, en même temps à une rencontre entre deux humains, l'un c'est celui qui demande, l'autre c'est celui qui va répondre à la demande, et avec sa compétence et sa présence va aider et soulager le demandeur d'aide. En clinique le psychologue ne choisit pas la personne qu'il va rencontrer.

En recherche le sens va s'inverser, car c'est le psychologue chercheur qui va à la rencontre d'un sujet humain (qu'il choisira à partir de certains critères dans le but de recueillir des informations et de vérifier ses hypothèses.

La méthodologie s'insère dans toute activité pratique car la méthode clinique est une démarche théorique et pratique, de plus la méthodologie est indispensable pour guider le chercheur tout au long de sa recherche.

La méthode clinique qui est une démarche d'investigation, elle vise la reconnaissance et la nomination de certains états d'aptitude et de comportements. Le chercheur va s'intéresser à l'histoire du sujet et aux comportements de ce dernier pour mieux le comprendre et pour recueillir le plus d'informations possibles.

Pour donner des significations aux origines des actes comportementaux de la population d'études et pour le recueil de données, nous pouvons utiliser des techniques telles que les tests, les échelles d'évaluation, observation, entretien, etc.

Dans notre recherche nous avons opté pour l'entretien clinique semi directif pour le recueil de données et une méthode qualitative et descriptive qui permet d'étudier en profondeur un comportement ou un individu à partir de plusieurs sources d'informations. **(Robinson , 2005, P 21).**

3.2 Entretien semi-directif

L'entretien semi-directif doit être distingué de l'entretien directif, une forme d'entretien qui peut être utilisée dans les sciences sociales et en psychologie clinique pour compléter les investigations.

L'entretien semi directif est l'outil le plus adéquat pour notre recherche car il reste efficace pour traiter notre thématique en plus il est important d'être en face de l'enquêté. Dans ce type d'entretien, le clinicien dispose d'un guide ; il a en tête quelques questions qui correspondent à des thèmes sur lesquels il se propose de mener son investigation. Ces questions ne sont pas posées de manière hiérarchisée ni ordonnée, mais au moment opportun de l'entretien clinique, à la fin d'une association du sujet, par exemple. **(Bénony et Chahraoui, 1999, p.16).**

C'est pourquoi, nous avons opté pour ce type d'entretien de recherche. Ce genre semble être le plus approprié, car il englobe des questions qui contribuent à la vérification de notre hypothèse.

3.3. L'étude de cas

La psychologie clinique est fondée sur l'étude approfondie des comportements humains, tout en incluant les dimensions sociales ou l'impact de l'environnement.

La recherche en psychologie clinique a pour but l'observation, la description et l'explication des phénomènes et processus rencontrés en psychologie en général, elle consiste aussi dans l'élaboration d'un savoir théorique sur un phénomène observé.

La méthode descriptive est une méthode qui permet d'obtenir une description du phénomène tel qu'il est.

Selon J. P. Beangron, cette méthode a pour objectif d'identifier les composantes d'une situation donnée, et de décrire les relations qui existent entre ses composantes».

Parmi les méthodes descriptives nous avons l'étude de cas. Selon Thomas (2011) et William (2003) l'étude de cas concerne à la fois la clinique du sujet et la clinique du social. C'est-à-dire que c'est une méthode de recherche pour la description et l'explication de divers phénomènes individuels ou collectifs. C'est une description qui, selon Kider (2000), répond aux questions qui ?, quoi ?, quand?, et comment? et l'explication vient pour éclaircir le pourquoi?

Revalut Allons (1989) insiste sur la notion d'histoire de vie du sujet à des situations complexes tout en mettant des outils d'investigation adaptées.

Quoi qu'elle présente une grande utilité pour les chercheurs qui ne disposent parfois d'aucun autre moyen pour étudier une problématique donnée. **(Chahraoui Kh et Benoney, 2003, P125).**

L'étude de cas :

A beaucoup d'avantage dans la recherche; elle nous permet de faire une description et d'analyser en profondeur des L'étude de cas a beaucoup d'avantage dans la recherche; elle nous permet de faire une description et d'analyser en profondeur des phénomènes dans leurs contextes, et nous offre la possibilité de connaître l'anamnèse d'une personne ayant pour objet le repère des causes et la genèse de ses problèmes. Et elle a aussi quelques inconvénients; car elle est très couteuse en temps que ce dans leurs contextes, et nous offre la possibilité de connaître l'anamnèse d'une personne ayant pour objet le repère des causes et la genèse de ses problèmes. Et elle a aussi quelques inconvénients; car elle est très couteuse en temps que ce soit pour le chercheur ou pour les participants, et aussi il y a l'inconvénient de rencontrer des sujets qui révèlent des souvenirs inexacts.(thèse : **l'attachement chez les personnes âgées placées en institution (2015), p 89**).

- ✓ Parmi les méthodes de recherche en psychologie clinique, on a opté pour l'étude de cas qui est une méthode qualitative descriptive employée comme un outil servant à étudier quelque chose spécifique dans un phénomène complexe et qu'on peut considérer comme méthode de vérification d'hypothèses.

4. Présentation les outils de recherches

4.1 .L'entretien clinique

Au sens scientifique, l'entretien est une méthode de recherche et d'investigation. Par le biais de cette méthode, l'enquêteur cherche à obtenir des informations sur les attitudes, les comportements, les représentations d'un ou de plusieurs individus dans la société Campenhoudt et Quivy (2011) signalent que cette technique permet « l'analyse du sens que les acteurs donnent à leurs pratiques et aux événements auxquels ils sont confrontés: leurs systèmes de valeurs, leurs repères normatifs, leurs interprétations de situations conflictuelles ou non, leurs lectures de leurs propres expériences»

L'entretien clinique est un outil essentiel de la pratique du psychologue. S'il décline de manière très diversifiée selon le lieu d'exercice et de la population rencontrée. A la différence du questionnaire, on invite le sujet à s'exprimer sur un thème particulier et sous la forme d'interview, l'entretien individuel ou de groupe

On distingue habituellement trois types d'entretien selon le gradient d'intervention du psychologue: l'entretien directif, semi directif et non directif.

Dans le cadre de notre recherche et vu la qualité des informations recherchées, nous avons opté pour l'entretien semi directif pour donner un peu de liberté au sujet interrogés. L'entretien clinique de recherche est toujours associé à un guide d'entretien plus ou moins structuré, il s'agit d'un ensemble organisé de fonctions, d'opérateurs et d'indicateurs qui structure l'activité d'écoute et d'intervention de l'interviewer». Dans ce guide, le clinicien peut préparer la consigne. Celle-ci sera nécessairement identique pour tous les sujets. **(Bénony et Chahraoui, 1999, p.68).**

4.2 .Le guide de l'entretien

Le guide d'entretien comprend aussi les axes thématiques à traiter, le clinicien chercheur prépare quelques questions à l'avance, toute fois, celles-ci ne doivent pas être posées d'une manière directe, il s'agit davantage de thèmes à aborder que le chercheur connaît bien. **(Bénony et Chahraoui, 1999, p. 69).**

Étant donné que notre question est liée au soutien social et de la dépression chez les personnes âgées placées au foyer, il semble très important d'interroger les personnes âgées que nous avons abordés par rapport à ces problèmes. Afin d'atteindre nos objectifs de recherche, nous avons établi un guide d'entretien aux pensionnaires.

Axe 01 : le vécu psychologique de la personne âgée dans le foyer

Axe 02 : le soutien social

Axe 03 : regard sur l'avenir

4. 3. L'échelle de soutien social perçu

4.3.1aperçu historique sur l'échelle

Il existe de nombreuses échelles mesurant le soutien social perçu et notamment la disponibilité et la satisfaction la plus utilisée est le SSQ (social, support, questionnaire.)

Ces auteurs se sont inspirés par l'origine de la théorie de l'attachement de bowlby, en associant la notion de soutien social et les besoins fondamentaux besoin de proximité avec la mère, puis besoin d'une relation privilégiée avec un autrui significatif.

Plusieurs versions du SSQ existent dans une version longue à 27 items et une version courte à 6 items seulement, le SSQ6 elles permettent de recueillir des informations de façon très simple et économique sur quelle personne un individu conte il pour l'aidé d'une chacune de six situations décrites (cité de 1 à 9 personnes au maximum), quel degré de satisfaction ressent-il vis-à-vis de ce soutien (de 1; très insatisfait, à 6 très satisfait).

Dans le SSQ6; on calcule ainsi un score total de disponibilité (de 0 à 54) et un score total de satisfaction (de 6 à 36). La version française du SSQ6 est présentée dans le tableau .

Les auteurs du SSQ ont mené diverses études établissant son excellente validité de construit: l'outil mesure soit la disponibilité et la satisfaction, soit un facteur général de soutien social perçu; ce score total de soutien est associé à de bonnes compétences sociales, à l'estime de soi et à des scores faibles de dépression.

La fidélité test-retest ainsi que l'homogénéité du SSQ6 sont très satisfaisantes de nombreuses études établiront par la suite que ces biens de soutien social perçu qui est l'aspect de soutien le plus prédictif vis-à-vis de divers critères d'ajustements, dans le bien être de la santé, nous avons introduit le SSQ6 et validé cette adaptation française sur un échantillon de 348 adultes français et deux sexes.

Grace a une analyse en composantes principales suivie de rotations obliques, deux composantes de soutien social perçu ont été identifiées chez les hommes comme chez les femmes; la disponibilité (qui rend compte de 31.62% de la variance totale) et la satisfaction (25.10% de la variance total) la fidélité test restes et la consistance interne de deux échelles sont très satisfaisante comme dans les travaux de Sarason et de ses collègues, la disponibilité s'avère positivement associée avec extraversion et avec la stratégie de recherche de soutien social et la satisfaction est négativement associée à divers mesures d'affection négative (anxiété névrosisme, pessimisme...etc.) et au coping centré sur l'émotion. **(Sarason et al.1983)** .

4.3.2 L'administration

Après les remarques et les informations nécessaires à fournir au sujet pour établir un bon contact l'examineur lui remet la feuille de test et lui demande de la remplir en suivant la consigne inscrite sur la feuille de test.

« Les questions suivantes concernent les personnes de votre environnement qui vous procurent une aide ou un soutien chaque question est en deux parties dans un premier temps. Énumérez toutes les personnes (à l'exception de vous-même) en qui vous pouvez compter pour une aide ou un soutien dans la situation décrite donnez les initiales de la personne et le lien que vous avez avec elle (voir exemple).A chaque numéro doit correspondre une seule personne dans un second temps entourez la réponse correspondant à votre degré de satisfaction par rapport au soutien obtenu si pour une question, vous ne recevez pas de soutien utilisez le terme (aucune personne) par question. S'il vous plaît, répondez de votre mieux à toutes les questions ».

L'examineur confirmera verbalement la nécessité d'être aussi sincère que possible et réaffirmera le caractère confidentiel des résultats. Nous devons rappeler que les réponses demandées doivent être spontanées. L'administration de ce test est établit dans une durée de 5 minutes environs.

4.3.3Cotation

C'est le questionnaire de soutien social le plus utilisé car il permet de recueillir des informations de façon très simple et économique concernant sur quelles personnes un individu compte il pour l'aider dans chacun des six situations décrites (de 149 personnes au maximum) et quel degré de satisfaction ressent il vis-à-vis de ce soutien (1-très insatisfait 2-insatisfait,3-plutôt insatisfait, 4-plutôt satisfait.5-satisfait, 6-très satisfait).

On effectue alors la somme des scores obtenus aux six items du facteur satisfaction (cotés de 1 à 6). Pour constituer le score de satisfaction vis à vis du soutien reçu (variant de 5 à 36), un score élevé indique un fort degré de satisfaction.

De même, la somme des scores obtenus aux six items du facteur perception de disponibilité (cotés de 0 à 9) représente un score de disponibilité du réseau social (variant de 0 à 54).un score élevé indique un réseau social perçu comme important. Les normes de l'échelle SSQ6 peuvent varier en fonction de la population étudiée (par exemple, étudiants, travailleurs, personnes âgées) et du contexte culturel. En général, les normes sont établies à partir d'échantillons représentatifs pour permettre une interprétation correcte des scores individuels,

L'échelle comporte deux parties pour chaque item :

1. Nombre de personnes disponibles (SSQ-N) : L'individu indique le nombre de personnes sur lesquelles il peut compter dans une situation spécifique.

2. Satisfaction avec le soutien (SSQ-S) : L'individu évalue son niveau de satisfaction avec le soutien reçu sur une échelle de 6 points (de 1 = très insatisfait à 6 = très satisfait).

- Score SSQ-N : Moyenne des nombres de personnes nommées pour les six items.

- Score SSQ-S : Moyenne des scores de satisfaction pour les six items.

- Score élevé sur le SSQ-N : Indique un réseau social large avec plusieurs personnes disponibles pour offrir du soutien.

- Score élevé sur le SSQ-S : Indique une satisfaction élevée avec le soutien reçu.

Pour coter l'échelle de soutien social SSQ6, vous devez suivre les étapes suivantes :

Étape 1 : Administration de l'Échelle

L'échelle comporte six questions, chacune divisée en deux parties :

1. La première partie demande à l'individu de nommer les personnes sur lesquelles il peut compter dans une situation spécifique.
2. La seconde partie demande à l'individu d'évaluer son niveau de satisfaction avec le soutien reçu de ces personnes sur une échelle de 1 à 6 (1 = très insatisfait, 6 = très satisfait).

Étape 2 : Calcul du Score SSQ-S (Satisfaction)

- Pour chaque question, notez la satisfaction exprimée par l'individu (de 1 à 6).
- Calculez la moyenne des scores de satisfaction pour les six questions.

Par exemple Calcul du Score SSQ-N

- Moyenne du nombre de personnes nommées = $(3 + 2 + 4 + 1 + 3 + 2) / 6 = 2.5$

Calcul du Score SSQ-S

- Moyenne des scores de satisfaction = $(5 + 4 + 6 + 3 + 5 + 4) / 6 = 4.5$

Résultats

- Score SSQ-N : 2.5 (Indique un réseau social avec une moyenne de 2.5 personnes disponibles pour offrir du soutien dans différentes situations).
- Score SSQ-S : 4.5 (Indique un niveau moyen de satisfaction avec le soutien reçu).

Interprétation

- Un score SSQ-N élevé (proche du maximum possible, qui dépend du nombre total de contacts que l'individu peut mentionner) indique un réseau social large.
- Un score SSQ-S élevé (proche de 6) indique une haute satisfaction avec le soutien reçu.

Les normes pour la cotation de l'échelle de soutien social SSQ6 (Social Support Questionnaire-6) peuvent varier en fonction de la population étudiée et du contexte culturel. Généralement, ces normes sont établies à partir d'échantillons représentatifs et permettent de situer les scores

individuels par rapport à la moyenne de la population étudiée.(Sarason ,Shearin,et Pierce. 1987).

