

Université Abderrahmane Mira (Aboudaou) de Bejaia

Faculté des sciences humaines et sociales

Département de Science Sociale

Option : Psychologie Clinique

Mémoire Présenté en vue de L'obtention du Diplôme de **MASTER**

En Psychologie Clinique

THÈME

*Les Manifestations Dépressives Chez les
Personnes Âgées Placées en Institution
[étude de 05 cas]*

Réalisé par :

M^{me} : Djouad Nour El Houda

M^{elle} : Djermoune Khadidja

Encadré par :

M^{me} : Douakh Alima

Promotion : 2014-2015

REMERCIEMENT

Nos remerciements s'adressent d'abord à ALLAH le tout puissant de nous avoir donné la santé, la patience, et la volonté de pouvoir réaliser ce travail.

Un grand merci à notre promotrice Mme DouakhAlimad'avoir accepté de nous encadrer pour notre projet de fin d'études, ainsi que pour son soutien, ses remarques pertinentes,et pour sa présence.

Nos remerciementsvont aussi à MmeOulbsir Souadpour son accompagnement et ses remarques pendanttoute la période du stage ainsi qu'à tous le personnel du foyer.

Ce mémoire n'aurait pas été possible sans l'aimable contribution de toutes ces personnes âgées qui ont consacré un peu de temps et d'énergie. Je tiens donc à les remercier pour leur participation.

Nos remerciements vont également aux membres de jury de nous avoir honoré en acceptant de juger notre modeste travail. Veuillez trouver ici le témoignage de notre respect le plus profond.

*En fin, notre reconnaissance va à tous ceux qui cherchent dans une certaine humanité à mieux accompagner les personnes âgées abandonnées, dans ce monde qui est de moins en moins humain. Ou
Alors, qu'est-ce que le fait humain?*

NOUR EL HOUDA, Khadija.

DÉDICACES

Je dédie ce modeste travail

À mes chers parents, pour leur amour, leur soutien moral et financier, et leurs encouragements, qu'ils m'ont offert tout au long de mes études. Aucune dédicace ne pourrait exprimer mon respect, ma considération et mes profonds sentiments envers eux.

À mes frères, Abdel Aziz et Abdel Ghani, pour leurs soutiens et encouragement.

À binôme Nour El Houda, pour sa compréhension et sa contribution à la réalisation de ce travail.

À ma promotrice Mme Douakh Alima, pour sa précieuse attention.

À mes copines Louisa, Sonia, Rahima, Meriem.

Évidemment au personnels et aux résidants du foyer, et à la psychologue du foyer qui nous a beaucoup aidée.

À tous ceux qui de près ou de loin ont apporté leur contribution à la réalisation de ce travail, je vous prie de trouver l'expression de ma profonde reconnaissance.

KHADÏDJA

DÉDICACES

Je dédie ce modeste travail

À mes chers parents, pour leur amour, leur soutien moral et financier, et leurs encouragements, qu'ils m'ont offert tout au long de mes études. Aucune dédicace ne pourrait exprimer mon respect, ma considération et mes profonds sentiments envers eux.

À mon époux Nabil, pour sa patience, tous ses sacrifices consentis et ses précieux conseils, et qui n'a pas cessé de m'encourager à aller de l'avant.

À mes frères Youcef et Sid Ali qui m'ont servi d'exemple, de persévérance et de courage.

À binôme Khadîdja, pour sa compréhension et sa contribution à la réalisation de ce travail.

À ma promotrice Mme Douakh Alima, pour sa précieuse attention.

Évidemment au personnels et aux résidants du foyer, et à la psychologue du foyer qui nous a beaucoup aidée.

À tous ceux qui de près ou de loin ont apporté leur contribution à la réalisation de ce travail, je vous prie de trouver l'expression de ma profonde reconnaissance.

NOUR EL HOUDA

Table des matières

Introduction à l'étude

1. Choix du thème.....1
2. Le cadre référentiel de la recherche.....1
3. Liste d'abréviation.....2
4. Définition et opérationnalisation des concepts clés.....3

Introduction générale.....5

Problématique et hypothèse.....7

Partie théorique

Chapitre I

La dépression

Introduction.....15

1-Définition.....15

1-1-Définition étymologique de la dépression.....15

1-2-Définition de la dépression.....15

2-histoire de la dépression.....16

3-les symptômes de la dépression.....1

5-Les types de troubles de l'humeur.....21

6-les causes de la dépression.....

7-Les critères du DSM-4 concernant l'épisode dépressif majeur.....26

8- le sens de la dépression.....27

9-Les théories étiopathogénique de la dépression.....29

II/ La dépression du sujet âgé.....	31
1-La particularité clinique de la dépression du sujet âgé.....	31
2-Epidémiologie.....	33
3-Dépistage.....	34
4-Les dynamiques psychiques de la dépression du sujet âgé.....	35
5-L'intégration des sens de la dépression du sujet âgé	36
6-Les facteurs favorisant la dépression chez le sujet âgé.....	37
7-Les formes de la dépression du sujet âgé.....	38
8-Les modèles théoriques de la dépression du sujet âgé.....	40
9-Les conséquences de la dépression chez les personnes âgées.....	42
10-Le traitement de la dépression du sujet âgé.....	44
11-objectif de traitement.....	44
<i>Conclusion</i>	46

Chapitre II : vieillesse et vieillissement

Le Plan

Introduction.....	48
1. Définition	48
1.1Définition du vieillissement.....	48
1.2Définition de la vieillesse	49
2. Les époques de vieillissement	50
2.1L'adulte vieillissant.....	50
2.2L'adulte vieux.....	50
2.3 Le vieillard.....	50

2.4. Le vieillard malade.....	50
3. La structure de la population âgée.....	51
4. La vieillesse du point de vue de spécialités relatives au vieillissement.....	51
III. 1. Les changements relatifs au vieillissement.....	54
1.1Le vieillissement corporel	54
1.1.1L'image inconsciente du corps.....	54
1.1.2L'échelle de la cellule.....	55
1.2 Les organes et les fonctions	56
1.3La fonction sexuelle.....	57
1.4La sénescence de la perception	57
1.4.1L'ouïe.....	58
1.4.2La vue.....	59
1.4.3Le goût et l'odorat.....	59
1.5. La sénescence des cognitions	59
1.5.1La perte de la liquidité mentale.	60
1.5.2La mémoire.....	60
1.5.3Les difficultés d'acquisition intellectuelles nouvelles.....	61
1.5.4La difficulté croissante à l'adaptation à des situations nouvelles.....	61
1.5.5Le radotage et le rabâchage.....	61
1.6 Aspects psychoaffectif du vieillissement	62
1.6.1Le vieillissement et capacités motrices	63
7Les facteurs d'influence de la forme et de la santé physiques.....	64
7.1la nutrition.....	65
III. Les différents modèles théoriques du vieillissement	65

1. Les théories du désengagement, de l'activité et de la continuité	66
1.1 Théorie du milieu social	66
1.2 La théorie psychosociale d'ERIKSON	66
1.3 Les théories du vieillissement programmé	67
1.4 La théorie du vieillissement variable.....	67
2. La vie sociale des personnes âgées	68
2.1 Les relations interpersonnelles des personnes âgées	69
IV/ Prévention et bien vieillir	72
1 La prévention de la vieillesse	72
2 La prévention des risques	73
3 Le vieillissement réussi	73
3. Les disciplines et les spécialités relatives à la vieillesse.....	74
3.1 La gériatrie	74
3.2 La gérontologie.....	74
3.4 La géronto-psychiatrie	74
3.5 La psycho-gérontologie	75
3.6 Psychologie du développement.....	75
3.7 La psychologie de la sénescence.....	75
<i>CONCLUSION</i>	75

Chapitre III

Le cadre méthodologique

-introduction.....	76
1-La présentation du lieu de la recherche.....	76

2-Population d'étude et les caractéristiques du choix.....	79
3-méthode et outils de la recherche.....	79
3.1La méthode clinique.....	79
4-Les outils d'investigation.....	82
5-La présentation de l'échelle de Beck.....	84
6-Déroulement de la recherche.....	87
Conclusion du chapitre.....	88

Chapitre III

Le cadre pratique

1 la présentation et l'analyse des cas.....	89.
1. Présentation et analyse du cas « Djamila ».....	89
2. Présentation et analyse du cas « Idris ».....	97
3. Présentation et analyse du cas « Lina ».....	102
4. Présentation et analyse du cas « Mouloud ».....	108
5. Présentation et analyse du cas «Linda ».....	114
2 discussions des résultats.....	119
Conclusion générale.....	121

Liste bibliographique

Les annexes

Introduction à l'étude

1. choix du thème

C'est en s'adhérant dans une association culturelle de Bejaia que nous avons décidé de se focaliser sur cette étape dans le développement humain de la personne, en allant de la question comment on vieillit, et quels sont les changements et les maladies relatifs à ce stade, lors d'une activité menée au foyer des personnes âgées au profit de ces derniers on a remarqué que la plupart de ces personnes ont été triste et replié sur elle-même chose qui a provoqué notre curiosité de recherche sur le phénomène du vieillissement ainsi que sur le comportement de ces derniers.

2. Le cadre référentiel de la recherche

Pour pouvoir réaliser notre étude intitulée « *les manifestations de la dépression chez les personnes âgées placées en institution* », on s'est référé à l'approche contivo-comportementale qui représente l'application de principes issus de la psychologie scientifique à la pratique clinique, elle nous a servi dans l'étude de la dépression puisqu'elle est penchée sur l'étude des cognitions (les idées) afin de modifier le comportement qui en résulte, mais cela ne veut pas dire qu'on n'a pas fait recours à d'autres approches telles que l'approche familiale analytique pour nous permettre d'explorer davantage l'histoire transgénérationnelle pour reconstruire le passé refoulé, en utilisant les fantasmes, le transfert et le contre-transfert. Ainsi que la discipline psychiatrique pharmacologique.

3. Liste d'abréviation

-APC : Assemblée populaire communale.

-BDI-II : Inventaire de dépression de Beck.

-DSM-IV-TR : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, texte révisé.

-FPAH : Foyer pour personnes âgées et/ou handicapées.

-OMS : Organisation mondiale de la santé.

-PMD : Psychose maniaco-dépressive.

RGPF: Recensement national de la population.

SDF : sans domicile fixe.

4 Définition et opérationnalisation des concepts clés :

1. Dépression

« La dépression est un état morbide, plus durable, caractérisé essentiellement par la tristesse et une diminution du tonus de l'énergie, anxieux, las, découragé, le sujet déprimé est incapable d'affronter la moindre difficulté, il souffre de son impuissance et à l'impression que ses facultés intellectuelles, notamment l'attention et la mémoire, sont dégradées le sentiment d'infériorité qui en résulte augmente encore sa mélancolie ». (N. Sillamy, 2003, p79).

2. La vieillesse

« Le vieillissement est la détérioration d'un organisme mature résultant de changements liés au temps, essentiellement irréversibles et propres à tous les membres d'une espèce, de sorte que, avec le temps, ils deviennent de moins en moins capables de faire face au stress de l'environnement, et de ce fait accroissent la probabilité de la mort ». (Pierre Charazac, 2011, p7).

3. La sénescence

« La sénescence désigne à la fois le temps de la vieillesse et le processus de vieillissement. La sénilité désigne spécifiquement la pathologie de l'âgé ». (Ibid. p7).

4. La personne âgée

Adulte matures en continuel devenir et confrontée à des périodes de crise tout comme les adolescents et les enfants ; crise qui d'ailleurs pour X. LEROY (11) comporte trois dimensions : la crise d'identité, rapport à soi-même et aux valeurs, la crise d'autonomie, rapport à la satisfaction des besoins et la crise d'appartenance, rapport à la société et au courant même de la vie. (Www. Cairn. Info).

5. L'institution

Il s'agit d'une prestation d'aide sociale aux personnes âgées, prévue par l'article 157 du code de la famille et de l'aide sociale, qui est soumise aux conditions générales de l'admission à l'aide aux personnes âgées, ainsi qu'aux contraintes des récupérations. Ce genre de placement est plus économique et plus individualisé qu'un séjour en établissement. (*G. Ferrey et G. Le Gouès, p77*).

Introduction générale

Introduction générale

Le vieillissement de la population est en effet le principal phénomène de la société de ce millénaire. L'augmentation du nombre des personnes âgées constitue désormais le défi prioritaire du XXI^e siècle. Un tel phénomène est bien évidemment porteur de lourdes conséquences qui n'affectent pas le seul groupe des personnes âgées.

De nature multidimensionnel, le vieillissement est progressif et universel, les individus ne vieillissent pas tous de la même façon ni au même rythme c'est pourquoi il n'existe pas une vieillesse mais des vieilles.

Cette pluralité des formes de vieillesse s'explique entre autre par les progrès médicaux et l'amélioration des conditions de vie qui font que la population de plus de 60 ans augmente d'année en année. Ainsi les progrès actuels de la médecine permettent une espérance de vie plus longue mais de la même manière cette augmentation de l'espérance de vie augmente la durée d'exposition aux facteurs de risques, fragilisant la personne âgée et donnant naissance à des disparités.

Les changements de lieu de vie pour les personnes âgées peuvent représenter un moment difficile à vivre, malgré la prise en charge sociale, médicale et psychologique.

L'entrée du vieillard au foyer d'accueil pour personne âgée ne doit pas être considéré comme la fin du parcours d'une vie, mais bien au contraire comme une réadaptation bidimensionnelle : d'abord à sa propre vieillesse, à son nouvel environnement, ensuite à son état dépressif. A travers ce travail nous allons aborder la question de l'influence de l'environnement sur l'état psychologique de la personne âgée autrement dit, est ce que la personne âgée séparée de sa famille souffre-t-elle d'une dépression ?

On a commencé notre travail par une introduction à l'étude qui porte sur le choix du thème et objectifs de recherche, l'approche théorique suivie, définition et opérationnalisation des concepts clés et une liste d'abréviations des mots clés utilisés pour faciliter la lecture. Le premier chapitre concerne la partie théorique, qui est repartie en deux parties, dans la première on va définir la dépression en générale, on expose les symptômes, les causes de ce trouble, la

deuxième partie de ce premier chapitre sera consacré pour la dépression du sujet âgé et sa particularité clinique chez ce dernier; dans le second chapitre on va élucider le phénomène du vieillissement, et à travers ce chapitre nous allons s'intéresser aux changements physiques, la sénescence des cognitions, l'aspect psychologique et psychoaffectif du vieillissement, les différentes théories de ce dernier, ainsi que les différentes disciplines et spécialités relatives à la vieillesse en fin nous avons terminé ce chapitre avec la prévention de la vieillesse pour bien vieillir.

