

UNIVERSITE ABDERRAHMANE MIRA DE BEJAIA.

FACULTE DES SCIENCES SOCIALES ET HUMAINES

Département des Sciences sociale

Mémoire de fin de Cycle

En vu de l'obtention du diplôme de Master en psychologie

Option : PSYCHOLOGIE CLINIQUE

Thème

**La dépression chez les personnes âgées admises
dans le foyer pour personnes âgées**

(Etude de sept (07) cas réalisés au foyer pour personnes âgées de Bejaia)

Réalisé par

Salmi akli

Tagredj cherif

Encadré par :

D^r Sahraoui.I

Promotion 2016-2017

Remerciement

Tout d'abord, nous remercions Dieu le tout puissant, de nous avoir donné le courage, la patience et la volonté afin d'aboutir à l'accomplissement de ce travail.

Nous remercions également notre encadreuse Dr Sahraoui I pour son soutien, sa disponibilité et ses conseils tout au long de la réalisation de ce projet, également pour son encouragement et bienveillance.

Nos remerciements les plus sincères à l'ensemble des enseignants du département des sciences sociales qui ont contribué à notre formation.

On tient également a exprimé un grand remerciement pour les personnes âgées qui nous ont fait part de leurs vécus.

Nous remercions aussi tout le personnel du foyer pour personnes âgées de Bejaia pour leur soutien et leur sympathie notamment M^m Ldjoher.

Au terme de cette étude, il nous est agréable de remercier vivement tous ceux qui ont contribué d'une manière ou d'une autre à la réalisation de cette recherche.

Dédicace

Je tiens à dédier ce modeste travail à ceux qui me sont très chers:

D'abord à ma petite Narcissaw mlahnak, un rayon de soleil qui illumine ma vie un peu plus chaque jour merci d'être existé venu au monde ,ouyittajawara.

À mes parents qui m'ont donné la vie et l'amour et qui m'ont soutenus tout au long de mon cursus universitaire, je les remercie infiniment.

À la mémoire de ma grand mère que dieu l'accueillera dans son vaste paradis.

À Brahim chiban, qui m'a beaucoup encouragé .

À mes sœurs et frères : chacun de son nom, ainsi leurs enfants :Tita, Yanis, Adem et Moumouh, Islam... que Dieu les garde pour nous à jamais.

À toute ma famille sans exception.

Sans oublier mes amis auxquels j'exprime une grande reconnaissance, Rida cheikhiw ,Milou, Hama, Rabah, Mhana... et mes amis de la résidence universitaire Berchiche I ,notamment kaci, mouh, fatah, hamouda.

Dédicaces

Je dédie ce mémoire à ; mon binôme Akli.

A mes parents qui m'ont toujours encouragé et soutenu, je leur dois tout, depuis ma naissance à ce jour, que Dieu les protège de tout malheur.

A mes frères et leurs petites familles.

A mes neveux et nièces ; Sara, Yanis, Eliane, Fatima.

A toute ma famille paternelle et maternelle.

A tout mes amis et amies sans exception.

A tous ceux qui ont contribué à la réalisation de ce modeste travail.

Encore merci.

Cherif

Sommaire

| | |
|--------------------------------------------------------------|----|
| Introduction Générale..... | 1 |
| Partie Théorique | |
| Chapitre I:Le vieillissement | |
| Introduction..... | 3 |
| ●Définitions..... | 3 |
| I) Les effets du vieillissement sur l'organisme..... | 7 |
| 1) Les mécanismes physiologiques du vieillissement..... | 7 |
| 2) Le vieillissement de la fonction..... | 13 |
| II) vieillissement et les troubles psychiques..... | 15 |
| III) La psychanalyse et la question du vieillissement..... | 20 |
| 1) Les mécanismes de défense chez les personnes âgées..... | 20 |
| 2) L'Appareil psychique du sujet âgé..... | 22 |
| 3) Vieillissement et conséquences psychologiques..... | 29 |
| 4) Les maladies invalidantes et risque de repli sur soi..... | 30 |
| 5) Vieillissement et renoncements..... | 30 |
| 6) Le Vieillissement en bonne santé..... | 35 |
| IV) Les théories sociales relatives au vieillissement..... | 36 |
| ●La théorie du désengagement..... | 36 |
| ●La théorie de l'activité..... | 37 |
| ●La théorie de la continuité..... | 38 |
| Conclusion..... | 39 |
| Chapitre II : La dépression | |
| I) L'approche de la dépression | |
| 1) Définitions de la dépression..... | 40 |
| 2) Les causes de la dépression..... | 41 |
| 3) Les symptômes de la dépression..... | 46 |
| 4) L'instrument de mesure de la dépression..... | 49 |
| 5) Les classifications de la dépression..... | 49 |
| 6) La dépression chez les personnes âgées..... | 58 |

| | |
|---------------------------------------------------------|----------------|
| II) Les théories étiopathogénique de la dépression..... | 60 |
| III) Dépression et pathologies..... | 61 |
| IV) La prise en charge..... | 69 |
| Conclusion | 70 |
| Chapitre III: Problématique et hypothèses..... | 71/76 |
| Partie Méthodologique | |
| Chapitre IV : La méthodologie | |
| Introduction..... | 77 |
| 1) La démarche de la recherche..... | 77 |
| 1-1La pré-enquête..... | 77 |
| 1-2La méthode clinique..... | 78 |
| 1-3Présentation de lieu de recherche..... | 79 |
| 2) La population d'étude | 79 |
| 3) les techniques utilisées..... | 81 |
| 3-1 l'entretien clinique..... | 81 |
| 3-2l'échelle de dépression de Beck..... | 85 |
| 3-3 L'analyse de l'entretien clinique..... | 87 |
| 3-4 L'analyse de l'échelle de dépression de Beck | 88 |
| Conclusion..... | 89 |
| Partie Pratique | |
| Chapitre V : Présentation des résultats | |
| Cas Abd Ghani | 90 |
| Cas Omar..... | 95 |
| Cas Zina..... | 100 |
| Cas Bachir..... | 105 |
| Cas Saida | 111 |
| Cas Kaci..... | 117 |
| Cas Salah..... | 123 |
| Chapitre VI : Discussion des hypothèses..... | 128/131 |
| Conclusion générale | 132 |
| Bibliographie | |
| Annexes | |

Introduction générale

Introduction

L'être humain, tout au long de sa vie subit de transformations physiologiques, en fonction de son âge. Autant le bébé puis l'enfant acquièrent peu à peu les capacités nécessaires à l'adaptation et à la vie dans son milieu, autant la personne vieillissante perd peu à peu ces mêmes capacités d'adaptation à l'environnement, en raison du vieillissement de son organisme.

En ce début de 21^{em} siècle, la dépression constitue l'un des principaux problèmes de la santé mentale et son importance, en termes de santé publique, ne fait qu'augmenter. La dépression est en grande partie à l'origine de plus d'un million de suicides déclarés par an. En population générale sa prévalence mensuelle est estimée à 5% et son incidence annuelle serait de 9%. L'organisation mondiale de la santé considère qu'en 2020 la dépression sera l'affection qui, après les maladies cardiovasculaires, entraînera les plus gros coûts de santé en termes de mortalité, morbidité, incapacité de travail et utilisation de soins médicaux.

La population âgée est grandissante du fait d'un meilleur contrôle des pathologies chroniques associées au vieillissement. Par ailleurs, en dehors des modifications physiologiques, le fait de vieillir est associé à des changements psychologiques et sociaux qui pourraient favoriser la survenue d'un état dépressif. La dépression du sujet âgé est donc une pathologie de plus en plus fréquemment rencontrée.(ph.serge.2000 .P ,123).

La dépression, l'une des premières causes d'incapacité, engendre des coûts importants pour les personnes, les familles et la société. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la dépression occupe le troisième rang en ce qui concerne le fardeau mondial de morbidité. On estime que le coût direct de prise en charge de la dépression représente le double du coût combiné de prise en charge de l'hypertension et du diabète. Compte tenu de l'augmentation du fardeau de la dépression prévue par l'OMS, la situation risque de constituer un problème particulier pour le système de santé.

La dépression peut aussi être évaluée en documentant la présence de symptômes qui peuvent être révélateurs de la maladie. Les taux de dépression évalués à l'aide d'outils de dépistage des symptômes sont un peu plus élevés, puisque ces instruments ratissent plus large dans la détection des personnes susceptibles de souffrir de symptômes importants sur le plan clinique. Les taux de symptômes de dépression se répartissent de la même façon que les taux de diagnostics, les plus bas étant relevés chez les personnes vivant dans la collectivité (de 3 à 26%) et les plus élevés étant observés dans les milieux de soins de longue durée (de 7 à 49 %). Un certain nombre de facteurs ont été associés à la dépression en fin de vie, Puisque

Introduction générale

plusieurs de ces facteurs sont courants chez les personnes âgées, par exemple la maladie et la perte de membres de la famille, d'amis, de soutien social ou d'autonomie, on tient parfois pour acquis que la dépression fait naturellement partie du vieillissement. En fait, le débat se poursuit toujours au sujet du lien entre vieillissement et dépression. Il y a une augmentation en fonction de l'âge du taux de diagnostics de dépression jusqu'à 65 ans, puis une diminution de la prévalence de la maladie.(OMS,1992) .

Il arrive, selon certaines études, que la dépression ne soit ni détectée ni prise en charge chez les personnes âgées, y compris celles qui vivent dans des établissements de soins de longue durée ou les établissements pour personnes âgées. Des études qui se penchent sur la dépression et la mortalité ont révélé que le risque de mortalité était de 1,5 à 2 fois plus élevé chez les personnes âgées souffrant de dépression comparativement à celles qui n'en étaient pas atteintes.

Dans notre travail de recherche on a évalué le degré de dépression chez les personnes âgées placées dans le foyer pour personnes âgées de Bejaia. Pour y parvenir à cette fin, on a opté pour l'échelle de dépression de Beck, qui est un instrument précis pour l'évaluation des différents degrés de dépressions.

Ce travail se présente sous forme de trois parties, qui sont répartis à leurs tours en des Chapitres, on à une partie théorique, une partie méthodologique et une partie pratique.

La partie théorique, elle est divisée en trois chapitres qui sont comme suite :

Chapitre I : consacré au vieillissement.

Chapitre II : consacré à la dépression. .

Chapitre III : consacré à la problématique et hypothèses.

La partie méthodologique est répartie en un chapitre qui est :

Chapitre IV : consacré pour la démarche de la recherche et population d'étude, consacré pour les techniques utilisées et leurs analyses.

La partie pratique est répartie en deux chapitres qui sont :

Chapitre V : porte sur la présentation et analyse des résultats

Chapitre VI : porte sur la discussion des hypothèses

Enfin une conclusion générale qui parachèvera notamment notre recherche.

Introduction

Le vieillissement de la population est l'un des grands défis du 21^{em} siècle, les gouvernements de différents pays de la planète s'efforcent par une multitude de séries de solutions de faire face aux conséquences de ce phénomène sociale, car la question du vieillissement de la population reste un défi majeur qui suscite d'être prité en considération vu son influence sur les sociétés en générale. Le vieillissement rend la personne vulnérable et fragilise son fonctionnement ce qui répercute sur son quotidien.

•Définitions

•**Le vieillissement** : correspond à l'ensemble des processus physiologiques et psychologiques qui modifient la structure et les fonctions de l'organisme à partir de l'âge mûr, il est la résultante des effets intriqués de facteurs génétiques (vieillesse intrinsèque) et de facteurs environnementaux auxquels est soumis l'organisme tout au long de sa vie. Il s'agit d'un processus lent et progressif qui doit être distingué des manifestations des maladies.

L'état de santé d'une personne âgée résulte habituellement des effets du vieillissement et des effets additifs de maladies passées (séquelles), actuelles, chroniques ou aiguës.

(Ph .Serge,2000 ,p.09) .

•**La vieillesse** : la vieillesse, étape ultime de l'être humain qui succède à l'âge adulte, est aussi appelée par euphémisme le troisième âge , suivie du quatrième âge qui correspond le plus souvent à un affaiblissement plus important encore de ses capacités.

Elle est en général perçue dans la sixième décennie de la vie, et c'est à cette période que la conscience du vieillissement est souvent la plus aiguë. Il n'existe pas réellement d'âge biologique de la vieillesse, cependant c'est souvent l'arrêt de l'activité professionnelle qui en marque l'entrée. Des tendances sociales se dégagent et des institutions comme l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) proposent des définitions. Ainsi l'OMS définit la vieillesse comme débutant à partir de 65 ans et plus. Ceci étant, la norme sociale correspond davantage à l'âge de la cessation d'activité, qui correspond à 60 ans actuellement, même si l'activité professionnelle peut se poursuivre au-delà. Si l'on considère la période où la personne est la plus fragile et la plus exposée aux risques de perte d'autonomie, l'âge de 75 ans est le plus pertinent. En effet, les conséquences les plus importantes du vieillissement s'accroissent brusquement après 75 ans et se font davantage sentir au 4^{ème} âge. Toutefois, elles dépendent beaucoup du niveau culturel, intellectuel et de l'état de santé antérieur de la personne.(OMS ,P.25) .

Cependant, au contact des personnes âgées, on constate que la notion de vieillesse est très subjective et différente d'une personne à une autre. Ainsi, on verra des personnes très âgées se sentir plus jeunes que des personnes moins âgées. On remarque également que le processus physiologique du vieillissement est variable selon les individus même si des caractéristiques communes peuvent être identifiées tant sur le plan physique que sur le plan psychologique.

Les changements qui constituent et influencent le vieillissement sont complexes sur le plan biologique, le vieillissement est associé à l'accumulation d'une importante variété de lésions moléculaires et cellulaires. Au fil du temps, ces lésions conduisent à une réduction progressive des ressources physiologiques, à un risque accru de diverses maladies, et à une diminution générale des capacités intrinsèques de l'individu. Ce processus aboutit finalement à la mort. Cependant, ces altérations ne sont ni linéaires, ni constantes, et elles ne sont que vaguement associées à l'âge d'une personne en année révolues.

En outre, l'âge avancé implique souvent des changements significatifs, au-delà des altérations biologiques. Ces changements entraînent une modification des rôles et des positions sociales, et exigent de faire face à la perte de personnes et d'amis proches. En réaction à cela, les personnes âgées ont tendance à choisir des activités et des objectifs moins nombreux mais plus significatifs, à optimiser leurs capacités actuelles grâce à l'exercice et aux nouvelles technologies, et à compenser la réduction de certaines capacités en trouvant d'autres moyens pour réaliser leurs activités. Les objectifs, priorités, préférences, et facteurs de motivation semblent également évoluer. Bien que certains de ces changements puissent être dictés par une adaptation à la perte de capacités, d'autres reflètent une évolution psychologique permanente chez les personnes âgées, qui peut être associée au développement de nouveaux rôles et points de vue, et dans des contextes sociaux interdépendants. Ces bouleversements psychosociaux peuvent expliquer pourquoi dans de nombreuses situations, l'âge mur peut être une période de bien-être subjectif accru, lorsqu'on élabore une intervention de santé publique relative au vieillissement, il est donc important de ne pas uniquement envisager les approches qui atténuent la diminution des capacités liée à l'âge, mais également celles qui ont le pouvoir de renforcer la résilience et le développement psychosocial. (ibid, P.27).

•L'âge subjectif

Qui n'a jamais entendu quiconque mentionner qu'il se sentait plus jeune que son âge réel ? cette perception courante correspond à un concept qui fait l'objet de diverses recherches depuis quelques années :

le concept d'âge subjectif se définit comme la tendance à se sentir plus jeune ou plus âgé que son âge. L'âge subjectif est donc une évaluation subjective de soi en regard de son propre vieillissement, qui renvoie à la perception de l'âge psychologique, physique et social (Montepare, 1996). Ces trois composantes sont parallèles aux dimensions de base le long desquelles le développement est habituellement décrit. Des échelles d'évaluation de ce que l'on pourrait appeler biais de rajeunissement ou de vieillissement ont été développées soit sous forme unidimensionnelle (âge subjectif global) soit sous forme dimensionnelle (reprenant différentes facettes telles que celles décrites ci-avant). L'utilisation d'outils renvoyant aux différentes facettes de l'âge subjectif permet d'obtenir des nuances plus fines sur les relations entre l'identité liée à l'âge et d'autres construits.

La majorité des personnes âgées se sentent plus jeunes qu'elles ne le sont (Montepare, 2009 ; Rubin et Berntsen, 2006), c'est ce que l'on appelle le biais de rajeunissement. L'adage « le vieux c'est toujours l'autre » illustre le fait qu'avec l'âge avançant et la confrontation aux stéréotypes liés au vieillissement, se sentir plus jeune pourrait s'apparenter à un mécanisme de distanciation d'avec son groupe de pairs (Weiss et Lang, 2012) ; et ce au travers d'un processus de comparaison sociale de ses propres comportements avec ceux de ce même groupe une perception positive de la santé autorapportée est associée à un âge subjectif plus jeune (biais de rajeunissement) lorsque les participants sont d'âge modéré (50 ans en moyenne) ou avancé (72 ans environ), alors que cet effet modérateur lié à l'âge chronologique n'apparaît pas chez les sujets plus jeunes (28 ans en moyenne). L'évaluation de sa propre santé est donc l'un des facteurs prédictifs importants de l'âge subjectif, alors que l'âge chronologique est un modérateur plus tardif de cette relation.

Globalement, les travaux relatifs à l'impact de l'âge subjectif mettent en avant son rôle modérateur sur différentes dispositions individuelles dans le maintien des fonctions lors de l'avancée en âge (santé physique, psychologique, bien-être, mais aussi mortalité : Stephan et coll.). Plus spécifiquement, parmi les résultats récents et les plus marquants de cet auteur, les travaux menés dans cette perspective ont permis de mettre en évidence la contribution du biais de rajeunissement à la promotion du fonctionnement physique (Stephan, Chalabaev, Kotter-Grühn et Jaconelli, 2013) et au maintien des performances cognitives des personnes âgées

(Stephan et al., sous presse). Dans l'ensemble, cette contribution existe indépendamment de l'âge réel. De plus, le rôle des traits de personnalité a été identifié dans l'émergence et le développement d'un biais de rajeunissement tout au long de la vie (Stephan, Demulier et Terracciano, 2012), ainsi que leur rôle compensatoire de l'effet de facteurs de risque de déclin du fonctionnement physique (J. Stephan et Chapman, 2013, P.143).

Selon Guillaume (2009), le biais de positivité lié au rajeunissement subjectif a un impact significatif sur le fonctionnement des capacités attentionnelles et mnésiques. Il se traduit par des modifications du traitement émotionnel qui affecte la cognition. Les travaux de Baumeister et al. (2001) ont montré que les événements négatifs produisaient plus d'émotions, avaient des effets plus importants sur les mesures d'adaptation, et des effets plus durables. Chez les sujets jeunes, les émotions négatives impactent davantage la cognition que les émotions positives. Elles sont traitées de manière plus approfondie, induisent une augmentation des capacités attentionnelles qui favorise la mémorisation des stimuli négatifs. À l'inverse, les sujets âgés prêtent d'avantage attention aux stimuli positifs qu'ils traitent de manière plus automatique, mais aussi durable et avec une meilleure conservation des items positifs.

Plus généralement, l'âge subjectif est associé au vieillissement réussi. Selon Westerhof, la santé subjective et fonctionnelle est associée à une tendance au rajeunissement alors que la tendance inverse augmenterait le risque de mortalité. Par ailleurs, se sentir plus jeune que son âge réel prédit une meilleure préservation des capacités fonctionnelles et moins de symptômes dépressifs. Une des questions importantes réside dans les processus ou construits sous-jacents qui opèrent pour expliquer les effets de l'âge subjectif sur la santé et le bien-être. Il est en effet plus probable que cet effet soit médiatisé par d'autres construits et donc indirect car promouvant des attitudes ou comportements relatifs à la santé. Toutefois, si le fait de se sentir plus jeune ou plus vieux influe sur les comportements de santé, une des questions qui se pose est de savoir ce qui engendre les biais de rajeunissement ou de vieillissement. (ibid, P.143)

Notamment, étant entendu que ceux-ci sont étroitement liés à un processus de comparaison sociale, il est fort probable que l'autoévaluation de son état physique, mnésique ou psychique joue un rôle essentiel dans la construction de l'identité liée à l'âge. En effet, l'âge subjectif peut être envisagé comme une conséquence de la comparaison de son propre fonctionnement à celui que l'on imagine en référence à son groupe de pairs. Les résultats de l'étude vont dans ce sens et suggèrent par ailleurs que se sentir plus jeune pourrait modifier les performances et certains comportements notamment par un renforcement du sentiment d'auto efficacité. En effet, induire une diminution de l'âge subjectif via une manipulation expérimentale fondée sur le processus de comparaison sociale améliore les performances sur

une épreuve de mesure de la force de préhension ; amélioration qui ne se produit pas dans un groupe contrôle dont l'âge subjectif n'a pas été améliorée. Ceci souligne bien l'importance de la perception de ses propres compétences ou méta-représentation de soi.(F.Caroleet Cristin,2014,P 3..8)

I) Les effets du vieillissement sur l'organisme

Le vieillissement s'accompagne d'une diminution des capacités fonctionnelles de L'organisme. D'une façon générale, cette altération est la plus manifeste dans les situations qui mettent en jeu les réserves fonctionnelles (effort, stress, maladies aiguës). Cette diminution des réserves fonctionnelles induit une réduction de la capacité de l'organisme à s'adapter aux situations d'agression. De même, plusieurs systèmes de régulation de paramètres physiologiques s'avèrent moins efficaces chez le sujet âgé. Il faut souligner que cette réduction fonctionnelle liée au vieillissement est très variable d'un organe à l'autre (vieillessement différentiel inter-organe). De plus, à âge égal, l'altération d'une fonction donnée varie fortement d'un individu âgé à l'autre (vieillessement interindividuel). La population âgée est ainsi caractérisée par une grande hétérogénéité. En effet, les conséquences du vieillissement peuvent être très importantes chez certains sujets âgés et être minimales voire absentes chez d'autres individus du même âge (vieillessement réussi, vieillissement usuel, vieillissement avec maladies).

1) Les mécanismes physiologiques du vieillissement

Le vieillissement est un processus naturel pour l'Homme, programmé depuis des millions d'années dans notre génome. Si, dans le premier quart de notre vie, nous sommes capable de lutter contre ce phénomène, à partir du deuxième quart (25-50 ans) notre système immunitaire faiblit et ne nous permet plus de nous défendre complètement contre l'attaque des germes. Ces derniers vont générer des radicaux libres, molécules réactives dérivées de l'oxygène, qui vont créer des dommages à nos tissus. Les capacités fonctionnelles des mitochondries diminuent : la phosphorylation oxydative est amoindrie. Il se crée alors un déséquilibre entre un excès de radicaux libres et une insuffisance des antioxydants que nous fabriquons ou que nous ingérons : c'est le stress oxydatif.

Ces radicaux libres sont très réactifs en raison du manque d'un électron sur la couche externe de leur structure. Ils sont oxydants. Cet état est instable et ces composés vont attaquer et détériorer d'autres molécules pour récupérer un électron. C'est le début d'une réaction en chaîne. Cette oxydation entraîne une multitude de phénomènes : cytotoxicité ,

dépolymérisation macromoléculaire comme le collagène ou l'élastine, altération de structure et de fonctions des protéines de la matrice extracellulaire, désorganisation structurelle et fonctionnelle de la membrane cellulaire entraînant une altération de l'ADN.

Le stress oxydatif attaque les cellules de la peau. L'organisme a son propre système de défense pour neutraliser les dommages liés aux radicaux libres mais avec l'âge, l'efficacité de ce système décline et notre besoin en antioxydants augmente. A ce vieillissement génétiquement programmé s'ajoutent des facteurs environnementaux qui vont accélérer ce processus : les agressions climatiques, pathologiques ...etc. Nos comportements peuvent également largement influencer sur l'aspect de notre peau : tabac, alcool, ...etc. Les dermatologues estiment que 90% du vieillissement cutané est dû à ces facteurs exogènes. L'âge apparent ne se lit pas toujours sur le visage, certains paraissent 10 ans de moins d'autre 10 de plus. Constat : nous ne sommes pas tous égaux face au vieillissement de la peau. (A.Auffret, 2009, p .3 -4).

On va aborder ci-dessous les effets du vieillissement sur les différents systèmes organiques.

● Effets du vieillissement sur les métabolismes

La composition corporelle de l'organisme se modifie au cours du vieillissement. Ce dernier s'accompagne à poids constant, d'une réduction de la masse maigre (en particulier chez le sujet sédentaire) et d'une majoration proportionnelle de la masse grasse (en particulier viscérale). Les besoins alimentaires (qualitatifs et quantitatifs) des personnes âgées sont sensiblement identiques à ceux d'adultes plus jeunes ayant le même niveau d'activité physique.

Le métabolisme des glucides est modifié au cours de l'avance en âge. La tolérance à une charge en glucose est réduite chez les personnes âgées indemnes de diabète sucré ou d'obésité, témoignant d'un certain degré de résistance à l'insuline. D'une façon générale, les tests biologiques d'exploration dynamique s'avèrent fréquemment perturbés en raison de la réduction de la capacité de l'organisme à s'adapter aux situations de stress, sans que cette réponse ne soit obligatoirement le témoin d'une pathologie

● Effet du vieillissement sur le système nerveux

De nombreuses modifications neuropathologiques et neurobiologiques du système nerveux central ont été décrites au cours du vieillissement parmi lesquelles il faut principalement mentionner : la diminution du nombre de neurones corticaux, la raréfaction de la substance blanche et la diminution de certains neurotransmetteurs intracérébraux (en particulier l'acétylcholine). Les fonctions motrices et sensitives centrales sont peu modifiées par le vieillissement. En revanche, le vieillissement du système nerveux central se traduit par

une augmentation des temps de réaction et par une réduction modérée des performances mnésiques concernant notamment l'acquisition d'informations nouvelles. Cette réduction, objectivée au moyen de certains tests, n'est pas à même d'expliquer les troubles de la mémoire ayant un retentissement sur la vie quotidienne. Le vieillissement s'accompagne d'une réduction et d'une déstructuration du sommeil. La diminution de sécrétion de mélatonine par l'épiphyse rend compte au moins en partie d'une désorganisation des rythmes circadiens (cf. glossaire) chez les individus âgés. La réduction de la sensibilité des récepteurs de la soif (osmorécepteurs) et les modifications du métabolisme de l'arginine vasopressine (arginine vasopressine) rendent compte au moins en partie de la diminution de la sensation de la soif chez les personnes âgées. L'ensemble de ces modifications concourt à majorer la vulnérabilité cérébrale des personnes âgées à l'égard des agressions, et notamment le risque de syndrome confusionnel. La diminution du nombre de fibres fonctionnelles mesurables par l'augmentation des temps de conduction des nerfs périphériques est à l'origine d'une diminution de la sensibilité proprioceptive (hypopallesthésie) qui favorise l'instabilité posturale. Le vieillissement du système nerveux autonome se caractérise par une hyperactivité sympathique (augmentation des taux plasmatiques des catécholamines) et par une réduction des réponses sympathiques en raison d'une diminution de sensibilité des récepteurs aux catécholamines. La tachycardie induite par l'effort est ainsi moins marquée chez les sujets âgés que chez les adultes d'âge moyen.

- **Effets du vieillissement sur les organes des sens**

Le vieillissement oculaire s'accompagne d'une réduction de l'accommodation (presbytie) gênant la lecture de près. Ce processus débute en fait dès l'enfance, mais les conséquences fonctionnelles apparaissent vers l'âge de la cinquantaine. Il se produit aussi comme une vision gênante qui peut aller parfois jusqu'à la cécité.

- **Effets du vieillissement sur le système cardiovasculaire**

Le débit cardiaque au repos est stable et peu diminué à l'effort avec l'avance en âge. Toutefois, le vieillissement cardiaque s'accompagne de modifications anatomiques augmentation de la masse cardiaque et de l'épaisseur pariétale du ventricule gauche à l'origine du moins bon remplissage ventriculaire par défaut de la relaxation ventriculaire, cette altération de la fonction diastolique est habituellement compensée par la contraction des oreillettes (contribution de la systole auriculaire) et la préservation de la fonction systolique ventriculaire qui contribuent au maintien du débit cardiaque. Le vieillissement de la paroi artérielle se caractérise par des modifications structurelles de l'élastine, la rigidifiassions du collagène et l'altération de la vasomotricité artérielle. La diminution de la compliance

artérielle en résultant rend compte de l'augmentation de la pression artérielle systolique avec l'âge.

- **Effets du vieillissement sur l'appareil respiratoire**

La diminution de la compliance pulmonaire, de la compliance thoracique et la réduction de volume des muscles respiratoires rendent compte de la réduction de la capacité vésicatoire au cours du vieillissement. On constate une augmentation du volume aérien non mobilisable en fin d'expiration et une réduction du calibre des bronches distales qui diminue les débits expiratoires (c'est à dire la baisse du rapport volume expiré / unité de temps étudié par le volume expiratoire maximum seconde ou par le débit expiratoire de pointe). Par ailleurs, la capacité de diffusion de l'oxygène et la pression partielle en oxygène du sang artériel diminuent progressivement avec l'âge.

- **Effets du vieillissement sur l'appareil digestif**

Le vieillissement s'accompagne de modifications de l'appareil bucco-dentaire, d'une diminution du flux salivaire, d'une diminution de la sécrétion acide des cellules pariétales.

- **Effets du vieillissement sur l'appareil locomoteur**

Le vieillissement du muscle squelettique se traduit au plan histologique par une diminution de la densité en fibres musculaires (principalement de type II), au plan anatomique par une réduction de la masse musculaire (sarcopénie) et au plan fonctionnel par une diminution de la force musculaire.

Le vieillissement osseux se caractérise par la réduction de la densité minérale osseuse ou ostéopénie (principalement chez la femme sous l'effet de la privation ostrogénique de la ménopause) et par la diminution de la résistance mécanique de l'os. Le vieillissement du cartilage articulaire se caractérise essentiellement par la diminution de son contenu en eau, la réduction du nombre de chondrocytes et la modification de sa composition en glycosaminoglycanes. Ces modifications génèrent un amincissement du cartilage et une altération de ses propriétés mécaniques à l'origine d'une fragilité, accentuée par l'existence d'ostéophytes marginaux.

-Sur les muscles

On observe une diminution de la masse musculaire liée à l'altération de la qualité et de la densité des fibres et par voie de conséquence de la force musculaire ce qui a un impact sur la stabilité posturale. En effet, les mouvements sont possibles grâce aux muscles et avec une musculature amoindrie, même s'ils restent possibles, le maintien des postures et des gestes en est fragilisé. Ainsi, la personne présente un aspect penché en avant, bossu (cyphose), une tendance à courber les hanches et les genoux.

-Sur les Os

On observe une réduction de la solidité osseuse causée par une diminution de la densité minérale de l'os, ayant pour conséquence un affaiblissement de la solidité du tissu osseux. La trame osseuse, avec l'avancée en âge, devient moins dense et donc moins résistante. Ainsi, cela se traduit par une diminution de la taille et une diminution du diamètre thoracique (calcification des cartilages costaux) .

-Sur les Articulations

On observe une déshydratation des cartilages ainsi qu'une modification de ses composants génèrent un amincissement de celui-ci. Ils sont alors plus secs et plus minces et deviennent alors beaucoup plus fragile. Ils perdent leurs fonctions d'amortissement et de glissement dans le fonctionnement de l'articulation.

● Effets du vieillissement sur l'appareil urinaire

Au cours du vieillissement, il se produit une perte du nombre de néphrons fonctionnels (variable d'un individu à l'autre), induisant une réduction de la filtration glomérulaire et des capacités d'élimination du rein. La clairance de la créatinine des personnes âgées de 80 ans est d'environ la moitié de celle de sujets de 20 ans ayant le même poids. Cependant, les résultats de certaines études telles que l'étude longitudinale de Baltimore démontrent que cette modification de la fonction rénale épargne certains individus âgés et résulterait plus des effets cumulés de différents processus pathologiques (immunologiques, infectieux, toxiques, ischémiques...) que des effets propres du vieillissement. La fonction tubulaire est aussi modifiée au cours du vieillissement. Les capacités de concentration et de dilution des urines diminuent progressivement avec l'avance en âge.

