

Université Abderrahmane Mira de Bejaïa

FACULTE DES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES

DEPARTEMENT DES SCIENCE SOCIALES

Mémoire de fin d'étude pour l'obtention du diplôme de master en
psychologie

Option : psychologie clinique

Thème

La qualité de vie des personnes âgées
placées en institution
(étude de 10 cas)

Réalisé par :

- Hayoune sylvia
- Kheloufi sadjia

encadré par :

M^{me} Haderbache Lamia

Année universitaire
2014-2015

REMERCIEMENT

Nous tenons d'abord à remercier, dieux tout puissant qui nous a accordé le courage pour réaliser ce modeste travail.

Un témoignage de la plus profonde gratitude à notre encadreur M^{me} Haderbache Lamia et la remercions pour son encadrement et sa disponibilité.

Nous tenons à remercier profondément les sujets qui ont accepté à participé dans notre recherche.

Nous tenons également à remercier tout les enseignants de psychologue clinique.

Et dans le souci de n'oublier personne, que tout ceux qui nous a aidés de prés ou de loin, que ce soit par leur amitié, leur conseil et leur soutien moral.

Résumé

Notre thème de recherche port sur la qualité de vie des personnes âgées placée en institution, et Pour la réalisé nous nous sommes dirigé vers le foyer pour personnes âgées et handicapé de Bejaia. Cette recherche a pour objectifs de décrire et surtout d'expliquer la qualité de vie des personnes âgées placée en institution, l'expression « personne âgée » est destinée à éviter l'utilisation directe des mots vieux, vieillard et vieillesse, perçus négativement. La QDV des personnes âgées se trouve principalement déterminé par leur situation de vie leur participation active à la vie sociale et le soutien social dont elles bénéficient. La santé et la maladie interviennent secondairement par le biais de l'autonomie, respectivement de l'incapacité fonctionnelle. En institution, la QDV des personnes âgées apparaît fortement influencée par l'état de santé psychique et physique comme si la vie sociale. Toutefois, on peut se demander si l'absence d'effet du soutien social extérieur à l'institution résulte du rétrécissement de l'univers social propre au cadre institutionnel et/ou de la sévère diminution des capacités physique et mentales des personnes âgées qui y résident. Pour évaluer notre travail nous avons utilisé comme utile de recherche, l'entretien clinique semi directif suivant de deux questionnaires (WHOQOL-BREF et WHOQOL-OLD).

Mots clés

Qualité de vie, personne âgée, vieillesse, vieillissement, institution, placement, Algérie, entretien clinique semi directif, WHOQOL-BREF, WHOQOL-OLD.

La liste des abréviations

AUT : autonomie.

DAD : mort et fin de vie.

DSM-IV : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux.

F : femme.

F.P.A.H: foyer pour personnes âgées et/ou handicapées.

H : homme.

HDL : cholestérol.

OMS : Organisation Mondiale de la Santé.

ONS : l'Office National des Statistiques.

PPF : activités passées, présentes et futures.

Q : question.

QDV : qualité de vie.

QDV(+) : qualité de vie positive.

QDV(-) : qualité de vie négative.

SAB : capacité sensorielle.

SNC : système nerveux centrale.

SOP: activité social.

SWILSOO: Swiss interdisciplinary longitudinal study on the oldest old.

TOC : trouble obsessionnelle compulsive.

TNT : intimité.

WHOQOL-BREF: world health organization of qualité of life bref.

WHOQOL-OLD: world health organization of qualité of life old.

La liste des tableaux

numéro de tableau	le titre	page
Tableau n°1	Dimension de la QDV des personnes âgées en institution.	32
Tableau n°2	Récapitulatif des cas étudiés	48
Tableau n°3	Grille de calcul du WHOQOL-bref	56
Tableau n°4	Plus petits et plus grands scores du WHOQOL-bref en fonction domaines	57
Tableau n°5	Les résultats de M ^{me} « A » obtenus dans le WHOQOL-bref.	64
Tableau n°6	Résultats obtenus dans le WHOQOL-OLD de M ^{me} « A ».	65
Tableau n°7	Les résultats de M ^r « B » obtenus dans le WHOQOL-bref.	69
Tableau n°8	Résultat obtenue a l'aide du WHOQOL-OLD de M ^r « B ».	70
Tableau n°9	Les résultats de M ^r « C » obtenue dans le WHOQOL-bref.	74
Tableau n°10	Résultat obtenue a l'aide du WHOQOL-OLD de M ^r « C ».	75
Tableau n°11	Les résultats de M ^{me} «D» obtenus dans le WHOQOL-bref.	79
Tableau n°12	Résultat obtenue a l'aide du WHOQOL-OLD M ^{me} « D ».	80
Tableau n°13	Les résultats de M ^{me} « E » obtenue dans le WHOQOL-bref.	83
Tableau n°14	Résultat obtenue a l'aide du WHOQOL-OLD M ^{me} « E ».	84
Tableau n°15	Les résultats de M ^r « F » obtenue dans le WHOQOL-bref.	87
Tableau n°16	Résultat obtenue a l'aide du WHOQOL-OLD de M ^r « F ».	88
Tableau n°17	Les résultats de M ^r « G» obtenue dans le WHOQOL-bref.	91
Tableau n°18	Résultat obtenue a l'aide du WHOQOL-OLD de M ^r « G ».	92

Tableau n°19	Les résultats de M ^{me} « H » obtenue dans le WHOQOL-bref.	94
Tableau n°20	Résultat obtenue a l'aide du WHOQOL-OLD de «H ».	95
Tableau n°21	les résultats de M ^r « I » obtenue dans le WHOQOL-bref.	98
Tableau n°22	Résultat obtenue a l'aide du WHOQOL-OLD de M ^r «I ».	99
Tableau n°23	Les résultats de M ^{me} « J » obtenue dans le WHOQOL-bref.	101
Tableau n°24	Résultat obtenue a l'aide du WHOQOL-OLD de M ^{me} «J »	102

SOMMAIRE

Introduction générale.....1

Partie théorique

Chapitre I : la personne âgée placée en institution

Préambule.....6

I. La personne âgée

1. La vieillesse dans l'histoire.....6
2. La personne âgée en Algérie.....7
3. Définition des concepts.....8
4. Les approches de la vieillesse.....9
5. Les caractéristiques physiques de la personne âgée.....10
6. Les caractéristiques psychiques de la personne âgée.....14
7. L'attachement et vieillissement.....15

II. La personne âgée placée en institution

1. Définition des concepts.....16
2. Les différents types d'institution.....17
3. Les statistiques algériennes sur le placement des personnes
âgées en institution.....17
4. La personne âgée en institution.....18
5. Le mode de vie en institution.....18
6. La maltraitance en institution.....19
7. Le projet de vie de personne âgée en institution.....19

Conclusion du chapitre.....20

Chapitre II : la qualité de vie

Préambule.....22

1. Un aperçu historique sur la qualité de vie.....	22
2. Conception et définition de la qualité de vie.....	23
3. La qualité de vie globale.....	25
4. Les approches de la qualité de vie.....	26
5. Les domaines de la qualité de vie.....	27
6. La qualité de vie liée a la santé.....	29
7. La qualité de vie liée a l'environnement.....	29
8. La qualité de vie et le vieillissement.....	30
9. La qualité de vie en institution.....	30
10. Les études antérieures sur la qualité de vie des personnes âgées placée en institution.....	31
11. Les dimensions de la QDV des personne âgées en institution...	32
Conclusion du chapitre.....	33
Problématique et hypothèses.....	35

La partie pratique

Chapitre III : La partie méthodologique

Préambule.....	41
1. Définition des concepts clés et leurs opérationnalisations.....	41
2. Les motifs de choix du thème.....	43
3. Les objectifs de choix du thème.....	43
4. La méthode utilisée.....	43
5. L'étude de cas.....	43
6. La pré-enquête.....	44
7. Présentation du lieu de recherche.....	45
8. Présentation de groupe de recherche.....	46
9. Présentation et analyse des outils de recherche.....	47
10. Présentation des questionnaires.....	49
11. L'analyse des outils de recherche.....	54
12. Le déroulement de l'enquête de terrain.....	56
13. Les difficultés de la recherche.....	57
Conclusion du chapitre.....	57

Chapitre IV : La partie pratique

Préambule.....	59
I. Présentation et analyse des résultats.....	59
II. Discutions des hypothèses.....	102
Conclusion du chapitre.....	110
Conclusion générale.....	111
La liste bibliographique.....	114
Annexe.....	

Introduction

L'évolution démographique d'une part, et les changements qui s'opèrent dans l'organisation familiale à travers les données sociales, culturelles et psychologiques d'autre part, se répercutent inévitablement sur la population vieillissante.

Vivre longtemps est un souhait universel, mais vieillir fait peur. En effet, on voit bien qu'au fil des années, ces sujets présentent des problèmes de santé, de solitude et de dégradation physiques et psychologique (maladie chronique ou mentale), ce qui favorise la perte d'autonomie et donne lieu à des plaintes et à des sentiments négatifs auxquels s'ajoutent des séquelles de violence et de maltraitance dont les auteurs sont les membres de la famille, les proches ou le personnel d'une institution médicale et gériatrique.

Dans notre société, les institutions d'accueil qui sont destinées à héberger les personnes sans domiciles sont de plus en plus fréquentées par des personnes âgées, exclues et rejetées par leurs proches et même par leurs descendants. Ce phénomène étranger à nos mœurs prend de l'ampleur dans notre société.

Le bouleversement physique, psychique et social influence fortement sur la qualité de vie des personnes âgées en institutions. De ce fait, la QDV des personnes âgées est déterminée par des facteurs à la fois objectifs (niveau de vie, état de santé, participation et contact social...) et subjectifs (sens de la vie, satisfaction avec la santé...).

Donc, il s'agit réellement d'un concept abstrait, subjectif, mais aussi évolutif et relatif. Sa perception évolue dans le temps et l'espace, elle varie selon les groupes sociaux. Il est, de par ce fait, difficilement envisageable de pouvoir trouver une définition de la qualité de vie universelle. C'est une conceptualisation complexe dont il n'existe à ce jour aucune définition consensuelle. Cette notion devient, cependant, une nouvelle préoccupation majeure intéressant chacun d'entre nous.

Dans notre étude, portée sur le thème la « *qualité de vie des personnes âgées placées en institution* », nous avons choisi comme terrain d'étude le foyer pour personnes âgées et/ou handicapées (F.P.H.A) de Bejaia, qui répond aux objectifs de notre recherche. Nous allons nous servir de l'entretien clinique semi-directif et de deux questionnaires, the world health organization of quality of life-bref (WHOQOL-BREF) et the world health organization of quality of life-old (WHOQOL-OLD) pour l'évaluation de la qualité de vie des personnes âgées, et connaître l'effet de la vieillesse et de l'institution sur la QDV.

Nous allons opter pour une approche cognitive et comportementale (T.C.C) comme cadre référentiel de notre recherche, dans le but d'expliquer les différentes pensées, les cognitions et les comportements des sujets âgés.

Par rapport à l'importance de notre thème, il est à la fois un thème d'actualité et pertinent, ainsi que le manque d'études en Algérie sur cette tranche d'âge qui est un critère qui a suscité notre intérêt pour ce thème.

Pour atteindre notre objectif, nous avons instauré un plan de travail qu'on a divisé en deux parties ; **la partie théorique** qui est subdivisée en deux chapitres : **le premier chapitre** concerne **la personne âgée en institution** ; qui est divisé en deux parties, **la première partie** consacrée à **la personne âgée** dans laquelle on aborde des définitions sur le concept de vieillissement, les approches de la vieillesse, les caractéristiques physiques et psychiques, et dans **la deuxième partie**, on aborde **la personne âgée placée en institution** où on donne des définitions sur le placement et l'institution, les types d'institution, le mode de vie... et enfin une conclusion de chapitre. **Le deuxième chapitre** qui est **la QDV** dans lequel on aborde les conceptions et les définitions de la QDV, les domaines et les approches de la QDV, la QDV et le vieillissement ainsi que la QDV en institution.

La partie pratique qui est composée de deux chapitres ; **méthodologique** où on donne quelques définitions des concepts et leurs

opérationnalisations, le lieu et le groupe de recherche, les techniques utilisées ainsi, que leurs analyses et on finira avec une conclusion du chapitre. Ensuite dans le **deuxième chapitre** intitulé **présentation, analyses et discussion des hypothèses**, on présente les résultats obtenus, leurs analyses et la discussion des hypothèses puis une conclusion de ce mémoire, la liste bibliographique et les annexes.

La partie théorique

Chapitre I : la personne âgée placée en institution

Préambule

Le vieillissement est un état d'évolution naturel faisant apparaître au niveau de l'organisme une succession de modifications : sensorielle, biologique, physiologique, neurologique... etc. Tous ces changements n'apparaissent pas en même temps, n'évoluent pas au même rythme, varient selon divers antécédents et niveaux de fonctionnement initiaux, faisant ainsi du vieillissement un processus très hétérogène.

Un des risques tentés par les personnes âgées est de devenir méconnaissable aux yeux de leurs proches. Un autre phénomène déterminant du placement est le poids étouffant du fardeau reposant sur l'aidant qui devient impossible à supporter et qui conduit à un pénible transfert des responsabilités. Le placement en institution soulève donc un grave conflit d'intérêts. En effet, l'institution, aussi bonne qu'elle veuille être, sera obligatoirement frustrante. Cela dit, quoi qu'on fasse et quelle que soit la façon de le faire, il reste en suspens une question non résolue qui est celle du droit de placer une personne âgée dans un établissement où elle finira ses jours.

Dans ce chapitre, tout d'abord on s'intéressera à la vieillesse dans l'histoire, et en Algérie ainsi que ses définitions, ensuite on va aborder les différentes approches de la vieillesse, ses caractéristiques physiques et psychiques, et on terminera par la personne âgée placée en institution, et une conclusion du chapitre.

I. La Personne âgée

1. La Vieillesse dans l'histoire

Les représentations de la vieillesse changent selon les individus, les civilisations et les époques, et sa perception est souvent induite par le regard de l'autre.

Le moyen âge nous donne l'image traditionnelle du troisième âge, tel qu'elle s'impose jusqu'au milieu du 18^e siècle : les vieux moines et les guerriers âgés sont respectés alors que les femmes âgées seules sont maltraitées ; si les textes médicaux ne s'intéressent qu'au corps de l'homme dans la force de l'âge, cette discrétion s'explique par la volonté de Dieu qui est que l'homme vieillisse et meure. Et s'il est vrai que dans la pratique, il y eut nombre de dirigeants âgés, il est fait allusion aux risques de défaillance physique de ces derniers. L'avarice est

peinte sous les traits d'une vieille femme...la vieillesse est châtement du péché et image du péché. Le XIXe siècle qualifié par certains auteurs de siècle de la gérontocratie montre le rejet ou l'exaltation d'un âge qui devient un problème de société ; les premières statistiques et enquêtes apparaissent : en 1800, comme en 1900, près de 10% de la population européenne a plus de 60 ans, en Europe la population a presque triplé durant le siècle. La question sociale intègre désormais la protection de la vieillesse. Le XXe siècle verra l'apparition de la gériatrie et de la gérontologie ; la loi de 1910 sur les retraites entre en vigueur, comme les œuvres destinées aux âgés pauvres se développent pour pallier à l'insuffisance du système de retraite. ([Http:// www.jlchapey.free.fr](http://www.jlchapey.free.fr)).

Cet aperçu historique nous a rendus compte que le phénomène de vieillesse est connu depuis l'antiquité et a montré plusieurs identifications jusqu'à nos jours.

2. La personne âgée en Algérie

Les personnes âgées en Algérie (population de 60 ans et plus) ont atteint un volume de 3.048.000 personnes au 1^{er} juillet 2012, soit une part relative de 8,1 % de la population totale qui ont atteint, au 1^{er} janvier 2013, 37.9 millions d'habitants", note le communiqué rendu public à l'occasion de la journée mondiale des personnes âgées. Le volume des personnes âgées a plus que triplé en 35 ans, précise la même source, alors qu'en 1977, leur nombre était estimé à 932.000 personnes, soit une part de 5,8 % de la population totale. « *Cette augmentation aussi bien en volume qu'en structure est révélatrice des profonds changements structurels que connaît la dynamique démographique, en Algérie, mais aussi l'allongement de l'espérance de vie (passant de 53 à 76 ans entre 1970 et 2012)* », a-t-on expliqué. ([http:// www.geopopulation.com](http://www.geopopulation.com)).

L'ONS juge qu'il « *est assez tôt, à présent, de parler de vieillissement de la population en Algérie à l'instar des pays développés, mais cette part est appelée à croître dans le futur* ». Cette population atteindrait, à l'horizon 2030, plus de 14 % de la population totale, soit un volume de 7 millions de personnes, Estime l'ONS. (Ibid.).

D'après les statistiques Qu'on vient de citer précédemment on conçoit que cette tranche d'âge est toujours en évolution, et ce qui fait que cette question

de la vieillesse en Algérie nous interpelle aujourd'hui et intéresse de plus en plus les chercheurs.

3. Définition des concepts

3.1. La vieillesse

Classiquement, pour l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'âge moyen s'étend de 45 à 59ans. Celui des vieillards de 75 à90ans et enfin celui des grands vieillards au-delà de 90 ans. Dans les conceptions médico-sociales françaises actuelles, on parle plutôt de « troisième âge » à partir de 65ans ; âge de la retraite, et de « quatrième âges » à partir de 80ans. Mais ces chiffres n'ont qu'une valeur très relative puisque tout dépend des processus de sénescence biologiques et psychologiques. (H. Bloch et AL, 2011, p.986).

« Dernière période de la vie qui correspond à l'aboutissement normal de la sénescence » (ibid.)

La vieillesse, troisième âge de la vie, après la croissance et l'âge adulte. Généralement, on s'est accordé à dire que la sénescence débute aux environs des 65 années, mais, avec des progrès de l'hygiène et de la médecine, beaucoup de personnes de troisième âge conservent leur jeunesse et leur vigueur beaucoup plus longtemps qu'autre fois. (N. Sillamy, 1980, p.276).

3.2. Vieillesse

« Ensemble des transformations qui affectent la dernière période de la vie, et qui constituent un processus de déclin » (ibid. p.987).

Celui –ci se marque ainsi, fléchissement de la vitalité, modification organique par réduction des échanges, déshydratation des tissus, atrophie musculaire, ralentissement des fonctions et baisse générale des performances concourent à limiter progressivement les capacités d'adaptation. En ce sens, le vieillissement offre apparemment l'image inversée de développement et peut être décrit comme une évolution. (Ibid.).

3.3. La personne âgée

L'expression-personne âgée, tout comme le mot « *sénior* », est une circonlocution destinée à éviter l'utilisation directe des mots vieux, vieillesse, perçue négativement. L'entrée dans la vieillesse ne se réfère à aucun âge particulier, mais à un état d'incapacité fonctionnelle éprouvé subjectivement ou objectivement selon les dires des personnes âgées elles-mêmes. (D.Roland, 2008, p.748).

On a choisi ces définitions « vieillesse, vieillissement et personne âgée » pour déterminer la différence entre eux, et éclaircir les concepts qui relèvent de notre problématique.

4. Les approches de la vieillesse

4.1. L'approche biophysique

Le regard qu'on porte sur les individus consiste à observer la multitude des changements quand on parle de vieillissement, et l'un d'entre eux concerne le développement physique. Le corps subit plusieurs transformations au cours des différents stades de l'évolution de la vie, son retentissement s'apprécie à travers des bouleversements importants au niveau cellulaire fragilisant ainsi l'organisme de manière générale. Mais cela ne définit que de façon simpliste la conception scientifique de la vieillesse qui se base sur des marqueurs biologiques du vieillissement appelés « *constantes biologiques* » et qui évoluent de façon linéaire. Il apparaît ainsi des changements sur le plan physique (ride, changement du squelette, motricité, vue, audition...etc.), ainsi qu'une certaine diminution des facultés intellectuelles en lien avec la mémoire. (N.E.Boudouda, 2013, p.33).

Cependant, dans une définition plus vague de Ladislav Robert, ce dernier considère que le vieillissement concerne plus « *l'organisme qui diminue progressivement sa capacité à faire face aux exigences variables de l'environnement* ». (Cassou, 1997)

4.2. L'approche cognitive

Le vieillissement cognitif a été introduit dans la littérature mondiale, suite aux travaux de plusieurs chercheurs qui se préoccupaient de l'émergence de

pathologie telle que l'Alzheimer et la démence...etc. qui touche le domaine de la mémoire, le traitement de l'information et du langage. Ces recherches ont soulevé beaucoup de questionnements sur la capacité des sujets atteints de ces pathologies à pouvoir procéder à une requête de l'auto-évaluation de leurs états, de leurs vieillissements et de leurs qualités de vie (Di notte et al, 2000).

Parmi les théories cognitives qui s'intéressent à la question du vieillissement, nous retrouvons la théorie computationnelle symbolique, qui est la plus diffusée, qui suggère que la réduction de la vitesse de traitement de l'information avec l'âge entraîne un déclin des capacités de mémoire de travail. Byrne 1998 avance que ce modèle comporte trois postulats : le premier est mécanique, il décrit les réalisations des tâches à travers une série d'étapes, le deuxième est symbolique et le troisième renvoie aux mécanismes clés qui contribuent à l'activation des informations (P.Lemaire et L. Bherer, 2005)

4.3. L'approche psychosociale

Le vieillissement dans ce courant de recherche est étudié à travers l'exploitation de ses différentes dimensions, telle que la perte ou la modification des rôles sociaux et le statut du point de vue socio-économique. Ces changements observés chez les sujets à l'âge de la retraite, ont fait émerger plusieurs théories qui ont tenté de réfléchir et apporter des réponses dans ce domaine.

La théorie de la continuité a émergé par la suite, en prenant en compte la différence de la personnalité d'un individu à un autre. Elle a tenté d'étudier les différentes attitudes et conduites des retraités par le biais de la personnalité, considérée comme étant un processus en lien avec les apprentissages de l'individu et de ses expériences acquises à travers les différents stades de la vie.

En conséquence, la théorie du développement a travaillé sur la hiérarchisation de la société en apportant l'argument de l'âge qui occupe une place des plus importantes. D'après ce courant, c'est l'âge qui détermine le rôle que joue l'individu à travers les stades de la vie ce qui amène à dire qu'il détermine aussi les inégalités qu'on peut observer entre les générations. . (N.E.Boudouda, 2013, p.35).

On a exposé ces différents points de vue théoriques pour mieux éclaircir nos idées sur la vieillesse et poser notre cadre théorique. Dans ce qui va suivre, nous allons aborder les différentes caractéristiques physiques et psychiques de la vieillesse.

5. Les caractéristiques physiques de la vieillesse

5.1. Le vieillissement du système cardiovasculaire

Ce système est important puisqu'il permet de maintenir un débit sanguin adapté aux besoins des tissus et des organes. Son vieillissement physiologique, génétiquement programmé, se fait de façon lente et progressive. En effet, le vieillissement de notre système cardiovasculaire se caractérise par :

- Une accumulation et une rigidité du collagène artériel, rendant les artères de grosse taille moins dispensables, et par conséquent une augmentation de la post charge ventriculaire (Guinchard-Kunstler et coll. 2006).
- Une altération de l'élastine et du collagène au niveau cardiaque,
- Une diminution de la consommation maximale d'oxygène
- Une altération de la fonction diastolique cardiaque. (Hérisson et coll. 2007).

Toutes ces modifications dues au vieillissement cardiovasculaire vont entraîner chez le sujet âgé des modifications non négligeables de l'adaptation à l'exercice.

5.2. Le vieillissement musculaire

Le vieillissement musculaire s'accompagne d'une perte d'environ 50% de la masse musculaire entre 20 et 80 ans (Herisson et coll. 2007).

D'après ces auteurs, cette perte musculaire est la conséquence d'une diminution du nombre total des fibres équipant les muscles au cours de l'avancée en âge. Ce phénomène, appelé sarcopénie, se traduit par une altération des performances musculaires et une importante fatigabilité. Concernant la baisse de la masse musculaire, elle est principalement due à une diminution des fibres musculaires rapides (ou fibres de types II) sollicitées lors des exercices intenses et rapides, alors que les fibres musculaires lentes (ou fibres de type I), sollicitées lors des activités aérobies, semblent préservées. En effet, par l'exercice de force, on augmente la surface occupée par les fibres de type II et la masse musculaire, et par l'exercice d'endurance on augmente l'activité enzymatique oxydative du muscle (Thompson, 2002).

5.3. La perte d'autonomie du sujet âgé

5.3.1. Définition

La perte d'autonomie des personnes âgées est un des grands problèmes de santé publique liés au vieillissement de la population. Elle se définit comme la perte de la loi de se gouverner soi-même, de faire des choix dans la vie, il s'agit d'une définition large englobant la dépendance physique, psychique et des aspects économiques et financiers. Cette perte d'autonomie touche les personnes âgées en institution, mais aussi résidentes à leur domicile. (Y.Wolmark, 1998, p.1836).

5.3.2. Différentes causes à l'origine de la perte d'autonomie

- **Maladies** : Un certain nombre de maladies touchent plus particulièrement les personnes âgées et sont à l'origine de leur perte d'autonomie. On peut citer les affections dégénératives du système nerveux central (SNC), la pathologie vasculaire cérébrale, les troubles psychologiques, les maladies de l'œil et de l'oreille. (Ibid., p.1837)
- **Incapacités** : la classification de (L'OMS) distingue les incapacités liées au comportement (orientation, relations), lié à la communication (langage, audition), aux soins personnels, à la déambulation et aux activités de la vie quotidienne. (Ibid.)
- **Handicaps ou désavantages**: il s'agit des conséquences des incapacités et des déficiences tenant compte de l'environnement et des normes de la société. Wood distingue la capacité de s'orienter de pourvoir à ses besoins sur le plan hygiène et nutrition, de maintenir des relations sociales (ibid.).

5.4. Troubles de la marche et chute du sujet âgé

5.4.1. Épidémiologie

Un tiers des personnes de plus de 75 ans se plaint de manque d'équilibre et de sensation d'instabilité au lever de lit et à la marche. On estime que 30% des personnes âgées de plus de 65 ans vivants à domicile font au moins une chute dans l'année. En institution, les chutes sont plus fréquentes, mais la population est plus dépendante physiquement et psychiquement, 85% des chutes se font dans la

journée dans les pièces les plus utilisées : chambre et salle de bain en milieu institutionnel. (N.Faucher, 2000, p.1245).

5.4.2. Vieillessement de l'équilibre de la marche

Le maintien de la posture lors d'une action statique ou dynamique est un mécanisme complexe qui fait appel à différents éléments de (SNC) et de l'appareil locomoteur. Lors de sénescence, il existe une altération de ces afférentes. Les organes sensoriels sont moins performants et responsables d'une perception déficiente de l'environnement. La proportion musculaire et articulaire est plus faible notamment au niveau des membres inférieurs. La vitesse d'intégration des informations de posture est elle aussi, ralentit surtout lors des tâches complexes. On observe alors une altération des performances à la marche tant au niveau de la rapidité d'exécution qu'au niveau de l'endurance. (N.Faucher, 2000, p.1245).

5.5. Le vieillissement du système nerveux

Le cerveau est le centre de contrôle de l'organisme. Il reçoit les signaux des sens qui le renseignent sur l'environnement, analyse l'information puis envoie des messages aux différents muscles par un réseau de nerfs qui compose le système nerveux. Avec le vieillissement, le temps de réaction après l'arrivée d'une nouvelle information est augmenté. De la même façon, il existe une augmentation des temps de conduction des nerfs périphériques qui permettent d'apporter au cerveau des informations sur la sensibilité proprioceptive (Plum 1997).

De nombreuses modifications neuropathologiques et neurobiologiques du système nerveux central ont été décrites au cours du vieillissement (CNEG 2000), 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.
- Le vieillissement s'accompagne d'une réduction et d'une déstructuration du sommeil.
- La réduction de la sensibilité des récepteurs de la soif (osmorécepteurs) et les modifications du métabolisme de l'arginine vasopressine (AVP) 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.

5.6. La maladie d'Alzheimer

Elle est la cause de démence la plus fréquente (50 à 75), d'autant plus que les sujets sont âgés. C'est une maladie neurologique qui débute par un déclin de la mémoire puis touche les autres fonctions cognitives. Elle s'accompagne souvent de modifications affectives et de troubles du comportement. Elle conduit à une perte d'autonomie ; qui entraîne une charge psychologique puis physique de plus en plus lourde pour l'entourage. Son diagnostic doit être porté tôt, pour éviter les malentendus de l'entourage, le désarroi des patients les situations dangereuses, les mesures et les traitements délétères voire les situations de rupture, et pour protéger le patient (F.Pasquier.2000, p.1831).

5.6.1. Les causes d'Alzheimer

La cause de la maladie d'Alzheimer reste actuellement méconnue. Elle touche un individu sans que l'on puisse identifier un facteur particulier de déclenchement du processus. Il existe cependant des formes dites familiales rares liées à une mutation ou à une susceptibilité génétique. Par ailleurs, des études longitudinales ont montré l'influence de facteurs de risque tels que l'âge, le sexe, l'absence d'activités de loisir, la présence d'aluminium dans l'eau des boissons, le niveau d'études élevé, une consommation modérée de vin, un porteur de cholestérol (HDL) (T. Rousseau, 2014pp.30-31).

6. Les caractéristiques psychiques des personnes âgées

Une maladie psychique peut se manifester chez le sujet âgé sous des formes atypiques et peut être difficile à différencier du vieillissement physique ou d'une maladie somatique.

6.1. La dépression

La dépression est le trouble psychiatrique le plus fréquent chez le sujet âgé. La prévalence diffère selon la définition de la dépression et la population considérée. La difficulté d'évaluation réside dans la différence entre maladie dépressive et symptômes d'allure dépressive. Un tiers des sujets âgés pourraient avoir des symptômes dépressifs temporaires liés à des maladies physiques ou des

difficultés sociales. La prévalence de la dépression est de 40% en institution, soit deux fois plus que chez les patients ambulatoires. (A.S.Rigaud et al, 2005, p.264).

Il peut être difficile de différencier d'authentiques signes dépressifs des modifications cliniques liées au vieillissement physiologique ou des symptômes induits par une affection somatique. Toute tristesse n'est pas signe de la dépression. Elle ne le devient que lorsqu'elle s'associe à une perte d'intérêt et à un ralentissement. Il faut distinguer une phase dépressive faisant suite à un deuil, et qui doit être respectée, d'une authentique dépression qui nécessite impérativement un traitement (ibid.).