Le troisième chapitre est celui du cadre méthodologique qui englobe : la présentation de lieu de recherche, les techniques utilisées et le déroulement de notre recherche, enfin on présentera dans le quatrième chapitre les cinq participants à notre étude, l'analyse d'entretien et de l'échelle utilisée puis les résultats obtenus, puis leur discussion des hypothèses, enfin on termine avec une conclusion générale.

Problématique

Et

Hypothèse

Problématique

Le vieillissement correspond à l'ensemble des processus physiologiques et psychologiques qui modifient la structure et les fonctions de l'organisme à partir de l'âge mûr. Il est la résultante des effets intriqués de facteurs génétiques (vieillesse intrinsèque) et de facteurs environnementaux auxquels est soumis l'organisme tout au long de sa vie.

L'approche de la vieillesse s'est longtemps cantonnée à deux questions : Le sort du vieillard, rarement envié et idéalisé mais plus souvent plaint et redouté, quand le théâtre ne s'en moquait pas à travers le personnage du géronte avare et lubrique ; et la recherche de ce qui pouvait adoucir ses malheurs en lui permettant de rester jeune et en bonne santé le plus longtemps possible.

Au moyen âge Gutton (1988), écrit « *l'hygiène du vieillard est la gerontocomia. C'est un ensemble de conseils, de régimes de santé qui se ressemblent souvent beaucoup parce que les sources sont Hippocrate, Galien, Avicenne* »

L'âge du début de la vieillesse est difficile à situer, pour certain une personne âgée est une personne plus de (55 ans), d'autre soutiennent que ce sont les personnes qui ont plus de (65 ans). Quoi qu'il en soit, certaines personnes vivent jusqu'à (70, 80, 90 ans), et même plus de (100 ans), les personnes âgées sont différentes selon leurs âges, leur milieu et leur vécu. (Pierre Charazac, 2011, p4).

En Algérie même si nous constatons toujours la suprématie de la population jeune sur celle des aînés ; les courbes démographiques indiquent clairement les tendances de la population algérienne au vieillissement. Le RGPF (recensement national de la population et de l'habitat) de 2008 a évalué le nombre des personnes âgées de plus de (60 ans), à 2, 750,000, ce qui représente 7,8% de la population globale. Le même recensement classe Bejaia au 12^{ème} rang dans l'effectif des personnes âgées. L'estimation de l'augmentation des âgés pour 2030, sera à 14.7%, et à 22% pour l'an 2050. (Bouaziz, 26/04/2011).

La France comptait 12.3 millions de personnes âgées de plus de (60 ans), en 2002, d'ici à l'an 2020 plus de (60 ans) représenteront près du quart de la population totale (L, N, S, F, E). (Sillamy, N, 1991, p276).

Les pays du sud qui étaient considérés comme les pays les plus jeunes, qui vont vivre une métamorphose démographique d'une grande ampleur. Le vieillissement de la population sera très avancé dans les pays de Maghreb ; en Algérie, les estimations disent qu'en 2040, la tranche d'âge des personnes dépassent la soixantaine d'année constituera 40% de la population. En 2008, elle représentait 10%, soit plus de trois million et demi. (Enquête d'O, N, S, 2002, p3).

En somme de la tendance actuelle de l'évolution démographique de la population est au vieillissement. En 1966, on comptait seulement 790 000 personnes du troisième âge.

Parmi les facteurs à l'origine du vieillissement progressif de la société Algérienne, constitué principalement de jeunes, « *la harmonie de l'espérance de vie à (74 ans) chez les hommes contre (77 ans), pour les femmes* ». « *Le recul du taux de fécondité chez les femmes* ». Outre, « *la baisse de taux de natalité* ». (Www. Lbertè-Algerie.com).

Le vieillissement s'accompagne de changements anatomiques et physiologiques qui prédisposent l'organisme aux infections. La sénescence se manifeste par une baisse sensible des aptitudes sensorimotrice (vision, audition, agilité, force musculaire, et intellectuelle). Dont le déclin s'amorce dès l'âge de vingt –cinq ans (D, Wechster). Les capacités mentales ne sont pas atteintes uniformément ; tandis que les fonctions verbales sont peu touchées, l'attention et la mémoire immédiate déclinent, rendant pratiquement impossible toute nouvelle acquisition. (Sillamy, N, 2003, p277).

Le sociologue « *Bernard Ennuyer* » précise que la vieillesse n'est pas un état, elle est un résultat ». Ce n'est pas l'âge qui fait que les personnes âgées vont mal, mais la vie qu'elles ont eu.

La vieillesse n'est pas réellement définie, les usages sociaux l'authentifieraient vers l'âge de (55 ans à 65 ans), par la mise en retraite professionnelle, celle-ci signifie l'inaptitude à assurer valablement un travail à partir de cet âge. En réalité cette assimilation retraite/vieillesse et largement contestable, car à coté de ce facteur sociologique de la mise à la retraite, (op, cite, p3). Il existe d'autres facteurs psychologiques et somatiques qui interagissent et colorent les multiples facettes de la vie des âgés. (Haynal. A, et coll. 1997, p233).

Du point de vue médical, la vieillesse est marquée par la plus grande fréquence d'affection majeure : artériosclérose, cancer, maladies dégénératives tels que L'hypocondrie qui se manifeste par une préoccupation angoissée concernant certaines parties du corps que le sujet croit lésées ou malades, la réaction paranoïaque qui est un sentiment de méfiance à l'égard des personnes ou des forces extérieures perçues comme capables de nuire. Elle Augmente pendant la vieillesse. Cette augmentation peut s'expliquer par le fait que la surdité et les troubles de la perception sont fréquents chez les personnes âgées.

La maladie d'Alzheimer aussi peut survenir lors de la vieillesse, qui est une affection neurologique caractérisée par des lésions histologiques et anatomiques consécutives à des anomalies de certaines protéines cérébrales. Ces lésions sont de deux types. Entre les neurones se développent les plaques séniles ou plaques amyloïdes qui sont les dépôts d'une protéine toxique pour les neurones, la protéine bêta amyloïde. Dans les neurones s'observe la dégénérescence neurofibrillaire qui marque leur envahissement par des fibrilles d'une autre protéine, la protéine tau. Cette maladie se définit comme une maladie chronique liée à l'âge. *Sa prévalence* montre une progression parallèle à celle des catégories d'âge les plus élevées.

Parmi les maladies qui affectent le sujet âgé on cite la démence qui désigne un tableau clinique qui implique une détérioration globale des facultés intellectuelles survenant dans un état de conscience normal. Cette détérioration a des répercussions sur le comportement social, professionnel et sur la personnalité. Il existe *des démences associées à la maladie de Parkinson* Ce sont des démences sous-corticales dominées par l'apathie, les difficultés de Concentration et le ralentissement psychique. Et *des démences fronto-temporales* Les premiers troubles sont une modification de la personnalité et du comportement avec une désinhibition verbale et gestuelle, de l'agressivité, des persévérations et des conduites stéréotypées. Le patient présente des manifestations dépressives atypiques (Indifférence, apathie) ainsi que des troubles de l'oralité (alcool, boulimie avec goût pour le sucré). Les troubles de la mémoire, de l'attention, du raisonnement n'apparaissent que secondairement. Le diagnostic est confirmé par l'imagerie localisant les anomalies. Ainsi que *la démence sémantique* Au lieu de toucher la mémorisation (mémoire épisodique), ce sont les connaissances acquises (mémoire sémantique) qui disparaissent, altérant la compréhension des mots

et des symboles. Elle possède une localisation temporelle gauche. (Pierre Charazac, p273).

Selon les statistiques menées, la dépression est très fréquente, elle est une maladie qui peut toucher chacun d'entre nous (quel que soit son âge, son sexe, son niveau sociale...). Contrairement à certaines idées reçues, elle ne relève ni d'une « fatalité » ni d'une « faiblesse de caractère ». (Lamoureux, op. Cit, p8).

Plusieurs recherches et études ont été effectuées, et s'intéressent au sujet de la dépression, même si la plupart d'entre elle ne dépassent les constatations théoriques, qui ont tenté de donner des explications et des éclaircissant sur ce concept. On se réfère généralement à la définition de Jean Delay (1946) : « *Disposition affective de base qui donne à chacun de nos états d'âme une tonalité agréable ou désagréable oscillant entre les deux pôles extrêmes du plaisir et de la douleur.* » Lorsqu'elle est exaltée, l'humeur peut être euphorique ou au contraire euphorique. (Delesiauve, 1856), on parlait auparavant depuis Hippocrate, de mélancolie. Celle-ci était considérée comme une affection de la bile noire, en référence à la théorie des humeurs qui a prévalu durant toute la médecine pré- moderne. La mélancolie est donc longtemps restée considérée comme une maladie essentiellement somatique. Cependant, le terme de mélancolie n'est plus guère utilisé dans le langage médical. Il a été remplacé par celui de dépression, qui connaît par ailleurs depuis quelques décennies un succès considérable auprès du public. (Guy. B, 2005, p48).

Saint Jean Chrysostome parle de la « *tristitia* » comme effet du dérèglement et de la mollesse de l'âme sans trouble de l'entendement.

En France *Charcot*, utilisera largement ce concept et contribuera lui donner une assise scientifique *Kraepelin*, dans son classement de 1889 évoque, les formes de dépressions citées précédemment et distinctes de la mélancolie.

Les successeurs de *Kraepelin* définiront diverses : dans les années 20 on note l'apparition de formes dépressives distinctes de la mélancolie. (P. Armand, 2005, p13-14).

La dépression selon le dictionnaire de la psychanalyse est la modification profonde de l'humeur dans le sens de la tristesse et de la souffrance morale

corrélative d'un désinvestissement de toute activité. (Dictionnaire de la psychanalyse, 2003, p 91).

La dépression est considérée essentiellement comme un trouble de l'humeur, la notion de d'humeur, (ou thymiques) est une notion complète, selon l'organisation mondiale de la santé (OMS), la dépression est la première cause d'handicap, elle se situe au quatrième rang de maladie en termes de cout financier par maladie.

Selon les prévisions pour l'année de 2020, ce trouble se situera à la seconde place en termes de cout parmi les différentes maladies, quels que soient l'âge et le sexe. (Www. Etat dépressif. Com).

Des statistiques aux Etats -Unis, montrent que 20% de la population risque de souffrir des symptômes de dépression à un moment donnés de leur vie, et de 5%à 10% diagnostiqués comme ayant un désordre dépressif majeur à n'importe quel âge.

En Algérie, 32% sont dépressifs, c'est ce qui a été annoncé par un responsable du ministère de la santé et de la population en Algérie en se référant au dernier recensement général de la population et de l'habitat.

Tandis qu'environ 2% des adultes de (65 ans) et plus vivant encore au sien de la collectivité souffriraient de dépression majeure, tandis que 15% d'entre eux présenteraient des symptômes de dépression significatifs, (CENTRE DE RECHRCHE DE L'INSTITUT DOUGLAS ,2009) .toutes les études montrent que les femmes sont deux fois plus touchées que les hommes, et à tous les âges , cependant , la prévalence des cas de dépression diminue pour les deux sexes avec l'avancement en âge(VEZINA ET AL .. ;2007).

Darcout, G, définit la dépression chez les personnes âgées comme « l'étude des caractéristiques particuliers des dépressions liées au degré du vieillissement somatique et/ou psychique ». Plus le sujet sera physiquement sénile, plus se poseront chez lui les problèmes d'interrelation entre la dépression et la détérioration ou l'état organique. Plus il sera affectivement sénile, plus se poseront chez lui les problèmes de dépression psychogénétiques.

La dépression des personnes âgées peut être liée à différents facteurs : biologique là où la notion d'une vulnérabilité du vieillard à la dépression est ancienne, ou le concept de la « *mélancolie d'involution* ». Pour les facteurs

psychologiques, la dépression est due à une perte d'objet ; la vieillesse est l'âge de perte (perte d'activité, de statut sociale, d'affection, d'amis).

Les personnes âgées qui souffrent de dépression présentent toute une série de symptômes dont les plus fréquents sont la perte d'énergie et le manque d'intérêt pour leurs activités habituelles, qu'elles n'ont plus de plaisir à pratiquer. Elles se plaignent également des malaises et des douleurs physiques ainsi que de troubles de mémoire.

La dépression les rend moins active et moins autonome, ce qui contribue au déclin de leur condition physique, elle peut aussi aggraver leurs problèmes médicaux .de plus, la dépression peut aussi cacher le début d'une autre maladie comme la maladie d'Alzheimer .toutefois, une personne dépressive peut encore « *mettre en mémoire* » l'information récente, contrairement à la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer, mais elle a certaines difficultés à la récupérer au moment opportun. Par contre, elle y parvient si on lui donne un indice .enfin, la dépression peut conduire la personne âgée au suicide, dont elle est la cause la plus importante pour ce groupe d'âge.

Lorsqu'on parle du phénomène du vieillissement on suppose que la personne âgée a menée sa vie après la construction d'une belle famille.

Chaque moment de l'existence où l'identité vacille voit la famille assurer certains rôles, La parentalité se définit comme l'ensemble des rôles et des compétences. D'abord un sacrifice, c'est une offrande qu'on fait afin d'attirer les bonnes grâces du bon dieu. Une mère aurait donc fait offrande de sa vie sur l'autel de ses enfants, mais ces enfants ne sont pas reconnaissants. Cette femme n'avait pas pu aller à son bal de fin d'étude parce qu'elle accouchait ce jour-là, c'est un exemple de sacrifice parmi d'autres que les parents présentent à leurs enfants sans demander un prix, car c'est justement un devoir qu'ils font sans regrets Les enfants ont besoin d'amour, ils ont certes, besoin aussi de manger, de ne pas avoir froid, mais ils ont besoin aussi d'être

Aimés. De nos jours, la loi y ajoute la scolarisation, le toit, tout ce qu'on appelle bien-être, et ce sont tous des sacrifices que les parents garantissent à leurs enfants.

Donc, cet enfant grandit dans un climat d'amour de chaleur familiale, bien entouré par ses parents. Il devient un homme, il se marie et il a des enfants à son tour, mais il finit par voir en ses parents un fardeau. Ce dernier, ne reconnaît plus le sacrifice de ses parents, il décide de s'en débarrasser.