Normes de Cotation pour l'Échelle SSQ6

- Individu A (personne âgée) :
- Score SSQ-N : 3.0
- Score SSQ-S : 4.0

Comparaison avec la moyenne pour les personnes âgées :

- SSQ-N : 3.0 vs. Moyenne = 3.5 (Individu A est légèrement en dessous de la moyenne)
- SSQ-S : 4.0 vs. Moyenne = 5.0 (Individu A est nettement en dessous de la moyenne, indiquant une insatisfaction relative avec le soutien social perçu)

Interprétation des Scores

1. Scores SSQ-N :

- Élevé : Indique un large réseau social.
- Moyen : Indique un réseau social de taille moyenne.
- Bas : Indique un réseau social restreint.

2. Scores SSQ-S :

- Élevé : Indique une haute satisfaction avec le soutien social.
- Moyen : Indique une satisfaction moyenne.
- Bas : Indique une faible satisfaction avec le soutien social.

Tableau des normes de soutien social

Degré (Disponibilité /satisfaction)	Son niveau
0.....2	Bas
2.....5	Moyen
5.....6	Elevé

5. L'échelle de Beck

- Nous avons utilisé l'échelle de Beck afin de compléter le recueil des données auprès de nos cas, il s'agit d'un test de mesure de dépression le plus utilisé pour la population adulte. Il est destiné à évaluer la sévérité de la dépression en donnant une estimation quantitative et à mieux répondre aux critères diagnostiques du DSM-V. Peut être administré aux sujets dépassant 16 ans. Il existe plusieurs versions, la dernière édition date de 1994 et porte le nom de BDI-II.
- Le BDI, 1961-1974:(Beck Dépression Inventory): sa version originale Américaine, comprend 21items, chacun étant constitué de quatre phases correspondant à quatre degrés d'intensité croissante d'un symptôme. (Pichot, cite par P. boyer.j.d.Guelfi et C.B.Pull, 1983, P.25).

BDI, est une grande simplicité et rapidité d'application et de correction, le BDI utilisable individuellement ou collectivement, donne une estimation précise du niveau de symptomatologie dépressive ressentie par le sujet.

Le BDI permet d'évaluer la sévérité de la dépression, chez des patients (adultes et adolescents à partir de 16ans). Le BDI a été élaboré comme un indicateur de la présence

et de la sévérité des symptômes dépressif correspondant aux critères du DSM IV et non comme une mesure spécifique de diagnostic clinique. Il faut être très prudent lorsqu'il est utilisé comme seul instrument diagnostique car la dépression peut associée à des divers troubles diagnostiques primaires, allant des troubles de panique à la schizophrénie. (Aaron, Beck, Robert A. Street, Gregory, K. Brown, 1996, P.04).

- La consigne : cette échelle comporte 21 groupes d'énoncés. On donne la consigne suivante, veuillez lire avec soin chacun de ces groupes puis dans chaque groupe choisissez l'énoncé qui décrit le mieux comment vous vous êtes senti(e) au cours des deux dernières semaines, incluant aujourd'hui. Encercler alors le chiffre placé devant l'énoncé que vous avez choisi. Si dans un groupe d'énoncé vous en trouvez plusieurs qui semble décrire également bien se que vous ressentez, choisissez celui qui a le chiffre plus élevé et encercler ce chiffre. Assurez-vous bien de ne choisir qu'un seule énoncé dans chaque groupe, y compris le groupe N° 16 (modification dans les habitudes de sommeil) et le groupe N° 18 (modification de l'appétit). (A. Beck, 1997, P.182).
- Mode de cotation: chaque item est constitue de 4 phrases correspondant à 4 degrés d'intensité croissantes d'un symptôme sur une échelle de 0 à 3. Dans de le dépouillement, il faut seulement tenir compte de la cote forte choisi pour une même série. La note globale est obtenue en additionnant les scores des 21 items,

5.1. Classement des niveaux des dépressions selon Beck:

La note totale	Son niveau
Entre : 0..... 9	I n'ya pas
Entre : 10..... 15	Faible
Entre : 16..... 23	Modéré
Entre : 24..... 23	Sévère
Plus. 37	Très sévère

5.2. Présentation de la population d'étude

Durant notre enquête nous avons pu trouver 6cas (dont: 2 femmes et 4 hommes) qui correspondaient à nos critères de sélection, sur un total de 37 personnes hébergées en institutions.

5.3. Critères de sélection :

- Notre population d'étude est constituée de personnes âgées placées en institution.
- L'âge varie entre 58 ans et 76 ans.
- tous les cas ont subis de dépression (dossier médical de suivi)
- tous les cas sont sous traitement psychiatrique. (dossier médical de suivi)

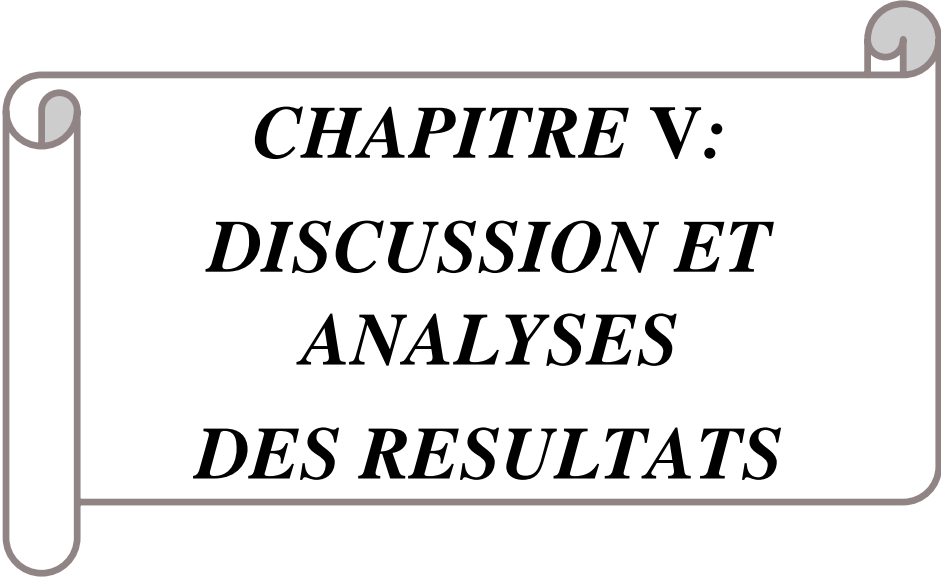
3.3. Critères non retenus :

- Le niveau socio culturel; au cours de notre recherche on a travaillé avec tous les niveaux socioculturels, on n'a pas pris en considération le niveau d'instruction des personnes ni la catégorie sociale.
- Le sexe : dans notre étude on a travaillé avec les deux sexes.

5.4. Tableau représentatif de la population d'étude

Les cas	L'âge	Niveau d'instruction	Professions	Situation Matrimoniale	Date d'entrée au foyer
Hamanou	66	5ème année première	Agent de sécurité	Célibataire	2023
Brahim	73	Illettré	Agricole	Célibataire	2021
Boubekeur	66	5ème année première	Sans profession	Célibataire	2015
Ldjida	66	Illettré	Femme au foyer	Veuve	2016
Merbouha	75	5ème année première	Couturière	Divorcé	2022

Boualem	70	Illettré	Maçon	Veuf	2014
----------------	----	----------	-------	------	------



***CHAPITRE V:
DISCUSSION ET
ANALYSES
DES RESULTATS***

CHAPITRE V DISCUSSION ET ANALYSES DES RESULTATS

Présentation des cas

CAS N°01 : Mr hamanou

1.1. Présentation de cas Mr hamanou

Il s'agit de monsieur Hamamou âgée de 66 ans, originaire de Bejaia, célibataire, il a travaillé comme un agent de la sécurité pendant 7 ans dans une entreprise privée, son niveau d'instruction est 5^{ème} année primaire, il a hébergé dans le centre depuis 2023 (1 ans).

1.2 Analyse de l'entretien du cas de Mr Hamanou

Pendant notre entretien avec Mr Hamanou nous n'avons rencontré aucun problème pour lui parler, au contraire il a été très compréhensif, et a répondu facilement à toutes nos questions.

Mr Hamanou vivant dans une maison où y'a sa mère et son frère marié, il nous dit ma mère est décédé et après quelques jours mon frère à décidé d'aller à l'étranger (en Allemagne) pour une affaire de travail, ce qui m'a poussé à entrer à la maison de retraite, d'après ses paroles Mr Hamanou il veut pas rester seul avec la femme de son frère il nous dit « ozemirghra ad9imgh tmtuth nagma wahdengh dakham , del3iv » .

Il déclare qu'il à été licencié (abandonné) son travail car il avit une addiction au haschich, C'est ce qui l'a amené dans la maison de retraite.

Nous avons commencé la discussion avec Mr Hamanou, en parlant sur la consommation du haschich, Mr Hamanou nous affirmé qu'il a déjà consommé le hachich à l'âge de 30 ans. Ce dernier nous a affirmé qu'il n'a pas arrêté la consommation. Lorsqu'il a abordé pour la première fois, l'effet du hachich il a immédiatement mentionné : « quand je consomme du cannabis je me sens satisfait et heureux ».

Hamanou n'a eu aucune maladie grave ou chronique durant sa jeunesse, en disant «je n'ai aucune maladie dans tout ma vie », mais il souffre d'insomnie où il prend des médicaments pour traiter son insomnie.

Par rapport à l'appétit Hamanou dit mon appétit est bien, et n'a pas changé.

Mr hamanou ne reçoit aucune visite de la part de ses proches, il dit avec une grande tristesse « oulach widitruhon ayizern yiwn maytss9ssyd fli « personnes ne cherche à me voire, malgré que j'ai deux sœurs, mais elles sont mariées à Alger ». Il dit « elles sont chez elles, je ne veux pas les déranger ».

CHAPITRE V DISCUSSION ET ANALYSES DES RESULTATS

Mr Hamanou pense que son séjour dans la maison de retraite a amélioré sa vie, il est surtout éloigné de la drogue.

Le coté relationnels de Hamanou à des bonnes relations avec les autres résidents au foyer, ce qui lui à permis de reprendre ses esprits et de sentir mieux.

Concernant sa vie quotidienne Hamanou menait une vie normale comme la plupart résidents, il aidait de temps en temps au tâches quotidiennes comme coupé les arbres, même il fait de sport.

Lorsqu'il parle de son passé de sa jeunesse Mr Hamanou exprime un grand échec envers son passé et un regret sur toute les choses qu'il a faites et pour tout le temps qui a raté elle nous dit : « j'étais irresponsable, Je n'avais ni maison, ni femme, ni enfants. J'ai perdu des années de ma vie et je le regrette ».

Au cours de l'entretien nous avons remarqué que Mr Hamanou fait seulement semblant d'être fort, mais en réalité il est triste et désespéré, c'est ce qui est confirmé par la psychologue de foyer.

On lui a demandé de nous parler sur l'avenir. Il nous a dit : « je veux sortir d'ici une fois mon frère rentré chez lui au bled. » Et quand on lui a posé la question s'il voulait se marier, il a répondu timidement : « oui je veux, je veux rattraper ce que j'ai perdu dans ma vie, er fonder ma propre famille. »

1.3. Présentation des résultats de l'échelle de SSQ6

	1	2	3	4	5	6	Total	Total %
Disponibilité	1	2	1	1	2	1	8	1.33
Satisfaction	1	2	1	1	2	1	8	1.33

1.4.. Analyse de l'échelle

A travers des résultats obtenus de l'échelle de soutien social SSQ6 , ont relève que le Score total de la disponibilité et de 8/6 qui affirme un niveau bas de perception de la disponibilité de certaines personnes de l'entourage comme susceptibles de fournir une aide en cas de besoin. Ce qui correspond les résultats obtenus de la satisfaction de sujet vis-à-vis du soutien perçu indiquent un niveau bas avec un Score de 8/6 (1.33%) qui indique une faible satisfaction avec le soutien social.. Ces résultats nous ont montré que notre patient est très insatisfait de ses relations.

CHAPITRE V DISCUSSION ET ANALYSES DES RESULTATS

1.5.. Présentation des résultats de BDL-II du cas Mr Hamanou

Numéro des thèmes	Item	Condition	Expression
1	Tristesse	1	Je me sens très souvent triste
2	Pessimisme	1	1 je me sens plus découragé qu'avant face à mon avenir
3	Échec dans le passé	2	2 Quand je pense à mon passé, je constate un grand nombre d'échecs
4	Perte de plaisir	0	j'éprouve toujours autant de plaisir qu'avant aux choses qui me plaisent.
5	Sentiment de culpabilité	1	Je me sens coupable pour bien des choses que j'ai faites ou que j'aurai dû faire
6	Sentiment d'être puni	1	1 je sens que je pourrais être puni
7	Sentiments négatifs envers soi-même	1	J'ai perdu confiance en moi.
8	Attitude critique envers soi	2	2 Je me reproche tous mes défauts.
9	Penser au désir de suicide	0	Je ne pense pas du tout à me suicider.
10	Pleurs	0	Je pleure plus qu'avant
11	Agitation	2	Je suis si agité ou tendu que j'ai du mal à rester tranquille.
12	Perte d'intérêt	1	1 Je m'intéresse moins qu'avant aux gens et aux Choses
13	Indécision	2	J'ai beaucoup plus de mal qu'avant à prendre des décisions.

CHAPITRE V DISCUSSION ET ANALYSES DES RESULTATS

14	Dévalorisation	1	Je ne crois pas avoir auteur ni être aussi utile qu'avant
15	Perte d'énergie	0	J'ai toujours autant d'énergie qu'avant.
16	Modification dans les habitudes de sommeil	1	Je dors un peu moins que d'habitude
17	Irritabilité	0	Je ne suis pas plus irritable que d'habitude.
18	Modification de l'appétit	0	Mon appétit n'a pas changé. La j'ai peu mois d'appétit que d'habitude
19	Difficulté à se concentrer	1	Je ne parviens pas à me concentre aussi bien que d'habitude
20	Fatigue	0	Je ne suis plus fatigué que d'habitude
21	Perte intérêt pour le sexe	0	Je n'ai pas noté de changement récent dans intérêt pour sexe.
Score	17	Degré de dépression	Modéré

1.6.. Analyse de l'échelle

Mr Hamanou présente un score de 17 qui correspond à une dépression modérée comme il est indiqué dans le manuel de dépression du Beck.

La plupart des réponses aux questions de l'échelle, concernant le cas de Hamanou sont considérés comme des signes de dépression chez lui. 1 item a obtenu un score très élevé de (3), on trouve (sentiment négatif envers soi).

Il a obtenu un score de (2), pour quatre réponse telle que (échec dans le passé, attitude critique, agitation, indécision).