6.2. Les troubles anxieux

La recherche connaît un essor important dans le domaine de l'anxiété depuis les quinze dernières années. Cependant, un certain retard dans le domaine de la gériatrie se traduit par un déséquilibre entre les connaissances que l'on possède à propos des personnes âgées de moins de 55ans et les connaissances à propos de celles qui ont 55ans et plus. Traditionnellement, l'anxiété chez les personnes âgées a été associée à des pertes, au deuil, à l'augmentation de la dépendance envers les autres, à l'isolement, au problème de santé et l'approche de la mort. (S.Bouchard, 2000, pp.43-46).

Pour les personnes âgées, il existe plusieurs instruments de mesure de l'anxiété, dont l'inventaire d'anxiété de BECK qui a été validé en français. Cet outil se compose de 21 items évaluant, à l'aide d'une échelle de type Likert en quatre points, la gravité des symptômes d'anxiété typiques. (ibid).

6.3. Le trouble du sommeil

Des enquêtes utilisant des questionnaires révèlent qu'environ 35% des sujets de plus de 60 ans ont des plaintes de mauvais sommeil. Les sujets âgés souffrent de baisse de l'efficacité du sommeil, d'éveils fréquents et prolongés au cours de la nuit, de réveils matinaux précoces et d'une augmentation de la somnolence au cours de la journée. Les troubles de sommeil invalident de façon importante l'individu âgé du fait de la somnolence qu'ils entraînent pendant la journée. Inversement, cette somnolence retentit sur la qualité de sommeil nocturne, l'ensemble du processus pouvant participer à une désinsertion socio familiale surtout si le sujet âgé est contraint à rester allongé une grande partie du temps ou s'il est rendu inactif du fait de déficits sensorimoteurs. Lors du vieillissement, le temps passé au lit augmente, tandis que le temps de sommeil

total est soit diminué, soit inchangé, ce qui entraîne une baisse de l'efficacité du sommeil (A.S.Rigaud et al, 2005, p.274).

On a touché aux différentes caractéristiques, physiques et psychiques pour montrer, l'effet de la vieillesse sur l'être humain et de ce fait ses conséquences sur la QDV de ces personnes.

7. Attachement et vieillissement

Le vieillissement amène des changements physiques et sociaux qui sont susceptibles de modifier les styles d'attachement et de réveiller de nouveaux besoins de sécurité (Ainsworth, 1999). Dès 1995, Wrigh et coll. note que la perte de la capacité à s'assumer soi-même est fréquemment accompagnée d'un sentiment croissant de crainte, de vulnérabilité et d'insécurité chez le sujet âgé.

Le contexte d'impuissance plus ou moins relative, lié à la dépendance et aux limitations physiques, active le système d'attachement du sujet. Cela entraîne une réactivation, ou une intensification, chez la personne âgée, des comportements de recherche de proximité destinés à trouver ou à maintenir la proximité et/ou la disponibilité de ses figures d'attachement ; cela active également les stratégies conditionnelles du sujet (N et A Guédeney, 2009, pp.148-149).

Dans ce point, on retient que la vieillesse influence d'une manière souvent négative sur les relations des personnes âgées avec l'environnement.

II. La personne âgée placée en institution

1. Définition des concepts

1.1. Le placement

Toutes ces situations de séparation se retrouvent sous le terme générique de placement, terme parfois connoté par celui de « déplacement », tant la séparation avec la famille d'origine est parfois considérée comme un acte contre-nature. Rappelons que le placement est toujours un déplacement, mais pas nécessairement une déportation. Ces dernières années, le placement est surtout présenté comme un acte de déconstruction de la famille. (M. Chaponnais, 2008, p.77-78).

1.2. Institution

L'institution constitue une sorte de référence lancinante dans un certain discours public qui gravite autour de la culture, du savoir et des débats d'idées.

Le terme et le concept sociologique d'institution, on conviendra, dans un premier temps, que cette notion constitue un vague synonyme pour groupe ou collectivité sinon regroupement de personnes, à savoir un ensemble d'acteurs regroupés autour d'une fonction sociale reconnue, légitime, et dont le comportement est prévisible et attendu. C'est en général ce qui est entendu dans l'opinion lorsqu'on parle d'une prison, d'un hôpital ou d'une école en tant qu'institution. En effet, un hôpital remplit une fonction sociale particulière qui tourne autour des besoins de santé ; y est prévisible le comportement des acteurs qui en sont partie prenante : médecins, malades, techniciens, personnel de Soutien (A .Turmel, 1997, p.7).

On a défini « l'institution » et le « placement » puisque notre groupe de recherche concerne les personnes âgées placées en institution, et ce, pour bien déterminer les caractéristiques de ce dernier.

2. les différents types d'institutions

De façon générale on retrouve :

Les Maisons de Repos (MR)

- les Maisons de Repos et de Soins (MRS).
- les résidences-services.
- les centres d'accueil de jour.
- les centres de soin de jour.

D'autres alternatives existent également :

Toutes les formules alternatives d'hébergements et de vie en communauté (les maisons communautaires, les maisons intergénérationnelles...)

En Algérie, un seul type d'institution est réservé à ces personnes. Ce sont les maisons pour personnes âgées et handicapées, répandues dans tout le territoire. (D.O.Lilia, 2012, p.100).

3. Les statistiques algériennes sur le placement des personnes âgées en institution

Des statistiques déclarées par le ministère de la Solidarité algérienne, montrent l'existence de 28 institutions réservées aux personnes âgées, avec une capacité d'accueil de 2123 personnes durant l'année 2008 et ce chiffre augmentera en 2009 pour atteindre 39 institutions avec une capacité de 4539 pensionnaires, alors que le gouvernement adopte un projet de loi pour protéger ces personnes d'un éventuel abandon par leurs enfants. Dans le cadre de ce projet, qui exprime le souci de l'état à faire face à ce nouveau phénomène qui lui fut soumis en décembre 2008, la prise en charge des personnes âgées qui n'ont plus d'attache familiale se fera dans des maisons de vieux alors que pour les autres, on optera pour la prise en charge à domicile. (D.O.Lilia, 2012, p.4).

4. La personne âgée en institution

L'entrée en institution des personnes âgées s'inscrit dans un contexte complexe. La personne âgée est souvent placée en institution contre son gré, la décision est alors prise par la famille pour diverses raisons : éclatement géographique de la famille et impossibilité d'assurer une surveillance auprès de la personne âgée ; domicile inadapté et potentiellement dangereux avec risques d'accidents et de chutes.

Après avoir dépassé les soixante ans il sera difficile de mettre une personne âgée au sein d'un milieu étrange et de fréquenter des gens inconnus. Lorsqu'elle arrive en maison de retraite, la personne âgée doit à la fois faire le deuil de son domicile, s'adapter à un nouveau mode de vie et au rythme de la vie collective, se vivre son entrée en maison de retraite comme la fin de sa vie d'adulte reconnu et respecté, comme une négation de son histoire. (N.Lelieire, 2004, p.55).

Quant aux personnes qui n'ont pas ou n'ont plus de familles, ce sont les autorités telle que la police, le maire ou les pompiers qui interviennent pour imposer le placement. Ce qui est vécu de manière brutale et violente de la part de la personne placée. En Algérie, des efforts ont donné lieu à un projet de loi qui tente de favoriser le maintien des personnes âgées à domicile et amener les enfants à prendre en charge leurs parents et de garantir une insertion sociale réelle des personnes âgées en les impliquant dans des activités de développement. (D.O.Lilia, 2012, p.101).

5. Le mode de vie en institution

L'institution, en tant que lieu de vie, doit équilibrer entre deux dimensions souvent contradictoires : vie privée de résidents et vie collective.

La dimension collective de la nouvelle vie en communauté va donc régler les activités quotidiennes à un rythme commun auquel il faut s'adapter. Cela va également inciter les résidents à tisser des liens entre eux, qui leur permettront de briser ou d'éviter l'isolement social, souvent difficile à vivre.

On considère les éléments suivants dans le vécu quotidien en institution :

- Les visites : elles sont source de contact humain et d'ouverture sur le monde extérieur.
- Les aides extérieures reçues (ménage, course, coiffeur...).
- Les activités organisées.
- Les relations avec les autres pensionnaires.
- Les relations avec le personnel.
- Le climat général de la maison.
- La reconnaissance individuelle.
- Le respect mutuel (du personnel vis-à-vis des résidents et inversement). (H.Falco, 2002).

6. La maltraitance en institution

Ce sont des maisons d'accueil spécialisées, des centres d'aide par le travail, des foyers d'hébergement, des hôpitaux, les violences sont essentiellement psychologiques et physiques. Les actes de négligences d'atteinte aux droits civiques et de maltraitance médicamenteuse ont été plus rarement prouvés. Ce sont les symptômes de graves lacunes dans les institutions. (H.Brown, 2004).

On voit bien, dans une institution où manque une démarche active de bientraitance, apparaître des maltraitances de différentes sortes.

7. Le projet de vie de personne âgée en institution

La définition d'un projet de vie favorise l'adaptation de la personne âgée au sein de groupe. Le projet de vie n'est efficace qu'à partir du moment où il est

rédigé à partir d'une collaboration entre la personne âgée et le personnel de l'établissement.

Le projet de vie est un ensemble d'actions coordonnées se fédérant pour donner sens à la vie de la personne âgée au sein de la structure d'accueil. Il est un engagement de l'ensemble des intervenants envers chaque résident pour préserver et maintenir son autonomie, limiter les souffrances liées à la dépendance. Il se réfère à la charte des droits et libertés de la personne âgée (N.Lelieire, 2004, p.56).

Conclusion du chapitre

Les personnes âgées constituent un groupe social très important dans la société. Leur importance est à la fois socioculturelle et démographique dans le processus de changement social que connaissent nos sociétés traditionnelles, la perception qu'on a des vieillards a considérablement évolué. Encore aujourd'hui, dans un grand nombre de cas, les personnes âgées entrent en institution à l'initiative de la famille, d'un tiers ou d'un organisme. Pour les familles, épuisées par la dépendance de leurs parents, il s'agit souvent de la solution de dernier recours.

Chapitre II : la qualité de vie

Préambule

La vie fait référence à un contexte intra psychique et interpersonnel chez l'être humain face à une situation physique et psychique. Évaluer sa qualité, c'est donc évaluer les capacités psychiques et physiques du sujet pris avec ses interactions avec le monde qui l'entoure.

Ce concept de QDV est une notion, et surtout de plus en plus utilisée. En effet, nous pouvons entendre parler de la QDV tant dans le langage commun, que dans les sciences sociales, politiques, et les sciences humaines... et bien entendues en médecine. Chacune attribuant à la QDV le sens dont il a envie de lui donner, mais tous s'accordent au fait qu'il faut la préserver, voir même l'améliorer.

Dans ce chapitre, nous allons donner un aperçu historique sur le concept de QDV, pour passer ensuite aux différentes conceptions de QDV, à travers ces approches et domaines, son apport à la santé et l'environnement, notamment le rapport avec le vieillissement et la QDV. Au terme de ce chapitre, nous concluons notre étude, par la QDV en institution et une conclusion.

1. Un aperçu historique sur la QDV

La notion de QDV a été évoquée pour la première fois par Lyndon B. Johnson, qui dans son discours à la « Great society » en 1964 y a fait référence afin d'interpeler l'opinion publique sur le désarroi et la détresse des plus démunis dans la société, afin qu'on s'intéresse à ce qui se passe dans le monde et ainsi ouvrir les yeux sur cette insatisfaction de la vie. Cette notion par le suit était reprise par les scientifiques. Elle est très compliquée à cerner ce qui rend difficile aujourd'hui de trouver une définition sur laquelle tous les chercheurs seraient d'accords, mais elle avoisine selon Dupuis et Al (2000) qui a présenté vingt-six définitions des plus courantes dans l'approche de la QDV. Plusieurs termes, qui soit prennent le même sens, soit servent de rôle d'indicateur comme c'est le cas de la notion de bien être, de santé, de satisfaction de vie, de bonheur, de performance, et de fonctionnement. (Dupuis et al. 2000)

Il n'est pas aisé de remonter à l'origine de la QDV. En 1966 nous pouvons voir apparaître ce concept dans les annales de la médecine interne, mais c'est pendant ces vingt dernières années que cette notion s'est développées pour devenir à la mode dans divers domaines comme l'épidémiologie, la thérapeutique ou l'économie de la santé.(O. Ethgen et J.Y. Reginster,2002)

2. Conception et définition de la QDV

On remarque que la notion de QDV contient plusieurs définitions avec plusieurs approches possibles ce qui explique l'importance dans les premières recherches de l'aspect multidimensionnel.

La notion de QDV est le plus souvent confondue avec celle de la vie associée à la santé et de bien-être subjectif. En réalité, c'est la QDV qui est le concept le plus large de tous et plus intégratif, et dont les définitions sont nombreuses et variées. De façon simple, la QDV définit l'état général d'un individu à un moment donné. Certaines conceptions se centrent sur l'état objectif (conditions de vie, santé physique, etc.), d'autres sur l'état subjectif (ressenti de bien-être par exemple), tandis que certaines composantes (émotionnelle, fonctionnelle, spirituelle, économique, etc.) sont parfois mises en avant, ou au contraire délaissées. (G.Fischer, 2002, pp.10-11).

Pour Findley(1999), la QDV est un concept global incorporant tous les facteurs susceptibles d'avoir un impact sur la vie d'un individu, effectivement l'être humain se voit considéré dans un ensemble de diminution. La structure de la QDV s'étendant à tous les domaines de la vie de l'individu. (Étienne et Fontaine, 1997).

D'après les définitions qu'on vient de citer, on remarque que la notion de la QDV est trop vague et généralisée puisqu'elle englobe notamment des composants physiques, psychologique et social. Dans ce qui va suivre, on va aborder les différentes conceptions de la QDV.

2.1. Les conceptions objectives

La conception de la QDV objective fait référence à ce qui est quantifiable à travers l'utilisation de tests psychométriques, et renvoie aux outils d'évaluations mesurant le nombre ou l'intensité d'expériences observables dans la vie d'une personne (Rizzo et Spitz, 2002).

Du point de vue économique et politique, ce sont les limites sur les conditions de la vie matérielle, et de point de vue médical, c'est l'absence de maladie physique. On peut considérer qu'il s'agit de l'ensemble des conditions qui contribuent à rendre la vie agréable et/ou facile et/ou confortable. Ces conditions comprennent pour un individu donné, la qualité de l'environnement naturel, la qualité de logement, les ressources matérielles, la qualité de l'environnement familial, les relations sociales, le niveau d'études, l'adaptation

au monde environnant, ainsi que d'autres facteurs, mais aussi et surtout, l'état de santé. (Wardurton et Sherwood, 1996, pp.4-5)

Cette conception est accessible par hétéro évaluation, la QDV dépend des circonstances. C'est l'individu qui est le mieux placé cependant pour l'évaluer (Browne et al. 1997, p.737).

2.2. Les conceptions subjectives

Plusieurs définitions subjectives de la QDV, comme celle proposée par (Nordenfelt. 1994) : la QDV se définit par « *le degré de satisfaction et/ou de bonheur global ressenti par un individu dans sa vie* ». Cette définition ne concerne en fait que le bien-être subjectif et la satisfaction de la vie (M.Bruchon-Schweitzer, 2002, p. 49).

Certaines définitions ont été proposées pour ce concept difficile à saisir, éminemment subjectif, soumis aux normes culturelles et comprenant des très nombreux paramètres : condition de vie, bien-être psychologique, écart par rapport à un idéal de vie, satisfaction des besoins perçus et de désirs (L .Nordenfelt. 1994).

2.3. Les conceptions intégratives

Parmi les définitions intégratives simplement additives, on retrouve, par exemple, celle de l'OMS 1994 donnée afin d'apporter un cadre théorique, tout en respectant le caractère multidimensionnel de ce concept. Un concept intégrant de manière complexe la santé physique de la personne, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses croyances, personnelle, ses relations sociales ainsi que sa relation aux éléments essentiels de son environnement (OMS, 1994).

La QDV comprend donc au moins trois dimensions : physique, psychologique et sociale. De plus en plus, les dimensions économiques/ matérielles et spirituelles sont aussi prises en compte. Toutes ces dimensions sont le plus souvent évaluées à deux niveaux : le niveau de fonctionnement du sujet sur ces dimensions, ainsi que sa satisfaction par rapport à ce niveau de fonctionnement. (L.Sophie, 2009).

La définition de la QDV en terme intégratif et dynamique à plusieurs avantages :

- Prendre à la fois les composantes externes (par exemple l'état de santé, les conditions de vie, etc.) et les composants internes (par exemple la satisfaction, le bien-être subjectif, etc).
- Évaluer la QDV selon plusieurs points de vue (hétéro évaluation et auto-évaluation).
- Considérer les interactions dynamiques entre les composants de la QDV. (M.Bruchon-Schweitzer, 2002, p.51).

L'avantage de citer ces différentes conceptions, c'est d'avoir évalué la QDV selon plusieurs points de vue.

3. La QDV globale

La vie est un « tout », et aucune de ces composantes ne saurait échapper à la notion de la qualité, car il y a une différence entre vivre et survivre.

La QDV d'après l'OMS est un concept multidimensionnel englobant des facteurs médicaux, sociaux, culturels, psychologiques, économiques. Une approche globale ne permet pas une définition consensuelle. Cette notion très large, si elle demeure difficile à définir semble toutefois l'objet d'un certain consensus concernant quatre de ses propriétés. Les auteurs lui reconnaissent :

- multifactoriels : la qualité globale comprenant la santé physique, la santé psychologique, les relations et activités sociales ainsi que le bien-être matériel et l'ensemble étant dépendant de l'interaction complexe entre le sujet et son environnement.
- Variabilité et son caractère dynamique ce n'est pas un état stable.
- Non-normalité c'est une notion individuelle, le sujet étant son propre contrôle.
- Subjectivité perception et auto-évaluation par le sujet.

Pour Gotay, « *c'est un état de bien-être correspondant au moins à deux composantes : la capacité de réaliser les activités de la vie quotidienne reflétant ainsi un bien-être physique, psychologique et social et la satisfaction du patient à l'égard de son niveau de fonctionnement et du contrôle de la maladie* ». (M.Bruchon-Schweitzer, 2002).

La QDV est donc une notion qui englobe des composantes physique, psychologique, sociale, culturelle et économique. Il est donc difficile de la

mesurer dans son ensemble, puisqu'il s'agit de décrire le fonctionnement général des individus. (M.Bruchon-Schweitzer, 2002).

Nous allons enrichir cette notion en passant aux différents points de vue selon les différents domaines pour mieux éclaircir nos idées.

4. Les approches de la QDV

4.1. L'approche philosophique

Le concept de QDV a très tôt intéressé les philosophes comme Aristote, Platon, Socrate et Épicure qui se sont penchés sur la notion de bonheur qui était l'objet principal de leur préoccupation.

Pour Aristote (384-322 av j c) y fait référence dans son ouvrage « Éthique à Nicomaque » où il considérait la belle vie comme le choix de l'existence le plus désirable par l'individu lui-même. Aristote le définissait comme le bien-être, le bonheur, la vertu, le plaisir, le bien-être matériel et le fonctionnement de la société. Ainsi pour les philosophes la QDV se réfère à la nature de l'existence humaine. (Ibid.).

4.2. L'approche psychosociologique

Les sociologues et les psychologues seront les premiers à s'emparer de ce qui deviendra la QDV, ils ont différencié peu à peu les notions de bonheur, de bien-être subjectif, de bien-être matériel et satisfaction de la vie.

Selon Anne Fagot-Largeaut ; la QDV sous l'angle individuel, ce est-ce qu'on souhaite au Nouvel An : non pas la simple survie, mais ce qui fait la vie ; bonne santé, amour, succès, confort jouissance, bref, le bonheur. Dans cette définition la sociologue pointe déjà la bonne santé comme premier facteur qui fait la vie.

La psychologie expérimentale s'y est fortement intéressée à travers le concept d'aptitude. Ce n'est qu'en 1976, qu'apparaît le terme QDV avec les travaux de Bradburn sur la structure psychologique du bien-être. Le concept de QDV tel qu'il est par les psychologues et les sociologues reste lié à la santé. (G.N.Fischer, 2002, p.285).

4.3. L'approche médicale

Nous retrouvons ce concept de QDV en médecine et plus particulièrement, en psychiatrie lors du programme de désinstitutionnalisation (1963).

Le progrès de la médecine, vis-à-vis du traitement des maladies infectieuses, s'est traduit par un allongement de la longévité des populations et donc par l'accroissement du taux de certaines maladies chroniques, aux conséquences nouvelles et multiples (physique, mentales, sociale) affectant le bien-être des patients plutôt que leur survie. Alors, il était fondamental de préserver la QDV de ces personnes, et de construire des outils permettant d'évaluer l'impact physique, mental et social de ces pathologies et de leurs conséquences. (M.Bruchon-Schweitzer, 2002, pp.43-83)

4.4. L'approche économique et politique

La notion de QDV selon ces deux approches se réfère à un niveau de vie optimal, conditions de bien-être matériel auxquelles tout individu devrait accéder. Flanagan(1982), chargé d'évaluer la QDV des Américains, proposera de prendre en compte non seulement des indicateurs des conditions de vie (niveau d'éducation, niveau socio-économique, etc.), mais aussi certains aspects du bien-être subjectif (santé perçue, sentiment de liberté, etc.)

Certains politiciens comme thomas Jefferson, président des États-Unis de (1801-1809) il propose d'inclure la constitution de droit au bonheur pour chaque américain. (M.Bruchon-Schweitzer., 2002, p.45).

Après avoir entamé les approches dans la partie précédente maintenant on va définir globalement la QDV.

5. Les domaines de la qualité de vie

5.1. Domaine psychologique

Les auteurs ont tendance à donner deux conceptions à la QDV, lune unidimensionnelle (absence d'affecte négative) et l'autre, plus populaires, d'un aspect bidimensionnel (émotions et états d'affectifs positifs.) Dans les deux cas, on parle de santé psychologique.

On aurait également tendance à situer certaines compétences et performances mentales comme la mémoire ou la concentration, dans le domaine psychologique de la QDV. Quant aux notions dynamiques processuelles, par

exemple l'épanouissement du soi (développement personnel, adaptations, etc.) les avis divergents. Pendant que certains les situeraient dans le domaine psychologique de la QDV, d'autres les classeraient dans une catégorie supplémentaire que seuls des tests structurels pourraient contribuer à les situer dans une composante donnée de la QDV. Enfin, si l'on comprend bien la pertinence des techniques autos évaluatives pour explorer la dimension psychologique de la QDV, d'autres méthodes peuvent s'avérer tout à fait utiles. (Bruchon-Schweitzer, 2002, pp.52-53).

5.2. Domaine physique

Santé physique et capacités fonctionnelles sont les mots clés du domaine physique de la QDV, car ils représentent tout bonnement ces deux aspects.

Aspects qu'on peut évaluer selon deux points de vue, l'un externe(médicale) et l'autre interne(auto-évaluation du sujet), mais il est plus pratique d'utiliser des techniques autos évaluatives pour estimer ces deux aspects, notamment avec les échelles de likert, cela étant, il se trouve des techniques plus complexes(comme la SCL-90 de Derogatis, 1994) ou le patient doit évaluer la fréquence de certains symptômes. Parfois, évaluation est à la fois interne et externe comme dans l'échelle de performance de Karnofsky et Burchenal (1949). (M.Bruchon-Schweitzer, 2002, pp.52-53).

5.3. Domaine social

Ce domaine intègre les relations et activités sociales des individus. Un fonctionnement optimal suppose un réseau de relation quantitativement suffisante (c'est l'intégration sociale affective) et qualitativement satisfaisante (c'est le soutien social aperçu en termes disponibilité et de satisfaction). Ainsi, il existe de nombreuses échelles pour évaluer la « *santé sociale* » d'un individu donné, défini comme la participation à (et intérêt pour) des activités sociales (famille, amis, vie professionnelle, vie amoureuse, etc.) c'est le cas d'échelles larges comme WHOQOL (world health organisation quality of life), qui existe en version longue à 100 items et la version courte 26 items. Certains auteurs comme Griffin(1988) accordent plus d'importance à la qualité plus que la quantité des relations sociales des individus (par exemple l'authenticité des relations). Pour d'autres comme Flanagan (1982), la façon dont l'individu évalue ses activités sociales (estime de soi « *sociale* » sentiment de réalisation de soi, etc.) est aussi d'un bon fonctionnement social. (Ibid., p.52).

6. La qualité de vie liée à la santé

La QDV liée à la santé est un concept multidimensionnel, dans le cadre duquel on tient compte de la perception subjective par la personne de sa capacité de fonctionner, de ses symptômes physiques, de son bien-être émotionnel et de son fonctionnement social. C'est un concept très large, influencé de manière complexe par la santé physique de la personne, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales ainsi que sa relation aux éléments essentiels de son environnement. (V. Protate et A. Colvez, 2009).

Dans le domaine de la santé la QDV nommée « *qualité de vie liée à la santé* » est apparue dans les années 1990, et s'attache aux composants de la QDV spécifiquement de vie liée à la santé s'intéresse ainsi à l'impact des maladies ou des interventions de santé sur la vie quotidienne des patients de leur point de vue. Cependant, comme le fait remarquer Leplège (2008), il est sans doute illusoire de distinguer la QDV générique de la QDV liée à la santé, tant la santé et d'autres aspects de l'existence tels que facteurs psychologiques habitudes de vie, relations aux autres, statut professionnel et revenu, sont intriqués. Finalement, différentes expressions, QDV, QDV liée à la santé, santé perçue, santé subjective, bien être, sont utilisées de façon interchangeable pour désigner l'évaluation subjective faite par une personne de sa santé comprise dans un sens plus ou moins large. (L. Sophie, 2009, p.25)

D'une manière générale « *la QDV liée à la santé est la valeur qui est attribuée à la durée de la vie en fonction des handicaps, du niveau fonctionnel, des perceptions et des opportunités sociales modifiées par la maladie, les blessures, les traitements ou les politiques de santé* ». (Patrick et Erickson, 1993).

Après avoir abordé la QDV liée à la santé on s'intéressera par la suite la QDV liée à l'environnement.

7. La qualité de vie liée à l'environnement

Ce fut la première approche de la QDV qui pouvait être « objectivable » et se mesurer. Le public parlera de niveau de vie : scolarité, suivi médical, logement, commodités, transports, revenus, assurances, etc. Ces conditions de vie

directement responsables de la QDV ne couvriront pas cependant l'appréciation personnelle des citoyens. Progressivement, « *l'appréciation subjective de la QDV de vie par les personnes concernées devient alors le passage obligé soit exclusif, soit complémentaire des indicateurs objectifs* » (A.Manoukian, 2007, p.147).

Le développement des recherches à travers ce courant a laissé émerger l'idée de la QDV environnementale et le vieillissement ce qui a permis une approche de l'impact de l'environnement tel que les revenus et le lieu de vie sur la QDV de la personne âgée (Corten, 2005).

Puisque notre recherche se base sur la QDV de la personne âgée en institution on doit évoquer la QDV en relation avec le vieillissement ensuite la QDV en institution pour mieux, cerner et comprendre notre thématique.

8. La qualité de vie et le vieillissement

Pour plusieurs personnes, le vieillissement s'accompagne d'une diminution des performances cognitives, de la qualité de vie et du bien-être. Toutefois, des études récentes ont montré que certains facteurs environnementaux, tels que maintenir un style de vie actif et faire de l'exercice sur une base régulière, peuvent modérer ces effets délétères du vieillissement (Kramer et coll. 2004).

Des études transversales suggèrent que la condition cardiorespiratoire est associée à de meilleures performances cognitives chez les aînés, plus précisément aux tests mesurant l'attention et les fonctions exécutives. De plus, les études d'intervention, dans lesquelles des personnes âgées plutôt inactives participent à un programme d'exercices réguliers à une intensité suffisante pour augmenter leur niveau de condition physique, ont également permis de confirmer la relation entre le niveau de condition physique et la vitalité cognitive (ibid.).

D'une manière générale, le vieillissement influence sur la QDV de la personne âgée par des transformations physiques, psychiques et relationnelles.

9. La qualité de vie en institution

La qualité de vie en institution gérontologique relève d'une démarche globale. Cependant, nous voulons insister, en nous référant aux attentes de personnes âgées hébergées, sur la qualité de la relation en premier lieu, relation avec le personnel, avec les familles, avec les autres résidents. Les autres

déterminants sont la qualité de l'environnement adapté à la dépendance tant physique que psychique et à la vie en collectivité, la qualité des soins et le respect des besoins ainsi que l'aide à leur satisfaction. Une vision plus large inclut une réflexion sur la qualité des repas, des activités et de la citoyenneté. Des outils comme le contrat de séjour, le règlement intérieur, le dossier individualisé ainsi que les commissions participatives incluant des résidents et des familles sont indispensables au projet d'amélioration de la qualité (A.Manoukian, 2007, p.152).

Le problème de la QDV en institution est réel, d'autant plus si l'on prend en considération les conditions de placements des personnes âgées en institution, et c'est sur cette question là, qu'en va se porter notre travail sur la QDV des personnes âgées placées.

10. Les études antérieures sur la QDV des personnes âgées placée en institution

Une vaste étude britannique réalisée sur la base d'un recensement conduit en(2003) auprès de 15483 résidents couvrant 244 établissements pour personnes âgées (Bowman, Whistler et al.2004) a montré que deux raisons principales (90% des résidents) seraient à l'origine d'un placement par diagnostic médical, un état dégradé de santé avec des handicaps physiques, et un diagnostic de démence ou de maladies dégénératives.

Aux l'USA, les auteurs ont pu mettre en évidence les deux raisons suivantes : avoir au moins trois dépendances au niveau des activités de la vie quotidienne, souffrir d'une détérioration cognitive et avoir déjà fait appel aux services d'un établissement pour personnes âgées (Gaugler, Duval e al. 2007).

« Comparaison de la QDV des personnes âgées vivant à domicile ou en institution » un livre réalisé par D, E. Zimmermann et F.Moreau (2012), cette étude souhaite développer les connaissances sur les éléments importants de la QDV des personnes âgées vivant en institution par rapport à celles vivant à domicile. Cette étude vise en particulier à mieux connaître les principaux éléments, du point de vue des personnes âgées elles-mêmes, dans l'évaluation de leur QDV.

D'autres études suisses, déjà réalisées ou en voie de réalisation visent à mieux connaître la QDV des personnes âgées. L'étude Swilsoo (Swiss Interdisciplinaire Longitudinal Study on the Oldest (Old) est une recherche

longitudinale dont les objectifs principaux sont d'explorer les trajectoires de vie et de santé au cours de la grande vieillesse.