Certes, c'est la pire des choses qui puisse arriver aux parents. Sans compter les dénis de certains enfants, parce que c'est insupportable d'entendre qu'ils ont mal aimé leurs parents alors qu'ils ont fait de leur mieux. Accepter que papa et maman ne soient pas parfaits, c'est prendre sa place dans une lignée, ou des générations de parents ont fait ce qu'ils pouvaient, comme ils pouvaient, avec leurs propres souffrances et leurs propres ressentiments. Ces individus se trouvent aujourd'hui seuls devant leur sort inconnu, flou et ils portent leurs cicatrices intimes et profondes face à cette vie comme s'il s'agit d'un règlement de compte. Finalement la dette des enfants envers leurs parents, n'a pu être remboursée.

La famille, lorsqu'elle ne peut forcément être présente suite à l'avancement d'âge des parents, la perte de l'autonomie, la perte d'intérêt et la détérioration des liens entre les membres de la famille qui mène à l'abandon de ces parents par leur proches, ce qui donne raison alors à cette personne âgée négligée de faire appel aux aides et structures que proposent les différentes collectivités locales à cet effet, ce qui mène donc les personnes âgées de rejoindre un foyer d'accueil pour aides sociales, médicales ainsi pour les aider à reconstruire les liens détériorés et l'incapacité de tricoter de nouvelles connaissances avec les autres personnes, mais le fait que cette personne âgée soit oublié dans foyer d'accueil peut à son tour causer de la dépression qui peut également avoir des effets sur ses émotions et son comportement.

En France, une instruction ministérielle a été créée le 14 février 1796, dans chaque département une maison qui accueillera les vieillards afin de leur épargner les hôpitaux, ce qui permet à Guetton d'écrire :

« L'hospice de vieillards était bien né. »

Etre placé dans des institutions peut mener ces personnes placées en institution à devenir apathiques, cantonnées au mutisme, d'autres manifestent leur anxiété par un état d'agitation, de fébrilité, et même par des idées délirantes.

Cependant, le vieillissement aussi peut être la cause de la dépression chez le sujet âgé, car elle entraîne souvent une atteinte narcissique, le sujet se sent moins beau, moins efficace, moins intéressant, mais cela ne conduit pas toujours à des dépressions, des mécanismes de dénie peuvent fonctionner, ou bien cela peut entraîner une défense par repliement sur soi, isolement.

120 dépressifs se suicident chaque année en Algérie, ce nombre effrayant nous a été communiqué par la direction générale de la protection civile qui précise que sur les 189 suicides enregistrés en 2007.

Les données que nous avons citées, nous ont mené à formuler la question suivante :

-Est-ce que les personnes âgées placées en institution souffrent de dépression ?

Pour répondre à cette question nous formulons les hypothèses suivantes :

Hypothèse

-les personnes âgées placées en institution sont caractérisées par des symptômes dépressifs dont les facteurs sont en relation avec les antécédents de la vie psychologique et leurs vécu avant l'entrée au centre .

-l'ensemble de personnes âgées placées en institution souffrent des symptômes dépressifs

La partie théorique

Chapitre I : la dépression

Le plan

- I. introduction
1. Définition
 - 1.1 Définition étymologique de la dépression.
 - 1.2 Définition de la dépression.
2. Historique de la dépression.
3. Les symptômes de la dépression
4. Les types de trouble de l'humeur
5. Les causes de la dépression
6. Les critères du DSM-4 concernant l'épisode dépressif majeur.
7. Le sens de la dépression
8. Les théories de la dépression

II .la dépression du sujet âgé

1. Définition
2. la particularité clinique de la dépression du sujet âgé
3. Epidémiologie.
4. Dépistage.
5. les dynamiques psychiques de la dépression du sujet âgé
6. L'intégration des sens de la dépression du sujet âgé.
7. les facteurs favorisant la dépression chez le sujet âgé.
8. Les formes de la dépression du sujet âgé
9. Les modèles théoriques de la dépression du sujet âgé
10. Les conséquences de la dépression
11. Le traitement de la dépression chez les personnes âgées
12. Objectif du traitement.

Conclusion.

Introduction

La dépression est un trouble de l'humeur caractérisé par un sentiment massif de perte du sens de l'existence qui correspond au constat de la catastrophe. La dépression peut survenir à n'importe quelle période du développement humain. Le syndrome dépressif s'accompagne de symptômes psychologiques et somatiques, dont les conséquences sont médicales et également sociales et économiques. Le décès par le suicide est la principale cause de mortalité liée à la dépression.

En outre, les tranches d'âge les plus touchées sont les jeunes femmes, et le plus souvent les hommes d'âges tardifs.

I. Définition

1.1. Définition étymologique de la dépression

Le mot dépression n'est apparu qu'au XIV^e siècle, emprunté au latin, « *deprimere* » pour désigner un passage du haut vers le bas, puis, au XIX^e siècle, il est devenu un terme géographique décrivant l'abaissement, l'affaissement d'un terrain. La météorologie, l'économie s'emparent du terme, et vers le milieu du XIX^e, le mot fait une timide entrée en psychiatrie. (*Pdinielli*, 2005, p7).

1.2 Définition de la dépression

On appelle la dépression un ensemble de syndromes qui ont en commun la présence simultanée de la plupart des manifestations suivantes : tristesse excessive et prolongée, repli sur soi et perte d'intérêt pour ce qui intéressait auparavant la personne. Vision négative et pessimiste de soi-même, souvent accompagnée d'idée de culpabilité et d'auto-accusation et de troubles de l'attention et de la concentration sont fréquents (qui sont le plus souvent fréquents). (*D. Pelot*, 2003, p255).

- Selon le grand dictionnaire de la psychologie, la dépression est définie comme :

« *Maladie mentale caractérisée par une modification profonde de l'état thymique, de l'humeur dans la tristesse, de la souffrance morale et du ralentissement psychomoteur. S'accompagnant généralement d'anxiété. La dépression entretient chez le patient une impression douloureuse d'impuissance globale, de fatalité désespérante et parfois l'entraîne à des ruminations subdélirantes à thème de culpabilité, d'indignité, d'autodépréciation, pouvant le conduire à envisager le suicide et parfois le réaliser* ». (Dictionnaire de psychologie.2007, p 206).

- Selon Larousse médical, elle est définie comme :

« *Etat pathologique caractérisé par une humeur triste et douloureuse associée à une réduction de l'activité psychomotrice et à un désintérêt intellectuel dans son usage familial le terme de dépression peut recouvrir des états divers allant du simple passage à vide à des troubles psychiatriques plus sévères* ». (Larousse medical.2006.p282).

- Selon le dictionnaire de la psychanalyse, elle est définie comme :

« *Modification de l'humeur dans le sens de la tristesse et de la souffrance morale, corrélative d'un désinvestissement de toute activité.* ». (Roland, Bernard, dictionnaire de la psychanalyse, 2003.p91-92).

2. Historique de la dépression

L'histoire des dépressions et des troubles thymiques repose principalement sur trois termes : la « *mélancolie* », la « *dépression* » et la « *manie* » (terme ayant connu un sort plus paradoxal).

La naissance de la notion dépression est lente. Son apparition a été préluée par la description d'une forme *toediumvitae* (tristesse) chez *Sénèque* dans les dialogues.

Au 14^{eme} siècle, *Saint Jean Chrysostome* parle de la « *tristitia* » comme un effet du dérèglement et de la mollesse de l'âme sans trouble de

l'endement. A la même époque, *Evarrge le pontique* évoque l'*acedia* (désintérêt). (J.L.Pdinielli), 2005, p13).

Rien de spéciale jusqu'au 17^{ème} siècle. La dépression se prend dans la mélancolie, l'hypocondrie, les vapeurs (troubles nerveux). En 1978, à *Bale*, *Johannes Hofer* publie sa dissertation de nostalgie pour décrire quelques formes atténuées de souffrance dépressive. (En 1733), *Georges Cheyne* invente le « *spleen* » (rate atrabilaire et morosité de l'humeur). Au 19^{ème} siècle, *Esquirol* (1818), reprend dans son texte sur le suicide, le spleen et la nostalgie sans les considérer comme cause suffisant. *J.P Farley*, (1822) développe l'idée d'une « faiblesse nerveuse » différente de la mélancolie. En 1869 l'apparition de la « neurasthénie », Cf. *Pedinielli*, Bretagne, les névroses. En France, Charcot utilisera largement ce concept et contribuera à lui donner une assise scientifique.

Kraepelin, dans son classement de 1899, évoque les formes de dépression citées précédemment et distinct de la mélancolie la notion de « dépression » (non mélancolique) voit officiellement le jour. Les successeurs de *Kraepelin* définiront diverses formes : dans les années 20, on note l'apparition de formes dépressives distinctes de la mélancolie (*Maurice de Fleury* (1924)), « les états dépressifs et la neurasthénie », *Gillespie* (1929) « dépression autonome » (endogène) ; « dépression réactionnelle » (psychogène). En (1928) ; *J-Lange* sépare le domaine des dépressions « dépression endogène » et « dépression exogène ».

En (1934) la classification américaine intègre la notion de « dépression réactionnelle ». Chez *Fenichel* (1945), qui réalise une synthèse des travaux psychanalytiques sur les troubles mentaux. La « dépression névrotique » est clairement mentionnée ; tout en maintenant qu'il n'existe pas de frontière nette entre la dépression psychologique et la dépression névrotique. Dans les années 80, DSM-IV décrira, parmi « les troubles de l'humeur », l'épisode dépressif majeur » qui pourra se combiner avec les différentes autres catégories de troubles de l'humeur. (*Ibid.* p13).

3. Les symptômes de la dépression

L'état dépressif se caractérise par des symptômes psychiques, comportementaux, physique et Les symptômes d'affaiblissement cognitif. (Marie-France Le Heuzey, 2001, p36).

3.1 Les symptômes psychiques

3.1.1 La tristesse dépressive

la tristesse de la personne déprimée présente les caractéristiques suivantes : elle succède à un état de morosité, elle imprègne la perception du présent, du passé et du futur, elle engendre une incapacité à éprouver du plaisir, elle est comparable à celle d'une personne venant de subir le deuil d'un être cher : le monde paraît vide, rien ne peut avoir assez d'intérêt pour atténuer cette situation pénible, l'avenir n'est plus porteur d'espoir, ennui, monotonie mais aussi douleur morale caractérisant également cette tristesse, elle est souvent associée à des idées suicidaires (tant l'avenir paraît sans espoir pour une personne déprimée). La tristesse de la personne déprimée est une vraie douleur morale qui engendre une profonde souffrance. (Marie-France Le Heuzey, 2001, p 36-37).

3.1.2 L'anxiété

Il n'y a pas d'humeur dépressive sans anxiété et réciproquement. L'anxiété est une sensation de tension intérieure, de danger imminent. Elle est peut être paralysante ou au contraire susciter de l'agitation (incapacité à rester en place). Elle peut se caractériser sur une situation particulière ou un objet : peur d'un contexte sociale nouveau avec incapacité à l'affronter (changement de travail par exemple), préoccupations excessives sur son état de santé... L'anxiété devient « angoisse » lorsque des symptômes somatiques s'associent : palpitation, sueurs, tremblement difficulté à déglutir. (Ibid.p36-37).

3.1.3 Perte de plaisir et d'intérêt

La personne déprimée ne ressent plus de plaisir (anhédonie) à la réalisation d'activités considérées comme autrefois plaisantes et agréables. De même,

l'intérêt pour son apparence physique peut s'estomper, le dépressif se « laisse aller ».

3.1.4. Dévalorisation et culpabilités

Le sentiment de dévalorisation peut être intense. Ce sentiment est souvent accompagné d'une culpabilité liée à la dépression elle-même.

3.1.5 Isolement et pleure

Le dépressif devient soit indifférent à son entourage, soit irritable et colérique. Les sentiments de tristesse, d'ennui donnent au dépressif une impression qu'il n'est plus utile à rien. Un sentiment aggravé parfois par l'incompréhension des proches, qui peut l'amener à s'isoler progressivement. Les pleurs peuvent être fréquents et difficilement contrôlables. (G. Kleftras, 2004, p20).

3.1.6 Hypersensibilité émotionnelle

Les personnes déprimées réagissent avec une grande sensibilité aux situations de la vie quotidienne elles peuvent avoir l'impression d'être vides, de ne plus éprouver d'émotion. (G. Kleftras, 2004, p21).

3.2 Les symptômes comportementaux

3.2.1 Le ralentissement psychomoteur

Se traduit par la fatigue, l'asthénie matinale, l'inertie, l'attitude physique figée. La réalisation des tâches est ralentie, paraît pénible.

3.2.2 L'agitation

Certains sujets semblent en proie à une agitation fébrile, sans but, avec une apparence d'instabilité psychomotrice accompagnée de colères. (Marie-France Le Heuzey, 2001, p36-37).

3.2.3 Diminution du désir sexuel

La perte de l'intérêt pour l'activité sexuelle chez Les femmes, pour les cas des hommes on parle du trouble de l'érection, il est lié à l'épuisement et à la perte générale du plaisir pour les activités habituelle qui caractérise les dépressifs. (Georges Kleftaras, 2004, p32).

3.3 Les symptômes d'affaiblissement cognitif

L'état dépressif s'accompagne Toujours De troubles cognitifs. Ils sont fonctionnels et réversibles. Ils se manifestent surtout lorsqu'un effort d'attention est nécessaire. A un premier degré, ces troubles cognitifs se manifestent sous forme : de difficultés à se concentrer ou de fatigabilité, gênant par exemple la lecture. Le jugement et le raisonnement sont imprégnés par la tristesse, l'anxiété et le pessimisme. (Ibid. p32).

3.3.1 Le ralentissement intellectuel

Il est difficile pour un dépressif de Réfléchir, il a l'impression que la tête est vide, que le monde est devenu très compliqué, ainsi qui il est difficile pour lui d'effectuer un effort pour accomplir des tâches.

3.3.2 Diminution de l'attention, de la concentration et la mémoire

Fixer son attention, ne pas laisser distraire, retenir ce qu'on vient de lire.... Etc., ces taches deviennent très difficiles à accomplir lorsque l'on souffre de la dépression.

3.3.3 Les idées de mort et de suicide

Les dépressifs représentent des idées récurrentes de mort et de suicide : ils disent souvent « je n'ai pas de raison de vivre », « je voudrais être mort », le suicide constitue la complication la plus dangereuse de la dépression, beaucoup de ceux qui essaient de se suicider parlent de leurs intention avant le passage à l'acte. (Georges Kleftaras, 2004, p33).