● Effets du vieillissement sur les organes génitaux

Chez la femme, la ménopause s'accompagne de l'arrêt de la sécrétion ovarienne d'œstrogènes, de la disparition des cycles menstruels, de l'involution de l'utérus et des glandes mammaires. Chez l'homme, il se produit une diminution progressive de la sécrétion de testostérone qui est variable d'un individu à l'autre. Une proportion importante d'hommes âgés conserve une spermatogenèse suffisante pour procréer. Le vieillissement s'accompagne d'une augmentation du volume de la prostate. Le retentissement du vieillissement sur la fonction sexuelle est variable d'un individu à l'autre, et est influencé par le statut hormonal, mais aussi par des facteurs sociaux, psychologiques et culturels.

●Effet du vieillissement sur la fonction de reproduction

L'influence du vieillissement est variable d'une personne à l'autre sur la fonction sexuelle, notamment chez les hommes. L'arrivée de la ménopause pour la femme et de l'andropause pour l'homme entraîne des conséquences irréversibles.

-Chez la femme

La ménopause intervient avec l'arrêt de la sécrétion ovarienne, elle se traduit par la disparition des cycles menstruels, ainsi qu'une involution des glandes mammaires et de l'utérus. Elle met fin à la capacité de reproduction. L'absence d'hormones active le processus de vieillissement du tissu osseux et cutané et de la fonction urinaire.

-Chez l'homme

La diminution progressive de la production de testostérone et des spermatozoïdes, débute dès l'âge de 20 ans. Généralement, elle ne prive pas l'homme de sa capacité à procréer en raison d'une spermatogenèse (production de spermatozoïde) souvent maintenue et pour un petit nombre (<10%) jusqu'à un âge très avancé. L'andropause s'accompagne d'une baisse progressive du désir sexuel (libido) avec une diminution des érections, notamment nocturnes, comme pour la femme d'autres fonctions sont touchées notamment la fonction locomotrice avec perte de la masse musculaire.

●Effets du vieillissement sur la peau et les phanères

Le vieillissement cutané intrinsèque est caractérisé par une altération du tissu élastique, un épaississement fibreux du derme, un aplatissement de la jonction dermo épidermique et une diminution du nombre de mélanocytes. Ces modifications sont plus prononcées sur les zones découvertes exposées aux rayonnements Ultra-violet (vieillissement extrinsèque, actinique ou héliodermie). La peau du sujet âgé prend un aspect plus pâle, marquée par des rides et des ridules. La vitesse de croissance des cheveux et des ongles diminue avec l'âge. La réduction du nombre de mélanocytes contribue au grisonnement des cheveux. L'activité des glandes sébacées, sudoripares, eccrines et apocrines diminue, contribuant à une certaine sécheresse cutanée.

● Effets du vieillissement sur le système immunitaire

La réponse immunitaire humorale est globalement préservée chez les personnes âgées. En revanche, les réponses immunitaires à médiation cellulaire sont diminuées, notamment celles impliquant les lymphocytes T. La mise en jeu de certaines interleukines, qui

interviennent dans la coopération des cellules immunitaires, est modifiée avec l'avance en âge. (G.George,2004,P.136)

2) Le vieillissement de la fonction

Le vieillissement est un processus hétérogène variable d'un individu à l'autre et d'un organe à l'autre. Chez la plupart des personnes, le vieillissement se traduit par une diminution des capacités maximales liée à la réduction des réserves fonctionnelles, responsable d'un état de fragilité (frail elderly). D'autres personnes conservent, même dans le grand âge, des capacités fonctionnelles optimales (fit elderly).

Lorsqu'il existe, le déclin des capacités débute dès l'âge adulte et suit une involution progressive. La notion de réserve fonctionnelle est capitale en physiologie. Elle désigne pour certains organes une capacité de réserve de fonctionnement mesurable dans des circonstances bien déterminées : réserve fonctionnelle rénale, coronaire, myocardique.

Dans le cas du cerveau, la notion de réserve fonctionnelle est plus discutable. La diminution des capacités, en l'absence de maladie surajoutée, ne provoque pas "d'insuffisance", l'âge n'étant jamais à lui seul responsable de la décompensation d'une fonction.

Le déclin de chaque fonction est sans doute programmé génétiquement. Il est accéléré par des maladies (l'hypertension accélère le vieillissement cardio - vasculaire), et influencé par divers facteurs : endocriniens, nutritionnels, exercice physique ...etc. Une fonction non utilisée peut décliner rapidement.

Ainsi, la vieillesse n'est en aucun cas une maladie, mais représente un terrain propice pour le développement des maladies. La répercussion de ces maladies est plus importante chez le sujet âgé car leurs effets se surajoutent aux altérations dues au vieillissement.

Dans l'évaluation d'un sujet âgé, la frontière entre le "normal" et le "pathologique" est beaucoup plus difficile à situer que chez le sujet jeune. Ceci peut entraîner trois écueils dangereux :

-La surmédicalisation

Elle est consécutive au refus d'envisager le vieillissement et ses conséquences. Si la "norme" de référence est l'adulte plus jeune, il y a un risque de considérer comme anormal et pathologique ce qui est simplement dû au vieillissement (troubles bénins de mémoire) ou à ses conséquences (mal être, isolement). Cette tendance a conduit dans les années 50 à

médicaliser la vieillesse et à la faire considérer comme une "maladie incurable" plus que comme une étape de l'existence.

-La sous-médicalisation

Elle survient, à l'inverse, lorsque le fatalisme amène à banaliser les symptômes observés en les mettant sur le compte de la seule vieillesse ou d'un problème social alors qu'ils sont dus à une affection curable. Cette attitude est génératrice d'une perte de temps préjudiciable pour le patient. La plupart des patients hospitalisés pour problème social ou "placement" ont en fait d'authentiques problèmes médicaux mal pris en charge qui rendent impossible le maintien à domicile.

-Les mauvaises pratiques

Elles peuvent contribuer à aggraver ces deux phénomènes en ignorant dans le raisonnement médical ou dans la prescription médicamenteuse la spécificité de la personne âgée.

•Les maladies chroniques

Leur fréquence augmente avec l'âge. La polyopathie est une des caractéristiques du sujet âgé qui présente en moyenne quatre à six maladies.

Ces maladies chroniques (insuffisance cardiaque, polyarthrose ...) sont source d'incapacités et de dépendance.

•Les affections aiguës

Elles peuvent entraîner la décompensation d'une ou de plusieurs fonctions. L'un des risques est celui de la survenue du phénomène dit "de la cascade" dans lequel une affection aiguë entraîne des décompensations organiques en série. C'est, par exemple, le cas d'une infection broncho-pulmonaire favorisant une décompensation cardiaque, qui elle-même entraîne une insuffisance rénale, elle-même favorisant un syndrome confusionnel.

Certaines fonctions décompensent avec prédilection et sont particulièrement impliquées dans la "cascade": la fonction cérébrale corticale (confusion, dépression) et sous-corticale (régression psychomotrice), la fonction cardiaque, la fonction rénale et la fonction d'alimentation (déshydratation, dénutrition). Le phénomène de la cascade, très particulier à la gériatrie, est d'autant plus dangereux qu'il constitue un véritable cercle vicieux où les éléments pathologiques retentissent les uns sur les autres et s'aggravent réciproquement : la dénutrition protéino-énergétique augmente, par son effet immunosuppresseur, le risque d'infection broncho-pulmonaire qui aggrave encore la dénutrition par l'anorexie qu'elle entraîne, parallèlement, la dénutrition réduit la force des muscles respiratoires, l'efficacité de la toux,

l'un et l'autre de ces éléments augmentant le risque infectieux ainsi que celui de décompensation respiratoire.

Le pronostic de la cascade est grave. Certaines situations à risque peuvent être identifiées : grand âge, polypathologie, polymédication, dépendance psychique et physique. De même, l'intensité du stress initial (hospitalisation en milieu chirurgical notamment) et la non-qualité de l'environnement (insuffisance de formation des soignants, iatrogénie) sont des facteurs prépondérants.

•Le Villard fragile ("frail Erdély")

La perte des réserves adaptatives due au vieillissement et aux maladies chroniques peut être telle qu'elle soit responsable chez certains vieillards d'un état de fragilité permanent qui se caractérise par une instabilité physiologique. Ces patients, qui sont dans l'incapacité de s'adapter à un stress même minime, sont particulièrement exposés au risque de pathologies en cascade.

Parmi les marqueurs cliniques les plus pertinents d'un état de fragilité, on retrouve la chute, l'incontinence et le syndrome confusionnel. Quatre paramètres de l'évaluation gérontologique permettent de dépister l'état de fragilité, à savoir :

la fonction musculaire, la capacité aérobie, l'état nutritionnel, les fonctions cognitives et les aptitudes psychomotrices, notamment posturales, de l'individu.

L'augmentation du nombre de "sujets âgés fragiles" dans les prochaines décennies représente l'un des enjeux essentiels de la prise en charge gérontologique.

(J.Bernard,2009,p.7) .

II) vieillissement et les 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.

•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.

●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'expiation des 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.

●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.

●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.

●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.

●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 coeur lourd. Laisse-le boire pour oublier sa pauvreté et ne plus se souvenir de sa misère».

Un philosophe Perse du X^{em} 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^{em} 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. (Dr Lucien, 2009, p. 112)

• 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.

• Aspects mentaux et sociaux du vieillissement

- Santé mentale

Elle a 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 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.(E.Emil,2002,P.9).

-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 donc; ceux-ci doivent être soumis à des cahiers des charges précis, des règles de contrôle de qualité et être évalués. (ibid P.10).

Dans l'élément prochain on va aborder l'approche de La psychanalyse et la question du vieillissement.

III) La psychanalyse et la question du vieillissement

1) Les mécanismes de défense chez les personnes âgées

Les mécanismes de défense sont des mécanismes d'adaptation très répandus. Ces mécanismes sont des comportements automatiques et traditionnels qui gouvernent nos sentiments intérieurs et qui sont si bien ancrés que nous y avons souvent recours sans même

en être conscients. Ainsi en est-il du déni de la vieillesse et de la mort, qui sont courants, ainsi que de la prétention d'être encore jeune, et de la rationalisation du sentiment d'immortalité (par exemple : je ne vais pas mourir comme les autres parce que j'ai réduit ma consommation journalière de sel et que je fais mon jogging tous les jours).

Le mécanisme de défense appelé projection, consiste à attribuer ses propres sentiments à autrui. Par exemple, telle personne qui soupçonne les autres de lui vouloir du mal peut en fait nourrir elle-même un sentiment de colère et vouloir faire du mal aux autres.

Le mécanisme de défense appelé fixation, désigne un arrêt de l'évolution personnelle dans un domaine quelconque. Parmi les exemples de fixation chez les personnes âgées, citons le refus de la perte du conjoint ou l'incapacité d'admettre l'affaiblissement qui survient fatalement à ce stade de la vie.

Le mécanisme de défense appelé régression, est le retour à un état d'adaptation antérieur et à des comportements dits enfantins. Les personnes âgées sont souvent plus dépendantes qu'autrefois au point de vue émotif et même parfois au point de vue physique : elles peuvent, dans certains cas, «régresser » et revenir aux anciens comportements dépendants qu'elles avaient adoptés dans l'enfance.

Le mécanisme de défense appelé déplacement, se définit comme le fait de reporter son angoisse sur un objet qui sert de substitut à la véritable source d'angoisse. Par exemple, tel vieillard qui a l'impression de perdre sa force physique et ses capacités intellectuelles peut porter son angoisse au compte de la pollution de l'air par les jeunes ou de la guerre qui fait qu'on s'entre tue ; il est alors libre de se préoccuper de ces événements extérieurs plutôt que des changements qui se produisent en lui.

Le mécanisme de défense appelé contre phobiques, font que le sujet affronte le danger dans l'espoir de le vaincre. Par exemple, le cardiaque qui passe outre aux avertissements de son médecin disant que le surmenage risque de provoquer une crise fatale et qui se met à pelleter la neige pendant des heures, défiant ainsi le danger et la mort.

Le mécanisme de défense appelé idéalisation, est un mécanisme de défense par lequel on exalte le passé perdu. C'est le moyen de donner un sens au présent en se persuadant qu'on a donné un sens à sa vie.

Dans les cas extrêmes, cela peut aller jusqu'au dégoût du présent au profit d'un passé considéré comme parfait, alors qu'en réalité le passé n'était peut-être pas si rose que cela.

Le mécanisme de défense appelé mémoire sélective ou attention sélective est la défense par laquelle on refuse de voir ou d'entendre les choses que l'on ne veut pas savoir.

La personne peut par exemple fermer le volume de sa prothèse auditive ou refuser de porter ses lunettes.

2) L'Appareil psychique du sujet âgé

L'identité du sujet humain n'est jamais une donnée, mais plutôt le produit momentané d'un travail psychique incessant. Le temps est une dimension fondatrice du champ où se déploie la vie psychique : il est en quelque sorte consubstantiel à celle-ci. La notion freudienne d'appareil psychique conduit d'ailleurs à poser le temps non pas en extériorité par rapport au sujet, mais comme un produit différencié, car il y a plusieurs temps, comme il y a plusieurs instances de l'activité psychique elle-même.

Voyons donc d'abord comment se divisent les instances dans le psychisme de l'âgé selon la spécificité de l'appareil psychique qui se définit par une topique, une dynamique, et une économie dans les dernières découvertes de l'inconscient selon Freud.

Premièrement la topique décrit les instances. La première topique (1900) distingue la Conscience, le Préconscient et l'Inconscient. La seconde topique (1923) sépare le Moi du Surmoi et du ça sans que ces nouvelles instances ne recouvrent exactement les premières. Entre ces instances, des conflits naissent chaque fois qu'une réalité « externe ou interne » s'oppose à la réalisation d'un désir. Aussi la vie mentale est-elle soumise à des déséquilibres répétés. De la qualité de l'organisation de l'appareil psychique dépend la restauration d'un équilibre antérieur ou l'instauration d'un nouveau. C'est pour rendre compte de ces mouvements incessants et complexes qu'on parle d'approche dynamique.

Chez la personne âgée il est important, en plus de la seconde topique, de compléter par la place des lignées narcissique et objectale :

-La lignée narcissique : se traduit par un sentiment d'estime de Soi. Le sentiment se centre principalement sur le moi tout en entretenant un commerce avec ses organisations satellites telles que l'Idéal du Moi, le Moi Idéal, le Soi ,cette constellation narcissique est mise à rude épreuve au cours du vieillissement, car comment se réinvestir soi-même lors d'un repli obligé, quand on a déjà perdu à ses propres yeux une partie de ses qualités, de sa séduction, de son attrait.

-La lignée objectale : quant à elle est la capacité d'investir les autres. Pour ce faire elle engage aussi le Moi dans la mesure où il est simultanément sujet et objet d'amour lors des échanges avec les autres. Cette lignée se réfère aux représentations inconscientes élaborées à partir des premières relations intersubjectives réelles et fantasmatiques avec l'entourage familial (l'imago selon Jung), aux objets internes tel que l'Oedipe les a façonnés.

Dans la seconde topique, Freud décrit l'Idéal du Moi, le Moi Idéal, le Moi, le Surmoi, et le Ça commençons par l'Idéal du Moi qui au début de ses réflexions théoriques, était décrit par Freud indifféremment du Surmoi. A l'époque, Freud pensait qu'il s'agissait de qualités différentes d'une même instance. Puis avec l'évolution de la clinique analytique, Freud distingua l'Idéal du Moi du Surmoi. Il situa l'Idéal du Moi sur la lignée narcissique et le Surmoi dans la lignée objectale. Il fit de l'Idéal du Moi le dépositaire de la perfection vers laquelle le sujet cherche à se diriger, et du Surmoi le contenant des introjections parentales. L'idéal du Moi est proche de la conscience. Il forge une image concrète du corps idéal, une figure visuelle puis psychique à laquelle le sujet souhaite se conformer.

Mais en vieillissant, les difficultés de se conformer au corps idéal s'accroissent tellement qu'elles obligent le sujet à réduire périodiquement ses prétentions. Une révision déchirante, notamment lorsque l'Idéal du Moi est hypertrophié. En particulier lorsque l'Idéal du Moi l'emporte sur le Surmoi, c'est-à-dire chaque fois que la composante narcissique est prédominante dans la psyché. Qu'il s'agisse d'un narcissisme de structure ou d'un narcissisme défensif, le sujet ne parvient à être aimable à ses propres yeux, ou en l'occurrence à le rester, qu'à la condition d'être en étroite coïncidence avec l'image idéale qu'il s'est formé de lui-même. C'est-à-dire pas souvent et quand il y parvient, pas longtemps. Chaque fois qu'un être considère qu'en dehors de la perfection il n'y a pas de salut, son désir d'absolu l'expose à de sérieux déboires. Aussi au cours du vieillissement, les blessures infligées par l'outrage du temps peuvent-elles conduire à de véritables maladies de l'identité comme celles qui consistent à ne plus pouvoir s'aimer autrement qu'à travers ses enfants. Les enfants se trouvent à leurs tours idéalisés parce que la femme mère, qui se sent dévalorisée par son déclin, leur demande d'incarner la puissance et la beauté perdue ; elle ne s'aime plus qu'à travers les succès imaginaires de ses enfants. Il s'agit d'un choix dangereux qu'un rappel de la réalité peut facilement faire s'effondrer.

Le Moi Idéal, que D. Lagache décrit comme une sorte d'identification héroïque, est quant une instance archaïque, issue du narcissisme infantile des premières relations avec la mère omnipotente. Il génère un Soi grandiose, mégalomane et volontiers tyrannique par ses ambitions. Au cours du vieillissement, on peut assister à sa réparation sur la scène mentale, notamment lorsque cette instance infiltre déjà l'Idéal du Moi, sous la forme d'un retour narcissique en quête de toute-puissance est relancée, avec tous les dangers du genre, lorsque le sujet vieillissant est justement confronté à une impuissance non supportée pour laquelle il ne veut pas réactiver sa castration.

Les instances, Moi idéal et Idéal du Moi sont basées sur le Moi, qui est, comme l'a indiqué Freud (1923), d'origine corporelle : « Le Moi est avant tout une entité corporelle, non seulement une entité tout en surface, mais une entité correspondant à une surface. Pour nous servir d'une analogie anatomique, nous le comparerions volontiers au « mannequin cérébral », des anatomistes, placé dans l'écorce cérébrale, la tête en bas, les pieds en haut, les yeux tournés en arrière et portant la zone du langage à gauche ». Or le vieillissement déstructure l'enveloppe corporelle et le fonctionnement physique au point d'obliger le Moi à faire retour vers le corps, c'est-à-dire qu'il oblige le Moi à renégocier avec ses idéaux. Psychiquement, le Moi est l'instance qui règle en permanence les rapports entre la réalité extérieure et la réalité psychique. Lors du vieillissement, cette instance subit deux déformations : l'affaiblissement et la rigidification.

-L'affaiblissement : est la traduction mentale de la baisse instinctuelle. Les instincts de vie perdent de leur force. Le Moi affaibli, continue pourtant d'être confronté à des désirs infantiles dont la nature n'a pas changé, même si l'intensité du désir s'est émoussée avec le temps. Le retrait des investissements objectaux et sublimatoires peut également surcharger le Moi par un repli narcissique qui l'affaiblit plus encore. Or affaibli, le Moi peut réagir de différentes façons : soit il souffre, se déprime, parvient tant bien que mal à faire son deuil puis à relancer ses sublimations. On dit alors que le Moi parvient à se réorganiser de façon ambitieuse. Si le sujet ne peut accomplir son deuil et la restructuration de son Moi, il met en œuvre des processus de défenses qui peuvent s'avérer très coûteux : les défenses rigides, la dénégation et la régression. Soit il refuse la baisse de ses capacités. Sa défense par la dénégation le lance dans la suractivité, avec tous les risques qui lui sont liés ; soit il s'oppose à la réalité du déclin par une régression partielle (anale le plus souvent), ou massive (comme un état pseudo - dementiel, par exemple) ; soit encore il rigidifie son fonctionnement et le cas échéant, lance une défense projective érotomaniaque ou délirante.

-La rigidification : quant à elle s'exprime par une tendance conformiste qui correspond au désir de s'opposer au changement. Tout ce qui est nouveau avive l'angoisse de la mort parce que le nouveau souligne l'écoulement du temps. Le Moi vieillissant lutte contre cet aspect inquiétant du nouveau en dressant contre lui des situations connues, comme si le recours au connu suffisait à offrir une protection efficace. Le sujet se replie sur des zones d'activités qu'il a précédemment maîtrisées et s'y attache de façon ritualisée, crispée. Il développe une méfiance croissante à l'égard des jeunes dont les activités et les productions sont perçues comme des menaces. Il développe une sorte de racisme de classe d'âge qui l'isole activement des enfants et des adolescents. C'est l'exemple de la religion catholique qui

était quelque chose de très répandue dans la population des personnes âgées actuelles. Les rituels mis en place dans la religion sont de moins en moins acceptés par les jeunes (car assez contraignants) et par conséquent il y a de moins en moins de personnes, à l'heure actuelle, qui pratique la religion catholique. C'est pourquoi les personnes âgées très croyantes ont du mal à comprendre le fait que les jeunes sont de plus en plus athées, ce qui engendre un certain racisme de la part de la population âgée envers les jeunes. Le Surmoi, une des autres instances décrites par Freud, est constitué par la somme des identifications parentales, ainsi que de leurs substituts (familiaux et autres). Avec l'âge un Surmoi moins sollicité par la pression pulsionnelle se donne des allures de sénateur. L'être vieillissant est volontiers sage, moins par mérite que parce qu'il lui est désormais commode d'être sage en raison de la réduction de ses appétits. En effet avec l'âge, le Surmoi s'adoucit moins par vertu que par confort, parce que les tourments de la chair le laissent sensiblement en paix. Mais dès que les désirs se mêlent aux idéaux (politique ou religieuse), le Surmoi retrouve immédiatement ses prérogatives d'antan. Etroitement lié au complexe d'Oedipe, le Surmoi reste néanmoins capable de mobiliser beaucoup de sévérité. Lorsque la mort du père a été vécue plus comme un meurtre que comme la fin inéluctable de la vie, en raison des vœux inconscients de mort que le fils nourrissait contre la personne du père, des vœux que les années n'ont pas émoussés parce que la position oedipienne n'a pas été suffisamment dépassée, la perspective de la mort du fils, de sa mort à venir, revêt l'allure d'une rétorsion, du retour de la loi du talion, d'un châtement. Dans ce cas, la condamnation du Surmoi est impitoyable, capable de pousser l'obsessionnel (il peut également s'agir du « normalement » névrosé) travaillé par l'ambivalence vers une dépression redoutable, d'intensité pratiquement mélancolique. Selon Le Goües, G. dans « l'âge et le principe de plaisir » les dépressions des plus de 50 ans sont souvent provoquées par ce type de problématique.

Enfin le Ça qui sera traité seulement en tant qu'inconscient dans la première topique est quant à lui, présenté par Freud comme indifférent au temps. Le Ça ne change pas puisqu'il est par nature constitué par l'ensemble des instincts. Mais s'il ne change pas de nature, il peut toutefois changer de contenu. Par exemple, au cours de l'enfance et de l'adolescence, le Ça se charge d'identification ; par sa filiation il accumule les idéaux familiaux, par sa trajectoire phylogénétique il collectionne les instincts de l'espèce. Durant le vieillissement, le Ça peut libérer des identifications à des aïeux, effectuées au cours de l'enfance et restées plutôt silencieuses jusque là. Ainsi Freud en 1915 considère que « les processus du système inconscient sont intemporels, c'est-à-dire qu'ils ne sont pas ordonnés dans le temps, ne sont

pas modifiés par l'écoulement du temps, n'ont absolument aucune relation avec le temps. La relation au temps est liée au système conscient. » Le Ça est lui aussi modifié par l'écoulement du temps puisqu'il libère, par exemple, des fantasmes de jeunesse dès que le sujet se pose comme un être désirant, c'est-à-dire dès que le sujet est mobilisé par sa vie érotique. Par exemple un homme de 90 ans qui veut conquérir une nouvelle Juliette. Ce phénomène est inhérent à la vie mentale puisque : « [...] les processus inconscients n'ont d'égard à la réalité. Ils ne sont soumis qu'au principe de plaisir » (Freud, 1915). Le Ça est dominé par les désirs, et par nature les désirs n'ont pas d'âge. Toutefois la réalité en a un. Quand la pulsion bute contre une impossibilité de réalisation, l'angoisse de castration est aussitôt réactivée (à distinguer de l'angoisse de séparation d'avec l'objet maternel, et l'angoisse d'anéantissement du psychotique) ; cette réactivation de la castration est cependant modulée par une force instinctuelle déclinante. Autrement dit, si le but de la pulsion reste inchangé, la force de la poussée pulsionnelle diminue, ainsi que les moyens disponibles pour atteindre la satisfaction. Le Ça est constitué de la somme des mémoires individuelles et de filiation. Le Ça ne se souvient que de ce qu'il a vécu, directement ou par transmission. Par définition, il n'a pas pu « vivre sa mort ». Donc il ne sait pas ce que c'est ; il ne peut pas l'inscrire à son actif. Le Ça se pose comme intemporel, c'est-à-dire comme éternel. Il ignore sa mort. Néanmoins, le Ça peut intégrer la mort d'autrui comme en atteste la disparition d'un être cher dans un rêve. Il peut même mettre en scène la disparition du rêveur qui se voit mort, éventuellement enterré. Mais, la mort c'est le néant, l'absence de vie, donc l'absence de rêve. Par conséquent il faut qu'une part du rêveur soit encore en vie pour observer la mort du rêveur. L'anéantissement absolu n'est pas figurable par le Ça. Il existe de fait une dialectique entre le Moi et le Ça que Claude Lévi-Strauss exprimait par le fait d'être divisé entre un Moi actuel et un Moi virtuel où le Moi actuel est inscrit dans la temporalité de la personne âgée et le Moi virtuel est le principe créatif de la personne âgée qui est plutôt inscrit dans l'intemporalité de l'individu et relié au Ça. Nous verrons ensuite comment Freud conçoit les liens existant entre les instances psychiques d'un point de vue dynamique. Cet aspect dynamique est inspiré de l'importance des désirs et de leurs impacts sur les instances topiques.

Les pertes relationnelles font du sujet vieillissant un être en voie d'isolement. En climat d'isolement, le Moi est vite tenté de se recentrer sur ses objets internes, il accélère le repli de la libido sur lui-même. Les conséquences de ce repli libidinal sont souvent désastreuses. On les observe sous la forme d'une hypertrophie du Moi avec le développement d'une susceptibilité à fleur de peau, d'une baisse des sublimations si précieuses pour réalimenter le narcissisme sain, d'une régression anale caractérisé par un contrôle accru sur

les êtres et sur les choses, par une tendance à la rétention, et aussi par une soif d'honneurs et de titre socialement avantageux. Comme les désirs n'ont pas d'âge, les conflits qu'ils suscitent durent autant que la vie. Ce n'est pas leur nature qui change, mais leur niveau d'organisation. On peut parler de niveau névrotique, de niveau archaïque (préféréd au terme de psychotique) et de niveau somatique, à condition de ne pas établir une relation de continuité entre eux.

Donc de ce point de vue dynamique, le vieillissement psychique est un processus de mise en tension du Moi d'avec le Ça. H. Bianchi (1987, le Moi et le temps) explique que les moments spécifiques auxquels répondent la formation de la personnalité, puis sa maturité, enfin la perspective de sa destruction, sont les témoins et le reflet de cette tension. Il continue par le fait qu'il semble alors qu'à l'intérieur de chaque structure psychique, un certain « jeu avec le temps » est possible et que chaque instance pourrait être susceptible de se trouver diversement investie et avec elle un certain mode d'être au temps. Ainsi « le Moi, on le sait bien, se construit, dans le temps successif, en se dégageant d'états qui relèvent d'une autre temporalité. Ainsi le Surmoi fixe-t-il lui-même un temps et une norme temporelle au moment où, comme l'écrit Freud, (1971, Nouvelles conférences sur la psychanalyse, p88) le complexe d'OEdepe lui cède la place. Ainsi le Ça peut-il pour sa part faire fonction de source, propre à renouveler l'identité, offrant au Moi la possibilité d'échapper à une logique de succession. Donc le Moi reconnais, au moins partiellement, son vieillissement et sa mort annoncée, tandis que le Ça est installé par essence dans l'intemporalité et donc ignore sa fin, l'appareil psychique entre dans un conflit topique. Ce conflit se joue donc à partir du degré de reconnaissance de la finitude et du désir d'éternité et réciproquement. Pour que les diverses instances se mettent en tension, Freud développe ce qu'il appelle le point de vue économique de l'appareil psychique. Ce point de vue économique permet d'expliquer l'importance de la libido dans l'appareil psychique de l'âgé.

La vie durant, l'économie libidinale d'un sujet est réglée par un double commerce : le commerce objectal avec les autres et le commerce narcissique avec soi-même.

Au cours du vieillissement, le commerce narcissique est singulièrement mis à mal. La capacité du corps diminue, sa séduction s'altère, réduisant par contre coup la qualité de l'autoérotisme. Se plaire à soi-même devient de plus en plus difficile. La baisse de la séduction chez la femme ou de la puissance sexuelle chez l'homme, donc de leurs correspondants mentalisés, agit dans le même sens. L'abaissement du seuil émotif accroît le sentiment de vulnérabilité du sujet vieillissant. Ce fait clinique indiscutable, est peut-être lié à la baisse de la qualité des contre investissements et de celle du système de pare excitation. Il

est possible que l'expérience de cette vulnérabilité pousse instinctivement le sujet âgé vers des positions de repli, à distance des agressions.

Comme la capacité à trouver du plaisir en soi diminue et que l'image de soi renvoyée par les autres provoque un déclassement, il est de plus en plus difficile de réunir les moyens nécessaires au rétablissement des positions antérieures. Tôt ou tard, l'expérience de la perte s'incruste. La capacité à la supporter fera toute la différence. Pour lutter contre le sentiment douloureux de déchéance, l'aptitude à forger de soi une image digne, comptant à ses propres yeux comme aux yeux des autres, est généralement la solution la plus efficace.

Ainsi la « statue intérieure » si bien nommée par François Jacob, démontre la valeur économique de la construction d'une image aimable de soi, travaillant à la permanence de l'estime de soi : c'est une façon de réussir le passé au moment où l'avenir s'amenuise, L'aptitude à se réjouir des qualités des autres nourrit la chaleur des relations. Elle procède de l'intelligence affective, dont le degré de développement favorise l'installation et la conservation du réseau relationnel. Les gens qui ont eu à développer particulièrement cette qualité relationnelle, les enseignants par exemple, font souvent montre d'un réel savoir-faire à l'égard des plus jeunes. Les générations montantes sont pour eux une source d'échanges fructueux. A l'opposé, ceux qui croient devoir définitivement fonctionner comme des parents qui dictent la conduite des plus jeunes déclenchent et entretiennent des conflits de génération à peu près insolubles. En cas de nécessité d'appel aux autres, le sentiment de leurs défaillances est alors pour eux une blessure narcissique qui peut être insurmontable. Aussi, l'aide offerte atteint rarement son but et la situation se dégrade rapidement. A l'arrière-plan du savoir-faire, apporté par l'enseignement ou l'éducation, il y a toute la qualité de la première relation maternelle. Au fond, le mécanisme antidépresseur le plus solide à la disposition de l'être humain est bien la chance d'avoir connu une mère capable d'avoir été là au moment où il en avait besoin (qui peut donc être relié au principe de résilience).

Cette expérience intériorisée fonde le narcissisme. Elle offre le meilleur tremplin vers les autres ; réciproquement, elle permet, le moment venu, d'accepter d'être aidé par eux.

Des diverses organisations sous divers point de vue, le Moi et le Ça sont mis à rude épreuve au cours du vieillissement. De ce fait le Moi va se défendre avec une grande souplesse afin de tenir en respect les désirs exprimés par le Ça. Mais à l'approche de la mort et du temps qui passe, les personnes âgées souffrent d'angoisses et en particulier celle de mort et celle de castration et ont pour peur des situations et des objets précis (exemple la peur de la marche...).

Attardons-nous d'abord sur la dialectique du Moi et du Ça qui nous intéresse plus particulièrement dans cette étude, afin d'expliquer l'impact du temps sur les instances.

(N .Laetitia.1998 , P.12-21) .