Comme en peuvent trouver des études faites en Algérie, en 1990 M.Boudef et AL Serv. Hospitalo-universitaire de Psychiatrie, Hôpital psychiatrique Razi, ANNABA (Algérie) dans le but d'étudier est d'évaluer le vécu dépressif chez le sujet âgé en placement dans une institution, comparativement au sujet âgé vivant en milieu familial.

On cite aussi, une journée d'étude sur les personnes âgées en Algérie, présentées par M^{me} Bouaziz Karima, universitaire, donné, lundi, lors de la journée d'étude sur le "Vieillessement de la population et la question des personnes âgées en Algérie", organisée par le département des Sciences sociales de l'université Abderrahmane Mira de Bejaia. Cette journée d'étude est surtout destinée aux étudiants en sociologie et en psychologie pour les sensibiliser sur les problématiques que pourrait soulever le vieillissement de la population algérienne sur le plan social, sanitaire et économique, afin de susciter chez eux l'intérêt pour la recherche dans ce domaine et les inciter même à choisir le vieillissement de la population, comme thème de leur mémoire de licence ou de master

11. Les dimensions de la QDV des personnes âgées en institution

Dimension de la QDV (personne âgée en institution)	Origine de la dimension citée
Le bien-être physique qui comprend le confort physique, le confort, la qualité des soins.	(Spalding et Frank 1985 ; ball , whittington et al. 2000 ; kane 2001 ; kane ; kling et al.2003)
La sécurité	(spalding et Frank 1985 ; kane2001 ;kane; kling et al. 2003)
Le soutien lors des limitations	(kane2001 ;kane; kling et al. 2003)
La qualité lors de la nourriture	spalding et frank 1985, chou, boldly et al.2001)
La stimulation et des activités ayant un sens	(spalding et frank 1985 ;kane 2001, kling et al. 2003)
Les Contacts sociaux et de bonnes relations	(Bowers, Fibich et al .2001 ; kane2001 ;kane; kling et al. 2003)
La dignité, identité personnelle	(kane2001 ;kane; kling et al. 2003; cooney, Murphy et al.2009)

Le respect de la vie privée	(kane2001 ;kane; kling et al. 2003)
La spiritualité	(Kane2001 ;kane; kling et al. 2003; cooney, Murphy et al.2009)
L'autonomie, le choix	(spalding et frank 1985; kane 2001; kane, kling et al.2003)
La qualité de service	(chou, boldly et al .2001)

Tableau n°1 : Dimension de la QDV des personnes âgées en institution.

Le tableau ci-dessus présente les dimensions de la QDV des personnes âgées en institution ainsi que ses origines selon chaque auteur. La dimension de QDV pour eux signifie le « le bien-être physique, la sécurité, le soutien lors des limitations, la qualité lors de la nourriture, la stimulation et des activités ayant un sens, les Contacts sociaux et de bonnes relations, la dignité, identité personnelle, le respect de la vie privée, la spiritualité ainsi, l'autonomie, le choix et la qualité de service ».

Conclusion du chapitre

En effet en institution la QDV des personnes âgées apparait fortement influencée par l'état de la santé physique et psychique comme si la vie sociale se « rétrécissait » à la seule dimension sanitaire. Dans ce qui va suivre, on va aborder la partie méthodologique de notre recherche.

Problématique et hypothèses

De la naissance à la mort, l'être humain lors de ses différents stades de développement à travers les cultures selon deux pôles, la jeunesse et la vieillesse.

Vieillesse, personne âgée, troisième et quatrième âge et retraités sont aujourd'hui parmi les préoccupations majeures des mondes politiques, associatifs ou scientifiques. Dans la plus part des pays du monde, études, rencontres, colloques, et congrès se multiplient sur la problématique du vieillissement.

Étymologiquement, « *la vieillesse* » vient du latin « *vêtus* ». Le terme est un phénomène extraordinairement hétérogène. Les explications de la grande variété des différences individuelles parmi les personnes âgées mettent l'accent sur l'influence de l'histoire de leur développement et sur les effets des facteurs contextuels, les facteurs démographiques, socioéconomiques et médicaux, ne contribuent pas uniquement à façonner l'expérience quotidienne du vieillissement. Ils contribuent aussi à créer les facteurs de résilience qui rendent les personnes âgées capables de faire face aux problèmes quotidiens associées au vieillissement.

De tels facteurs contextuels peuvent aussi constituer des facteurs de risque en ce qui concerne les problèmes cliniques du vieillissement. Les variables qui influencent de manière significative sur l'expérience du vieillir sont l'âge, l'état de santé, le sexe et les variables associées à la situation socioéconomique et à l'état civil. (D.PUSHKAR et T.ARBUCKLE, 2000p.1).

Le ralentissement de l'accroissement de la population entraîné par la baisse de la fécondité entraîne un vieillissement de la population, ce qui donne des populations où la proportion de personnes âgées augmente, tandis que la proportion de jeunes diminue. Dans les pays développés, 20 % de la population a déjà 60 ans ou plus et cette proportion devrait atteindre 33 % en 2050. Pris ensemble, le nombre de personnes âgées (de 60 ans ou plus) dépasse déjà le nombre d'enfants et en 2050, le nombre de personnes âgées devrait être plus du double du nombre d'enfants. (L.Adda, 2002, p.12).

À l'échelle mondiale, le nombre de personnes âgées de plus de 60ans devrait pratiquement tripler, passant de 673 millions en 2005 à 2 milliards en 2050. Sur la même période, la proportion de personnes âgées vivantes dans les

pays en développement devrait augmenter, passant de 64% à près de 80% en 2050. (L.Adda, 2002, p.12.).

L'Algérie a connu, depuis l'indépendance des changements économiques et sociaux importants, touchant essentiellement la structure familiale. Le modèle de la famille élargie, procurait à ses membres fragiles et vulnérabilité ; notamment les vieilles personnes, un rôle et un statut qui protégeait et défendait un patrimoine de valeurs sociales et religieuses. Ce modèle est substitué de nos jours, par une famille nucléaire, qui se limite aux parents et à leurs enfants. (O.L.Deghagh, 2012, p.14).

Le taux d'accroissement de la population âgée avant la guerre d'indépendance se maintient à un niveau proche de 2,5% jusqu'en 1965. Ce recensement et les suivants confirment la grande dynamique de la population algérienne ainsi que ses principales caractéristiques comme l'extrême jeunesse. La population réside en 1966 s'élève à (3,09%). Celle recensée en 1977 et 1987 est de (3,38%) respectivement. Le volume de la population résident atteint 34080030 habitants en 2008. (L.Adda, 2002, p.18).

La littérature scientifique indique que le terme « âgé », appliqué à la personne de 65 ans et plus, recouvre une grande diversité. Les travaux des chercheurs s'appliquent à deux populations âgées relativement distinctes, dont l'une, avec le temps, correspond à l'autre. La première population est composée en majorité de personnes, particulièrement de « jeunes âgés », qui mènent dans l'ensemble une vie satisfaisante et autonome dans leur propre domicile et jouissent d'une bonne santé. La seconde population, dont le pourcentage augmente invariablement avec l'avancement en âge des individus, se compose de personnes âgées dont la santé est fragile, qui sont susceptibles de présenter des incapacités, qui requièrent une assistance accrue de la part des membres de la famille, des amis, des intervenants professionnels, et peut-être, en dernier recours, une institutionnalisation.

Le rejet des personnes âgées est alors justifié par l'absence d'espace chez soi ou par la crise de logement, de pauvreté et d'incapacité à subvenir aux besoins des parents vieux et lourds de charge. On peut, également remarquer l'ampleur du phénomène dans les zones urbaines plus que rurales.

En effet, la place que notre société réserve aux aînés a énormément changé, et s'est transformée d'une image fondée sur la sagesse et le savoir acquis par l'expérience de la vie, vers une marginalisation, une négligence et même un abandon à domicile ou en institution pour personne âgée.

L'entrée en institution et le changement de lieux de vie peuvent représenter un moment difficile à vivre pour la personne âgée. Ce moment correspond à un changement important dans la vie de sénior, il doit faire face à une série de perte et de dépendance pathologique, physiologique, relationnelle et affective.

En effet, le changement de lieux de vie peut représenter une crise, car il constitue très souvent une rupture dans le projet de vie de la personne âgée. Lors de cette transition, cette personne est confrontée à de nombreuses difficultés qui peuvent affecter et perturber leurs QDV.

Le concept de la QDV est très subjectif, multidimensionnel et dépend des valeurs socioculturelles des individus. Chacun, bien portant ou malade, à une notion individuelle de la QDV avec ses désirs, ses souhaits, sa satisfaction et le but à atteindre.

L'OMS a donné une définition assez consensuelle en 1993, pour eux, la QDV est définie comme « *la perception qu'un individu a de sa place dans la vie, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lequel il vit en relation avec ces objectifs, ces attentes ces normes et ces inquiétudes.* » C'est un concept très large qui peut être influencé de manière complexe par la santé physique du sujet, son état psychologique et son niveau d'indépendance, ses relations sociales et sa relation aux éléments essentiels de son environnement (OMS,1993).

Nous ne sommes pas les premiers à entamer un travail sur la QDV et la personne âgée, en effet, plusieurs études ont été faites autour de ce sujet, parmi les disciplines et les spécialités relatives aux sujets âgés, on trouve la gérontologie, la gériatrie et la psychologie de vieillissement. D'autres travaux tels que les troubles psychiques des personnes âgées réalisés par (A.S.Rigaud et al, 2005) pour eux une maladie psychiatrique peut se manifester chez le sujet âgé sous des formes atypiques et peut être difficile à différencier du vieillissement physiologique ou d'une maladie somatique. Le traitement de la

maladie mentale doit être global, comporte des interventions psychothérapeutiques, pharmacologiques et sociales.

« Comparaison de la qualité de vie des personnes âgées vivant à domicile ou en institution » réalisée par (D et E Zimmermann, 2012). Son objectif est de développer les connaissances sur les éléments importants de la QDV des personnes âgées vivant en institution par rapport à celle des personnes vivantes à domicile.

Et on peut trouver aussi des thèses concernant cette étude ; « la maltraitance des personnes âgées », réalisé par (D, O Lilia, 2011), le phénomène de la maltraitance des personnes âgées se déroule de façon insidieuse, et les victimes sont prudentes en ce qui concerne les abus qu'ils endurent. En effet cette étude tente de lever le voile sur ces situations, en analysant les représentations sociales de ces derniers.

On trouve aussi « la prise en charge des personnes âgées de 65ans et plus en institution dans la région de l'ouest » réalisé par (L. Adda, 2012). La problématique abordée par ce travail consiste à essayer d'expliquer pourquoi les établissements d'accueil des personnes âgées sont généralement connus par leur mauvaise réputation et pourquoi la manière dont s'y déroule l'entrée est un facteur important d'adaptation à la vie en institution.

Dans notre recherche, on a adopté l'approche cognitive et comportementale puisqu'elle repose sur les cognitions, comportements et pensée qui vont nous permettre de bien comprendre le mode de vie d'une personne. Puisque notre travail s'intéresse à la QDV des personnes âgées placées en institution, cette approche va nous permettre de connaître et d'apprécier leur façon de vivre et sa QDV.

L'utilisation des mesures de QDV est devenue très importante dans l'évaluation des soins des personnes âgées. Un nombre croissant d'études sont publiées depuis 2000, mais on note un manque de consensus sur les instruments de QDV à utiliser chez la personne âgée. Pour effectuer notre recherche on a choisi d'utiliser un guide d'entretien et deux questionnaires qui mesurent la QDV des personnes âgées le WHOQOL-BREF et le WHOQOL-OLD, et ce, pour répondre à nos questionnements et à vérifier nos hypothèses.

À partir de ce qu'on a énoncé ci-dessous, nos questionnements seront formulés de la manière suivante.

Question principale

- I. Quelle est la nature de la QDV chez la personne âgée placée en institution ?

Questions partielles

- II. La vieillesse affecte-t-elle la QDV des personnes âgées placées en institution ?
- III. L'institution affecte-t-elle la QDV des personnes âgées ?

Les hypothèses : notre réflexion nous permet de supposer que :

Hypothèse principale :

- I. La nature de la QDV de la personne âgée placée en institution est mauvaise.

Hypothèses partielles :

- II. La vieillesse influence négativement sur la QDV de la personne âgée placée en institution.
- III. L'institution influence négativement la QDV de la personne âgée.

La partie pratique

La partie méthodologique

Préambule

Ce chapitre concerne la méthodologie de recherche, qui est la colonne vertébrale de notre travail, elle nous permet de guider et de cerner notre thème, répandant en cela à une démarche scientifique reconnue.

Donc, ce chapitre est consacré à la présentation des différentes étapes à suivre pour l'élaboration de notre travail, en commençant par la démarche de la recherche puis en va présentant les concepts clés, leurs opérationnalisations, la méthode utilisée, les outils de recherche et leurs analyses et à la fin, on terminera avec une conclusion du chapitre.

1. Définition des concepts clés et leurs opérationnalisations

1.1. La définition de la personne âgée

Une personne d'un âge avancé, et plus courtoise que vieille, et les indicateurs fournis peuvent se distribuer à partir des différents âges 60ans et plus, 65 et 70 et plus. Ces différences de classification ne font que confirmer la complexité de définition inhérente aux représentations multiples de cette nation et de celle de l'âge. (Lois et désert, 1972).

1.1.1. Opérationnalisation de concept de la personne âgée

- L'âge avancé plus de 65 ans.
- La sénescence.
- La Maladie chronique.
- La Perte d'autonomie.
- Les troubles de la mémoire.
- Les rides.
- La dépendance.

1.2. Définition de l'institution

L'institution constitue un changement de lieu de vie pour la personne âgée. L'entrée en institution est parfois mal vécue, c'est une structure où sont instituées des règles et des habitudes différentes.

1.2.1. Opérationnalisation de concept

- Centre d'accueil.
- Personnel.
- Résidents.
- Chambre.
- Cuisine.
- Salon.
- Jardin.
- Agents de sécurité.
- Centre de soins.

1.3. Définition de la QDV

Selon l'article conceptuel de (Patrick et Al, 1973), elle peut se résumer comme étant « *le degré de satisfaction d'un sujet dans les différents domaines de sa vie qui sont la santé, la vie relationnelle, les conditions matérielles, la vie psychique et affective* ». (D.Cupa, 2002, p.126).

1.3.1. Opérationnalisation de concept de QDV

La QDV à deux pôles, l'un est (+) qui signifie une bonne QDV et l'autre (-) qui signifie une mauvaise QDV. Mais il reste à signaler que dans la réalité on ne les trouve jamais dans l'absolu, mais les caractéristiques de l'une dominent l'autre.

- QDV (+)
 - Bien-être physique et psychique.
 - Bonne relation sociale, familiale, amicale.
 - Sensation de bonheur.
 - Anxiété légère qui détermine globalement une bonne QDV.
- QDV (-)
 - Souffrance physique et psychique.
 - Perte de goût à la vie.
 - Peu de relation avec les autres.
 - Pas d'activité ni de loisir.
 - Sensation de malaise.
 - Anxiété élevée qui détermine globalement une mauvaise QDV.

2. Les motifs du choix du thème

- c'est un thème qui n'a jamais été traité au sein de notre université.
- Une tranche d'âge négligée, ce qui nous a poussés à l'étudier.

3. Les objectifs du choix du thème

- Développer les connaissances sur les éléments importants de la QDV de la personne âgée vivant en institution.
- Enrichir notre bibliothèque.

4. La méthode utilisée

4.1. La méthode clinique

La méthode clinique est utilisée dans le domaine pratique de la psychologie, c'est un ensemble de techniques qui ont pour but de produire des informations sur la personne, le psychologue ici doit s'intéresser au sujet lui-même.

La méthode clinique pourrait comporter deux niveaux complémentaires : le premier correspond au recours à des techniques (tests, échelles, entretien) alors que le second niveau se définit par l'étude approfondie et exhaustive du cas. (J, L, Pedinielli, 2006.pp32-33).

Selon Lagache 1949, le clinicien envisage « *la conduite dans sa perspective propre, relevée aussi fidèlement que possible la manière d'être, d'agir d'un être humain concret et complet aux prises avec la structure, et la genèse, déceler les conflits qui les motivent et les démarches qui tendent à résoudre ces conflits* ». (K.Chahraoui et H. Bénany, 2003, p16)

On a choisi la méthode clinique, dans notre recherche, parce qu'elle convient à notre thématique, par ses outils (tests, échelles, entretien...) qui vont nous permettre de recueillir un ensemble d'informations sur le sujet.

5. L'étude de cas

L'étude de cas correspond à deux étapes différentes, la première étape est celle du travail clinique concret et s'apparente à une procédure de recueil de ces informations sous forme d'une construction répondant à ces principes fondamentaux. (J, L, Pedinielli, 2006, p.76).

L'étude de cas ne s'intéresse pas seulement aux aspects sémiologiques, mais tente de restituer le problème d'un sujet, d'un contexte de vie où sont pris en compte différents niveaux d'observation et de compréhension : organisation de la personnalité, relation avec l'environnement et avec l'entourage, événement présent et passé.

De l'ensemble de ces données, le clinicien ou bien le chercheur essaye de suggérer des hypothèses sur l'origine de la conduite ; celle-ci étant multiple, il essaiera de focaliser l'analyse sur l'ensemble réduit et le facteur ayant probablement entraîné la situation problématique. (K.Chahraoui et coll., 2003, p.126).

L'étude de cas, est donc une méthode qui nous permet de suggérer des hypothèses sur notre sujet, pour pouvoir après les vérifier.

6. La pré-enquête

Elle se fait par le biais d'observation afin de recueillir le maximum d'informations possibles, pour un meilleur déroulement de l'enquête.

La pré-enquête que nous avons menée, a un double objectif : la connaissance du terrain d'étude et celle du groupe de recherche et son accessibilité.

Elle nous permet donc la découverte de notre terrain d'étude et d'enrichissement des références bibliographiques, et de pouvoir limiter et cerner aussi précisément notre thème de recherche, en améliorant nos connaissances sur le sujet d'étude et aboutir à un maximum d'informations. La pré-enquête nous permet également de vérifier la disponibilité des cas et la fiabilité et la validité de notre guide d'entretien et de notre questionnaire et l'importance du pré-enquête apparaît dans la définition suivante « *est l'une des étapes les plus importantes dans toutes les recherches scientifiques, elle est appelée phase exploratoire, d'ordre documentaire en supposant un déplacement sur le terrain, elle doit conduire à construire la problématique autour de laquelle s'épanouira la recherche dans une stratégie de rupture épistémologique permanente* ». (R.Cario, 2000, p.11)

Pour réaliser notre mémoire de master qui porte sur « *la qualité de vie des personnes âgées placées en institution* », nous nous sommes dirigés vers le foyer pour personnes âgées et/ou handicapées de Bejaia (F.P.A.H).

Après avoir eu l'accord du directeur du foyer, on a débuté notre pré enquête. Elle a duré trois jours : du 22 au 25 mars 2015. On s'est déplacé à cette institution dans le but de vérifier la disponibilité de notre groupe de recherche et de mieux connaître l'aspect organisationnel du terrain d'étude.

Nous nous sommes présentés en tant que stagiaires, nous avons été accueillies par le chef de service de l'établissement, qui nous a orientés vers la psychologue du centre, à laquelle on a exposé, notre thème de recherche et nos objectifs. Nous avons sollicité leur aide pour la prise de contact avec les résidents.

Après avoir eu le consentement des sujets concernés, on les a abordés et on a effectué un entretien libre en langue maternelle (kabyle) avec quatre personnes âgées de sexe différent, un homme handicapé et trois femmes auxquels on a posé des questions concernant leurs modes de vie au niveau de l'institution, des questions sur leur état de santé (physique et psychologique), leur intégration dans l'institution ainsi que les difficultés rencontrées dans leurs vies quotidiennes.

Le déroulement de l'entretien a été effectué en langue maternelle du sujet « la langue kabyle ». Par contre, deux cas qui ont un niveau d'instruction élevé maîtrisent la langue française, on a opté pour l'utilisation de l'entretien en version française. Après avoir, effectué un entretien libre, on a pu collecter quelques informations sur la QDV au sein de l'institution sur lesquelles on s'est basé dans la construction des axes de notre guide d'entretien, et on a choisi l'utilisation de deux questionnaires (WHOQOL-BREF et WHOQOL-OLD) pour l'évaluation de leurs QDV au sein de l'institution.

Enfin, on a constaté que notre recherche est faisable et le groupe de recherche est disponible.

7. Présentation du lieu de recherche

D'après les informations qu'on a recueillies par la secrétaire de F.P.A.H, on a pu collecter quelques renseignements sur cet endroit.

Le foyer pour personne âgée, et/ou handicapée de Bejaia (FPAH) se situe à SIDI OUALI. Il est le seul de ce genre au niveau de toute la wilaya. Le FPAH de Bejaia a ouvert ses portes le 27/04/2003 à l'occasion de la journée nationale pour les personnes âgées. Il a pour mission d'accueillir les personnes âgées de plus de 65 ans et handicapées de plus de 15 ans, sans ressources financières, et qui sont déclarées inaptes pour le travail.

C'est un centre qui accueille 120 personnes, avec une capacité réelle de résidence de 54 personnes. L'établissement dispos de 120 lits répartis sur 60 chambres, alors on y trouve deux personnes par chambre.

Les personnes âgées qui font l'objet d'un placement au niveau du FPAH sont orientées vers ce centre par la direction de l'action sociale, soit par L'APC, soit par leurs familles, soit par l'association pour personne âgée ERRAHMA, soit par les cellules de proximité de solidarité, et parfois c'est elle-même qui se présente au centre pour un éventuel placement.

La prise en charge se fait par la collaboration des différents cadres chacun dans son domaine : pédagogue, éducateurs, assistante sociale, médecin, infirmières, ainsi qu'un psychologue.

Le foyer propose des activités, qui répondent aux souhaits des personnes âgées et des handicapées, qui sont réparties en deux types :

- Initiation ou réadaptation au monde du travail par le biais d'activités occupationnelles.
- Activités ludiques et de loisirs : musique, TV, jeu de société, sortie, au sein de foyer. Le psychologue a pour rôle d'être à l'écoute des plaintes, des souffrances, des demandes et des attentes de la personne âgée.

8. Présentation de groupe de recherche

8.1. Les critères de sélection

- **L'âge** : Par rapport aux outils de recherche qu'on a choisis, il faut que le groupe de recherche dépasse les 60ans.
- **Personne âgée** : doit être placée en institution.
- **L'état de santé mentale** : des personnes équilibrées psychiquement.
- **Langue** : des personnes qui ne présentent pas de trouble de langage.
- **Placement en institution** : plus d'une année, pour pouvoir constater l'effet de l'institution sur la nature de la QDV.

8.2. Les critères d'exclusion

- **L'âge** : inférieur à 60 ans.
- **L'état de santé mentale** : des personnes qui présentent des troubles mentaux.
- **Langue** : difficultés de langage.

- **La durée de placement** : moins d'une année.

Notre groupe de recherche est composé de sujets masculins et féminins internés au foyer d'accueil de Bejaia, et leurs âges dépassent 60 ans, notre groupe de recherche concerne les personnes âgées. Nous avons réalisé notre recherche auprès de 10 cas, 5 femmes et 5 hommes entre 60ans et 80ans.

Les cas	sexe	Age	niveau d'instruction	situation matrimoniale	la période dans l'institution
M ^{me} « A »	F	60ans	analphabète	Mariée	5ans
M ^r « B »	H	61ans	primaire	Veuf	1 an
M ^r « C »	H	78 ans	analphabète	Veuf	7ans
M ^{me} « D »	F	80ans	analphabète	Divorcée	6ans
M ^{me} « E »	F	76ans	analphabète	Veuve	17ans
M ^r « F »	H	68ans	primaire	Célibataire	3ans
M ^r « G »	H	78ans	secondaire	Veuf	6ans
M ^{me} « H »	F	74ans	secondaire	Veuve	1an
M ^r « I »	H	75ans	analphabète	Célibataire	5ans
M ^{me} « J »	F	65ans	primaire	Célibataire	2ans

Tableau n°2 : récapitulatif des cas étudiés.

Ce tableau ci-dessus est un tableau récapitulatif des cas étudiés englobant ; l'âge (60 jusqu'à 80 ans), le sexe différent, la situation matrimoniale (la plupart des cas veufs, trois cas célibataires, un cas marié et un autre divorcé) et pour le niveau d'instruction la majorité est analphabète, et la période dans l'institution diffère d'un cas à un autre. Elle est d'un 1an à 17ans. Nous avons changé les noms de nos sujets, pour garder l'anonymat.

9. Présentation et analyse des outils de recherche

Il existe plusieurs outils de recherche, on a choisi l'entretien clinique de recherche, plus précisément l'entretien semi-directif accompagné d'un guide d'entretien ainsi que l'application de deux questionnaires (WHOQOL-BREF, WHOQOL-OLD) dans le but de répondre à nos questions de recherche et de ce fait explorer la justesse ou non de nos hypothèses, portant sur la nature de QDV et sur l'effet de la vieillesse et de l'institution sur cette dernière.

9.1. L'entretien clinique de recherche

L'entretien peut être défini dans un premier temps ainsi que le propose le Petit Robert simplement comme l'action d'échange des paroles avec une ou plusieurs personnes. L'entretien est synonyme de conversation, discussion ou dialogue. Ce terme implique deux dimensions essentielles qui sont (discursive et interactive). (K.Chahraoui et H.Bénony, 1999, p.17).

L'entretien clinique de recherche est un dispositif de base en psychologie clinique, il est à la fois un outil de diagnostic et un outil de recherche. Donc notre travail se base sur l'entretien clinique de recherche.

L'entretien est une situation d'échange verbal entre deux personnes ou plus dans le but d'obtenir des informations, et la partie clinique consiste en une conversation avec le sujet lui-même ou les membres de son entourage, permettant de préciser les antécédents et l'évolution de la situation ou de la maladie qui a conduit à l'examen. (H. Bénony, K. Chahraoui, 1999, p11).

Chaque chercheur clinicien doit avoir un guide d'entretien propre à lui et qui correspond à ses questionnements et hypothèses.

9.2. L'entretien semi-directif

Pour ce type d'entretien, le clinicien dispose d'un guide d'entretien, il a en tête quelques questions qui correspondent à des thèmes sur lesquels il propose de mener son investigation. Ces questions ne sont pas posées d'une manière hiérarchisée ni ordonnée, mais au moment opportun de l'entretien clinique, par exemple à la fin d'une association du sujet. (K.Chahraoui et H.Bénony, 2003, p.143).

Dans ce type d'entretien, le clinicien pose une question puis s'efface pour laisser parler le sujet. L'aspect spontané des associations du sujet est moins présent dans ce type d'entretien dans la mesure où c'est le clinicien qui cadre le discours, mais ce dernier adopte tout de même une attitude non directive : il n'interrompt pas le sujet, il le laisse parler librement, mais seulement sur le thème proposé. (Ibid.).

Notre entretien semi-directif, on l'a réalisé avec la langue maternelle du sujet « le kabyle » en suivant un guide d'entretien que nous avons préalablement élaboré dans un but bien précis, qui consiste à obtenir des informations sur nos sujets, afin de vérifier nos hypothèses.

9.3. Le guide d'entretien

L'entretien clinique de recherche est toujours associé à un guide d'entretien plus au moins structuré, il s'agit d'un *ensemble organisé de fonctions, d'opérations et d'indication qui structurent l'activité d'écoute et d'intervention de l'interviewer*. Dans ce guide, le clinicien peut formuler et préparer la consigne à l'avance. Celle-ci sera nécessairement identique pour tous les sujets : elle est généralement soigneusement préparée et le clinicien veille à ce que la formulation ne soit pas inductive, etc.

Le guide d'entretien comprend aussi les axes thématiques à traiter : le clinicien chercheur prépare quelques questions à l'avance, toutefois celles-ci ne sont pas posées d'une manière directe. Il s'agit davantage de thèmes à aborder que le chercheur connaît bien (K.Chahraoui et H. Benony, 2003, pp.68-69).

Ce guide d'entretien qu'on a élaboré contient les informations sur le sujet, trois axes ; **le premier axe** aborde **la personne âgée placée en institution**, **le deuxième** concerne leur QDV et **le dernier axe** porte sur **la projection dans l'avenir**. Chaque axe comprend plusieurs questions qui permettent de répondre à nos questionnements.

10. Présentation des questionnaires

10.1. WHOQOL-BREF

La version abrégée en 26 items du HOQOL-100, est un questionnaire d'auto-évaluation générique et multidimensionnelle. Il contient un item concernant la QDV globale, un item évaluant la santé générale et un item de chacune des 24 facettes du WHOQOL-100. Il évalue quatre facteurs de QDV susceptibles de refléter une perception suffisamment exhaustive de la QDV des personnes évaluées. Les quatre grands facteurs recherchés par l'outil concernent : a) la santé physique, b) la santé psychologique, c) les relations sociales et d) l'environnement. Le WHOQO-BREF possède quatre types d'échelles de réponses en cinq points permettant l'évaluation de l'intensité (pas du tout, extrêmement), la capacité (pas du tout/complètement), la fréquence (jamais/toujours) et l'évaluation (très insatisfait/ très mauvais/ très satisfait/très bon) variables en fonction des items posés.

Le WHOQOL-BREF a l'avantage d'être suffisamment compréhensible et rapide à administrer. Par conséquent, il peut être adressé à une population, dont

les facultés intellectuelles et la capacité à maintenir, une attention soutenue est souvent limitée. Il évalue de façon adéquate la QDV dans un large échantillon de pays, pour illustrer cette validation transculturelle, Leplège et Reveillère ont validé le WHOQOL-BREF auprès de patients français atteints de troubles neuromusculaires. (X.Saloppé et T.H. Pham, 2004, p.10).

– **Implication clinique**

La multiplication des études concernant l'évaluation de la QDV à l'aide du WHOQOL-BREF va favoriser la comparabilité des études.

La multiplication des études dans le champ de la psychiatrie sécuritaire visant l'évaluation de la QDV va favoriser l'opérationnalisation de l'enfermement et de ses conséquences.

La possibilité d'ajouter au WHOQOL-BREF des modules spécifiques relatifs à l'enfermement avec ensuite la possibilité de comparer la qualité de l'enfermement carcéral et psychiatrique.

Discuter l'intérêt d'utiliser cette mesure de QDV dans le cadre de l'évaluation des programmes de soins dans le champ de la psychiatrie légale. (X.Saloppé et T.H. Pham, 2004, p.5).

– **Limitation**

L'utilisation d'une mesure de QDV complémentaire à celle du WHOQOL-BREF permettrait de vérifier sa validité convergente.