Quant aux réponses notées (1), Il a obtenu (9) réponse notamment (tristesse, pessimisme, sentiment d'un culpabilité, sentiment d'être puni, perte d'intérêt, dévalorisation, modification dans les habitudes du sommeil, difficulté à se concentrer)

CHAPITRE V DISCUSSION ET ANALYSES DES RESULTATS

Et un score de 0 pour 7 items qui sont (perte de plaisir, pensée ou désir suicide, pleure, perte d'énergie, irritabilité, modification de l'appétit et fatigue).

Synthèse de cas de M « hamanou »:

Selon les résultats obtenus de l'entretien et les deux échelles, de la dépression « Beck » et de soutien social SSQ6 nous avons constaté que Mr hamanou souffre d'une dépression sévère et un niveau bas de soutien social.

CAS N°02 : Mr Brahim

2.1. Présentation de cas :Brahim

Brahim, un homme de 73 ans, réside actuellement dans un foyer d'accueil à Bejaïa depuis trois ans, en 2021. Célibataire, agriculteur et sans retraite, il n'a pas de soutien financier personnel en dehors de ce qu'il peut recevoir du foyer.

2.2. Analyse de cas de Monsieur Brahim

Au début, nous sommes entrés avec une certaine appréhension, scrutant son visage pour détecter son humeur, comme s'il ne nous avait pas remarqués. C'est là que la conversation a débuté : "Bonjour, monsieur, ça va ?" Sa réponse fut un haussement de tête accompagné de : «Ih, hamdu ALLAh, ila kera ithuhwajamtt ?» «Oui, Dieu merci. Protestez-vous contre quelque chose ?»

Pendant l'entretien avec Monsieur Brahim, il s'est montré calme et coopératif. Il vit depuis trois ans seul et ne reçoit aucune visite de sa famille, à l'exception de son ami qu'il voit de temps en temps. Au cours de l'entretien, nous avons remarqué certains signes de dépression chez Monsieur Brahim, ce qui explique son isolement. Il semblait incapable de contrôler ses comportements et gestes, ses mains tremblaient et il avait du mal à fermer les yeux. Il se plaignait également d'une grande fatigue, d'insomnie et exprimait un fort désir de retrouver ses amis et ses frères malgré les tensions passées. Il a exprimé une profonde tristesse en déclarant : «« ttkhmimagh bezaf,utthabighara ak adefghagh gh la cour» «Je pense beaucoup au passé et je n'aime pas trop sortir dans la cour.» .

De cela, Nous avons saisi l'opportunité de présenter nos respects, Monsieur, en tant que stagiaires en psychologie clinique . Nous souhaitons échanger avec vous pour recueillir des informations et discuter, si cela vous convient. Monsieur Brahim s'est présenté et a partagé son parcours de vie, soulignant sa solitude depuis la disparition de sa mère, vie dans une cabane .

CHAPITRE V DISCUSSION ET ANALYSES DES RESULTATS

Confirmant nos premières observations selon lesquelles il n'avait pas de lien familial proche. Il a évoqué des tensions avec ses demi-frères concernant l'héritage, et nous a confié ses émotions, témoignant de son expérience de guerre et de son sentiment d'abandon nous dit : «s3dagh lharb uyufigh hed gher thuyathiw, ihh aka yela rebi»«j'ai traversé une guerre et je n'ai trouvé personne a mes épaules»

Pour cela nous avons arrêté un peu de lui parler même nous vraiment nous avons sympathisé avec lui.

Au bout d'un moment nous ne l'avons fait rire de le raconter une histoire amusante, et il revenus à son état actuel. nous avons lui dit pourquoi tu n'étais toujours pas marié et voici sa réponse avec modestie j'ai aimé une femme depuis que je suis jeune, mais elle n'a pas écrit entre nous de ça j'ai perdu l'espoir de mariage ici, nous avons fait un débat question réponse de nous lui dit pourquoi tu as perdu l'espoir le monde il est plein des filles sa réponse est toujours avec la timidité nous dit :« yal madroghagh attkhtvagh sfraghn feli ar vavas, qarnas ittas chrab, daskrani ugkhdmara axxam» ,«quand je vis parti à demander sa main de son père il parle toujours au mal de moi à son père ils ont dit qu'il est alcoolique et incapable de fonder une famille». puis nous avons vu un signe de silence et la fatigue sur son visage comme s'il était envie de dormir, à l'intérieur il n'aime pas parler aux autres il est timide et choisis que la solitude.

Donc, lorsque nous le voyons fatigué, nous pensons à le laisser se reposer et à aller prendre son petit-déjeuner, puis nous reviendrons le voir.

Après 2 heures, nous avons frappé à la porte. Il nous dit qu'entre nous, nous avons commencé à parler du foyer. Est-ce que ils ont prends soin de vous? Font-ils leurs devoirs? Mr «Brahim" raconte sa vie dans le foyer. Il dit: "Je ne fais rien, je pense tout mon temps." Au lit, je préfère rester toute seule". Il manifeste un stress qui n'est pas vraiment intense, avec un sentiment d'espoir pour son avenir. Il exprime que les choses ne s'arrangent pas pour lui, mais c'est la volonté de Dieu. Il ne parle pas de sa santé physique, il dit: «Je me sens toujours fatigué, je n'ai pas d'énergie pour faire des choses qui m'intéressent, surtout avec le handicap que j'ai au niveau des pieds ». Une personne déprimée est constamment fatiguée, ce qui l'empêche de faire la moindre activité.

Pour ce qui concerne son sommeil, il dit:«uganghara bien»,«je ne dors pas bien», il choisie l'item «Je me réveille une ou deux heures plus tôt et je suis incapable de me rendormir» et pour

CHAPITRE V DISCUSSION ET ANALYSES DES RESULTATS

son appétit n'a pas changé dans son choix à l'item il dit : «Akn iligh iqimagh» «mon appétit n'a pas changé».

Enfin, nous avons pris des confirmations concernant son souhait de quitter la maison de retraite et de retourner à son village. Sa réponse était un vœu pieux «ih,vghigh adefghagh,ittmigh adzragh axxamiw ghas yumayn qvel admthagh».

« Oui, je souhaite sortir, mon plus grand souhait souris d'entrer chez moi et de passer au moins 2 jours avant ma mort».

2.3. Présentation des résultats de l'échelle de SSQ6

	1	2	3	4	5	6	Total	Total %
Disponibilité	2	1	1	1	1	2	8	1.33
Satisfaction	1	1	1	1	1	1	6	1

2.4.1 Analyse de l'échelle de soutien social (SSQ6) de Mr Brahim :

À travers des résultats obtenus de l'échelle de soutien social (SSQ6) on relève que le score total de la disponibilité 8/6 (1.33%) qui affirme un niveau bas de perception de la disponibilité de certaines personnes de l'entourage ce qui correspond les résultats obtenus de la satisfaction de sujet vis-à-vis de soutien perçu indiquant un niveau bas avec un score 6 /6(1%), qui Indique une faible satisfaction avec le soutien social.

2.5. Présentation des résultats de BDL-II du cas Mr Brahim :

Numéro des thèmes	Item	Condition	Expression
1	Tristesse	1	Je me sens très souvent triste
2	Pessimisme	2	je ne m'attends pas à ce que les choses s'arrangent pour moi.
3	Échec dans le passé	3	j'ai échoué plus souvent que je n'aurais

CHAPITRE V DISCUSSION ET ANALYSES DES RESULTATS

			dû..
4	Perte de plaisir	2	Je n'éprouve aucun plaisir aux choses qui me
5	Sentiment de culpabilité	1	je me sens coupable la plupart du temps.
6	Sentiment d'être puni	0	je m'attends à être puni.
7	Sentiments négatifs envers soi-même	0	J'ai perdu confiance en moi.
8	Attitude critique envers soi	3	2 Je me reproche tous mes défauts.
9	Penser au désir de suicide	2	Je ne pense pas du tout à me suicider.
10	Pleurs	3	Je pleure plus qu'avant
11	Agitation	1	Je suis si agité€ ou tendu€ que j'ai du mal à rester tranquille.
12	Perte d'intérêt	2	Je m'intéresse moins qu'avant aux gens et aux Choses
13	Indécision	3	Il m'est plus difficile que d'habitude de prendre des décisions
14	Dévalorisation	1	Je me sens moins valable que les autres.
15	Perte d'énergie	3	J'ai trop peu d'énergie pour faire quoi que ce soit

CHAPITRE V DISCUSSION ET ANALYSES DES RESULTATS

16	Modification dans les habitudes de sommeil	3	Je dors un peu moins que d'habitude
17	Irritabilité	3	Je suis beaucoup plus irritable que d'habitude.
18	Modification de l'appétit	2	j'ai un peu plus d'appétit que d'habitude
19	Difficulté à se concentrer	1	Je ne parviens pas à me concentrer aussi bien que d'habitude
20	Fatigue	1	Je me trouve incapable de me concentrer sur quoi que ce soit.
21	Perte intérêt pour le sexe	0	J'ai perdu tout intérêt pour le sexe.
Score	37	Degré de dépression	Très Sévère

2.6. Analyse de l'échelle de Beck de Mr Brahim

Mr Brahim, présente un score de 37 qui correspond à une dépression sévère comme il est indiqué dans le manuel de dépression de Beck la plupart des réponses en question de l'échelle concernant le cas de Brahim sont considérés comme des signes de dépression chez lui cet items en obtenu un score très élevé (3) pour 7 réponse notamment (échec dans le passé, pleure, indécision, perte d'énergie , modification dans les habitudes de sommeil, irritabilité et attitude critique envers soi) il obtenu un score de (2) pour 5 autre réponse et tel que(pessimisme, perte de plaisir, perte l'intérêt modification de l'appétit, penser au désert de suicide)

Quand aux réponses notées 1, il a obtenu(6)réponses un clan(tristesse, perte de plaisir, agitation, dévalorisation, difficile à se concentrer, fatigue) et un score de 0 pour(3) items

CHAPITRE V DISCUSSION ET ANALYSES DES RESULTATS

(sentiments d'être puni sentiment négatif envers soi-même, sentiment d'être puni, perte d'intérêt pour sexe)

Synthèse

Selon les résultats de l'entretien clinique et l'échelle de la dépression Beck et l'échelle de soutien social SSQ6 nous avons conclu monsieur Brahim souffre d'une dépression sévère et un niveau très faible de soutien social.

CAS N°03 : Mr Boubekour

3.1. Présentation de cas de Mr. boubekour

Monsieur Boubekour homme âgé de 66ans, il est originaire de Barbacha une commune de la wilaya de Bejaïa en Algérie. Il a passé la majeure partie de sa vie dans cette région. N'étant jamais marié, avec un niveau scolaire 5^{ème} année primaire il n'a pas de famille proche ou de descendants pour s'occuper de lui. Il a hébergé au foyer depuis 2015(9 ans).

3.2. Analyse de cas

Avant l'entretien, nous avons été envoyés par le psychologue, qui nous avait donné son nom et son numéro de chambre. Malheureusement, à chaque fois que nous allions dans sa chambre, nous constatons qu'il n'était pas là. Cinq jours se sont écoulés ainsi, et nous courions partout pour le rencontrer dans un endroit calme afin de pouvoir lui parler. Un jour, nous l'avons enfin aperçu, debout, appuyé contre le mur, entouré de personnes âgées.

Nous nous sommes approchés d'eux, leur avons dit bonjour et sommes restés avec eux pour alléger un peu les difficultés du moment. Puis, nous avons remarqué un sourire se dessiner sur son visage. Il nous a dit en riant : « Êtes-vous nouveaux ici ? » Nous avons répondu par l'affirmative, expliquant que nous étions les statistiques de l'âme, et c'est ainsi que la conversation a débuté entre nous sur l'atmosphère de l'endroit.

Un mot en amenant un autre, nous avons finalement réussi à parler avec lui de la raison de son admission à la maison de retraite.

Chaque fois que nous abordons son état et sa personnalité, il ne répond pas et parle seulement de la maison de retraite. C'est un endroit désorganisé. Il veut sortir et dit : «uqval corona nela anawi kan permission anroh anfgh chwiya, thura hvsngh kulch nki a3yigh gaka».

CHAPITRE V DISCUSSION ET ANALYSES DES RESULTATS

«avant le Covid, nous demandions la permission et sortions un peu, mais depuis le Covid, tout s'est arrêté et je m'ennuie de cette vie» .

Mr boubekeur est célibataire, sans enfants, n'a pas de frère et sœurs. A l'âge de 26ans il est parti a la recherche d'un travail pour subvenir a ses besoins et ne plus être dépendant de sa famille paternelle qui l'a élevé et veillé sur lui jusqu'à cet âge. Après qu'il ait trouvé un travail chez un agriculteur qui n'a pas voulu le récompensé après tant d'années de travail ardu. Et depuis, ce genre de conflit le poursuivait partout ou il travaillait nous informe-t-il N'a plus de contact avec sa famille, ni avec ceux qui ont abusé de ses forces et efforts Avant son entrée au foyer il vivait chez son patron qu'il a quitté pour plusieurs raisons. Et maintenant il vit au foyer depuis une période importante qui est de 12ans. Lors de son installation à l'institution il s'est senti soulagé et en sécurité aurait parce qu'il se disait qu'il était loin de ceux qui l'ont trahi.

Il avait préféré résider dans un foyer pour personne âgée plutôt que d'être encore une fois chez des personnes mal intentionnées.

Mr Boubekeur ne participe a aucune activité proposée au sein du foyer, néanmoins, il aime bien sortir et participer aux activités programmées par le personnel à l'extérieur du centre.

Il ne reçoit aucune visite, ni de la part de sa famille, ni de ses amis ou de qui que ce soit.

Lorsque ce Monsieur se sent mal ou qu'il ne va pas bien psychiquement il dit ne pas se confier, ni parler a quiconque, la seule chose qui le met à l'aise c'est le fait de rester dans sa chambre.

Mr boubekeur est un homme respectueux, présentable mais n'est pas sociable depuis son enfance, et même s'il établit des relations avec les autres, celle-ci sont peu stables; nous informe-t-il. : Toute sa vie il a vécu loin de sa famille et n'a pas vécu dans un seul endroit, car il a voyagé plusieurs fois pour de longue durée. Lors de la baisse de ses capacités, il a ressenti un sentiment de faiblesse et a décidé de dépenser tout son argent pour en profiter des quelques années qui lui reste jusqu'au jour ou il n'avait plus de sous et se retrouve au foyer, là encore il n'est pas sociable, n'a pas d'amis et parfois, il sort faire un tour toujours seul, Lorsque ce Monsieur se sent mal ou qu'il ne va pas bien psychiquement il dit ne pas se confier, ni parler a quiconque, la seule chose qui le met à l'aise c'est le fait de rester dans sa chambre.

En lui posant la question, s'il accepte lorsque quelqu'un lui apporte des soins ou de l'aide, il dit qu'il n'est pas indépendant ou malade pour en recevoir, et il perçoit que si quelqu'un lui offre de l'aide sans qu'il le demande comme; une atteinte pour son image.