3) Vieillesse et conséquences psychologiques

Nous sommes tous confrontés à la vieillesse ; nous les personnels de santé qui recevons des personnes âgées qui vivent aussi le vieillissement de nos proches parents .Nous tous pour qui le regard que nous portons sur « l'autre », marqué par les stigmates de l'âge, nous renvoie à notre propre vieillesse et forcément à l'idée de notre propre fin de vie ; le vieillissement est inéluctable, alors que le vieillissement physique est visible de par le miroir, le regard des proches, le vieillissement psychique est associé, inclus dans le vieillissement physique mais difficile à repérer et à comprendre. C'est un processus différencié d'un individu à un autre mais il est assimilé à la perte progressive des fonctions : fonctions plus ou moins vitales, pertes plus ou moins invalidantes, difficultés d 'adaptation aux changements, usure due aux agressions subies tout au long de la vie .

•Les troubles psychologiques

-Le trouble de l'affectivité : est une première manifestation qui est la baisse des émotions, (motivations, plaisir, douleur, désir) sur les événements heureux et malheureux, rétrécissement des champs d'intérêts et paradoxalement, polarité dans certains domaines (la santé par exemple), perte du contrôle de la vie, le psychisme souffre, douleurs aiguës ou chroniques quelque fois négligées, angoisses, insomnies, régression, retour sur le passé.

-La Dépression : associe les troubles de l'humeur, la perturbation intellectuelle avec modification de l'intérêt. Confondue avec le vieillissement .Le diagnostic n'est pas toujours posé car la personne âgée répugne à parler s'installe dans sa souffrance psychique,« le suicide dans cette population est de 30% des suicides en général » le taux de suicide est 3 fois plus important chez l'homme .Dans le grand âge la personne ne perçoit plus qu'une partie du monde extérieur :

il y a désafférentation progressive avec perte des échanges avec l'environnement et autrui. Cet appauvrissement sensoriel peut amener à un repli obligé s'il est interprété comme un abandon des intérêts vitaux mais qui peut le devenir par manque de stimulation.

4) Les maladies invalidantes et risque de repli sur soi

● **Les affections somatiques** : qui laissent un affaiblissement durable et elles rompent l'équilibre antérieur à la fois par le choc émotionnel qui les accompagne et par le bouleversement des habitudes qu'elles provoquent. (voir les maladies organiques liées à la vieillesse citées ci-dessus).

● **Les affections psychiatriques aiguës** : peuvent se déclencher à partir d'un bouleversement : décès d'un parent ou ami proche, veuvage, déménagement, une modification au domicile, l'entrée en maison de retraite, il y a risque de désadaptation. Deux pathologies touchent particulièrement les personnes âgées :

- **La maladie de Parkinson** : dont les symptômes ont été définis en 1817 : tremblement, rigidité musculaire et rareté des mouvements volontaires (akinésie) qui donne à la personne une attitude figée.

- **La maladie d'Alzheimer** : maladie neurodégénérative ; le cerveau le siège de lésions (scanner) et s'atrophie. Plus l'âge augmente plus le risque d'être atteint augmente ; Premiers signes : troubles de la mémoire, troubles du langage, désorientation, modification de l'humeur.

C'est à l'heure actuelle un enjeu de santé publique, 350 000 personnes sont à l'heure actuelle prise en charge (ALD25). Le Plan Alzheimer 2008-2012 est actuellement en cours, centré sur l'amélioration de la prise en charge des personnes ainsi que celle des aidants naturels. Le vieillissement est individuel ; chacun réaménage sa vie pour continuer à vivre au mieux. « J'économise mes forces », « je me ménage » autant de stratégies mises en place pour continuer à s'investir, compenser des pertes et vivre.

5) Vieillesse et renoncements

● **La question du ou des deuils**

Le vieillissement, s'il est parfois associé à la croissance personnelle, s'avère plus généralement et fréquemment relié aux renoncements et à la perte. L'avancée dans l'âge confronte le sujet à des pertes répétées touchant à la fois le corps (sédiction, capacités physiques, etc.), l'image de soi, la mort d'autrui (perte du conjoint, d'un ami, etc.), des fonctions cognitives (déclin mnésique, troubles attentionnels, etc.) et à sa propre mort. C'est ce

qui fait dire que le vieillissement confronte « à la perte d'objet, la perte de fonction et la perte de soi » (F. et LeGouès, 2008 ,P.43).

Toute perte, quel que soit son objet, requiert de pouvoir en faire le deuil au risque de compromettre la résilience du sujet. En ce sens, le narcissisme, ciment de l'identité, est mis à rude épreuve au cours du vieillissement, véritable crise identitaire qui impose de faire le deuil de ce que l'on a été. Ce travail de deuil prend naissance dans le fait de se voir vieux à ses propres yeux mais aussi dans le regard de l'autre (Herfray, 1985). Si nous pouvons penser malgré tout qu'il existe une communauté de processus au cours du travail de deuil, la réalité nous montre que le vieillissement se caractérise par des pertes aux objets multiples. Il nous semble alors plus judicieux de parler « des deuils » au pluriel plutôt que du deuil au singulier. C'est pourquoi la question du deuil au cours du vieillissement ne nous semble pas pertinente à envisager de manière unitaire. Aborder la question « du deuil » impose de faire un retour sur la signification que recouvre ce terme ou plus particulièrement celui de « travail du deuil ». Toute perte fait l'objet de remaniements douloureux visant à la dépasser. Ces remaniements imposent un travail d'investissement de l'objet perdu, puis de désinvestissement : travail intérieur qui a pour objet d'accepter la perte et son irréversibilité. Le travail du deuil correspond à ces temps d'élaboration nécessaires pour que le sujet puisse advenir. Il ne s'agit donc pas d'une maladie mais bel et bien d'un temps de crise consécutif à une épreuve de vie(Clément, 2009,P.122).

Le développement est parsemé de temps de crise qui favorisent le travail du deuil. En effet, chaque crise, qu'elle soit oedipienne, adolescente, de la cinquantaine ou autre, n'est crise que parce qu'il y a quelque chose qui se perd ou doit être abandonné. Le travail du deuil va permettre de reconsidérer ses attentes, ses objectifs, conceptions de soi, de la vie, etc., afin de dépasser cette crise, soit autrement dit de ne pas s'y enliser en vain.

La crise identitaire est bien au coeur de la vieillesse, mettant à mal la question du narcissisme. La vieillesse est un passage incontournable imposant de revoir ses représentations

personnelles en termes identitaires mais aussi sociaux, de faire le bilan de ce qui a été et de ce qui n'est plus, de s'engager dans un travail de remaniement (travail du deuil) afin de pouvoir s'engager dans la vieillesse de manière sereine. C'est en ce sens qu'elle peut légitimement être considérée comme une véritable période de crise qui peut ou non être dépassée selon les mécanismes de défense et d'adaptation mis en place.

•La perte d'un proche

Quel que soit l'âge, la compréhension de l'expérience du deuil implique de tenir compte à la fois de la profondeur de l'attachement qui sera associée à la réaction émotionnelle face à la perte d'un être cher et notamment du conjoint. La mort du proche signifie l'arrêt des échanges avec l'autre et confronte au vide de la place qui était occupée psychiquement par l'autre. Il n'est pas rare dans les générations actuelles de rencontrer des personnes ayant partagé 40 ou 50 ans de vie commune.

Cette existence partagée induit une identification réciproque où il est difficile de définir ce qui relève de soi et de l'autre (l'autre devient une partie de soi, et soi une partie de l'autre) le Gouès parle alors de l'introjection de l'autre, dont la perte renvoie à une véritable amputation de soi. N'entend-on pas d'ailleurs souvent les personnes âgées se demander ce qu'elles vont devenir et verbaliser l'idée que dorénavant elles sont perdues puisque psychiquement amputées d'une partie d'elles-mêmes ?, par ailleurs, la disparition des proches confronte le sujet à l'idée de sa propre vulnérabilité et que l'heure de sa propre mort n'est pas si éloignée. Lorsque la perte concerne les parents, la problématique devient différente. Dans ce cadre-ci, les enfants deviennent les « derniers maillons générationnels passeurs d'identité et d'histoires familiales » (Dorange, 2007). Le travail s'articule autour d'une nouvelle responsabilité et accepter l'irréversibilité de ne plus pouvoir se référer à ses aînés.

La question qui se pose est de faire la distinction entre deuil normal et deuil pathologique. Le deuil en effet n'est pas une maladie qu'il convient de traiter dès sa survenue,

malgré une pratique répandue en médecine. La perte d'un proche engendre naturellement le travail de deuil. En réaction à la perte, la tristesse est une manifestation rencontrée dans la majorité des cas et a pour fonction de régler le conflit psychique qui s'installe à l'occasion du décès d'un proche. Ce processus a pour but de favoriser l'adaptation à cette nouvelle situation lourde de sens et de conséquences. Un mois après le décès du conjoint, dans 30 à 60 % des cas, il y a installation de troubles de l'humeur qui persistent dans 15 % des cas après deux ans. Dans ce dernier contexte, on parle alors de deuil pathologique. Ainsi, un certain nombre de facteurs de risque de deuil pathologique ont pu être évoqués :

-Les facteurs antérieurs au deuil : tels qu'une relation ambivalente, l'existence d'une dépendance à la personne disparue, la présence de deuils répétés, des antécédents psychiatriques (en particulier dépression et tentative de suicide), des troubles de l'estime de soi, etc.

-Les facteurs liés au deuil lui-même : la proximité familiale avec la personne disparue, la prématurité du décès, les circonstances, l'impossibilité de rituel religieux, etc.

-Les facteurs postérieurs au deuil : le niveau d'aide sociale, l'isolement familial, le stress, etc.

Le deuil normal s'accompagne de symptômes caractéristiques de la dépression mais la personne reconnaît son état comme étant normal. Une culpabilité inadaptée, des idées de mort ne correspondant pas au souhait d'être mort avec la personne décédée, une dévalorisation morbide, un ralentissement marqué ou encore une altération importante du fonctionnement sont autant d'arguments en faveur d'un deuil pathologique.

La dépression consécutive à un deuil est souvent différée (à la date du décès, du mariage, l'anniversaire) à un moment où la famille est moins présente, le soutien se concentrant généralement dans la proximité immédiate du décès.

•La perte de la jeunesse

Vieillir, c'est aussi faire le deuil de la jeunesse alors même que celle-ci est survalorisée. Le corps qui vieillit ne vieillit pas silencieusement. Il modifie irrévocablement l'image de soi et l'image que l'on renvoie aux autres par les transformations extérieures liées au corps (rides, cheveux blancs, postures, etc.). Ces modifications corporelles participent à la prise de conscience de l'avancée en âge. Elles sont en règle générale vécues péjorativement et contribuent à la fragilisation de l'image de soi et à l'acceptation de ce que l'on devient, remettant en cause l'amour et l'investissement de soi. Le vécu péjoratif lié aux modifications physiques est vécu douloureusement car il affecte en particulier le pouvoir de séduction chez les femmes et la puissance physique chez les hommes. Lorsqu'il fait souffrir, lorsqu'il défaille, lorsque le corps est malade, il s'apparente alors au corps déplaisir. Ce vécu est dépendant des stratégies d'adaptation ou mécanismes de défense que la personne est susceptible de mobiliser pour faire face aux aléas du vieillissement. En effet, une recherche récente (Laugier, 2010) montre que la valence du vécu de la vieillesse n'est pas associée à la présence ou non d'un handicap physique. Ce sont bien les stratégies de faire face ou leurs capacités à tirer du positif de leur situation qui distinguent les personnes âgées handicapées qui ont une représentation positive de leur vieillesse de celles qui en font une expérience douloureuse.

Au-delà de l'aspect physique et corporel, l'âge bouleverse également différentes fonctions. Notamment, l'âge affecte particulièrement le cerveau, organe central sous-tendant la cognition. Il en résulte un ralentissement psychomoteur et une atteinte de différentes fonctions cognitives dont l'attention et la mémoire seraient les plus vulnérables et donc particulièrement affectées. La prise de conscience d'une diminution de la vitesse et des habiletés idéomotrices implique un renoncement et un travail de deuil en regard des performances antérieures. Par

ailleurs, le déclin mnésique confronte à la perte identitaire, à l'oubli de sa propre histoire et à l'angoisse d'être atteint d'une pathologie neurodégénérative.

On peut également dire qu'il en est de même du vieillissement des organes sensoriels et périphériques (baisse de l'audition, de la vue, etc.) qui participent aux difficultés d'adaptation à l'environnement et au retrait quant aux relations interpersonnelles, favorisant le repli sur soi et le sentiment de solitude.

Enfin, la perte de la jeunesse est inexorablement associée à la rencontre avec la mort, impliquant un deuil ultime qui est le deuil de soi. La mort quitte son statut de simple concept et devient totalement appropriée par la personne âgée, qui en fait une affaire personnelle. La mort devient une réalité avec laquelle elle doit composer dans la mesure où il s'agit progressivement de renoncer à la vie. Ce renoncement implique d'accepter de se détacher de la vie, sans la désinvestir pour autant, de manière active et progressive plutôt que de subir la mort de façon passive.

Accepter de vieillir physiquement et intellectuellement met en jeu l'estime de soi et ne peut donc être pensé sans référence aux conditions dans lesquelles l'individu s'est développé et donc sans référence à ses assises narcissiques. Selon la robustesse des assises narcissiques et la faculté à supporter l'incomplétude, la personne âgée exprimera plus ou moins de plaintes (plaintes hypocondriaques, plaintes mnésiques, etc.) soulignant son degré de vulnérabilité psychique.

Le sentiment d'être vieux (ou vieille) a peu à voir avec l'âge chronologique, ce qui met ici en exergue l'importance de l'âge subjectif. En effet, à partir de quand s'opère la prise de conscience de ce sentiment (si tant est qu'il y en ait une) ? .

6) Le Vieillissement en bonne santé

Pour formuler la façon dont la santé et les capacités fonctionnelles pourraient être envisagées à un âge avancé, ce rapport définit et établit une distinction entre deux concepts importants. Le premier est la capacité intrinsèque, qui se réfère à l'ensemble de toutes les

capacités physiques et intellectuelles dans lesquelles un individu peut puiser à tout moment, toutefois, la capacité intrinsèque représente seulement l'un des facteurs qui déterminent ce qu'une personne âgée peut réaliser. L'autre facteur constitue l'environnement dans lequel la personne habite, et avec lequel elle interagit. Cet environnement présente une série de ressources ou d'obstacles qui détermineront en fin de compte si les personnes ayant un certain niveau de capacités seront en mesure ou non de réaliser les activités qu'elles jugent importantes. Ainsi, même si les personnes âgées ont des limitations fonctionnelles, elles seront pourtant encore en mesure de faire des courses, pour peu qu'elles aient accès à un traitement anti-inflammatoire, à une aide technique (comme une canne de marche, un fauteuil roulant ou un scooter) et qu'elles vivent à proximité de moyens de transport abordables et accessibles. Cette conjonction entre les individus et leur environnement, et l'interaction entre eux, représente leurs capacités fonctionnelles. Celles-ci sont définies dans ce rapport comme étant les attributs liés à la santé qui permettent aux individus d'être et de faire ce qu'ils jugent valorisant, partant de ces deux concepts, ce rapport définit le « Vieillissement en bonne santé comme étant le processus de développement et de maintien des capacités fonctionnelles qui permettent aux personnes âgées de jouir d'un état de bien-être » .

Au cours de cette conception du « vieillissement en bonne santé » repose l'idée que ni les capacités intrinsèques, ni les capacités fonctionnelles ne restent constantes. Bien que ces deux types de capacités aient tendance à diminuer au fur et à mesure que l'âge augmente, les choix réalisés ou les incidents subis à différents moments de la vie permettront de déterminer le cheminement ou la trajectoire de chaque individu.

Le « vieillissement en bonne santé » il s'agit d'un processus qui demeure pertinent pour chaque personne âgée, parce que son expérience du vieillissement en bonne santé peut toujours évoluer en plus favorable ou moins favorable. Par exemple, le processus du vieillissement en bonne santé de personnes atteintes d'un stade avancé de démence ou de maladie cardiaque, peut s'améliorer si elles ont accès à des soins abordables qui optimisent leurs capacités, et si elles vivent dans un environnement facilitateur. (OMS, P.30)

IV) Les théories sociales relatives au vieillissement

●La théorie du désengagement

Parmi toutes les théories qui ont été élaborées, la théorie du désengagement a suscité le plus d'intérêt. Elle a d'ailleurs contribué à l'élaboration de plusieurs modèles.

Selon cette théorie, le nombre des activités et des rôles sociaux d'un individu diminue, et les liens affectifs qui l'unissent à ses univers sociaux perdent leur intensité à mesure qu'il avance en âge. Ce processus de marginalisation de la personne vieillissante s'effectue sans heurts ni difficultés, car il est perçu comme normal et bénéfique tant par l'individu concerné que par son entourage.

Anne-Marie Guillemard résume ainsi cette théorie : «[...] les auteurs de la théorie du désengagement estiment que le processus normal du vieillissement correspond à un double désengagement inévitable et réciproque.

D'une part, l'individu se retire de la société. D'autre part, la société reprend progressivement à l'individu toutes les responsabilités sociales qui lui étaient auparavant conférées. Une des manifestations de ce désengagement sera la moindre cohésion du réseau des relations sociales dans lequel est inséré le retraité. Cette modification qualitative accompagnera la réduction quantitative des échanges sociaux s'effectuant entre la personne âgée et la société» (Guillemard, 1974, p. 65).

Ce mouvement vers un désengagement progressif doit débiter à l'aube de la vieillesse et toucher la femme tout autant que l'homme. On le dit universel, c'est-à-dire qu'il est caractérisé par certaines régularités dans ses manifestations, quelles que soient les époques ou les sociétés.

Le désengagement est inévitable, disent les auteurs de la théorie, et pour l'individu qui n'est pas encore engagé dans ce processus, il ne s'agit que d'une question de temps.

Le désengagement est dit intrinsèque, c'est-à-dire non exclusivement conditionné par des facteurs exogènes. Une fois amorcé, il a un effet circulaire et progressif.

Une fois connue, la théorie du désengagement provoque de nombreuses controverses. Certains lui reprochent d'être trop universelle. Il n'y a pas qu'une seule façon de vieillir et les événements varient d'un individu à l'autre.

●La théorie de l'activité

Alors que la théorie du désengagement sanctionne l'inactivité, la théorie de l'activité invite au contraire le retraité à trouver des substituts aux rôles sociaux qui lui ont été enlevés. Elle l'invite à suppléer aux rôles perdus par de nouvelles activités, afin de minimiser les effets négatifs de la retraite ou de l'abandon du foyer par les enfants. La vieillesse, «n'est plus considérée comme le temps de l'immobilité [...], mais elle représente le temps privilégié... le temps du perpétuel loisir... Désormais la retraite est le temps de la vitalité et de la participation.» (Guillemard, 1974, p. 71).

En d'autres mots, cette théorie affirme que le bonheur à la retraite est fonction de l'engagement et de la participation du retraité à la vie de la société.

Nul besoin de noter que ce deuxième modèle fonctionnaliste prête le flanc à de nombreuses critiques. Signalons, entre autres, l'étude de Lemon, Bengtson et Peterson (1972), effectuée auprès de résidents d'un village de retraités du sud de la Californie, qui conclut que seules les activités sociales avec les amis sont reliées à la satisfaction dans la vie.

C'est aussi en réaction à la théorie de l'activité que Guillemard (1977) affirme que «Le nouveau discours activiste sur la retraite condamne les classes populaires à un échec tout en invalidant la détermination sociale de cet échec dont les responsabilités sont individualisées. La très faible espérance que ces retraités ont d'actualiser d'autres conduites que la retraite retrait, condamne les retraités des classes populaires à une vieillesse échec.» (Guillemard, 1977, p. 81).

Enfin, Havighurst, Neugarten et Tobin (1975) observent que les théoriciens de l'activité tout autant que les théoriciens du désengagement n'ont pas suffisamment tenu compte de la variable personnalité dans leurs recherches.

●La théorie de la continuité

Plutôt que d'analyser la vieillesse comme une période distincte, selon les rôles que l'individu assume ou n'assume plus, les théoriciens du développement ou de la continuité cherchent à expliquer la grande diversité dans les conduites et dans les attitudes des retraités par le biais de la structure de leur personnalité.

Au-delà des déterminants biologiques, la personnalité de l'individu, disent-ils, est marquée par l'ensemble des expériences et des rôles sociaux que celui-ci assume durant sa vie. Une fois arrivé à l'âge de la retraite, il continue de puiser à ce passé pour s'adapter à sa nouvelle situation. En d'autres mots, bien que plusieurs retraités voient leurs activités diminuer, leurs activités présentes et futures sont dans une très large mesure en continuité avec leur passé.

En résumé, les théories du désengagement, de l'activité et de la continuité ne remettent jamais l'ordre social en cause. Tel que l'a noté Shanas (1971), ces trois groupes de théoriciens sont animés par un même désir: ils cherchent surtout à identifier les mécanismes internes qui régissent la conduite de l'individu vieillissant, et les moyens par lesquels il s'adapte aux nombreux changements. (J.S.Lauzon, 1980, p. 4-5).

Conclusion

La vieillesse est assimilée à la période de vie qui s'écoule après le départ à la retraite. Le vieillissement demeure ainsi une notion multiforme car il résulte essentiellement de la construction sociale et renforcé par l'affaiblissement de la santé et le déclin des organes ce qui influe sur le psychique du sujet âgé. La perte de la jeunesse et le passage à la tranche d'âge avancée qui est le troisième et le quatrième âge plonge la personne âgée dans le deuil de perte de capacités qui à affronter la vie sous l'effet de la fragilité et la dépendance.

Introduction

La dépression est la pathologie psychiatrique du sujet âgé. Elle représente une cause importante de dépendance, son pronostic spontané est marqué par une importante morbidité physique, le risque suicidaire et la chronicité. La dépression retentit de manière importante sur la qualité de vie des sujets. Elle représente aussi un facteur important de coût en matière de dépense de santé physique et mentale. Le sujet déprimé demeure la proie des idées noires telles que les tentatives de suicide, tristesse, embarras, irritabilité.

I).L'approche de la dépression

1)-Définitions de la dépression

- La dépression est un état 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. (M. Yves .et Coll,2006,P.282) .

- 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. (R. Ch.2003.P .91)

- Contrairement à la déprime passagère, la dépression est une profonde détresse qui se maintient pendant plusieurs semaines. Il est donc primordial de bien distinguer la déprime qui n'est en fait qu'une réaction dépressive normale en rapport avec certains événements de la vie. La dépression quant à elle, est une véritable maladie demandant une attention particulière et des traitements adéquats. (Fondation des maladies mentales).

- 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. La dépression ne doit pas être confondue avec une déprime passagère, cela n'est pas le signe d'une faiblesse personnelle ou d'un état passager que l'on est capable de surmonter par sa seule volonté. Les gens qui souffrent d'une dépression sont incapables de "se reprendre" et de guérir par eux-mêmes. Sans traitement leurs symptômes peuvent persister pendant des semaines, des mois, voire des années. Par contre, un traitement approprié permet d'aider la majorité des personnes dépressives. (F,pierre,P.66).

- La dépression est l'un des troubles psychiatriques les plus fréquents. Cependant cette pathologie reste encore bien méconnue en partie parce qu'il s'agit d'une maladie difficile à définir en pratique. En effet, la signification de « dépression » n'est pas la même pour tout le

monde. La représentation psychiatrique de la dépression est définie à partir de symptômes reconnus, mais qui ne concordent pas toujours avec la représentation populaire. Aussi, les classifications utilisées pour le diagnostic de la dépression varient selon les professionnels de santé.

La plupart des professionnels de la santé utilisent le modèle médical pour définir la dépression. Dans ce modèle, le diagnostic est posé sur base de certains symptômes indépendamment des causes qui ont amené l'état dépressif. Les critères généralement utilisés et qui font actuellement autorité en matière de diagnostic psychiatrique, sont définis par l'American Psychiatric Association dans le DSM-IV (Diagnostic Statistical Manual of Mental Health, 4^{ème} édition, 1994) Actuellement, une nouvelle version du DSM-IV est apparue (DSM-IV-TR). Ces versions évoluent assez vite dans le temps. Dans la plupart des études épidémiologiques, les classifications du DSM (DSM-III, DSM-III-R, DSM-IV) sont le plus souvent utilisées. L'autre système de classification couramment utilisé est la Classification Internationale des Maladies relative aux troubles mentaux et du comportement, 10^{ème} révision, développée par l'OMS et publiée en 1992. (E. Kleftaras, 2004, p. 66).

2) Les causes de la dépression

Bien que l'origine exacte de la dépression ne soit pas clairement étayée, l'implication de causes biologiques a été démontrée par diverses études.

Il a été démontré par exemple que les individus avec une dépression majeure ont un dérèglement de certains neurotransmetteurs au niveau cérébral. Les neurotransmetteurs impliqués dans la physiopathologie des épisodes dépressifs majeurs sont principalement la sérotonine, la noradrénaline et la dopamine. Deux constats permettent de mettre en évidence leur implication:

D'une part on a constaté (l'auteur) que les produits agissant sur les systèmes de la sérotonine et de la dopamine avaient un effet antidépresseur. D'autre part, l'arrêt de l'administration de produits sérotonergique et dopaminergique entraîne une dégressivité chez les personnes concernées. Plusieurs syndromes psychiatriques sont à un degré croissant associés à une déficience ou un déséquilibre de la sérotonine : troubles affectifs, schizophrénie, alcoolisme, troubles de personnalité et conditions de l'hyper-agressivité.

Dans les états de dépression sévère et les états suicidaires, le système de sérotonine fonctionne de façon insuffisante. Des études récentes montrent également qu'une réduction de

l'activité dopaminergique chez les patients dépressifs est associée à un comportement suicidaire.

La recherche en neurobiologie a pu mettre en évidence qu'un dérèglement de l'axe hypothalamo-hypophyso-corticosurrénalien (HPA) pourrait être associé directement à la pathologie dépressive .(K. B.Taffourea, ,2002 ,P 13) .

●**Les Facteurs de risque :** La dépression résulterait de l'interaction d'un ensemble de facteurs sociaux et environnementaux, psychologiques, biologiques... On considère ici des facteurs endogènes et exogènes:

●**Facteurs endogènes**

-Facteurs génétiques et biologiques : Lorsqu'on étudie le caractère héréditaire et familial de la dépression, semblerait que chez les parents biologiques du premier degré de sujets dépressifs, le trouble dépressif majeur est 1,5 à 3 fois plus fréquent que dans la population générale, tenant en compte les autres facteurs. Cependant l'environnement dans lequel évolue l'enfant peut aussi influencer la dégressivité. En ce qui concerne les autres causes biologiques, plusieurs travaux ont mis en évidence un dérèglement du fonctionnement des systèmes de sérotonine et de dopamine (voir mécanismes physiopathologiques).

-Facteurs psychologiques

Les aspects biologiques, cognitifs, émotifs et comportementaux du fonctionnement humain sont en constante interaction. Lorsqu'un aspect de ce fonctionnement est perturbé, ceci a un impact sur les autres. Dans une dépression, la personne malade a tendance à voir la réalité de façon plus négative. En retour, cette interprétation négative amplifie les émotions dépressives, et l'ensemble de ces changements influence les comportements (passivité par exemple).

Par ailleurs les tout premiers épisodes de dépression se développent souvent en réaction à un stress : les événements de la vie, la maladie (facteurs sociaux et environnementaux). Les évènements stressants de l'existence, comme le divorce, le décès d'un être cher, la perte d'un emploi sont des facteurs étiologiques de dysfonctionnements psychologiques. Ce n'est pas le cas pour les dépressions ultérieures dans lesquels un stresser n'a plus la même influence pour le déclenchement de la dépression.

Cependant selon la façon de percevoir les choses, les individus ne présentent pas tous la même vulnérabilité face au stress certaines personnes disposent de ressources (psychologiques, sociales, environnementales, matérielles) qui les aident à faire face et surmonter plus facilement les aléas de leur existence.(ibid,p. 14) .

-L'âge et la dépression

D'après de DSM-IV, le trouble dépressif majeur peut débuter à tout âge, l'âge moyen de début se situant autour de 35 ans. La dépression a été classiquement considérée comme une maladie des personnes d'âge moyen et des personnes âgées. Il semblerait que ne soit plus aussi évident actuellement. Une revue de la littérature sur les tendances séculaires de la dépression a mis en évidence une augmentation des taux de dépression majeure dans les cohortes de personnes nées après la Seconde Guerre Mondiale, une diminution de l'âge de survenue et une augmentation des taux de dépression pour tous les âges durant la période de 1960 à 1975. Cependant il est difficile de se prononcer sur une augmentation potentielle de cas de dépression au cours de cette période et actuellement, car certains facteurs confondants entrent en jeu, c'est à cette époque que la psychiatrie a connu de grand progrès.

L'augmentation du nombre total de cas de dépression pourrait être due au fait que l'on soit en mesure de poser des diagnostics plus affinés. La dépression est plus souvent diagnostiquée qu'auparavant. Les personnes plus jeunes ont plus de facilité à verbaliser leur mal-être, à parler de la dépression, ce qui pourrait donner l'impression que la dépression se développe à des âges de plus en plus jeunes. De ce fait on prend de plus en plus conscience de la dépression dans les classes d'âge plus jeunes. Plusieurs théories sont avancées pour expliquer l'évolution de la dépression selon l'âge. L'évolution de la dépression selon l'âge serait due aux différents facteurs qui interviennent au cours de la vie (changement de statut marital, de statut professionnel, du niveau économique...) et qui font qu'à certains moments la vulnérabilité à la dépression est plus importante.

D'autres hypothèses sont également avancées comme :

Les effets de la maturité qui augmente avec l'âge et qui expliquent la diminution parallèle de la survenue de la dépression (par les expériences de la vie acquises, en relativisant les faits de la vie...).

Le déclin physiologique dans les âges avancés qui engendre plusieurs problèmes de santé physique et provoque alors des dépressions secondaires. La dépression est alors

fortement corrélée aux limitations dans les activités quotidiennes et aux incapacités ; Les tendances historiques, la situation d'un pays du point de vue politico-économique, les faits de société engendrent un effet de cohorte dans la survenue des dépressions d'une génération à une autre, les troubles dépressifs sont plus présents.

On pourrait dire que l'évolution de la dépression connaît des variations temporelles qui peuvent être détaillées en effet d'âge, de cohorte et de période. Il n'y a pas encore de modèle conséquent expliquant les différences dans le risque de survenue de la dépression en fonction de l'âge. Les différences peuvent être expliquées par l'effet des autres facteurs variant avec l'âge. L'évolution de la prévalence de la dépression selon l'âge est différente chez les hommes et les femmes. (ibid ,P 15) .

●La différence entre les sexes

La différence entre les sexes, pour la dépression a bien étudiée. Plusieurs études de prévalence ont montraient, que les taux de dépression étaient plus importants chez les femmes que chez les hommes. Les explications données à ce sujet incluent des hypothèses biologique, comportementales et sociologiques. Il est cependant nécessaire souligner que cette différence entre les sexes s'observe uniquement pour les dépressions unipolaires mais pas dans les dépressions bipolaires.

La dépression affecte en moyenne deux fois Plus les femmes que les hommes, facteurs spécifiques la vie de femme, semblent jouer un rôle dans le développement d'une dépression facteurs hormonaux, d'autres facteurs biologiques et caractéristiques psychologiques. Pour l'instant les causes spécifiques de la dépression chez les femmes muent incertaines.

Il est admis que les hormones ont un effet sur le corps. Des émotions de l'humeur. Les événements reproductifs chez la femme incluent le cycle mensuel. La grossesse la période post-partum. L'infertilité, la ménopause et parfois la décision de ne pas avoir d'enfants. Ces évènements entraînent des fluctuations de l'humeur qui chez certains femmes peuvent provoquer des dépressions. La dépression du post-partum est le plus fréquemment évoquée. Il faut dire, l'incidence de la dépression du postpartum se situe entre 10 et 15%. La dépression du post-partum apparait dans les six mois après l'accouchement. Elle est de nature atypique ou masquer par des Symptômes physique, mais peut être traitée par antidépresseurs. La différence entre sexes s'observe également en ce qui concerne la persistance des symptômes de la dépression. Les femmes exprimèrent plus la chronicité de la dépression que les hommes,

cette différence peut être partiellement expliquée par la différence entre les sexes pour l'emploi, l'éducation et le statut marital. Le risque relatif d'avoir une dépression persistante chez les femmes par rapport aux hommes est de 2,2. Après correction sur la sévérité de la dépression et les caractéristiques sociodémographiques. Ce risque est réduit à 1,37%. Des recherches indiquent que les rôles tenus par l'homme et par la femme varient d'une culture à une autre et ceci constitue un déterminant significatif de l'importance (ordre de grandeur, du risque relatif pour la dépression selon le sexe.