- L'ajout de variables telles que les troubles mentaux majeur de la personnalité aurait permis d'évaluer leurs impacts sur la QDV des patients internés dans un service de psychiatrie sécuritaire.

Le contrôle de variables liées à l'humeur du patient au moment de l'évaluation serait souhaitable. (Ibid.).

On a choisi cet outil de recherche pour évaluer la QDV, dans les différents domaines, que ce soit dans le domaine de la santé physique, psychologique ainsi que le côté relationnel et environnemental. Il nous permettra à coup sûr d'explorer la nature de la QDV dans les divers domaines chez nos sujets de recherche.

10.2. L'échelle WHOQOL-OLD

Le WHOQOL-OLD est un questionnaire qui est complémentaire du WHOQL-BREF destiné à l'évaluation de la qualité de vie des personnes âgées, il cible les personnes âgées de plus de 60 ans et même de plus de 80 ans. Il peut être utilisé pour les personnes saines comme pour les personnes malades.

Le WHOQOL-OLDQ final est constitué de 24 questions graduées sous forme d'échelle de Likert et regroupées en six dimensions : « capacité sensorielle » (SAB), « autonomie » (AUT), « activités passées, présentes et futures » (PPF), « activité sociale » (SOP), « mort et fin de vie » (DAD), « intimité » (INT). La capacité sensorielle évalue le fonctionnement sensoriel et l'impact de la perte des capacités sensorielles sur la qualité de vie. La dimension « autonomie » se réfère à l'indépendance dans le grand âge et donc décrit le niveau de capacité à vivre de façon autonome et à prendre soi-même les décisions nécessaires. Tandis qu'« activités passées ; présentes, et futures » décrit la satisfaction sur les réalisations dans la vie et les choses à venir, « activité sociale » définit la participation aux activités quotidiennes, en particulier en société, « mort et fin de vie » parle de la possibilité d'avoir des relations personnelles et intimes. Dans chacune des dimensions, le score possible peut varier de 4 à 20. Les scores des six dimensions ou les valeurs des 24 questions simples peuvent être combinées pour donner un indice global de QDV. (A. Leplège et Al, 2012, p.80)

10.2.1. Rappels sur le développement du WHOQOL-OLD

– Premier développement du questionnaire

Dans 22 centres répartis dans le monde (dont deux centres francophones : Paris et Genève), le même protocole a été utilisé comme guide pour organiser et conduire les panels dans le but de mettre au jour les questions de QDV pertinentes pour les adultes âgés, et de faire remonter les données au centre coordonnateur d'Edinburgh.

– Étude pilote

Dans cette étude, il a été demandé à chaque centre de recruter au moins 300 adultes âgés, avec la simple contrainte d'une répartition égale entre hommes et femmes, âgés de 60 à 80 ans, et plus de 80 ans, bien portants et malades, 70 % des personnes de cet échantillon se décrivaient comme étant en bon état de

santé subjective. Les centres de Genève et Paris se sont partagé le recrutement des sujets.

– **Étude du terrain**

Elle englobe différents types d'études : évaluation d'essais prospectifs, études épidémiologiques. Chaque centre a inclus ainsi un pôle de données qui a été utilisé dans la mise au point de la version finale du module WHOQOL-OLD.

Elles ont concerné 5566 personnes (58.5% de femmes, 71.5% en « bonne santé ») réparties dans 20 centres nationaux. Les questionnaires utilisés dans ces études étaient le WHOQOL-BREF, les 33 items du WHOQOL-OLD, ainsi que des questions sociodémographiques et des questions sur l'état de santé. (A. Leplège et Al, 2012, pp.79-80).

– **Instructions**

Ce questionnaire vous interroge sur vos pensées et sentiments concernant certains aspects de votre qualité de vie et des points qui pourraient être importants pour vous en tant que personne âgée dans notre société.

Veillez répondre à toutes les questions s'il vous plaît. Si vous n'êtes pas sûr(e) de la réponse à donner à une question, choisissez celle qui vous paraît la plus juste. Il se pourrait bien que ce soit la première réponse qui vous vienne à l'esprit. (A. Leplège et Al, 2012, pp.83-84).

Essayez de garder en tête vos propres critères, espoirs, plaisirs et préoccupations. Nous vous demandons de penser aux deux dernières semaines que vous venez de passer.

Par exemple, concernant les deux dernières semaines, une question pourrait être la suivante :

Dans quelle mesure êtes-vous inquiet (inquiète) par rapport à votre futur ?

Il s'agit d'entourer le chiffre qui correspond le mieux à l'intensité avec laquelle vous vous êtes préoccupé(e) de votre futur ces deux dernières semaines. Ainsi, vous entourerez le chiffre 4 si vous vous êtes « beaucoup » inquiété(e) pour votre futur, ou le chiffre 1 si vous ne vous êtes « pas du tout » inquiété(e) pour votre futur. Lisez s'il vous plaît chaque question, évaluez vos sentiments, et entourez, pour chaque question, le chiffre sur l'échelle qui correspond à la meilleure réponse selon vous. (A. Leplège et Al, 2013, pp.83-84).

Dans les questions (F 25.1, F 25.3, F 26.1, F 26.2, F 26.4, F 29.2, F 29.3, F 29.5, F 29.4) nous vous demandons avec quelle intensité vous avez éprouvé certaines choses, durant ces deux dernières semaines, par exemple des sentiments de liberté de choix et de contrôle sur votre vie. Si vous avez très fortement éprouvé ces sentiments, entourez le chiffre correspondant à « extrêmement ». Si vous n'avez nullement éprouvé ces sentiments, entourer le chiffre correspondant à « pas du tout ». Si vous souhaitez indiquer que votre réponse se situe entre « pas du tout » et « extrêmement », entourez un des chiffres qui se trouve entre ces deux extrémités. Les questions se réfèrent aux deux dernières semaines que vous venez de passer. (A. Leplège et Al, 2013, pp.83-84.).

Dans les questions (F 25.4, F 26.3, F 27.3, F 27.4, F 28.4) nous vous demandons dans quelle mesure vous avez pu faire l'expérience de certaines choses où réaliser certaines choses, par exemple, sortir autant que vous le souhaitez. Si vous avez été capable de réaliser pleinement ces choses, entourez le chiffre correspondant à « entièrement ». Si vous n'avez pas du tout pu réaliser ces choses, entourez le chiffre correspondant à « pas du tout ». Si vous souhaitez indiquer que votre réponse se situe entre « pas du tout » et « entièrement », entourez un des chiffres qui se trouve entre ces deux extrémités. Les questions se réfèrent aux deux dernières semaines que vous venez de passer. (Ibid.).

Dans les questions (F 27.5, F 28.2, F 28.7, F 27.1, F 25.2) nous vous demandons à quel point vous avez été satisfait(e) ou heureux (se) à propos de différents aspects de votre vie, durant les deux dernières semaines. Par exemple votre participation dans la vie communautaire ou vos réussites dans la vie. Évaluez à quel point vous êtes satisfait(e) ou insatisfait(e) de chaque aspect de votre vie et entourez le chiffre qui correspond le mieux à ce que vous ressentez. Ces questions se réfèrent aux deux dernières semaines que vous avez passées.

Les questions suivantes (F 30.2, F 30.3, F 30.4, F 30.7) font référence à toute relation d'intimité que vous pouvez avoir. Veuillez répondre à ces questions en vous référant à un partenaire proche ou à toute autre personne avec laquelle vous pouvez partager plus d'intimités qu'avec n'importe quelle autre personne dans votre vie. (A. Leplège et Al, 2012, p.84).

On a fait recours au 2^{em} questionnaire (WHOQOL-OLD), dans le but de compléter l'évaluation de la QDV des personnes âgées placées en institution, puisque c'est un outil complémentaire de (WHOQOL-BREF) qui nous apportera des réponses à nos questionnements et nos hypothèses, concernant directement la

QDV des personnes âgées de plus de 60ans comme c'est le cas dans notre recherche.

11. L'analyse des outils de recherche

11.1. L'analyse de l'entretien clinique de recherche

C'est une recherche qualitative, une recherche qui produit et analyse des données descriptives, telles que les paroles écrites ou dites et le comportement observatoire des personnes (Taylor et Bogdan, 1984).

Elle renvoie à une méthode de recherche intéressée par le sens et l'observation d'un phénomène social en milieu naturel. Elle traite des données difficilement quantifiables. Elle ne rejette pas les chiffres ni les statistiques, mais ne leur accorde tout simplement pas la première place, dans le but de la recherche qualitative, le chercheur est intéressé à connaître les facteurs conditionnant un certain aspect du comportement de l'acteur social mis au contact d'une réalité. Il se sert d'un modèle interprétatif où l'accent est mis sur les processus qui se développent au sein des acteurs (ici, on est intéressé par les significations que l'acteur attribue à son environnement de même qu'à ces interprétations). De ce fait, chercher à comprendre, chercher à décrire, explorer un nouveau domaine, évaluer les performances d'une personne, aller à la découverte de l'autre, évaluer une action, un projet et des démarches dont la réussite reste en partie liée à la qualité de la recherche qualitative sur lesquelles elles s'appuient.

On a analysé les données, de notre entretien en suivant le contenu de chaque axe déjà établi suivant la méthode d'analyse qualitative et descriptive, en se basant sur la théorie adoptée dans notre recherche et ses différents concepts.

11.2. L'analyse du questionnaire WHOQO-BREF

En pratique, il s'agit d'un questionnaire de 26 questions courtes. Il contient un item concernant la qualité de vie globale auto évaluée par le sujet, un item évaluant la santé générale perçue. Les 24 autres items correspondent aux 24 facettes du WHOQOL-100.

L'objectif du questionnaire est d'évaluer les quatre facteurs de qualité de vie susceptibles de refléter une perception suffisamment large et complète de la qualité de vie des personnes interrogées. Ces quatre facteurs (domaines) sont :

- **la santé physique** (7 items) : des items sur la douleur et la gêne ; sommeil-repos ; fatigue-énergie; mobilité ; activités-travail ; dépendance aux traitements.
- **La santé mentale** (psychologique) (6 items) : les items concernés questionnent sur les émotions positives ; les pensées ; l'apprentissage ; la mémoire et la concentration ; l'estime de soi ; l'image corporelle; les émotions négatives ; la spiritualité et les croyances personnelles.
- **Relations sociales** (3 items) : items sur les relations personnelles ; le soutien social ; l'activité sexuelle.
- **L'environnement** (8 items) : items sur la liberté, la sécurité ; l'environnement du domicile ; les ressources financières et médico-sociales : l'accessibilité et la qualité des soins ; l'accès aux informations ; l'accès aux activités et aux loisirs ; le logement; le transport.

La cotation se fait sur quatre types d'échelles de réponses en cinq points, permettant l'évaluation de l'intensité (« pas du tout – extrêmement »), la capacité (« pas du tout – complètement »), la fréquence (« jamais – toujours »), l'évaluation (« très satisfait/insatisfait ; très bon/mauvais ») variables en fonction des questions posées. Chaque domaine a donc ses intervalles des scores possibles en chiffres absolus:

- Pour la santé physique le score minimal possible est 7 et le maximal 35
- Pour la santé psychologique le score minimal est 6 et maximal 30
- Pour le domaine des relations sociales le minimal est 3 et maximal 15
- Pour l'environnement le minimal est 8 et maximal 40

Le calcul pour chaque domaine se fait à l'aide d'une grille de calcul élaborée par l'équipe de création du WHOQOL-BREF avec obtention d'un score transformé de 4 à 20. Les valeurs moyennes sur le score transformé 4-20, données par l'équipe de création du WHOQOL-BREF. (T.liliana, 2012, pp.18-19).

<p>Santé physique= (6-Q3) + (6-Q4) + Q10+Q16+Q17+Q18</p> <p>Santé psychologique=Q5+Q6+Q7+Q11+Q19+ (6-Q26)</p> <p>Relation sociale=Q20+Q21+Q22</p> <p>Environnement=Q8+Q9+Q12+Q13+Q14+Q23+Q24+Q25</p>
--

Tableau n°3 : Grille de calcul du WHOQOL-bref

Les Domaines	Score le plus bas (A)	Score le plus haut (B)	Entendue des scores possibles (B-A)
Santé physique	7	35	28
Santé psychologique	6	30	24
Relation sociale	3	15	12
Environnement	8	40	32

Tableau n°4 : Plus petits et plus grands scores du WHOQOL-bref en fonction des domaines

Les données brutes calculées à partir de la grille de calcul font l'objet d'une transformation puisque chaque domaine comporte un nombre différent d'items. Pour la formule suivante :

$$\text{Score transformé} = \frac{(\text{score du patient au domaine} - \text{score le plus bas au domaine})}{\text{Score possible au domaine}} \times 100$$

Score possible au domaine

11.3. L'analyse du questionnaire WHOQO-OLD

Pour chaque question, il y a 5 possibilités de 1 à 5. Généralement, les scores élevés (%) correspondent à une qualité de vie élevée et les faibles scores représentent une basse qualité de la vie; mais il y a quelques questions (1, 2, 6, 7, 8, 9, 10 identifiées par une « * ») qui se calculent de manière négative, c'est-à-dire 1 = 5, 2 = 4, 3 = 3, 4 = 2, 5 = 1. (A. Leplège et Al, 2012, p.84).

Notons que pour calculer le total de pourcentage de WHOQOL-OLD, on fait la somme des 24 questions (1=0% ; 2= 25% ; 3=50% ; 4=75% ; 5=100%) et on divise le total sur 24. (Ibid.).

12. Le déroulement de l'enquête de terrain

L'enquête se veut un outil d'étude permettant d'obtenir des informations correspondant aux objectifs, afin d'évaluer ou de changer par la suite une situation donnée.

Notre enquête, s'est déroulée au niveau de (FPAH) de Bejaia, du 29 mars 2015 jusqu'à la fin du mois d'avril. Notre pratique s'est divisée en deux parties : la première est consacrée, à la passation de nos entretiens avec notre groupe de recherche qui nous a permis, de nous renseigner sur les informations générales des sujets, les informations liées à leur santé, ainsi que leurs QDV et la projection dans l'avenir.

On a consacré 15 jours pour la passation du guide d'entretien, la durée diffère d'un, cas à un autre, vu leur état de santé et la richesse des données. Cela à été effectuée au sein du bureau du service psychologique du centre, en exception le cas « H », on était obligé de nous déplacer près de son lit.

La seconde partie est employée à la passation des deux questionnaires (WHOQOL-BERF et WHOQOL-OLD), qu'on a effectués d'une manière différente. Pour les cas (B et G), on a fait passer les deux questionnaires en même temps, vu leurs niveaux d'instruction, nous n'avons pas effectué la traduction en kabyle.

Pour les cas (A,C,D,E,F,I et J), nous sommes intervenus pour traduire et expliquer les questionnaires en langue maternelle d'une manière individuelle, et même par fois nous étions obligés de reporter tout cela, car nos sujets étaient fatigués et ne se sentaient pas en mesure de répondre à nos questions.

Vu l'état de santé de cas (H) on a été obligé de nous déplacer près de son lit pour passer le questionnaire (WHOQOL-BERF) et revenir deux jours après pour lui passer le deuxième questionnaire (WHOQOL-OLD).

La plupart de nos sujets étaient très motivés et compréhensifs.

13. Les difficultés de la recherche

- La difficulté d'accès au centre.
- La difficulté de rassembler notre groupe de recherche par rapport aux critères de sélection.

- Le manque d'études antérieures à propos de notre thème de recherche.
- La fatigue de nos sujets.

Conclusion du chapitre

Grâce à ce chapitre, nous avons pu ordonner notre travail en suivant une méthodologie qui nous a servi comme guide, en illustrant les techniques utilisées et leurs analyses, à savoir l'entretien clinique, les questionnaires de la QDV dans le but de vérifier nos hypothèses émises au début de la recherche.

Présentation, analyse et discussion des hypothèses

Préambule

Après avoir exposé nos outils de recherche, dans ce dernier chapitre on va essayer de présenter notre groupe de recherche et les résultats obtenus de l'entretien clinique et les deux questionnaires (WHOQOL-BREF et WHOQOL-OLD), nous présenterons les résultats de notre étude pour vérifier nos hypothèses.

I. Présentation et analyse des résultats

1. Présentation et analyse des données de l'entretien semi-directif

1.1. Cas « A »

1.1.1. L'analyse de l'entretien semi-directif

Les informations générales sur le sujet

M^{me} « A » est une femme de 60 ans mariée, analphabète, issue d'un milieu socio-économique bas, mère de trois enfants, fille unique qui n'a jamais exercé un travail ; possédant une petite maison de location, en outre elle déclare avoir deux frères.

L'entretien s'est passé en deux séances, elle s'est montrée coopérative avec nous, elle était dynamique, souriante tout au long de l'entretien, elle était de bonne humeur.

AXE I : La personne âgée placée en institution

M^{me} « A » a été hébergée dans le centre il y a 5 ans, d'après elle, la maladie de son mari ainsi que son chômage sont les principales causes de son placement au centre puisqu'elle ne peut subvenir à tous ses besoins. Elle manifeste une profonde tristesse exprimée sur son visage, elle avait les larmes aux yeux, quand elle nous a dit «*Segmi immuten imawlan-iw, ur zmirey-ara ad eicey akked wayetma* ».

Quand à sa relation avec ses frères et belles sœurs, elle ne s'entend pas du tout avec eux. Cela a compliqué durement sa vie, qui est devenue insupportable «*ttwaheqrey gar wayetma* » ; c'est à cause de cela qu'elle n'arrive pas à résoudre tous ses problèmes et surmonter les obstacles qui se présentent à elle. Compte tenu de toutes ces vicissitudes, elle n'arrive pas à s'adapter à cette nouvelle vie.

Notre sujet, nous a déclaré qu'elle été orientée par ses voisins, de son propre grée, car elle n'a pas trouvé d'autre solution. Pour s'éloigner des problèmes ; elle a considéré cette institution comme une dernière solution.

AXE II : La qualité de vie

Concernant son placement, elle nous a dit, qu'elle été intégrée après avoir eu le consentement des membres de la DAS, et à propos de sa vision sur sa vie actuelle, elle nous a informé qu'elle n'est pas bien. D'après ses formulations «*tteicey yir tameict* » la chose qui l'a rendue sans espoir est le pessimisme «*ilaq ad ttiliṭ deg umkan-iw bac ad tthuseṭ amek i tteicey*». Dans ses expressions, on remarque que sa vie n'a aucun sens. Car les journées et les nuits se ressemblent pour elle et que la misère ne s'exprime pas par la parole. Pour (N.Lelieire, 2004) après avoir dépassé les soixante ans, il sera difficile de mettre une personne au sein de cette institution, étrangement fréquentée par des gens inconnus.

Pour le changement qu'elle a constaté après son placement, elle nous a informés que sa santé s'est dégradée et sa mentalité a changé. elle nous a dit «*dayen cabey, dayen truḥ temzi-w*», ce que nous a poussé à comprendre qu'elle aimerai bien retourner en arrière, ce qui signifie qu'elle n'a pas fait encore le deuil sur sa jeunesse, chose qui montre que M^{me} « A » a trouvé et a accepté la vieillesse et tous les changements qui accompagnent cette dernière.

À propos de son point de vue sur cet endroit, elle nous a avoué qu'il ne présente pas une protection pour elle, et qu'il ne peut pas remplacer sa famille. Selon (Spalding et Al) la personne âgée en institution a besoin de la sécurité dans sa vie quotidienne. Cela nous a fait déduire que notre sujet n'est pas satisfaite du lieu où elle réside car il la rend incapable de prendre n'importe qu'elle décision.

Toutes ses journées sont pareilles, elle présente un désintérêt pour chaque chose qu'elle aimait avant en disant «*zik-ni elliṭ zettey*». D'après ce qu'elle déclare on a compris qu'elle était une femme dynamique au sens propre du terme, cependant dans sa situation actuelle elle n'exerce aucune tâche, elle passe ses journées au lit et préfère rester toute seule avec ses souvenirs malheureux. C'est une femme qui aime la solitude, qui s'isole des autres pensionnaires. Tous cela la conduit à une profonde tristesse et se sent inutile et a un sentiment de désespoir.

Au moment où on lui a posé la question concernant les visites, on a remarqué des signes de tristesse sur son visage. Notre sujet présente un sentiment d'abandon exprimé à travers ses larmes quand elle parle de ses enfants, quoiqu'elle reçoive des visites occasionnelles, de la part de son fils, ce qui est positif. Mais malheureusement tout le reste est insuffisant pour dépasser sa dépression, elle dit : «*tikwal ittruḥu-d mmi ad i yi-wali*», ce qui laisse sa QDV familiale perturbée.

M^{me} « A » nous a évoqué qu'elle vit quelques soucis dans l'institution, de la maltraitance de la part du personnel. Ce qui exprime que c'est une femme qui s'isole énormément.

Du côté relationnel, notre sujet manifeste des difficultés à s'intégrer dans cet endroit. Elle ne parle à personne, elle a quelques problèmes avec certains résidents y compris le personnel du centre. D'après ses dires «*ur seiḡ ara dacu ara dxedmey yid-sen* ». Cet isolement nous semble être une peur intériorisée, le fait d'être abandonnée, ce qui compliquera sa situation. Ce qui se traduit par une mauvaise QDV sociale.

Après son placement, M^{me} « A » manifeste des plaintes physiques exprimées par la fatigue, manque d'énergie, problème digestif. En se référant à ses paroles, on s'est rendu compte qu'elle a une certaine résistance, malgré la dégradation de son état de santé. Selon le grand dictionnaire de la psychologie, la vieillesse est définie comme étant une dernière période de la vie qui correspond à l'aboutissement normal de la sénescence.

À propos de l'état psychique de notre sujet, elle nous a confié : «*tyaṭ-iyi temzi-w* ». On a discerné que M^{me} « A » vit toujours dans le regret, chose qui l'a fait souffrir. C'est une douleur morale qui ne laisse pas sa conscience tranquille. Elle semble qu'elle présente un désintérêt envers sa famille. Ce qui laisse sa QDV psychologique perturbée.

Au sein de l'institution, M^{me} « A » nous a fait savoir : «*ur yieḡeb ara lḡal dagi kul yiwen ittxemmim fell-εemr-is*», puis elle rajoute : «*nekk ur nnumey ara d ttemeict-a* », et en ce qui concerne la prise en charge, elle réclame toujours des soins appropriés qu'ils soient médicaux ou psychologiques, même la nutrition reste à désirer. La qualité de service est considérée parmi les dimensions de la QDV des personnes âgées en institution comme l'a déclaré (Boldly et AL).

AXE III : La projection dans l'avenir

Concernant la vision sur son avenir, après ces propos, on a constaté chez elle une vue positive et un espoir meilleur malgré les difficultés et les contraintes qu'elle rencontre actuellement.

À propos des projets qu'elle estime réaliser, elle nous a dit «*mi ara d yid-fken axxam ad uyaley yer wergaz-iw akked warraw-iw ad eedey akk lğiran-iw* ». On a compris qu'elle désire avoir une famille comme tout le monde et sentir la chaleur familiale et la sécurité de sa propre demeure.

En lui posant la question sur ces souhaits, après un soupir profond elle nous a répondu : «*mennay ad fyey sagi* » ce qui nous a fait savoir que sa vie est pleine de choses qui l'intéressent.

Notre sujet manifeste des peurs intenses de ne pas sortir et de ne pas remplir son manque familial. Avec ces propres mots «*aseggas ittawi-d wayed* ». Elle rêve toujours de ce jour où elle va quitter cet endroit.

Conclusion de l'entretien

D'après les informations recueillies dans l'entretien semi directif, M^{me} « A » éprouve des difficultés à s'intégrer dans l'institution, elle manifeste des troubles psychologiques et sociaux, alors qu'elle présente une QDV physique moyenne et cela peut être dû sa résistance.

1.1.2. Analyse de questionnaire WHOQOL-BREF

		score brut	score transformé	
			(4-20)	(0-100)
Domaine1	(6-1)+ (6-1) +5+4+4+2	(7-35)	25	64,28%
Domaine2	3+2+5+5+4+ (6-2)	(6-30)	23	70,83%
Domaine3	1+1+1	(3-15)	3	0%
Domaine 4	3+2+3+2+1+1+2+1	(8-40)	15	21,87%

Tableau n°5 : les résultats de M^{me} « A » obtenue dans le WHOQOL-BREF.

Après la passation du questionnaire du WHOQOL-BREF, M^{me} « A » nous a répondu sur les 26 items de notre questionnaire, repartit en 4 dimensions qui contiennent des scores, chacune a une signification.

Les résultats de M^{me} « A » obtenue selon la valeur moyenne de (4-20) chaque domaine sont comme suit :

- **Pour la santé physique**, elle a obtenu un score de : **25**
- **Pour la santé psychologique**, elle a un score de : **23**
- **Pour le domaine de la relation sociale**, elle a obtenu un score de : **3**
- **Pour l'environnement** elle obtenu un score de : **15**

Puisque chaque domaine possède un nombre d'items différents, les scores sont habituellement ramenés à une échelle de mesure standard, allant de 0 à 100, nommé score transformé (0-100).

Donc M^{me} « A » a obtenu les scores suivants :

- **Pour la santé physique**, elle a obtenu un score de **64,28%** qui est considéré comme un **score élevé**.
- **Pour la santé psychologique**, le score obtenu par notre sujet est de **70,83** qui sont interprété et expliqué comme un **score élevé**.
- **Pour la relation sociale** présente un score de **0%** qui est décrit comme un **score faible**.
- En fin pour le **domaine de l'environnement** le score obtenu est de **21,87%** analysé comme un **score moyen**.

Conclusion du WHOQOL-BREF

D'après les résultats du questionnaire qu'on a effectué avec notre sujet, en remarque que sa **QDV est mauvaise** dans le **domaine social** et **environnemental** et **une QDV élevé** dans les **domaines physique et psychologique**.

1.1.3. Analyse du WHOQOL-OLD

Sujet	Sexe	Age	score	QDV
M ^{me} « A »	Femme	60ans	48%	Faible

Tableau n°6 : résultat obtenu dans le WHOQOL-OLD de M^{me} « A ».

Dans les résultats cités dans le tableau précédemment, on constate que notre sujet présente **une QDV faible**, et en remarque que la majorité de ces réponses sont variée entre 1 et 3 qui veut dire dans la variable pas de tout a choisi les questions (F25 .1,F25 .3,F29.3,F29 .5, F25.4,F26.3,F27.4,F28 .4,

F30.2), et il a choisi la 3^{em} réponse dans les questions (F26 .1,F26 .2,F26 .4,F29.2,28.2,F30.3,F30.4).

Conclusion du WHOQOL-OLD

En s'appuyant sur les résultats obtenus dans le 2^{em} questionnaire (WHOQOL-OLD), on conclure que ce sujet présente **une faible QDV**.

Conclusion générale du cas

D'après les informations recueillies par le guide d'entretien, on constate que notre sujet au sein de l'institution présente **une mauvaise QDV ; psychologique, familial et relationnel**, et une **QDV somatique moyenne**.

Selon le questionnaire (WHOQOL-BREF), M^{me} « A » a obtenu des **scores faibles** dans le **domaine de la relation sociale, environnementale**, alors que le **domaine physique et psychologique** présente **une QDV moyenne**.

D'après les résultats obtenus dans le questionnaire (WHOQOL-OLD), on peut conclure que M^{me} « A » présente **une QDV faible**.

En général, d'après les informations recueillies et analysées durant le guide d'entretien et les deux questionnaires on conclure que notre sujet à une **mauvaise QDV**.

1.2. Cas « B »

1.2.1. L'analyse de l'entretien semi-directif

Les informations générales sur le sujet

M^r « B » est un homme âgé de 61ans, veuf, père de 4 enfants, un niveau d'instruction 3^{eme} année primaire. Il a demeuré à Alger il est le 2^{eme} de sa fratrie, dotée d'un métier de maçonnerie.

Tout au long de l'entretien, le sujet était souriant, il a montré sa bonne humeur ce qui nous a facilité le déroulement de l'entretien.

AXE I : La personne âgée placée en institution

Concernant son intégration à l'institution, M^r « B » disait qu'il a été placé depuis un 1 an et quelques mois, quant à la raison de son placement, il nous a dit : « *Halkay, tagaday segasmi temmut tmettut-iw, arrawiw janiyi* ». D'après ses dires, nous avons constaté qu'il est hospitalisé durant longue

période, par ce qu'il manifeste des crises d'anxiétés successives après le décès de sa femme, chose qui a perturbé et détérioré sa relation avec ses enfants. On conclut que sa relation vis à vis de ses enfants s'est dégradée. Ce qui déduit que notre sujet manifeste un sentiment d'abondant.

M^r « B », disait qu'il a été ramené par les membres de service psychiatrique où il était suivi par des médecins, avec sa conciliation, car, il s'est retrouvé seul sans maison, sans pension. Pour lui son installation dans cette institution est une force majeure.

AXE II : La qualité de vie

Notre sujet a vécu un placement sans rencontrer ni difficultés ni obstacles, puisqu'il était orienté par un service psychiatrique, et à propos de sa vision sur sa vie actuelle, il disait qu'elle est négative ; il nous déclare « *ssaramey aduyalay saxxam-iw* ». On a constaté par ces expressions qu'il voulait retourner des années en arrière, aux jours ; pendant lesquels sa femme était encore vivante. Il nous a dit « j'étais très bien avec elle, notre relation s'est basée sur le respect, la confiance » il est resté silencieux un moment, puis d'un temps affligé, il rajoute « *on était un très bon couple* ». Ce qui nous a fait comprendre qu'après le décès de sa femme, sa vie a complètement changé par ce qu'elle était pour lui une femme exemplaire. Il rapporte donc un deuil difficile et mal-être suite à ce drame et de son domicile. Selon N.Lelieire 2004, la personne âgée lorsqu'elle arrive dans une maison de retraite doit à la fois faire le deuil de son domicile, s'adapter à un nouveau de vie et au rythme de la vie collective.

Il nous a informés qu'il manifeste toujours des crises d'anxiété qui le rend agité après son emplacement dans cette institution nous déclare t'il.

Concernant sa vision à propos de l'endroit, il nous a confié « *axxam-a-yi amzun d alhabes* ». D'après cette expression nous avons constaté qu'il n'est pas satisfait de sa vie actuelle, et de cet endroit, il se sent privé de liberté et d'autonomie qui est considéré comme la perte de droit de se gouverner soi-même, de faire des choix dans la vie selon Wolmark 1998.

Toutes ces journées sont semblables, dormir le matin jusqu'à midi, prendre son déjeuner, et sortir l'après-midi après une autorisation de l'administration. Sortir me fait un soulagement nous déclare t'il.