3.4 Les symptômes physiques :

Les principes signes somatique de la Dépression sont :

3.4.1 Les troubles de sommeil :

Sont de différents types les plus courants sont l'insomnie d'endormissement, les réveils nocturnes, et l'insomnie matinale. Les manifestations hypersomniaques sont également possibles, plus souvent chez les personnes âgées que chez l'enfant.

3.4.2 Les troubles alimentaires

Il peut s'agir d'anorexie avec réduction alimentaire et perte de poids. Autres cas est de types hyperphagie interparandial, avec une recherche de remplissage du vide et de l'ennui, ce qui conduit à une prise de poids excessive. (Marie-France Le Heuzey, 2001, p36-37).

3.4.3 Les troubles digestifs

Diarrhée ou constipation, énurésie secondaire. (Ibid. p37).

4. Les types de troubles de l'humeur

4.1. L'épisode dépressif majeur

L'épisode dépressif majeur, le syndrome dépressif et la dépression sont des synonymes pour expliquer une perturbation de l'humeur dans le sens de la tristesse. Il s'agit d'un état moins sévère que l'accès mélancolique mais de même nature. L'épisode dépressif majeur est le trouble de l'humeur le plus fréquent, sa prévalence est proche de 20% le risque est deux fois plus élevé chez les femmes que les hommes.

4.1.1. Tristesse

Le sujet présente une tristesse, souffrance intérieure à une douleur ou de la douleur morale ne constituent pas en elle-même un état dépressif. On pourra parler de dépression, au sens pathologique du terme que lorsque cette dépression de l'humeur atteint un certain degré d'intensité et de durée (quinze jours) qu'elle a un retentissement sur la vie affective et psychique du sujet et entraîne une souffrance subjective chez ce dernier.

4.1.2 Le syndrome dépressif

Le syndrome dépressif comprend un ensemble de symptômes dont deux sont essentiels car ils suffisent à poser le diagnostic : l'humeur dépressive et la perte de l'élan vital. Les autres symptômes seront aussi d'une grande importance, notamment les signes somatiques, presque constamment présents dans les états dépressifs. (LEVY M, 1998, p7-8).

4.1.3. L'humeur dépressive

L'humeur dépressive n'est pas une simple tristesse. Le pessimisme imprègne l'ensemble de la vie mentale du déprimé. Il existe une véritable douleur morale, parfois suffisamment intense pour des idées de mort. Le pessimisme porte sur l'évènement actuel et futur. Le passé reste assez épargné, parfois idéalisé (nostalgie). Il existe chez le déprimé une perte de l'estime de soi avec des sentiments de dévalorisation et d'autodépréciation. Dans certains cas, le patient a des idées franchement déréelles sur lui-même (ruine, indignité, culpabilité, incurabilité). De telles idées caractérisent l'état mélancolique, lors duquel le risque de passage à l'acte suicidaire est maximal.

L'humeur dépressive s'exprime généralement sur le plan comportemental, notamment au niveau de la mimique. Le faciès est triste, figé quelque fois déformé par la douleur. L'ensemble de la gestualité corporelle exprime le découragement et l'abattement. Les idéations dépressives ne sont pas toujours exprimées verbalement par le sujet. Lorsqu'elles le sont, c'est en général sous la forme d'une plainte douloureuse, ou parfois d'un discours cynique sur un monde dépourvu de sens. (LEVY M, 1998, 7-8).

4.1.4. La perte de l'élan vital

Elle comporte plusieurs dimensions :

-Le ralentissement psychomoteur a pris depuis quelques années une importance diagnostique centrale au sein du syndrome dépressif, sur le plan moteur, le ralentissement touche globalement l'ensemble de la mobilité corporelle et notamment la démarche, la mimique, le débit verbal. La voix est monotone ; le temps de latence des réponses lors d'un dialogue est allongé ; le discours, quantitativement pauvre, émaillé de pauses fréquentes. Le ralentissement psychique se traduit par une altération des fonctions cognitives,

plus particulièrement celles qui nécessitent un effort (les activités automatiques sont préservées). Par ailleurs, comme dans l'anxiété, il semble exister lors de la dépression un traitement sélectif des informations au profil des données congruentes à l'humeur. (Guy.Besançon,2005, p51-52).

-l'asthénie dépressive constitue également une gêne importante pour le malade. Contrairement à la simple fatigue, elle se caractérise par une prédominance matinale (difficulté à se lever, à se «mettre en route») et par le fait qu'elle n'est guère améliorée par le repos.(Guy. Besançon,2005, p51-52).

-Enfin, la notion de perte de l'élan vital renvoie à une approche phénoménologique de la dépression qui a permis de montrer comment le déprimé se révélait incapable de se projeter dans l'avenir et d'anticiper son future. (Ibid.p51-52).

4.2 La dépression chronologique ou dysthymie

La pertinence de l'état dépressif au-delà de deux ans indépendamment de la réponse au traitement, définit la dépression chronique ou dysthymie. La fragilité du support social, l'existence de trouble de personnalité sous-jacent, la présence d'une maladie somatique, d'une comorbidité, sont les facteurs de risque de chronicisation du trouble dépressif

Cliniquement les patients adoptent un véritable mode de vie dépressif caractérisé par une morosité dysphorique continue, des sentiments d'infériorité, une asthénie, une tendance à s'isoler, des difficultés à éprouver du plaisir... les symptômes somatiques peuvent rester discrets. (Lévy M,1998, p-7-8).

4.3 La psychose maniaco-dépressive (P.M.D)

Individualisée par Kraepelin(1921), la psychose maniaco-dépressive est caractérisée par l'alternance chez un même patient d'épisodes dépressifs habituellement sévères et d'accès maniaque. Ces derniers sont des états d'exaltation de l'humeur à type d'excitation et d'euphorie. En utilisant un vocabulaire plus récent, la P.M.D est un trouble bipolaire de l'humeur. Cependant, on rattache depuis quelques temps à cette entité certaines maladies dépressives faites de la répétition d'épisodes dépressifs majeurs, sans qu'il y ait d'accès maniaque (trouble unipolaires).

La P.M.D. est donc surtout caractérisée par ses moments pathologiques périodiques entre lesquels le fonctionnement psychique se normalise. Le premier accès survient généralement vers 30 ans. La fréquence des accès est variable. Elle diminue avec l'âge. Les formes à cycle court (avec inversion rapide de l'humeur) ne sont pas rares. La dépression récurrentes brèves, individualisées récemment, sont peut-être une forme particulière de PMD. (Guy. Besançon, 2005, p51-52).

5. les causes de la dépression

La dépression, ou plutôt les « troubles dépressifs », en tant que maladie, ont des causes multiples et certains de ces troubles ont une étiologie organique. Toutefois, la question de la dépression, en tant qu'objet psychopathologique, en tant qu'état psychologique, vécu, exprimé, subi... ne se réduit pas à une recherche positiviste des causes.

5.1. Les facteurs biologiques

Chez les malades dépressifs, on constate un déséquilibre de la chimie du cerveau, en particulier une baisse de l'efficacité de certains neurotransmetteurs (sérotonine, noradrénaline, dopamine). Or, le cerveau constitue le centre de contrôle de tout notre corps. Il est également responsable de nos émotions, de notre mémoire et de nos pensées. Cette perturbation de nature chimique entraîne progressivement un dérèglement de l'humeur et des fonctions intellectuelles et physiques. (Georges Kleftaras, 2004, p44).

5.2. Les facteurs génétiques

Les personnes ayant des parents proches qui ont souffert de dépression sont plus susceptibles d'en être elles-mêmes victimes. De nombreuses recherches ont tenté d'identifier un gène de la dépression. On pense aujourd'hui que plusieurs gènes peuvent avoir une influence sur la survenue de cette maladie. Globalement, les gènes impliqués ne déclencheraient pas nécessairement la dépression, mais transmettraient seulement une prédisposition.

5.3 Les facteurs psychologiques

- les mécanismes psychologiques particuliers sont également de perte, conflit moraux, croyance négative, mauvaise estime de soi.

-certains de ces mécanismes trouvent leurs origines dans l'enfance (le plus en moins bonne qualité des premières relations avec les parents, première expérience associées à un sentiment de perte, de solitude, d'impuissance, de culpabilité ou de honte... etc.), d'autre peuvent être lié à des éléments plus actuels (traumatisme, deuil lié à la perte d'une image de soi).

-certains styles de comportement (sur les plans intellectuel, émotionnel, relationnel), ainsi que certain modes de défense psychologiques peuvent favoriser l'émergence et le maintien d'une dépression. Ainsi certaines personnes souffrant de la dépression expriment des croyances négatives ou n'envisagent que des perspectives pessimistes, à la fois pour le monde qui les entoure et pour qu'elles-mêmes.

5.4 Les facteurs liés à l'environnement social et familial

Le surmenage, la solitude, des événements difficiles ou traumatisants (problèmes financiers ou professionnels) peuvent favoriser une dépression. Souvent, son apparition suit la perte d'une personne, lors d'un deuil, d'une séparation, du départ d'un enfant du domicile des parents, par exemple. Elle peut aussi faire suite à un changement d'état : perte du sentiment de jeunesse, d'une certaine insouciance, ou perte partielle ou totale de son autonomie, etc. (*Georges Kleftaras, 2004, p44-45*).

6. Les critères du DSM-4 concernant l'épisode dépressif majeur :

(A)- Au moins cinq des symptômes suivants doivent avoir été présents

Pendant une même période d'une durée de deux semaines et avoir

Représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur ;

Au moins un des symptômes est soit une humeur dépressive, soit une perte de d'intérêt ou de plaisir.

1-Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée,

Presque tous les jours, signalée par le sujet (se sent triste ou vide) ou observée par les autres (pleures).

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

3-Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours.

4-Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.

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

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

7-Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée
Presque tous les jours.

8-Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision

Presque tous les jours.

9-Pensées de mort récurrentes, idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

(B) Les symptômes ne répondent pas aux critères d'épisode mixte.

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

(D) Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques

Directs d'une substance ou d'une affection médicale générale.

(E) Les symptômes ne sont pas mieux expliqués par un Deuil, les symptômes persistent pendant plus de deux mois ou s'accompagnent d'une altération marquée du fonctionnement, de préoccupations morbides de dévalorisation, d'idées suicidaires, de symptômes psychotiques ou d'un ralentissement psychomoteur. (DSM-IV-TR -2003, p411-412).

7. Le sens de la dépression

7.1 Le sens symbolique

L'acquisition de la notion de perte objectale, qui est au cœur de la Signification symbolique de la dépression avec pour paradigme le deuil, est contemporaine de l'élaboration de la position dépressive. Elle accompagne la première représentation de l'objet maternel comme une personne totale et non plus comme la somme d'objets partiels bons ou mauvais. Ce travail d'intégration fait naître l'angoisse d'avoir endommagé l'objet ou de l'avoir définitivement perdu. Le retour de la mère réelle rassure l'enfant sur les dangers que ses pensées lui font courir. (Pierre Charazac, 2011, p203).

En revanche, toute absence ou réponse inadéquate de la part de cette dernière accroît l'angoisse de l'avoir détériorée ou détruite. Au lieu de participer à la construction d'un objet interne maternel stable et solide, l'absence en fait alors un objet trop fragile pour que le sujet y trouve un appui suffisant. Chez les états limites, la séparation précoce est à l'origine d'un sentiment d'incomplétude vouant le sujet à chercher à l'extérieur des objets réels comblant cette faille interne. Certains traumatismes du grand âge créent des conditions semblables rendant l'amour de soi totalement dépendant de l'amour reçu des objets extérieurs. (Pierre Charazac, 2011, p203).

7.2 Le sens libidinal

Du point de vue libidinal, la perte affecte la capacité pour les pulsions sexuelles de parvenir à la satisfaction. Cette satisfaction dépend d'une part de leur source et de leur poussée, souvent altérées par le vieillissement corporel, d'autre part de l'objet qui leur permet d'atteindre leur but et qui a fréquemment disparu. La libido n'investit pas seulement l'objet (libido d'objet) mais aussi le moi (libido du moi ou narcissisme).

À tout âge, la dépression opère un désinvestissement de soi et du monde extérieur qui tarit les deux sources du narcissisme. Dans l'économie pulsionnelle du grand âge, Ce retrait ne doit pas être confondu avec l'investissement de la passivité ni avec la sublimation qui restent l'un et l'autre en prise sur l'objet extérieur et permettent de lutter contre la dépression. Mais tous les sujets n'ont pas la même capacité de les mettre l'une et l'autre en œuvre, en fonction de leur sexe et de leur structure.

L'homme âgé lutte contre l'angoisse de castration qui lui barre l'accès au plaisir régressif de la passivité tandis que la femme âgée trouve plus facilement une source de valorisation dans des investissements familiaux, culturels ou sociaux. (Ibid.p204).

7.3Le sens vital ou biologique

Dans sa première théorie des pulsions, Freud a distingué les pulsions sexuelles ou libido et les pulsions du moi, encore appelées pulsion d'auto conservation, dont la première manifestation est la haine de l'objet. La clinique montre que ce sont également celles dont la poussée résiste le plus longtemps, alors que les pulsions sexuelles n'ont déjà plus l'énergie suffisante pour agir sur le psychisme et le comportement.

L'épuisement de la pulsion d'auto conservation peut survenir par :

- *dépense excessive*, par exemple pour soutenir le déni d'une perception ;
- *non-renouvellement de leur source* ou renouvellement trop lent pour satisfaire aux besoins ;
- *désafférentation du monde extérieur*, sur le modèle des chutes entraînées par la perte de la vue qui désorganise le schéma corporel participant au montage pulsionnel. Par bien des aspects, la théorie des pulsions préfigure la biologie de la dépression.(Pierre Charazac, 2011, p204).

8.Les théories de la dépression

Chaque approche théorique apporte un éclairage pertinent sur la dépression. Cependant, compte tenu de l'hétérogénéité des troubles dépressifs, il est plus

difficile d'imaginer une intégration prochaine des différents modèles en un seul model global.

8.1 La théorie psychanalytique

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

8.2 Les théories cognitives

La théorie cognitive la plus élaboré est celle de *Beck* (1974). La dépression résulte, dans cette optique, d'une interprétation systématiquement négative des perceptions, du fait de la rigidité des structure cognitives du déprimé. Ce dernier S'attribue la responsabilité des événements considérés comme négatifs, en exagère l'importance et devient avec le temps convaincu que l'amélioration de son état est impossible. (*Besançon G*, 2005, p57).

8.3 Les théories comportementales

Les comportementalistes, tel *Teasdale*, pensent que l'individu déprimé s'est trouvé brusquement confronté à des stimuli réactivant un évènement douloureux connu dans le passé.