CHAPITRE V DISCUSSION ET ANALYSES DES RESULTATS

Au foyer Mr Boubekeur n'est pas sociable et présente des relations distantes vis-à-vis des résidents comme du personnel.

En fin, se cas vivant en foyer depuis plusieurs années, nécessite une attention continue pour assurer sa santé et son bien-être. Une approche holistique intégrant des soins médicaux, un soutien psychologique et des activités récréatives peut considérablement améliorer sa qualité de vie.

4.3.Présentation des résultats de l'échelle de SSQ6 :

	1	2	3	4	5	6	Total	Total %
Disponibilité	1	2	1	1	1	1	7	1.16
Satisfaction	2	1	1	1	1	2	8	1.33

4.4.Analyse de l'échelle de soutien social (SSQ6) de Mr Boubekeur :

À travers des résultats obtenus de l'échelle de soutien social (SSQ6) on relève que le score total de la disponibilité 7/6 (1.16%) qui affirme un niveau bas de perception de la disponibilité de certains personnes de l'entourage ce qui correspond les résultats obtenus de la satisfaction de sujet vis-à-vis de soutien perçu indiquant un niveau très bas avec un score 8/6 (1.33%) qui indique une faible satisfaction avec le soutien social.

4.5.Présentation des résultats de BDL-II du cas Mr Boubekeur :

Numéro des thèmes	Item	Condition	Expression
1	Tristesse	1	Je me sens très souvent triste
2	Pessimisme	2	je ne m'attends pas à ce que les choses s'arrangent pour moi.
3	Échec dans le passé	1	j'ai échoué plus souvent que je n'aurais dû..
4	Perte de plaisir	1	Je n'éprouve aucun plaisir aux choses qui me plaisaient

CHAPITRE V DISCUSSION ET ANALYSES DES RESULTATS

			habituellement
5	Sentiment de culpabilité	1	je me sens coupable la plupart du temps.
6	Sentiment d'être puni	1	je m'attends à être puni.
7	Sentiments négatifs envers soi-même	2	J'ai perdu confiance en moi.
8	Attitude critique envers soi	3	2 Je me reproche tous mes défauts.
9	Penser au désir de suicide	2	Je ne pense pas du tout à me suicider.
10	Pleurs	0	Je pleure plus qu'avant
11	Agitation	2	Je suis si agité ou tendu que j'ai du mal à rester tranquille.
12	Perte d'intérêt	2	Je m'intéresse moins qu'avant aux gens et aux Choses
13	Indécision	2	Il m'est plus difficile que d'habitude de prendre des décisions
14	Dévalorisation	1	Je me sens moins valable que les autres.
15	Perte d'énergie	3	J'ai trop peu d'énergie pour faire quoi que ce soit
16	Modification dans les habitudes de sommeil	1	Je dors un peu moins que d'habitude
17	Irritabilité	2	Je suis beaucoup plus irritable que d'habitude.
18	Modification de l'appétit	1	j'ai un peu plus d'appétit que

CHAPITRE V DISCUSSION ET ANALYSES DES RESULTATS

			d'habitude
19	Difficulté à se concentrer	2	Je ne parviens pas à me concentrer aussi bien que d'habitude
20	Fatigue	0	Je me trouve incapable de me concentrer sur quoi que ce soit.
21	Perte intérêt pour le sexe	1	J'ai perdu tout intérêt pour le sexe.
Score	32	Degré de dépression	Sévère

4.6. Analyse de l'échelle de Beck de Mr Boubekour :

Mr Brahim, présente un score de 32 qui correspond à une dépression sévère comme il est indiqué dans le manuel de dépression de Beck la plupart des réponses en question de l'échelle concernant le cas de Brahim sont considérés comme des signes de dépression chez lui cet items en obtenu un score très élevé (3) pour 2réponse notamment (attitudes de critique Enver soi même, perte d'énergie) il obtenu un score de (2) pour 9 autre réponse et tel que(pessimisme, sentiment d'être puni, sentiment négatifs envers soi-même, penser au désir de suicide, agitation, perte d'énergie, indécision, perte l'intérêt, Irritabilité, difficulté a se concentrer) .

Quand aux réponses notées 1, il a obtenu(8)réponses un clan(tristesse, échec dans le passé, perte de plaisir, sentiment de culpabilité, dévalorisation, modification dans les habitudes de sommeil, modification de l'appétit, perte d'intérêt pour le sexe) perte de plaisir, agitation, dévalorisation, difficile à se concentrer, fatigue) et un score de 0 pour(2) items (pleurs, fatigue).

Synthèse :

Selon les résultats de l'entretien clinique et l'échelle de la dépression Beck et l'échelle de soutien social SSQ6 nous avons conclu monsieur Boubekour souffre d'un dépression sévère et un niveau très faible de soutien social.

CHAPITRE V DISCUSSION ET ANALYSES DES RESULTATS

CAS N°04 : Mm Ldjida

4.1. Présentation du cas de Mme Ldjida

Il s'agit de Madame Ldjida, une femme de 66 ans de Bejaïa, une blonde avec des yeux marron, veuve, son mari est décédé il ya 9 ans , sans enfants ,c'est une femme au foyer, elle souffre des maladies chroniques tel que diabète, angine , des vertiges . Elle est entrée au centre il y a sept ans, en 2016.

4.2 Analyses de l'entretien de Mme Ldjida :

Madame Ldjida est une femme âgée vivant depuis deux (2) ans dans un foyer pour personnes âgées.

Lors de notre entretien, nous avons rencontré plusieurs difficultés, notamment en raison de son état émotionnel et de son isolement social Initialement, elle refusait tout contact, et nous avons dû solliciter l'aide de la psychologue pour faciliter l'interaction.

Nous nous sommes présentés comme stagiaires en psychologie clinique, ce qui a aidé à établir une certaine confiance, Mme Ldjida a du mal à s'intégrer dans le foyer, s'isole souvent et reste seule dans sa chambre. Elle nous a exprimé sa fatigue et son isolement, attribuant son mal-être à la perte de son mari, ce qui a créé un vide émotionnel profond. Elle n'est pas satisfaite de sa vie dans le foyer, ne parvient pas à nouer des amitiés et souffre d'isolement social, se sentant seule et perdue.

En plus de son état émotionnel, elle souffre de maladies chroniques et a mentionné que sa santé s'est détériorée depuis son entrée dans le foyer.

Elle a du mal à s'adapter aux autres résidents et ne se sent ni aimée ni incluse par le personnel.

Lors de nos différents entretiens, nous avons essayé de comprendre et d'apaiser ses sentiments, soulignant la nécessité de continuer à travailler sur son intégration et de lui fournir le soutien émotionnel nécessaire pour améliorer sa qualité de vie.

À travers l'entretien dirigé de cas de Madame Ldjida elle a été révélé que elle était toujours déprimé et affectuer par l'absence de son mari qui il est le soutenu dans sa vie intérieure elle nous dit :«deg asmi igmuth urgaziw Dnki da3gh, rezagth dunith feli».« Depuis la mort de mon mari, la vie est devenue difficile pour moi»

CHAPITRE V DISCUSSION ET ANALYSES DES RESULTATS

Madame Ldjida manifeste une tristesse apparente et exprimée. Elle dit : « Ulach levna g dunith, hacha iytradjugh deg usan-iw ayijma3 Rebi », ce qui peut se traduire par «Il n'y a plus de beauté dans ce monde, je pleure chaque jour, que Dieu me vienne en aide ». On a remarqué également la présence d'un sentiment d'abandon intériorisé. Elle parle de son passé avec une grande tristesse et de la colère.

Elle s'exprime souvent en pleurant et en évoquant ses difficultés à trouver le sommeil, disant :«ganh iw aken adettugh,thikwal thettrough, thikwal qbragh ukavh ttkawayntt walniw»

« Je dors pour oublier, des fois je pleure d'autres je me sens morne, jusqu'au point où mes larmes se sont tarées».

Et pour concernant son appétit est totalement changer dans son choix à litem elle dit :«mon appétit n'est paw aussi bon que d'habitude».

Lorsqu'on lui pose des questions sur sa famille, elle répond :«us3igh hed hacha yelis wtma» « Je n'ai personne sauf ma nièce» Elle ajoute : «C'est vrai, elle aimait m'emmenner dehors, mais je n'aime pas la déranger. >> En réponse à une question sur la possibilité que sa nièce vienne un jour l'aider à quitter cette maison, elle exprime un sentiment d'abandon et de manque de soutien, en disant :« Je veux sortir, mais il n'y a personne pour s'occuper de ma santé » Elle conclut en disant:« ulach am axxam n yiwn» «Il n'y a rien de comparable à sa propre maison».

À la fin de l'entretien, Madame Djida exprime qu'elle n'a aucun espoir pour l'avenir, sauf le désir de mourir, ayant vraiment perdu le goût de vivre.

4.3. Présentation des résultats de l'échelle de SSQ6 :

	1	2	3	4	5	6	Total	Total %
Disponibilité	2	1	2	2	1	2	10	1.66
Satisfaction	1	1	2	2	1	1	8	1.33

4.4 .Analyse de l'échelle de soutien social (SSQ6) de Mme Ldjida :

À travers des résultats obtenus de l'échelle de soutien social (SSQ6) on relève que le score total de la disponibilité 10 /6 (1.66%) qui affirme un niveau bas de perception de la disponibilité de certaines personnes de l'entourage ce qui correspond les résultats obtenus de la satisfaction de sujet vis-à-vis de soutien perçu indiquant un niveau très bas avec un score 8/6(1.33%) qui indique une faible satisfaction avec le soutien social.

CHAPITRE V DISCUSSION ET ANALYSES DES RESULTATS

4.5. Présentation des résultats de BDL-II du cas Mme Ldjida :

Numéro des thèmes	Item	Condition	Expression
1	Tristesse	2	Je me sens très souvent triste
2	Pessimisme	2	je ne m'attends pas à ce que les choses s'arrangent pour moi.
3	Échec dans le passé	3	j'ai échoué plus souvent que je n'aurais dû..
4	Perte de plaisir	3	Je n'éprouve aucun plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement
5	Sentiment de culpabilité	3	je me sens coupable la plupart du temps.
6	Sentiment d'être puni	0	je m'attends à être puni.
7	Sentiments négatifs envers soi-même	3	J'ai perdu confiance en moi.
8	Attitude critique envers soi	0	2 Je me reproche tous mes défauts.
9	Penser au désir de suicide	1	Je ne pense pas du tout à me suicider.
10	Pleurs	3	Je pleure plus qu'avant
11	Agitation	2	Je suis si agitée ou tendue que j'ai du mal à rester tranquille.
12	Perte d'intérêt	3	Je m'intéresse moins qu'avant aux gens et

CHAPITRE V DISCUSSION ET ANALYSES DES RESULTATS

			aux Choses
13	Indécision	3	Il m'est plus difficile que d'habitude de prendre des décisions
14	Dévalorisation	1	Je me sens moins valable que les autres.
15	Perte d'énergie	3	J'ai trop peu d'énergie pour faire quoi que ce soit
16	Modification dans les habitudes de sommeil	2	Je dors un peu moins que d'habitude
17	Irritabilité	3	Je suis beaucoup plus irritable que d'habitude.
18	Modification de l'appétit	1	j'ai un peu plus d'appétit que d'habitude
19	Difficulté à se concentrer	0	Je ne parviens pas à me concentrer aussi bien que d'habitude
20	Fatigue	1	Je me trouve incapable de me concentrer sur quoi que ce soit.
21	Perte intérêt pour le sexe	3	J'ai perdu tout intérêt pour le sexe.
Score	42	Degré de dépression	Très Sévère

4.6 .Analyse de l'échelle de Beck de Mme Ldjida :

Mme Ldjida, présente un score de 42 qui correspondant à une dépression sévère comme elle est indiqué dans le manuel de dépression de Beck la plupart des réponses en question de l'échelle concernant le cas de Ldjida sont considérés comme des signes de dépression chez lui cet items

CHAPITRE V DISCUSSION ET ANALYSES DES RESULTATS

en obtenu un score très élevé (3) pour 10 réponses notamment (échec dans le passé, pleure, indécision, perte d'énergie, modification dans les habitudes de sommeil, perte d'énergie, perte de plaisir, sentiment culpabilité, sentiment négatifs envers soi même, perte d'intérêt, indécision, irritabilité, perte d'intérêt pour le sexe) elle obtenu un score de (2) pour 4 autre réponse et tel que(penser au désir de suicide, dévalorisation, modification de l'appétit, agitation) Quand aux réponses notées 1, elle a obtenu 4 autre réponses sont (fatigue tristesse, pessimisme, agitation, modification dans les habitudes de sommeil)

Quand aux réponses notées 1, il a obtenu (4) réponses tel que (dévalorisation, difficile à se concentrer, fatigue) et un score de 0 pour (3) items (sentiments d'être puni, difficulté à se concentrer, attitude critique envers soi)

Synthèse :

Selon les résultats de l'entretien clinique et l'échelle de la dépression Beck et l'échelle de soutien social SSQ6 nous avons conclu madame Ldjida souffre d'une dépression sévère et un niveau très faible de soutien social

CAS N°05 : Mm Merbouha

5.1. Présentation du cas

« Merbouha » femme âgée de 75 ans, blonde avec des yeux bleus, divorcée depuis il ya 4 ans d'origine de Béjaïa « Sidi hmed » son profession est une couturière, mère d'un garçon et d'une fille avec, elle a un niveau d'instruction scolaire primaire.

5.2. L'analyse de l'entretien cas Merbouha :

Pendant l'entretien avec Mme « Merbouha », nous avons remarqué qu'elle a des difficultés à s'intégrer dans le foyer surtout ses derniers temps, ou elle préfère de rester toute seule et de s'isoler des autres pensionnaires elle rester la plupart du temps dans sa chambre.

Au cours de notre entretien avec Mm Marbouha, le contacte était difficile ou elle s'est présenté difficilement et elle n'a accepté de nous parler que après plusieurs tentative avec l'aide de la psychologue de centre d'accueil.

Merbouha atteint du diabète et d'hypertension depuis longtemps, et aussi elle souffre des maladies psychiatrique comme le stress, les troubles bipolaires.

CHAPITRE V DISCUSSION ET ANALYSES DES RESULTATS

Au début on a observé que M.M c'est une femme avec des yeux pleine de tristesse ce qui est exprimée et manifesté par des larmes aux yeux,surtout quand elle parle de sa famille sur son fils plus exactement.

M.M elle nous parlé sur sa famille elle nous a dit : « j'ai deux enfants, une autre fille et un garçon, j'ai perdu ma fille à l'âge de 3 ans et mon fils aussi à l'âge de 42 ans ».