Au moment où on lui a posé la question sur les visites, il nous a répondu après un silence et un souffle profonds ; qu'il reçoit du temps à autre des visites

de la part de ses filles et de ses frères. Au cours de notre discussion, nous avons remarqué des signes de tristesse tracés sur son visage pâle. Ce qui marque une mauvaise QDV familiale.

Notre sujet, nous a avoué qu'il n'a aucun souci, et concernant sa relation et ses contacts avec les résidents et le personnel, il nous a évoqué qu'il a une bonne relation amicale, ce qui détermine la facilité de rentrer en contact avec eux, ce qui traduit une bonne QDV relationnelle.

Sa santé a changé et s'est rétabli par apport au 1^{er} jour de son intégration à l'institution, il nous a dit «*Tura senqasen-iyi ddwa* », puis il ajoute «*tennayid tetbibt qrib ad tehabseḍ ddwa* », ce qui reflète une amélioration et une bonne prise en charge médicale. Suite à ses crises d'angoisses M^f « B » il manifeste aussi des bouffés de chaleur et de la faiblesse. Selon la sociologue Anne Fagot-Langeant la QDV se définit comme, bonne santé, amour, succès, confort, jouissance et bonheur. Dans cette définition la sociologue pointe déjà la bonne santé comme premier facteur qui fait la vie.

Psychiquement, M^f « B » souffre d'une agitation, irritabilité, perturbation de sommeil et le manque affectif, selon les critères diagnostiques de DSMIV, notre sujet manifeste une anxiété. Pour lui, cet endroit, c'est une protection et une sécurité pour les personnes qui n'ont pas de famille, rajoute essoufflé « *mais malheureusement, je suis parmi ces personnes même si j'ai des filles et des frères qui peuvent me protéger* ». Ce qui montre une altération de QDV familial.

Des larmes coulent sur ses yeux, avec tristesse, il répète dès le décès de ma femme j'ai perdu la chaleur familiale. Notre sujet il sent l'absence beaucoup, il exprime avec une souffrance psychique ; par ce qu'elle été son soutien dans tout les cotés ce qui témoigne une mauvaise QDV psychologique.

En lui demandant, sa perception sur cet endroit il nous a avoué « *amkan-a-yi ur yilaq ara* », ce qui nous a fait comprendre que cette institution pour lui est considérée comme une dernière solution, il souhaite rejoindre sa famille par ce que pour lui, vivre dans une institution c'est comme c'est vivre dans une boîte fermée. Notre sujet présente une diminution marquée de l'intérêt ou de plaisir, ralentissement psychomoteur presque tout les jours, la perte d'énergie et le sentiment de culpabilité excessive, en se référant au DSMIV notre sujet présente une dépression.

AXE III : La projection dans l'avenir

En ce qui concerne, son impression sur son avenir ; nous a appris «*Dunit-iw d taberkant, twaliy-t detlam* », se qui exprime un dégoût de la vie et un désespoir. Il souhaite toujours sortir et de rejoindre les siens, ce qui détermine chez lui un manque de soutien familial.

Notre sujet exprime d'une voie baisse sa peur, sa crainte à l'égard de son avenir, il dit « *uggadey ad mtay dayi* ». Selon N.Lelieire 2004, le projet de vie est un ensemble d'actions coordonnées, se fédérant pour donner sens à la vie de personne au sein de la structure d'accueil.

Après nous avons constaté que M^f « B » souffre d'une anxiété vis-à-vis de la mort, ce qui nous a fait remarquer qu'il pense souvent au passé, et il aimera avoir une famille comme tout le monde.

Conclusion du l'entretien semi -directif

Après la passation de l'entretien semi-directif avec le sujet, on a constaté que l'institution a influencé **négativement** sur **QDV somatique, psychologique et familial**, étant donné qu'il présente **une bonne QDV sociale**

1.2.2. L'analyse du questionnaire WHOQOL- BREF

En pratique, il s'agit d'un questionnaire de 26 questions courtes. Son objectif est d'évaluer les quatre facteurs de la QDV susceptible de refléter une perception suffisamment large de la QDV de la personne interrogée.

		Score brut	score transformé	
			4-20	0-100
Domaine 1	(6-3)+ (6-3) +1+3+3+2	(7-35)	15	28,57%
Domaine 2	1+1+3+4+1(6-5)	(6-30)	11	20,83%
Domaine 3	3+3+4	(3-15)	10	58,33%
Domaine 4	5+2+2+2+3+1+4+2	(8-40)	21	40,62%

Tableau n°7 : les résultats de M^f « B » obtenu dans le WHOQOL-BREF

Après la passation du questionnaire du WHOQOL- BREF, M^f « B » nous a répondu sur les 26 items de notre questionnaire, répartis en 4 dimensions qui contiennent des scores, chacune a une signification.

Les résultats de M^r « B » obtenu selon la valeur moyenne de (4-20) chaque domaine sont les suivants :

- **Pour la santé physique**, il a obtenu un score de : **15**
- **Pour la santé psychologique**, il a obtenu un score de : **11**
- **Pour le domaine social**, il a obtenu un score de : **10**
- **Pour l'environnement** il a obtenu un score de : **21**

Étant donné que chaque domaine possède un nombre d'items différents, dans les études utilisant, le bref, les scores sont habituellement ramenés à une échelle de mesure standard, allant de 0 (le plus mauvais score) à 100 (meilleur score), appelé score transformé (0-100).

Pour cela M^r « B » a obtenu les scores suivants :

- **Pour la santé physique**, il a obtenu un score de **28,57%** qui est considéré comme **score faible**.
- **Pour la santé psychologique**, le score obtenu par le sujet est de **20,83%** qui sont décrits comme un **faible score**.
- **Pour la relation sociale**, le score obtenu est de **58,33%** analysé comme un **score élevé**.
- **Pour l'environnement** : le score est de **40,62%** interprété comme un **score moyen**.

Conclusion du WHOQOL-BREF

En se référant aux résultats cités précédemment, dans le WHOQOL-BREF on constate que M^r « B » présente une mauvaise QDV somatique, psychologique et environnementale ; et on marque une bonne QDV sociale.

1.2.3. L'analyse questionnaire WHOQOL-OLD

Sujet	Sexe	Age	Score	QDV
M ^r « B »	Masculin	61	44%	Faible

Tableau n°8 : résultat obtenu à l'aide du WHOQOL-OLD de Mr « B ».

Après l'analyse de cet outil d'évaluation, on remarque que notre sujet présente un score de **44%** ce qui indique une **QDV faible**. la majorité de ces réponses se varie entre 1^{er} et 3^{em} réponse, (F26.1,F29.3,F28.4,F28.7)il entouré le chiffre 1, et il a choisi la 3^{em} réponse dans les questions suivants(F26 .4,F29.2,F29.4,F27.3,F27.1,F30.4 et F30.7).

Conclusion du WHOQOL-OLD

En s'appuyant sur le contenu du tableau, on constate un score qui se réfère à une **QDV faible**.

Conclusion générale du cas

D'après les informations recueillies par le guide d'entretien, on constate que notre sujet au sein de l'institution présente une **mauvaise QDV ; physique, psychologique, familial et une bonne QDV relationnelle**.

Selon le questionnaire (WHOQOL-BREF), M^r « B » a obtenu des **scores faibles** dans le domaine de la santé **physique, psychologique** ainsi que le domaine de **l'environnement**, par contre un **score élevé** dans le **domaine social** dû à son intégration au sein de l'institution.

D'après les résultats obtenus dans le questionnaire (WHOQOL-OLD), on peut conclure que M^r « B » présente **une QDV faible**.

En général, d'après les informations recueillies et analysées durant le guide d'entretien et les deux questionnaires on conclure que notre sujet a une **mauvaise QDV**.

1.3. Cas « C »

1.3.1. L'analyse de l'entretien semi-directif :

Les informations générales sur le sujet

M^r« C » est un homme âgé de 78ans, veuf, sans enfants, analphabètes. Il possède une petite maison à Beni- Maouche, il est l'ainé de sa fratrie de trois frères et trois sœurs, il a vécu toute sa jeunesse à travailler dans l'agriculture.

Notre entretien avec M^r« C », s'est déroulé dans le bureau de la psychologue, dans les bonnes conditions, il a montré une attitude coopérative.

AXE I : La personne âgée placée en institution

M^r« C » aura 07 ans depuis qu'il est hébergé dans l'institution «*yur-I dayi 7 iseggasen* », quant à la raison de son placement, nous a avoué «*ur seiγ uma d hedd* » un silence puis il rajoute «*γliy-d deg yenni resy-d deg uxxam n yemyaren* » ce qui nous a fait déduire que notre sujet manifeste un sentiment d'abondant.

Notre sujet, disait qu'il a été ramené par quelques habitants de sa commune, avec son propre gré «*ur seiγ uma d hedd*», malgré qu'il lui manque un soutien familial, mais nous avons constaté en lui une certaine acceptation. D'après ses dires «*mreħba swayen I d yefka rebbi* ».

AXE II : La QDV

Concernant le placement de notre sujet, il nous a informés qu'il était sous d'un traitement psychiatrique, il s'est retrouvé seul, sans pension et sans famille, chose qui a poussé ses voisins de faire une demande de son intégration au sein de l'institution. À propos de sa vision sur sa vie actuelle, M^f« C » disait «*at3ichagh amatir ag yani* » ce qui nous a rendu comptes qu'il présente un sentiment d'infériorité, il se sent perdu dans cet endroit.

Par contre, en ce qui concerne le changement qu'il a constaté, il nous a informés que sa santé s'est dégradée depuis son emplacement, selon ses dires «*ur ganey ara leeca, yetteylay-d fell-I lweħc* » il rajoute «*saramey ad yney uma tanafa* » .d'après ses expressions nous avons conclu par rapport à son visage pale une souffrance intense d'endormissement qui se cache au fond de lui, selon les critères et les signes de DSM-IV, il présente un trouble de sommeil ; une difficulté d'endormissement, un sommeil non réparateur et une perturbation qui cause une fatigue diurne associée, qui dure plus d'un mois.

Par rapport à sa vision sur cet endroit, il nous a confié qu'il n'est pas satisfait, manque des soins ; selon (kan et al, 2001) la personne âgée en institution a besoin d'un bien-être physique qui comprend le confort physique, le confort et la qualité des soins.

Des signes de tristesse se voyaient sur le visage, toutes ses journées sont pareilles, rien de spécial, se déplacé d'un coin à un autre, seul sans fréquenté personne, toujours attachée à son passé. Ce qui nous a fait déduire que M^f« C » ne bénéficie pas de soutien, ce qui laisse sa QDV sociale mauvaise.

M^f« C » il disait qu'il reçoit des visites de temps à autre de la part de son frère et sa femme il nous a fait savoir «*ur yieğeb ara lħal mi ara d-asen* » et quant à la raison de cette réaction, il nous a expliqué qu'il été déjà invité par son frère pendant une semaine, et cette visite à terminer par des problèmes entre son frère et sa femme. Pour lui, c'est sa présence qui a causé ces conflits. Il exprime avec un chagrin «*wellah ar ndemmey ig-ruħen* » ce qui signifie une mauvaise QDV familiale.

Lorsque nous avons posé la question sur les problèmes rencontrés au sein de l'institution, il nous a évoqués qu'il rencontre des problèmes. Au moment où on a cherché qu'elle genre de problèmes, après un silence, il a nié sa réponse, et il nous a dit «*ur seiy ara uguren* », ce qui nous a fait comprendre qu'il hésite et s'il dévoile ses secrets seront une menace pour lui.

M^r« C » nous a confié qu'il n'a confiance en personne et pour éviter les problèmes, il a dit qu'il ne fréquente personne ici, ce qui signale la présence de l'isolement et du refus total de communiquer avec les autres.

Après son placement, notre sujet nous a dit que son intégration a influencé négativement sur son état physique «*seg mi idd kecmey tzad fell-i lhala* » ce qui traduit une mauvaise prise en charge, il manifeste de hypertension, tremblement, diminution de la vue. Selon (Corten, 2005) l'environnement et le lieu de vie a un impact sur la QDV de la personne âgée .ce qui reflète une mauvaise QDV somatique.

Concernant son état psychique, nous a informé qu'il n'est pas bien, il ne fait que se dégrader, étant donné qu'il souffre d'une anxiété en se référant aux critères de DSM-IV perturbation de sommeil, tension musculaire, difficultés de concentration. Ce qui reflète une mauvaise QDV psychologique.

M^r« C », nous a appris «*ur seiy ara lxetyar* » ce qui déduit que cette institution pour lui est comme un dernier aboutissement. On a constaté chez notre sujet une QDV environnementale insatisfaite. Et concernant la prise en charge, il réclame toujours de la mauvaise prise en charge.

AXE III : La projection dans l'avenir

Concernant sa vision sur son avenir, il nous a dit «*ttwaliy imam-iw amwin id ikecmen seg tewwurt, iffey degtaq* », ce qui exprime un dégoût et un désespoir de la vie.

En lui posant la question sur ses projets, il nous a fait savoir que c'est trop tard «*ifut-iyi lhal ksey kulec deg uliw zher-iw ixwa* » ; selon Riguard la dépression chez le sujet est toujours associée à une perte d'intérêt et un ralentissement. Ce qui nous a fait comprendre que notre sujet manifeste une dépression.

M^r« C » nous a appris que «*ugadey hacca rebbi* », malgré la perturbation de son état psychique, mais il croit au destin.

Conclusion de l'entretien semi-directif

D'après les informations recueillies à partir de l'entretien semi-directif que nous avons effectué dans le service psychologique, M^f « C » présente une mauvaise QDV, et cela peut être dû à son âge, sa nouvelle vie et le manque de soutien familial ainsi que la prise en charge psychologique.

1.3.2. L'analyse du questionnaire WHOQOL-BREF

En pratique, il s'agit d'un questionnaire de 26 questions courtes. Son objectif est d'évaluer les quatre facteurs de la QDV susceptible de refléter une perception suffisamment large de la QDV de la personne interrogée.

		score brut	score transformé	
			4-20	0-100
Domaine1	(6-3)+ (6-1)+ 2+1+2+2	(7-35)	15	28,57%
Domaine2	1+1+2+5+4+ (6-5)	(6-30)	14	33,33%
Domaine3	3+2+2	(3-15)	7	33,33%
Domaine 4	4+4+1+1+3+4+1+1	(8-40)	19	34,37%

Tableau n°9 : les résultats de M^f « C » obtenu dans le WHOQOL- BREF.

Après la passation du questionnaire du WHOQOL- BREF, M^f « C » nous a répondu sur les 26 items de notre questionnaire, répartis en 4 dimensions qui contiennent des scores, chacune a une signification.

Les résultats de M^f « C » obtenu selon la valeur moyenne de (4-20) chaque domaine sont les suivants :

- **Pour la santé physique**, il a obtenu un score de : **15**
- **Pour la santé psychologique**, il a obtenu un score de : **14**
- **Pour le domaine social**, il a obtenu un score de : **7**
- **Pour l'environnement** il a obtenu un score de : **19**

Étant donné que chaque domaine possède un nombre d'items différents, dans les études utilisant le bref, les scores sont habituellement ramenés à une échelle de mesure standard, allant de 0 (le plus mauvais score) à 100 (meilleur score), appelé score transformé (0-100).

Pour cela M^f « C » a obtenue les scores suivants :

- **Pour la santé physique**, il a obtenu un score de **28,57%** qui est considéré comme **score faible**.
- **Pour la santé psychologique**, le score obtenu par le sujet est de **33,33%** qui sont décrits comme un **faible score**.
- **Pour la relation sociale**, le score obtenu est de **33,33%** analysé comme un **faible score**.
- **Pour l’environnement** : le score est de **34,37%** interprété comme un **score faible score**.

Conclusion du WHOQOL- BREF

En se référant aux résultats cités précédemment, dans le WHOQOL-BREF, on constate que M^f « C » présente une mauvaise QDV somatique, psychologique et environnementale, ainsi que sociale.

1.3.3. L’analyse questionnaire WHOQOL-OLD

Sujet	Sexe	Age	Score	QDV
M ^f « C »	Masculin	78ans	25%	Faible

Tableau n°10 : résultat obtenu a l’aide du WHOQOL-OLD de Mr « C ».

Après l’analyse de cet outil d’évaluation, on remarque que notre sujet présente un score de **25%** ce qui indique une **QDV faible** .la plupart de ces réponses sont marquées dans la variable pas de tout (F26.1,F29.3,F29.4,F26.3,F27.3,F27.4,F28.4,F28.1,F28.2,F25.2,F30.2,F30.3.)

Conclusion du WHOQOL-OLD

En s’appuyant sur le contenu du tableau, on constate un score qui se réfère à une **QDV faible**.

Conclusion générale du cas

D’après les informations recueillies par le guide d’entretien, on constat que notre sujet au sein de l’institution présente une **mauvaise QDV ; physique, psychologique, familial** ainsi que **relationnel**.

Selon le questionnaire (WHOQOL- BREF), M^f « C » a obtenu des **scores faibles** dans tous les **domaines physique, psychologique, social** ainsi que le **domaine de l’environnement**.

D'après les résultats obtenus dans le questionnaire (WHOQOL-OLD), on peut conclure que M^r « C » présente une **QDV faible**.

En général, d'après les informations recueillies et analysées durant le guide d'entretien et les deux questionnaires on conclure que notre sujet à une **mauvaise QDV**.

1.4. Cas « D »

1.4.1. L'analyse de l'entretien semi-directif

Information générale sur le sujet

M^{me} « D » est une femme âgée de 80 ans, elle est unique de sa fratrie, mariée à l'âge de 16 ans, mère d'un seul garçon. Après la mort de son mari elle abandonné son fils qui a 20 ans pour se remarier. Quelques années plus tarde elle s'est divorcé. Notre sujet n'a jamais été à l'école, et n'a pas travaillé auparavant, elle ne possède pas une maison.

M^{me} « D » est une femme qui a trop souffert dans sa vie, et malgré qu'elle a un fils, père de famille et il est dans une bonne situation ; mais malgré cela sa mère actuellement était hébergée dans un centre pour des personnes âgées et handicapées.

AXE I : La personne âgée en institution

Pendant l'entretien notre sujet était calme, le discours était fructueux, elle nous a facilité la tâche par sa bonne compréhension à propos de notre recherche.

M^{me} « D » a été hébergés dans ce centre de personne âgée depuis 6ans, quant à la raison de son placement, elle nous a dit «*Ass-mi iεawdey zwağ helkey lweswas umbeed i bra-yi urgaz-iw* ». D'après sa déclaration de sa raison d'entrer à l'institution, on a constaté qu'elle a vécu plusieurs événements pendant sa vie ; d'abord, la mort de son premier époux, et après l'abandon de son fils, ensuite, son divorce avec le deuxième époux, enfin elle s'est retrouvée seule dans cette institution. Nous avons constaté que sa vie n'a jamais connue une stabilité, car elle a toujours souffert, en pensant à son unique enfant qu'elle a laissé derrière elle, sans lui donner son affection. Ce qui laisse sa QDV relationnelle perturbée.

À propos de son orientation vers l'institution, elle nous a déclaré que «*At taddart id yi welhen* », et par son consentement elle nous a dit «*usiy-d*

s lebyiw ». Notre sujet a perdu le contact avec sa famille, ce qui l'imposée de chercher une protection et de faire recours à l'état.

AXE II : La QDV

M^{me} « D » n'a vécue un placement sans difficulté, aucun problème. Concernant sa vision sur l'institution, elle nous a fait savoir «*ur telhi ara manči d tameict i teicey dayi* », la chose qui la rendue sans espoir. Notre sujet nous a informés aussi par rapport au changement qu'elle a constatée depuis son placement «*seg mi i d kecmey yer uxxam ayi tzad fell-i lhala* » après ses réponses on a remarqué qu'elle a une vision négative sur sa vie actuelle, ce qui nous a fait déduire quelle n'a pas put s'adapter à sa nouvelle vie malgré des années. Pour (Ainsworth, 1999) le vieillissement, amène des changements physiques et sociaux qui sont susceptibles de modifier les styles d'attachement et de réveiller de nouveaux besoins de sécurité. Donc l'entrée en institution a engendré des modifications dans la QDV de la personne âgée.

À propos de son point de vu sur cet endroit M^{me} « D » elle nous a éprouvé «*amkan-a ur yelhi ara amzun d ttimeqbert* », ce qui nous a fait comprendre que notre sujet a des difficultés de continuer de vivre, et elle présente une mauvaise représentation de lieu, et cela influence négativement sur sa QDV environnementale.

La vie quotidienne de notre sujet est ruinée, elle n'apprécie plus les choses de la vie d'après ce qu'elle nous a signalé «*manči am zik, ur xedmey uma dekra siwa tiyimit* », on remarque la présence de la diminution d'intérêt pratiquement toute la journée, et tous les jours ; ce qui explique son sentiment d'échec dans la vie.

Au moment où en lui a posé la question sur les visites, elle nous a répondu avec une voix triste, qu'elle ne reçoit aucune visite, elle a perdue le contact avec son fils, ce qui témoigne une absence de soutien familiale.

À propos de la santé physique notre sujet, après son intégration dans cette institution a était dégradée, avec l'apparition de certaines maladies somatiques telles que, le diabète et l'hypertension. Ce qui témoigne une mauvaise QDV somatique.

Concernant ces relations avec le personnel et les résidents, elle déclare qu'elle na pas vraiment un bon contact avec eux «*nekk-i ur ttemsefhamey-ara yid-sen mlih* », donc elle manifeste des difficultés à s'intégrer dans l'institution,

elle s'isole, toujours nerveuse et elle a même, quelques problèmes avec les résidents. Ce qui éprouve une mauvaise QDV sociale.

Pour l'état psychique M^{me} « D » ne fait que se dégrader depuis son placement, elle nous a informé «*ittway leaql-iw* », avec des comportements et pensées répétitifs et compulsifs, selon le DSMIV notre sujet manifeste un trouble obsessionnel compulsif (TOC). M^{me} « D » nous a éclairci que son état psychique était la cause de son divorce, et elle présente un sentiment de culpabilité ce qui nous a fait déduire qu'elle n'a pas fait le deuil de sa séparation avec son fils, et cela marque une mauvaise QDV psychologique.

Pour la prise en charge au sein de l'institution, elle nous a annoncé «*yiwen ur yittqeyyim deg-ney ttemεamalen yid-ney stmara-kan* », d'après ces expressions nous avons conclu une mauvaise prise en charge dans l'institution que se soit, sur le plan médical, psychologique, et même ce qui concerne la nutrition, ce qui affecte négativement sa QDV.

AXE III : La projection dans l'avenir

À propos de sa vision sur son avenir elle nous a dit clairement «*ttwaliy tudert-iw dayen temmut kulec yekfa* », puis, elle ajoute «*lmut axxir-iw* », ce qui traduit par un désespoir, une perte d'intérêt, un dégoût de la vie, un isolement ainsi que le recours à la mort, on se réfère au DSM-IV on constate la présence des idées suicidaires qui s'associent au pessimisme, exprimé par une véritable douleur morale, ce qui signifie que notre sujet souffre d'une dépression.

Face à sa situation actuelle M^{me} « D » nous a confié «*mennay lukan aqliyi deg uxxam-iw akked mmi, meena dayen isha-yi* », notre sujet présente un manque affectif et le besoin d'être au sein d'un entourage familial plein d'amour et de tendresse, par ce que la vie dans le centre est insupportable.

Conclusion de l'entretien semi-directif

Après la passation de l'entretien semi-directif avec M^{me} « D », on a constaté que sa QDV physique, psychologique, relationnel, ainsi que la QDV familiale dans l'institution est mauvaise, on se réfère au signe présenté (diabète, hypertension, TOC, dépression, manque de contact, et une mauvaise prise en charge).

1.4.2. L'analyse du questionnaire WHOQOL- BREF

En pratique, il s'agit d'un questionnaire de 26 questions courtes. Son objectif est d'évaluer les quatre facteurs de la QDV susceptible de refléter une perception suffisamment large de la QDV de la personne interrogée.

		score brut	score transformé	
			4-20	0-100
Domaine1	(6-4)+(6-5)+2+3+2+2	(7-35)	12	17,85%
Domaine2	1+2+2+2+3+ (6-3)	(6-30)	13	29,16%
Domaine3	4+2+4	(3-15)	10	58,33%
Domaine 4	3+3+1+1+1+3+2+2	(8-40)	16	25%

Tableau n°11 : les résultats de M^{me} « D » obtenue dans le WHOQOL-BREF.

Après la passation du questionnaire du WHOQOL- BREF, M^{me} « D » nous a répondu sur les 26 items de notre questionnaire, répartis en 4 dimensions qui contiennent des scores, chacune a une signification.

Les résultats de M^{me} « D » obtenue selon la valeur moyenne de (4-20) chaque domaine sont les suivants :

- **Pour la santé physique**, il a obtenu un score de : **12**
- **Pour la santé psychologique**, il a obtenu un score de : **13**
- **Pour le domaine social**, il a obtenu un score de : **10**
- **Pour l'environnement** il a obtenu un score de : **16**

Étant donné que chaque domaine possède un nombre d'items différents, dans les études utilisant, le bref, les scores sont habituellement ramenés à une échelle de mesure standard, allant de 0 (le plus mauvais score) à 100 (meilleur score), appelé score transformé (0-100)

Pour cela M^{me} « D » a obtenue les scores suivants :

- **Pour la santé physique**, il a obtenu un score de **17,85 %** qui est considéré comme un **score faible**.
- **Pour la santé psychologique**, le score obtenu par le sujet est de **29,16%** qui sont décrits comme un **faible score**.
- **Pour la relation sociale**, le score obtenu est de **58,33%** analysé comme un **score élevé**.

- **Pour l'environnement** : le score est de **25%** interprété comme un **score faible**.

Conclusion du WHOQOL-BREF

En se référant aux résultats cités précédemment, dans le WHOQOL-BREF, on constate que M^{me} « D » présente une **mauvaise QDV somatique, psychologique et environnementale** ; et on marque **une bonne QDV sociale**.

1.4.3. analyse questionnaire WHOQOL-OLD

Sujet	Sexe	Age	Score	QDV
M ^{me} « D »	Féminin	80ans	37%	Faible

Tableau n°12 : résultat obtenu a l'aide du WHOQOL-OLD de M^{me} « D ».

Après l'analyse de cet outil d'évaluation, on remarque que notre sujet présente un score de **37%** ce qui indique **une faible QDV**.

Conclusion du WHOQOL-OLD

D'après les résultats recueillis dans le questionnaire (WHOQOL-OLD) et en s'appuyant sur le contenu du tableau, on constate un score qui se réfère à une **QDV faible**.

Conclusion générale du cas

D'après les informations recueillies par le guide d'entretien, on constate que notre sujet au sein de l'institution présente une **mauvaise QDV** dans tous les domaines qu'il soit **physique, psychologique, familiale et relationnel**.

Selon le questionnaire (WHOQOL- BREF), M^{me} « D » a obtenu des **scores faibles** dans le domaine de la **santé physique, psychologique** ainsi que le domaine de **l'environnement**, par contre un **score élevé** dans le **domaine social** dû à son intégration au sein de l'institution.

D'après les résultats obtenus dans le questionnaire (WHOQOL-OLD), on peut conclure que M^{me} « D » présente **une QDV faible**.

En général, d'après les informations recueillies et analysées durant le guide d'entretien et les deux questionnaires on conclure que notre sujet à une **mauvaise QDV**.

1.5. Cas « E »

1.5.1. L'analyse de l'entretien semi-directif

Les informations générales sur le sujet

M^{me} « E », âgé de 76ans, porte un handicap moteur, la benjamine d'une fratrie de deux enfants, un frère et une sœur, elle est veuve depuis des années et sans enfants. Elle n'a jamais été à l'école, ni travaillé dans sa vie et elle ne possède pas de demeure.

Notre a sujet était coopératif avec nous, elle a montré son bien-être et sa bonne humeur.

AXE I : La personne âgée en institution

Concernant son intégration au sein de l'institution, d'après elle nous a dit qu'elle était placée depuis 17ans, à cause des problèmes qu'elle a avec sa famille, elle n'est pas bien avec eux, elle nous a confié «*Katen-iyi tennayen yidi yal-ass* », c'est la chose qui la poussé de les quitté et de s'installer dans cette institution. Ce qui signifie que notre sujet présente une mauvaise QDV familiale.

M^{me} « E », disait qu'elle est venue tout seul par son propre grée, car na pas trouvé d'autre solution, et elle a considéré cet endroit comme une résolution finale de tous les ennuis qui l'empêchent de vivre en paix. Tout en bougeant la tête et elle fait des gestes avec ses mains «*sey yma dayi deg bgayet lukan ibya ad yifk axxam* », elle est toujours triste, désespérées. D'après tout ça on déduit que notre sujet a vécu une vie assez difficile et elle manifeste un sentiment d'abondant profond.

AXE II : La QDV

Notre sujet a vécu un placement, sans rencontré ni difficulté ni problème, puisqu'elle nous a dit «*wiy-d lekwayet-iw, umbaed rewley-d yer uxxam-a* », et concernant sa vision sur sa vie actuelle, ne nous a fait savoir qu'elle n'a pas le choix, ne peut pas oublier sa famille surtout son frère qui la fait beaucoup du male, faisant des gestes avec ses mains «*dayi axir-iw, berra teweer* » ce qui nous a fait comprendre qu'elle présente un sentiment d'infériorité.

Concernant le changement qu'elle a constaté depuis son placement nous a informés «*dayi axir-iw, berra teweer* » ; elle nous a montré une incapacité au fond d'elle puisqu'elle n'a pas le choix de vivre comme elle a toujours souhaitée, et elle présente un sentiment de culpabilité à l'égard de ce frère, malgré le mal qu'elle a goûté de sa part.

À propos sa vision sur cet endroit, nous a avoué « *terra-yi tmara umma sei y imawkan lukan byan ad yijemean* », des signes de l'asthénie tracés sur son visage, ce qui nous a rendu compte que sa vie n'a aucun sens, et cet endroit l'a confisqué de l'autonomie qui est considérée comme un grand problème de santé publique lié au vieillissement de la population englobant la dépendance physique et psychique de la personne âgée selon (Wolmark 1998).

Toutes ces journées sont pareilles, les jours et les nuits se ressemblent, toujours isolée, elle nous a raconté sa vie quotidienne dans le centre, elle ne fréquente personne, même sa copine de chambre et personne ne l'intéresse « *tyamayey iman-iw kul yiwen ilethu di lhemm-is* », donc M^{me} « E » présente un signe dépressif qui est l'isolement. Le discours dépressif qu'il soit psychotique ou névrotique est centré sur la solitude.