Le déclenchement de la crise dépressive est rattaché à la modification du régime pulsionnel et défensif. Cette modification équivaut à une détérioration de la relation du sujet à l'objet ou à son image. La crise dépressive serait la suite logique à cette perte de représentation et d'intégration de l'amour porté à l'objet.

Les évènements susceptibles déclencheurs d'un état dépressifs sont, en dehors du deuil, de l'échec d'une relation ou des relations de solitude ou

d'exil, considéré comme des facteurs prédisposant. KISKAL le nome « tresseurs psychosociaux ». Ces évènements prennent l'appart de marquer temporel. (J. Pedinielli & A. 2005, p 116-117).

8.4 Les théories biologiques

Elles sont nées à la suite de la découverte des médicaments antidépresseurs en 1957, par les travaux essayant de comprendre leurs mécanismes d'action. Cependant, si l'on sait maintenant que ces médicaments permettent d'augmenter la concentration synaptique en certains neurotransmetteurs. Il est réducteur, voire peut être erroné, d'en conclure que sérotoninergique. Une multitude d'anomalie biologiques ont été identifiées par ailleurs, sans que l'on puisse pour l'instant organiser ces connaissances. (Besançon G, 2005, p57).

II/La dépression du sujet âgé

1. Définition

La dépression chez le sujet âgé est souvent trop méconnue et reste pour une grande partie des sujets âgés et de leur famille un mot tabou synonyme de folie. Une mise au point psychopathologique s'impose donc avant d'aborder la clinique et le diagnostic des dépressions puis la question du suicide. (J. Clément, et Coll., p89).

2. la particularité clinique de la dépression du sujet âgé

2.1.L'humeur dépressive

Comme celle de l'enfant, la dépression du sujet âgé s'exprime rarement par une plainte morale mais se manifeste plutôt par le corps et le comportement. Les thèmes de la tristesse, de la perte d'espoir ou du souhait de mourir sont absents de la majorité des Dépressions tandis qu'ils demeurent présents dans la mélancolie.

Cela ne signifie pas que ces thèmes soient exclus des pensées mais lorsqu'il les exprime, le sujet les considère comme naturels. Un bon exemple est donné par

l'échelle de dépression GDS où à la question « Êtes-vous optimiste quand vous pensez à l'avenir ? », le sujet répond inmanquablement « Bien sûr que non ! » Cette incapacité à exprimer l'affect dépressif évoque l'isolement, cette défense typique de la névrose obsessionnelle consistant à rompre les connexions entre une pensée et les pensées ou les affects qui pourraient s'y associer. (Pierre Charazac, 2011, p205).

2.2 Le ralentissement psychomoteur

À tout âge, le ralentissement ou l'inhibition psychomotrice est le symptôme majeur des dépressions. Chez le sujet âgé, il peut passer inaperçu dans un comportement naturellement lent mais qui reste adapté, tandis que le ralentissement pathologique se manifeste par :

- *une baisse de motivation* pour les activités que le sujet trouvait jusqu'ici agréables ou leur abandon pur et simple sous divers prétextes ;
- *le manque de réactivité émotionnelle* aux événements qui intéressent sa vie relationnelle et affective ;
- *une limitation de la mémoire, de l'attention et des fonctions exécutives* ayant l'allure du déficit. Le bilan d'une partie de sujets qui consultent avec une plainte mnésique fait porter le diagnostic de dépression.

Du point de vue dynamique, le ralentissement s'accompagne d'une réduction des investissements extérieurs faisant intervenir la motricité et les fonctions cognitives. Il peut aller dans la mélancolie jusqu'à leur disparition complète. (Pierre Charazac, 2011, p 206).

3 Le syndrome somatique de la dépression

La triade insomnie-anorexie-amaigrissement est le meilleur indicateur de la dépression du sujet âgé, avec :

- *un réveil de plus en plus précoce* (au moins deux heures avant l'heure habituelle), marqué par l'impression pénible d'un sommeil non réparateur. L'angoisse domine au lever et le sujet ressent une amélioration en fin de journée ;

– *une perte de poids et d'appétit* que le sujet tend à dissimuler ou rationaliser, comme ses troubles du sommeil, en expliquant qu'il a toujours été un petit dormeur et qu'il s'alimente selon son habitude. D'où la nécessité de suivre son poids.

Il se complète par :

– *les plaintes corporelles* (troubles gastro-intestinaux, douleurs ostéo-articulaires, plainte hypocondriaque) avec ou sans affection somatique associée

– *la diminution de la libido*, dont il est rare que le sujet se plaigne ;

– *l'accentuation des symptômes le matin* et leur soulagement relatif en fin de soirée. (Pierre Charazac, aide-mémoire en psycho gériatrie, 2011, p206).

1.4 L'anxiété

Chez la personne âgée, on distingue des dépressions inhibées et des dépressions anxieuses. La dominante anxieuse s'exprime de deux manières :

– *l'agitation psychomotrice* reflète une excitation intérieure pénible qui se décharge dans le comportement. Elle s'observe aussi dans les états mixtes ;

– *l'irritabilité et l'agressivité* constituent le tableau caractériel du « vieillard grincheux » ;

– *l'accentuation cyclique* de ces manifestations à l'échelle de la journée, du mois ou des saisons, est un bon indice de leur valeur dépressive. (Ibid.p207).

3- Epidémiologie

Pour Clément et Darthout (2002), un tiers des sujets âgés de plus de (65 ans) souffrent de dépression, toutes formes confondues, contre 15 à 20 % dans la population générale.

La prévalence la plus forte s'observe entre (60 et 80) ans avec un taux estimé entre 1 et 4 % pour les épisodes dépressifs majeurs. Les dépressions sont plus fréquentes chez les personnes hospitalisées ou vivant en institution, où l'estimation de sa prévalence va de 20 à 40%.

Parmi les facteurs faisant varier ces chiffres, les principaux sont :

- le défaut d'observations longitudinales permettant d'affirmer qu'un trouble de l'humeur apparaît pour la première fois dans la vieillesse ;
- la difficulté qu'ont les patients âgés à se reconnaître déprimés sans qu'ils banalisent cet affect, comme certaines échelles de dépression les invitent à le faire ;
- des critères diagnostics pas toujours adaptés aux particularités de ces dépressions, notamment en ce qui concerne leur gravité, avec dans deux tiers des cas des plaintes somatiques au premier plan ;
- la confusion entre dépression et démence qui va bien au de-là des « démences » réversibles », du fait de la co-morbidité de ces deux pathologies. (*J. Clément, et Al. Guide pratique de psycho gériatrie, 2006, p90*).

4. Dépistage

Face à toutes ces formes cliniques de dépression du sujet âgé, masquées ou non, un des objectifs majeurs en matière de santé publique reste cependant d'améliorer leur dépistage, en particulier en médecine générale, et d'inciter à les prendre en charge.

- Dans ces perspectives, l'utilisation d'outils psychométriques d'utilisation rapide, facile et fiable est de plus en plus préconisée. Dans ce sens, bon nombre d'instruments d'évaluation de la dépression ont donné lieu à des formes réduites spécifiquement adaptées à la personne âgée :

— **l'échelle d'Hamilton** dans une version abrégée à 10 items;

— **l'échelle MADRS** dans une forme à 5 items qui est une mesure appropriée de la sévérité de la dépression ; la **Self Rating Depression Scale de Zung** dans une forme abrégée à 10 items spécifiquement validée pour le dépistage ;

— **l'inventaire de dépression de Beck** dans une version abrégée à 13 items — **la Center for Épidémiologique Studies-Depression Scale** avec deux versions abrégées à 8 et 10 items mieux adaptées aux conditions d'évaluation de la personne âgée ;

—il en a été de même d'échelles spécifiques comme la **Geriatric Dépression SCAL de YESAVAGE** qui est la plus connue et la plus utilisée. D'auto-questionnaire à 30 items dichotomiques, elle a été réduite à **15** items, afin d'atténuer la fatigabilité et la perte de concentration liées aux évaluations trop longues ; enfin, un hétéro questionnaire à 4 items pour le dépistage tant en institution qu'en service d'urgence ou en population vue en médecine générale a été proposé.

L'utilisation d'un tel instrument de dépistage ne reste cependant qu'un moyen de sensibiliser à pousser le jugement clinique. Elle ne saurait dispenser de réflexions sur le sens du symptôme, sa fonction, sa valeur dans l'histoire du sujet. (*J. Clément, et Al. 2011, p91*).

5. les dynamiques psychiques de la dépression du sujet âgé

5.1 L'affect dépressif normal et pathologique

5.1.1 L'affect dépressif

L'humeur dépressive recouvre une gamme d'affects allant de la déception au chagrin et à la tristesse. Elle s'accompagne du sentiment de culpabilité à l'origine d'un pénible travail de réévaluation de soi. Mais si l'affect dépressif retentit sur l'activité du moi, il préserve suffisamment sa capacité de réparation pour que ce dernier regagne activement l'amour du surmoi et de ses instances idéales, un temps menacé.

5.1-2-La douleur morale

C'est la souffrance ou la douleur morale qui caractérise le mieux la dépression pathologique. Elle repose sur un critère quantitatif identique à celui qui différencie une douleur physique supportable et une douleur paralysante. Cette immobilisation par excès est à l'origine d'un affect spécifique, le désespoir, se caractérisant par la perte de l'amour d'objet et de soi. Le moi mélancolique ne se borne pas à s'adresser des reproches, ces reproches le condamnent irrémédiablement. (*Pierre Charazac, 2011, p202*).

5.1.3 La position dépressive

La position dépressive désigne à la fois un affect particulier et un moment original de la construction de l'image de soi. La psychanalyste M. Klein (1968) la situe dans la première année de la vie de l'enfant, au moment où il prend conscience que la mère qui le nourrit et qu'il aime et celle qui le frustre et qu'il hait sont une seule et même personne. Par la suite, chacune des crises majeures de l'existence révélera de nouvelles contradictions exigeant la révision et la réévaluation de l'image de soi. Autrement dit, la vieillesse ne voit pas seulement changer les symptômes et les mots désignant la

Dépression mais aussi les rapports que le moi entretiens avec la position dépressive. Ce sont ces rapports qui déterminent son caractère normal ou pathologique. (Pierre Charazac, 2011, p203).

5.1.4 Le retour au corps

Durant la vieillesse, l'expérience dépressive se centre davantage sur le corps. Il est plus juste de dire qu'elle fait un retour au corps, dans la mesure où l'interprétation psychanalytique de la position dépressive du nourrisson laisse dans l'ignorance des émois physiques susceptibles de l'accompagner. Freud et Winnicott ont reconnu chacun à leur manière que le nouveau-né connaît des angoisses échappant à ses processus de symbolisation pas encore formés. Rien n'empêche de penser qu'à l'autre extrémité de l'existence, un moi altéré ou simplement débordé par une souffrance excessive refasse l'expérience de ce type d'angoisse.

Une telle approche est de nature à modifier le diagnostic et le pronostic des dépressions de la vieillesse. Elle signifie d'une part que nos critères de la dépression normale et pathologique doivent tenir compte de ce type de remaniement économique, d'autre part que plus l'âge progresse, plus la conservation ou l'altération de l'organisation somatopsychique est déterminante pour l'évolution des dépressions dites vitales ou endogènes. (Ibid. 203).

6. L'intégration des sens de la dépression du sujet âgé

La crise dépressive du sujet âgé fait intervenir l'ensemble de ces niveaux : la représentation de soi et de l'objet, sous l'angle d'une réévaluation plus ou moins douloureuse de leurs qualités et de leurs manques, et les deux dualismes pulsionnels successivement proposés par la théorie psychanalytique, sous l'angle de l'atteinte du principe de plaisir et de l'auto conservation ou du renversement du rapport force ayant jusqu'ici permis au principe aux pulsions de vie de l'emporter sur les pulsions de mort. (*Pierre Charazac, 2011, p203*).

Elle concerne aussi l'intégration de ces différents niveaux, reposant sur un travail de liaison de plus en plus difficile ou inconstant, au fur et à mesure que les moyens du moi se réduisent. Le milieu est ainsi appelé à intervenir dans ce travail d'intégration, en ayant sa propre manière de traiter les excitations allant, elle aussi, dans le sens de la liaison ou de la non intégration. D'où le risque que la dépression du conjoint aidant fait courir aux deux membres du couple ou celui auquel une équipe déprimée ne croyant pas en sa capacité d'accompagner la fin de vie expose un patient réclamant l'euthanasie. (*Pierre Charazac, 2011, p 203*).

7. les facteurs favorisant la dépression chez le sujet âgé

- Certaines caractéristiques sociales et démographiques ont un effet particulièrement dépressogène chez le sujet âgé :
 - l'âge, par ce qu'il apporte de pathologies somatiques chroniques, de difficultés cognitives, de situations interpersonnelles et sociales nouvelles, en particulier la solitude, l'isolement, les conflits interpersonnels, notamment les problèmes de voisinage.
 - les conséquences de la retraite, notamment la réduction des activités.
 - la perte de proches (veuvage) qui peut entraîner des deuils pathologiques.
 - les dates anniversaires d'un deuil.
 - les problèmes financiers.

— un mauvais support social, en particulier l'absence de relation de confiance (la pratique d'une religion est considérée comme protectrice).

— la perte d'autonomie due aux maladies physiques.

— les changements de domicile.

— les tensions affectives durables et les traumatismes psychiques réitérés (comme la prise en charge d'un conjoint ou d'un proche, malade).

- Il y aurait aussi plus de symptômes dépressifs chez les sujets âgés avec une Intelligence pré morbide de niveau faible, et qui sont carencés en relations intimes et en relation de confiance.

- Les hommes qui ont des échanges relationnels appauvris avec leur femme ont un risque de dépression plus élevé, alors que pour les femmes le fait de se retrouver seule abaisserait ce risque.

- Les dépressions à début tardif semblent davantage déclenchées par des événements de vie que chez les sujets jeunes.

- Les symptômes dépressifs chez le sujet âgé sont fréquemment associés à un grand nombre de facteurs organiques. En particulier *la pathologie vasculaire cérébrale* joue un rôle important dans l'étiologie de la dépression « tardive » : approximativement 50 % des patients âgés ayant présenté un accident vasculaire cérébral développent une dépression, surtout dans les localisations frontales gauches et l'extrémité proximale gauche du noyau caudé ; ceci a conduit à proposer le concept de « dépression vasculaire ». Parmi les dépressions secondaires, certaines autres causes sont à rechercher systématiquement chez le sujet âgé : *les dysthyroidies, la maladie de*

Parkinson et la dénutrition (carence en folates), sans oublier les déficits sensoriels. (J. Clément, et coll.2006, p91).