Ses relations avec le personnel sont brèves et limitées vu son caractère peu sociable sauf avec la psychologue, en disant tamatouth 13ali, takalagh g chour mlih. Marbouha n'a pas tissé de bonnes relations avec le personnel vu son nouveauté dans le foyer, elle évite les autres en disant ur thebigh ad derongigh hed, ur ur thebigh ayiderongi hed, 3yigh dl3ivad ,vghigh ad9imagh wahdi ».

« Je vivais une vie normale jusqu'au le jour où j'ai trouvé mon fils mort dans son lit depuis 3 ans , je suis tellement gâcher »

Mm merbouha est tout le temps triste, elle n'aime pas parler trop même avec nous ,quand on a lui poser des questions elle répond toujours avec une tristesse et des yeux pleine de larme , elle nos dit tout le temps je veux mon fils Karim, je veux mon fils Karim.

Après la mort de son fils, elle est venue a la maison de retraite, ou elle a divorcé avec son marie, on a remarqué que Mm Merbouha éviter de parler sur sa relation avec son marie ,elle dit « yakhi dewina. khah fellas »,

Notre sujet parle tout le temps sur son fils elle dit « déjà ussighd ar dayi parce que dayi qarvagh ar thmeqvarth nemi ». « Je suis venu ici pour être près de la tombe de mon fils Karim », «je veux lui rendre visite mais ils ne me laissent pas ».

Elle raconte avec une tristesse. » Mon fils n'était pas un bon garçon, il avait de une mauvaise fréquentations » et c'est pour ça il est mort parce que il fume tout la journée (son fils est mort a cause de ses poumons.maladies pulmonaire)

Lorsqu'il parle de son sommeil, elle présente quelque signes de fatigue et de dépression ainsi le manque du sommeil, elle n'est jamais satisfait de son sommeil en disant << orthofit nodam iganegh ».

A propos des heures du sommeil notre sujet nous a avoué que ses horaires du sommeil décalés il dit «tiswi3in ganegh f 1h, tiswi3in f 2h, à plusieurs reprises1.elle n'arrive pas a passé une nuit sans se réveillé et depuis elle reste éveillé dans son lit.

CHAPITRE V DISCUSSION ET ANALYSES DES RESULTATS

Alors notre sujet durant la journée souffre d'une grande fatigue et manque d'énergie et du plaisir en disant shosayagh s fachal, a3yigh g koulech ».

On constate d'après ses paroles qu'elle a des difficultés d'endormissement malgré la prise des médicaments pour dormir.

A la fin de notre entretien Mm Marbouha souhaite d'être près de son fils maison de retraite.

5.3. Présentation des résultats de l'échelle de SSQ6

	1	2	3	4	5	6	Total	Total %
Disponibilité	3	3	2	2	2	2	14	2.33
Satisfaction	2	1	1	1	2	1	08	1.33

5.4. Analyse de l'échelle :

A travers des résultats obtenus de l'échelle de soutien social SSQ6 , ont relève que le Scor total de la disponibilité et de 14/6(2.33%) qui affirme un niveau moyenne de perception de la disponibilité de certaines personnes de l'entourage comme susceptibles de fournir une aide en cas de besoin. Ce qui correspond les résultats obtenus de la satisfaction de sujet vis-à-vis du soutien perçu indiquent un niveau faible avec un Score de 8/6(1.33%), ces résultats nous ont montré que notre patient est insatisfait de ses relations.

5.5.. Présentation des résultats de BDL-II du cas Mm Marbouha :

Numéro des thèmes	Item	Condition	Expression
1	Tristesse	1	Je me sens très souvent triste
2	Pessimisme	1	1 je me sens plus découragé€ qu'avant face à mon avenir
3	Échec dans le passé	1	1 j'ai échoué plus souvent que je n'aurais dû..
4	Perte de plaisir	1	1 Je n'éprouve très peu

CHAPITRE V DISCUSSION ET ANALYSES DES RESULTATS

			de plaisir aux choses qu'avant.
5	Sentiment de culpabilité	0	0 je ne me sens pas particulièrement coupable.
6	Sentiment d'être puni	2	2 je m'attends à être puni.
7	Sentiments négatifs envers soi-même	1	J'ai perdu confiance en moi.
8	Attitude critique envers soi	0	0 Je ne me blâme pas ou ne me critique pas plus que d'habitude.
9	Penser au désir de suicide	0	0 Je ne pense pas du tout à me suicider.
10	Pleurs	3	3 Je voudrais pleurer mais je n'en suis pas capable.
11	Agitation	1	1 Je me sens, plus agité ou plus tendu que d'habitude.
12	Perte d'intérêt	3	3 j'ai du mal à m'intéresser à quoi que ce soit.
13	Indécision	2	2 J'ai beaucoup plus de mal qu'avant à prendre des décisions.
14	Dévalorisation	0	0 Je pense être quelqu'un de valable.
15	Perte d'énergie	3	3 J'ai trop peu d'énergie pour faire quoi que ce soit.
16	Modification dans les	1	Je dors un peu moins

CHAPITRE V DISCUSSION ET ANALYSES DES RESULTATS

	habitudes de sommeil		que d'habitude
17	Irritabilité	1	1. Je suis plus irritable que d'habitude.
18	Modification de l'appétit	1	j'ai un peu plus d'appétit que d'habitude.
19	Difficulté à se concentrer	1	Je ne parviens pas à me concentrer aussi bien que d'habitude
20	Fatigue	0	Je ne suis plus fatigué que d'habitude
21	Perte intérêt pour le sexe	2	Le sexe m'intéresse beaucoup moins maintenant.
Score	25	Degré de dépression	Sévère

5.6..Analyse de l'échelle :

Mm Marbouha présente un score de 25 qui correspond à une dépression sévère comme il est indiqué dans le manuel de dépression du Beck .

la plupart des réponses aux questions de l'échelle, concernant le cas de Marbouha sont considérés comme des signes de dépression chez elle ,trois items ont obtenu un score très élevé de (3), notamment (pleurs, perte d'intérêt et perte d'énergie)

Il a obtenu un score de (2), pour trois (3) items telle que(sentiment d'être puni ,indécision, perte d'intérêt au sexe)

Quant aux réponses notées (1), Il a obtenu (10) réponse incluant (tristesse, pessimisme , perte de plaisir, sentiment négatif envers soi même, agitation , modification dans les habitudes du sommeil, irritabilité, modification de l'appétit, difficulté à ce concentrer, échec dans le passé)

Et un score de 0 pour quatre (5) items (sentiment de culpabilité, attitude critique envers soi, pensées ou désirs de suicide, dévalorisation, et fatigue).

CHAPITRE V DISCUSSION ET ANALYSES DES RESULTATS

Synthèse de cas de M « Boualem »:

Selon les résultats obtenus de l'entretien et les deux échelles, de la dépression « Beck» et de soutien social SSQ6 nous avons constaté que Mm Boualem souffre d'une dépression sévère et un niveau bas de soutien social.

Cas N°06 : Mr Boualem

6. 1. Présentation du cas Mr Boualem:

Il s'agit de Mr Boualem âgée de 70 ans de Bejaia (Beni Maouche). C'est un grison qui à une peau mate et des cheveux grisonnant, il est petit de taille, rond de corpulence souriant et communicatif. Il est présentable, c'est quelqu'un qui éprouve de la gratitude et le respect envers nous tout au long de l'entretien. Veuf depuis 2003 et père de trois filles et un garçon. Il a exercé plusieurs fonctions, mais il a travaillé longtemps comme maçon. Il est hébergé au foyer depuis l'année 2014 (10ans).

6.2. Analyse de l'entretien du cas Mr « Boualem » :

Pendant l'entretien Mr Boualem s'est montré très calme, ne disait que l'essentiel, il s'est montré aussi très gentil avec nous.

Au cours de l'entretien effectué on a constaté quelques symptômes dépressifs chez cette homme.

La femme de Mr Boualem est décédée depuis 1986. Il n'a pas voulu se remarié une autre fois : « j'ai pas envie « ovghighara ad3wadagh azawjagh. Il nous dit « j'ai mes filles qui m'aiment, je n'ai pas besoin de plus que ça. »

Lors de l'entretien Mr Boualem manifeste une tristesse apparenté et exprimée. Il dit : « je suis tout le temps triste et inquiet, je ne me sens pas à l'aise ici, et tous c'est insupportable, et le malheur je ne peux rien faire sauf de patienter ».

On a remarqué aussi la présence d'un sentiment d'abandon intériorisée et non exprimé.

Pour le côté relationnel comme il est quelqu'un de très réservé, donc il a limité bien ses relations dans le foyer afin d'éviter toute éventuelle querelle avec les autres pensionnaires. Il affirme en disant ; « je n'ai aucun ami ici d'ailleurs. Je ne les fréquente pas du tout ! c'est mieux

CHAPITRE V DISCUSSION ET ANALYSES DES RESULTATS

pour moi de les garder loin ». Mr Boualem dit : « je ne fréquente personne, mais je ne déteste personne, j'ai quelques amis et je ne parle pas trop « j'ai pas le moral ».

Mr Boualem ne se sent pas chez lui au centre. Il n'avait pas le choix, il est allé aux foyer d'accueil il dit « lah ghalab , mon fils est toujours occupé avec le travail, mes filles sont mariés, alors j'ai pas le choix sauf de rester ici » .

Ses relations avec le personnel sont bonnes et brèves et bien limitées vu son caractère calme et peu sociable, en disant, « je fais toujours attention quant à mes relations avec le personnel du foyer le respect est très important notamment ici dans le foyer », il n'aime pas entreprendre des relations avec le personnel, « j'évite même d'border des discussions avec eux c'est un mécanisme d'évitement et d'isolement, rester seul qui sont des éléments constitutifs de la dépression.

Mr Boualem reçoit des visites de la part de ses filles et des fois par son fils. (4 à 5 fois par année). Même il sort chez eux aux temps en temps, et sa dernière sortie il est resté deux mois chez sa fille à Alger (il sort chez elle 3 à 4 fois par année) il nous dit « ayfarhaaaagh « « je suis très content « , »j'ai me suis reposer très bien « .

Il nous dit que une fois ma petite fille mariée, je vais aller et vivre chez elle.

Il nous parler sur sa santé physique et dit en pleurant « khamgh l'opération fu3ruriw ,kimagh assagasse nki gussu » (j'ai fait une opération sur mon dos et je suis resté un ans alité). « J'ai passé vraiment des moments difficiles pendant cette année-là ». Il nous dit avec des yeux pleine de larmes « twakrhaaaaagh ayassi ,soufrigh selkrih », il a aussi des problèmes au niveau de ses pieds (dans les genoux plus exactement) ,et pour le côté psychologique il affirme : « je me sens toujours fatiguée, triste et stressé ». « Il dit aussi qu'il est en permanence en manque d'énergie.

Par la suite on lui a demandé : « dormez-vous bien, manger vous bien ? Avez-vous un bon appétit ? ». Ce à quoi il a répondu : « Oui je n'ai aucun problème pour le sommeil, j'ai le même rythme toujours. Concernant l'appétit la vérité je ne mange pas bien comme avant, mon appétit est changé ».

6.3. Présentation des résultats de l'échelle de SSQ6

	1	2	3	4	5	6	Total	Total %
Disponibilité	6	4	2	2	1	2	17	2.83
Satisfaction	5	5	2	2	2	2	18	3

CHAPITRE V DISCUSSION ET ANALYSES DES RESULTATS

6.4. Analyse de l'échelle :

A travers des résultats obtenus de l'échelle de soutien social SSQ6, on relève que le Score total de la disponibilité est de 17/6 (2.83%) qui affirme un niveau moyenne de perception de la disponibilité de certaines personnes de l'entourage comme susceptibles de fournir une aide en cas de besoin. Ce qui correspond les résultats obtenus de la satisfaction de sujet vis-à-vis du soutien perçu indiquent un niveau élevé avec un Score de 18/6(3%), ces résultats nous ont montré que notre patient est satisfait de ses relations

6.5. Présentation des résultats de BDL-II du cas Mr Boualem :

Numéro des thèmes	Item	Condition	Expression
1	Tristesse	1	Je me sens très souvent triste
2	Pessimisme	2	je ne m'attends pas à ce que les choses s'arrangent pour moi.
3	Échec dans le passé	1	j'ai échoué plus souvent que je n'aurais dû..
4	Perte de plaisir	3	Je n'éprouve aucun plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement
5	Sentiment de culpabilité	2	je me sens coupable la plupart du temps.
6	Sentiment d'être puni	2	je m'attends à être puni.
7	Sentiments négatifs envers soi-même	1	J'ai perdu confiance en moi.
8	Attitude critique envers soi	2	2 Je me reproche tous mes défauts.
9	Penser au désir de suicide	0	Je ne pense pas du tout à me suicider.
10	Pleurs	0	Je pleure plus qu'avant

CHAPITRE V DISCUSSION ET ANALYSES DES RESULTATS

11	Agitation	2	Je suis si agité€ ou tendu€ que j'ai du mal à rester tranquille.
12	Perte d'intérêt	1	Je m'intéresse moins qu'avant aux gens et aux Choses
13	Indécision	1	Il m'est plus difficile que d'habitude de prendre des décisions
14	Dévalorisation	2	Je me sens moins valable que les autres.
15	Perte d'énergie	3	J'ai trop peu d'énergie pour faire quoi que ce soit
16	Modification dans les habitudes de sommeil	1	Je dors un peu moins que d'habitude
17	Irritabilité	2	Je suis beaucoup plus irritable que d'habitude.
18	Modification de l'appétit	1	j'ai un peu plus d'appétit que d'habitude
19	Difficulté à se concentrer	1	Je ne parviens pas à me concentrer aussi bien que d'habitude
20	Fatigue	3	Je me trouve incapable de me concentrer sur quoi que ce soit.
21	Perte intérêt pour le sexe	3	J'ai perdu tout intérêt pour le sexe.
Score	34	Degré de dépression	Sévère

6.6 .Analyse de l'échelle :

CHAPITRE V DISCUSSION ET ANALYSES DES RESULTATS

Mr Boualem présente un score de 34 qui correspond à une dépression sévère comme il est indiqué dans le manuel de dépression du Beck.

La plupart des réponses aux questions de l'échelle, concernant le cas de Boualem sont considérés comme des signes de dépression chez lui. 5 items ont obtenu un score très élevé de (3), notamment (la perte de plaisir , dévalorisation, perte d'énergie ,fatigue, perte d'intérêt au sexe).

Il a obtenu un score de (2), pour sept autre réponse telle que (pessimisme, sentiment de culpabilité, pensez au désir de suicide, perte d'intérêt pour le sexe, Sentiment d'être puni attitude critique envers soi, agitation, dévalorisation, irritabilité).

Quant aux réponses notées (1), Il a obtenu (7) réponse incluant (tristesse, échec dans le passé, pleure, perte d'intérêt, modification de l'appétit, difficulté à se concentrer ,indécision).