On lui demandant si elle reçoit des visites, nous a confiée « *tettased yer yur-I uletma tikelt deg teltsnin* » un silence et ajoute essoufflé « *meena ferhay mi ara ad t-as* », le manque affectif et un chagrin exprimé dans ses yeux. Notre sujet rentre dans l'irritabilité après chaque visite.

M^{me} « E » nous a informé qu'elle ne rencontre pas des soucis dans l'institution, par ce qu'elle est toujours calme, isolée. Wrigh et coll. note que la perte de la capacité à s'assumer soit- même est fréquemment accompagnée d'un sentiment croissant de crainte, de vulnérabilité et d'insécurité chez le sujet âgé. Sur le plan relationnel, elle manifeste des difficultés à s'intégrer dans le l'institution. Ce qui éprouve une mauvaise QDV sociale.

Notre sujet, manifeste aussi une perte d'énergie et de plaisir, un manque de sommeil, tension musculaire plus que la fatigabilité suite à son déficit locomoteur, ce qui traduit par une anxiété par rapport aux critères de DSM-IV, et cela influence négativement sur sa QDV physique.

Concernant son état psychique, nous a dit « *Eyiy deg dunit-a* », a coté de l'anxiété, nous soulignons la culpabilité, le stress, le désespoir et irritabilité ce qui traduit par une dépression de notre sujet selon DSM-IV. La prévalence de la dépression est de 40% en institution, soit deux fois plus que chez les patients ambulatoires. (A.S.Rigaud et al, 2005).

Cet endroit pour elle, présente une société pleine de problèmes, elle essaie toujours de s'éloigner, et concernant la prise en charge au sein de l'institution en bougeant sa tête et elle dit qu'elle prise en charge « *uḥwaḡey* »

ddwa maena ur y id taken ara, helkey lkunsir». nous avons déduit le manque de la prise en charge médicale, a influencé sur les pensées de notre sujet ; cela s'est traduit par des idées délirantes, qu'elle souffre d'une maladie grave « cancer ».

AXE III : La projection dans l'avenir

Concernant son point de vu sur son avenir, elle nous a dit «*dacu idd yeqqimen tura nekk-i, lmut kan i dyetteasan* », on constate des idées suicidaires associées au pessimisme que rien ne pourra changer sa vie, et il ne s'attend qu'au pire.

À propos les souhaits et les projets de notre sujet, «*ur byiy uma d-kra deg ddunit-a*» puis elle rajoute «*byiy kan ad fyey maena ifut lhal* », toujours déprimée sans espoir et une grande tristesse. Cette dernière est considérée selon les cognitivistes comme un désordre émotionnel, qui favorise l'apparition d'autres perturbations de la cognition ou de la pensée.

M^{me} « E » exprime d'un ton triste ces craintes et ses peurs a l'égard de son avenir «*ugadey ad qqimey iman-iw* »' ce qui exprime qu'elle présente un sentiment d'abondons exprimé.

Conclusion de l'entretien semi-directif

On se référant aux informations citées précédemment, dans le guide d'entretien, on conclut que notre sujet présente une mauvaise QDV qu'elle soit somatique, psychologique, sociale ainsi qu'environnementale.

1.5.2. L'analyse du questionnaire WHOQOL-bref

En pratique, il s'agit d'un questionnaire de 26 questions courtes. Son objectif est d'évaluer les quatre facteurs de la QDV susceptible de refléter une perception suffisamment large de la QDV de la personne interrogée

		Score brut	score transformé	
			4-20	0-100
Domaine 1	(6-4)+(6-5)+1+2+1+1	(7-35)	8	3,57%
Domaine 2	1+2+2+2+2+ (6-4)	(6-30)	11	20,83%
Domaine 3	3+2+1	(3-15)	6	25%
Domaine 4	3+2+2+1+2+2+1+2	(8-40)	15	21,78%

Tableau n°13 : les résultats de M^{me} « E » obtenus dans le WHOQOL-BREF.

Après la passation du questionnaire du WHOQOL- BREF, M^{me} « E » nous a répondu sur les 26 items de notre questionnaire, répartis en 4 dimensions qui contiennent des scores, chacune a une signification.

Les résultats de M^{me} « E » obtenue selon la valeur moyenne de (4-20) chaque domaine sont les suivants :

- **Pour la santé physique**, il a obtenu un score de : **8**
- **Pour la santé psychologique**, il a obtenu un score de : **11**
- **Pour le domaine social**, il a obtenu un score de : **6**
- **Pour l'environnement** il a obtenu un score de : **15**

Étant donné que chaque domaine possède un nombre d'items différents, dans les études utilisant, le bref, les scores sont habituellement ramenés à une échelle de mesure standard, allant de 0 (le plus mauvais score) à 100 (meilleur score), appelé score transformé (0-100)

Pour cela M^f « E » a obtenu les scores suivants :

- **Pour la santé physique**, il a obtenu un score de **3,57%** qui est considéré comme un **score faible**.
- **Pour la santé psychologique**, le score obtenu par le sujet est de **20,83%** qui sont décrits comme un **faible score**.
- **Pour la relation sociale**, le score obtenu est de **25%** analysé comme un **score faible**
- **Pour l'environnement** : le score est de **21,83%** interprété comme un **faible score**.

Conclusion du WHOQOL-BREF

En se référant aux résultats recueillis, dans le WHOQOL- BREF, on constate que M^{me} « E » présente une mauvaise QDV somatique, psychologique et environnementale et même au niveau social.

1.5.3. L'analyse questionnaire WHOQOL-OLD

Sujet	Sexe	Age	Score	QDV
M ^{me} « E »	Féminin	76	29%	Faible

Tableau n°14 : résultat obtenu à l'aide du WHOQOL-OLD de M^{me} « E ».

Après l'analyse de cet outil d'évaluation, on remarque que notre sujet présente un score de **29%** ce qui indique une **QDV faible**.

Conclusion du WHOQOL-OLD

En s'appuyant sur le contenu du tableau, on constate un score qui se réfère à une **QDV faible**.

Conclusion générale du cas

D'après les informations recueillies par le guide d'entretien, on constate que notre sujet au sein de l'institution présente une **mauvaise QDV ; physique, psychologique, familial** ainsi que **relationnel**.

Selon le questionnaire (WHOQOL- BREF), M^{me} « E » a obtenu des **scores faibles** dans tout les domaines ; la santé **physique, psychologique**, le domaine de **l'environnement**, ainsi que le **domaine social**.

D'après les résultats obtenus dans le questionnaire (WHOQOL-OLD), on peut conclure que M^{me} « E » présente une **QDV faible**.

En général, d'après les informations recueillies et analysées durant le guide d'entretien et les deux questionnaires on conclure que notre sujet à une **mauvaise QDV**.

1.6. Cas « F »

1.6.1. L'analyse de l'entretien semi-directif

M^r « F » est un homme âgé de 68 ans, célibataire, d'un niveau d'instruction de 4^{ème} année primaire, il ne possède pas une demeure, il a déjà exercé un travail comme serveur dans un restaurant, il est le 3^{ème} de sa fratrie, de trois garçon et quatre filles.

Notre sujet a accepté de participer à la recherche volontairement, tout au long de l'entretien a été souriant, il a montré une bonne humeur avec nous, pour lui c'est une bonne occasion de s'exprimer ses douleurs.

M^r « F » a été hébergé dans cette institution depuis 3ans, et pour la raison de son intégration il nous a dit qu'il a des problèmes avec ses frères et sœurs, ce qui nous a fait comprendre qu'il a vécu des échecs dans sa vie, comme il a l'impression d'être arrivé à un point où il ne peut plus avancer, ce qui nous a fait conclure qu'il a une mauvaise QDV familiale.

En ce qui concerne son orientation vers l'institution, il nous a déclaré qu'il a été ramené par son beau frère, et cela, contre son gré. Nous avons aussi

remarqué des signes de tristesse sur son visage et avec une manifestation de sentiment d'abandon.

Notre sujet a vécu un placement sans problème, et concernant sa vision sur sa vie actuelle, il répète toujours « ça va pas, ça va pas ... » ce qui nous a fait déduire qu'il éprouve une souffrance profonde et intense à l'intérieur de lui. Pour le changement qu'il a constaté depuis son placement, il nous a avoué qu'il a été malade depuis des années, mais sa santé s'est dégradée depuis son placement, actuellement notre sujet se déplace à l'aide d'une chaise roulante, il a perdu son autonomie. Selon (Herisson et al) le vieillissement musculaire, c'est un phénomène qui se traduit par une altération des performances musculaires et une importante fatigabilité.

À propos de son point de vu sur cet endroit M^r « F » nous a exposé, la maltraitance de la part du personnel et une insatisfaction en alimentation.

La vie quotidienne de notre sujet est pareille, toute la journée assise sur sa chaise, d'après ses dires « *Dayen ur z mirey-ara ad xedmey t-fuk sehha-w* », pour notre sujet son état de santé le prive de la liberté et d'autonomie. Selon (Y.Wolmark), la perte d'autonomie des personnes âgées est un des grands problèmes de santé publique liée au vieillissement de la population. M^r « F » manifeste des plaintes physiques, qui se traduit par une diminution de la vue, paralysie partielle, des douleurs musculaires, selon ses expressions « *Ur z mirey-ara ad dduy* », ces symptômes sont toujours engendrés par des maux de tête ce qui nous a fait comprendre qu'il a besoin d'un suivi médical. Ce qui signifie une mauvaise QDV somatique.

À propos des visites, notre sujet nous informe qu'il reçoit des visites de la part de sa sœur accompagnée de son mari, tellement il souffre d'une tristesse profonde, à chaque visite il manifeste des crises d'anxiété.

Au sein de l'institution notre sujet n'a aucun problème, et ce qui concerne ses relations avec le personnel et les résidents, il se retire d'après ses propos « *hemley ad qqimey wehd-i* », ce qui nous a fait constaté chez lui un sentiment d'infériorité. Pour son état de santé présente un obstacle, qui l'empêche de faire des relations et des contacts avec les autres. Et cela nous a fait comprendre qu'il a une mauvaise QDV relationnelle.

Pour l'état psychique M^r « F » il dit une plusieurs fois « ça va pas, je ne suis pas bien », puis « *dayen digutiy* » il éprouve une anxiété et cela selon

(S.Bouchard), pour lui, l'anxiété chez les personnes âgées a été associée à des pertes au deuil, à l'augmentation de la dépendance envers les autres, à l'isolement, au problème de santé et l'approche de la mort. Et cela marque une mauvaise QDV psychologique.

À propos de sa vision sur son avenir et ces projets, M^r « F » nous a avoué, qu'il espère sortir de cette institution, de se marier un jour, et de construire une famille pour remplir son manque affectif et de ressentir cette chaleur familiale.

Conclusion du l'entretien semi -directif

Après la passation de l'entretien semi-directif avec notre sujet, nous avons constaté qu'il n'arrive pas accepté sa nouvelle vie ce qui a traduit d'une façon négative sur sa QDV somatique, psychologique, familiale, ainsi que sa QDV relationnelle.

1.6.2. L'analyse du questionnaire WHOQOL-bref

		Score brut	score transformé	
			4-20	0-100
Domaine 1	(6-4)+(6-4) +1+1+2+1	(7-35)	9	7.14%
Domaine 2	1+1+2+1+2(6-4)	(6-30)	9	12.5%
Domaine 3	1+1+1	(3-15)	3	0%
Domaine 4	1+1+2+1+1+1+1+1	(8-40)	9	3.12%

Tableau n°15 : les résultats de M^r « F » obtenus dans le WHOQOL-BREF.

Après la passation du questionnaire du WHOQOL- BREF, M^r « F » nous a répondu sur les 26 items de notre questionnaire, répartis en 4 dimensions qui contiennent des scores, chacune a une signification.

Les résultats de M^r « F » obtenu selon la valeur moyenne de (4-20) chaque domaine sont les suivants :

- **Pour la santé physique**, il a obtenu un score de : **9**
- **Pour la santé psychologique**, il a obtenu un score de : **9**
- **Pour le domaine social**, il a obtenu un score de : **3**
- **Pour l'environnement** il a obtenu un score de : **9**

Étant donné que chaque domaine possède un nombre d'items différents, dans les études utilisant, le bref, les scores sont habituellement ramenés à une

échelle de mesure standard, allant de 0 (le plus mauvais score) à 100 (meilleur score), appelé score transformé (0-100).

Pour cela M^r « F » a obtenu les scores suivants :

- **Pour la santé physique**, il a obtenu un score de 7.14% qui est considéré comme un **score faible**.
- **Pour la santé psychologique** le score obtenu par le sujet est de **12.5%** ce qui décrit comme un **faible score**.
- **Pour la relation sociale**, le score obtenu est de **0%** analysé comme un **score faible**.
- **Pour l'environnement** : le score est de 3.12% interprété comme un **score faible**.

Conclusion du WHOQOL-bref

En se référant aux résultats cités précédemment, dans le WHOQOL-BREF on constate que M^r « F » présente **une mauvaise QDV somatique, psychologique, sociale et environnementale**.

1.6.3. L'analyse questionnaire WHOQOL-OLD

Sujet	Sexe	Age	Score	QDV
M ^r « F »	Masculin	68 ans	22%	Faible

Tableau n°16 : résultat obtenu à l'aide du WHOQOL-OLD de Mr « F ».

Après l'analyse de cet outil d'évaluation, on remarque que notre sujet présente un score de **22%** ce qui indique une **QDV faible**. La majorité de ses réponses il a entouré le chiffre 1 pour les questions suivant : (F26.1, F26.2, F29.3, F27.4, F28.4, F28.2, F28.7, F27.1, F30.2, F30.4).

Conclusion du WHOQOL

En s'appuyant sur le contenu du tableau, on constate un score qui se réfère à une **faible QDV**.

Conclusion générale du cas

D'après les informations recueillies par le guide d'entretien, nous avons constaté que notre sujet au sein de l'institution présente une **mauvaise QDV physique, psychologique, familial, ainsi que la QDV sociale**.

Selon le questionnaire (WHOQOL- BREF), M^f « F » a obtenu des **scores faibles** dans le domaine de la **santé physique, psychologique** ainsi que le **domaine social et environnemental**.

D'après les résultats obtenus dans le questionnaire (WHOQOL-OLD), on peut conclure que M^f « F » présente une **QDV faible**.

En général, d'après les informations recueillies et analysées durant le guide d'entretien et les deux questionnaires nous avons conclu que notre sujet manifeste une **mauvaise QDV**.

1.7. Cas « G »

1.7.1. L'analyse de l'entretien semi-directif

M^f « G » est un homme âgé de 80 ans, il a vécu toute sa jeunesse à travailler en France. Il s'est marié avec une Française avec laquelle il a eu une fille, qu'il abandonnera après un problème conjugal. Il s'est senti seul à cet incident, il a décidé de rentrer en Algérie pour retrouver sa famille, et les choses ne sont pas passées comme il s'est imaginé. Il se retrouve seul sans maison ni pension, il ne faisait que trainer dans la rue ; à cause de la maltraitance de ses frères.

Notre sujet était coopératif, il nous a facilité la passation de guide d'entretien, concernant son intégration à l'institution, M^f « G » disait je suis dans la 6^{ème} année dans cet endroit, quant à la raison de son placement nous a avoué « je vis toujours dans les problèmes avec ma famille et même mes belles sœurs ne me voulaient pas » la chose qui a poussé son frère et son épouse de le ramener. Ce qui marque une mauvaise QDV familiale.

Notre sujet a vécu un placement sans rencontrer de difficultés, puisqu'il s'est installé par une demande d'hôpital et à propos sa vision sur sa vie actuelle nous a informés qu'elle est négative par ce que cet endroit présente pour lui une prison qui le prive sa liberté. On constate que M^f « G » n'a pas accepté sa présence dans cet endroit. C'est en général ce qui est entendu dans l'opinion lorsqu'on parle d'une prison, d'un hôpital ou d'une école en tant qu'institution (Turmel 1997). Et concernant son point de vue sur l'endroit nous a confié « ils font la déférence entre les résidents », il se sent humilié ce qui exprime un sentiment d'abondons profond.

Toutes ses journées se ressemblent, s'isole et ne fréquente personne, il est désintéressé par tous les gens même ceux qui l'entourent ; ce qui explique son

isolement dans l'institution et la diminution de la communication avec les résidents. On lui posant la question sur les visites il nous a dit qu'il reçoit de temps à autre son frère, il préfère mourir que quitter l'institution.

De côté relationnel, M^f « G » trouve des difficultés à s'intégrer dans cet endroit, il s'isole beaucoup, il a même quelques problèmes avec certains résidents et personnels ; il répète à chaque fois « *Guman ad yid-efken lekwayet- iw ad ruhey ad fyey* » ce qui laisse sa QDV sociale perturbée.

Concernant son état de santé après qu'il est placé, nous a informé qu'il n'est pas bien et qu'il n'est pas pris en charge, qui a lui causé des problèmes de santé, ce qui nous a fait déduire que sa santé s'est rétablie par rapport au passé, et psychologiquement nous a appris « je suis tout le temps incapable de faire quoi que se soit » toujours fatigué puis il ajoute « je suis déçu par soit même » se sentiment négatif envers lui-même surtout lorsqu'il pense à sa fille unique. Donc, notre sujet éprouve un sentiment de culpabilité, silence et balancement de la tête ; qui signifie que notre sujet souffre toujours et n'arrive pas à se pardonner, il se sent coupable.

À propos de la prise en charge, nous a confié « qu'elle prise en charge, nous nous sommes négligé » ce qui traduit par une mauvaise prise en charge. Selon (Lelieure, 2004), il est important de maintenir ou de donner à la personne âgée au sein de l'institution l'envie de vivre pour faciliter son intégration.

M^f « G » nous a dit à propos de son avenir « je n'ai aucun espoir si je continu ma vie ici dans l'institution » ; des signes de tristesse marquée sur son visage pâle, ce qui détermine chez lui le manque de soutien familial. Exprime d'une voix basse sa peur à l'égard de son avenir « j'ai peur de rester ici, je me sens étouffé... manque d'oxygène dans cet endroit ». Donc, notre sujet espère d'être libre, rejoindre les siens ce qui détermine une mauvaise QDV.

Conclusion de l'entretien semi-directif

D'après les informations citées précédemment, on constate que notre sujet n'a pas vraiment arrivé à s'adapter à cette nouvelle vie, et que cet institution a influencé négativement sur sa QDV somatique, social, relationnelle ainsi que psychologique.

1.7.2. L'analyse du questionnaire WHOQOL-BREF

		Score brut	score transformé	
			4-20	0-100
Domaine 1	(6-3)+ (6-1) +1+2+2+3	(7-35)	16	32,14%
Domaine 2	4+2+3+1+2+ (6-4)	(6-30)	14	33,33%
Domaine 3	3+2+2	(3-15)	7	33,33%
Domaine 4	1+1+3+2+2+2+4+3	(8-40)	18	31,25%

Tableau n°17 : les résultats de M^r « G » obtenus dans le WHOQOL-BREF

Après la passation du questionnaire du WHOQOL- BREF, M^r « G » nous a répondu sur les 26 items de notre questionnaire, répartis en 4 dimensions qui contiennent des scores, chacune a une signification.

Les résultats de M^r « G » obtenu selon la valeur moyenne de (4-20) chaque domaine sont les suivants :

- **Pour la santé physique**, il a obtenu un score de : **16**
- **Pour la santé psychologique**, il a obtenu un score de : **14**
- **Pour le domaine social**, il a obtenu un score de : **7**
- **Pour l'environnement** il a obtenu un score de : **18**

Étant donné que chaque domaine possède un nombre d'items différents, dans les études utilisant, le bref, les scores sont habituellement ramenés à une échelle de mesure standard, allant de 0 (le plus mauvais score) à 100 (meilleur score), appelé score transformé (0-100)

Pour cela M^r « G » a obtenu les scores suivants :

- **Pour la santé physique**, il a obtenu un score de **32,14%** qui est considéré comme un **score faible**.
- **Pour la santé psychologique**, le score obtenu par le sujet est de **33,33%** qui sont décrits comme un **faible score**.
- **Pour la relation sociale**, le score obtenu est de **33,33%** analysé comme un **score faible**
- **Pour l'environnement** : le score est de **31,25%** interprété comme un **faible score**.

Conclusion du WHOQOL- BREF

En se référant aux résultats recueillis, dans le WHOQOL- BREF on constate que M^r « G » présente une **mauvaise QDV somatique, psychologique et environnementale** et même au niveau **social**.

1.7.3. L'analyse questionnaire WHOQOL-OLD

Sujet	Sexe	Age	Score	QDV
M ^r « G »	Masculin	80	35%	faible

Tableau 07 : résultat obtenu à l'aide du WHOQOL-OLD de M^r « G ».

Après l'analyse de cet outil d'évaluation, on remarque que notre sujet présente un score de **35%** ce qui indique une **QDV faible**.

Conclusion du WHOQOL-OLD

En s'appuyant sur les résultats obtenus dans le questionnaire (WHOQOL-OLD), on constate un score qui se réfère à une **QDV faible**.

Conclusion générale du cas

D'après les informations recueillies par le guide d'entretien, on constate que notre sujet au sein de l'institution présente une **mauvaise QDV ; physique, psychologique, familial** ainsi que **relationnel**.

Selon le questionnaire (WHOQOL- BREF), M^r « G » a obtenu des **scores faibles** dans tous les domaines ; la **santé physique, psychologique**, le domaine de **l'environnement**, ainsi que le **domaine social**.

D'après les résultats obtenus dans le questionnaire (WHOQOL-OLD), on peut conclure que M^r « G » présente une **QDV faible**.

En général, d'après les informations recueillies et analysées durant le guide d'entretien et les deux questionnaires on conclure que notre sujet à une **mauvaise QDV**.

1.8. Cas « H »

1.8.1. L'analyse de l'entretien semi-directif

M^{me} «H» est une femme âgée de 74ans, divorcée, stérile, issus d'une famille d'un milieu socio-économique élevé, la benjamine de sa fratrie de deux frères et trois sœurs, et d'un niveau d'instruction de 2^{em} année moyenne, elle a

déjà exercé un travail comme éducatrice dans une crèche en France ou elle a vécue des bonnes années de sa jeunesse avec son marie, elle possède une villa à sedouk.

M^{me} «H » a vécue pleins d'événements qui a marqué sa vie, une enfance heureuse avec sa famille, puis s'installe en France avec son mari qu'elle aimé beaucoup, mais cela, n'a pas duré longtemps, après 5ans de mariage notre sujet s'est divorcé forcément par une décision de la part de ces frères, et de rentrer en Algérie. Notre sujet est apparu une vieille femme coopérante, joueuse, elle nous a accueillis dans sa chambre.

M^{me} « «H » a était hébergée dans cette institution depuis 2ans, quant à la raison de son placement elle nous a dit qu'elle s'est retrouvée seule après la mort de ses deux frères et sa sœur qu'elle est proche d'elle, et puisque sa santé physique ne la permet pas de s'occuper de ses besoins, elle était dans l'obligation de demandé l'aide. Et ce qui concerne son orientation notre sujet nous confie qu'elle a fait une demande d'intégration et après 1ans, elle a reçues un avis favorable ce qui témoigne un manque de soutien et une mauvaise QDV familiale.

À propos sa vision sur sa vie actuelle, elle nous a informés qu'elle n'est pas bien et qu'elle n'a jamais imaginé auparavant qu'elle se retrouve en institution pour personne âgée. D'après son placement, notre sujet n'a connu aucun changement. Pour M^{me} «H » cet endroit représente pour une sécurité et une protection puisqu'elle profite des services de cette dernière.

Notre sujet nous a confié qu'elle passe ses journées au lit se remémorant ses souvenirs avec sa copine de chambre, ce qui nous fait comprendre qu'elle a connu un déficit locomoteur suite à son état de santé qui se traduit par une manifestation d'arthrose engendrée par des douleurs intenses. notre sujet une mauvaise QDV somatique.

Pour les visites M^{me} «H » nous a dit «*Tusad yer yur-i tğarett-iw tikkelt*» elle s'est tue puis reprend «*Ulettma ur d t-seqsay-ara fell-I am netta-t am arraw-is* », ce qui marque chez elle un sentiment d'abondan et une tristesse exprimée.

Du côté relationnel, notre sujet entretient de bonnes relations avec les membres du personnel ainsi qu'avec les résidents et ce grâce à son adaptation au nouveau milieu et sa façon de se comporter avec eux. Ce qui prouve une bonne QDV sociale.

En ce qui concerne son état psychique de M^{me} «H» on a remarqué chez elle une perturbation émotionnelle puisque, des fois elle se montre courageuse, et d'autres fois manifeste une anxiété de mort et cela en se référant à certains diagnostics de DSM-IV, la fatigue, tension musculaire, et l'héritabilité. Et cela prouve une mauvaise QDV psychologique.

À propos de la prise en charge de l'institution, M^{me} «H» nous a confié qu'elle est satisfaite des services, et que cette institution répond à ses besoins.

Concernant sa vision sur son avenir, elle nous a dit avec un souffle profond «*Mazal-as I labunir ass-mi i nesεεdda nesεεdda*», elle s'exprime avec des signes de tristesse marquée sur son visage. Mais elle souhaite que son état de santé aille s'améliorer et de se déplacer en toute liberté.

Conclusion du l'entretien semi -directif

Après la passation de l'entretien semi-directif avec notre sujet, on a constaté que l'institution a influencé d'une manière négative sur mauvaise QDV somatique, psychologique, et familiale, par contre on remarque une bonne QDV relationnelle.

1.8.2 L'analyse du questionnaire WHOQOL-bref

		Score brut	score transformé	
			4-20	0-100
Domaine 1	(6-5)+ (6-3) +1+4+1+1	(7-35)	11	14.28%
Domaine 2	2+1+4+1+2(6-1)	(6-30)	15	37.5%
Domaine 3	3+2+4	(3-15)	9	50%
Domaine 4	4+4+2+2+1+4+3+1	(8-40)	21	40.62%

Tableau n°19 : les résultats de M^{me} «H» obtinrent dans le WHOQOL-BREF.

Après la passation du questionnaire du WHOQOL- BREF, M^{me} «H» nous a répondu sur les 26 items de notre questionnaire, répartis en 4 dimensions qui contiennent des scores, chacune a une signification.

Les résultats de M^{me} «H» obtenus selon la valeur moyenne de (4-20) chaque domaine sont les suivants :

- **Pour la santé physique**, il a obtenu un score de : **11**.
- **Pour la santé psychologique**, il a obtenu un score de : **15**.

- **Pour le domaine social**, il a obtenu un score de : **9**.
- **Pour l'environnement** il a obtenu un score de : **21**.

Étant donné que chaque domaine possède un nombre d'items différents, dans les études utilisant, le bref, les scores sont habituellement ramenés à une échelle de mesure standard, allant de 0 (le plus mauvais score) à 100 (meilleur score), appelée score transformé (0-100).

Pour cela M^{me} «H » a obtenu les scores suivants :

- **Pour la santé physique**, il a obtenu un score de **14.28%** qui est considéré comme un **score faible**.
- **Pour la santé psychologique** le score obtenu par le sujet est de **37.5%** qui es décrit comme étant un **score faible**.
- **Pour la relation sociale**, le score obtenu **50%** qui sont d'analyser comme un **score élevé**.
- **Pour l'environnement** : le score est de **40.62%** interprété comme un **score faible**.

Conclusion du WHOQOL-BREF

En se référant aux résultats cités précédemment, dans le WHOQOL-BREF on constate que M^{me} «H » présente une **mauvaise QDV somatique, psychologique, environnementale**, et une **QDV sociale moyennes**.

1.8.3. L'analyse questionnaire WHOQOL-OLD

Sujet	Sexe	Age	Score	QDV
M ^{me} «H »	Féminin	74 ans	40%	Faible

Tableau n°20 : résultat obtenu à l'aide du WHOQOL-OLD de M^{me} «H ».

Après l'analyse de cet outil d'évaluation, on remarque que notre sujet présente un score de **40%** ce qui indique une **QDV faible**.

Conclusion du WHOQOL-OLD

En s'appuyant sur le contenu du tableau, on constate un score est faible **une QDV faible**.

Conclusion générale du cas

D'après les informations recueillies par le guide d'entretien, on constate que notre sujet au sein de l'institution présente une **mauvaise QDV ; physique, psychologique, familial**, et une **bonne QDV relationnelle**.

Selon le questionnaire (WHOQOL- BREF), M^{me} «H» a obtenu des **scores faibles** dans le domaine de la santé **physique, psychologique** ainsi que dans l'**environnement** et une **QDV élevée** dans le **domaine social**.

D'après les résultats obtenus dans le questionnaire (WHOQOL-OLD), on peut conclure que M^{me} «H» présente une **QDV faible**.

En général, d'après les informations recueillies et analysées durant le guide d'entretien et les deux questionnaires, on conclut que notre sujet à une **mauvaise QDV**.

1.9. Cas « I »

1.9.1. Analyse de l'entretien semi-directif

M^f « I » est un homme âgé de 75 ans, célibataire, analphabète. Il ne possède pas une demeure, l'aîné de sa fratrie de trois garçons, il a vécu sa vie en travaillant dans l'agriculture, souffrant de la maladie de parkinson. Notre sujet a profité de l'occasion pour parler de ses problèmes et s'extérioriser

Tout au long de l'entretien, notre sujet était souriant et coopérant, il a montré son bien-être et sa bonne humeur.

Notre sujet a été intégré dans le centre il y a 5ans, à cause de ses belles sœurs et pour éviter les problèmes son frère a décidé de l'héberger ce qui marque une mauvaise QDV familiale.

À propos de son placement au sein de l'institution, M^f « I » nous a confié «aliy halkay ,umbaed eyma iwiyyid », installé sans avoir aucune difficulté, et concernant sa vision sur sa vie actuelle, elle est négative d'après lui , comme s'il vit dans une boîte tout est fermé et il considère cet endroit comme un cimetière ou une prison ; ce qui nous a fait déduire que notre sujet présente l'un des signes de dépression qui est la tristesse, cette dernière est intense souvent accompagnée de sentiment de désespoir.

En lui posant la question sur les visites, M^f « I » paraît triste et dit je n'ai pas de famille qui me rend visite, on s'est tout de suite rendu compte qu'il n'a

aucun contact avec sa famille. Notre sujet s'isole des autres résidents, cet isolement peut être expliqué par une peur d'être abandonné, ce qui explique qu'il est toujours en deuil. D'après (Lelieire, 2004) lorsque la personne âgée arrive en maison de retraite, cette dernière, doit à la fois faire le deuil de son domicile, s'adapter à un nouveau mode de vie et au rythme de la vie collective. Donc, on remarque que notre sujet présente une mauvaise QDV sociale.