8. Les formes de la dépression du sujet âgé

8.1 Les formes réactionnelles

En termes de fréquence, elles sont de loin les plus importantes, elles se caractérisent par l'association d'un événement récent au trouble de l'humeur. Selon que l'examineur porte son regard sur la composante dépressive ou névrotique. La constante tient à ce qu'on leur reconnaît une cause déclenchante responsable d'un impact sur une personnalité déjà affaiblie. Aux plaintes centrées sur le tube digestif, à une faible capacité de mobilisation psychique, à un récit appauvri, simplement factuel et sans « insight » à l'importance de la sensation de vide douloureux qui tient lieu d'affect, on reconnaît, noyé dans l'anxiété diffuse, la lassitude et les douleurs multiples, le désarroi du vieillard déprimé.

8.2 Les formes endogènes

Si précieuses qu'elles soient pour modéliser une représentation conceptuelle de la dépression, ces formes sont les plus rares en pratique, mais plus redoutables à cause du risque suicidaire qu'elles comportent. (Ferrey G, le Goues G, 2000, p44).

8.3 Les formes associées

1. les formes associées à un autre trouble psychiatrique

On y regroupe la dépression liée à une névrose obsessionnelle, hystérique, un alcoolisme, une schizophrénie, un délire chronique, une personnalité pathologique. Autrement dit, c'est au moment du raccordement du syndrome dépressif à une organisation mentale que le problème se pose.

2. Les formes associées à un trouble somatique

Trois aspects cliniques fréquents doivent être mentionnés : la iatrogénie, une maladie somatique et la maladie de parkinson Les dépressions iatrogènes sont une catégorie en pleine expansion. Elles sont la conséquence de la poly médication dont le sujet âgé est l'objet, aggravée généralement par l'avidité médicamenteuse propre au grand âge. Une dépression est cliniquement

indiscutable peut se déclarer avant la découverte d'un cancer profond, une atteinte systémique ou une tumeur cérébrale. Elle n'est pas spécifique au vieillissement, mais son aspect inaugural tardif, son antécédent connu, survenant en dehors de tout évènement description relative orientée vers une prudence. La maladie de parkinson constitue l'exemple d'une intrication entre une atteinte somatique et une dépression. Souvent, les symptomatologies se mêlent, le ralentissement, par exemple, est commun aux deux. Si l'examen méthodique ne retrouve pas une roue dentée, un tremblement, le diagnostic peut être difficile.

8.4. Les formes trompeuses

Les plaintes, elles aussi, subissent les effets de L'âge. Elles sont très souvent centrées sur le corps, sur un mauvais fonctionnement corporel. Elles peuvent aussi se colorer de traits caractériels ou s'expriment négativement par un déficit.

Une fatigue sera associée à une constipation rebelle, à des douleurs imprécises, mais tenaces, l'anxiété marquée souvent accrue à l'approche du soir, donne au récit un caractère dramatisé, développé sur impression d'effondrement psychique, comme l'annonce d'une catastrophe. Les troubles du sommeil sont constants. (Ferrey G, le Goues G, 2000, p 45).

La dépression pseudo-démentielle : certain état dépressif ne sont pas toujours aisément distingués d'une dépression pseudo démentielle. Il peut s'agir de névrose connu qui s'alitent après une atteinte somatique réelle pour opérer un mouvement de repli accentué manifestement exagéré. Les plaintes sont hypocondriaque, insistantes adressé à un tiers, formulées dans un climat de pessimisme accentué. Ces régressions peuvent aller jusqu'à la constitution d'un état grabataire, ou la demande soins incessante le risque de voir apparaitre des complications de décubitus est souvent présent. (FerreyG, le GouesG, 2000, p94-95).

9. Les modèles théoriques de la dépression du sujet âgé

Les multiples travaux consacrés aux dépressions du sujet âgé insistent presque tous sur l'inadéquation des classifications ou des modes de lecture univoque.

9.1. Le model analytique

Situe la dépression à l'origine de l'écart qui se creuse entre le niveau des performances du sujet et les exigences de son idéal du moi.

L'idéal du moi n'est jamais complètement débarrassé des vestiges de son origine infantile, à savoir d'une partie au moins de la mégalomanie qui lui a donné naissance. En vieillissant, le sujet âgé inéluctablement en difficulté croissante pour satisfaire son idéal du moi. Chaque fois que celui-ci est resté prédominant dans l'organisation psychologique, le risque dépressif est important. La dépression s'exprime par la baisse de l'estime de soi, un sentiment douloureux d'infériorité associé à de la culpabilité. Mal refoulée l'agressivité se réveille et peut devenir porteuse d'un geste solidaire efficace.

9.2. Le modèle psychiatrique

Porte son attention sur les variations de la conscience altérée par un trouble de l'humeur. La thématique dépressive est d'abord entendu comme une tristesse à vivre, qui s'exprime à travers une thématique, un ralentissement, un inconfort, un retrait involontaire de la vie sociale et personnelle, une expérience négative .c'est une maladie, conséquence d'un dérèglement de l'humeur dont la référence de base est la mélancolie.(Ibid. p89-90).

9.3Le model médical :

Tente de rendre compte de l'existence humaine à travers ce qu'on peut comprendre du fonctionnement corporel. Les gériatres, spécialement, soulignent les difficultés à vivre d'un corps vieillissant : réduction progressive de l'autonomie, de la sensorialité, des instruments corporels, qui sont source de satisfaction pour soi et pour la vie de relation. Parallèlement, les occasions de jouir physiquement diminuent. Aussi leur parait-il naturel de voir le sujet âgé comme un candidat désigné à la dépression.

9.4Le model biologique

Reprends la référence mélancolique comme exemple Basel. Il recherche lui aussi des corrélations entre l'état dépressif sévère et des défaillances dans le métabolisme de monoamines, des neurotransmetteurs ou des

neuromodulateurs. Plus spécialement chez le sujet âgé, on insisterait sur la réduction des amines neuromédiatrices, de la dopamine, de la noradrénaline et de l'acétylcholine. Les substances déficitaires seraient de surcroît mal utilisées. La pathologie iatrogène par polymédication inadéquate doit être ici rappelée. Souvent la personne âgée utilise des thèmes vraisemblables ; elle serait haïe, abandonnée, dépouillée de ses biens, rendue malade par la malignité des siens ; elle ne se conçoit qu'objet de convoitise par le fait d'un héritage espéré, elle serait le centre d'un vaste complot ourdi par ses mauvais enfants. A l'inverse, un familier ou un parent est souvent choisi comme bon objet ; ultime recours, il peut faire l'objet d'attentions multiples, de dons généreux voire extravagants.

9.5 Le model culturel

Recense volontiers les points de rupture dans le réseau relationnel, qu'il s'agisse d'une fin de l'activité professionnelle, de la coupure des liens sociaux, de la réduction des capacités d'adaptation ou de l'inadaptation au changement. Toute lecture psychosociale se met en quête de l'évènement de vie qui serait corrélatif avec l'entrée dans la dépression. Bien qu'une corrélation ne garantisse jamais l'existence d'un lien de causalité, l'approche psychosociale de type « photographique » est utile en épidémiologie. (Ferry G, *Le Gouès*, 2000, p 90-91).

10. Les conséquences de la dépression

Les troubles dépressifs ont un impact majeur sur l'organisme, et peuvent favoriser l'apparition de nombreuses maladies, le suicide est la conséquence majeure de la dépression

10.1. Le suicide

Dans la plupart des sociétés occidentales, c'est la population âgée qui a le taux de décès par suicide le plus élevé. En France où la mortalité par suicide est une des plus fortes des pays européens, le risque suicidaire augmente avec l'âge (plus de 3 300 suicidés de plus de 65ans) sur un total de 11 000 suicides environ en 1997. Les générations nées après 1945 se suicident plus que les

précédentes, ce qui laisse entrevoir une possible augmentation dans les prochaines années.

9.1.1. Le suicide en établissement gériatrique

Casadebaiget al.(2003) constatent que les taux de suicide sont plus importants en établissement gériatrique qu'au domicile. Pour les hommes, le taux augmente avec l'âge et chez ceux qui vivent en établissement, il est inférieur à celui de ceux vivant seuls à domicile. Pour les femmes, « la maison de retraite apparaît comme un risque spécifique en soi » et, contrairement aux hommes, ce sont les plus jeunes (65-74 ans) qui ont les taux de suicide les plus élevés.

Le mode de suicide Au domicile, plus de la moitié sont par pendaison. 33 % des hommes recourent à un arme à feu. 15 % des femmes ingèrent des toxiques et 15 % choisissent la noyade. En maison de retraite, la pendaison et le saut d'un lieu élevé sont le plus souvent utilisés.

La distinction entre suicide actif et suicide passif (*M. Charazac, 2004*) fait que le Désir de mourir du sujet âgé n'est pas toujours repérable. (*Pierre Charazac 2011, p 213*).

9.1.2. Les facteurs de risque du suicide

Les deux premiers facteurs de risque, selon les statistiques de l'OMS, sont l'avancée en âge (75 ans et plus) et le sexe masculin.

Les autres facteurs sont pour la plupart communs à tous les groupes d'âge :

- les antécédents de troubles mentaux, notamment de l'humeur, et de tentative de suicide ;
- les addictions (alcool, benzodiazépines) ;
- l'existence d'une maladie grave, associée ou non à une douleur chronique ;
- la solitude, le veuvage et le divorce ;
- la résidence au domicile ou en établissement, avec des variations selon l'âge et le sexe. (*Pierre Charazac, 2011, p 213-214*).

11. Le traitement de la dépression du sujet âgé

La démarche diagnostique permet de proposer des *stratégies thérapeutiques* nuancées en fonction de la symptomatologie, de sa gravité, des éléments de personnalité intriqués et des conditions existentielles de la personne âgée dépressive. (J. Clément, et coll. 2006, p95).

11.1. Psychothérapie

Une approche psychothérapique interpersonnelle est toujours indiquée. Elle revêt le plus souvent un aspect pragmatique se situant entre une approche d'inspiration psychanalytique et une attitude dynamique de soutien.

Le thérapeute doit s'enquérir d'éventuels conflits et questionner sur les pertes récentes ou à venir et faire évoquer au sujet ses croyances sur le futur qui lui semble réservé.

11.2. Prise en compte de l'entourage

Il est aussi indispensable de rencontrer l'entourage, afin de faire le point sur la situation psycho-affective du patient et de mieux comprendre les relations et le mode de communication intra familiale. Ces entretiens familiaux permettent également d'entendre la souffrance des soignants familiaux et de leur apporter un soutien empathique, ce qui est très bénéfique pour la guérison de la dépression.

Un entourage compréhensif et soutenu par l'équipe soignante constitue toujours un gage de meilleur pronostic pour l'avenir du patient, en particulier dans une perspective de prévention des rechutes de la dépression. (Ibid. p95-96).

11.3. Hospitalisation

Lorsqu'un éventuel masque est levé, le diagnostic établi, c'est principalement en fonction de ces dernières variables qu'est décidée ou non l'hospitalisation. *Elle est indiquée* lorsqu'une idéation suicidaire a été détectée, que l'état général est précaire, qu'il y a une hostilité entre la personne âgée et l'entourage, que le sujet est très isolé, qu'une mauvaise observance est

prévisible, qu'une première prescription a été inefficace et qu'une électroconvulsivothérapie est envisagée. Mais la plupart des dépressions de la personne âgée doivent être traitées en ambulatoire par le médecin généraliste.

11.3.1 Pharmacothérapie

L'approche médicamenteuse se fonde sur les particularités cliniques.

- **La dépression caractérisée** doit être traitée en première intention, soit par un traitement antidépresseur de type sérotoninergique (*Seropram*, 1 cp chaque matin ou *Floxyfral*, 1 cp chaque soir...) du fait de la bonne tolérance chez le sujet âgé polymédiqué, soit par un inhibiteur réversible de la monoamine oxydase A (RIMA),

moclobémide, soit par un inhibiteur de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSN), venlafaxine. Une autre famille d'antidépresseur peut être choisie si elle a fait précédemment ses preuves chez tel sujet.

- **La forme mélancolique**, qu'elle appartienne ou non à une maladie maniacodépressive, nécessite une hospitalisation et parfois le recours à l'électroconvulsivothérapie.

- **La dépression hypocondriaque** résiste souvent au traitement antidépresseur psychotrope et doit aussi faire pratiquer l'électroconvulsivothérapie. Cependant, l'action antidépressive dans les deux cas sera d'autant plus efficace qu'un travail psychothérapique sur l'image du corps et sur les atteintes narcissiques liées à l'âge sera réalisé.

- **La dépression délirante** est traitée le plus efficacement par l'association d'un antidépresseur et d'un antipsychotique à faible dose. Il faut savoir que le délai d'efficacité est plus long et que le soutien psychothérapique doit respecter une disparition incomplète du délire. (*J. Clément, et coll.* 2006, p96).

- **Dans la dépression hostile**, ce sont les antidépresseurs de type sérotoninergique qui est les plus indiqués du fait de leur action anti-impulsive.

- **Le masque anxieux** justifie plutôt, et surtout s'il y a une composante phobique, d'un traitement par IMAO sélectif A (RIMA) comme la *Moclamine* (3 à 4 cp/j).

• **La dépression pseudo-démentielle** est aussi une bonne indication des sérotoninergiques

Après la rémission des symptômes, le traitement de consolidation antidépresseur doit être poursuivi à la même posologie indéfiniment tant le risque de développer une vraie démence est élevé.

• **La dépression conative**, dans la même perspective que l'apathie, serait plus sensible à une action dopaminergique justifiant outre-Atlantique l'usage du bupropion et des amphétamines ; en France, elle peut être traitée par la *Moclamine* ou par une faible dose de benzamide substituée comme le *Solian* (25 à 50 mg/j) pour obtenir une action stimulante.

• **Le traitement de la dépression vasculaire**, outre l'attitude préventive des facteurs de risque (traitement de l'HTA, des dyslipidémies...), repose sur certains arguments psychopharmacologiques découlant de la modification de l'action des diverses drogues sur le système nerveux après un accident vasculaire Cérébral. (J. Clément, et coll. 2006, p96-97).

12. Objectifs du traitement

La modification des symptômes et des conduites :

- Restaurer l'humeur
- Retrouver un sommeil de qualité
- Reprendre des activités sociales et améliorer la qualité de la vie
- Faire de nouveaux projets

Ou plus simplement :

- Diminuer les symptômes
- Réduire le risque de rechute
- Prévenir le raptus suicidaire. (corpus de Gériatrie, 2000, les états dépressifs du sujet âgés).