Les femmes sont plus influencées par les conditions relatives à la famille alors que les hommes sont plus sensibles aux circonstances relatives à l'emploi. Néanmoins les études multicentriques réalisées dans différents pays montrent que le risque de dépression est toujours plus élevé chez les femmes que chez les hommes. Quel que soit le milieu culturel et que cette différence est persistante dans le temps. En ce qui concerne les caractéristiques de la dépression chez les hommes, certains patients montrent les symptômes classiques de dépression. Tandis que d'autres ont tendance à les cacher. Dans la culture occidentale, la douleur émotionnelle est quelque chose que les hommes sont supposés surmonter. La dépression se révèle souvent par d'autres symptômes comme l'abus d'alcool, de drogues et le comportement anti social. Le taux élevé de suicide chez les patients hommes démontre la capacité de certains hommes à exprimer tragiquement l'aggravation de leur dépression. La dépression chez les hommes semble plus néfaste à leur survie que chez les femmes. Ceci est surtout lié aux méthodes utilisées qui sont fatales (pendaison, armes à feu..) la méthode utilisée chez les femmes étant majoritairement l'empoisonnement. On pourrait s'interroger alors sur les critères diagnostics généralement utilisés se basant sur certains symptômes, ne seraient-ils pas adaptés plutôt à la dépression généralement observée chez les femmes ? Ceci pourrait aussi expliquer en partie les taux élevés de dépression que l'on observe chez elles.(ibid,p,17).

On pourrait supposer également que les taux importants de suicide chez les hommes dissimulent des taux de dépressions plus élevés. Ceci pourrait s'expliquer d'une part en raison de la difficulté de parler de leurs problèmes psychiques et de mal-être, d'autre part en raison d'un diagnostic souvent faussé par la manifestation d'autres troubles cachant réellement les symptômes dépressifs (Alcoolisme, toxicomanie, violence ou d'autres symptômes physiques) Les femmes semblent évoquer plus facilement leurs symptômes que les hommes. Les patients Présentant des symptômes particuliers comme le désespoir, la perte pondérale et les troubles

cognitifs. Se montrent également plus disposés à parler de leurs problèmes. En revanche, les patients toxicomanes ou alcooliques sont moins ouverts à cet égard.

De par ces remarques, on peut dire que la dépression chez les hommes doit être particulièrement considérée dans les programmes de prévention et de prise en charge. (Ibid, P.18).

- **Facteurs exogènes**

- **Les facteurs sociaux et environnementaux**

Le chômage peut provoquer la survenue de symptômes dépressifs à cause des difficultés financières qui en découlent, de l'isolement et d'une perte de la reconnaissance personnelle. Un niveau d'instruction bas est aussi associé à une augmentation des symptômes dépressifs. Le stress engendré par les événements de la vie, des conditions de vie et de travail difficiles sont responsables de dysfonctionnement psychologiques qui augmente le risque de survenue de la dépression. Le statut marital influence significativement le taux de dépression majeure d'une manière générale, les personnes en situation de divorce, de séparation ou de veuvage connaissent plus de dépressions que les personnes vivant en couple et les célibataires. Le support et l'interaction sociale, l'emploi, la stabilité dans les relations familiales et de couple sont par contre des facteurs protecteurs par rapport à la dépression. Certaines maladies, comme le cancer, le diabète, les démences, l'hypothyroïdie, les problèmes de santé touchant à l'autonomie fonctionnelle sont dépressogènes. C'est la douleur physique (notamment due au cancer) qui jouerait un rôle causal dans la survenue de la dépression. La dépression elle-même serait un facteur de risque pour certaines maladies physiques, comme l'infarctus du myocarde. Il existe aussi une comorbidité entre la dépression et certaines pathologies physiques et/ou troubles psychiatriques (cancer, maladies cardiovasculaires, anxiété, alcoolisme, toxicomanie).

L'association à une autre maladie dans ce cas-ci influence le pronostic de la dépression en augmentant la mortalité chez les personnes ayant une dépression par rapport à la population générale. (ibid,p.18) .

3) Les symptômes de la dépression

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.(ibid,19) .

●**Symptômes somato-instinctuels** : Ils sont quasi constants, à la condition de les rechercher, d'intensité souvent variable au cours du nycthémère. 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.

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.

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 hypergénéralisée indique la présence de symptômes maniaques qui témoignent d'une lutte vaine contre la dépression.

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

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.

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) .

● **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 (sitiophobie), 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 troubles des conduites peuvent prendre une allure psychopathique (kleptomanie, exhibition, hétéro agressivité et violence), la dynamique inconsciente étant la recherche d'un blâme, d'une punition dans une perspective expiatoire. (W.de carvalho ,D .cohen 2003 P.73) .

4) Instruments de mesure de la dépression

Une grande variété d'instruments de mesure ont été développés. Elles se basent sur les classifications déterminant les critères des problèmes de santé mentale et de dépression plus précisément. On distingue plusieurs types d'instruments de mesure : qui servent à prendre en compte une seule ou plusieurs dimensions de la psychopathologie étudiée (dimension cognitive, comportementale, etc.) et est souvent appelée échelle psychiatrique. Il existe deux types d'échelles : l'une basée sur la sévérité des symptômes et l'autre sur leur évolution. Les échelles psychiatriques se présentent généralement sous la forme d'un questionnaire composé de questions courtes (auto-administrées ou non).

Pour la dépression, ces échelles se réfèrent aux symptômes observés. On attribue aux réponses des valeurs numériques, qui additionnées permettent de calculer un score. Chaque échelle a une étendue de valeur pour le score. ([www. Inpes.Santé .fr](http://www.Inpes.Santé.fr)).

5) Les classifications de la dépression

●La dépression selon le DSM-V

Les troubles dépressifs comportent :

- Le trouble disruptif avec dysrégulation émotionnelle.
- Le trouble dépressif caractérisé (incluant l'épisode dépressif caractérisé).

- Le trouble dépressif persistant (dysthymie).
- Le trouble dysphorique prémenstruel trouble dépressif induit par une substance/un médicament.
- Le trouble dépressif dû a une autre affection médicale.
- Le trouble dépressif autre spécifié.
- Le trouble dépressif non spécifié.

A la différence du DSM-IV, ce chapitre « troubles dépressifs » a été séparé du chapitre précédent « troubles bipolaires ». La caractéristique commune de tous ces troubles est la présence d'une humeur triste, vide ou irritable, accompagnée d'une modification somatique et cognitive qui perturbe significativement les capacités de fonctionnement de l'individu. Ces troubles se différencient entre eux par leur durée, leur chronologie et leurs étiologies présumées.(DSM-V).

1)-Trouble disruptif avec dysrégulation émotionnelle : les critères diagnostiques sont :

A- Crise de colère sévère récurrente se manifestant verbalement (p.ex. accès de fureur verbale) et/ou dans le comportement (p.ex. agressivité physique envers des personnes ou des objets) qui sont nettement hors de proportion en intensité et en durée avec la situation ou la provocation.

B- Les crises de colère ne correspondent pas au niveau du développement.

C- Les crises de colère surviennent, au moyenne, trois fois par semaine ou plus.

D-L'humeur entre les crises de colère est de façon persistant irritable ou colérique quasiment toute la journée, presque tous les jours, et elle peut être observée par les autres (p.ex. parent, professeurs, pairs).

E-Les critères A-D sont présents depuis 12 mois ou plus. Pendant ce temps, la personne n'a pas eu de période d'une durée de 3 mois consécutifs ou plus sans tous les symptômes des critères A-D.

F- Les critères A et D sont présents dans ou moins deux parmi trois situations (c'est-à-dire à la maison, à l'école, avec les pairs) et sont sévère dans ou moins une de ces situations.(Ibid,p,220).

G- Le diagnostique ne doit pas être porté pour la première fois avant l'âge de 6 ans ou après l'âge de 18 ans.

H- D'après l'anamnèse ou l'observation, l'âge de début des critères A-E est inférieure à 10 ans

I-II n'y a jamais eu une période distincte de plus d'une journée pendant laquelle ont été réunis tous les critères symptomatiques, à l'exception de la durée d'un épisode maniaque ou hypomaniaque.

2)-Trouble dépressif caractérisé : les critères diagnostiques sont :

A-Au mois cinq de symptômes suivant sont présents pendant une même période d'une durée de 2 semaines et présentes un changement par rapport au fonctionnement antérieur, au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir.(ibid ,p,222).

Ne pas inclure les symptômes qui sont clairement imputable à une autre affection médicale.

1-Humeur dépressive présente quasiment toute la journée, presque tout les jours, signalée par la personne (p.ex. se sent triste, vide, sans espoir) ou observée par les autres (p.ex. pleure)

2-Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités quasiment toute la journée, presque tous les jours (signalée par la personne ou observée par les autres).

3-Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime (p.ex. modification du poids corporel excédant 5% en un mois) ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours.

4-Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.

5-Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constaté par les autres, non limité à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement).

6-Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.

7-Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inapproprié (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se reprocher ou se sentir coupable d'être malade.

8-Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision, presque tous les jours (signalée par la personne ou observée par les autres).

9-Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis, tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

B- Les symptômes induisent une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement sociale, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

C-L'épisode n'est pas imputable aux effets physiologique d'une substance ou à une autre affection médicales.

N.B. Les critères A-C définissent un épisode dépressif caractérisé.

D- La survenue de l'épisode dépressif caractérisé n'est pas mieux expliquée par un trouble schizo-affectif, une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant ou d'autres troubles spécifiés ou non spécifiés du spectre de la schizophrénie, ou d'autres troubles psychotiques.

E- Il y'a jamais eu auparavant d'épisode maniaque ou hypomaniaque.

N.B. Cette exclusion ne s'applique pas si tous les épisodes de type maniaque ou hypomaniaque sont imputables à des substances ou aux effets psychotiques d'une autre pathologie médicale.(ibid,p,224).

3)-Trouble dépressif persistant (dysthymie)

A-Humeur dépressive présente quasiment toute la journée, plus d'un jour sur deux, signalée par la personne ou observée par les autres, pendant au moins 2 ans.

N.B. Chez les enfants et les adolescents, l'humeur peut être irritable et la durée doit être d'un au moins 1 an.

B-Quand le sujet est déprimé, il présente au moins deux des symptômes suivants :

- 1-Perte d'appétit ou hyperphagie.
- 2-Insomnie ou hypersomnie.
- 3-Baisse d'énergie ou fatigue.
- 4-Faible estime de soi.

5-Difficultés de concentration ou difficulté à prendre des décisions.

6-Sentiments de perte d'espoir.

C- Au cours de la période de 2 ans (1 an pour les enfants et adolescents) de perturbation thymique, la personne n'a jamais eu de période de plus de 2 mois consécutifs sans présenter les symptômes des critères A et B.

D- Les critères de trouble dépressif caractérisé peuvent être présents d'une manière continue pendant 2 ans.

E- Il n'y a jamais eu d'épisode maniaque ou hypomaniaque, et les critères de trouble cyclothymique n'ont jamais été réunis.

F- Le trouble n'est mieux expliqué par un trouble schizoaffectif persistant, une schizophrénie, un trouble délirant, un trouble spécifié ou non spécifié du spectre de la schizophrénie, ou un autre trouble psychotique.

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

H- Les symptômes entraînent une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement sociale ou dans d'autres domaines importants.

4)-Trouble dépressif induit par une substance/un médicament : les critères diagnostiques sont :

A- Une perturbation thymique au premier plan et persistante domine le tableau clinique et est caractérisée par une humeur dépressive ou une diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes, ou presque toutes les activités.

B- Les antécédents, l'examen physique ou les résultats des examens complémentaires montrent clairement la présence de (1) et de (2) à la fois :

1-Les symptômes du critère A se sont développés pendant ou peut après une intoxication par une substance ou un sevrage ou après l'exposition à un médicament.

2-La substance/ le médicament en question est capable d'induire les symptômes du critère A.

C-La perturbation n'est pas mieux expliquée par un trouble dépressif non induit par une substance/ le médicament. Les éléments suivants sont à prendre en compte pour montrer que les symptômes ne sont pas mieux expliqués par un trouble dépressif indépendant :

La survenue des symptômes a précédé le début de la prise de la substance/ du médicament, les symptômes ont persisté pendant une période de temps conséquente (p.ex. environ 1 mois) après la fin d'un sevrage aiguë ou d'une intoxication grave, ou bien, d'autres signes évoquent l'existence indépendante d'un trouble dépressif indépendant non induit par une substance / un médicament (p.ex. des antécédents d'épisodes dépressifs récurrents non induit par une substance/ un médicament).(ibid,p,227).

D- La perturbation ne survient pas uniquement au décours d'un état confusionnel (délirium).

E- Les symptômes entraînent une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

NB : Ce diagnostic doit être porté à la place de celui d'une intoxication par une substance ou du sevrage d'une substance, uniquement lorsque les symptômes du critère A dominent nettement le tableau clinique et lorsque sont suffisamment graves pour justifier une prise en charge clinique.

5)-Trouble dépressif dû à une autre affection médicale : les critères diagnostiques sont :

A-Période prononcée et persistante pendant laquelle une humeur dépressive ou une diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités, domine le tableau clinique.

B- Les antécédents, l'examen physique ou les examens complémentaires montrent clairement que la perturbation est la conséquence physiopathologique directe d'une autre affection médicale.

C- La perturbation n'est pas mieux expliquée par un autre trouble mental (p.ex. Un trouble de l'adaptation avec humeur dépressive en réponse au stress lié à une affection médicale grave).

D- La perturbation ne survient pas uniquement au décours d'un état confusionnel (délirium).

E-Les symptômes entraînent une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

6)-Autre trouble dépressif spécifié : Cette catégorie comprend des tableaux cliniques où prédominent des symptômes caractéristiques d'un trouble dépressif qui provoquent une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants mais qui ne remplissent complètement les critères d'aucune classe diagnostique de trouble dépressif. La catégorie « autre trouble dépressif spécifié » est utilisée dans les situations où le clinicien choisit de donner la raison spécifique pour laquelle le trouble remplit les critères d'aucun trouble dépressif spécifique. Cela se fait en notant « autre trouble dépressif spécifié » suivi de la raison spécifique (p.ex. « Épisode dépressif de courte durée »). (ibid, p, 227).

Des exemples de troubles pour lesquels pour être utilisée la classification d' « autre trouble dépressif spécifié » figurent ci-dessous :

- 1. Dépression récurrente brève :** présence simultanée d'une humeur dépressive et d'au moins quatre autres symptômes dépressifs pendant 2 à 13 jours au moins une fois par mois (non associé au cycle menstruel) pendant au moins 12 mois consécutifs chez une personne qui n'a jamais présenté un tableau clinique répondant aux critères d'un autre trouble dépressif ou d'un trouble bipolaire et qui ne répond pas actuellement aux critères (complets ou résiduels) d'un trouble psychotique.
- 2. Episode dépressif de courte durée (4 - 13 jours) :** présence d'un affect dépressif et d'au moins quatre des huit autres symptômes d'un épisode dépressif caractérisé associé à une détresse ou un handicap cliniquement significatifs et persistent pendant plus de 4 jours, mais moins de 14 jours, chez une personne qui n'a jamais présenté un tableau clinique répondant aux critères d'un autre trouble dépressif ou d'un trouble bipolaire et qui ne répond pas actuellement aux critères (complets ou résiduels) d'un trouble psychotique ni à ceux d'une dépression récurrente brève.
- 3. Episode dépressif avec symptômes insuffisants :** présence d'un affect dépressif et d'au moins un des huit autres symptômes d'un épisode dépressif caractérisé et associé à une détresse ou à un handicap cliniquement significatifs et persistants pendant au moins 2 semaines chez un sujet qui n'a jamais un tableau répondant aux critères d'un autre trouble dépressif ou d'un trouble bipolaire et qui ne répond pas actuellement aux

critères (complets ou résiduels) d'un trouble psychotique ni à ceux d'un trouble mixte anxiété-dépression.(ibid,p,229).

7)-Le trouble dépressif non spécifié

Cette catégorie comprend des tableaux cliniques ou prédominant des symptômes caractéristiques d'un trouble dépressif qui provoquent une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants mais qui ne répondent complètement aux critères d'une classe diagnostique de trouble dépressif. La catégorie « trouble dépressif non spécifié » est utilisée dans les situations où le clinicien choisit de ne pas spécifier la raison pour laquelle les critères ne correspondent pas à un trouble dépressif spécifique, et inclut les troubles pour lesquels les informations sont insuffisantes pour porter un diagnostic plus spécifique (p.ex. dans les services d'urgence).

• Selon la CIM-10

Dans la Classification Internationale des Maladies (CIM-10), les troubles de l'humeur regroupent l'épisode maniaque, le trouble bipolaire, l'épisode dépressif, le trouble dépressif récurrent, les troubles de l'humeur persistents, les troubles de l'humeur non spécifiés.

Nous n'allons pas aborder les épisodes maniaques et le trouble bipolaire bien que ce soient des troubles fréquents également, mais nous intéresser plus particulièrement aux épisodes et troubles dépressifs ne présentant pas d'épisode maniaque.

Les épisodes dépressifs sont repris sous les rubriques suivantes :

F32 : Episodes dépressifs .

F32.0 : Episode dépressif léger.

F32.1 : Episode dépressif modéré.

F32.2 : Episode dépressif sévère sans symptômes psychotiques.

F32.3 : Episode dépressif sévère avec symptômes psychotiques.

F32.8 :Autres épisodes dépressifs.

F32.9 : Episodes dépressifs non spécifiés.

F33 : Trouble dépressif récurrent .

F33.0 : Trouble dépressif récurrent, épisode léger .

F33.1 : Trouble dépressif récurrent, épisode modéré.

F33.2 : Trouble dépressif récurrent, épisode sévère sans symptômes psychotiques.

F33.3 : Trouble dépressif récurrent, épisode sévère avec symptômes psychotiques.

F33.4 : Trouble dépressif récurrent, en rémission

- F33.8** : Autres troubles dépressifs récurrents
F33.9 : Troubles dépressifs récurrents non spécifiés
F34 : Troubles de l'humeur persistants
F34.0 : Cyclothymie
F34.1 : Dysthymie
F34.8 : Autre troubles de l'humeur persistants
F34.9 : Troubles de l'humeur persistants, non spécifiés
F38 : Autres troubles de l'humeur
F39 : Troubles de l'humeur non spécifiés.

(Classification internationale des maladies CIM10) .

● **Correspondance du DSM-IV avec la CIM-10**

Puisque les correspondances du DSM-V avec la CIM-10 (dont on n'a pas accès a défaut de données), on a utilisé les données disponibles concernant la correspondance entre le DSM-IV et celles de la CIM-10 .Les experts qui ont préparé la CIM-10 et le DSM-IV ont travaillé en collaboration permettant ainsi d'augmenter la concordance entre les deux systèmes. Les codes et les termes utilisés dans le DSM-IV sont compatibles avec ceux de la CIM-10.Afin d'augmenter la spécificité du diagnostic, d'aider au choix du traitement ou d'améliorer les prévisions pronostiques, un certain nombre de spécifications sont proposées dans le DSM-IV. Pour les troubles dépressifs majeurs, les spécifications suivantes sont utilisées : L'épisode dépressif majeur peut être :

Léger, moyen, sévère sans caractéristiques psychotiques, sévère avec caractéristiques psychotiques, en rémission partielle ,en rémission complète ,chronique .

Avec caractère saisonnier : la dépression saisonnière aurait un rapport avec la quantité de lumière que reçoit une personne. Les symptômes rencontrés sont le manque d'énergie, la fatigue, augmentation de l'appétit lorsque les jours deviennent plus courts et sans soleil .

Avec caractéristiques catatoniques : troubles psychomoteurs majeurs, stupeur, agitation...

Avec caractéristiques mélancoliques : autrefois appelés « d'origine endogène » avec la nécessité du recours à un traitement médicamenteux ; - Avec caractéristiques atypiques ;

Avec début lors du post-partum : survient généralement chez la femme plusieurs semaines voire plusieurs mois après l'accouchement. En ce qui concerne la dépression, les

critères diagnostics de la CIM-10 sont composés de dix symptômes. Les seuils de sévérité de l'épisode sont déterminés par la présence d'un certain nombre de symptômes. La différence avec le DSM-IV est que la CIM-10 propose une série de critères indépendants pour chaque degré de sévérité (léger, moyen, sévère) d'un épisode dépressif majeur.

Une autre différence entre le DSM-IV et la CIM-10 concerne les symptômes nécessaires à observer pour parler de dépression : avec le DSM-IV il est nécessaire d'observer une « humeur dépressive » et une « perte d'intérêt et de plaisir ». Avec la CIM-10, en plus des deux symptômes précédents, un symptôme supplémentaire est pris en compte : « réduction d'énergie et augmentation de la fatigabilité ».

On constate que généralement la personne dépressive en consultation parle plus facilement de la fatigue ressentie que des autres symptômes d'ordre psychique. Il pourrait donc y avoir un risque de non-reconnaissance de la dépression si la fatigue ne fait pas partie des symptômes recherchés lors du diagnostic. Ceci pencherait en faveur de la CIM-10. Néanmoins il est nécessaire de souligner le fait que même si l'augmentation de la fatigabilité est fréquemment mise en avant par les patients dépressifs, il s'agit également d'un des symptômes des moins spécifiques de la dépression.

En résumé, on pourrait dire que les classifications utilisées sont essentiellement la classification DSM ainsi que la CIM-10. Leur objectif est essentiellement le diagnostic de la dépression en clinique. Ces deux systèmes sont très proches par les différents critères nécessaires pour poser le diagnostic de la dépression. Dans les études épidémiologiques, bien qu'elles existent, les différences dans les résultats basées sur le choix du système de classification (DSM-IV ou CIM-10) ne sont pas très importantes, ce sont plutôt les instruments de mesures qui feront la différence. Il est donc nécessaire de s'intéresser davantage à cet aspect.(G. kleftara,2004 ,p .43.45)

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. (E. 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, mais les résultats ne sont pas clairs. Dans certains pays comme le Québec par exemple, on possède peu de données sur la prévalence de la dépression chez les personnes âgées et de son association avec les relations sociales. Peu d'études ont examiné le rôle des relations sociales sur l'utilisation des services de santé par les personnes âgées déprimées.

II) Les théories étiopathogéniques de la dépression

•Les théories biologiques

Les théories biologiques se sont amplifiées à partir des années 1980, avec l'avènement des techniques biologiques moléculaires, qui permettent d'étudier les génomes de façon beaucoup plus poussée qu'auparavant. Enfin, les méthodes d'imagerie ont plus récemment ouvert de nouvelles pistes sur les dérèglements cérébraux liés à la dépression. De nombreux auteurs ont émis l'hypothèse d'un déficit dans la transmission de l'influx nerveux utilisant comme médiateur la noradrénaline, la sérotonine ou la dopamine dans la dépression. Ces neurotransmetteurs sont libérés dans les synapses, l'espace en communique les neurones entre eux. Ils sont en suite en partie recaptés par les neurones d'origine.(B. Grenger.2004.P.47).

•La théorie psychanalytique

La théorie psychanalytique de la dépression a été exposée par Freud dans « deuil et mélancolie » en 1916 ; alors que K. Abraham, travaillait aussi sur ce sujet. Pour Freud, la mélancolie est bien le deuil d'un objet perdu, même si ce dernier n'est pas consciemment repérable. Mais, à la différence de ce qui se passe dans le deuil normal qui se résout par un déplacement de la libido vers de nouveaux objets, celle-ci se replie sur le Moi du mélancolique. Une partie du Moi, identifiée à l'objet perdu, est dès lors en butte à la critique de l'autre partie du Moi. L'état maniaque est conçu par Freud comme une défense contre la perte d'objet, par la recherche désordonnée de nouveaux objets à investir. (B. Guy,2005,P.57)

•La théorie cognitive

La théorie cognitive la plus élaborée est celle de Beck(1974).La dépression résulte, dans cette optique, d'une interprétation systématiquement négative des perceptions, du fait de la rigidité des structures cognitives du déprimé. Ce dernier s'attribue la responsabilité des événements considérés comme négatifs, et devient avec le temps convaincu que l'amélioration de son état est impossible. L'approche cognitive s'intéresse surtout au développement de l'intelligence et des processus cognitifs tels que la perception, la mémoire et la pensée, ainsi qu'aux comportements qui en résultent. Parmi les théoriciens qui appartiennent à cette approche, Jean Piaget a eu une influence déterminante sur la compréhension de l'intelligence du jeune enfant. De son côté, Lev Vygotsky s'est également intéressé au développement cognitif des enfants, mais en situant les apprentissages dans un contexte socioculturel. Enfin,

la faculté du traitement de l'information s'intéresse particulièrement aux processus impliqués dans la captation et dans la rétention de l'information. (ibid ,P ,57)

- **La théorie ethno-psychiatrique**

Elle met l'accent sur les expressions différentes de la dépression selon la culture à laquelle le patient appartient. Cette approche a permis de voir que dans les cultures non occidentales le vécu dépressif peut revêtir une forme déconcertante aux occidentaux, la persécution. Ce constat amène à envisager des caractéristiques différentes dans l'organisation de la personnalité, en rapport elle-même avec les caractéristiques familiales, sociales et religieuses de la culture considérée. (E. Lewin, 2000, P. 95)

- **Les théories événementielles**

Elles font appel à la notion d'homéostasie du sujet avec le milieu et à la notion de réaction du sujet qui, lors d'un événement, réagit pour recouvrer un nouvel équilibre satisfaisant avec l'environnement. Des études ont reconnu des facteurs, représentant des événements précoces dans la vie du sujet, telle que la perte d'un parent (sans personne de substitution qui serait un facteur de protection) qui le fragilise et le rend d'avantage vulnérable à la dépression à l'âge adulte. Des facteurs représentant des éléments environnementaux ou somatiques, tardifs, précédents de quelques mois la rupture dépressive. (M. Ferreriet et al ,2003, P . 20)

III) Dépression et pathologies

- **Mélancolie**

L'épisode mélancolique est une psychose aiguë associant : dépression de l'humeur, inhibition motrice, ralentissement idéique, perturbation des fonctions organiques et végétatives. (Darcourt. J,1983,P.202) .

- **Mélancolies délirantes**

Le potentiel suicidaire y est toujours élevé. On distingue les formes avec idées délirantes congruentes à l'humeur (ou catathymiques) et celles avec idées délirantes non congruentes. La clinique anglo-saxonne propose la même dichotomie en séparant psychotique dépression et paranoïde dépression. La distinction formelle entre idées délirantes congruentes ou non à l'humeur peut parfois être délicate à établir, en particulier dans certaines cultures.

Les caractéristiques générales des idées délirantes congruentes à l'humeur ont été décrites par Seglas : leur tonalité affective est pénible ; elles sont monotones, pauvres en contenus idéiques, passives, divergentes ou centrifuges (c'est-à-dire progressivement étendues à l'entourage et à l'ambiance) ; elles exagèrent volontiers des événements passés ou à venir ; elles peuvent apparaître sous-tendues par des phénomènes hallucinatoires de tous types (sensoriels, intrapsychiques, psychomoteurs), par des illusions délirantes ou des interprétations floues.

Idées de culpabilité : faute, péché, souillure avec remords, indignité, auto-accusation et attente d'un châtement (expiation, incurabilité, damnation ou immortalité douloureuse) . (ibid P.70)

● **Formes anxieuses** : Certains états dépressifs débutent ou associent des attaques de panique qui peuvent rendre le diagnostic délicat.

-**Les syndromes anxio-dépressifs** : la symptomatologie est mixte, le plus souvent d'intensité moyenne. La responsabilité d'événements intercurrents précipitant est évoquée. La réponse aux antidépresseurs tricycliques pourrait être limitée ; de plus un fort pourcentage de ces malades est placebo-répondeur. Les IMAO seraient une alternative intéressante, en particulier si une sensibilité interpersonnelle élevée et des comportements d'évitements phobiques sont associés à l'anxiété. C'est également dans ces formes stables d'intensité modérée que les psychothérapies dynamiques ou cognitives trouvent de bonnes indications. (Darcourt. J,1983,P.204).

-**La mélancolie anxieuse** : Ce tableau se caractérise par la prépondérance de l'agitation anxieuse, d'où le qualificatif de mélancolie agitée. Les idées suicidaires sont pratiquement constantes, les raptus autoagressifs fréquents. C'est dans ce cadre que l'on rencontre les fugues mélancoliques, généralement amnésiques, sous-tendues par des moments d'angoisse extrême. Ces formes résistent volontiers aux chimiothérapies antidépressives. Certains auteurs préconisent l'utilisation d'emblée des électroconvulsions .(ibid)

● **Formes stuporeuses**

L'inhibition et le ralentissement psychomoteur y sont à leur paroxysme : le malade reste immobile, il ne parle ni ne mange, ne fait aucun mouvement. Son visage est figé dans une expression de douleur et de désespoir. Le pronostic vital peut parfois être engagé par le refus d'aliments et de boissons. Prostration, stupeur et mutisme peuvent s'associer à la catalepsie (maintien d'attitudes imposées) réalisant alors un tableau pseudocatonique. Le

suicide est toujours possible au cours d'un raptus. La prescription des ECT en première intention est classique.(ibid)

-« Atypical dépression »ou dépression atypique

De nombreux déprimés présentent des particularités sémiologiques que les Anglo-Saxons résumant par l'expression « renversement végétatif » : appétit accru ou prise de poids, hypersomnie. Fatigabilité avec lourdeur des membres et sensation de pseudoparalysie, sensibilité au rejet, hyperréactivité sont aussi caractéristiques. La composante anxieuse peut être importante. Outre l'originalité clinique de ces dépressions dites atypiques par les auteurs anglo-saxons, certaines études ont montré une efficacité spécifique des IMAO dont la prescription en première intention peut donc être légitime. (P.Bernarge .et coll.P.183) .

-Dépression psychasthénique

L'accentuation de traits morbides psychasthéniques confère à l'état dépressif une tonalité particulière marquée par l'importance de l'inhibition psychique et de la procrastination. L'individualisation de cette forme clinique est discutable. Les antidépresseurs stimulants, en particulier IMAO, sont particulièrement indiqués. (ibid)

-Dépressions brèves récurrentes

Cette forme clinique a été récemment individualisée à la suite des travaux de Montgomery , et Angst. Le premier a décrit à partir d'une étude de suivi de patients ayant fait une tentative de suicide la survenue de périodes dépressives intenses, brèves et répétées : il a qualifié ce tableau de « dépression intermittente de trois jours » . De son côté, Angst au cours d'une étude prospective dans la population générale du canton de Zurich, a mis en évidence la fréquence de moments dépressifs itératifs de courte durée, qui ne réunissent pas les critères définissant un épisode dépressif majeur au sens du DSM-III-R. Ce trouble engendre davantage de tentatives de suicide que les dépressions unipolaires et sa prévalence dans la population générale semble assez élevée. Ces malades étaient jusque-là considérés comme atteints de troubles névrotiques avec des difficultés relationnelles liées à une dimension conflictuelle de la personnalité. Ces dépressions brèves récurrentes répondraient mieux aux antidépresseurs stimulants. (F .kacha, P.82).

-Dépression saisonnière

Ces dépressions sont volontiers caractérisées par quelques symptômes : appétit augmenté, (fringales sucrées), prise de poids, hypersomnie, asthénie, tendance au repli sur soi. Il s'agit de patients présentant plus spécifiquement des épisodes dépressifs en hiver. L'hypothèse d'un lien avec le raccourcissement de la durée d'ensoleillement a été évoquée. Les phénomènes d'avance et de retard de phase pourraient être corrélés à ce trouble. Les implications thérapeutiques sont le recours à la luxthérapie ou à la mélatonine. (ibid ,P.85)

-États mixtes

La coexistence de symptômes dépressifs et d'excitation maniaque génère une sémiologie très variable avec toutes les formes de transition de la manie à la mélancolie. Kraepelin distinguait six variétés : la dépression avec fuite des idées, la mélancolie agitée, la stupeur avec des éléments maniaques (dont le tableau est proche de la mélancolie souriante), la manie improductive, la manie dépressive, la manie akinétique. Rares, ils imposent d'éliminer un mode d'entrée dans la schizophrénie ou une pathologie organique souvent associée. Ces états sont une bonne indication d'électroconvulsions. (P. André ,P . 57).