Suite a sa maladie de parkinson et la diminution de la vue, on constate d'après ces propos qu'il souffre ainsi d'ulcères d'estomac difficulté de se déplacer ce qui détermine que sa santé s'est dégradée depuis son hébergement, et psychologiquement souffre d'un stress et d'une tristesse profonde, la fatigue, perte d'intérêt et de plaisir, ralentissement psychomoteur, désespoir ; en se référant aux critères diagnostiques de DSM-IV, on remarque que notre sujet présente une dépression.

En ce qui concerne son impression sur son avenir, il nous a confié que sa vie n'a aucun sens et il ne pense pas que les choses vont s'arranger, ce qui signifie que M^r « I » présente un pessimisme à l'égard de son avenir. Et on lui posant la question sur les souhaits, il nous a dit : « je n'attends rien de cette vie » et qu'il a le sentiment que son avenir est sans espoir et qu'il ne peut qu'empirer, il rêve de la liberté et de ses parents « lukan mezal imawlaniw, ahath utiliyara dayi » ce qui signifie qu'il n'arrive pas a s'adapter dans sa nouvelle vie, et il compare toujours l'institution a un cimetière. Pour Lelieire cette adaptation au sein de l'institution ne sera efficace qu'à partir du moment où il est rédigé à partir d'une collaboration entre la personne âgée et le personnel de l'établissement.

Conclusion de l'entretien semi-directif

On se référant aux informations recueillies dans le guide d'entretien, on conclure que notre sujet na pas arriver a s'adapter a cette situation ce qui a influencé négativement QDV qu'elle soit somatique, psychologique, sociale ainsi que familiale.

1.9.2. L'analyse du questionnaire WHOQOL-BREF

		Score brut	score transformé	
			4-20	0-100
Domaine 1	(6-3)+ (6-1) +1+2+2+3	(7-35)	11	14,28%
Domaine 2	4+2+3+1+2+ (6-4)	(6-30)	9	12,5%
Domaine 3	3+2+2	(3-15)	8	41,66%
Domaine 4	1+1+3+2+2+2+4+3	(8-40)	11	9,37%

Tableau n°21: Les résultats de M^f « I » obtenus dans le WHOQOL-BREF

Après la passation du questionnaire du WHOQOL- BREF, M^f « I » nous a répondu sur les 26 items de notre questionnaire, répartis en 4 dimensions qui contiennent des scores, chacune a une signification.

Les résultats de M^f « I » obtenu selon la valeur moyenne de (4-20) chaque domaine sont les suivants :

- **Pour la santé physique**, il a obtenu un score de : **11**
- **Pour la santé psychologique**, il a obtenu un score de : **19**
- **Pour le domaine social**, il a obtenu un score de : **8**
- **Pour l'environnement** il a obtenu un score de : **11**

Étant donné que chaque domaine possède un nombre d'items différents, dans les études utilisant, le bref, les scores sont habituellement ramenés à une échelle de mesure standard, allant de 0 (le plus mauvais score) à 100 (meilleur score), appelé score transformé (0-100)

Pour cela M^f « I » a obtenu les scores suivants :

- **Pour la santé physique**, il a obtenu un score de **14,28%** qui est considéré comme un **score faible**.
- **Pour la santé psychologique**, le score obtenu par le sujet est de **12,5%** qui sont décrits comme un **faible score**.
- **Pour la relation sociale**, le score obtenu est de **41,66%** analysé comme un **score faible**
- **Pour l'environnement** : le score est de **9,37%** interprété comme un **faible score**.

Conclusion du WHOQOL-BREF

En se référant aux résultats recueillis, dans le WHOQOL- BREF, on constate que M^f « I » présente une **mauvaise QDV somatique, psychologique et environnementale** et même au niveau **social**.

1.9.3. L'analyse questionnaire WHOQOL-OLD

Sujet	Sexe	Age	Score	QDV
M ^f « I »	Masculin	75	20%	faible

Tableau n°22 : Résultat obtenus a l'aide du WHOQOL-OLD de M^f « I ».

Après l'analyse de cet outil d'évaluation, on remarque que notre sujet présente un score de **20%** ce qui indique une **QDV faible**.

Conclusion du WHOQOL

En s'appuyant sur les résultats obtenus dans le questionnaire (WHOQOL-OLD), on constate un score qui se réfère à une **QDV faible**.

Conclusion générale du cas

D'après les informations recueillies par le guide d'entretien, on constat que notre sujet au sein de l'institution présente une **mauvaise QDV ; physique, psychologique, familial** ainsi que **relationnel**.

Selon le questionnaire (WHOQOL- BREF), M^f « I » a obtenu des **scores faibles** dans tout les domaines ; la santé **physique, psychologique**, le domaine de **l'environnement**, ainsi que le **domaine social**.

D'après les résultats obtenus dans le questionnaire (WHOQOL-OLD), on peut conclure que M^f « I » présente une **QDV faible**.

En générale, d'après les informations recueillies et analysées durant le guide d'entretien et les deux questionnaires on conclut que notre sujet à une **mauvaise QDV**.

1.10. Cas « 10 »

1.10.1. Analyse de l'entretien semi-directif

M^{me} « J » est une femme âgée de 65 ans, célibataire, d'un niveau d'instruction primaire, issu d'une famille d'un milieu socio-économique bas, la plus jeune de sa fratrie de trois frères, après la mort de sa mère elle s'est

retrouvée sans pension ce qui la poussée à chercher un travail comme femme de ménage pour remplir ses besoins, et elle possède pas une demeure.

Notre sujet a été placé dans cette institution depuis 2 ans. Quant à la raison de son intégration dans cet endroit elle nous a fait savoir qu'elle n'est pas en bonne relation avec ses belles sœurs et qu'elle a vécu une maltraitance de la part de ses frères, elle nous a dit « *Axxam-ney d Imazirya* », ce qui explique une mauvaise QDV familiale.

Notre sujet a été orienté vers cette institution par les membres de la DAS comme elle nous a dit qu'elle n'a pas rencontré des difficultés à s'y intégrer.

À propos de sa vision sur sa vie actuelle elle nous a dit « quelle vie, la vie d'une femme qui n'a pas de mari et n'a pas d'enfants », pour notre sujet, la vie n'a pas de sens si une femme est tout seule, sans avoir personne pour la soutenir. On a constaté chez M^{me} « J », une blessure interne qui se traduit par un sentiment de dévalorisation et un sentiment d'abandon. Notre sujet n'a constaté aucun changement après son placement. Concernant son point de vue sur l'endroit, elle nous a avoué que sa place n'est pas au centre, mais elle n'a pas le choix, ce qui nous fait comprendre qu'elle n'est pas satisfaite.

Notre sujet passe ses jours au sein de l'institution sans exercer aucune tâche, elle réclame toujours qu'elle veut sortir en ville, mais l'administration ne l'autorise pas, chose qui complique sa situation, comme elle nous a avoué, depuis son entrée, elle a perdu sa liberté et ne peut faire ce qu'elle veut, la seule chose qui reste c'est de se disputer et de créer des problèmes avec le personnel. Notre sujet présente un manque affectif et un manque de soutien familial étant donné qu'elle ne reçoit pas de visites. Ce qui l'affecte chez elle une mauvaise QDV familiale.

Pour sa santé physique M^{me} « J », nous a déclaré qu'elle est diabétique et cela avant son intégration au centre, elle nous a dit qu'elle a besoin d'un traitement quotidien, ce qui décrit sa mauvaise QDV somatique. Et en ce qui concerne le côté relationnel, notre sujet n'entretient pas une bonne relation avec le personnel, elle réclame avoir subi toujours des insultes et la maltraitance de leur part et puisque elle s'impose, elle a tout le temps des problèmes, par contre elle a de bonnes relations avec les résidents et parfois elle défend les autres résidents. Notre sujet se montre courageuse, possédant une forte personnalité mais au fond d'elle, elle souffre, et n'a que les paroles

pour exprimer sa peine. Ce qui indique une mauvaise QDV relationnelle. L'état psychique de notre sujet, même qu'elle se porte comme une femme équilibrée, on a rencontré chez elle un discours dépressif et elle fait recours à la mort, elle nous a confié « je suis morte », selon le DSM-IV M^{me} « J », manifeste une dépression. Ce qui témoigne une mauvaise QDV psychologique. À propos de la prise en charge elle nous a confirmée qu'il n'y a pas de prise en charge dans tous les domaines.

À propos de sa vision sur son avenir, elle nous a confié que la seule chose qui peut la libérer est de sortir de cette institution et d'avoir une famille comme toutes les autres femmes.

Conclusion de l'entretien

Durant l'entretien avec M^{me} « J », on a déduit par rapport à tout ce qu'on a recueilli, qu'elle éprouve une mauvaise QDV somatique, psychologique, familiale et sociale

1.10.2. Analyse de questionnaire WHOQOL-BREF

		score brut	score transformé	
			(4-20)	(0-100)
Domaine1	(6-2)+ (6-5) +2+3+4+5	(7-35)	19	42.85%
Domaine2	2+1+2+2+4+ (6-4)	(6-30)	13	29.16%
Domaine3	3+3+4	(3-15)	10	58.33%
Domaine 4	1+2+3+2+2+2+1+2	(8-40)	15	21.87%

Tableau n°23 : Les résultats de M^{me} « J » obtenus dans le WHOQOL-BREF.

Après la passation du questionnaire du WHOQOL-bref, M^{me} « J », nous a répondu sur les 26 items de notre questionnaire, repartit en 4 dimensions qui contiennent des scores, chacune a une signification.

Les résultats de M^{me} « J », obtenus selon la valeur moyenne de (4-20) pour chaque domaine sont comme suit :

- **Pour la santé physique**, elle a obtenu un score de : **19**
- **Pour la santé psychologique**, elle a un score de : **13**
- **Pour le domaine de la relation sociale**, elle a obtenu un score de : **10**
- **Pour l'environnement** elle a obtenu un score de : **15**

Puisque chaque domaine possède un nombre d'items différents, les scores sont habituellement ramenés à une échelle de mesure standard, allant de 0 à 100, nommé score transformé (0-100).

Donc M^{me} « J », a obtenu les scores suivants :

- **Pour la santé physique**, elle a obtenu **42.85%** ce qui est

Considéré comme étant un **score faible**.

- **Pour la santé psychologique**, le score obtenu est de **29.16%** interprété et expliqué comme étant un **score faible**.
- **Pour la relation sociale**, elle présente un score de **58.33%** qui est décrit comme étant un **score élevé**.
- Enfin pour **le domaine de l'environnement** le score obtenu est de **21.87%** analysé comme étant un **score faible**.

Conclusion du WHOQOL-BREF

D'après les résultats du questionnaire qu'on a établi avec notre sujet, on remarque que sa qualité de vie est **mauvaise** dans le domaine **physique, psychologique, environnemental**, par contre **une bonne QDV sociale**. Et cela dû à son attitude vis à vis les résidents.

1.10.3. Analyse du WHOQOL-OLD

Sujet	Sexe	Age	score	QDV
M ^{me} « J »	Femme	65ans	47%	faible

Tableau n°24 : Résultat obtenu dans le WHOQOL-OLD de M^{me} « J ».

Dans les résultats cités dans le tableau précédemment, on constate que notre sujet présente **une QDV faible**.

Conclusion du WHOQOL-OLD

En s'appuyant sur les résultats obtenus dans le 2^{ème} questionnaire (WHOQOL-OLD), en conclut que ce sujet présente une **faible QDV**.

Conclusion générale du cas :

D'après les informations recueillies à partir du guide de l'entretien, on constate que notre sujet présente au sein de l'institution **une mauvaise QDV ; psychologique, familiale et relationnelle**, ainsi que la QDV **somatique**.

Selon le questionnaire (WHOQOL- BREF), M^{me} « J » a obtenu des **scores faibles** dans le domaine **physique, psychologique, environnementale**, avec une **bonne QDV sociale**.

D'après les résultats obtenus dans le questionnaire (WHOQOL-OLD), on peut conclure que M^{me} « J » présente une **QDV faible**.

En général, d'après les informations recueillies et analysées durant le guide d'entretien et les deux questionnaires on conclure que notre sujet à une **mauvaise QDV**.

II. Discussion des hypothèses

Dans notre recherche, on a tenté de voir la nature de la QDV des personnes âgées placées en institution, on reprend dans ce chapitre nos hypothèses pour pouvoir les discuter, selon les résultats obtenus dans la partie pratique. Nous avons formulé trois hypothèses.

Nous avons utilisé trois outils de recherche afin de vérifier nos hypothèses, un entretien semi-directif et les deux questionnaires WHOQOL-BREF et WHOQOL-OLD sur dix cas parmi les pensionnaires de F.P.A.H de Bejaia.

Dans **la première hypothèse**, on a prédit que « **La nature de la QDV de la personne âgée placée en institution est mauvaise** ».

Pour vérifier notre 1^{ère} hypothèse, on a choisi comme outil d'évaluation, l'entretien clinique semi-directif et le WHOQOL-OLD.

M^{me} « A » : selon les informations recueillies dans l'entretien, notre sujet éprouve un isolement, tristesse, un sentiment de désespoir, ce qui signifie une souffrance psychique. Quant à sa santé elle manifeste des plaintes physiques qui s'expriment par la fatigue, manque d'énergie, problème digestif, donc des perturbations somatiques. Pour le coté relationnel **M^{me} « A »**, a quelques problèmes avec certains résidents et même avec le personnel et cela a engendré chez elle des difficultés d'intégration.

En se référant aux résultats obtenus dans le questionnaire WHOQOL-OLD **M^{me} « A »**, a obtenu un score de **48 %** ce qui renvoi a une **mauvaise QDV**.

D'après l'analyse des données obtenues dans l'entretien semi-directif et le questionnaire WHOQOL-OLD, on a confirmé notre première hypothèse pour le cas de **M^{me} « A »**.

M^r « B » : en se référant aux résultats obtenus dans l'entretien semi-directif, notre sujet manifeste des plaintes physiques qui s'expriment par des bouffées de chaleur et la faiblesse ainsi que des troubles psychiques, qui s'expriment par une agitation, irritabilité, perturbation de sommeil et l'anxiété ce qui détermine une **mauvaise QDV** somatique et psychologique. Notre sujet a obtenu un score de **44%** qui renvoie à une **mauvaise QDV**. Ce qui nous a fait déduire que notre hypothèse est confirmée.

M^r « C » : en s'appuyant sur les résultats obtenus dans l'entretien semi-directif, notre sujet présente des plaintes physiques, des troubles psychologiques et des mauvaises relations. Ce qui exprime une **mauvaise QDV**. Selon le WHOQOL-OLD, **M^r « C »** : a obtenu un score de **25%** ce qui renvoie à une **faible QDV**. D'après ces résultats notre hypothèse est confirmée.

M^{me} « D » : selon l'analyse de l'entretien semi-directif notre sujet présente des plaintes somatiques, psychologiques et familiales ainsi que des difficultés à s'intégrer dans l'institution. Par rapport aux résultats obtenus dans le questionnaire WHOQOL-OLD, notre sujet a obtenu un score de **37%** ce qui renvoie à une **faible QDV**. Ces résultats nous permettent de confirmer notre hypothèse.

M^{me} « E » : d'après les résultats obtenus dans l'entretien semi-directif notre sujet manifeste des plaintes physiques, psychologiques qui s'expriment par l'anxiété, la culpabilité, le stress, le désespoir et par conséquent la dépression, on marque une mauvaise relation avec sa famille. Donc on constate une **mauvaise QDV** somatique, psychologique, relationnelle ainsi que familiale. Selon le questionnaire WHOQOL-OLD, on conclut que notre sujet éprouve un score de **29%** qui renvoie à une **mauvaise QDV** ce qui confirme notre hypothèse.

M^r « F » : suite aux résultats obtenus dans l'entretien semi-directif notre sujet éprouve une dégradation de son état de santé physique et psychologique et ce qui concerne le relationnel notre sujet semble distant par rapport aux autres résidentes ce qui a compliqué sa situation. On se référant aux résultats obtenus dans le questionnaire WHOQOL-OLD, nous avons enregistré **22%** ce qui renvoie à une **mauvaise QDV**. Donc, notre hypothèse est confirmée par rapport aux résultats de **M^r « F »**.

M^r « G » : d'après les résultats obtenus dans l'entretien, notre sujet éprouve des plaintes physiques, psychologiques ainsi qu'un manque de communication, un isolement et une mauvaise relation avec le personnel. Les résultats obtenus dans le WHOQOL-OLD nous montre que notre sujet a obtenu un score de **35%** ce qui signifie une **mauvaise QDV**.

M^{me} « H » : en se référant aux résultats de l'entretien semi-directif, notre sujet présente des plaintes physiques, psychiques et une mauvaise QDV familiale. Selon le WHOQOL-OLD notre sujet a obtenu un score de **40%** ce qui renvoie à une mauvaise QDV. Donc notre hypothèse est confirmée par apport aux résultats de **M^{me} « H »**.

M^r « I » : d'après les résultats de l'entretien notre sujet, éprouve une souffrance psychique ainsi que somatique et une mauvaise QDV relationnelle dûes à son isolement. Selon le WHOQOL-OLD, **M^r « I »**, a obtenu **20%** ce qui détermine une **mauvaise QDV** et cela confirme notre hypothèse.

M^{me} « J » : en s'appuyant sur les performances obtenues dans l'entretien, notre sujet présente des troubles physiques et psychologiques ainsi qu'une mauvaise QDV familiale et relationnelle qui est marquée par l'isolement. On se basant sur le questionnaire WHOQOL-OLD notre sujet a obtenu un score de **20%** ce qui renvoie à une **mauvaise QDV donc** notre hypothèse est confirmée.

Effectivement, nos **dix cas** ont confirmé notre hypothèse ; qu'ils éprouvent une **mauvaise QDV** au sein de l'institution.

Dans **la deuxième hypothèse**, on a prédit que « **La vieillesse influence négativement sur la QDV de la personne âgée placée en institution** ».

Pour vérifier notre hypothèse, on a utilisé comme moyen d'évaluation, l'entretien **semi-directif et le questionnaire de WHOQOL-BREF**. Selon les donnés de l'entretien de notre sujet.

M^{me} « A » : selon les résultats obtenus dans l'entretien semi-directif la vieillesse a une influence sur la QDV de notre sujet et cela par une dégradation dans sa santé physique et la manifestation des troubles psychiques. En se référant au questionnaire de WHOQOL-BREF, notre sujet a obtenu un score de **64,28%** dans le domaine de la santé physique et un score de **70,83%** dans le domaine de la santé psychologique, et cela dû à son acceptation de son état corporel. On note **0%** dans le domine relationnel, et **21,87%** ce qui concerne le domaine de

l'environnement et cela renvoie à ses difficultés de s'adapter au changement. D'après ce qu'on a recueilli, **le vieillissement influence négativement sur la QDV des personnes âgées placées en institution**, donc notre hypothèse est confirmée.

M^r « B » en se référant à l'analyse de l'entretien semi - directif, notre sujet éprouve des manifestations somatiques et des troubles psychologiques, ce qui exprime l'influence négative de la vieillesse sur la personne âgée placée en institution. Selon les résultats de WHOQOL-BREF les scores obtenus sont **28,57%** dans le domaine de la santé physique, **20,83%** dans le domaine psychologique et **40,62%** dans le domaine environnemental, ceci nous fait comprendre à quel point la vieillesse peut influencer sur la personne âgée, par contre qu'il a obtenu un score de **58,33%** qui est un score moyen. Ce qui nous confirme notre hypothèse.

M^r « C » : on s'appuyant sur les données de l'entretien semi-directif, notre sujet présente des manifestations somatiques qui s'expriment par l'hypertension, tremblement, diminution de la vue, dans les scores obtenus du WHOQOL-BREF nous avons **28,57%** dans le domaine physique, **33,33%** dans le domaine psychologique, **33,33%** dans le domaine social et **34,37%** pour l'environnement. D'après ces résultats, on constate que **la vieillesse influence négativement sur la QDV des personnes âgées placées en institution** et cela confirme notre hypothèse.

M^{me} « D » : d'après les résultats analysés dans notre guide d'entretien semi-directif, notre sujet présente des plaintes physiques qui s'expriment par le diabète et l'hypertension engendrés par des troubles psychiques se traduisant par un trouble obsessionnel compulsif, sentiment de culpabilité. Selon le questionnaire WHOQOL-BREF, notre sujet a obtenu un score de **17,85%** dans le domaine physique, **29,16%** dans le domaine psychologique, **58,33%** dans le domaine social et un score de **25%** pour l'environnement. On marque une mauvaise QDV somatique, psychologique, environnementale, étant donné qu'une bonne QDV sociale **et cela dû à l'âge avancé**. Donc notre hypothèse est confirmée.

M^{me} « E » : selon l'entretien semi-directif notre sujet présente des plaintes physiques qui se traduisent par la perte d'énergie, manque de sommeil, tension

musculaire, fatigabilité due au déficit locomoteur. Selon le WHOQOL-BREF notre sujet a obtenu un score de 3,57% dans le domaine de la santé, 20,83% dans le domaine psychologique, 25% dans le domaine social et 21,78% dans le domaine de l'environnement, ce qui indique que **le vieillissement a un impact négatif sur la QDV de notre sujet** dans tous les domaines. Et cela confirme notre hypothèse.

M^r « F » : selon les données recueillies lors de notre entretien le sujet manifeste des plaintes physiques qui se traduisent par une diminution de la vue, paralysie partielle, douleurs musculaires, maux de tête, et troubles psychiques qui sont à l'origine de son isolement et de son anxiété.

Selon les résultats obtenus dans le questionnaire de WHOQOL-BREF notre sujet a obtenu un score de 7,14% dans le domaine de la santé physique, 12,5% dans le domaine psychologique, 0% dans le domaine social, et 3,12% dans le domaine de l'environnement qui renvoie à une faible QDV dans tous les domaines et **cela est dû à l'influence de la vieillesse sur la personne âgée placée en institution**. Donc notre hypothèse est confirmée par rapport aux résultats de M^r « F ».

M^r « G » : d'après les résultats obtenus durant l'entretien notre sujet présente des plaintes physiques et psychiques exprimées par la fatigue, sentiment de culpabilité et de mauvaise relation, il a même quelques problèmes avec les résidents, ce qui signifie une mauvaise QDV dans tous les domaines. **M^r « G »**, a obtenu selon le WHOQOL-BREF, un score de 32,14% dans le domaine physique, 33,33% dans le domaine psychologique, 33,33% dans le domaine social et 31,25% pour l'environnement, donc on souligne une mauvaise QDV dans le domaine de la santé physique, psychologique, ainsi que le domaine social et environnemental. Ce qui décrit une **influence négative de la vieillesse sur la QDV de la personne âgée donc** notre hypothèse est confirmée.

M^{me} « H » : suite aux résultats de l'entretien, notre sujet manifeste des plaintes physiques et psychologiques qui s'expriment par, l'arthrose engendrée par des douleurs intenses, perturbation émotionnelle qui s'effectue par une anxiété de la mort. Selon le WHOQOL-BREF notre sujet a obtenu un score de 14,28% dans le domaine physique, 37,5% dans le Domaine psychologique, 50% dans le domaine social, et 40,62% pour l'environnement. **Le vieillissement a**

marqué négativement la QDV, physique, psychologique, environnemental de notre sujet au sein de l'institution, ce qui confirme notre hypothèse.

M^r « I » : on se référant aux résultats de l'entretien, notre sujet éprouve des plaintes somatiques exprimées par une maladie de parkinson, la diminution de la vue, l'ulcère d'estomac, difficulté de se déplacer d'une part , d'autre part sur le plan psychique, il présente une tristesse intense, fatigue, désespoir, perte d'intérêt, et ralentissement psychomoteur. On se référant aux de WHOQOL-BREF notre sujet a obtenu un score de **42,85%** dans le Domaine de la santé, **29,16%** dans le domaine psychologique, **58,33%** dans le domaine social et **21,87%** pour environnement, notre sujet éprouve une mauvaise QDV dans tous les domaines et **cela dû à sa difficulté à accepter sa vieillesse** ce qui confirme notre hypothèse.

M^{me} « J » : suite aux résultats de l'entretien semi-directif notre sujet manifeste des plaintes physiques qui se traduisent par le diabète, l'apparition de troubles psychiques exprimés dans un discours dépressif et constatant une mauvaise relation avec le personnel ce qui a compliqué son intégration dans l'institution. D'après le WHOQOL-BREF, notre sujet a obtenu un score de **42,85%** dans le domaine de la santé, **29,16%** dans le domaine psychologique, **58,33%** dans le domaine social et **21,87%** pour l'environnement. On a déduit que notre sujet présente une mauvaise QDV et cela est du à l'influence de l'âge sur la difficulté de la personne âgée à s'adapter au changement ce qui confirme notre hypothèse.

Effectivement nos dix cas ont confirmé notre hypothèse ; que le vieillissement influence sur la QDV des personnes âgées placées en institution.

Dans **la troisième hypothèse**, on a dévoilé que « **L'institution influence négativement sur la QDV de la personne âgée** ».

On a utilisé le guide d'entretien pour vérifier notre hypothèse.

Dans un premier temps, durant l'entretien avec **M^{me} « A »** on a déduit qu'elle est plongée dans une vie sans aucun espoir étant donné que sa santé se détériore jour après jour, ce qui explique sa difficulté de s'adapter au nouveau monde, ceci **signifie que l'institution a influencé négativement sur elle** ce qui confirme notre hypothèse.

Dans un second temps, à travers la discussion qu'on a menée avec **M^r « B »** on a constaté chez lui une vision négative sur sa vie actuelle, abandonné

affirme t- il, insatisfait de lieu où il vit, la chose qui explique l'incapacité de s'adapter à la vie de groupe. En se référant à ces données, on constate alors que **l'institution a influencé négativement sur sa vie**, ce qui confirme notre hypothèse.

D'après l'analyse de l'entretien semi-directif de M^r «C » ; on constate chez lui un sentiment d'abondan et d'infériorité, sa santé s'est dégradée depuis son placement au centre, présentant des difficultés d'endormissement et réclamant qu'il n'est pas satisfait sur l'endroit où il vit ; **ce qui exprime que l'institution influence négativement sur sa vie**. Ce qui confirme notre hypothèse.

M^{me} « D » : en s'appuyant sur les résultats obtenus lors de l'entretien ; on a remarqué que M^{me} « D » présente une vision négative sur l'endroit.

Ayant une difficulté à s'intégrer dans son nouveau monde ; chose qui laisse en elle un sentiment de pessimisme et d'insécurité et par conséquent influence sur sa QDV, éprouvant certaines maladies somatiques comme le diabète et l'hypertension. **Donc cette institution a influencé négativement sur sa QD**. Ce qui notre hypothèse.

M^{me} « E » : suite aux informations récoltées dans l'entretien semi - directif, on remarque chez notre sujet un sentiment d'infériorité et elle montre une incapacité au fond d'elle puisqu'elle n'a pas le choix de vivre comme elle souhaite, sa vie n'a aucun sens, toujours isolé personne ne l'intéresse, suit a son déficit locomoteur, manifeste une perte d'énergie et de plaisir, fatigabilité. Par rapport a ces informations on clôturé que notre hypothèse est confirmée **ce qui explique que cette institution a influencé négativement sur notre sujet**.

M^r « F » : après avoir analysé notre entretien avec M^r « F » on a déduit une expression faciale triste éprouvant une souffrance profonde et intense, il se déplace en chaise roulante, cette dernière le prive de liberté et de l'autonomie. **On note que l'institution a influencé d'une manière négative sur la vie de notre sujet**. Donc, notre hypothèse est confirmée.

M^r « G » : par rapport aux informations recueillies dans le guide d'entretien, on remarque que la vie de notre sujet dans l'institution n'a aucun sens, il n'a arrive pas à accepter sa présence dans cet endroit, il s'isole et préfère mourir ou quitter l'institution ; **ce qui signifie que l'institution a influencé sur lui**. D'après ces informations on peut, clôturer que notre hypothèse est confirmée.

M^{me} « H » : d'après les résultats obtenus dans le guide d'entretien, on remarque que **l'institution négative sur sa vie** et cela par rapport à tous ce qu'on a recueilli de sa part ; elle n'a jamais imaginé qu'elle sera un jour hébergée dans le F.P.A.H, elle éprouve un sentiment d'abondan, une anxiété de mort, irritabilité et des signes de tristesse, elle souhaite toujours que sa santé physique soit améliorée traduit par son adaptation à cet endroit. Donc, notre hypothèse est confirmée

M^r « I » : concernant sa QDV, on note chez notre sujet des signes de tristesse accompagnés de sentiments de désespoir, il voit tout en noir et n'arrive pas à s'adapter à sa nouvelle vie, à cause de sa maladie de parkinson , son ulcère d'estomac et un ralentissement psychomoteur. Donc **cette institution a influencé négativement sur la vie de notre sujet** ce qui déduit que notre hypothèse est confirmée.

M^{me} « J » : on note que, notre sujet présente une vision négative sur sa vie dans l'institution, une blessure interne traduite par un sentiment de dévalorisation et d'abondant, elle n'est pas satisfaite de cette vie ni de l'endroit, elle a perdu sa liberté ; ce qui a compliqué sa situation. Pour **M^{me} « J » ; le lieu où elle est hébergée a influencé négativement sur sa vie**. Ce qui signifie que notre hypothèse est confirmée.

Effectivement, **nos dix cas** ont confirmé notre hypothèse ; que **l'institution influence négativement sur la personne âgée**.

On constate que nos hypothèses ont été confirmées par rapport à notre groupe de recherche.

Conclusion du chapitre

Cette partie s'avère très importante, car non seulement elle nous a permis de vérifier nos hypothèses et de répondre à nos questionnements, mais aussi de faire la connaissance des nouveaux outils de mesure de la QDV.

Les personnes âgées constituent un groupe social très important dans la société, leur importance est à la fois socioculturelle et démographique, dans le processus du changement social que connaissent nos sociétés traditionnelles, la perception qu'on a des vieillards a considérablement évolué.

En Algérie, une grande partie de la population continue de vivre selon des normes encore traditionnelles, l'importance de la famille comme structure sociale de base permet et favorise le plus souvent le maintien des parents au sein de la cellule familiale. Mais on assiste de plus en plus au fait de la famille nucléaire, ce qui laisse de moins en moins la place à la personne âgée dans cette dernière. Par conséquent, certaines personnes âgées se retrouvent dans des foyers d'accueil.

Ainsi, les personnes âgées vivant au F.P.A.H de Bejaia voient en celui-ci un endroit pouvant leur procurer la sécurité dont ils ont besoin. Les raisons de leur présence au foyer sont multiples et varient d'une personne à une autre.