Conclusion

Le phénomène de dépression exposera un certain nombre de débats toujours en vigueur, concernant notamment la définition ainsi que les facteurs

étiologiques et le maintien de symptômes dépressifs, ce qui constitue un véritable problème de santé public.

Cependant, une prise en charge globale avec l'aide de l'entourage est également indispensable, elle doit permettre d'informer le patient, ainsi que sa famille sur le trouble et son traitement, de surveiller l'efficacité et la tolérance de l'antidépresseur et de poursuivre le traitement plusieurs mois après la guérison complète de l'épisode afin d'éviter les récurrences et les rechutes.

Chapitre II : vieillesse et vieillissement

Plan

1. Définition

1.1 définition de la vieillesse

1.2 définition du vieillissement.

2. Les époques de vieillissement

3. La structure de la population âgée

4. La vieillesse du point de vue de spécialités relatives au vieillissement

III. 1. Les changements relatifs au vieillissement

1.2 le vieillissement corporel.

1.3 La senescence de la perception

1.3 La senescence des cognitions

1.4 Les fonctions des organes.

1.5 Les fonctions sexuel.

1.6 Le sommeil.

2. Les facteurs d'influence de la forme et de la santé physiques

3. Les différents modèles théoriques du vieillissement

4. La vie sociale des personnes âgées.

5. Les relations interpersonnelles de la personne âgée.

III. Prévention et bien vieillir

IV. Les disciplines et les spécialités relatives à la vieillesse

Conclusion.

Introduction

Comme toutes les étapes de la vie humaine la vieillesse correspond à un certain nombre de caractéristiques :

- changements physiques
- changements psychologiques
- un sentiment de décalage par rapport aux repères de la vie adulte (impression de ne plus appartenir à l'époque dans laquelle on vit)

Mais ces caractéristiques n'apparaissent pas nécessairement de façon simultanée et comme pour l'adulte et l'adolescent, il est nécessaire de tenir compte de différents critères pour définir la vieillesse. Ainsi différents âges pourront être retenus :

- âge chronologique
- âge physique et biologique
- âge psychologique et 'émotif âge social

1.1 Définition

1.1.1 Définition du vieillissement

Ensemble des transformations qui affectent la dernière période de la vie, et qui constituent un processus de déclin. (*Henriette Bloch et Coll. , 1999, p987*).

Le vieillissement est un phénomène naturel qui s'inscrit dans la destinée humaine, c'est un processus normal. La vieillesse n'est que l'aboutissement normal du vieillissement.

Le vieillissement pathologique cérébrale se manifeste sous différentes formes dont les plus communes sont les syndromes démentiels (maladie d'Alzheimer) avec troubles des mémoires spatio-temporelle, syndrome à phasos-apraxo-agnosique. (*Roland. D, Françoise. P, 2008, p748*).

1. 2 Définition de la vieillesse

1.2.1 Du point de vue général

Richard et Bovier (1997) considèrent la vieillesse comme :

« Un âge de la vie défini, dans notre culture, avec le même arbitraire que Celui de l'enfance, de l'adolescence et de la murescence. C'est aussi celui Dit de la sénescence. Il est généralement fixé, par convention, au début de La sixième décennie. Dans certains pays, il est parfois aligné sur l'âge auquel L'individu commence à percevoir ses prestations de retraite. Il ne doit pas se Confondre avec le vieillissement, processus qui commence à la naissance, se poursuit tout au long d'une vie et marque les changements de l'individu avec le temps ». (Pierre Chrazac, 2011, p7).

1.2.2 Point de vue psychique

La vieillesse se caractérise par une alternance de périodes de stabilité et d'instabilité du moi et de ses investissements, résultant de son adaptation à une série de changements internes et extérieurs, pour les uns communs et pour les autres propres à chaque sujet.

Vue sous cet angle, elle ne se définit pas en termes d'âge chronologique mais plutôt de crises et de réaménagements dans la topique (installation ou levée d'un clivage), l'économie (épuisement ou relance de l'énergie pulsionnelle) et la dynamique (conflit et régression laissant une pulsion partielle l'emporter sur les autres). Le vieillissement, en tant que processus psychique orienté par des transformations irréversibles du corps et de l'appareil psychique, est une notion plus difficile à définir.

Résultant d'une succession de modifications des rapports entre le moi psychique, le moi corporel et le monde extérieur, il est fait pour l'essentiel d'expériences inconscientes, ce qui n'empêche pas le moi d'avoir des représentations conscientes de la vieillesse en général et de son vieillissement en particulier. Comme l'adolescence, le vieillissement comporte des crises où le moi réévalue sa capacité d'agir sur le monde extérieur ou de subir les contraintes de ce dernier, sans dommage excessif pour l'amour de soi.(Pierre Chrazac, 2011, p8).

2. Les époques de vieillissement

2.1. L'adulte vieillissant

L'adulte vieillissant entre dans la carrière vieillissante à mi- vie c'est dire au moment où il découvre qu'il a déjà vécu la moitié de son existence, et que,

désormais le temps qui 'lui reste est plus court que celui qu'il a connu, pour lui c'est une nouvelle expérience qui débouche, pour cette personne.

2.2 L'adulte vieux

Est un être autonome dont les fonctions corporelles et psychiques permettent de quitter une condition pour investir une autre, de composer relativement les portes par l'investissement de nouveaux intérêts, l'époque de l'adulte vieux débute par la mise à la retraite.

2.3 Le vieillard

C'est à dire le sujet fragilisé par une perte notable de ses capacités psychiques et mentales, se situe généralement au-delà de (80 ans). (*Ferry G, 2000, p198*).

2.4Le vieillard malade

N'est pas nécessairement plus vieux, civilement, que son contemporain. Pourtant tout se passe comme s'il était à cause d'une vie alourdie le handicap physique, la pathologie somatique s'ajoute à l'usure du temps, une condition aggravante qui ne se rencontre plus que 20% des cas aujourd'hui grâce à l'amélioration des conditions de vie associées aux progrès de la médecine. Une façon de rappeler que 80% de nos seniors connaissent un troisième âge ouvert sur pas de possible.

De point de vue psychique ces quatre catégories vieillissantes se chevauchent. Elles ne peuvent pas se succéder linéairement plus qu'elles sont déterminées pas plusieurs paramètres dont la combinaison heureuse retarde le vieillissement, quad leur combinaison malheureuse l'accélère, l'important du point de vue psychique consiste à évaluer ce qui l'emporte en la relance d'une souffrance à réduire par une position contenant. (*Ferry G, 2000, p198-199*).

3. La structure de la population âgée

3.1 Les classes d'âges

Pour *C. Lalive d'Epina y et D. Spini (2007)* le troisième âge fut pour l'Europe Occidentale à la fois une nouveauté historique et « un véritable cadeau de vie offert par les sociétés industrielles avancées de la fin du XX^e siècle ». Il désigne la première période de la vie après la retraite qui tendait alors à être prise plus

tôt, tandis que le quatrième âge renvoie à l'idée traditionnelle de la vieillesse qui se trouve ainsi repoussée plus tard. Mais de nombreux démographes se sont élevés contre cette classification.

Aux États-Unis, le National Institute of Aging a adopté en 1984 une classification en trois âges :

- **les *young old*** (65-74 ans) qui sont les personnes âgées mais non vieilles ;
- **les *old old***(75-84 ans) qui sont en passe de devenir vieux ;
- **les *oldest old***(85 ans et plus) encore appelés very old, qui sont les vieillards proprement dits.

4.Le point de vue de la vieillesse selon différentes spécialités

4.1 L'âge chronologique et gérontologue

Cette approche consiste à définir la vieillesse à partir d'un âge précis, ce qui ne va pas sans difficulté dans la mesure où les diverses caractéristiques énumérées dans l'introduction ne se rencontrent pas nécessairement toutes au même âge chez tous les sujets.

Selon la définition des gérontologues le vieillissement est défini comme une diminution de la réserve physiologique des organes et des systèmes composant notre organisme.

Nous disposons tous de trois âges :

- L'âge chronologique : qui est celui de notre carte d'identité.
- L'âge biologique : qui est celui de notre viscère et de nos organes.

4.2 La vieillesse du point de vue physique et biologique

Tout d'abord il est nécessaire de préciser que le vieillissement est un processus graduel et qu'il n'y a pas d'âge limite à partir duquel ce processus s'entamerait réellement. Simplement on peut remarquer une diminution des forces physiques entre (30 et 35 ans), diminution peu sensible et sans graves conséquences (sauf pour les sportifs de haut niveau par exemple).

On remarque également à cet âge une baisse de la vue chez certaines personnes, de même que certaines modifications physiques observables pouvant avoir des conséquences psychologiques dans

La mesure où elles entraînent une modification de l'image de soi :

- Apparition des premières rides
- Calvitie - cheveux blancs
- Augmentation du poids

Du point de vue physique et biologique il est également nécessaire de tenir compte de toutes les modifications du métabolisme qui peuvent aussi bien être d'ordre cardio-vasculaire que pulmonaire, Mais qui, quoi qu'il en soit, peuvent être évitées ou ralenties, comme toutes les autres manifestations du vieillissement par l'exercice et une alimentation équilibrée. Cela vaut d'ailleurs autant pour le maintien de la forme physique du sujet que pour la conservation de ses capacités physiques et intellectuelles (mémoire, etc.).(Initiation à la psychologie, p93).

4.3 Le vieillissement du point de vue psychologique etémotif

De ce point de vue la question principale qu'il faut poser est la suivante : peut-on définir des signes psychologiques ou affectifs de la vieillesse comparables à ceux que l'on peut fixer pour définir la maturité (responsabilité, autonomie, etc...)

Si on la compare à la personne d'âge mûr, on peut définir la personne âgée comme quelqu'un ayant plus d'expérience et qui prendra plus de recul par rapport à certaines situations qu'une personne plus jeune, par contre cela ne signifie pas pour autant qu'elle a plus de connaissances, elle ne pourra donc appréhender certaines situations qu'en fonction de son niveau d'instruction, niveau qui permettra par exemple de s'adapter aux conséquences sur la vie quotidienne de l'évolution scientifique et technique, ou qui fera que la personne âgée se sentira « hors circuit ».

Ceci concerne principalement les changements cognitifs (évolution difficile, car malgré l'exercice des facultés qui ralentit considérablement leur dégénérescence, les sujet perçoit en lui une certaine diminution de la puissance de ses facultés, mémoire, etc.).

En ce qui concerne l'évolution affective les formes sont variables, mais il est nécessaire d'insister sur trois facteurs déterminants

- La retraite
- La solitude

– La prise de conscience de la proximité de la mort

Ces trois aspects de la vieillesse seront d'ailleurs vécus plus ou moins positivement selon les sujets. (Initiation à la psychologie, p93).

4.4 La vieillesse d'un point de vue social

Celle-ci va se définir relativement aux rôles sociaux, ainsi la retraite pourra être vécue positivement si elle est désirée et si du point de vue chronologique, physique et psychologique il n'y a pas de décalage relativement à l'activité ou l'inactivité. Par contre s'il y a un décalage la personne peut se sentir rejetée et mise <hors de la société.

De plus à un âge souvent supérieur un autre facteur peut accroître ce sentiment d'impuissance, il s'agit du renversement des dépendances lorsque la personne âgée devient dépendante de ses

Enfants ou des plus jeunes pour des raisons financières ou de santé.

Cela dit, il est toujours possible pour la personne âgée de jouer un rôle positif quelles que soient les conditions dans lesquelles elle vit, par exemple en jouant un rôle dans l'éveil de ses petits-enfants.

La vieillesse sous tous ses aspects peut donc être vécue positivement et négativement :

– **Positivement** :Elle s'accompagne d'un sentiment de paix et d'accomplissement tout en conservant la possibilité de toujours jouer un rôle social.

– **Négativement** :Elle s'accompagne alors de nombreux regrets ainsi que d'un sentiment d'impuissance et de dégénérescence Cette vision plus ou moins positive ou négative de la vieillesse, on le voit, est surtout déterminée par le rôle social que joue la personne âgée, c'est pourquoi nous insisterons sur cet aspect.(Initiation à la psychologie, p93).

II. 1.Les changements relatifs au vieillissement

1.1.Le vieillissement corporel

Le vieillissement corporel intègre des phénomènes opérant au niveau cellulaire,anatomique, physiologique et neurophysiologique, combinant chacun des altérations et des compensations, sur le modèle de la plasticité cérébrale. Lorsqu'on dit que le vieillissement n'est pas homogène, c'est aussi sur le plan de la réparation ou de la compensation.

1.1.1 *L'image inconsciente du corps*

Pour Dolto (1984), le schéma corporel n'est pas l'image du corps. Un schéma corporel sain peut être invalidé par une image du corps perturbée et inversement, un enfant infirme peut avoir une image du corps parfaitement saine. Elle définit l'image du corps comme :

« La synthèse vivante de nos expériences émotionnelles interhumaines, répétitivement vécues à travers les sensations érogènes électives, archaïques ou actuelles. Elle peut être considérée comme l'incarnation symbolique inconsciente du sujet désirant et ce avant même que l'individu en question soit capable de se désigner par le pronom personnel Je, sache dire Je ».

1.1.2 *Le devenir de l'image du corps*

Au cours du développement, le corps, écrit *Le Gouès*, change de statut et « devient un extérieur pour le psychisme ». Avec l'avancée en âge, le moi psychique a besoin d'intérioriser de nouveau les transformations du moi corporel, sauf à faire de ce dernier.

L'intégration des transformations physiques ne peut se faire que par étapes, en s'appuyant sur des expériences suturant en quelque sorte l'image menacée. Quand survient le déficit, ce processus devient dépendant de la manière dont le sujet se sent porté par l'entourage, par analogie avec l'enfant au stade du miroir. Il peut aussi se heurter à deux types de limite, selon que l'énergie nécessaire à ce travail vienne à faire défaut ou que les transformations en question aient un caractère traumatique.

2.1A *l'échelle de la cellule*

2.1.1 *Le stress oxydatif*

Au niveau moléculaire, les radicaux libres attaquent quotidiennement l'ADN cellulaire qui est aussitôt réparé par des enzymes nucléaires anti-oxydants qui sont eux-mêmes la cible d'autres agents, par exemple certains médicaments anticancéreux connus pour accélérer le vieillissement. Ces atteintes provoquent une accumulation de lésions irréversibles finissant par détruire la cellule. (Pierre Charazac, 2011,p30-32).