-Dépressions hostiles

Chez certains sujets déprimés les troubles du caractère avec modification nette des traits de personnalité favorisent l'apparition d'une hyperréactivité, voire d'une agressivité avec hyper-irritabilité. La reconnaissance d'un syndrome dépressif n'est pas toujours facile, ce qui retarde le traitement et égare parfois le diagnostic en pénalisant le sujet dans son milieu professionnel, social, familial, affectif. (J .prouff et all.P .219).

●Formes cliniques en fonction du terrain**- Influence de l'âge sur la symptomatologie**

La dépression peut apparaître comme étant dans la continuité des troubles de l'adolescence en raison de la fréquence des anomalies des conduites révélatrices d'une maladie dépressive. Ceux-ci peuvent survenir en l'absence de trouble de la personnalité : ils doivent néanmoins faire discuter une organisation limite ou psychopathique de la personnalité. Ces patients sont souvent difficiles à traiter du fait d'une observance thérapeutique médiocre. Les formes de dépression dite atypique (au sens français) sont fréquentes chez l'adulte jeune ; angoisses profondes souvent an idéiques, idées floues et mal systématisées, état d'excitation

avec bizarreries, dysphorie, retrait affectif, froideur, réticence sont autant de signes qui font discuter un trouble schizo-affectif ou un mode d'entrée dans une schizophrénie chronique. Des conduites hétéro- ou auto-agressives doivent toujours être redoutées. Le devenir à moyen terme de ces jeunes déprimés rejoint pour une part celui des maniaco-dépressifs mais inaugure également une entrée dans la schizophrénie pour l'autre part. (ibid .P 222) .

-À la cinquantaine

Les dépressions survenant autour de l'âge de 50 ans chez les femmes, 60-65 ans chez les hommes ont fait l'objet de nombreux travaux. Elles ont été décrites sous le terme de mélancolie d'involution par Kraepelin (involution devant s'entendre au sens d'involution physiologique). La sémiologie de ces états dépressifs est dominée par l'agitation anxieuse, par des préoccupations hypocondriaques, et par la fréquence des thèmes délirants de culpabilité et d'indignité voire de négation d'organe, parfois de jalousie et de persécution. La personnalité sous-jacente montre fréquemment une saturation en termes obsessionnels. Cette forme clinique est contestée dans la mesure où cette entité apparaît artificielle d'un point de vue nosographique. (A. Ehrenberg, P.33).

-Le sujet âgé

La dépression constitue une pathologie grave par sa fréquence, son pronostic, ses implications et ses rapports avec les maladies chroniques, l'inactivité, les deuils répétés, le vieillissement et la mort. Le taux de suicides chez les hommes de 85 ans est treize fois plus élevé que chez les hommes de 20 ans, et le rapport tentative de suicide/suicide approche 1 contre 7 chez l'adulte jeune. Cliniquement, on rencontre plus fréquemment qu'à d'autres âges des tableaux de dépressions masquées (réactions caractérielles, alcoolisation, plaintes somatiques, troubles fonctionnels), des mélancolies anxieuses ou agitées qui vont conduire à des formes confusionnelles et des formes pseudodéméntielles de dépression où les éléments régressifs parfois massifs, en imposent pour une véritable démence. Les rapports entre dépression et démence sont complexes. On peut schématiquement distinguer quatre cas de figure :

La dépression inaugurant la découverte d'une démence lentement évolutive.

Les dépressions au cours des démences avérées, les formes pseudo dépressives de la démence.

Les formes pseudo démentielles de la dépression.

Certains éléments cliniques peuvent aider au diagnostic : la rapidité d'installation des troubles, l'âge (la dépression restant plus fréquente que la démence avant 75 ans) et les antécédents personnels et familiaux. En outre certaines modifications cognitives pourraient différencier ces différentes situations psychopathologiques.

Enfin, parmi les dépressions délirantes du sujet âgé, signalons les formes sensitives avec délire de préjudice, parfois bien difficiles à distinguer des psychoses tardives, ou du délire de relation des sensitifs. (ibid,p.40) .

•Dépression et grossesse

La période de la grossesse est rarement un moment où se manifestent les irruptions dépressives : c'est autour et après l'accouchement que débudent les troubles. On distingue trois types de manifestations dépressives au décours d'une grossesse. Le « post-partum blues » est un état transitoire associant tristesse, découragement, anxiété, fatigue et phobies d'impulsions agressives vis-à-vis de l'enfant. Il s'agit d'une expérience fréquente, culpabilisante pour la jeune mère, survenant au 3^e ou 4^e jour après la délivrance et s'amendant rapidement si la mère est rassurée et soutenue. Moins de 10%. De ces épisodes évoluent sous une forme traînante.

Le second type de dépression postnatale apparaît le plus souvent à la 3^{ème} semaine sous la forme d'un épisode dépressif typique qui peut conduire à des troubles importants chez la mère et chez l'enfant, via une relation mère-enfant pauvre et défectueuse, parfois chaotique. Un an plus tard, près d'un tiers de ces patientes conservent des symptômes résiduels . Ce trouble est souvent non traité du fait de la banalisation des difficultés de la jeune mère par l'entourage, tant familial que médical ou social.

La psychose puerpérale est un trouble sévère associant hallucinations, idées délirantes, confusion mentale, humeur dépressive et troubles du comportement. Ce trouble reste rare (1,5% naissances selon Th. Lempérière). Dans un cas sur deux, il existe des signes de souffrance mentale dès la première semaine. Cependant, le début des troubles peut être retardé jusqu'au 3^{ème} mois suivant la délivrance ; certains auteurs ont alors parlé de « psychose de la lactation ». Habituellement la réponse au traitement est favorable. L'absence d'antécédents psychiatriques personnels ou familiaux et la précocité d'apparition du syndrome confuso-délirant dans les suites du post-partum seraient de meilleur pronostic. Des actes hétéro-

agressifs vis-à-vis de l'enfant sont possibles, parfois de manière impulsive. La psychose puerpérale peut être un mode d'entrée dans un processus schizophrénique ou une exacerbation d'une psychose chronique connue ou inaperçue du fait d'une bonne insertion socio-familiale antérieure. Enfin, des unités spécialisées mère-enfant permettent parfois de passer ce cap en évitant des carences affectives précoces dans l'interaction mère-enfant.

●Appartenance culturelle et dépression

Certains symptômes sont étroitement dépendants du milieu culturel : idées et conduites suicidaires, aspect clinique du ralentissement et des manifestations anxieuses, expression de la mimique (dépressions souriantes), nature des thèmes délirants (thèmes de culpabilité dans les civilisations chrétiennes et japonaises, thèmes de possession et de persécution dans les cultures arabes et africaines). À l'inverse, certains symptômes apparaissent universels : l'altération de l'humeur, la diminution des intérêts et des initiatives, ainsi que l'ensemble des manifestations somatiques (en particulier l'insomnie). (www.inpes.santé.fr)

●Dépression et pathologie psychiatrique associée (dépression secondaire à un autre trouble psychiatrique)

Le terme de dépression secondaire regroupe les dépressions réactionnelles, les dépressions associées à des pathologies somatiques, des intoxications, des maladies mentales ou une anomalie avérée de la personnalité. Certains auteurs préfèrent restreindre le concept de dépression secondaire aux troubles psychiatriques associés, comme le font les auteurs des 'critères RDC : schizophrénie, TOC, phobies, personnalités antisociales, toxicomanies, troubles schizo-affectifs, troubles anxieux, syndrome de Briquet, alcoolisme, homosexualité, anorexie, transsexualisme, syndromes organiques cérébraux. (ibid)

●Dépression et psychose

Dans certains cas les symptômes sont intriqués au point de réaliser un trouble « mixte » ditschizo-affectif. Néanmoins même lorsque le diagnostic de schizophrénie paraît bien établi, l'apparition d'une dépression est fréquente. Certains points traduisent la complexité du problème , la dépression paraît plus volontiers associée aux schizophrénies productives que déficitaires, il peut être délicat de distinguer les symptômes négatifs de schizophrénie et l'inhibition dépressive .Le traitement des dépressions postpsychotiques est en discussion, loin de faire l'objet d'un consensus ,le poids des difficultés existentielles liées à la maladie

schizophrénique, le vécu de perte d'objet associé à l'amendement des idées délirantes, des facteurs génétiques de vulnérabilité, l'éventuel effet dépressogène des neuroleptiques sont autant d'hypothèses étiopathogéniques de la dépression secondaire à la schizophrénie. Dans le cours évolutif des psychoses paranoïaques, de sensibles modifications de l'humeur peuvent revêtir une forme mélancolique. Le risque suicidaire y est toujours majeur. (ibid)

●Dépression et névrose

La parenté entre névrose obsessionnelle et dépression a été répétée depuis longtemps tant sur le plan psychopathologique (Freud, Abraham) que sur le plan clinique. Certaines formes de maladies obsessionnelles à évolution épisodique évoquent la PMD unipolaire. Le « Typus melancholicus » de Tellenbach est proche de la personnalité obsessionnelle. Enfin, les données épidémiologiques confirment la fréquence des épisodes dépressifs au cours des TOC environ un obsessionnel sur deux présente au cours de sa maladie une dépression. Les dépressions secondaires au TOC comportent moins de gestes suicidaires, surviennent à un âge plus précoce et s'accompagnent exceptionnellement d'épisode maniaque. Les thèmes de culpabilité, de rumination et d'auto-accusation y sont particulièrement fréquents. Les dépressions secondaires à la névrose hystérique posent un problème thérapeutique délicat. L'hystérie peut revêtir l'aspect d'une dépression majeure (dépression hystérique). La névrose hystérique peut également colorer la sémiologie d'authentiques maladies dépressives secondaires au trouble névrotique : plaintes somatiques, polymorphisme des symptômes, hypersensibilité aux attitudes de renvironnement.(Ch .Siegfried Peretti.P .93) .

●Dépression et trouble de la personnalité

La dépression est particulièrement fréquente dans les psychopathies, les états limites et les toxicomanies. L'instabilité de l'humeur fait partie intégrante du déséquilibre psychique avec des irruptions de sentiments de cafard qui peuvent occasionner des fugues, ou des actes impulsifs. Le fond dysphorique de ces sujets pourrait être le lit des troubles du comportement, tentatives de résolution d'un malaise dépressif.

Les états limites posent un problème difficile de distinction entre PMD manifestée sur un mode atypique du fait de l'adolescence, schizophrénie débutante ou névrose avec inhibition sociale.

La plupart des études de suivi montrent que la présence de troubles de la personnalité constitue un indice pronostique péjoratif pour l'évolution de l'accès dépressif ou le risque d'une rechute ou d'une récurrence.

La chronicisation du trouble dépressif peut conduire à une difficulté diagnostique entre dysthymie (névrose dépressive) et trouble de la personnalité. (ibid ,p .103)

●Épisode dépressif révélant une maladie organique sous-jacente

Il faut distinguer les dépressions révélatrices d'une pathologie somatique méconnue des dépressions survenant au cours d'affections somatiques déjà identifiées voire traitées, en particulier lors de pathologies somatiques graves. Selon les études et les populations étudiées (F.Kacha, 1996, P.76).

IV) La Prise en charge

Il existe plusieurs traitements de la dépression dont les plus utilisés sont les traitements médicamenteux (notamment les antidépresseurs) et la psychothérapie. Les antidépresseurs les plus souvent prescrits sont les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine. Beaucoup plus récents, et bien qu'ayant une efficacité comparable, ils présentent moins d'effets secondaires que les antidépresseurs tricycliques.

La dépression n'est pas toujours prise en charge, d'une part le recours aux soins des malades dépressifs n'est pas toujours spontané pour des raisons socioéconomiques et culturelles, mais aussi à cause de facteurs intrinsèques à la maladie (repli sur soi, sentiment de dévalorisation). D'autre part, bien que la dépression soit une maladie fréquemment rencontrée dans la pratique ambulatoire, la prise en charge n'est pas toujours réalisée de manière adéquate (non diagnostiquée car masquée sous des symptômes physiques, traitement des symptômes physiques). De plus les médecins généralistes n'ont pas toujours eu une formation adéquate sur les problèmes psychiatriques les plus fréquents.

(Organisation Mondiale de la Santé OMS).

La prévention de la dépression est nécessaire, vu l'importance des impacts sanitaires et socio-économiques de cette maladie.

Les problèmes fréquemment rencontrés sont la méconnaissance de la dépression et la stigmatisation de la santé mentale. Les interventions de prévention primaire consistent à fournir une meilleure information sur la dépression, faire des activités de sensibilisation sur la santé mentale en général. La prévention secondaire concerne le dépistage et le traitement de la dépression mais aussi la prévention du suicide. Il est nécessaire de mettre en place des

programmes visant à favoriser une meilleure reconnaissance de la dépression par le patient et son médecin et à optimiser les traitements antidépresseurs. En 2001, Année de la Santé Mentale, de nombreux projets et activités de prévention de la santé mentale ont été développés pour faire face à ce phénomène. En ce qui concerne plus précisément la dépression, il existe quelques actions menées à un niveau local mais il n'est pas toujours évident de distinguer clairement tous les travaux dirigés par les multiples intervenants en santé mentale. La coordination entre ces intervenants doit donc être renforcée afin d'obtenir plus de cohérence dans la prise en charge de la dépression et plus de continuité dans les projets de prévention.

Il est nécessaire aussi d'avoir une attitude de promotion de la santé mentale et de la qualité de vie s'inscrivant dans une continuité d'action. Ces actions se traduiraient par des actions d'information, d'éducation à la santé, de gestion du stress et devraient être envisagées à différents niveaux de la population. (ibid)

Conclusion

La dépression se manifeste par une humeur triste, une perte d'intérêt pour toute activité et une baisse d'énergie. Les autres symptômes sont d'ordres psychiques qui peuvent s'accompagner de symptômes somatiques. Contrairement à la déprime passagère, la dépression est un état de détresse qui se maintient pendant plusieurs semaines ou mois...etc. Il est donc primordial de bien distinguer la déprime, qui n'est en fait qu'une réaction dépressive normale en rapport avec certains événements de la vie, de la dépression, qui est une véritable maladie demandant une attention particulière et des traitements adéquats.

La problématique et hypothèses

Les personnes âgées sont souvent les plus vulnérables et les plus exposées aux différents dangers vu leurs fragilité et leur incapacité à confronter et à accomplir des tâches quotidiennes ce qui limite leurs autonomies et qui affecte leurs santé physique et psychique.

Il faut d'emblée noter que le vieillissement n'est pas un mécanisme spécifique de la dernière partie de la vie. C'est une suite programmée et continue, qui débute dès la fécondation et qui va suivre plusieurs phases : le développement, la maturité et la sénescence.

Le vieillissement est donc la résultante des effets intriqués de facteurs génétiques (vieillesse intrinsèque) et de facteurs environnementaux auquel est soumis l'organisme tout au long de sa vie. Il s'agit d'un processus lent et progressif qui doit être distingué des manifestations des maladies. L'état de santé d'une personne âgée résulte habituellement des effets du vieillissement et des effets additifs de maladies passées.

La population mondiale vieillit, le nombre de personnes âgées de plus de 65 ans ou de plus de 80 ans a très fortement augmenté au cours de la deuxième moitié du 20^{ème} siècle. Il continuera d'augmenter au cours de la première moitié du 21^{ème} siècle pour atteindre un pic vers 2030 (Lutz et coll, 2008,P.5). Le vieillissement de la population s'explique par plusieurs facteurs. L'augmentation de la durée de vie est un facteur important, les origines de cette augmentation sont nombreuses. Outre le constat d'une population mondiale vieillissante, divers problèmes sociaux et individuels accompagnent cette évolution, tels que la prise en charge des retraites des personnes âgées, l'augmentation de la prévalence des pathologies neuro-dégénératives liées au vieillissement, le coût financier des soins des personnes âgées, la possibilité de vivre de manière autonome le plus longtemps, l'organisation de milieux de vie propices au bien-être et à l'épanouissement. Le vieillissement est donc un concept multi-facettes qui prend en compte l'âge chronologique de l'individu mais aussi les modifications biologiques et cognitives qui y sont associées ainsi que des aspects plus socio-affectifs.

En Algérie même si nous constatons toujours la suprématie de la population jeune sur celle des aînés, les courbes démographiques indiquent clairement les tendances de la population Algérienne au vieillissement. Le RNPH(recensement national de la population et de l'habitat) de 2008 a évalué le nombre des personnes âgées de plus de 60ans à 2,750 000,ce qui représente 7,8% de la population globale .Le même recensement classe Bejaia au 12^{ème} rang dans l'effectif des personnes âgées .L'estimation de l'augmentation des âgées pour 2030,sera à 14,7% ,et à 22% pour l'an 2050.(R.Bouaziz,2011,P.23).

Concernant, la santé mentale est souvent synonyme d'adaptation réussie et pour la personne âgée de vieillissement heureux. Parmi les critères qui permettent de définir la santé mentale on retrouve la connaissance et l'acceptation de soi (sens critique) et des autres, la perception correcte de l'environnement et de la réalité (bon sens), la capacité de rester serein et de s'intéresser à la vie. Ces facteurs n'apparaissent pas à une période déterminée de l'existence mais sont toujours présents et ils demeurent toute la vie.

L'avancée en l'âge s'accompagne souvent par des perturbations qui aggravent l'état physique et surtout psychique du sujet âgé, qui rend la vie difficile à supporter, plonge le sujet âgé dans une spirale permanente.

L'humeur est cette « disposition affective de base » J. Delay qui nous fait osciller de la joie la plus extrême à la douleur la plus profonde en fonction des événements et des émotions qui commandent nos réponses en nous permettant de nous adapter au mieux de notre environnement social, affectif, familial, professionnel.

La dépression compte parmi les expériences humaines les plus difficiles et les plus douloureuses. Elle nous prive de notre énergie, de nos intérêts et de la volonté d'améliorer les choses. Elle entraîne une vision profondément négative de soi, du monde et de l'avenir. Pendant une dépression, la personne peut avoir l'impression que rien ne changera et qu'elle ne se sentira jamais mieux.

La dépression ne doit pas être confondue avec une simple période de déprime qui peut suivre un événement douloureux, avec une baisse de moral ou un manque de volonté. Il s'agit d'une vraie maladie qu'il est important de reconnaître, car cette affection parfaitement curable peut avoir des conséquences très gênantes sur la santé, la vie sociale et familiale.

Il faut dire, répéter, expliquer que la dépression n'est pas la folie, que la dépression n'est pas une tare, que la dépression est une maladie qui peut toucher tout le monde, quels que soit l'âge, l'état de santé, la situation sociale, professionnelle et familiale. La dépression n'est pas une fatalité, c'est une maladie que les spécialistes peuvent soigner, à condition de la repérer et d'en parler.

L'analyse sémiologique constitue le premier pas d'une démarche diagnostique et thérapeutique qui permet de discerner ce qui s'apparente au symptôme de ce qui s'organise en syndrome. La sémiologie doit prendre en compte l'actualité clinique mais aussi le devenir évolutif afin de repérer la maladie, de faire des hypothèses étiopathogéniques, de dégager certaines spécificités donc de mieux évaluer et traiter les déprimés.

L'actualité de la sémiologie dépressive passe probablement par un effort de déchiffrement des émotions, une tentative d'analyse qualitative des dimensions qui coexistent à

côté de piliers que sont la tristesse, l'inhibition, le ralentissement. C'est ainsi que la nosographie des maladies dépressives s'est enrichie des progrès de la sémiologie : les dépressions saisonnières, les dépressions brèves récurrentes en sont issues.

Même si peu de patients consultent un médecin de premier recours d'emblée pour des motifs psychologiques, la prévalence des troubles dépressifs est élevée dans notre planète, L'OMS recense plus de 100 millions de cas de maladie dépressive dans le monde chaque année, en effet, 20% à 30% des patients en médecine de premier recours ont des troubles de l'humeur cliniquement significatifs. La dépression n'est pas diagnostiquée dans 30% à 50% des cas en médecine de premier recours et par conséquent pas traitée dans l'ensemble, les médecins rencontrent des difficultés à reconnaître et traiter dans les meilleures conditions les états dépressifs. Pourtant, au vu de la fréquence de l'affection et des réserves que beaucoup de patients émettent à s'adresser aux services psychiatriques, les médecins de premier recours ont un rôle essentiel à jouer dans le dépistage, l'orientation et le traitement des patients présentant un état dépressif.

Que l'on soit jeune ou vieux, la dépression se caractérise généralement par les mêmes signes mais chez les Personnes âgées, elle est plus complexe à reconnaître en raison des difficultés d'expression de la douleur morale. C'est donc le cumul de plusieurs facteurs et signes, et ceci depuis plusieurs semaines, qui peut conduire à suspecter une dépression chez une Personne âgée.

La dépression chez les Personnes Âgées est une affection fréquente méconnue, insuffisamment diagnostiquée et soignée. Une Personne âgée peut souffrir de dépression en la niant : parfois elles ne croient pas en leur dépression, elles n'y pensent pas car cela ne relève pas forcément de leurs références habituelles et parce qu'elles en attribuent les symptômes (notamment physiques) à leur état général. Et parfois ces Personnes âgées n'en connaissent pas les symptômes ou refusent de les voir, et ont peur ou avoir honte d'en parler.

Les états dépressifs du sujet âgé (EDA) sont fréquents et de diagnostic difficile en raison surtout de leur hétérogénéité clinique. Une des raisons de l'augmentation du taux de suicides chez les plus de 80 ans est probablement la non-reconnaissance des EDA.

En psychologie, il existe différentes approches de la dépression, faisant varier par le fait, même la façon d'intervenir face à cette difficulté.

Selon les cognitivistes (A. Beck, B. Rush, D. Shaw, C. Young), la dépression s'explique par un mauvais traitement de l'information provenant du monde extérieure. L'information est déformée par des schémas cognitifs inconscients stockés dans la mémoire à long termes, et représentés par les pensées automatiques préconscientes, contenues dans la

mémoire à court terme. L'activation des émotions permet aux schémas cognitifs de se manifester, et de se traduire en pensées automatiques. (A.Beck et all, 2002, p.15).

Selon les principes découlant de l'approche cognitive-comportementale (aussi appelée cognitive-behaviorale), deux principaux facteurs contribuent à l'apparition et au maintien des Difficultés :

- 1) certaines pensées entretenues par la personne (qui peuvent être plus ou moins réalistes).
- 2) certains comportements (par exemple : l'évitement de certaines situations). L'intervention d'approche cognitive-comportementale vise donc à identifier ces pensées (souvent appelées " cognitions ") et comportements afin de les remplacer par d'autres plus adéquats.

La thérapie cognitive-comportementale (TCC) est une méthode psychothérapeutique structurée, de durée généralement brève, et qui a fait initialement l'objet de multiples travaux dans le traitement des patients souffrants de troubles dépressifs et anxieux. Dans le domaine de la douleur chronique les bénéfices de la (TCC) sont également reconnus en termes d'amélioration des performances physiques, de la vie sociale et de la qualité de vie des patients. (Philippe. C &all, 2006, P .07).

La théorie adoptée est l'approche intégrative ; pour la question du vieillissement on a adopté la théorie de la continuité inspirée de la psychanalyse qui se base sur la structure de la personnalité des personnes âgées. Pour la dépression on s'est réfère à la théorie cognitive-comportementale constitue la référence théorique de l'échelle de Beck recherche qui se focalise sur l'évaluation du degré de la dépression chez la personne âgée.

A partir de ces données concernant le sujet âgé et la dépression, ce qui nous a menées à poser les questions suivantes :

- Est-ce que le placement des personnes âgées dans les foyers loin de leurs familles peut provoquer chez elles une dépression ?
- Est-ce-que le degré de dépression varie d'une personne âgée à une autre ?

La pré-enquête représente une étape importante voire indispensable dans tout travail de recherche.

Notre rencontre avec les personnes âgées s'est organisée par le biais d'une pré-enquête menée au sein du foyer pour personnes âgées. Cette étape à été pour nous une étape qui nous a permis d'avoir plus d'informations sur les caractéristiques de notre population d'étude, et d'apporter des modifications à notre guide d'entretien et de maîtriser l'application de nos outils. De ce fait, et à partir de la revue de la littérature et de notre pré-enquête, nous avons formulé des réponses à ces interrogations en guise d'hypothèses, qui sont les suivantes :

●Hypothèse générale

La dépression est la pathologie qui peut se manifester chez quelques personnes âgées, cette dernière est notre variable indépendante, et la dépression qui est notre variable dépendante. Donc il existe une relation étroite entre l'apparition de la dépression et l'emplacement des personnes âgées dans des centres d'accueils.

●Les hypothèses partielles**✓ La première hypothèse**

La majorité des cas installés dans le foyer des personnes âgées présentent la dépression qui se manifeste par quelques symptômes, leur présence et leur intensité diffère d'une personne âgée à une autre ; l'humeur triste, se sentir malheureux, la réduction marquée du plaisir et de l'intérêt pour presque toutes les activités, le sentiment de dévalorisation, fatigue importante ou une perte d'énergie, isolement et replis sur soi, perturbation du sommeil, d'appétit....

✓ La deuxième hypothèse

Dans le centre où les circonstances de l'insertion sont difficiles à supporter, la vision pessimiste affecte la personne âgée en développant une dépression dont le degré diffère d'une personne à l'autre en l'occurrence ; dépression minime, dépression légère, dépression modérée, dépression sévère.

L'opérationnalisation des concepts**-Le vieillissement**

-Etat de dégradation morphologique qui se manifeste par le déclin des fonctions physiologiques sous l'effet de l'âge.

-Répercussions de l'avancée dans l'âge sur l'organisme de la personne qui s'exprime par une multitude de série de ralentissements des fonctions vitales.

-Dégradation du corps et affaiblissement des organes (des sens, de la peau, des muscles, des os...etc).

- La dépression

- Une humeur triste, se sentir malheureux et démoralisé.
- Une réduction marquée du plaisir et de l'intérêt pour presque toutes les activités.
- Un sentiment de dévalorisation, d'être inutile, et une culpabilité excessive.
- Des pensées morbides ou des idées suicidaires.
- Un changement marqué de l'appétit ou du poids (perte ou gain).
- Insomnie ou excès de sommeil.
- Sensibilité émotionnelle excessive.
- Une fatigue importante ou une perte d'énergie.
- Des problèmes de concentration de prise de décision.
- Une baisse de la libido.
- Isolement, replis sur soi.

Il est à noter que tous ses signes ne sont pas tous présents chez les mêmes cas, mais c'est l'ensemble des signes repérés chez tous les cas qui constitue cette catégorie.

Dans notre recherche, on a adopté l'approche intégrative.

En ce qui concerne l'abord des personnes âgées, on a adopté la théorie de la continuité, qui est inspirée de la psychanalyse, qui souligne que la grande différence dans les conduites et dans les attitudes des personnes âgées notamment les retraités par le biais de la structure de leurs personnalité.

En ce qui concerne la dépression, la théorie adoptée est la théorie cognitive-comportementale.

Introduction

Dans cette partie méthodologique qui est consacrée à la présentation de notre travail de recherche dans le terrain ,ainsi les différents outils de recherche qu'on a utilisée dans la collectes de données a savoir l'entretien clinique semi-directif et l'échelle de Beck et leur analyse.

Avant de les illustrés on a présenté la pré-enquête, la méthode clinique accompagnée des caractéristiques de notre population d'étude.

1) La démarche de la recherche

1. 1- La pré-enquête et enquête

Dans toute recherche, la pré-enquête est très importante, comme son nom l'indique, elle précède l'enquête et constitue à la fois une phase de rodage et une précaution nécessaire, elle est une reconnaissance du terrain et permet la formulation du guide d'entretien et le perfectionnement du test utilisé.

Cette procédure nous a été utile, car nous avons effectué des entretiens cliniques préliminaires avec les sujets concernées et dégagé un certain nombre d'observations ,la pré-enquête nous a permis d'apporter certaines modifications dans l'élaboration de notre problématique et de formuler nos hypothèses.

La pré-enquête est définie selon H.Chauchat, comme étant « la phase d'opérationnalisation de la recherche théorique .Elle consiste a définir des liens entre les constructions théoriques : schéma théorique ou cadre conceptuel selon le cas d'une part et les faits observables afin de mettre en place l'appareil d'observation »(H .Chauchat .1990 ,P .19).

De ce fait, on a procéder a des visites au sein du foyer pour personnes âgées de Bejaia, ce qui nous a permis de découvrir et d'observer plusieurs cas et de mieux explorer notre terrain de recherche ce qui nous a permis de cerner nos hypothèses en matière de données récoltées a l'aide du personnel du foyer qui ont été coopérant notamment la psychologue qui grâce a son accueil et ses conseils nous a orienté et guidé pour bien mener notre pré-enquête .

Pour ce qu'est de l'enquête que nous avons mené, nous avons travaillé avec des sujets différents de ceux de la pré-enquête, mais nous avons évidemment appliqué le même guide d'entretien et échelle. Le déroulement de l'entretien et la passation de l'échelle ont été effectués dans la langue maternelle qui est le Kabyle.

1.2- La méthode clinique

Pour atteindre les objectifs de notre étude et vérifier nos hypothèses, nous avons choisi la méthode clinique qui est conçue comme une pratique avant tout.

Le terme clinique regroupe un ensemble de techniques qui ont en commun de produire des informations sur la personne ou la situation posant un problème.

Sa spécificité repose sur son refus d'isoler ces informations et sa tentative de les regrouper en les replaçant dans la dynamique individuelle (J. L. Pardinielli, 2012, P. 34-35).

La méthode clinique se propose comme une démarche d'application, centrée sur l'analyse d'un cas concret, singulier, en s'appuyant sur plusieurs dispositifs comme l'entretien clinique et l'étude de cas qui permettent d'avoir des informations dans une perspective exploratoire, afin d'effectuer un travail d'analyse, de réflexion à partir du discours des sujets. Tout en préservant le cadre déontologique relatif à cette démarche.

La méthode clinique utilise l'entretien, les tests, les échelles d'évaluation, le dessin, le jeu, l'observation pour développer l'étude de cas. Cette méthode est également définie par Daniel Lagache, 1949, comme « envisage la conduite dans sa perspective propre, relative aussi fidèlement que possible la manière d'être et d'agir d'un être humain concret et complet au prise avec cette situation, cherché à en établir le sens, la structure et la genèse, déceler les conflits qui motivent et les démarches qui tendent à résoudre ces conflits » (KH. Chahraoui et H. Bénony, 2003, p. 11).

En somme, on peut déduire que la méthode clinique est une pratique pertinente qui repose sur le principe de singularité de l'individu dans sa langue, ses pensées, ses réactions, son histoire. En outre, il est impossible d'aborder ces éléments en niant leur contexte et la manière dont le sujet les saisit.

• L'étude de cas

Le mot étude désigne l'effort intellectuel orienté vers l'observation et la compréhension. Parler d'étude de cas implique que la singularité et l'originalité ne se suffisent pas à elles-mêmes, mais qu'elles doivent faire l'objet d'une action, d'une méthode pour les faire apparaître : étudier un cas, c'est bien le découper parmi les autres, comme représentant d'une caractéristique, d'une essence, de lui faire subir une analyse (L. Fernandez et A. Bonnet, 2007, P.51).

L'étude de cas est au cœur de la méthodologie clinique, et les cliniciens y font souvent référence. Elle permet de décrire le problème actuel d'un sujet en tenant compte de ses différentes circonstances de survenue actuelle et passées. (KH. Chahraoui et H. Bénony, 2003, p. 126).

Dans la pratique, le recueil des éléments et leur interprétation s'opèrent en référence à l'histoire singulière de l'individu. Dans le domaine de la recherche ou de la théorie, l'étude de cas est un des moyens de constitution et de validation des hypothèses (J. L. Pedinielli, 2012, P. 65). L'étude de cas se compose de deux temps : le recueil des informations et leur mise en forme.

•**Le recueil des informations** : porte sur la recherche des informations par des moyens standardisés permettant de comparer le sujet à une norme. Ainsi que l'écoute d'un sujet qui parle à son rythme, cette écoute porte sur le contenu manifeste mais aussi, elle est attentive aux ruptures, aux répétitions, incapacité à lier des sentiments, des faits, aux mécanismes de défenses...etc. (L. Fernandez et A. Bonnet, 2007, P.55-57).

•**La mise en forme des informations** : c'est un travail qui représente un exercice particulier, il s'agit d'interprétation du sens du discours du sujet. (L.Fernandez et A. Bonnet, 2007, P. 55-57).

1.3-Présentation de lieu de recherche

Notre travail de recherche sur le terrain s'est déroulé au niveau du foyer pour personnes âgées de la wilaya de Bejaia, qui se situ au chef lieu de la Wilaya, de part son emplacement géographique privilégié au pied de la montagne de GOURAYA, offre aux pensionnaires une vue panoramique qui donne sur la mer et un espace paisible.