Synthèse de cas de M « Boualem »:

Selon les résultats obtenus de l'entretien et les deux échelles, de la dépression « Beck» et de soutien social SSQ6 nous avons constaté que Mr Boualem souffre d'une dépression sévère et un niveau bas de soutien social.

Et un score de 0 pour deux items (Penser au désir de suicide et pleurs).

Discussion des hypothèses :

Dans cette partie de notre recherche et après la Cotation des résultats de l'étude et à la lumière des hypothèses et de problématique du sujet , s'articule autour d'une hypothèse générale, s'appuyant sur l'approche clinique accompagnée des outils de recherche représentés par l'observation par entretien, l'échelle de la Dépression "Beck" Notre étude des six cas, nous discutons et analysons ces cas à la lumière des hypothèses de l'étude. Discutons des résultats de l'étude à la lumière de l'hypothèse principale.

Nous avons formulé une hypothèse qui est :

Le niveau de dépression chez un échantillon de personnes âgées résidant en maisons de retraite est élevé, selon les résultats obtenus lors de l'entretien semi directif de l'observation clinique et de l'application du test de dépression de Beck. On apparu clairement que les

CHAPITRE V DISCUSSION ET ANALYSES DES RESULTATS

personnes âgées résidant dans les maisons de retraite souffrent de dépression élevée, mais à des degrés divers.

Nous avons utilisé trois outils de recherche à fin de vérifier nos hypothèses : Un entretien semi directif et l'échelle de dépression de Beck (BDI II) et l'échelle de soutien social perçu (SSQ6) sur six (06) cas choisis parmi les pensionnaires de foyer pour personnes âgées ou /et handicapé de Bejaia..

1. Pour le premier cas, « hamanou », il a été constaté qu'il souffre d'une dépression. Les difficultés de la vie représentées par des problèmes de santé, étant donné qu'il est aveugle, et ce qui la rendait psychologiquement incompatible, ce sont les difficultés de ses conditions de vie et aussi son frère, qui l'a poussée à recourir de son plein gré à la maison de retraite, et après avoir appliqué l'échelle de Beck, nous avons conclu qu'il souffrait d'une dépression sévère ,
 - Après avoir les résultats de l'échelle de SSQ6 de soutien social on a trouvé Chez lui un abondance familiale.
2. Pour le deuxième cas, « Brahim », qui a traversé des étapes de vie entrecoupées de crises, de difficultés, de problèmes, de marginalisation familiale, ainsi que de problèmes de santé qui l'ont conduit au handicap et à l'admission au centre. Après avoir appliqué le test de Beck, nous avons conclu qu'il souffrait d'une dépression très sévère .
 - D'après les résultats obtenus de l'échelle de soutien social SSQ6, il a été constaté que M. Brahim manifeste une absence de soutien familial.
3. . Le troisième cas « Boubekeur » nous a montré, à la fois par l'analyse de l'entretien clinique et par l'observation, qu'il avait souffert de problèmes de santé et familiaux qui l'ont conduit à entrer au centre de son propre chef, refusant, selon ses dires, l'humiliation. Après avoir administré le test de Beck, nous avons constaté qu'il souffrait de dépression sévère .
 - Suite à l'analyse des résultats de l'échelle de soutien social SSQ6, nous avons constaté que Mr Boubekeur fait face à un rejet familial.
4. Quant au quatrième cas, « Ldjida », et grâce à l'analyse de l'entretien et de l'observation clinique, elle est constaté qu'elle était allée au centre avec sa volonté , surtout après la mort de son mari et l'absence d'enfants, et elle est restée seule. Après avoir appliqué le test de dépression de Beck, il a été constaté qu'elle souffrait d'une grave dépression.

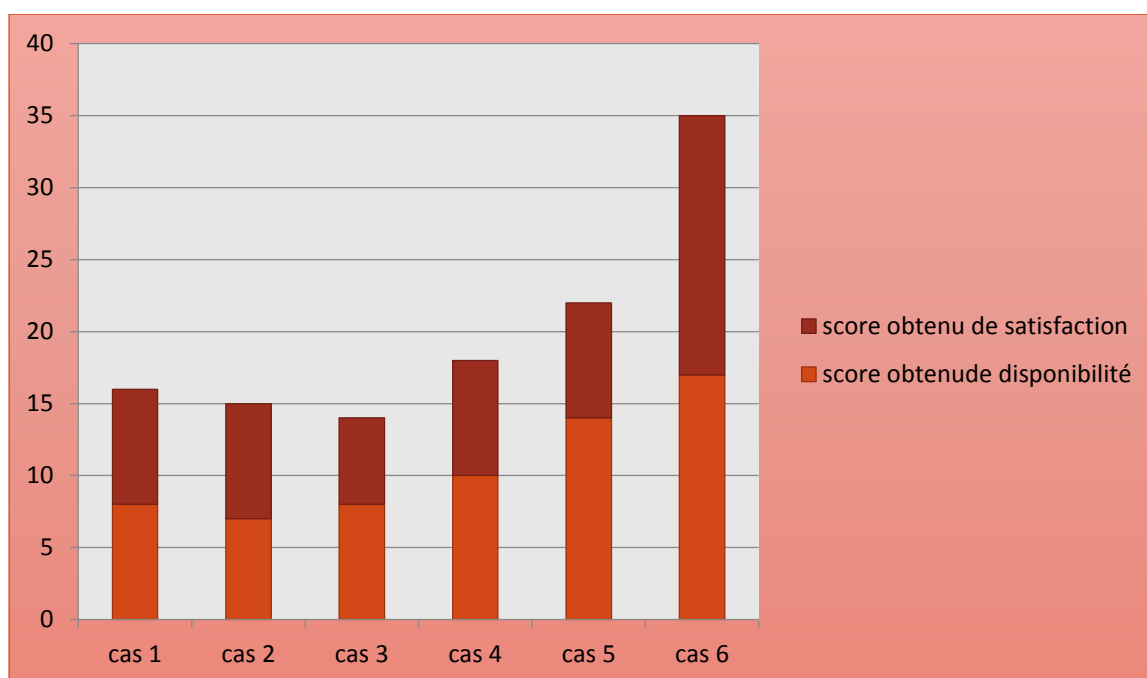
CHAPITRE V DISCUSSION ET ANALYSES DES RESULTATS

- Il semble que vous avez obtenu les résultats de l'échelle de soutien social SSQ6 pour Mme Ldjida et que ceux-ci indiquent une absence de soutien familial.
5. Le cinquième cas « Marbouha » après avoir les résultats de l'entretien et l'observation clinique et de l'échelle de Beck de notre cas, on trouvé qu'elle souffre d'une dépression sévère, La personne concernée il était entré à la maison de retraite avec ses propres moyens , après la mort de son fils .
- L'obtention des résultats de l'échelle de soutien social (SSQ6) pour Mm Marbouha a révélé une absence de soutien familial. Cette observation indique que Mm Marbouha ne perçoit pas ou ne bénéficie pas d'un soutien adéquat de la part de sa famille.
6. Sixième cas «Boualem», grâce à l'analyse de l'entretien et de l'observation clinique et de l'échelle de dépression de Beck, on constaté que notre cas souffre d'une dépression sévère, il souffre aussi des problèmes de santé tel que les problèmes au niveau de ses jambes et dans le dos, et que le fils de ce patient il a obligé de le entrée au maison de retraite.
- Les résultats obtenus à l'échelle SSQ6 de soutien social révèlent que Mr. Boualem éprouve une abondance familiale

Tableau N°2 : l'analyse et l'interprétation des résultats obtenus de l'échelle de SSQ6 montre ce qui suit

	Différent niveau de soutien social			Scor obtenu de disponibilité	Scor obtenu de satisfaction
	Niveau bas	Niveau moyenne	Niveau élevé		
Cas 1	X			8 /54	8/36
Cas 2	X			7/54	8/36
Cas 3	X			8/54	6/36
Cas 4	X			10/54	8/36
Cas 5		X		14/54	8/36
Cas 6		X		17/54	18/36

CHAPITRE V DISCUSSION ET ANALYSES DES RESULTATS



Graphique N°03 :des résultats obtenus de l'échelle de SSQ6

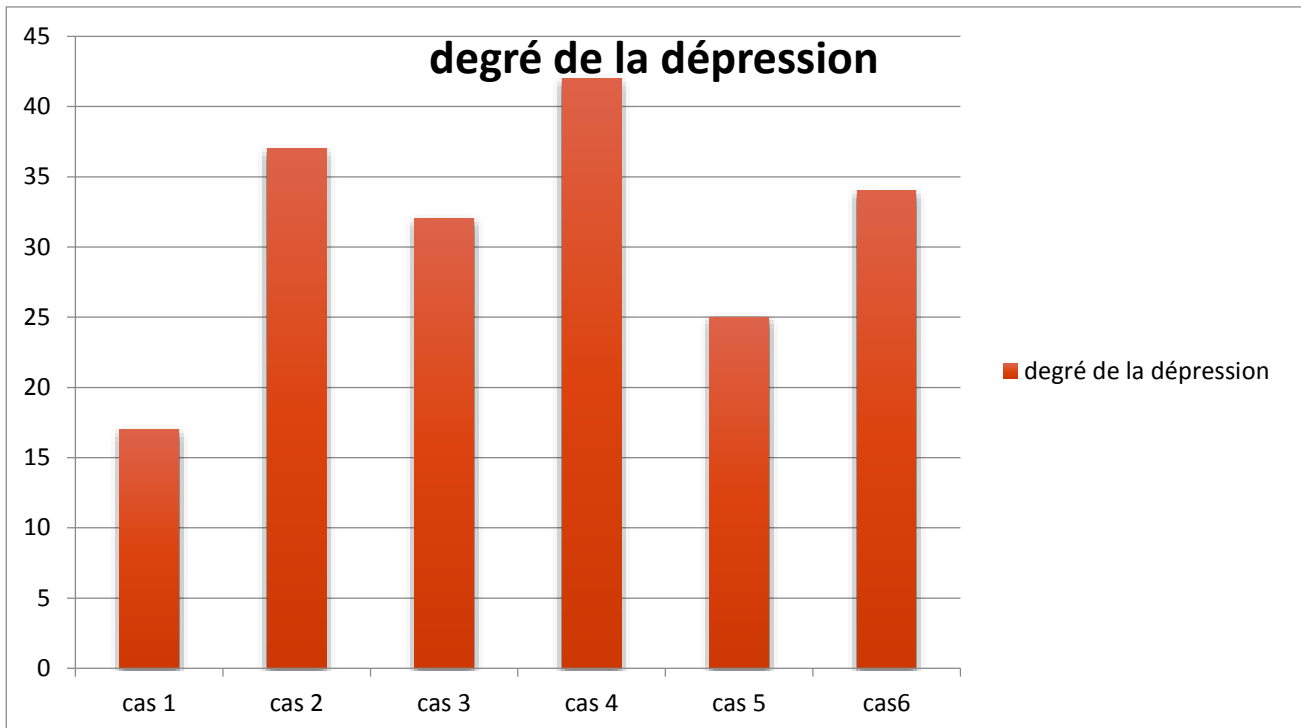
On remarque dans le tableau que les cas ont des scores allant de niveau bas chez 3 cas qui sont (cas 1, 2 et 3), et un niveau très bas chez 2 cas tel que (cas 1 et 2), et un niveau très élevé chez notre dernière cas (cas 6)

Le tableau suivant Il montre les différents scores que nous avons obtenus grâce au test Beck :

Cas	Cas1	Cas2	Cas3	Cas4	Cas5	Cas6
Scor de dépression	17	37	32	42	25	34
Sévérité de dépression	Modéré	Très sévère	sévère	sévère	Très sévère	Sévère

Tableau montrant les résultats du test de dépression de Beck chez les personnes âgées

CHAPITRE V DISCUSSION ET ANALYSES DES RESULTATS



Graphique N° 4 : graphiques montrant les différents taux de dépression pour chaque cas

On remarque dans le tableau que les cas ont reçu des scores allant de (17) à (42) degrés, car le sentiment de dépression des cas varie en gravité d'un cas à l'autre. Nous constatant que les cas (1) Mr Hamanou souffre de dépression modéré, et le cas (2,3,4,) souffre de dépression sévère. Les cas (5, 6) souffrent de dépression très sévère .

Après avoir présenté les résultats de notre étude, il est devenu clair que les cas souffrent de dépression élevée à des degrés divers, et donc l'hypothèse selon laquelle le niveau de dépression chez les personnes âgées résidant dans des maisons de retraite est vérifiée.

A travers les entretiens que nous avons menés avec les cas, il a été constaté que les femmes âgées (cas (4 et 5) ont une mauvaise adaptation au sein du centre et souffrent également de solitude et d'isolement.

Par rapport à les hommes (cas 1,2,3,6), ils souffrent d'anxiété et d'un mauvais état psychologique.

Quant à leur adaptation au sein du centre, elles sont bien adaptées et harmonieuses, et entretiennent de bonnes relations avec les responsables du foyer et ses résidents. A travers nos observations que nous avons faites lors des entretiens, nous avons conclu que les femmes âgées

CHAPITRE V DISCUSSION ET ANALYSES DES RESULTATS

(69-73 ans) se soucient de leur hygiène personnelle, contrairement aux personnes âgées (cas 4 et 5), car elles négligent leur hygiène personnelle et leur apparence.

	0. 9	10.. 15	16.. 23	24.....36	Plus 37
Les hommes	/	/	17	34 32	37
Les femmes	/	/	/	25	42

Résultats du test de dépression de Beck Par sexe

Nous remarquons à partir des résultats du test de dépression de Beck que les cas ont obtenu des scores compris entre (17) et (42) degrés, car les sentiments de dépression des cas ne diffèrent pas en gravité d'un cas à l'autre selon la variable de genre que nous constatons. que les cas (1) souffre d'un dépression modéré, et les cas(3,5,6) souffrent de dépression sévère. Quant au cas (2,4), souffrent de dépression très sévère.

Après avoir présenté les résultats des entretiens, de l'observation et des tests, il a été constaté qu'il n'y a pas de différence dans le degré de dépression selon la variable sexe. La dépression n'est pas liée au sexe d'homme à femme, mais plutôt à l'état psychologique de l'individu et aux traumatismes et problèmes de vie qu'il a subis qui ont immortalisé leur impact et ont coïncidé avec son présent.

On sait que les femmes sont des êtres sensibles et fragiles. se laisse emporter par ses émotions et est affecté par tout ce qui tourne autour d'eux, de même, les hommes ont des rôles sociaux et un statut simplement en les ressentant, leurs espoirs dans la vie prennent fin et leur passion pour celle-ci. Ainsi, les deux sexes souffrent de dépression pour des raisons différentes.