Afin d'arriver aux objectifs retracés pour notre recherche et de vérifier nos hypothèses, nous avons opté pour la méthode clinique, qui nous permet une compréhension approfondie des sujets ; elle se caractérise également par la mise en œuvre de techniques spécifiques pour développer une étude de cas. Dans notre recherche, on a utilisé l'entretien clinique semi-directif puis nous avons appliqué deux outils : le **WHOQOL-BREF** et **WHOQOL-OLD** afin d'évaluer la QDV de chaque cas, enfin, ses outils de recherches nous ont servi pour la confirmation de nos hypothèses.

Tout au long de notre enquête sur le terrain, nous avons constaté que l'entrée en institution peut engendrer une perturbation de la QDV de la personne âgée. Suit aux scores obtenus dans le questionnaire **WHOQOL-OLD**, nos dix cas ont obtenu des scores faibles, varie entre 20 % et 48 % ce qui signifie qu'ils éprouvent une mauvaise QDV.

Nous nous rendons compte que nos hypothèses sont confirmées. En effet, la majorité des personnes âgées avaient une mauvaise QDV.

Bien que les résultats de ce travail ne peuvent en aucun cas être généralisés parce qu'ils concernent les dix cas, étudiés. Ils nous ont permis de mettre en évidence :

- La souffrance de la personne âgée placée dans l'institution.
- L'importance du milieu familial dans l'amélioration de la QDV.

- L'importance de garder les liens familiaux mêmes dans des situations de placement par nécessité ou obligation.

Reste à dire que le sujet de la personne âgée, particulièrement celle placée dans une institution nécessite d'être étudié dans des dimensions pluridisciplinaires : médicale psychologique et sociale, afin d'apaiser la souffrance d'une catégorie de personnes en situation de fragilité et de vulnérabilité (conséquences de l'âge), aggravée par un vécu teinté de sentiments d'abandon et de rejet.

Pour conclure, cette étude peut permettre à d'autres étudiants d'effectuer des études concernant ce même sujet sous un autre angle. Nous avons pensé à quelques recherches ultérieures qui peuvent être recherchées par nos camarades étudiants, et qui sont comme suit :

- La maltraitance des personnes âgées.
- La prise en charge des personnes âgées de 65ans et plus en institution
- Étude comparative de la qualité de vie des personnes âgées vivant à domicile et les personnes âgées placées en institution.

Bibliographies

Liste des ouvrages

1. Bruchon-Schweitzer. M. (2002). « **psychologie de la santé modèles, concepts et méthodes**, Paris, Dunod.
2. Browne et Al. (1997), **Conceptual approaches to the assessment of quality of life**, Psychology and Health.
3. Brown .H. (2004), **Violence envers les groupes vulnérables**, Ed Du conseil De l'Europe.
4. Cassou. B. (1997), **mesuré le vieillissement biologique**.actualité et dossier en santé publique, 21, IX.
5. Cappville. V. et Al. (2002), **la psychologie clinique et psychopathologie**, Paris, Armande Colin.
6. Cario.R. (2000), **victimologie de l'effraction du lieu inter subjectif de la restauration social**, Paris, 2em édition Harmattan.
7. Chahraoui. K. et Benony. H. (1999), **l'entretien clinique**, Paris, édition Dunod.
8. Chahraoui. K et Benony. H. (2003), **Méthode, évaluation e t recherche en psychologie clinique**, Paris, édition Dunod.
9. Cupa.D. (2002), **Psychologie en néphrologie**, Paris, EDK.
- 10.Chaponnais. M. (2008), **Placé l'enfant en institution**, 2^{eme} édition Dunod.
- 11.Di notte. D et Al, (2001). **Qualité de vie et personne démentes ; notes de synthèse d'étude longitudinal**, Qualidem.
- 12.DSM-IV. (2003), **Manuelle diagnostique et statistique des troubles mentaux**, Masson.
- 13.Dupuis et Al. (2000), **Masurement of quality of life in cardiac rehabilitation**, Champaign, Hampaign Kineticitics Publischers.
- 14.Ethgen. O. et Reginster. J.Y. (2002), **Evaluation de la qualité de vie dans les essais thérapeutiques : un pas vers une approche holistique de la santé**.
- 15.Etienne et Fontaine. (1997), **L'impact de la réadaptation cardiaque sur la qualité de vie après un pontage aorto-coronaire**, Leige.
- 16.Fischer.G. (2002), **Traité de la psychologie de la santé**, Paris, Dunod.
- 17.Guincharde-Kunstler P. et Renaud M. (2006), **Mieux vivre la vieillesse**, Les éditions de l'Atelier.

18. Guédeney. N.A. (2009), **L'attachement approche théorique du bébé à la personne âgée**, 3^{ème} édition.
19. Hérisson et Lecocq. J. (2007), **Sport, appareil locomoteur et vieillissement**, Sauramps Médical.
20. Lelièvre. N.. (2004), **Statu juridique de la personne âgée**, Heures de France.
21. Manoukian. A. (2007), **Les soignants et les personnes âgées**, 4^{ème} édition Ed Lamarre.
22. Nordenflet. L. (1994), **concepts and measurement of quality of life in health care**, Londres, Kluwer academic Publishers, chap.
23. Partik et Erickson. (1993), **La qualité de vie liée à la santé et l'ajustement psychosocial dans le domaine des maladies chroniques de l'intestin**, association de recherche en soins infirmiers (ARSI).
24. Pédiñelli .J.L. (2006), **L'observation clinique et l'étude de cas**, Armand Colin.
25. Plum Fred. (1997), **Problèmes neurologiques liés au vieillissement, CECIL Traité de médecine interne**, 1^{ère} édition française, Paris, *Médecine-Sciences, Flammarion*.
26. Rigaud A.S et Al. (2005), **Troubles psychiques des personnes âgées**, Psychiatry of the the elderly.
27. Rizzo L et Spitz E. (2002), **Qualité de vie, santé et maladie**, In
28. Rousseeau.T. (2014), **Communiquer avec un proche Alzheimer**, 2^{ème} tirage.
29. Turmel. A. (1997), **Retour de concept d'institution**, Macintosh.
30. Thompson. L.V. (2002). **Skeletal muscle adaptation with age, inactivity, and therapeutic exercise**, *J. Orthop, Sports Phys, Ther.*

Les revues

31. Faucher. N. (2000), **Trouble de la marche et chute de sujet âgé**, In la revue du praticien, N°50, Paris, p1245.
32. Leplège et Al. (2012), **le WHOQOL-OLD**, In La revue de la médecine interne, N°34, Elsevier Masson, p.78-84.

33. Pasquier. F. (2000), **Maladie d'Alzheimer**, In la revue du praticien, N°50, Paris, p.1831.
34. Wolmark .Y. (1998), **Perte d'autonomie du sujet âgé**, In la revue du praticien, N°48, Paris, p.1836.

Les dictionnaires

1. Bloch. H et Al. (2011), **le grand dictionnaire de la psychologie**, paris
2. Sillamy. N. (1980), **Dictionnaire de la psychologie**, Édition Janine Faure.

Les thèses

3. Boudouda. N.E. (2013), **Les immigrés maghrébins à preuve du vieillissement : concept de soi et qualité de vie**, Thèse de magistère. Université de Bordeaux II.
4. Lilia. D.O. (2012), **La maltraitance des personnes âgées**, Thèse de doctorat, université Mentouri.
5. Sophie. L. (2009), **Qualité de vie et développement post- traumatique de patientes en remissions a long terme d'un cancer su sein**, Thèse de doctorat, université de Nantes
6. Liliana. T. (2012), **L'impact de la comorbidités, de la qualité du sommeil et de la fragilité psychocociale sur la qualité de vie des personnes âgées**, thèse de doctorat, université Joseph Fourier.
7. Saloppé. X. et Pham T.H. **impact des troubles mentaux sur la qualité de vie perçu par des patients issus d'un hôpital psychiatrique sécuritaire**, université de Mons, Belgique.

Site internet : fichier PDF

8. <http://www.jlchpey.free..fr>
9. <http://www.geopopulation.com>

Les annexes

Annexe n°1 : Guide d'entretien, traduit en kabyle

Information générale sur le sujet

1. aḥal deg leemer-ik /im?
2. ma tjewjed ?
3. anda tewwdeḡ deg ulmad ?
4. tettfeḡ yakan axeddim ? ma yella ih ,dacu-t ?
5. tesseiḡ axxam ?
6. tesseiḡ dderya ?
7. Teseiḡ atmaten d tsetmatin ?

AXE I : la personne âgée placée en institution

8. tzemreḡ ad iyi-d-tiniḡ seg melmi telliḡ deg tsuddut-a ?
9. dacu-tt tmentelt i k-yeḡḡan tekkiḡ ar umkan-a ?
10. danwa I k-iwelhen yer tsuddut-a ?
11. s lebyi-inek i tekkiḡ yer umkan-a ?

AXE II: la qualité de vie

12. amek i d-teddreḡ tikkin-inek ?
13. amek i tettwaliḡ tudert-ik n tura ? ayyer?
14. dacu i d abeddel i twalaḡ seg tikkin-inek ?
15. dacu-tt tmuyli i tesseiḡ yef umkan-a ?
16. amek i tesεeddayeḡ lewaqet-ik ?
17. tettekkiḡ deg yiqeddacen yettilin deg tsuddut-a ?
18. ttasen-d yur-k yimdanen ? atas n tikkal ney drus ?
19. dacu i tettḥulfuḡ seld yal tisin ?
20. tettmagareḡ uguren deg umkan-a ? ma ih n wacu tasekka ?
21. amek-iten wassayen-ik d wid yellan deg tsuddut-a ?
22. amek-iten wassayen-ik d yixeddamen ?
23. amek tettwaliḡ liḥala n tdamsa-inek segmi i tekkiḡ yer da ?
24. tesseiḡ uguren n tezmert ? ma ih n wacu tasekka ?
25. amek-itt liḥala n tnefsit-ik di lawan-a ? ayyer ?
26. amek i tettḥulfuḡ deg umkan-a ?
27. dacu-tt tmuyli-inek yef wayen txeddem tsuddut-a ?

AXE III: la projection dans la venir

28.dacu-tt tmuyli-inek yef yimal-ik?

29. tessid imahilen?

30. dacu i tessamed ?

31.dacu i tkukrad ? ayyer ?

Annexe n°2: Guide de l'entretien semi-directif

Les informations générales sur le sujet

1. Quel est votre âge ?
2. Quel est votre état civil ?
3. Quel est votre niveau d'instruction ?
4. Vous avez déjà exercé un travail ? Si oui lequel ?
5. Vous possédez une demeure ?
6. Avez-vous des enfants ?
7. Avez-vous des frères et des sœurs ?

Axe I : la personne âgée placée en institution

8. Pouvez-vous me dire de puis comme bien de temps vous été placé dans cette institution ?
9. Pour quelle raison vous été placé dans cet endroit ?
10. Qui vous a orienté vers cet institut ?
11. Est-ce que vous été installé dans ce centre par votre propre volonté ? Pourquoi ?

Axe II : la QDV

12. Comment avez-vous vécu votre placement ?
13. Comment vous estimez votre vie actuelle ? Pourquoi ?
14. Quel est le changement que vous avez constaté depuis votre placement ?
15. Quelle vision avez-vous sur cet endroit ?
16. Comment vous occupez votre temps ?
17. Est-ce que vous participez à des activités dans cette institution ?
18. Vous recevez des visites ? Avec quelle fréquence ?
19. Que ressentez-vous après chaque visite ?
20. Rencontrez-vous des soucis dans cet endroit ? Si oui de quel type ?
21. Quel sont vos rapport avec les résidents de cette institution ?
22. Quelles sont vos relations avec le personnel ?
23. Comment voyez-vous votre état de santé après avoir été placé ici ?
24. Est-ce que vous avez des soucis de santé ? Si oui quel type ?
25. Quel est votre état psychique actuellement ? Pourquoi ?
26. Comment vous sentez vous dans cet endroit ?

27. Quel regard portez-vous sur la prise en charge de l'institution ?

Axe III : la projection dans l'avenir

28. Quelle vision avez-vous de votre avenir ?

29. Avez-vous des projets ?

30. Quels sont vos souhaits ?

31. Que redoutez-vous ? Pourquoi ?

Annexes

Annexe n°3 : WHOQOL-BREF traduit en kabyle

Date :.....

Nom :.....

Prénom :.....

1. Amek i tettwaliḍ tudert-ik (im)?	diri-tt <input type="checkbox"/>	telwi <input type="checkbox"/>	ur telwi/ ur lɛali-tt <input type="checkbox"/>	lɛali-tt <input type="checkbox"/>	lɛali-tt mliḥ <input type="checkbox"/>
-------------------------------------	-------------------------------------	-----------------------------------	--	--------------------------------------	---

2. Tettwaqenɛd s tezmert-ik (im)?	urttwaqenɛy- ara mliḥ <input type="checkbox"/>	urttwaqenɛy- ara <input type="checkbox"/>	ttwaqenɛy/ urttwaqenɛy ara <input type="checkbox"/>	ttwaqenɛy <input type="checkbox"/>	ttwaqenɛy mliḥ <input type="checkbox"/>
-----------------------------------	--	---	--	---------------------------------------	---

3. Lqerḥ iyellan deg tfeka inek (inem) , yezzga daɛwiq yef wayen itebyitd?	maṭṭi <input type="checkbox"/>	čwiya <input type="checkbox"/>	lɛali-tt <input type="checkbox"/>	bezzaf <input type="checkbox"/>	aṭas <input type="checkbox"/>
4. Tuḥwajed ddwa ya las ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Tḥemled tudert-ik (im)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Tsekte-k belli tudert-ik (im) tesɛa anamek?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Tzemred ad trekzed?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Tḥulfaḍ deg laman itelliḍ deg tudert-ik (im) n yal as?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Tettidired deg twennaṭ zeddigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Teseid aṭas n leḥrara deg tudert-ik n yal as?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Tqebleḍ stfekka-inek (inem)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Teseid aṭas n yedrimen s waču ara d-tawid ayen tuḥwajed?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Teseid akččum yer yissallen iwatan i tudert-ik (im) n yal ass?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Annexes

14. Tseɛɛum tiswiɛin tagnit iwakken ad txedmem ayen i aken-yehwan?	<input type="checkbox"/>				
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

15. Amek i tessawaɗem ad teddum?	yuɛer mɔɓli <input type="checkbox"/>	yuɛer <input type="checkbox"/>	yeshel ɕwiya <input type="checkbox"/>	yeshel <input type="checkbox"/>	yeshel aɗas <input type="checkbox"/>
----------------------------------	---	-----------------------------------	--	------------------------------------	---

16. Tettwaqenɛem s yiɗs-nwen?	urttwaqenɛey-ara mliɓ <input type="checkbox"/>	urttwaqenɛey-ara <input type="checkbox"/>	ttwaqenɛey/urttwaqenɛey ara <input type="checkbox"/>	ttwaqenɛey <input type="checkbox"/>	ttwaqenɛey mliɓ <input type="checkbox"/>
17. Tettwaqenɛem s tezmert-nwen iwakken txedmem leɕyalat nwen n yal ass?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. Tettwaqenɛed s tezmert-nwen iwakken ad txedmem akken iwata deg lxedma – nwen?	urttwaqenɛey-ara mliɓ <input type="checkbox"/>	urttwaqenɛey-ara <input type="checkbox"/>	ttwaqenɛey/urttwaqenɛey ara <input type="checkbox"/>	ttwaqenɛey <input type="checkbox"/>	ttwaqenɛey mliɓ <input type="checkbox"/>
19. Tettwaqenɛed s yiman-ik (im)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Tettwaqenɛed s wassayen tesɛid d wiyyid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Tettwaqenɛed s tudert-ik (im) n tuzzuft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Tettwaqenɛed s usalel n yimdukal-ik (im)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Tettwaqenɛed s wemkan anda tettidireɗ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Tettwaqenɛed s unkɕum-ik (im) yer sbitar n tezmert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Tettwaqenɛed s wallalen –nwen n usenqel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Annexes

26. yur-k (m) tiswiεin ifran ndiri am la aqadeε n lay-ass, anezmi ney asmiyjej ney tteqlaq?	xaṭi <input type="checkbox"/>	tiswiεin <input type="checkbox"/>	tiswiεin čwiya <input type="checkbox"/>	tiswiεin mliḥ <input type="checkbox"/>	mkul lweqt <input type="checkbox"/>
--	---	---	---	--	---

Annexes

Annexe n°4 : WHOQOL-BREF

1. comment évaluer vous votre qualité de vie	Très faible	Faible	Ni faible ni bonne	Bonne	Très bonne
---	--------------------	---------------	---------------------------	--------------	-------------------

2. comment évaluer vous votre qualité de vie ?	très insatisfait (e)	insatisfait(e)	Ni satisfait(e) ni insatisfait (e)	Satisfait	Très satisfait
---	-----------------------------	-----------------------	---	------------------	-----------------------

	Pas du tout	Un peu	modérément	Beaucoup	extrêmement
3. La douleur physique vous empêche-t-elle de faire ce dont vous avez envie ? 4. Avez-vous besoin d'un traitement médical quotidiennement ? 5. Aimez-vous votre vie ? 6. Estimez-vous que votre vie a du sens ? 7. Etes-vous capable de vous concentrer ? 8. Vous sentez-vous en sécurité dans votre vie quotidienne ? 9. Vivez-vous dans un environnement sain ? 10. Avez-vous assez d'énergie dans votre vie quotidienne ? 11. Acceptez-vous votre apparence physique ? 12. Avez-vous assez d'argent pour satisfaire vos besoins ? 13. Avez-vous accès aux informations nécessaires pour votre					

Annexes

<p>14. Comment arrivez-vous à vous déplacer ?</p>	<p>Très difficilement</p>	<p>Difficilement</p>	<p>Assez facilement</p>	<p>Facilement</p>	<p>Très facilement</p>
<p>15. Etes-vous satisfait(e) de votre sommeil ? 16. Etes-vous satisfait(e) de votre capacité à effectuer les tâches de la vie ?</p>	<p>Très insatisfait(e)</p>	<p>Insatisfait(e)</p>	<p>Ni satisfait(e) ni insatisfait(e)</p>	<p>Satisfait(e)</p>	<p>Très satisfait(e)</p>
<p>17. Etes-vous satisfait(e) de votre capacité à effectuer votre activité professionnelle ? 18. Etes-vous satisfait(e) de vous ? 19. Etes-vous satisfait(e) de vos relations avec les autres ? 20. Etes-vous satisfait(e) de votre vie sexuelle ? 21. Etes-vous satisfait(e) du soutien de vos amis ? 22. Etes-vous satisfait(e) de votre lieu de vie ? 23. Etes-vous satisfait(e) de votre accès aux services de santé ?</p>	<p>Très insatisfait(e)</p>	<p>Insatisfait(e)</p>	<p>Ni satisfait(e) ni insatisfait(e)</p>	<p>Satisfait(e)</p>	<p>Très satisfait(e)</p>
<p>26 Avez-vous souvent des sentiments négatifs tels que la mélancolie, le désespoir, l'anxiété ou la dépression ?</p>	<p>Jamais</p>	<p>Parfois</p>	<p>Assez souvent</p>	<p>Très souvent</p>	<p>Tout le temps</p>

*Vérifiez s'il vous plaît que vous avez répondu à toutes les questions
 Merci de votre participation*

Annexe

Annexe n°5: questionnaire WHOQOL-OLD traduit en kabyle

F.25.1 Yadra asedres n yiferdisen uḥulfu(smeε- asekud) simal assazayen tudert-ik (im) n yal ass?

Maṭṭi	čwiya	leali-tt	bezzaf	aṭas
1	2	3	4	5

F25.3 Asedres-a n yiḥulfan zgan-d d ugur i tikkin-ik (im) deg kera n lečyal ?

Maṭṭi	čwiya	leali-tt	bezzaf	aṭas
1	2	3	4	5

F26.1 dkečč, ney d kemm I yettrayin fell-ak (-am) ?

Maṭṭi	čwiya	leali-tt	bezzaf	aṭas
1	2	3	4	5

F26.2 Amek tezriḍ, ad tiliḍ dima d anemhal yef yimal-ik (im) ?

Maṭṭi	čwiya	leali-tt	bezzaf	aṭas
1	2	3	4	5

F26.4 yaḍra, wid i k-d-yezzin, ttqadaren tilelli-k (im) ?

Maṭṭi	čwiya	leali-tt	bezzaf	aṭas
1	2	3	4	5

F29.2 yaḍra tesnuzgumed I tmettant-ik (im) ?

Maṭṭi	čwiya	leali-tt	bezzaf	aṭas
1	2	3	4	5

F 29.3 lmut teffey afus-ik ur teḥkimed deg-s, amek itt-tettwaliḍ ?

Maṭṭi	čwiya	leali-tt	bezzaf	aṭas
1	2	3	4	5

F 29.4 tuggaḍ lmut ?

Maṭṭi	čwiya	leali-tt	bezzaf	aṭas
1	2	3	4	5

Annexe

F 29.5 tuggaḍ ad tesufriḍ send ad temteḍ ?

Maṭṭi	čwiya	lɛali-tt	bezzaf	aṭas
1	2	3	4	5

F 25.4 yaḍra mi yenqes (usekkud, d smee) tesseḍ ugur deg taywalt-ik akked wiyiḍ ?

Maṭṭi	čwiya	lɛali-tt	bezzaf	aṭas
1	2	3	4	5

F 26.3 amek tzemreḍ ad txedmeḍ tiyawsiwin i tebyiḍ ?

Maṭṭi	čwiya	lɛali-tt	bezzaf	aṭas
1	2	3	4	5

F 27.3 yaḍra mazal-ak (am) kra n tyawsiwin id tebyiḍ ad txedmeḍ deg tuderti-ik (im) ?

Maṭṭi	čwiya	lɛali-tt	bezzaf	aṭas
1	2	3	4	5

F 27.4 yaḍra yttunefk-k (-am) wazal testahqeḍ ?

Maṭṭi	čwiya	lɛali-tt	bezzaf	aṭas
1	2	3	4	5

F28.4 Aṭas n tyawsiwin i txaddmeḍ yal ass ?

Maṭṭi	čwiya	lɛali-tt	bezzaf	aṭas
1	2	3	4	5

F27.5 yaḍra terḍiḍ yef wayen akk txedmeḍ, dituderti-ik ?

ur ttwaqen εey ara mliḥ	ur ttwaqen εey ara	ttwaqen εey/ ur ttwaqen εey ara	ttwaqen εey	ttwaqen εey mliḥ
1	2	3	4	5

Annexe

F28.1 iejeb-ak (-am) wamek tesæddayed akud ?

ur ttwaqen εey ara mlih	ur ttwaqen εey ara	ttwaqen εey/ ur ttwaqen εey ara	ttwaqen εey	ttwaqen εey mlih
1	2	3	4	5

F28.2 terdiq yef uswir ideg tellid ?

ur ttwaqen εey ara mlih	ur ttwaqen εey ara	ttwaqen εey/ ur ttwaqen εey ara	ttwaqen εey	ttwaqen εey mlih
1	2	3	4	5

F28.7 yaḍra tesffayaded deg uxeddim akked ugraw ?

ur ttwaqen εey ara mlih	ur ttwaqen εey ara	ttwaqen εey/ ur ttwaqen εey ara	ttwaqen εey	ttwaqen εey mlih
1	2	3	4	5

F27.1 yaḍra ejebn-ak (am) yisenfaren i ak-d-ittunefken ?

tḥzen mlih	tḥzen	ur tefriḥ ur tḥzin	teffraḥ	teffraḥ mlih
1	2	3	4	5

F25.2 amek tga twuri n yiferdisen nuḥulfu-k (-m) ?

diritt mlih	diritt	ur diritt ur lealitt	lealitt	lealitt mlih
-------------	--------	-------------------------	---------	--------------

Annexe

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

F 30.2 yur-k (-m) tadukkli deg imdukkal lan azal ?

Maṭṭi	čwiya	lɛali-tt	bezzaf	aṭas
1	2	3	4	5

F 30.3 Amek tla tayri deg tmeddurt-ik (im) ?

Maṭṭi	čwiya	lɛali-tt	bezzaf	aṭas
1	2	3	4	5

F 30.4 yaḍra tesseid yakan tagnit akken ad ṭhemleḍ ?

Maṭṭi	čwiya	lɛali-tt	bezzaf	aṭas
1	2	3	4	5

F 30.7 yaḍra amek i tettuhemleḍ ?

Maṭṭi	čwiya	lɛali-tt	bezzaf	aṭas
1	2	3	4	5

Annexe n°6 : questionnaire WHOQOL-OLD

F 25.1 Dans quelle mesure la diminution de l'usage de vos sens (l'ouïe, la vue, le toucher, le goût, l'odorat) affecte-t-elle votre vie quotidienne ?

Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Énormément
1	2	3	4	5

F 25.3 La perte de l'usage de vos sens (l'ouïe, la vision, le goût, l'odorat, le toucher) affecte-t-elle vos possibilités de participer à des activités ?

Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Énormément
1	2	3	4	5

F 26.1 Avez-vous la liberté de prendre vous-même les décisions vous concernant ?

Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Extrêmement
1	2	3	4	5

F 26.2 Avez-vous l'impression de contrôler votre avenir ?

Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Extrêmement
1	2	3	4	5

F 26.4 Avez-vous l'impression que les personnes qui vous entourent respectent votre liberté ?

Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Extrêmement
1	2	3	4	5

F 29.2 Êtes-vous préoccupé(e) par la façon dont vous allez mourir ?

Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Extrêmement
1	2	3	4	5

F 29.3 Appréhendez-vous de ne pas pouvoir contrôler votre mort ?

Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Extrêmement

Annexe

Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Extrêmement
1	2	3	4	5

F 29.4 Avez-vous peur de mourir ?

Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Extrêmement
1	2	3	4	5

F 29.5 Avez-vous peur de souffrir avant de mourir ?

Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Extrêmement
1	2	3	4	5

F 25.4 Dans quelle mesure des difficultés de fonctionnement de vos sens (l'ouïe, la vue, le goût, l'odorat, le toucher) affectent-elles vos possibilités de contact et d'échange avec les autres ?

Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Entièrement
1	2	3	4	5

F 26.3 Dans quelle mesure êtes-vous capable de faire les choses que vous voudriez faire ?

Pas du tout	Un peu	Modérément	Très	Entièrement
1	2	3	4	5

F 27.3 Avez-vous suffisamment l'occasion de continuer à accomplir des choses dans votre vie ?

Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Entièrement
1	2	3	4	5

F 27.4 Avez-vous le sentiment d'être reconnu(e) dans la vie comme vous le méritez ?

Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Entièrement
1	2	3	4	5

F 28.4 Avez-vous l'impression d'avoir assez de choses à faire chaque jour ?

Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Entièrement
1	2	3	4	5

F 27.5 Êtes-vous satisfait(e) de ce que vous avez accompli dans votre vie ?

Annexe

Très insatisfait(e)	Insatisfait(e)	Ni satisfait(e), ni insatisfait(e)	Satisfait(e)	Très satisfait(e)
1	2	3	4	5

F 28.1 Êtes-vous satisfait(e) de la façon dont vous passez votre temps ?

Très insatisfait(e)	Insatisfait(e)	Ni satisfait(e), ni insatisfait(e)	Satisfait(e)	Très satisfait(e)
1	2	3	4	5

F 28.2 Êtes-vous satisfait(e) avec votre niveau d'activité ?

Très insatisfait(e)	Insatisfait(e)	Ni satisfait(e), ni insatisfait(e)	Satisfait(e)	Très satisfait(e)
1	2	3	4	5

F 28.7 Êtes-vous satisfait(e) des opportunités que vous avez de prendre part à des activités collectives ?

Très insatisfait(e)	Insatisfait(e)	Ni satisfait(e), ni insatisfait(e)	Satisfait(e)	Très satisfait(e)
1	2	3	4	5

F 27.1 Êtes-vous heureux(se) des projets et des perspectives qui se présentent à vous ?

Très malheureux (se)	Malheureux (se)	Ni heureux (se), ni malheureux (se)	Heureux (se)	Très heureux (se)
1	2	3	4	5

F 25.2 Comment qualifierez-vous le fonctionnement de vos sens (l'ouïe, la vue, le goût, l'odorat, le toucher) ?

Très mauvais	Mauvais	Ni bon, ni mauvais	Bon	Très bon
1	2	3	4	5

F 30.2 Dans quelle mesure ressentez-vous de la camaraderie dans votre vie ?

Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Énormément
1	2	3	4	5

F 30.3 Dans quelle mesure ressentez-vous de l'amour dans votre vie ?

Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Extrêmement
1	2	3	4	5

F 30.4 Dans quelle mesure avez-vous des occasions d'aimer ?

Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Entièrement
1	2	3	4	5

F 30.7 Dans quelle mesure avez-vous l'occasion d'être aimé(e) ?

Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Entièrement
1	2	3	4	5

Veillez contrôler que vous avez répondu à toutes les questions

Merci beaucoup pour votre collaboration.

Annexes

Annexe n°7

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
F25.1	1	2	4	4	3	4	1	3	4	1
F25.3	1	2	4	3	3	5	1	3	5	1
F26.1	3	1	4	3	2	1	1	4	2	2
F26.2	3	2	1	2	3	1	2	3	1	2
F26.4	3	3	2	1	2	2	1	3	2	1
F29.2	3	3	4	4	5	3	5	5	5	3
F29.3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
F29.4	2	3	1	1	2	2	1	5	1	1
F29.5	1	5	5	5	5	5	1	5	5	5
F25.4	1	2	3	3	2	3	2	3	4	1
F26.3	1	4	1	4	1	3	1	1	1	3
F27.3	5	3	1	5	1	2	1	3	1	2
F27.4	1	2	1	3	1	1	1	4	2	1
F28.4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
F27.5	2	2	2	4	2	2	2	1	2	2
F28.1	2	4	1	2	3	3	2	1	2	2
F28.2	3	2	1	2	2	1	4	1	2	4
F28.7	2	1	3	1	2	1	3	3	3	3
F27.1	2	3	3	3	3	1	1	3	1	2
F25.2	5	2	1	2	3	2	3	3	2	5
F30.2	1	4	1	2	1	1	2	3	1	4
F30.3	3	2	1	1	2	2	1	3	1	2
F30.4	3	3	3	1	1	1	1	4	1	1
F30.7	2	3	1	1	1	2	1	4	2	3
totale	48%	44%	25%	37%	29%	22%	35%	40%	20%	47%

Tableau n°25 : Récapitulatif du questionnaire de « WHOQOL-OLD »