•L'historique du foyer pour personnes âgées de Bejaia

Il est crée par de décret exécutif N^o 01- 53 du 12 février 2001, à ouvert ces portes le 27 avril 2003 à l'occasion de la journée national des personnes âgées.

Avant son ouverture, l'établissement devait subir une opération de réhabilitation compte tenu qu'il avait été cédé à l'enseignement supérieur selon un protocole d'accord signé conjointement entre le Directeur de l'Action Sociale de la Wilaya de Bejaia pour permettre l'hébergement provisoire des étudiants. Le 15 Mars 2003 ce fut la date de l'ouverture de foyer aux personnes âgées, pour faire fonctionner le foyer, trois professionnels issue du corps technique et quarte agents du corps commun ont été détachés des établissements spécialisés au profit du foyer pour assurer la prise en charge de la personne âgée.

2) La population d'étude

Pour mener un entretien avec les sujets (personnes âgées), on demande d'abord leur consentement suivant l'éthique de la recherche en psychologie clinique. Au cours de

l'entretien, on pose les questions aux sujets puis on leur laisse la liberté d'exprimer à leur manière, et selon l'état dans lesquels se trouvent, sans les contraindre ni les obliger à répondre tout en respectant leur volonté. Notre intervention varie en fonction de leurs attitudes et de leurs aptitudes discursives. Afin d'avoir les informations, nous procédons à la traduction du guide d'entretien en langue kabyle en répétant la question sans rien rajouter si le sujet ne comprend pas.

2.1- sélection de notre population d'étude

Notre population est composée de sept cas (07 cas) avec lesquels on a travaillé dans l'anonymat et en tenant compte des critères suivants :

● Critères d'homogénéité retenus

- Tous les cas ont atteint la catégorie du troisième âge qui débute à partir de 65ans et le quatrième âge qui débute a partir de 75ans.
- Tous les cas sont installés dans le foyer pour personnes âgées.
- Tous les cas étaient consentants.

● Critères non pertinents de sélection

- Le niveau socioculturel n'est pas pris en considération, car la vieillesse peut toucher toutes les couches sociales.
- La situation matrimoniale n'est pas prise en considération, car la vieillesse peut toucher les mariés comme elle peut toucher aussi les célibataires.
- La dimension du sexe n'est pas prise en considération dans notre travail, car la vieillesse peut toucher les deux sexes hommes et femmes.
- La durée et les raison de l'emplacement du sujet dans le foyer n'ont pas été prisent en considération durant notre enquête.

En ce qui est des prénoms des cas, nous les avons changés pour le respect de la confidentialité et l'éthique de la recherche en psychologie clinique.

- **Tableau récapitulatif des cas étudiés**

| Cas | Age | Niveau d'instruction | Profession | Situation matrimoniale | L'âge de l'admission dans le foyer | Degré de dépression |
|--------------|-------|---------------------------------|-----------------|------------------------|------------------------------------|---------------------|
| Abd el ghani | 70ans | Terminal | policier | divorcé | 66ans | Minimale |
| Omar | 68ans | Analphabète | Maçon | Célibataire | 66ans | Légère |
| Zina | 70ans | Analphabète | Sans profession | Veuve | 60ans | Sévère |
| Bachir | 66ans | CAP | Comptable | Marié | 56ans | Sévère |
| Saida | 73ans | Analphabète | Sans profession | Veuve | 71ans | Sévère |
| Kaci | 71ans | analphabète | Agriculteur | divorcé | 68ans | Sévère |
| Salah | 67ans | 5 ^{eme} année primaire | Maçon | Divorcé | 65ans | Sévère |

3) Les techniques utilisées

Les techniques mises en œuvre dans notre pratique sur le terrain sont l'entretien clinique de recherche de type semi directif et l'échelle de mesure de dépression de Beck.

3.1- L'entretien clinique

L'entretien clinique est un des outils privilégiés de la méthode clinique, il permet d'accéder à des informations subjectives témoignant de la singularité et de la complexité d'un sujet (L. Fernandez et A. Bonnet, 2007, P.23).

L'entretien clinique de recherche est fréquemment employé comme méthode de production dans la recherche en psychologie clinique et aussi dans un grand nombre de disciplines dans le champ des sciences humaines et sociales ; il représente un outil indispensable et irremplaçable pour avoir accès aux informations subjectives des individus : biographie, événements vécus, représentations, croyances, émotions, histoire personnelle, souvenirs, rêves, etc. (KH. Chahraoui et H. Bénony, 2003, P.141).

Il existe différents types d'entretien qui se différencient sur ces points : le degré de liberté, le niveau de production, le niveau de complexité et de richesse, le niveau de précision de réponse. (ibid, P.143).

Le premier type : est l'entretien clinique non directif, dont l'expression a été introduite par Carl Rogers qui conçoit une théorie de la personnalité qui intègre une tendance à l'épanouissement entravée par les obstacles extérieurs. Cette tendance d'épanouissement va se trouver libérée grâce à l'entretien non directif. Le chercheur pose une question de départ, puis il s'efface pour laisser parler le sujet, en l'encourageant, en observant ses réactions. Il s'agit toujours de chercher derrière le discours manifeste, le discours latent (M. F. Castarède, 2003, P. 92).

Le deuxième type : est l'entretien directif correspond d'avantage au questionnaire dans lequel les questions sont préparées, ordonnées et posées de manière hiérarchisée. Il comprend des questions ouvertes où le sujet ne répond qu'à la question sans développer les réponses, des questions fermées où le sujet coche la ou les bonnes réponses (KH. Chahraoui et H. Bénony, 2003, P.143).

Le troisième type : est l'entretien semi directif qui est exigé d'être utilisé dans notre étude puisqu'il nous permet de discuter nos hypothèses et qui se définit comme suit :

C'est un compromis entre l'entretien directif et l'entretien non directif, l'enquêteur construit préalablement une grille de thèmes à aborder avec le sujet. L'entretien est dirigé au minimum, le sujet est libre d'aborder les thèmes qu'il veut. Il ne doit pas se sentir privé de son initiative, ni de sa liberté d'expression. Les objectifs poursuivis sont expliqués au sujet au début de l'entretien. Le chercheur invite le sujet à parler de chacun des thèmes préétablis, il intervient peu et de la manière la plus neutre possible. Ne posant que quelques questions, si les points qu'il souhaite éclaircir ne sont pas directement abordés par le sujet, pour lui faire préciser sa réponse, approfondir certains éléments (A. Leplège et coll. 2001, P. 125).

• **L'attitude du clinicien**

Le clinicien doit se situer dans une position de neutralité bienveillante, ce qui signifie que son avis ou ses jugements ne doivent pas intervenir, que son attitude ne doit être ni rigide, ni distante. Par ailleurs, ses interventions ne doivent pas avoir d'effets préjudiciables, ses réactions émotionnelles ne doivent pas peser sur le déroulement de l'entretien (J. L. Pardinielli, 2012, P.41).

Le clinicien doit s'inspirer de l'attitude de la mère suffisamment bonne envers son bébé tel que Winnicott la décrit comme suit :

C'est une mère qui, pendant les premiers mois de la vie de son enfant, s'identifie étroitement à lui et s'adapte à ses besoins. Lorsque Winnicott parle de mère « suffisamment bonne », il entend mère assez bonne pour que le bébé puisse s'en accommoder sans dommage pour sa santé psychique. Une telle mère permet au petit enfant de développer une vie

psychique et physique à partir de ses tendances innées. Il peut alors développer un sentiment de continuité d'existence qui est le signe de l'émergence d'un vrai self, un vrai soi, soulignons encore qu'une mère suffisamment bonne, n'est pas une mère parfaite (ce qui serait également dommageable pour le bébé); c'est une mère banalement dévouée, selon l'expression de Winnicott (« good enough mother ») (A.lefévre, 2012, P.39)

- **Le guide d'entretiens**

L'entretien clinique de recherche est toujours associé à un guide d'entretien, il s'agit d'un ensemble organisé de fonctions, d'indicateurs qui structure l'activité d'écoute et d'intervention de l'interviewer. (KH. Chahraoui et H. Bénony, 2003, P. 144).

Le guide d'entretien comprend des axes thématiques à traiter, ainsi d'une série de questions auxiliaires afin de recueillir des informations utiles comme l'âge, la profession, la situation matrimoniale...etc. Il est nécessaire que ce guide soit bien intégré avant la réalisation de l'entretien, une attention particulière doit être portée à la formulation des questions pour qu'elles soient adaptées au sujet ou au contexte de l'échange.

Notre guide d'entretien est destiné à la population d'étude des personnes âgées qui est repartit en quatre axes qui sont comme suit :

Axe 01 : informations familiales.

Axe 02 : la vie dans le foyer.

Axe 03 : la santé du sujet. (La santé physique et la santé mentale notamment la dépression).

Guide d'entretien

Les informations personnelles

- Nom et prénom
- Âge
- Sexe
- Niveau d'instruction
- Profession

AXE 01 Informations familiales

- Quelle est votre situation familiale ?
- Auparavant vous étiez héberger ou ? C'est-à-dire avez-vous une maison ?
- Quelle est la raison précise de votre hébergement ou de votre présence dans le foyer ?
- Etes-vous venu tout seul ou vous étiez amener par quelqu'un ?
- Auparavant comment été votre relation intime avec votre conjoint (vie sexuelle pour les mariés) ?
- Le nombre d'enfants (pour les personnes âgées mariées)? Quel est leur niveau d'instruction ?
- Quelle est votre relation avec les membres de ta famille ?
- Y'a-t-il parmi vos enfants qui sont mariés ? Quel est votre rapport avec leurs femmes ?
- Quelle est la profession de vos enfants ?
- Avez-vous un ou des amis confidents ?
- Comment été votre relation avec votre entourage : voisins et les gens du quartier ?
- Quelle été votre relation avec vos collègues au travail si vous avez déjà travaillé ?
- Avez-vous une pension ou une autre source de revenu (retraite) ?

AXE 02 La vie dans le foyer

- Depuis quand vous êtes dans le foyer ?
- Comment vous vous adaptez à ce nouveau milieu ?

- Que faites-vous durant la journée ?
- Est-ce que vous-avez besoin d'une tierce personne ? Que ressentez-vous lorsqu'en vous aide à vous habiller ou à manger, ou à vous laver..... ?
- Menez-vous des activités sportives ou loisirs ? Si oui, que préférez-vous ?
- Quels sont vos rapports avec le personnel du foyer ?
- Quel est votre rapport avec les autres résidents du foyer ?
- Recevez-vous des visites de votre famille ou de vos amis ?
- Avez-vous un téléphone portable ? Recevez-vous des appels et de la part de qui ?

AXE 03 La santé du sujet

I- La santé physique

- Souffrez-vous d'une maladie organique ou/et un handicap ? Si oui dites moi de quelle maladie ou handicap s'agit-il ?
- Quelles sont les maladies durant votre enfance ?
- Avez-vous subi une intervention chirurgicale ?
- Prenez-vous un traitement, suivi médical ?
- Suivez-vous un régime alimentaire ?
- Prenez-vous du tabac, alcool, ou d'autres conduites addictives ?

II-Santé mentale notamment la dépression

- Quels sont vos bons souvenirs ?
- Quels sont vos mauvais souvenirs ?
- Avez-vous perdu des êtres chers ?
- Avez-vous des troubles du sommeil ? Rêvez-vous si souvent ? Si oui, dites moi du quel genre de rêve s'agit-il ?
- Avez-vous des troubles de l'appétit ?
- Comment est votre vie sexuelle ?
- Est-ce-que vous ressentez de la tristesse ?
- Avez-vous des projets d'avenir ?
- Que représente la vieillesse pour vous ?

-Avez-vous un jour pensé à mettre un terme à votre vie ?

3•2-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. (Servant D ,2002, P.185)

- **Le BDI, 1961- 1974 :(Beck Dépression Inventory) :** sa version originale Américaine, comprend 21items, chacun étant constitué de quatre phases correspondant à quatre degré 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. (Catalogue psychologic clinique.2011.p.44)

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 cour des deux dernières semaines, incluant aujourd'hui. Encerchez 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 le plus élevé et encerchez 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 constitué de 4 phrases correspondant à 4 degrés d'intensité croissantes d'un symptôme sur une échelle de 0 à 3. Dans le dépouillement, il faut seulement tenir compte de la cote forte choisie pour une même série. La note globale est obtenue en additionnant les scores des 21 items.

● **Classement des niveaux des dépressions selon Beck :**

| La note totale | Son niveau |
|-------------------|------------|
| Entre : 0.....11 | Minimale |
| Entre : 12.....19 | Légère |
| Entre : 20.....27 | Modérée |
| Entre : 28.....63 | Sévère |

3-3 Analyse de l'entretien clinique

- Présentation du cas.
- L'analyse de l'entretien clinique.
 - La santé physique.
 - La santé précédente et actuelle.
 - Les effets du vieillissement.
 - La santé psychique notamment la dépression.
 - l'admission dans le foyer
 - Activités vitales (sommeil et appétit).
 - Réactions aux bons et mauvais souvenirs .
 - Projets d'avenir .
 - La vie onirique .
 - Investissement d'objet .
 - La relation avec la famille .

-La relation avec les pensionnaires.

-La relation avec le personnel .

- L'analyse de l'échelle de dépression de Beck.

- Résumé du cas .

3-4 L'analyse de l'échelle de dépression de Beck

- **Cotation**

La note au BDI-II est obtenue en additionnant les indices numériques des 21 items, chaque item étant coté de 0 à 3 points. Si un sujet a donné plusieurs réponses à un item, choisir l'indice le plus élevé. La note brute maximale est de 63.

Faire attention aux items « Modification dans les habitudes des sommeil » (item16) « Modification de l'appétit » (item18), pour lesquels 7 réponses sont possibles (0, 1a, 1b, 2a, 2b, 3a et 3b) afin d'évaluer l'augmentation ou la diminution dans ces comportements, pour établir un diagnostic, le clinicien devra être attentif au sens dans lequel va ce symptôme.

- **Les normes de la dépression**

Elle se présente comme suite.

0- 11: dépression minime.

12- 19 : dépression légère.

20- 27 : dépression modérée.

28- 63 : dépression sévère.

- **Interprétation des notes**

Le choix des notes seuils au BDI-II doit être basé sur les considérations cliniques ainsi que sur l'objectif de l'évaluation. Les études américaines ont utilisées différentes procédures permettant l'établissement des notes seuils pour l'évaluation de la gravité de la dépression chez des patients présentant un trouble dépressif majeur.

La décision d'adopter d'autres seuils pour le BDI-II doit s'appuyer sur les caractéristiques de l'échantillon et sur l'objectif de l'évaluation. Si le but de l'évaluation est d'être le plus fin possible dans le dépistage de dépression, il faut alors abaisser le seuil afin d'éviter les « faux négatifs ». Dans ce cas, le nombre de « faux positifs » va augmenter, mais ceci peut être utile pour diagnostiquer tous les cas de dépression.

Dans l'interprétation des notes au BDI-II, il faut garder à l'esprit que les réponses du sujet peuvent être biaisées, comme pour tout questionnaire d'auto-évaluation. En effet, certains sujets peuvent avoir tendance à déclarer plus de symptômes qu'ils n'en ressentent en

réalité et donc, à élever leur note, alors que d'autres sujets auront tendance à nier leurs symptômes et donc à abaisser leur note. De plus, le BDI-II permet de mettre en évidence un degré de dépression, et non de poser un diagnostic de dépression. Seul un examen clinique permet d'établir un tel diagnostic et d'évaluer la gravité de cette dépression. (A. Beck ,1998. P.10).

Conclusion

Le chapitre méthodologique est la base principale sur laquelle se construit une étude empirique. C'est sa rigueur et sa cohérence qui feront l'intérêt et la qualité de la recherche, qui nous a permis un bon usage des techniques d'investigation choisies, et une rigueur dans l'analyse des données recueillies, et d'assurer une bonne organisation et planification de ce travail qui est « la dépression chez les personnes âgées placées dans les foyers d'accueil », et pour vérifier nos hypothèses.

❖ Cas de Abd.el ghani

Présentation du cas

Il s'agit de Abd.el ghani, Il est âgé de 70 ans grand de taille aux yeux bleu maigre de corpulence, bien vêtu assez propre et tout le temps souriant et coopératif.

Abd.el ghani été très à l'aise lors de l'entretien, il a répondu facilement à nos questions, et comme il comprenait et parlait couramment la langue française, donc il nous a facilité l'entretien, il est originaire de la wilaya de Blida. Il a exercé le métier du policier spécialisé en toxicologie, il s'est marié trois fois, mais ses mariages ont tous aboutis au divorce, il a deux garçons qui n'a jamais revu depuis.

●L'analyse de l'entretien

•La santé physique

-La santé précédente et actuelle

Abd.el ghani à vécu une jeunesse assez mouvementé vu qu'il a été musicien , où il jouait du piano dans un groupe ou il travaillait jusqu'à des heures tardives de la nuit dans des boites de nuit, mais cela na pas affecter sa santé, car comme il disait ;« je me porte bien jusqu'au jour d'aujourd'hui... j'ai jamais pris un seul comprimait même pour les maux de tête» ,et continue en disant« comme j'ai travaillé dans un laboratoire de toxicologie, je connaît l'effet des médicaments sur le long terme».C'est quelqu'un qui prend soin bien de lui et préserve sa santé.

-Les effets de la vieillesse

Abd.el ghani c'est quelqu'un d'autonome, qui ne sollicite pas l'aide des autres, il effectue ses tâches quotidienne assez facilement comme il le disait « aucun problème de ce coté la je me prends en charge tout seul, il m'arrive même de m'occuper des autres pensionnaires». Il s'est permet de sortir du foyer, chose qu'il le laisse changer d'aire et de se promenait en ville, «j'aime descendre en ville prendre un café, fumé des cigarettes tout en lisant un journal ou un bouquin ...». C'est un bon vivant qui aime beaucoup faire de la marche et se promenait dans les bois.

•La santé psychique notamment la dépression**-L'admission dans le foyer**

Avant son admission dans le foyer qui remonte à quatre ans, Abd el ghani a passé quelque mois dans les bois, après avoir vendu sa propre maison. Son ami lui conseilla de rejoindre le foyer et de mettre fin à la vie de vagabond, il a accepté sa proposition en rejoignant le foyer.

-Activités vitales (sommeil et appétit...)

Les activités vitales comme le sommeil et l'appétit de M^r Abd.el ghani n'ont pas connus de modifications chose qu'il a confirmé en disant, «je dors bien et je mange bien aussi, car il faut de l'énergie pour affronter une nouvelle journée »donc son sommeil et son appétit ne semblent pas être perturbé.

-Réaction aux bons et aux mauvais souvenirs

En évoquant les bons et mauvais souvenirs Abd.el ghani nous confia que ses bons souvenirs sont ceux de sa jeunesse et les moments partagés en groupe et les mauvais souvenirs qui concernent ses trois échecs de mariage ,d'après ses dires « les bons souvenirs c'était quand j'étais jeune, quand je jouais du piano ou la bonne ambiance régner, ahhhh.....c'était la belle époque, quant aux mauvais souvenirs c'est mes trois mariages ratés qui se sont tous fini par des divorces, car à chaque fois je rencontré des filles uniques ». D'après sa façon d'aborder ce sujet, Abd.el ghani semble prendre les choses du bon coté et donne de l'importance aux bons souvenirs qu'aux mauvais en disant« je ne regrette pas les moments de défaillance, tous ce qui est passé doit avoir lieu c'est ma vie et je l'accepte quoique ce soit mon triste sort ! ».

-Les projets d'avenir

Abd.el ghani, est entrain de finaliser son dossier de retraite, et compte acheter une petite maison dans la campagne en disant, «avec le rappel que je vais toucher, je vais pouvoir m'offrir une petite maison loin de la ville pour pouvoir me reposer et pour mener une vie paisible et être en harmonie avec la nature». On le voit assez déterminer pour quitter le foyer et refaire sa vie à nouveau.

-La vie onirique

Abd.el ghani a une vie onirique très riche et il fait rarement des cauchemars, ses rêves ont une valeur prémonitoire en disant, « on ne rêve pas pour rien le rêve pour moi est un message adressé par dieu pour nous montrer le chemin et nous guider », il ajoute, « ce que je n'arrive pas à le vivre en réalité je le réalise en dormant », à travers ses dires et ses expressions concernant sa vie onirique, on déduit qu'il réalise à partir du rêve son désir, élément souligné par S. Freud.

• Investissement d'objet**-La relation avec la famille**

Abd.el ghani a grandi dans une famille où chacun mène sa propre vie de son côté comme il le disait « moi et mes sœurs et frères sommes élevés par nous-mêmes », Abd.el ghani a eu deux garçons avec sa première femme, il ne les a jamais revus depuis leur divorce car cette dernière est retournée vivre en France. Quant au reste de sa famille, ses parents sont décédés, et le reste de ses frères et sœurs vivent tous à l'étranger. Abd.el ghani n'a gardé aucun contact avec le reste de sa famille.

-La relation avec les pensionnaires

Abd.el ghani est quelqu'un de très serviable qui aime aider tout le monde, il est très sociable et c'est quelqu'un qui s'insère facilement dans la vie commune à laquelle il s'est habitué durant ses années de musicien, comme il le disait, « je m'entends avec tout le monde... et si je peux aider quelqu'un je le fais avec joie il faut aider ses semblables surtout quand il s'agit de notre cas loin de la famille et des proches ».

-La relation avec le personnel

Abd.el ghani est quelqu'un qui mène une bonne vie relationnelle dans le foyer « ma relation est bonne avec le personnel du foyer, on a pu déduire que c'est quelqu'un de sociable qui aime le partage avec les autres et qui ne trouve pas de difficultés pour s'insérer, il disait, « je m'adapte bien avec les collectivités et j'aime partager mes idées avec les gens qui respectent la vie des autres ».

• Score et résultats de l'échelle de dépression de Beck de Abd.el ghani

| Les items | Cotation | Expression |
|------------|----------|--------------------------------------------|
| Tristesse | 0 | Je ne me sens pas triste |
| Pessimisme | 0 | Je ne suis pas découragé face à mon avenir |

| | | |
|--------------------------------------------|----------|--------------------------------------------------------------------------|
| Échec dans le passé | 0 | Je n'ais pas le sentiment d'avoir échoué dans la vie, d'être un raté |
| Perte de plaisir | 0 | J'éprouve toujours autant de plaisir qu'avant aux choses qui me plaisent |
| Sentiments de culpabilité | 0 | Je ne me sens pas particulièrement coupable |
| Sentiments d'être puni(e) | 0 | Je n'ai pas le sentiment d'être puni |
| Sentiments négatifs envers soi-même | 0 | Mes sentiments envers moi-même n'ont pas changé |
| Attitude critique envers soi | 2 | Je me reproche tous mes défauts |
| Pensées ou désirs de suicide | 0 | Je ne pense pas du tout à me suicider |
| Pleur | 0 | Je ne pleure pas plus qu'avant |
| Agitation | 1 | Je me sens, plus agité ou plus tendu que d'habitude |
| Perte d'intérêt | 0 | Je n'ai pas perdu d'intérêt pour les gens ou pour les activités |
| Indécision | 2 | J'ai beaucoup plus de mal qu'avant à prendre des décisions |
| Dévalorisation | 0 | Je pense être quelqu'un de valable |
| Perte d'énergie | 1 | J'ai moins d'énergie qu'avant |
| Modification dans les habitudes de sommeil | 0 | Mes habitudes de sommeil n'ont pas changé |
| Irritabilité | 0 | Je ne suis pas plus irritable que d'habitude |
| Modification de l'appétit | 0 | Mon appétit n'a pas changé |
| Difficulté à se concentrer | 2 | J'ai du mal à me concentrer longtemps sur quoi que ce soit |
| Fatigue | 1 | Je me fatigue plus facilement que d'habitude |
| Perte d'intérêt pour le sexe | 0 | Je n'ai pas noté de changement récent dans mon intérêt pour le sexe |
| Score | 09 | |
| Degré de dépression | Minimale | |

●L'analyse de l'échelle de dépression de Beck

Abd.el ghani présente un score de 9 qui correspond à une dépression minimale comme il est indiqué dans le manuel de dépression du Beck.

Il a un sentiment de critique envers lui-même, dont on a coté dans l'item n°8 degré, 2 en répondant « je me reproche tous mes défauts ».

Abd.el ghani hésite quand il s'agit de prendre des décisions, comme on la coté dans l'item n° 13, degré 2 en répondant « j'ai beaucoup plus de mal qu'avant à prendre des décisions ».

Il a beaucoup de mal à se concentrer et à rester longtemps sur la même chose, dont on a coté à l'item n°19, degré 2 en répondant « j'ai du mal à me concentrer longtemps sur quoi que ce soit » .

●Résumé du cas

Echec dans la vie conjugale, suivi d'échec professionnel, ses événements ont contribué à la faillite de Abd el ghani qui a fini par vendre sa propre maison et se retrouve d'hors sans demeure. la dépression dont il souffre se manifeste par l'attitude de critique envers soi-même, l'indécision, et les difficultés à se concentrer.

D'après la cotation des résultats de l'échelle de dépression de Beck qui est de 9 qui correspond à une dépression minimale.

❖ Cas de Omar

●Présentation du cas

Il s'agit de Omar âgé de 68ans, originaire de Bejaia, il est petit de taille, rond de corpulence, brin et avec des grande moustaches, il à une bonne chevelure, aux yeux vert, il porte des lunettes de vue, il est communicatif et très coopératif. Il set célibataire, il a exercé des métiers polyvalents mécanicien, peintre, chauffeur...

●La santé physique

-La santé précédente et actuelle

Omar n'a eu aucune maladie grave ou chronique durant sa jeunesse, en disant «je n'ai aucune maladie, a part les problèmes relatifs à mon appareil urinaire»¹, mais avant son admission dans le foyer, il a passé un séjour à l'hôpital de Oued Amizour pour problème de l'appareil urinaire, comme il le disait «j'ai subit une opération, j'ai eu du mal à uriner, mais depuis, j'ai retrouvé la convalescence»²

-Les effets de la vieillesse

Omar est quelqu'un d'autonome, il n'a pas besoin de l'aide des autres, au contraire c'est lui qui propose son aide aux autres à l'intérieure comme à l'extérieure du foyer, car il est autorisé de sortir, en disant « je me porte bien, je suis en bonne santé, Dieu merci.... »³. Omar semble plus jeune et plus fort par rapport à son âge.

●La santé psychique notamment la dépression

-L'admission dans le foyer

Omar a rejoignait le foyer de son plein gré, en disant ; « J'éte obligé de quitter le domicile familial, comme je suis célibataire, mes frères ne veulent pas que je sois une charge pour eux, alors j'ai préféré quitter la demeure familial»⁴.

¹ Ourehlikegh ara lahlak niden, hacha kan lahlak n waman n tassa.

² Khedmagh aparasyou g tagzalt,ma ttoura sava hligh.

³ Aqliyin bien hemdoulah.

⁴ Nik oujwijghara ihi aythma ouvghanara adh kima din.

-Activités vitales (sommeil, appétit)

Omar est quelqu'un de très ponctuel, il aime accomplir ses tâches quotidiennes toujours à la même heure notamment les heures de repas et l'heure du sommeil en disant «je dors et je mange toujours à la même heure»⁵. Omar semble accorder beaucoup d'importance à toutes activités, dont il respecte la répartition du temps. On souligne la présence des procédés de contrôle qui caractérise les personnes organisées.

-Réactions aux bons et mauvais souvenirs

Omar a vécu une enfance très triste, en disant« je viens d'une famille modeste, pour tout vous dire, je n'aie pas vraiment de bons souvenirs, a part les bons moments que j'ai passé avec mes parents lorsqu'ils faisaient encor partie de cette vie»⁶. Pour les mauvais souvenirs, Omar à fait un grand soupire avant de se lancé, en disant «je n'avais pas de travail stable, j'ai vécu dans l'incertitude, j'ai beaucoup souffert, surtout avec le décès de mes parents »⁷. Omar été trop affecté par la perte de ses parents ajoutant a la vie précaire qu'il a mené durant toute son enfance et sa jeunesse.

-Projets d'avenir

Omar n'a pas tenter d'entreprendre un projet quelconque, en disant « je suis dépassé par l'âge, c'est trop tard pour moi, je vis au jour le jour.....»⁸. Omar semble s'est résigner face à son avenir.

-La vie onirique

Omar n'accorde pas beaucoup d'importance aux rêves, en disant« je ne rêve que rarement...de toute façon pour moi sa reste des choses insignifiantes». Il semble se désintéresser totalement du fait de rêver ou pas. »⁹. Pierre Marty disait concernant l'absence des rêves : «on peut penser que le malade ne souvient pas de ses rêves soit par manque d'intérêt, soit par une résistance a en révéler les contenus. Autrement dit, cette notion d'absence des rêves correspond théoriquement à l'isolement de l'inconscient, les excitations pulsionnelles créant d'autres voies que celles représentations et de l'élaboration onirique ».

⁵ Settagh dima gelwaqt.

⁶ Kraghd gethwacholt n lhif, oulach kra atidemktigh siwa asmi llan yemgharen ligh bien tchigh swigh.

⁷ Lkhadma oulach, zwaj oulach, dounitiw outvanara, asmi mouten yemghareni dayen kan.

⁸ Neki dayen moqragh ifoutiyi lhal, ttkmligh oussaniw....daya.

⁹ Trargough tikwal kan aka...tirga daghen.

• Investissement d'objet**-La relation avec la famille**

Omar a rompu tout contacte avec les membres de sa famille, en disant « personne n'est venu me voir, n'est prendre de mes nouvelles, alors j'ai fait de mêmec'est mieux comme sa »¹⁰. Omar préfère plutôt mourir que de retourner vivre avec sa famille.

-La relation avec les pensionnaires

Omar est quelqu'un de serviable, et qui aime aider les autres, en disant « j'ai de bonnes relations avec tout le monde....»¹¹. Omar semble être quelqu'un de sociable et généreux.

-La relation avec le personnel

Omar se conduit bien dans le foyer, en respectant les ordres et les consignes, comme il le disait ; « je les respects et ils me respectent, je n'ai jamais eu de mal entendu avec eux, depuis que je suis dans le foyer »¹². Omar semble accorde un grand respect à l'égard du personnel.

¹⁰ Yiwen our dyesteeqsay fellli,neki daghen ousteqsayegh fellassen.

¹¹ Mezgadh mera yidesen.

¹² Tsgadaraght tsakadarnyi,g smi ligh da bien yidsan mera.

● Score et résultats de l'échelle de dépression de Beck de Omar

| Les items | Cotations | Expressions |
|--------------------------------------------|-----------|---------------------------------------------------------------------------------|
| Tristesse | 0 | Je ne me pas triste |
| Pessimisme | 1 | Je me sens plus découragé qu'avant face à mon avenir |
| Échec dans le passé | 1 | J'ai échoué plus souvent que je n'aurais dû |
| Perte de plaisir | 2 | J'éprouve très peu de plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement |
| Sentiments de culpabilité | 1 | Je me sens coupable pour bien de choses que j'ai faites ou que j'aurai dû faire |
| Sentiments d'être puni(e) | 0 | Je n'ai pas le sentiment d'être puni |
| Sentiments négatifs envers soi-même | 2 | Je suis déçu par moi-même |
| Attitude critique envers soi | 1 | Je suis plus critique envers moi-même que je ne l'étais |
| Pensées ou désirs de suicide | 0 | Je ne pense pas du tout à me suicider |
| Pleur | 0 | Je ne pleure pas plus qu'avant |
| Agitation | 0 | Je ne suis pas plus agité ou plus tendu que d'habitude |
| Perte d'intérêt | 0 | Je n'ai pas perdu d'intérêt pour les gens ou pour les activités |
| Indécision | 1 | Il m'est plus difficile que d'habitude de prendre des décisions |
| Dévalorisation | 3 | Je sens que je ne vauds absolument rien |
| Perte d'énergie | 0 | J'ai toujours autant d'énergie qu'avant |
| Modification dans les habitudes de sommeil | 0 | Mes habitudes de sommeil n'ont pas changé |
| Irritabilité | 0 | Je ne suis pas plus irritable que d'habitude |
| Modification de l'appétit | 0 | Mon appétit n'a pas changé |
| Difficulté à se concentrer | 0 | Je ne parviens pas à me concentrer toujours aussi bien qu'avant |
| Fatigue | 0 | Je ne suis pas plus fatigué que d'habitude |
| Perte d'intérêt pour le sexe | 3 | J'ai perdu tout intérêt pour le sexe |
| Score | 15 | |
| Degré de dépression | légère | |

●L'analyse de l'échelle de dépression de Beck

Après la cotation des items, Omar a eu le score de 15 qui correspond à une dépression légère comme il est indiqué dans le manuel de dépression de Beck.