La dépression selon le nombre d'années des résidents :

Cas	0..... 9 Il n'y a pas	10.....15 Faible	16.....23 Modéré	24..... 36 Sévère	37 et plus Très sévère
Hamanou 2023	/	/	17	/	/
Brahim 2021	/	/	/	/	37
Boubekeur 2015	/	/	/	32	/
Ldjida 2016	/	/	/	/	42

CHAPITRE V DISCUSSION ET ANALYSES DES RESULTATS

Merbouha 2022	/	/	/	25	/
Boualem 2014	/	/	/	34	/

Grâce aux entretiens menés avec les cas et à l'application de l'échelle de dépression de Beck, nous avons conclu que la dépression est liée à l'état psychologique de l'individu et aux conditions sociales qu'il a vécues, et que les années n'ont donc rien à voir avec la dépression.

Grâce à notre étude menée sur l'échantillon, nous constatons que le cas (1) « Hamanou » entré au centre en 2023 souffre de dépression modéré, tandis que les cas (3,5,6)« Boubekeur, Merbouha et Boualem» souffrent de dépression sévère même si ils ont entrée au centre des années différent« 2015,2022,2014» et avec les deux cas suivant qui on souffre d'un dépression très sévère «2et 4»«Brahim et Ldjida» entrées de foyer est «2021,2016».

Seulement, selon les résultats de l'entretien, de l'observation et de l'échelle de Beck, il a été constaté qu'il existe des différences dans le niveau de dépression chez les personnes âgées en fonction du nombre variable d'années de résidence, et donc l'hypothèse qu'il existe les différences dans le niveau de dépression chez les personnes âgées résidant dans des maisons de retraite et le nombre d'années de résidence n'est pas atteint.

Résultats généraux de l'étude

Les résultats généraux de l'étude auxquels nous sommes parvenus sont les suivants :

- La maison de retraite règle le statut des personnes âgées vis-à-vis de la sécurité sociale.
- La maison de retraite vérifie l'assurance sociale des personnes âgées.
- La maison de retraite offre des services récréatifs aux personnes âgées.
- La personne âgée reçoit des soins de santé adaptés à sa maladie. Cela signifie que la maison de retraite fournit tout ce dont la personne âgée a besoin, prend soin d'elle et la sert dans tous les aspects.

Suggestions d'étude

Grâce aux résultats auxquels nous sommes parvenus, nous proposons les suggestions suivantes concernant les maisons de retraite et leur rôle dans l'assistance sociale aux personnes âgées.

- La plus importante de ces suggestions est la création d'une institution spéciale pour les personnes âgées handicapées uniquement, avec les personnes âgées handicapées.

CHAPITRE V DISCUSSION ET ANALYSES DES RESULTATS

-mise à disposition de spécialistes pour eux.

-Défaut d'intégration des personnes âgées atteintes de maladies mentales avec les personnes âgées en bonne santé dans la maison de retraite.

- Activer le rôle du psychologue auprès des personnes âgées.

-Nous suggérons de travailler à mener davantage d'études liées à cette tranche d'âge.

-Nous proposons également d'organiser des cours de formation pour prêter attention au groupe des personnes âgées et comment exploiter leurs expériences de vie.

Recommandations de l'étude :

À la lumière des résultats de la présente étude et à la lumière du cadre théorique et des études antérieures, elle présente les recommandations suivantes :

- ✓ Mettre l'accent sur le rôle de la famille dans la prise en charge des personnes âgées et dans l'éducation des enfants pour les respecter.
- ✓ Les sentiments et les besoins des personnes âgées, leurs problèmes et les difficultés dont elles souffrent, en étudiant les causes de leur anxiété et en les aidant à gérer leur vie.
- ✓ Intégrer les personnes âgées aux activités sociales, ce qui conduit à élever le niveau d'estime de soi.
- ✓ Ainsi que réduire le degré de pessimisme et d'isolement, atténuant ainsi les symptômes dépressifs.
- ✓ Encourager le travail bénévole dans le domaine des soins aux personnes âgées par des individus, des associations et des institutions gouvernementales.
- ✓ Travailler à mener davantage d'études liées à cette tranche d'âge.

CONCLUSION GÉNÉRALE

Conclusion générale

Les changements rapides dans la vie et la subsistance des personnes touchent tous les aspects et domaines différents, en particulier la catégorie des personnes âgées qui suscite un vif intérêt dans nos études actuelles. Le soutien social est considéré comme l'un des facteurs psychosociaux les plus importants ayant un impact positif sur les aspects psychologiques et biologiques de l'individu. Il aide à atténuer les pressions auxquelles une personne peut être confrontée, pressions qui ont des effets négatifs sur la santé physique. En présence de soutien social sous ses diverses formes, l'impact des facteurs psychologiques négatifs sur la santé physique, comme la dépression par exemple, diminue.

Nous avons abordé dans notre travail cette catégorie, qui est l'une de celles marginalisées à un certain degré, ce qui entraîne leur affaiblissement. Nous parlons de la catégorie des personnes âgées, car la société les regarde avec un regard de déficience, et même au sein de leur propre famille, l'attention portée à eux diminue et l'option d'aller dans une maison de retraite est évoquée, en particulier si la personne âgée est impotente et malade. Parfois, la personne âgée qui n'a pas de revenu pour subvenir à ses besoins ressent qu'elle est un fardeau pour sa famille, et même les proches préfèrent l'envoyer dans des centres de soins spécialisés. Ces derniers, à leur tour, ne disposent pas des ressources nécessaires pour offrir aux personnes âgées les conditions nécessaires pour vivre dignement. Même si les besoins matériels sont satisfaits, les besoins psychologiques, les plus importants, sont absents. Après avoir consacré sa vie à donner aux autres, la personne âgée atteint une phase de vieillesse où toutes ses forces ont été épuisées. Maintenant, elle veut compenser son absence auprès de ses proches en recherchant plus de proximité avec eux, cherchant l'affection et l'amour à travers leur soin et leur attention. Ses conditions de vie la poussent à recourir aux maisons de retraite, ce qui affecte son estime de soi et la fait ressentir un profond sentiment de solitude.

Au cours de notre étude, nous avons cherché à nous assurer des réponses des personnes âgées résidant dans les maisons de retraite en ce qui concerne le soutien social et la dépression. Les résultats indiquent qu'elles ont un niveau bas et moyenne de soutien social et une dépression avec un niveau déférent (modéré, sévère et très sévère), ce qui a été confirmé après l'analyse des entretiens et des observations enregistrées. Cependant, il n'est pas possible de généraliser les résultats à tous les résidents des maisons de retraite en raison des différences individuelles et des caractéristiques personnelles de chaque personne âgée, ainsi que d'autres facteurs.

CHAPITRE V DISCUSSION ET ANALYSES DES RESULTATS

Il est juste de dire que les personnes âgées résidant dans les maisons de retraite souffrent de troubles et de pressions psychologiques telles que l'anxiété, le stress, l'irritabilité ou d'autres craintes qui doivent être traitées et ne pas être négligées. Pour atténuer ces effets, il est recommandé de recourir à une thérapie psychologique qui inclut un soutien émotionnel et psychologique, avec l'aide d'un psychologue pour rendre les situations plus acceptables et pour répondre à leurs besoins médicaux, étant donné que la santé physique et mentale vont de pair. Si toutes les formes de soins et d'attention sont disponibles pour ces personnes âgées, la solitude disparaîtra certainement et elles sentiront qu'elles ont une valeur sociale, car elles envisageront de contribuer avec leurs capacités et seront membres d'un groupe qui les représente, partageant les mêmes caractéristiques. S'ils se sentent aimés, leur confiance en eux augmentera, renforçant ainsi leur estime de soi, et une volonté naîtra en eux de poursuivre le reste de leur vie avec détermination.

Le champ reste ouvert pour étudier le soutien social et la dépression chez les personnes âgées placées au foyer à travers des études plus approfondies et pour explorer d'autres aspects liés aux personnes âgées pendant cette période.

En conclusion, nous espérons avoir réussi à éclairer un aspect important de ce sujet avec notre étude, laissant ainsi notre empreinte dans le domaine de la recherche scientifique et servant de point de départ pour d'autres recherches dans ce domaine.



La liste bibliographie

Les ouvrages

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. DSM-5 (5e éd.). Arlington ,VA : American psychiatric publishing.
- American psychiatrique association; & Guelfi, J.-D. (2010). mini DSM-IV- TR. Issy-les-Moulineaux: Masson.
- Attias,Donfut.(1995). *Les solidarités entre génération ,vieillesse ,familles, éducation* .Nathane.
- Beck, A. T & Steer, R. A.& Brown, G. K. (1998). BDI-II, inventaire de dépression de Beck: Manuel. San Antonio: psychological Corp.
- Bénony,H&Chahraoui,Kh.(1999).*L'entretien clinique*. Paris, France:Dunod.
- Chantel, A. (1998). *L'impact du support social sur la santé des femmes* .Paris .
- Classification Internationale des Maladies (CIM-10) Chahraoui.K, Benony. H (méthode d'évaluation et recherches en psychologie clinique. Paris, 2003.
- Cradec, V. (2008). *Sociologie de vieillesse et du vieillissement*. Armand colin.
- D.Cohen .W de C. (1974). *État dépressif chez L'adulte*.Ed, Guz SB, Oxford.
- Denis Brouillardt.(2011) *le vieillissement cognitif normal*, 1er édition :Bruxelles.
- Émile,M. (2002). *Le déclin de la personne âgée*. France :Sandoz.
- François ,C.(2010). *Importance de soutien social chez les insuffisants cardiaque* .
- François,C. *Importance de soutien social chez insuffisantes cardiaque*, IPSC.
- Gérard, zribi . (2012). *Le vieillissement des personnes handicapées mentale*, 3è édition :France,.
- Henrard, J-C. (2002). *Les défis du vieillissement*. La découverte et Syros.
- Jérôme.palazzolo, (2003). *Dépression et anxiété, mieux les comprendre pour mieux les prendre en charge*, Nicec .
- L'organisation mondiale de la santé, O.M.S (2024 chapitre de vieillissement) (2022 chapitre soutien socail).
- Mellveen,B , R. Gross.(2016).*Social Psychology*. Londres.
- Michel goudemand.(2010). *Les états dépressif*, Paris,
- Muriel,B,S . (2004). *Comprendre la dépression pour en guerir*. Paris unibert. France.
- Pédinielli, J.-L., & Bernoussi, A. (2005). *Les états dépressifs*. Paris: A. Colin.
- Robinson ,B.(2005).*clinique de l'initiation à la recherche* .Bruxelles: Boek.
- Yves , M.et coll.(2006). *L'âge et la dépression*. Paris :Horizon.

La liste des dictionnaires :

- Blouch, H et all. (2007). *Les grands dictionnaires de la psychologie*. Paris : Larousse.
- Bloch, H. (1999) .*Grand dictionnaire de la psychologie*. Paris: Larousse.

Thèse :

- Édith ST, J, T. (2009). *Le soutien social et l'anxiété*. [Thèse en Doctorat]. Université de Québec.
- Touati, N et Ziani, L. (2015). *L'attachement chez les personnes âgées placées en institution*. [thèse en Master psychologie]. Université de Bejaia.

Articles

- Association des médecins psychiatres. (2019).*La dépression chez les personnes âgées* .
- Caron,J& S. Guay.(2005).*Soutien social et santé mentale: concept, mesures, recherches recentes et implications pour les cliniciens*. Québec.
- Didier Dubasque.(2015). *Réinventer le travail social: le potentiel transformateur de l'approche communautaire*.
- Guay,S& A. Marchand& Edith. St. (2009).*les relations entre le soutien social, le bien être et la détresse psychologique chez les hommes et les femmes avec un trouble anxieux*. Canada .
- Juneau, M.(2024).*observatoire de la prévention de l'institution de cardiologie*. montréal.
- L. Oberle & B. Broers,(2017) *la dépression*.
- Leclair,L. Arvisais& C. Dumouchel et J. Ruel,(2011). *mon soutien social «exercice réflexion»*.pavillon du parc.
- *Les nouvelles approches de la dépression de la personne âgée*, septembre 2008.
- Lucien ,Dr. (2009).*la santémentale et le vieillissement* .France.
- Nicolal,F& Cyril tarquinio.(2020).*psychologie de la santé*.
- Sais,th& A. Cercle. (2012).*déterminants relationnels de la santé mentale périnatale approche psychosocial*. Rdnnes2.
- Sarason, I. G. Sarason, B. R., Shearin, E. N., & Pierce, G. R. (1987). *A brief measure of social support: Practical and theoretical implications*. *Journal of Social and Personal Relationships* .
- Sokoloff,P. (2001).*la dépression et ses traitements*.

LA LISTE BIBLIOGRAPHIE

- Sokoloff,P.*la dépression et ses traitements.*

Site Web :

- www.linternaute.fr/dictionnaire/fr/definition/personne-agee
- <http://www.memoireonline.com>
- www.liberté-algerie.com
- www.linternaute.fr/dictionnaire/fr/definition/personne-agee
- [https://www.psychologue.net/articles/la -dépression-de- la-personne -âgée.](https://www.psychologue.net/articles/la-dépression-de-la-personne-âgée)

ANNEXE N01

-le guide d'entretien pour les personnes âgées placées dans un foyer d'accueil:

Les informations personnelles :

1. Nom
2. Prénom
3. Âge
4. Situations (marié/célibataire/veuf/veuve)
5. Date d'entrée au foyer ?
6. Souffrez-vous d'une maladie ? si oui, laquelle ?
7. Prenez-vous un traitement ?

1 axe : le vécu psychologique de la personne âgée dans le Foyer :

Passé :

1. Comment avez-vous placé ?
2. Comment vous sentiez les premiers quand vous êtes venu à ce foyer ?

Présent :

3. Vous plaisez vous dans le foyer ?
4. Etes-vous satisfait dans ce foyer ? Pourquoi ?
5. Quelle est votre état de santé actuelle
6. Avez-vous des troubles de sommeil ? si oui, pourquoi ?
7. Comment est votre appétit ?
8. Ressentez-vous la fatigue la plupart des temps ? si oui, pourquoi ?
9. Sentez-vous souvent découragé et triste ? si oui, pourquoi ?
10. Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ? si oui, pourquoi ?
11. Avez-vous remarqué un changement de vos activités quotidiennes avant et après Votre entrée ?
12. Êtes-vous anxieux depuis quand est-ce avant ou après votre entrée au foyer ?
13. Est-ce que vous sentiez toujours l'intérêt pour les choses que vous aimaient ?
14. Que ressentez-vous en pensant à votre vie passée ?

a. 2ème axe : le soutien social

1. D'après vous quelles sont les raisons de votre présence dans ce foyer ?
2. Parlez-nous de votre famille ?
3. Est-ce que votre famille vous rend visite ? Si oui, comment vivez ces Moments ?
4. Est-ce que votre comportement a changé envers votre famille et votre Entourage après votre placement ?
5. Si votre famille vous propose de rentrer chez vous qu'allez-vous faire ?
6. Comment sont vos relations :
 - Avec les autres résidents du foyer ?
 - Avec la famille
 - Avec les professionnels ?
7. Comment passez-vous les journées dans ce foyer ?
8. Avez-vous des amis dans ce foyer ?
9. Êtes-vous dépendant des autres ? Vous arrivez vous prendre en charge Seul ?
10. Quelle sont votre relation avec les autres ?
11. Est que vous sentez que vos proches essayent de vous soutenir ?
12. Que pensez-vous de l'équipe qui travaille dans ce foyer ?