Les items les plus élevés sont comme suit, item n°14, dont on a coté le degré 3, en disant «Je sens que je ne vaux absolument rien », item n °21, degré 3, en disant «J'ai perdu tout intérêt pour le sexe », item n°4, degré 2, en disant «J'éprouve très peu de plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement ».

●Résumé du cas

La perte de ses parents, ainsi que la mésentente avec ses frères ,associe à la précarité de la vie ,instabilité de sa vie professionnelle, sont des facteurs qui ont contribué a l'apparition de sa dépression qui se manifeste par un sentiment de dévalorisation ,une faible estime de soi, perte d'intérêt pour le sexe et la perte de plaisir.

D'prés la cotation des résultats de l'échelle, on constate que Omar souffre d'une dépression légère dont le score est de 15.

❖ Cas de Zina**●Présentation du cas**

Il s'agit de Zina âgée de 77ans, originaire de Bejaia, grande de taille et maigre de corpulence, elle porte des lunettes de vue, elle est rouquine de peau, très gestuelle. Elle veuve, mère d'un seul garçon.

●La santé physique**-La santé précédente et actuelle**

Zina est atteinte du diabète depuis son jeune âge, et se plaint tout le temps de maladie, en disant « je suis diabétique, et j'ai souvent des migraines »¹ avec l'avancé de l'âge elle se sent de plus en plus fatiguée, comme elle le disait « je suis tout le temps fatiguée »² .

-Les effets de la vieillesse

Zina sollicite souvent l'aide des autres notamment sa camarade de chambre, pour effectuer certaines tâches, en disant « vous savez, des fois je n'arrive même pas à me lever du lit »³. Zina s'appuie souvent sur l'aide des autres pensionnaires et du personnel, elle est dépendante des aides des tierces personnes vu sa maladie qui parfois l'entravée.

●La santé psychique notamment la dépression**-L'admission dans le foyer**

Zina à un seul garçon, qui ne voulait plus d'elle à la maison, après le décès de son mari, elle s'est retrouvé à la rue, alors l'un de ses voisins l'a ramené au foyer.

-Activités vitales (sommeil, appétit ...)

Toutes ses habitudes semblent perturbées, notamment sa conduite alimentaire et son rythme de sommeil, d'après ses dires « je n'ai aucune envie de manger »³ et de même pour le sommeil, elle n'arrive pas à passer une nuit sans se réveillée à plusieurs reprises, et depuis, elle

¹ Helkegh lahlak n sker ak d chqqa.

² Tthousough iyimaniw dima fechlegh.

³ Tezram,tikwaldeg oussou ourezmiregh ara adekregh.

reste éveillé dans son lit en pleurant, d'après ses dires ; « sa fait des années que je n'ai pas passée toute la nuit endormi, je souffre des réveilles nocturnes accompagnées des pleures »⁴

-Réactions aux bons et mauvais souvenirs

Comme elle est la fille unique de ses parent, elle a mené une vie de princesse entourée de douceur, de soin et de tendresse, l'amour excessif de ses parents à fait d'elle une fille dorlotée, d'après ses dires, « j'étais la princesse de mes parents ,rien me manqué, j'ai eu tout ce que j'ai désiré j'ai de l'accointance avec mes parents »⁵ .Mais cela n'a pas duré longtemps, sa vie à pris un autre tournant, son mariage malheureux à bouleversé sa vie de princesse pour sombré dans un malheur intense, et un chagrin extrême, en disant, « la vie ma tourné son dos en me jetant dans une symphonie d'incertitude et de châtiment profond »⁶ .

-Projets d'avenir

Zina n'a pas de projets d'avenir et compte finira ses jour dans le foyer, en disant ; « que voulez que j'envisage, j'ai aucune source de revenu, ou voulez que j'aille à part rester dans le foyer, et si jamais l'occasion me présente je mettrai un terme à ma vie et achever ma souffrance »⁷ . On souligne ici un désir ardent de fuite en se suicidant, des idées suicidaires qui font partie des symptômes de la dépression.

-La vie onirique

Zina fait souvent des cauchemars de réveilles effrayants et des pleurs, en disant « dans mes cauchemars je n'arrête pas de revoir cette scène, le jour ou mon fils ma mise à la porte»⁸ . M^m Zina semble être très traumatisée face à cet événement d'où la survenu répétitive de ces cauchemars.

●Investissement d'objet

-La relation avec la famille

Zina à un seul garçon, qui ne voulait plus d'elle à la maison, après le décès de son mari, elle s'est retrouvé à la rue, alors l'un de ses voisins l'a ramené au foyer, en disant ;« mon fils ne veut plus de moi, mais je sais c'est à cause de ses oncles et leurs femmes

⁴ Ataya our ginegh ides iselhen,mi gnegh chwiya adekreggh s lkhouf d imettewen.

⁵ lligh am yellis n seltan ar imawlaniw, lligh aken vghigh

⁶ Tkelhii dounit agi tdewriyid oudemis ,tsarwayi lemrrar.

⁷ Dachou tevghid ad khedmagh ?adrim oulach ,vghigh ademtagh meqar adethenigh.

qui n'arrêtent pas de lui murmurer à l'oreille, ils ont conspiré contre ma réputation »⁸. Depuis sa présence dans le centre (prés de dix ans) M^m Zina n'a jamais reçu de visite de la part de sa famille notamment son propre fils.

-La relation avec les pensionnaires

Zina s'entend bien avec les pensionnaires, malgré que des fois elle pique des crises d'agitation, comme elle le disait ;« ils sont tous tolérants avec moi, surtout ma camarade de chambre elle m'aide beaucoup quand je perds le contrôle sur mon comportement »⁹.

-La relation avec le personnel

Zina a tissé des relations solides avec le personnel vu son ancienneté dans le foyer. Zina entretient une bonne relation avec le personnel, en disant « il ya un respect mutuel, surtout de ma part, car j'ai souvent besoin d'eux ».¹⁰

⁸ Isemah dgi emmi,zrigh anwa idesebba banechta d ayetmas n vavas iyikarhen hedrenas feli.

⁹ Ttqadareniyi ak sourtou tin d wi charkegh takhamt.

¹⁰ Yela leqdar garagh gelgihaw akhatar hwajaghten.

● Score et résultats de l'échelle de dépression de Beck de Zina

| Les items | Cotations | Expressions |
|--------------------------------------------|-----------|------------------------------------------------------------------------------|
| Tristesse | 2 | Je suis tout le temps triste |
| Pessimisme | 3 | J'ai le sentiment que mon avenir est sans espoir et qu'il ne peut qu'empirer |
| Échec dans le passé | 3 | J'ai le sentiment d'avoir complètement raté mon avenir |
| Perte de plaisir | 3 | Je n'éprouve aucun plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement |
| Sentiments de culpabilité | 2 | Je me sens coupable la plupart du temps |
| Sentiments d'être puni(e) | 3 | J'ai le sentiment d'être punie |
| Sentiments négatifs envers soi-même | 2 | Je suis déçue par moi-même |
| Attitude critique envers soi | 1 | Je suis plus critique envers moi-même que je ne l'étais |
| Pensées ou désirs de suicide | 1 | Il m'arrive de penser à me suicider, mais je ne le ferais pas |
| Pleur | 2 | Je pleure pour la moindre petite chose |
| Agitation | 2 | Je suis si agitée ou tendue que j'ai du mal à rester tranquille |
| Perte d'intérêt | 3 | J'ai du mal à m'intéresser à quoi que ce soit |
| Indécision | 3 | J'ai du mal à prendre n'importe quelle décision |
| Dévalorisation | 3 | Je sens que je ne vauds absolument rien |
| Perte d'énergie | 2 | Je n'ai pas assez d'énergie pour pouvoir faire grand-chose |
| Modification dans les habitudes de sommeil | 2b | Je dors beaucoup moins que d'habitude |
| Irritabilité | 1 | Je suis plus irritable que d'habitude |
| Modification de l'appétit | 1a | J'ai un peu moins d'appétit que d'habitude |
| Difficulté à se concentrer | 2 | J'ai du mal à me concentrer longtemps sur quoi que ce soit |
| Fatigue | 3 | Je suis trop fatiguée pour faire la plupart des choses que je faisais avant |
| Perte d'intérêt pour le sexe | 3 | J'ai perdu tout intérêt pour le sexe |
| Score | 47 | |
| Degré de dépression | sévère | |

● L'analyse de l'échelle de dépression de Beck

Après la cotation des items, Zina a eu le score de 47, qui correspond à une dépression sévère comme il est indiqué dans le manuel de dépression de Beck.

Parmi les items les plus élevés on retrouve par exemple item n°2, degré 3, en répondant «J'ai le sentiment que mon avenir est sans espoir et qu'il ne peut qu'empirer », et aussi item n°3, degré 3, « J'ai le sentiment d'avoir complètement raté mon avenir », aussi item n°10, degré 2, en disant « Je pleure pour la moindre petite chose »

●Résumé du cas

Zina a perdu le gout de vivre, elle n'a pu supporté le bouleversement qui a fait d'elle un simple être vivant dépourvu de beaux rêves, ainsi son exclusion du foyer familiale ou elle a rêvé passé le reste de sa vie pré de son fils unique. Ce qui l'a fait plongée dans une dépression sévère qui se manifeste par des sentiments de pessimisme, la perte d'intérêt, des pleurs, et de perte d'énergie et de fatigue

Après la cotation des résultats de l'échelle, on constate que Zina souffre d'une dépression sévère dont le score est de 47.

❖ Cas de Bachir

●Présentation du cas

Il s'agit de Bachir, âgée de 66ans, originaire de Bejaia, il est grand de taille et maigre, il est un peu chauve, il a perdu toutes ces dents, peu bavard, il est marié et père de trois enfants, deux garçon et une fille, une est marié, et les deux autres enfants vivent avec lui à la maison. Il a travaillé comme comptable à Alger jusqu'à la retraite.

●L'analyse de l'entretien clinique

•La santé physique

-La santé précédente et actuelle

Bachir se porté bien jusqu'à son départ à la retraite et retourne enfin chez lui dans l'espoir de passer le reste de sa vie prés de sa famille, mais les choses semblent mal tournées, ce rêve de vie paisible et comblé d'amour ne peut pas être exaucé, les problèmes commencés à s'accumuler et sa vie a prit un autre tournant, en disant «avant mon départ en retraite j'étais en bonne santé, je me porté bien...mais quand je suis retourné chez moi...ma santé ne cessé pas de dégradée du jour au jour à cause des problèmes que j'ai rencontré avec ma femme, car elle ignore mon existence à la maison et exerce un harcèlement morale »¹ les conflits conjugaux l'ont beaucoup affecté.

-Les effets de la vieillisse

Il est autonome, il se débrouille tout seul pour l'accomplissement de ses tâches, mais devant les taches difficiles il est incapable de les accomplir, en disant ; « je me prends en charge tout seul lorsqu'il s'agit des petites tâches quotidienne comme laver, et manger...mais pour que je réalise de grandes

¹ Ligh sesahaw qvel adefghagh la retraite,ma toura ghlighd g lahlak damoqran sebas damenghi ttmettuti.

entreprises comme avant je ne peux pas »² donc il a perdu une partie de son énergie acquise durant sa jeunesse sous l'effet de la vieillesse.

•La santé psychique notamment la dépression

-Admission dans le foyer

Avant son admission dans le foyer qui remonte à deux ans, il habité avec sa petite famille, mais les querelles conjugales l'ont chamboulé la tête, il été débordé au point ou il ne supporté plus cette situation, alors il a rejoint le foyer pour avoir la paix. En disant « les disputes sont permanentes et moi je n'ai pas pu supporter le seul choix qui m'es venu à la tête c'est de rejoindre le foyer»³.

-Activités vitales (sommeil et appétit ...)

Ses habitudes de sommeil et celles de l'appétit n'ont pas connus de perturbation, il mange et dort régulièrement d'après ses dires ; « non, concernant le sommeil et l'appétit, je n'ai pas de perturbations pour le moment, je dors et je mange normale »⁴.La conduite alimentaire et le rythme de sommeil sont stables.

-Réactions aux bons et mauvais souvenirs

Les bons et meilleurs souvenirs de Bachir sont ceux de sa jeunesse quand il travaillé comme comptable à Alger, en disant ; « j'étais un excellent comptable, j'ai beaucoup aimais mon travail ainsi mon statu à l'époque...que de la joie ...c'est vraiment la belle époque, les moments d'or de toute ma vie »⁵. On souligne l'investissement de la pensée, notamment le coté intellectuel qui est un mécanisme de contrôle exercé avec beaucoup de plaisir dans sa fonction. Quant aux mauvais souvenirs, c'est le départ à la retraite, il a quitté sa vie de

² Lahwayej timechtah zemraghsent ma ttimouqranin ouzmiregh ara dayen aayigh.

³ Qewan imanghiyen g kham ihi d wagi d lahl idofigh.

⁴ Ganagh bien staghe daghen bien.

⁵ Ligh dacontable izewren yarna tthibigh akhdimiw atas,aachagh ousan yelhan di temziw.

comptable et les quartiers d'Alger enfin rejoindre la spirale des problèmes familiaux et notamment les problèmes conjugaux.

-Projets d'avenir

Bachir espère que son fils finira un jour la construction de la maison pour enfin quitter le foyer et vivre avec lui loin de son épouse « si mon fils ne changera pas d'avis il viendrais me chercher et je quitterais ce foyer »⁶ et dans le cas contraire, c'est-à-dire si son fils ne viendra le chercher ,il va passé le reste de ses jours au foyer d'après ses dires, « s'il ne viendra pas j'irais nulle part je resterais ici »⁷ ; donc son ultime projet est de quitter le foyer pour vivre avec son fils.

-La vie onirique

Il a abordé la question des rêves en souriant, on constate une richesse dans le contenu qui s'exprime à travers ses rêves, en disant « oui...je rêve beaucoup...et surtout je rêve souvent mes bons moments à Alger »⁸.Donc le rêve représente la réalisation du désir.

•Investissement d'objet

-La relation avec la famille

Le seul contact qu'il a gardé avec sa famille c'est son fils, qui le rend visite quand l'occasion se présente, mais les autres membres de sa famille ne cherchent pas de ses nouvelles, en disant ;« ma femme me considère comme un étranger dans ma propre maison que j'ai construite moi-même, elle m'harcelle jour et nuit » les disputes et les mauvais contacts avec notamment sa femme l'ont beaucoup perturbé et beaucoup l'attristé. En disant « il y a que mon fils qui

⁶ Ttrajough kan emi adifak levni bokham adroh adzedghagh ghores.

⁷ M dyosara adh kimagh da.

⁸ lh tsargogh dgha oussanini di lzdayer.

me rend visite de temps en temps c'est tout !ils m'ont complètement abandonné»⁹ en souligne un sentiment d'abandon.

-La relation avec les pensionnaires

Il accorde beaucoup d'importance au coté relationnel, il essaye de combler le vide que sa famille à laisser en tissant des liens d'amitié avec les autres pensionnaires du foyer, il cherche à être intégré, en disant « j'ai beaucoup d'amis, je suis dans le besoin d'avoir des amis car je n'ai personnes d'autre »¹⁰ bon souligne la recherche d'étayage. Si ce mécanisme est utilisé avec intensité, il signifie que la personne est dépressive.

-La relation avec le personnel

Quant à ses relations avec le personnel, sont semblables à celle des pensionnaires, c'est des relations, sont caractérisées par le respect réciproque et de courtoisie, d'après ses dires « mes relations avec le personnel du foyer sont excellentes, il ya un respect mutuel entre nous »¹¹.

⁹ Ala emi iditassen widak nayedh walou.

¹⁰ Saaigh atass g mdoukal dh nouthni kan id imwansniwi.

¹¹ Ntmaamal s lkdar.

●Score et résultats de l'échelle de dépression de Beck de Bachir

| Les items | Cotations | Expressions |
|--------------------------------------------|-----------|----------------------------------------------------------------------------|
| Tristesse | 1 | Je me sens très souvent triste |
| Pessimisme | 2 | Je ne m'attends pas à ce que les choses s'arrangent pour moi |
| Échec dans le passé | 2 | Quand je pense à mon passé, je constate un grand nombre d'échecs |
| Perte de plaisir | 3 | Je n'éprouve aucun plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement |
| Sentiments de culpabilité | 0 | Je ne me sens pas particulièrement coupable |
| Sentiments d'être puni(e) | 1 | Je sens que je pourrais être puni |
| Sentiments négatifs envers soi-même | 1 | J'ai perdu confiance en moi |
| Attitude critique envers soi | 2 | Je me reproche tout mes défauts |
| Pensées ou désirs de suicide | 0 | Je ne pense pas du tout à me suicider |
| Pleur | 0 | Je ne pleure pas plus qu'avant |
| Agitation | 0 | Je ne suis pas plus agité ou plus tendu que d'habitude |
| Perte d'intérêt | 3 | J'ai du mal à m'intéresser à quoi que ce soit |
| Indécision | 1 | Il m'est plus difficile que d'habitude de prendre des décisions |
| Dévalorisation | 3 | Je sens que je ne vauds absolument rien |
| Perte d'énergie | 1 | J'ai moins d'énergie qu'avant |
| Modification dans les habitudes de sommeil | 0 | Mes habitudes de sommeil n'ont pas changé |
| Irritabilité | 0 | Je ne suis pas plus irritable que d'habitude |
| Modification de l'appétit | 0 | Mon appétit n'a pas changé |
| Difficulté à se concentrer | 2 | J'ai du mal à me concentrer longtemps sur quoi que ce soit |
| Fatigue | 3 | Je suis trop fatigué pour faire la plupart des choses que je faisais avant |
| Perte d'intérêt pour le sexe | 3 | J'ai perdu tout intérêt pour le sexe |
| Score | 28 | |
| Degré de dépression | sévère | |

●L'analyse de l'échelle de dépression de Beck

Après la cotation des items, Bachir, a eu un score de 28 qui correspond à la dépression sévère comme il est indiqué dans le manuel de dépression de Beck.

Il a une humeur légèrement triste, item no 1 qui porte sur la tristesse, dont on a coté le degré 1 «Je me sens très souvent triste » , et un sentiment de pessimisme dans lequel on a coté le degré 2.Parmi les items les plus élevés l'item no 4 qui porte sur la perte du plaisir, dont on a coté le degré 3 « Je n'éprouve aucun plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement »,et dans l'item no 14 qui porte sur la dévalorisation ,on coté le degré 3 « Je sens que je ne vaudrais absolument rien ».Et dans l'item no 21qui porte sur la perte d'intérêt pour le sexe, on coté le degré 3 «J'ai perdu tout intérêt pour le sexe ».

●Résumé du cas

Tout a commencé une après son départ à la retraite et sa rupture totale avec la vie du comptable et sa séparation avec la femme d'amies avec laquelle a passé des moments agréables ,pour rejoindre sa famille ,mais cette dernière semble la cause majeure de ses malheurs disputes et problèmes conjugaux qui l'ont causé la dépression, qui s'exprime par le sentiment de culpabilité et de perte d'intérêt ainsi le sentiment de dévalorisation, comme on trouve le sentiment de perte d'intérêt pour sexe qui figure dans la cotation.

Les résultats de la cotation de l'échelle ont aboutis à un score général de 28 qui correspond à un degré de dépression sévère.

❖ Cas de Saida

●Présentation du cas

Il s'agit de Saida âgée de 73ans, originaire de Bejaia, elle est petite de taille, aux yeux bleus, des cheveux longs et plein de rides sur le visage, des tatouages traditionnels sur le cou, elle est tout le temps souriante. Elle est une veuve qui n'a pas d'enfants.

●La santé physique

-La santé précédente et actuelle

Saida été une excellente femme au foyer, elle ne laissait personne faire les tâches ménagères ou autres à sa place, elle fait son devoir de femme au foyer avec joie et bonheur, comme elle le disait ; « j'étais en bonne santé, alors pourquoi laisser les autres faire les choses a ma place »¹. On souligne ici un sentiment d'estime de soi positif à travers ses capacités à réaliser ses tâches quotidiennes.

Elle ne souffre d'aucune maladie, mais ressent une légère baisse des sens (l'audition et la vision), en disant « physiquement je vais bien, mais je vois et j'entends moins qu'avant »².

-Les effets de la vieillesse

Saida se porte moins bien qu'auparavant, mais toute même elle est autonome, et effectue ses tâches quotidiennes sans l'aide des autres, comme elle le disait ; «je prends ma douche toute seule, je sollicite l'aide des autres que quand je tombe malade »³.

¹ Ligh sesahaw achema ouyikhous khedmagh koulech soufousw.

² Aka ligh sehagh kra ma dalniw ak doumzoughiw khoussen.

³ Siridegh imaniw maahlkagh aka tetrohoud ghorit tfrimlt tsiridiyi

●La santé psychique notamment la dépression

L'admission dans le foyer

Après la mort de ses parents, elle est devenu un fardeau sur ses frères qui ont finit par la ramener au foyer.

-Activités vitales (sommeil, appétit

Ses activités vitales ont connus de perturbation significative, qui s'expriment par la baisse de l'appétit et la perturbation dans le rythme de sommeil parfois jusqu'à l'insomnie , d'après ses dires ; « je ne dors plus comme d'habitudes, je me réveil trois à quatre fois par nuit et dans la majorité des temps je suis incapable de me rendormir »⁴ .Quant à son appétit, elle semble perdu presque carrément son appétit, et souffre de nausées quand elle mange, d'après ses dires ;« j'ai du mal à manger ,j'ai perdu complètement mon appétit...et quand je mange quelque chose je sent les nausées »⁵

-Réactions aux bons et mauvais souvenirs

Le seul bon souvenir que Saida garde dans sa mémoire est bien que le jour de son mariage, son marie l'aimait bien, elle a passé quelques années d'amour, de paix et surtout de respect qu'il éprouve envers elle, elle disait en pleurant, «mon meilleur et seul souvenir c'est le jour où je me suis marié avec Salah »⁶ .Les choses ont mal tournées, et ses rêves sont évaporés, après deux ans de mariage elle eu une fausse couche qui a laissée chez elle des séquelles psychique, et quelques années après son marié l'a quitta à jamais, il est mort et juste quelque années plu tard elle assiste à la mort de ses parent. Cette succession de pertes d'objets l'ont plongé dans une tristesse profonde, en disant,

⁴ Khosegh mlih gnadam machi am zik douqousaghd gides yarna outtoughalgh ara ikel.

⁵ Oughlagh oustghara mlih.

⁶ Asmi izewjagh d salah d win ak id asmkti yelhan g dounitiw mera.

« la mort de mon mari est une rupture totale avec moi-même, je me reconnaissais plus, je suis devenu un quelqu'un d'autre »⁷ deux événements marquant son désespoir : la fausse couche, et le décès de son conjoint, on remarque la difficulté de faire le deuil. .

-Projets d'avenir

A propos des projets d'avenir Saida n'espère rien et ne projette vers rien vers l'avenir, elle n'a aucun projet, elle mène une vie dénuée des projets d'avenirs et elle n'attend pas à ce que les choses s'arrangent pour elle, en disant « une vieille comme moi...je n'ai rien à espérer ou à envisager ma vie est passée »⁸. On souligne un sentiment de dévalorisation et faible estime de soi.

-La vie onirique

Les rêves que Saida fasse tournent autour de sa déchéance, elle rêve beaucoup de son mari, dont la plupart des temps se réveille en pleurant, d'après ses dires ; « je rêve souvent de mon chers et regretté mari, qui ma quitté si tôt »⁹. La plupart des rêves Saida tournent autour de ses rêves auprès de son mari. Qui signifie la difficulté de faire le deuil et d'accepter sa disparition, qui est toujours présent dans ses pensées.

●Investissement d'objet

-La relation avec la famille

Depuis son emplacement dans le foyer, Saida n'a ressue aucune visite de la part de sa famille, en disant, « mes deux frères sont en France, quant a ma sœur elle n'a pas le temps car c'est elle qui s'occupe de sa famille, donc il ya personne qui se soucié de moi »¹⁰.

⁷ Seg asmi igmout wargaziw tnaqlav dounitiw oughalagh ttayed nide nak, zoughouregh amchich.

⁸ Tamghart am neki dachou ara menigh ad khedmagh dayen tfouk dounitiw.

⁹ Ttargough kan argaziw atirhem rebi.

¹⁰ Akthma g fransa waltma thalhad d wa khamis,oulach win iharen fellli.

-La relation avec les pensionnaires

Saida est une femme très sociable, sympathique, qui aime discuter avec tout le monde, comme elle le disait, « c'est toujours moi qui dit bonjour la première, j'aime prendre de leurs nouvelles, notamment ma camarade de chambre »¹¹. Saida semble entretenir de bonnes relations avec les pensionnaires.

-La relation avec le personnel

Saida se comporte bien avec le personnel, et elle respecte les consignes, en disant « je les respecte tous, de la femme de ménage au directeur »¹².

¹¹ Dima nik itzougriyen a sbah lkheir,hamlgh adh seksigh fellasen.

¹² Itskdarethen mera g thin itsyikan am diracteur.

● Score et résultats de l'échelle de dépression de Beck de Saida

| Les items | Cotations | Expressions |
|--------------------------------------------|-----------|---------------------------------------------------------------------------------|
| Tristesse | 1 | Je me sens très souvent triste |
| Pessimisme | 2 | Je ne m'attends pas à ce que les choses s'arrangent pour moi |
| Échec dans le passé | 2 | Quand je pense à mon passé, je constate un grand nombre d'échecs |
| Perte de plaisir | 2 | J'éprouve très peu de plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement |
| Sentiments de culpabilité | 0 | Je ne me sens pas particulièrement coupable |
| Sentiments d'être puni(e) | 3 | J'ai le sentiment d'être punie |
| Sentiments négatifs envers soi-même | 0 | Mes sentiments envers moi-même n'ont pas changé |
| Attitude critique envers soi | 3 | Je me reproche tous les malheurs qui arrivent |
| Pensées ou désirs de suicide | 1 | Il m'arrive de penser à me suicider, mais je ne le ferais pas |
| Pleur | 1 | Je pleure plus qu'avant |
| Agitation | 0 | Je ne suis pas plus agitée ou plus tendue que d'habitude |
| Perte d'intérêt | 1 | Je m'intéresse moins qu'avant aux gens et aux choses |
| Indécision | 0 | Je prends des décisions toujours aussi bien qu'avant |
| Dévalorisation | 2 | Je me sens moins valable que les autres |
| Perte d'énergie | 1 | J'ai moins d'énergie qu'avant |
| Modification dans les habitudes de sommeil | 3b | Je me réveille une ou deux heures plus tôt et je suis incapable de me rendormir |
| Irritabilité | 1 | Je suis plus irritable que d'habitude |
| Modification de l'appétit | 1a | J'ai un peu moins d'appétit que d'habitude |
| Difficulté à ce concentré | 0 | Je ne parviens pas à me concentrer toujours aussi bien qu'avant |
| Fatigue | 3 | Je suis trop fatiguée pour faire la plupart des choses que je faisais avant |
| Perte d'intérêt pour le sexe | 3 | J'ai perdu tout intérêt pour le sexe |
| Score | 29 | |
| Degré de dépression | sévère | |

●L'analyse de l'échelle de dépression de Beck

Après la cotation des items, Saida à eu le score de 29 qui correspond a une dépression sévère comme il est indiqué dans le manuel de dépression de Beck.

Les items les plus élevés sont par exemple l'item n°4 dont on a coté le degré 3, en répondant «J'ai le sentiment d'être punie », et l'item n°8 dont on a coté le degré 3, en répondant « Je me reproche tous les malheurs qui arrivent», aussi l'item n°16 dont on a coté le degré de 3b, en disant «Je me réveille une ou deux heures plus tôt et je suis incapable de me rendormir ». Saida se reproche tous les malheurs qu'elle a subit en se culpabilisant et se remettant en cause de sa propre souffrance. elle dort plus comme avant , elle a une humeur légèrement triste, item n°1, degré 1, en répondant «Je me sens très souvent triste », et un sentiment de pessimisme et de découragement envers son avenir, item n°2 dont on a coté 2, en disant «Je ne m'attends pas à ce que les choses s'arrangent pour moi »

●Résumé du cas

Elle est très affectée par les pertes successive des membres de sa famille à savoir son marie et ses parent, le deuil de perte de ses sien semble sans fin et interminable c'est un deuil eternal elle n'arrivé pas à se désinvestir.

Elle souffre de dépression sévère qui se manifeste par la perturbation du sommeil et de l'appétit, de fatigue, et de pessimisme.

On constate Saida souffre d'une dépression sévère, dont le score est de 29.

❖ Cas de Kaci

●Présentation du cas

Il s'agit de Kaci, âgé de 71 ans, originaire de Bejaia, il est de taille moyenne brin et maigre de corpulence, il a du mal à entendre bien nos questions, il est édenté et manifeste des grimasses et des expressions faciales, il a des yeux noisette et plein de rides sur le front, il est peu souriant. Il est marié et père de trois enfants, dont deux garçons et une fille, il est paysan de profession.

●L'analyse de l'entretien clinique

•La santé physique

-La santé précédente et actuelle

Kaci a été toujours en bonne santé et ne souffre d'aucune maladie, mais après avoir effectué la visite médicale pour l'accomplissement du pèlerinage, il s'est avéré qu'il souffre du rhumatisme, en disant « je n'ai jamais vu un médecin de ma vie, sauf la visite médicale que j'ai effectué avant mon départ à la Mecque, qui est une procédure administrative obligatoire pour finaliser mon dossier»¹.

-Les effets du vieillissement

Malgré son âge avancé, Kaci est quelqu'un d'autonome qui effectue ses tâches quotidiennes facilement comme il le disait « durant ma jeunesse j'étais quelqu'un de robuste plus la tâche est difficile plus elle me plaisait...mais maintenant hélas !.. c'est plus comme avant je commence à me sentir fatigué car je suis vieux »². On souligne la présence du mécanisme de sadisme.

¹ Jamé zrih tviv gelhayatiwhacha asmi rohagh akham rebi tina yebid lhal obligé.

² Asmi ligh dilmzi sehagh,jahdagh mlih tthebigh lkhadma nelbens.

•La santé psychique notamment la dépression**-L'admission dans le foyer**

Le monsieur en question mène une vie de paysan qui s'efforce fièrement de subvenir aux besoins de sa famille et faisait en sorte que rien ne leur manquait, mais sa famille notamment ses filles et sa femme semblent ingrates, il n'a pas pu faire face à cette situation qu'il qualifie de crime contre la réputation, il a quitté le domicile familial pour vivre dans les bois, mais il n'a pas supporté les circonstances impitoyables de la rue, et puis il a rejoint le foyer.

-Activités vitales (sommeil et appétit)

Kaci ne rencontre aucune perturbation de sommeil, ni d'appétit, en disant ; « je dors et je mange très bien, de ce côté-là je n'ai aucun problème »³. Donc ses habitudes de sommeil et d'appétit n'ont pas changé.

-Réactions aux bons et mauvais souvenirs

Kaci nous disait à ce propos, « mes bons souvenirs sont les beaux vieux temps, que j'ai passé durant ma jeunesse où j'étais le maître de mes choix et mes décisions et surtout j'étais en bon état de santé je me sens que le monde m'appartient ... »⁴. Quant aux mauvais souvenirs Kaci semble beaucoup affecté par cet acte de trahison et d'infidélité qu'il qualifie de délit et de crime contre la réputation de toute sa famille. « j'étais trahi par ma propre famille...ma fille et ma femme ont comploté contre ma dignité elles m'ont déshonoré et humilié devant tout le monde en jetant l'opprobre sur moi, au contraire j'ai tout fait pour subvenir à leurs besoins »⁵.

³ Lmakla tettegh nadam ganagh mebla aghvel

⁴ Ousan yelhan asmi ligh dilemzi, ligh aken vghigh oulach win yettdebiren feli.

⁵ Kelahniyi ttwagh dreggh s laman yelli ak ttmettutiw.