3eme : regard sur l'avenir :

Futur :

Quels sont vos souhaits ?

ANNEXE N02

BDI-II

Situation de famille

Marié

Divorcé(e)

Séparé(e)

Nom

Niveau d'étude

Age

Vivant martiallement

Sexe

Veuf(e)

Célibat

Consigne : ce questionnaire comporte 21 groupes d'énoncés. Veuillez lire avec soin chacun de ces groupes puis, dans chaque groupe, choisissez l'énoncé qui décrit le mieux comment vous vous êtes senti(e) au cours des deux dernières semaines, incluant aujourd'hui. Encerclez alors le chiffre placé devant l'énoncé que vous avez choisi. Si, dans un groupe d'énoncés, vous en trouvez plusieurs qui semblent décrire également bien ce que vous ressentez, choisissez celui qui a le chiffre le plus élevé et en cercelez ce chiffre. Assurez-vous bien de ne choisir qu'un seul énoncé dans chaque groupe, y compris le groupe n° 16 (modification dans les habitudes de sommeil) et le groupe n° 18 (modification de l'appétit).

1 Tristesse

0 .je ne me sens pas triste.

1 .je me sens très souvent triste.

2. je suis tout le temps triste.

3 .je suis si triste ou si malheureux (se), que ce n'est pas supportable.

2 Pessimisme

0 .je ne suis pas découragé(e) face à mon avenir.

1 .je me sens plus découragé(e) qu'avant face à mon avenir

2 .je ne m'attends pas à ce que les choses s'arrangent pour moi.

3 .j'ai le sentiment que mon avenir est sans espoir et qu'il ne peut qu'empirer

3 Échecs dans le passé

0 .je n'ais pas le sentiment d'avoir échoué dans la vie, d'être un(e) raté(e).

1 .j'ai échoué plus souvent que je n'aurais dû..

2 .Quand je pense à mon passé, je constate un grand nombre d'échecs.

3 .j'ai le sentiment d'avoir complètement raté ma vie.

4 Perte de plaisir

0. j'éprouve toujours autant de plaisir qu'avant aux choses qui me plaisent.

1. Je n'éprouve très peu de plaisir aux choses qu'avant.

2. j'éprouve très peu de plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.

3. Je n'éprouve aucun plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement

5 Sentiments de culpabilité

0 .je ne me sens pas particulièrement coupable.

1. Je me sens coupable pour bien des choses que j'ai faites ou que j'aurai dû faire.

2 .je me sens coupable la plupart du temps.

3 .je me sens tout le temps coupable.

6 Sentiment d'être puni(e)

0 .je n'ai pas le sentiment d'être puni(e).

1 .je sens que je pourrais être puni(e).

2 .je m'attends à être puni(e).

3. j'ai le sentiment d'être puni(e).

7 Sentiment négatifs envers soi-même

0. Mes sentiments envers moi-même n'ont pas changé.

1. J'ai perdu confiance en moi.

2. Je suis déçu(e) par moi-même.

3 .Je ne m'aime pas du tout.

8 Attitude critique envers soi

- 0 .Je ne me blâme pas ou ne me critique pas plus que d'habitude.
- 1 .Je suis plus critique envers moi-même que je ne l'étais.
- 2 .Je me reproche tous mes défauts.
- 3 .Je me reproche tous les malheurs qui arrivent.

9 Pensées ou désirs de suicide

- 0 .Je ne pense pas du tout à me suicider.
- 1 .Il m'arrive de penser à me suicider, mais je ne le ferais pas.
- 2 .J'aimerais me suicider.
- 3 .Je me suiciderais si l'occasion se présentait.

10 Pleur

- 0 .Je ne pleure pas plus qu'avant.
- 1 .Je pleure plus qu'avant.
- 2 .Je pleure pour la moindre petite chose !
- 3 .Je voudrais pleurer mais je n'en suis pas capable.

11 Agitation

- 0 .je ne suis pas plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude.
- 1 .Je me sens, plus agité ou plus tendu(e) que d'habitude.
- 2 .Je suis si agité(e) ou tendu(e) que j'ai du mal à rester tranquille.
- 3 .Je suis si agité(e) ou tendu(e) que je dois Continuellement bouger ou faire quelque chose.

12 Perte d'intérêt

- 0 .Je n'ai pas perdu d'intérêt pour les gens ou pour les activités.
- 1 .Je m'intéresse moins qu'avant aux gens et aux Choses
- 2 .Je ne m'intéresse presque plus aux gens et aux Choses
- 3 .j'ai du mal à m'intéresser à quoi que ce soit.

13 Indécision

- 0. Je prends des décisions toujours aussi bien qu'avant.
- 1. Il m'est plus difficile que d'habitude de prendre des décisions
- 2. J'ai beaucoup plus de mal qu'avant à prendre des décisions.
- 3. J'ai du mal à prendre n'importe quelle décision.

14 Dévalorisation

- 0. Je pense être quelqu'un de valable.
- 1. Je ne crois pas avoir autant de valeur ni être aussi utile qu'avant
- 2. Je me sens moins valable que les autres.
- 3. Je sens que je ne vauds absolument rien.

15 Perte d'énergie

- 0. J'ai toujours autant d'énergie qu'avant.
- 1. J'ai moins d'énergie qu'avant.
- 2. Je n'ai pas assez d'énergie pour pouvoir faire grand- chose.
- 3. J'ai trop peu d'énergie pour faire quoi que ce soit.

16 Modification dans les habitudes de sommeil

- 0. Mes habitudes de sommeil n'ont pas changé.
- 1. La je dors un peu d'habitude, je dors un peu moins que d'habitude.
- 2. Je dors beaucoup plus que d'habitude dors moins que d'habitude.
- 3. Je dors presque toute la journée.
- 4. Je me réveille une deux heures plus tôt et je suis incapable de me rendormir.

17. Irritabilité

- 0. Je ne suis pas plus irritable que d'habitude.
- 1. Je suis plus irritable que d'habitude.
- 2. Je suis beaucoup plus irritable que d'habitude.
- 3. Je suis constamment irritable

18. modification de l'appétit

0. Mon appétit n'a pas changé. La j'ai peu mois d'appétit que d'habitude.

1b j'ai un peu plus d'appétit que d'habitude.

2a. J'ai beaucoup mois d'appétit que d'habitude. 2b j'ai beaucoup plus d'appétit que d'habitude.

3a je n'ai pas d'appétit du tout.

3 J'ai constamment envie de manger.

19. Difficile à se concentrer

0. Je ne parviens pas me concentrer toujours aussi bien qu'avant

1. Je ne parviens pas à me concentrer aussi bien que d'habitude

2. J'ai du mal à me concentrer longtemps sur quoi que ce soit.

3. Je me trouve incapable de me concentrer sur quoi que ce soit.

19. Fatigue

0. Je ne suis plus fatigué(e) que d'habitude.

1. Je me fatigue plus facilement que d'habitude.

2. Je suis trop fatigué(e) pour faire un grand nombre de choses que je faisais avant.

3. Je me trouve incapable de me concentrer sur quoi que ce soit.

21 Perte d'intérêt pour sexe

0. Je n'ai pas noté de changement récent dans intérêt pour sexe.

1. Le sexe m'intéresse moins qu'avant.

2. Le sexe m'intéresse beaucoup moins maintenant.

3. j'ai perdu tout intérêt pour le sexe

ANNEXE N03

ANNEXE 02: questionnaire d'auto-évaluation de soutien social (S.S.Q.DE SARASON & AL., 1983)

Consigne :

Les questions suivantes concernent les personnes de votre environnement qui vous procurent une aide ou un soutien chaque question est en deux parties dans un premier temps énumérez toutes les personnes (à l'exception de vous même) en qui vous pouvez compter pour une aide ou un soutien dans la situation décrite donnez les initiales de la personne et le lien que vous avez avec elle (voir exemple). A chaque numéro doit correspondre une seule personne dans un second temps, entourez la réponse correspondant à votre degré de satisfaction par rapport au soutien obtenu. Si pour une question, vous ne recevez pas de soutien, utilisez le terme « aucune personne » mais évaluez tout de même votre degré de satisfaction .ne citez pas plus de neuf personnes par question. S'il vous plait répondez de votre mieux à toutes les questions vos réponses resteront confidentielles.

1-Quelles sont les personnes disponibles en qui vous pouvez réellement compter quand vous avez besoin d'aide?

Aucune 1)	4)	7)
Personne 2)	5)	8)
3)	6)	9)

2-Quel est votre degré de satisfaction par rapport au soutien obtenu ?

1. très insatisfait	4-plutôt satisfait
2. insatisfait	5-satisfait
3. plutôt insatisfait	6-très satisfait

3-En qui pouvez-vous réellement compter pour vous aider à vous sentir plus détendu lorsque vous êtes sous pression ou crispé ?

Aucun 1)	4)	7)
Personne 2)	5)	8)
3)	6)	9)

4-Quel est votre degré de satisfaction par rapport au soutien obtenu ?

1. très insatisfait.	4-plutôt satisfait
----------------------	--------------------

2. insatisfait. 5-satisfait
3. plutôt insatisfait. 6-très satisfait

5- Qui vous accepte tel que vous êtes c'est-à-dire, avec vos bons et mauvais cotés ?

- Aucune. 1) 4) 7)
Personne. 2) 5) 8)
 3) 6) 9)

6- Quel est votre degré de satisfaction par rapport au soutien obtenu ?

1. très insatisfait. 4-plutôt satisfait
2. insatisfait. 5-satisfait
3. plutôt insatisfait 6-très satisfait

7- En qui pouvez-vous réellement compter pour s'occuper de vous quoiqu'il arrive ?

- Aucune. 1) 4) 7)
Personne. 2) 5) 8)
 3) 6) 9)

8- Quel est votre degré de satisfaction par rapport au soutien obtenu ?

1. très insatisfait. 4-plutôt satisfait
2. insatisfait. 5-satisfait
3. plutôt insatisfait. 6-très satisfait

9- En qui pouvez-vous réellement compter pour vous aider à vous sentir mieux quand il vous arrive de broyer du noir ?

- Aucune. 1) 2) 7)
Personne. 2) 5) 8)
 3) 6) 9)

10- Quel est votre degré de satisfaction par rapport au soutien obtenu ?

1. très insatisfait. 4-plutôt satisfait

2. insatisfait. 5-satisfait
3. plutôt insatisfait. 6-très satisfait

11- En qui pouvez-vous réellement compter pour vous consoler quand vous êtes bouleversé ?

- | | | | |
|----------|----|----|----|
| Aucun | 1) | 4) | 7) |
| Personne | 2) | 5) | 8) |
| | 3) | 6) | 9) |

12- Quel est votre degré de satisfaction par rapport au soutien obtenu ?

1. très insatisfait. 4-plutôt satisfait
2. insatisfait. 5-satisfait
3. plutôt insatisfait. 6-très satisfait

Résumé

Ce travail de recherche a pour objet d'étude le soutien social et la dépression chez les personnes âgées résidant en maison de retraite. L'étude a été menée dans une maison de retraite et/ou un établissement pour personnes handicapées à Bejaia

Nous avons choisi ce sujet en raison de son importance, car il aborde une catégorie sensible de la société : les personnes âgées. L'étude avait pour but de comprendre la contribution des maisons de retraite dans la fourniture de soins sociaux aux personnes âgées et le vécu psychologique de ces personnes de leur situation loin de leurs familles.

Nous avons réalisé une étude qualitative en utilisant un questionnaire semi-directif pour déterminer le niveau de dépression chez les résidents âgés de la maison de retraite. Les études précédentes ont indiqué que la dépression est l'un des principaux problèmes psychologiques rencontrés par les personnes âgées. Ces personnes âgées résidentes des maisons de retraite sont à considérées comme étant vulnérables. Ce qui affecte leur état de santé général.

Pour notre recherche, nous avons utilisé des entretiens cliniques, l'échelle de soutien social (SSQ6) et l'échelle de dépression de Beck (BDI). Tous les sujets ont obtenu un niveau bas de soutien social, à l'exception de M. Boualem et Mme Marbouha qui ont obtenu de scores moyenne. L'étude a observé un degré de dépression très élevé chez deux sujets, Mr. Ibrahim et Mme. Ldjida, et une dépression sévère chez M. Marbouha et M. Boubekeur. Le dernier cas, Mr. Boualem, a montré une dépression modérée.

Mots-clés : personnes âgées, vieillissement, maison de retraite, soutien social, isolement social, dépression.

ملخص

يهدف هذا العمل البحثي إلى دراسة الدعم الاجتماعي والاكتئاب لدى كبار السن المقيمين في دور رعاية المسنين. أجريت الدراسة في دار للمسنين و/أو مؤسسة للأشخاص ذوي الإعاقة في بجاية.

اخترنا هذا الموضوع لأهميته فهو يخاطب فئة حساسة من المجتمع : كبار السن. هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مدى مساهمة دور المسنين في تقديم الرعاية الاجتماعية لكبار السن والتجربة النفسية لهؤلاء الأشخاص لوضعهم بعيداً عن أسرهم.

أجرينا دراسة نوعية باستخدام استبيان شبه منظم لتحديد مستوى الاكتئاب بين المقيمين في دور رعاية المسنين. وكانت دراسات سابقة قد أشارت إلى أن الاكتئاب يعد من المشاكل النفسية الرئيسية التي يواجهها كبار السن. يعتبر هؤلاء كبار السن المقيمين في دور رعاية المسنين معرضين للخطر ما يؤثر على صحتهم العامة.

في بحثنا استخدمنا المقابلات السريرية ومقياس الدعم الاجتماعي (SSQ6) ومقياس بيك للاكتئاب (BDI)، وسجل جميع الأشخاص مستوى منخفضاً من الدعم الاجتماعي، باستثناء السيد بوعلام والسيدة مريوحة اللذان تحصلا على درجات متوسطة. ولاحظت الدراسة وجود درجة عالية جداً من الاكتئاب لدى السيد إبراهيم والسيدة لجيدا، واكتئاب شديد لدى السيدة مريوحة والسيد بوبكر. أما الحالة الأخيرة للسيد بوعلام، فقد أصيب باكتئاب متوسط.

الكلمات المفتاحية: كبار السن، الشيخوخة، دار المسنين، الدعم الاجتماعي، العزلة الاجتماعية، الاكتئاب.