-Projets d'avenir

Il à accomplit le cinquième pilier de l'islam qui est le pèlerinage, c'est le seul projet duquel il parlait en disant « je fais toujours ma prière à temps, j'entretien de bonnes relations avec tout le monde en ayant tout le temps les bonnes paroles a la bouche.....et j'implore tout le temps le pardon de Dieu, et j'espère quitter cette vie en étant en pleine forme»⁶. Kaci ne veut pas être un fardeau et dépendre des autres il est très dévot et très attaché à la pratique religieuse, il mène une vie de pieux.

-La vie onirique

La plupart de ces cauchemars surviennent lorsqu'il se rappelle de sa famille et des événements douloureux qu'il a vécu et le chagrin et la déception qui en découle, en disant « je ne fais pas beaucoup de rêves, mais il m'arrive de faire des cauchemars»⁷.

•Investissement d'objet

-La relation avec la famille

Sa fait longtemps que Kaci a rompu le contact avec sa famille « je n'ai pas besoin d'eux... ! et je veux rien savoir sur eux... »⁸. Pour que personne ne le retrouve ni le contacte il s'est débarrassé de son téléphone portable « j'ai vécu des moments de braise avec eux et maintenant je veux qu'ils me laissent tranquille »⁹. Il utilise le mécanisme d'évitement notamment l'isolement qui est un élément essentiel dans la dépression.

⁶ Ourtemnigh kra niden, levghiw delhij asmi rohagh hemdaghrebi daya.

⁷ Ourtargough ara nagh kra niden, tikwel ttargogh yir targa.

⁸ Ourhajegh yiwen degsen adiseqsi feli nek daghen ouresqsayegh felasen.

⁹ Saadagh yir tiram yidsan, vghigh ayifaken lahna tura.

-La relation avec les pensionnaires

Vu les vicissitudes qu'il a encourut, Kaci préfère s'isoler et de s'écarter des autres pensionnaires et évite tout contacte avec eux en disant « j'aime rester seul loin de leur brouhaha...je préfère rester seul devant la télévision et voir les animaux que d'entendre leurs histoires monotones... »¹⁰

-La relation avec le personnel

La relation de Kaci avec le personnel du foyer est très superficielle caractérisée par le respect mutuel, en le retrouve dans ses dires « je respect tous le personnel et j'obéis à toutes les règles du foyer car je n'aime pas être blâmé à mon âge... »¹¹.Vu qu'il n'aime pas beaucoup partager ses moments avec les autres et préfère rester seule, c'est deux signes font parti des signe dépressifs.

¹⁰ Thibigh adh kimagh wahdi, ad waligh la télé wla adh kimagh yidhsan.

¹¹ Ttqadaraght merra,ouhmalghara yiwen ayi dakhdem la remarque.

● Score et résultats de l'échelle de dépression de Beck de Kaci

| Les items | Cotations | Expressions |
|--------------------------------------------|-----------|----------------------------------------------------------------------------------|
| Tristesse | 1 | Je me sens très souvent triste |
| Pessimisme | 1 | Je me sens plus découragé qu'avant face à mon avenir |
| Échec dans le passé | 2 | Quand je pense à mon passé, je constate un grand nombre d'échecs |
| Perte de plaisir | 3 | Je n'éprouve aucun plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement |
| Sentiments de culpabilité | 0 | Je ne me sens pas particulièrement coupable |
| Sentiments d'être puni(e) | 3 | J'ai le sentiment d'être puni |
| Sentiments négatifs envers soi-même | 2 | Je suis déçu par moi-même |
| Attitude critique envers soi | 1 | Je suis plus critique envers moi-même que je ne l'étais |
| Pensées ou désirs de suicide | 0 | Je ne pense pas du tout à me suicider |
| Pleur | 0 | Je ne pleure pas plus qu'avant |
| Agitation | 3 | Je suis agité ou tendu que je dois continuellement bouger ou faire quelque chose |
| Perte d'intérêt | 1 | Je m'intéresse moins qu'avant aux gens et aux choses |
| Indécision | 0 | Je prends des décisions toujours aussi bien qu'avant |
| Dévalorisation | 3 | Je sens que je ne vauds absolument rien |
| Perte d'énergie | 1 | J'ai moins d'énergie qu'avant |
| Modification dans les habitudes de sommeil | 0 | Mes habitudes de sommeil n'ont pas changé |
| Irritabilité | 2 | Je suis beaucoup plus irritable que d'habitude |
| Modification de l'appétit | 0 | Mon appétit n'a pas changé |
| Difficulté à se concentrer | 2 | J'ai du mal à me concentrer longtemps sur quoi que ce soit |
| Fatigue | 1 | Je me fatigue plus facilement que d'habitude |
| Perte d'intérêt pour le sexe | 3 | J'ai perdu tout intérêt pour le sexe |
| Score | 29 | |
| Degré de dépression | sévère | |

•L'analyse de l'échelle de dépression de Beck

Après la cotation des items, Kaci a eu le score de 29 qui correspond à une dépression sévère comme il est indiqué dans le manuel de dépression de Beck.

Les items les plus élevées sont par exemple l'item n°4 dont on coté le degré 3 en répondant « Je n'éprouve aucun plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement » et l'item n°11 dont on a noté le degré 3 en répondant « Je suis agité ou tendu que je dois continuellement bouger ou faire quelque chose » Kaci a perdu tout intérêt aux choses que jadis aimait faire, et qui a tendance à gigoter.

Il a une humeur légèrement triste, item n°1, degré 1, en répondant « Je me sens très souvent triste », et un sentiment de pessimisme et de découragement item n°2 degré 1, en répondant « Je me sens plus découragé qu'avant face à mon avenir ».

•Résumé du cas

Les problèmes familiaux et la mésentente conjugale semblent être le noyau fondamentale qui ont causé la dépression chez notre cas, qui se manifeste par la perte d'intérêt, et l'agitation, et par la dévalorisation qui est peut être liée en grande partie à la trahison de sa petite famille.

Après la cotation des résultats de l'échelle, il s'est avéré que Kaci souffre d'une dépression sévère dont le score est de 29

❖ Cas de Salah**●Présentation du cas**

Il s'agit de Salah, âgé de 67ans, il est originaire de Bejaia, c'est un grison qui à une peau mate et des cheveux grisonnant, 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, il parle et comprend bien la langue française. Il s'est marié une fois et père d'une fille, mais son mariage n'a pas duré longtemps pour qu'il aboutisse au divorce. Il exercé plusieurs fonctions, mais il a travaillé longtemps comme maçon.

●L'analyse de l'entretien clinique**•La santé physique****-La santé précédente et actuelle**

Salah a déjà souffert auparavant d'une maladie mentale avant même son placement dans le centre. Il été interné à plusieurs reprises à l'hôpital psychiatrique de Tizi ouzou, actuellement son état de santé s'est un peu amélioré grâce au traitement médicamenteux qu'il prenait régulièrement (aldol, tigritol, nozinon, parkinal) « je suis passé par une période très difficile...j'ai tout perdu à cause de mon état de santé, j'ai beaucoup souffert...mais maintenant dieu merci je me sens mieux qu'avant ».

-Les effets du vieillissement

Dés qu'on a évoqué la question de la vieillesse, Salah nous a interrompus en soupirant « Ô !...la vieillesse est pire que la mort ! Je me sens tout le temps fatigué, inutile et sans énergie »la perte de la jeunesse semble beaucoup affecté notre cas, la vieillesse pour lui est une charge qui pèse très lourd et une situation très difficile à s'en passer « les gens ont peur de vieillir que de mourir !ce n'est pas facile d'affronter les aléas de la vieillesse ! ».

•La santé psychique notamment la dépression**-L'admission dans le foyer**

Avant son admission au foyer ,il y a presque deux ans , il s'est trainé dans la rue, une vie de vagabond sans domicile car il n'a trouvé aucun abri a part les rues, il a été transferé de

l'hôpital psychiatrique de Tizi Ouzou où il a été interné à plusieurs reprises, en disant, « j'ai passé trois ans d'errance j'ai beaucoup souffert, la vie de vagabond et très amère ».

-Activités vitales (sommeil et appétit ...)

Ses deux activités vitales semblent pas perturbées et non affectées, son sommeil et son appétit sont stables, Salah, mange et dort bien comme il le disait, « je finis toujours mes repas, mon appétit est le même...quant à mon sommeil oui je dors bien aussi».

-Réactions aux bons et mauvais souvenirs

Salah nous a avoué ses véritables sentiments relatifs aux bons souvenirs qui sont gravés à jamais dans sa mémoire d'après ses dires ; « je me souviens très bien des ses bons moments de quiétude et de cette chaleur familiale on était tous heureux et tous le temps contents...voilà ce sont tous les bons souvenirs qui restent gravés dans ma mémoire » .Quant aux mauvais souvenirs, il les a racontés avec une intonation triste ,la gorge nouée avec des yeux pleins de larmes et une consternation profonde, en déclarant ; « mon père est le premier responsable de ce que m'est arrivé il a transformé ma vie en véritable enfer le jour où il m'a obligé de divorcer et de faire de ma seule fille une orpheline, je sais bien qu'elle va pas me pardonner !d'ailleurs c'est la cause majeure de ma chute ! ».

-Projets d'avenir

Salah continue de vivre malgré le chagrin qui le dévore à chaque moment mais une vie dénuée de beaux rêves et dépourvue de projets, en déclarant ; « je n'ai aucun projet et je ne compte faire quoi que ce soit ! Sauf que si ma fille vient me chercher...mais je le pense pas...» d'après lui les projets d'avenirs sont associés à la jeunesse et à celui qui projette vers l'avenir, donc pour lui ce n'est pas du tout le cas, sa jeunesse est passée ses rêves sont brisés et son avenir est incertain.

-La vie onirique

Le côté onirique chez Salah n'est pas particulier, en disant ; « je ne rêve pas beaucoup de choses...je rêve comme tous les rêves de tout le monde, je ne vois pas quelque chose de spéciale et je rêve pas si souvent ».Pierre Marty disait concernant l'absence des rêves : «on peut penser que le malade ne souvient pas de ses rêves soit par manque d'intérêt, soit par une résistance à en révéler les contenus. Autrement dit, cette notion d'absence des rêves

correspond théoriquement à l'isolement de l'inconscient, les excitations pulsionnelles créant d'autres voies que celles représentations et de l'élaboration onirique ». (P.Marty, 1984, P.1147).

• Investissement d'objet

- La relation avec la famille

Sa relation avec sa famille est très tendue ,excepté sa fille qui l'appel de temps en temps et le visité occasionnellement, en disant ; « il y' a que ma fille qui me rend visite et me parle au téléphone a part elle j'ai pas quelqu'un d'autre » son père est mort, sa mère est morte aussi quelques années plu tard, et les autres membres de sa famille s'occupent de leurs vie chacun de son coté, c'est une famille peu unie d'après ses dires « chacun s'occupe de lui-même ,personne ne cherche les nouvelles de l'autre...hélas ! »

- La relation avec les pensionnaires

Comme il est quelqu'un de très réservé, donc il limité bien ses relation 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 les fréquente pas du tout ! c'est mieux pour moi de les garder loin ».

- La relation avec le personnel

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 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.

●Score et résultats de l'échelle de dépression de Beck de Salah

| Les items | cotations | expressions |
|--------------------------------------------|-----------|----------------------------------------------------------------------------|
| Tristesse | 1 | Je me sens très souvent triste |
| Pessimisme | 2 | Je ne m'attends pas à ce que les choses s'arrangent pour moi |
| Échec dans le passé | 2 | Quand je pense à mon passé, je constate un grand nombre d'échecs |
| Perte de plaisir | 3 | Je n'éprouve aucun plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement |
| Sentiments de culpabilité | 2 | Je me sens coupable la plupart du temps |
| Sentiments d'être puni(e) | 3 | J'ai le sentiment d'être puni |
| Sentiments négatifs envers soi-même | 2 | Je suis déçu par moi-même |
| Attitude critique envers soi | 3 | Je me reproche tous les malheurs qui arrivent |
| Pensées ou désirs de suicide | 0 | Je ne pense pas du tout à me suicider |
| Pleur | 3 | Je voudrais pleurer mais je n'en suis pas capable |
| Agitation | 0 | Je ne suis pas plus agité ou plus tendu que d'habitude |
| Perte d'intérêt | 3 | J'ai du mal à m'intéresser à quoi que ce soit |
| Indécision | 1 | Il m'est plus difficile que d'habitude de prendre des décisions |
| Dévalorisation | 3 | Je sens que je ne vauds absolument rien |
| Perte d'énergie | 1 | J'ai moins d'énergie qu'avant |
| Modification dans les habitudes de sommeil | 0 | Mes habitudes de sommeil n'ont pas changé |
| Irritabilité | 2 | Je suis beaucoup plus irritable que d'habitude |
| Modification de l'appétit | 0 | Mon appétit n'a pas changé |
| Difficulté à se concentrer | 0 | Je ne parviens pas à me concentrer toujours aussi bien qu'avant |
| Fatigue | 3 | Je suis trop fatigué pour faire la plupart des choses que je faisais avant |
| Perte d'intérêt pour le sexe | 2 | Le sexe m'intéresse beaucoup moins maintenant |
| Score | 36 | |
| Degré de dépression | sévère | |

●L'analyse de l'échelle de dépression de Beck

Après la cotation des items, Salah a eu un score de 36 qui correspond à un degré de dépression sévère, comme il est indiqué dans le manuel de dépression de Beck.

Il a une humeur légèrement triste, item n° 1 où on a coté le degré 1 «Je me sens très souvent triste »et un sentiment de pessimisme dans lequel on a coté le degré 2 .Parmi les items les plus élevés on trouve entre autres l'item qui porte sur la perte d'intérêt qui a pu atteindre le degré 3 «J'ai du mal à m'intéresser à quoi que ce soit » et l'item semblable c'est celui qui porte sur la dévalorisation dont on a coté le degré 3,comme on trouve aussi le chiffre 3figure dans la

cotation de l'item qui porte sur la fatigue «Je suis trop fatigué pour faire la plupart des choses que je faisais avant ».D'après les résultats qu'on a obtenu en cotant les items de l'échelle on constate que Salah répond par des degrés élevés aux items qui porte sur la perte soit d'intérêt soit du plaisir et aussi sur les items qui portent sur la dévalorisation et la fatigue.

●Résumé du cas

Les circonstances de la vie de vagabond et l'échec du mariage associe à la perte de sa seule fille ont beaucoup marqués Salah. Sa dépression se manifeste par le cumul des sentiments négatifs et l'attitude de critique envers soi renforcés par les mauvais souvenirs qui ne les quittent pas et maintien sa pathologie, chose qui a fait de lui une personne désespérée et découragée.

Les résultats de cotations de l'échelle ont aboutis à un score général de 36 qui illustre bien que notre cas souffre d'une dépression sévère.

Discussion des hypothèses

On reprend dans ce chapitre, nos hypothèses pour pouvoir les discuter, selon les résultats obtenus dans la partie pratique.

➤ la première Hypothèse

La majorité des cas installés dans le foyer pour personnes âgées présentent la dépression qui se manifeste par quelques symptômes, leur présence et leur intensités diffèrent d'une personne âgée à une autre ; l'humeur triste, se sentir malheureux, la réduction marquée du plaisir et de l'intérêt pour presque toutes les activités, le sentiment de dévalorisation, fatigue importante ou une perte d'énergie, isolement et replis sur soi, perturbation du sommeil, d'appétit....

Effectivement nos sept cas ont confirmé notre hypothèse, ils souffrent de dépression à des degrés différents de la plus minimale, à la plus sévère, on les résumant comme suit ;

- **Abd el ghani** ; Après avoir analysé l'entretien , on a déduit qu'il présente des symptômes de dépression, suite à l'échec dans la vie conjugale, suivi d'échec professionnel, ses événements ont contribué à la faillite de Abd el ghani qui a fini par vendre sa propre maison et se retrouve d'hors sans demeure. La dépression dont il souffre se manifeste par l'attitude de critique envers soi-même, l'indécision, et les difficultés à se concentrer.

- **Omar** ; Après avoir analysé l'entretien de Omar, on a déduit qu'il présente des symptômes de dépression, suite à la perte de ses parents, ainsi que la mésentente avec ses frères ,associe à la précarité de la vie ,instabilité de sa vie professionnelle, sont des facteurs qui ont contribué a l'apparition de sa dépression qui se manifeste par un sentiment de dévalorisation ,une faible estime de soi, perte d'intérêt pour le sexe et la perte de plaisir.

- **Zina** ; Après avoir analysé l'entretien de Zina, on a déduit qu'elle présente des symptômes de dépression, elle a perdu le goût de vivre, elle n'a pu supporté le bouleversement qui a fait d'elle un simple être vivant dépourvu de beaux rêves, ainsi son exclusion du foyer familial où elle a rêvé de passé le reste de sa vie pré de son fils unique. Ce qui l'a fait plongée dans une dépression sévère qui se manifeste par des sentiments de pessimisme, la perte d'intérêt, des pleurs, et de perte d'énergie et de fatigue.

- **Bachir** ; Après avoir analysé l'entretien de Bachir , on a déduit qu'il présente des symptômes de dépression, après son départ à la retraite et sa rupture totale avec la vie du comptable et sa séparation avec la bonde d'amies avec laquelle a passé des moments agréables ,pour enfin rejoindre sa famille ,mais cette dernière semble la cause majeur de ses malheur ;disputes et problèmes conjugaux qui l'ont causé la dépression, qui s'exprime par le sentiment de culpabilité et de perte d'intérêt ainsi le sentiment de dévalorisation, comme on trouve le sentiment de perte d'intérêt pour sexe qui figure dans la cotation.

Saida ; Après avoir analysé l'entretien de Saida, on a déduit qu'elle présente des symptômes de dépression, suite aux pertes successives des membres de sa famille à savoir son marie et ses parent, le deuil de perte de ses sien semble sans fin et interminable c'est un deuil eternal elle n'arrivé pas à se désinvestir.

Elle souffre de dépression sévère qui se manifeste par la perturbation du sommeil et de l'appétit, de fatigue, et de pessimisme.

Kaci ; Après avoir analysé l'entretien de Kaci , on a déduit qu'il présente des symptômes de dépression, suite aux problèmes familiaux et la mésentente conjugale qui semblent être le noyau fondamental qui ont causé la dépression chez notre cas, cette derniere se manifeste par la perte d'intérêt, et l'agitation, et par la dévalorisation qui est peut être liée en grande partie à la trahison de sa petite famille.

- **Salah** ; Après avoir analysé l'entretien de Salah, on a déduit qu'il présente des symptômes de dépression, suite aux circonstances de la vie de vagabond et l'échec du mariage associé à la perte de sa seule fille, ces circonstances l'ont beaucoup marqués. Sa dépression se manifeste par le cumul des sentiments négatifs et l'attitude de critique envers soi renforcés par les mauvais souvenirs qui ne les quittent pas et maintiennent sa pathologie, chose qui a fait de lui une personne désespérée et découragée.

➤ **la deuxième Hypothèse**

Dans le foyer où les circonstances de l'insertion sont difficiles à supportées, la vision pessimiste affecte la personne âgée en développant une dépression dont le degré diffère d'une personne à l'autre en l'occurrence ; dépression minime, dépression légère, dépression modérée, dépression sévère.

Effectivement nos sept cas ont confirmé notre hypothèse, dont le degré diffère d'une personne à l'autre, qui sont comme suit :

- **Abd el ghani** ; Après la cotation des résultats de l'échelle de dépression de Beck, Abd el ghani a eu un score de 9 qui correspond à une dépression minimale.

- **Omar** ; D'après la cotation des résultats de l'échelle, on constate que Omar souffre d'une dépression légère dont le score est de 15.

- **Zina** ; Après la cotation des résultats de l'échelle, on constate que Zina souffre d'une dépression sévère dont le score est de 47.

- **Bachir** ; Les résultats de la cotation de l'échelle ont abouti à un score général de 28 qui correspond à un degré de dépression sévère.

-**Saida** ; On constate que Saida souffre d'une dépression sévère, dont le score est de 29.

- **Kaci** ; Après la cotation des résultats de l'échelle, il s'est avéré que Kaci souffre d'une dépression sévère dont le score est de 29.

-**Salah** ; Les résultats de cotations de l'échelle ont aboutis à un score général de 36 qui correspond a une dépression sévère.

Nos hypothèses concernant la vieillesse et la dépression sont réfutables et non absolus, car les résultats de notre population d'étude, ne représentent pas la population mère, de toutes les personnes âgées.

Conclusion générale

Conclusion générale

Les personnes âgées sont souvent les plus vulnérables et les plus exposées aux différents dangers vu leurs fragilité et leur incapacité à confronter et à accomplir des tâches quotidiennes ce qui limite leurs autonomies et qui affecte leurs santé physique et psychique. Il faut d'emblée noter que le vieillissement n'est pas un mécanisme spécifique de la dernière partie de la vie. C'est une suite programmée et continue, qui débute dès la fécondation et qui va suivre plusieurs phases : le développement, la maturité et la sénescence.

L'avancée en l'âge s'accompagne souvent par des perturbations qui aggravent l'état physique et surtout psychique du sujet âgé, qui rend la vie difficile à supporter, plonge le sujet âgé dans une spirale permanente, notamment l'atteinte par la dépression. Cette dernière chez les Personnes Âgées est une affection fréquente méconnue, insuffisamment diagnostiquée et soignée.

En Algérie même si nous constatons toujours la suprématie de la population jeune sur celle des aînés, les courbes démographiques indiquent clairement les tendances de la population Algérienne au vieillissement. Le RNPH(recensement national de la population et de l'habitat) de 2008 a évalué le nombre des personnes âgées de plus de 60ans à 2,750 000,ce qui représente 7,8% de la population globale .Le même recensement classe Bejaia au 12^{ème} rang dans l'effectif des personnes âgées .L'estimation de l'augmentation des âgées pour 2030,sera à 14,7% ,et à 22% pour l'an 2050.(R.Bouaziz,2011,P.23).

Dans le cadre de notre recherche intitulé « la dépression chez les personnes âgées admises dans les foyers», on a tenté d'évaluer le degré de la dépression chez elles, en démontrant ses facteurs et sa symptomatologie chez cette catégorie de personne.

Afin d'arriver aux objectifs retracés dans notre recherche et de vérifier nos hypothèses, nous avons opté à la méthode clinique, qui nous a permis la compréhension approfondie des sujets ; elle se caractérise également par la mise en œuvre de techniques spécifiques pour développer une étude de cas. En l'occurrence, dans notre recherche, on a utilisé l'entretien clinique semi-directif qui nous a fournit des renseignements concernant nos cas d'étude, puis ensuite nous avons appliqué l'échelle de Beck afin d'évaluer le degré de dépression de chaque cas. Enfin ces outils d'investigation, nous ont servi pour la confirmation de nos hypothèses.

En ce qui concerne, notre référence théorique qui traite notre thème de recherche est la théorie intégrative, puisqu'elle réunit la théorie psychanalytique notamment l'utilisation de la théorie de la continuité pour l'approche du vieillissement et l'approche cognitivo-

Conclusion générale

comportementale qui se focalise sur l'évaluation du degré de la dépression par l'échelle de dépression de Beck.

Concernant évidemment les deux variables traitées, sont le vieillissement qui représente notre variable indépendante et la dépression qui représente notre variable dépendante.

Cette recherche nous a permis d'aboutir à d'autre conclusion ; on a observé que quelques personnes âgées placées soit de leur plein gré soit malgré leur volonté, ont l'espoir de revoir un jour le quartier familial et de revivre au moins un jour les beaux vieux temps parmi les leurs. Par contre d'autres sont dans le désespoir total et ils veulent continuer le reste de leur vie dans le foyer.

Il reste à signaler que malgré que nos hypothèses, à propos de la dépression chez les personnes âgées admises dans les foyers, soient confirmées, elles restent réfutables ; cependant les résultats de n'importe quelle recherche scientifique restent relatifs, non statiques et non absolus, ceci est dû à notre population d'étude qui ne représente pas la population mère.

Enfin, il faut noter que cette recherche reste une bonne et unique expérience en termes d'apprentissage, à travers laquelle nous avons découvert et appris beaucoup de choses sur le plan personnel, humain et en particulier sur le plan pédagogique, comme elle est d'un apport positif sur le plan méthodologique. Ainsi elle nous a permis de toucher à l'un des grands problèmes de la santé à savoir, le vieillissement physiologique des organes, et comprendre leur vécu psychique et leurs souffrances. En outre, cette recherche a été une occasion de nous familiariser avec le terrain et l'univers de la recherche scientifique.

Cette étude peut permettre à d'autres étudiants d'effectuer des études concernant ce même sujet sous un autre angle, ou plus approfondie et de mettre l'accent sur le côté relationnelle au sein du foyer avec les pensionnaires et le personnel et leurs influences sur le psychique des personnes âgées.

Nous avons pensé à quelques questions de perspectives qui peuvent être recherchées dans des études ultérieures par nos camarades étudiants, qui sont comme suit :

- Est-ce que l'apport de l'environnement positif notamment l'intervention de l'assistante sociale, diminue le degré de la dépression chez les personnes âgées?
- Quelles sont les caractéristiques du vieillissement cognitif chez les personnes âgées ?

Conclusion générale

À travers ces questions nous souhaitons avoir ouvert le champ pour d'autres études ultérieures.

Liste bibliographique

1-Liste des ouvrages

- 1- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5 (5e éd.). Arlington, VA : American Psychiatric Publishing
- 2- A.Auffret, (2009).comprendre la dépression chez la personne vieillissante. Ed, DANOLD, Paris ,France.
- 3- A.Laplege et coll (2001).le vieillard déprimé. Ed, les TRAITES D'OR, Bruxelles, Belgique.
- 4- A.Leferve (2012).la dépression et les troubles de la personnalité. Ed, le MOULIN, Paris, France.
- 5- American psychiatric association. (2013).diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5(5e éd.).
- 6- A. Pierre. (2006).Psychiatrie de l'adulte, formations médicales et paramédicales. Ed , heures de France.
- 7- B.Grenger. (2004).comment dépasser la dépression .Ed, COLINE, Québec, Canada
- 8- B.Guy, 2005.le vieillissent des Systems et le vieillissement des fonctions chez la personne agée.Ed,PUF ,Paris, France.
- 9- B.Kristina.et coll.(2002) .La dépression :état de connaissance en Belgique et donnes disponible pour le développement d'une politique de santé en Belgique. Ed, IPH /EPH, Bruxelles ,Belgique.
- 10- B.S.Muriel. (2004) .Comprendre la dépression pour en guerir. Paris unibert. France.
- 11- C.Philippe et all. (2006).les paramètres de la dépression chez la personne âgée.Ed ,Gaillimard,France.
- 12- Ch. Siege Fred Peretti (1980).la vieillesse. Ed, Horizon, Paris ,France..
- 13-Classification Internationale des Maladies(CIM-10).
- 14- Clément. (2009).le vieillissement de l'organisme humain,Ed,DUNOD,Paris,France.
- 15- C.Couttraux. (2006).Place des psychothérapies contemporaines dans le traitement de la dépression. Ed, DUNOD , Paris, France.
- 16- D.Cohen .W de C. (1974) .État dépressif chez l'adulte.Ed, Guz SB, Oxford.

- 17- D.Servant.(2002).Les mécanismes du vieillissement du corps humain.Ed, Harmattan , cedex, France.
- 18- D .Dacroust. (1994) Dépression du sujet âgé, la maladie dépressive. Ed, Ciba, France.
- 19- Dr .Lucien .(2009).Les névroses du troisième âge. Ed, heurs de France.
- 20- E. Émile. 2002.Le déclin de la personne âgée.Ed,sandoz ,France.
- 21- E.Kleftara. 2004.Le vieillissement pathologique.Ed,IPH/EPH ,bruxelles ,Belgique.
- 22-E. Ehrenberg. (2008) .La fatigue d'être soi : dépression et société.Ed, Paris, France.
- 23- E .Éveline .(2002) .Introduction a la psychologie de l'adulte.Ed,Amon colin, Paris.
- 24- F.Kacha.Psychiatrie et psychopathologie médicale 2^{ème} édition, Alger, Entreprise national du livre.
- 25- M.F.Castarede .(2003).Le vieillissement réussi.Ed,SAVOIR PLUS+ ,Ottawa ,Canada.
- 26- M. Ferreri. Et coll.(2003) .La dépression au féminin., Jonn Libby Eurotext,Paris.
- 27- M.Ferreriet et all. (2003). Les troubles cognitifs et les pathologies de l'âge avancé Ed, Armond colin,France.
- 28- M. Yves et coll. (2006).l'âge et la dépression.Ed,horizon,cedex paris ,France.
- 29- N.Laetitia.(1998).Les états de fatigue chez la personne âgée.Ed Armond colin ,Paris ,France.
- 30- Organisation Mondial de la santé(OMS). (1992). (chapitre de vieillissement).
- 31- P. André . (2001).la dépression et la déprime a ne pas confondre. Ed, BTH, Paris ,
- 32- P. Bernard .Et coll.(1980) . Manuel de psychiatrie. Ed, Armon colin ,Paris ,France.
- 33- P.Bernarge et coll. (2007).Le vieillissement cognitif. Ed,Les traits blanc ,Montréal, Canada.
- 34- P.Charles-Siegfried. (2013) Comprendre et soigner la dépression.Ed, Elsevier Masson, Cedex, France.
- 35- PH.Serge.(2000).la vulnérabilité chez la personne âgée dépressive.Ed,SAVOIR PLUS+,Ottawa,Canada.

2- Liste dictionnaires

1- B.Belair.Dictionnaire médicale clinique pharmacologique et thérapeutique. Alger, O.P .U ,1995.

2- Grand dictionnaire de la psychologie.

3- Sillamy.N.Dictionnaire de psychologie, Ed. Larousse-VUEF, Paris, 2003.

3- Les sites internet :

1- www.inpes.santé.fr

2- [www .irdes.fr](http://www.irdes.fr)

3- www.mémoireenligne.com

4- www.psychom.org

Guide d'entretien

Isemik ak d nekwak .

Achhal deg l3emrik.

Dargaz nagh ttamettut.

Anda tebded s leqraya.

Dacou idakheddimik.

AXE 01 Informations personnelles

1-Tzewjed nagh souqarouyik(im)?

2-Tes3id akham?mayella ih iniyid ma daglak(m) nagh d lekra itekrid?ichadawen?

3-Achhal ites3id d darya(iwid izewjen)anda bden s leqraya warawik(im)?

4-Llan wid izewjen degsen ?

5-Amek itettlid ak d lkhalat nsen?

6-deg achou itt3ichin mahsoub amek idettawin idrimen?

7-Amek idousid gher dagi imanik(im) nagh d hed niden ikidyebin(ikmidyebin)?

8-Tes3id kra n ratev nagh aponson?

9-Dachou ideseba narwahik (im)gher wekham agi?

AXE 02 La vie dans le foyer

1-Achhal deg mi tellid deg wekham agi?

2-Mayela tesawded attwalfed nagh attenamed tam3icht deg oukham agi?

3-Amek itettem3amaled d ikhedamen ikhedmen dagi?

4-Ttahadarenken atas ikhedamen bekham agi?

5-Dachou itkhedmed deg ass?

6-Dachou si tetthousoud mara k(m)idi3iwen hed attelsed levsak(m) nagh ma trohed attetched?

7-Tkhedmed spor nagh kra d dihwan?mayela ih ,dachou itetthibid?

8-Tzemred iyimanik(m) wahdek(m) nagh tetthibid lem3awna n wiyid?

9-Amek itett3amaled imezdagh agi niden izedghen yidek(m)?

10-ttrohound ghorek (m)wekhamik nagh lahvavik?

11-Tes3id telefon?sawalenak(m)id ghores?menhou i(m)gdyesawalen?

AXE 03 La santé du sujet

I-La santé physique

1-Tes3id kra n lahlak deg ljessak nagh kra n lakhsas? mayella ih dachou id lahlakik?

2-Tsesed dwa nagh tettdawid ar lav3ad n tebat?

3-Tsetted koulech nagh tes3id régim n tviv?

4-Tkhedmed yikan aparasyou?

II-La santé mentale notamment la dépression

1-Amek itetthousoud maara dettmektayed ayen i3edan?

2-Ittakhravak yides?tettargoud yir tirga?Tsetted tiramik n lmakla aken ilaq ?

3-Tetthousoud aka ilahzen nagh iwnoughnou?

4-Tettkeyifed ,tettesed chrab nagh nagh tettchoumoud ?

5-Dachou idegred attkhedmed aka ar zat gayen iva3den?

6-Dachou idegred attkhedmed aka attkhedmed ar zat gayen iqarven?