2.1.2 Les gérontogènes

L'hypothèse d'un vieillissement programmé qui ferait disparaître les individus d'une espèce une fois passé l'âge de la reproduction a été abandonné au profit de celle des « gérontogènes » dont l'apparition aléatoire se serait pérennisée à travers la reproduction de leurs porteurs. On distingue les gènes de l'espérance de vie ou antioncogènes, qui contrôlent la division des cellules et pour certains leur mort (apoptose) ; et les gènes de la longévité qui contrôlent les mécanismes protecteurs contre les agents exo ou endogènes responsables du vieillissement cellulaire.

3.1 Les organes et les fonctions

L'analyse du vieillissement corporel par organe et par système touche vite ses limites parce qu'elle ne tient pas compte des processus d'adaptation. Il ne fait plus aucun doute aujourd'hui que pour le vieillissement cérébral, la diminution de la neuroplasticité est plus significative que la perte de poids du cerveau.

En outre, l'approche organe par organe s'éloigne du corps âgé malade dont les symptômes s'expliquent souvent davantage par une poly pathologie. C'est pourtant l'image d'un corps morcelé que donne encore souvent la lecture du dossier somatique du patient ou la liste de ses médicaments.

3.1.1 La vicariance

C'est le remplacement ou la suppléance d'un organe ou d'une fonction déficiente par une autre. Par exemple, un patient en rééducation fonctionnelle avec des séquelles motrices d'AVC ne pourra pas utiliser sa vision pour restaurer son équilibre s'il souffre

Également d'une dégénérescence rétinienne.

3.1.2 La plasticité

Elle désigne la propriété d'un organe ou d'un tissu de se développer et de modifier sa morphologie selon les circonstances. Il persiste au-delà de (60 ans) une neuroplasticité cérébrale reposant sur la capacité des neurones sains de développer, par bourgeonnement synaptogène, des terminaisons qui remplaceront celles d'un neurone voisin détruit. Ce phénomène rend compte des observations faites par Goldstein auprès de blessés du cerveau au cours de la guerre 1914-18.

3.1.Le sommeil

Les personnes âgées tendent à moins dormir et à moins rêver qu'auparavant .elles s'éveillent plus souvent au cours de la nuit et les périodes de sommeil profond diminuent .pour rattraper le sommeil perdu, elles font plus souvent de courtes siestes durant la journée .ces modifications du sommeil ne sont pas inéluctables, et c'est pourquoi il faut s'en préoccuper si elles deviennent récurrentes. L'insomnie chronique peut être le signe précurseur d'une dépression et elle doit être traitée. Une activité physique modérée peut notamment aider à améliorer la qualité du sommeil.

4.1La fonction sexuelle

Le facteur le plus important du maintien de la fonction sexuelle jusqu'à un âge avancé réside dans une activité sexuelle régulière au cours de la vie. Ainsi, un homme en bonne santé et qui a toujours été sexuellement actif peut généralement maintenir une certaine activité sexuelle jusqu'à (70 ans), et même (80 ans) et plus .quant aux femmes, elles sont physiologiquement aptes à être sexuellement actives jusqu'à la fin de leur vie. Toutefois, des facteurs tels que l'état de santé physique, la prise de médicament et la disponibilité d'un partenaire sont également associées à l'activité sexuelle des personnes âgées (VEZINA et AL, 2007) .ainsi , les hommes âgés sont plus susceptibles que les femmes âgées de rester sexuellement actifs en vieillissant parce qu'ils sont moins nombreux et ont donc plus de chances d'avoir un partenaire (LINDAU et AL ;2007).

A l'âge adulte avancé, la sexualité est cependant différente de ce qu'elle était auparavant .les hommes prennent plus de temps à avoir une érection et à éjaculer, l'érection devient moins ferme et moins durable, ils peuvent avoir besoin de plus de stimulation manuelle et connaissent des intervalles plus longs entre les érections. Chez les femmes, l'engorgement de la poitrine ainsi que d'autres signes d'excitation sexuelle sont moins intenses qu'auparavant .alors que ces divers changements n'empêchent pas le maintien de l'activité sexuelle, ils sont souvent perçus de façon très négative sexuelle, voire qu'elles ne devraient plus en avoir.

2.1.La senescence de la perception

On constate, au fil des années un vieillissement général des capacités sensorielles, mais la senescence ne touche pas tous les sens et ne les affectent pas de la même manière :

2.2.1 L'ouïe

La presbyacousie, due à une altération progressive du nerf auditif, et la diminution du nombre des cellules neurosensorielles de l'oreille interne entraînent la perte des sons aigus.

Après (65 ans), elle touche une personne sur trois mais elle serait sous-estimée car seule une minorité consulte et demande un appareillage. Cette réticence qui ne touche pas le port de lunettes peut s'expliquer par l'association du début de surdité à une certaine image de la vieillesse.

La surdité est un facteur d'isolement qui favorise les troubles du caractère et la dépression. *Kraepelin* a décrit en 1915 une paranoïa des sourds qui s'apparente au caractère sensitif de *Kretschmer*.

2.2.2La vue

La dégénérescence maculaire est la plus fréquente des altérations de la vue. Son apparition tardive fait que peu de sujets tentent de s'y adapter. En outre, la perte des afférences visuelles a un effet désorganisateur sur l'ensemble de la motricité et pas seulement sur la marche.

2.2.3Le goût et l'odorat

Ces sens jouent un rôle déterminant aux deux extrêmes de l'existence. L'empreinte de l'odeur de la mère et du goût de son lait est prise dans les premières heures suivant la venue au monde et se conserve tout au long de l'existence, déclenchant des exclusivités ou des phobies dans l'alimentation en fin de vie. Il est fréquent que le sujet âgé perde l'odorat et que son goût s'altère : le goût salé disparaît alors que le goût sucré persiste, ce qui est à l'origine d'un déséquilibre alimentaire.(Pierre Charazac, 2011 p 30-31).

2.2.4Le toucher

Est le moins affecté jusqu'à un âge plus avancé, à mesure que la peau devient plus sèche et plus dure, le sens de toucher perd progressivement son acuité. On parle rarement d'une simple baisse de sensibilité au niveau de la main. (BHURLOK ELIZABETH, 1978, p 310).

3.1.La senescence des cognitions

Avec l'âge apparaissent des modifications de fonctionnement cognitif qui s'expriment à travers des manifestations comportementales impliquant à la fois différents aspects à savoir la mémoire, le langage, raisonnement ...etc.

3.1.1La perte de la liquidité mentale

Cette caractéristique consiste dans la difficulté qu'prouvent le vieillard à mobiliser et une manière générale ses opérations instinctuelles. L'activité mentale est frappée d'une sorte d'inertie, elle résulte d'un manque de spontanéité et de la rapidité dans le processus de la pensée (stagnation, préservation). (BHURLOCK Elizabeth, 1978, p320).

3.1.2La mémoire :

On distingue plusieurs conceptions de l'oubli citant trois : la première fait intervenir le déclin de la trace mnésique avec le temps : quand pendant un certain temps, une liaison entre une situation et une réponse n'est plus faite, il s'ensuit un effacement de cette liaison. En d'autres termes, la durée de la trace mnésique décline proportionnellement à l'intervalle temporel.

Le deuxième est la mémoire à court terme (MCT) le vieux éprouve de la difficulté à récupérer une information qui se trouve en MCT, après quelques secondes ; les capacités de MCT étant limitées.

Une troisième, les interférences produites par l'apprentissage d'informations complémentaires associées aux informations initiales : l'interférence est un facteur qui semble jouer un rôle déterminant dans l'oubli : l'interférence rétroactive qui se manifeste quand les sujets doivent apprendre une deuxième tâche après l'apprentissage d'une première et que la deuxième tâche des caractéristiques similaires à la première. Il s'ensuit une baisse de performance

dans la restitution des éléments constituant le premier apprentissage. L'interférence proactive est consécutive à l'apprentissage préalable d'une tâche quand on doit faire un second apprentissage. Comme précédemment l'interférence proactive dépend de la relation de similitude entre les tâches, et de degrés d'apprentissage de la tâche principale. (*BROUILLER Denis, et coll.2000, p 40-44*).

3.1.3Le raisonnement

Est très touché pour cette tranche d'âge, surtout quand il s'agit de la résolution des problèmes complexes. (*Marreau Charlotte et coll. p192*).

3.1.4. Le langage

Est altéré par une diminution des performances dans l'utilisation active de lexique, elle se caractérise par une baisse des capacités de dénomination. (*Ibid. p 192*).

3.1.5 Les difficultés d'acquisition intellectuelles nouvelles(les apprentissages) :

Une chute généralisée des capacités de l'apprentissage à cause du ralentissement des processus de traitement de l'information qui résulte de la baisse des performances de l'attention et de travail de la mémoire. Mais l'absence d'acquisition nouvelles ne signifie pas forcément l'arrêt de toute l'évolution, le perfectionnement, les connaissances anciennes l'approfondissement de leurs significations, ou de leurs valeurs relatives et enfin leurs synthèses peuvent encore permettre un travail intellectuel valable. (*Henry Ey et col. Manuel de psychiatrie, P832*).

3.1.6. La difficulté croissante à l'adaptation à des situations nouvelles

Et non pas forcément d'une impossibilité absolue d'adaptation. Cette difficulté découle directement du vieillissement des aptitudes qui met le sujet âgé en état d'infériorité devant toute situation imprévue. Il s'agit très souvent d'une attitude réactionnelle, d'un refus découlant d'un sentiment (*Ibid. p832*).

3.1.7Le radotage et le rabâchage

La fixation de l'activité mentale par un trait spécifique du vieillard qui porte à toujours parler des mêmes choses, à ramener de la conversation parlée ou écrite sur les mêmes sujets. (Ibid.p832).

4.1 Aspects psychoaffectif du vieillissement :

Du point de vue affectif Il est difficile de déterminer s'il y a des traits psychologiques spécifiques, caractéristiques des personnes âgées. De nombreuses images sont certes véhiculées et correspondent parfois à la réalité, mais doivent cependant être prises avec précaution.

La personne âgée serait :

4-1- difficile à satisfaire.

4-2-**irritable** : il se mette facilement en colère à une moindre excitation.

4-3-**désagréable** : souvent ennuyeux et insupportable à cause de son caractère nerveux.

4-4-**triste** : troublé et malheureux à cause de plusieurs facteurs (maladie, avancée dans son vieillissement, pertes et deuil, prise en compte de la proximité de la mort).

4-5-**souvent dépressive** : triste sentiment de vide... etc. (Charlotte Marreau, et coll. p193).

4-6-L'âgisme

Qui se caractérise par des paroles et des discriminations fondées sur l'âge, se résume par des phrases comme : « vous avez mal quelque part ? » « C'est normal c'est l'âge ». (Ibid. p193).

4-7 L'infantilisations

Cette attitude se manifeste par des paroles et des comportements qui retirent à la personne âgée son statut d'adulte et la ramène à celui de l'enfant. (Ibid.p193).

4-8Le vieillissement conatif

on parle ici de la notion de motivation qu'on juge inexistante chez la personne âgée, comme le désintérêt, la fatigue ou la perte d'anticipation et de l'initiative, également la négligence de soi et/ou d'autrui, le manque d'envies, et le repli sur soi... etc. (Ibid. 194).

5.1.Le vieillissement et capacités motrices

La majorité des vieux se rendent compte de la lenteur de leurs lenteurs, de leurs mouvements et du manque de coordinations de ceux-ci par rapport à leurs années de jeunesse. Cet affaiblissement des capacités motrices est dû en partie à des causes physiques et en partie à des facteurs psychologiques.

Parmi les causes physiques qui expliquent le déclin des capacités motrices durant la vieillesse on mentionne :

-La diminution de la force et de l'énergie, qui accompagnent normalement les transformations physiques qui se produisent avec l'âge, l'insuffisance de la tonicité musculaire.

- La raideur des jointures et la crispation musculaire au niveau des mains, de l'avant-bras de la tête et de la mâchoire inférieure.

-Les facteurs psychologiques qui entrent en jeu dans l'affaiblissement des capacités motrices trouvent leurs origines dans la prise de conscience par le vieux qu'il est en train « de perdre du terrain » et du sentiment d'infériorité qu'il éprouve lorsqu'il se compare aux jeunes gens, en termes de force, de capacités et de vitesse.

La tension émotive qui découle de ces facteurs psychologiques peut accélérer le déclin des capacités motrices, ou diminuer la motivation de l'individu à entreprendre ce qu'il est capable de faire.

Les changements des capacités motrices qui influent le plus sur l'adaptation personnelle et sociale de l'individu sont :

5.1.1La force

La diminution de la force se manifeste surtout dans les muscles fléchisseurs de l'avant-bras et dans les muscles qui soulèvent du corps. Les individus âgés se fatiguent rapidement et il leur faut plus de du temps pour récupérer de leurs fatigue que les jeune gens.

5.1.2Rapidité

La perte de rapidité qui accompagne la vieillesse se manifeste lors d'épreuve mesurant le temps de réaction et l'exécution d'un mouvement spécialisé comme celui d'écrire. Ce ralentissement est marqué surtout après l'âge de (60 ans).

5.1.3Apprentissage d'habilités nouvelles

Même si l'individu est convaincu que l'apprentissage d'une habilité nouvelle lui sera profitable, il apprend néanmoins plus lentement qu'une personne plus jeune, et résultat final est aussi moins satisfaisant.

5.1.4Gaucherie

Les personnes âgées ont tendance à devenir gauches et maladroités, ce qui les amène à renverser et à laisser tomber les objets, à effectuer des taches de façon négligentes et peu soignée.... (Op. cite, *Elizabeth*,1978, page320).

2. Les facteurs d'influence de la forme et de la santé physiques

Les chances de rester en forme et en santé jusque tard dans la vie dépendent en grande partie du monde de vie, plus particulièrement de l'activité physique et de l'alimentation.

2.1.L'activité physique

Comme nous l'avons déjà mentionné, la pratique d'exercices tout au long de la vie peut prévenir de nombreux changements physiques associés auparavant au vieillissement normal. Faire régulièrement de l'exercice fortifie le cœur et les poumons, protège contre l'hypertension, le durcissement des artères, l'ostéoporose et le diabète.

Cette pratique contribue à maintenir la vitesse, la résistance, la force et l'endurance : de la dépression légère et augmente le sentiment de bien-être (AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY AND CDC ,2002).

2.2.La nutrition

nous avons vu que la nutrition représente un facteur d'influence significatif dès le début de la vie .elle le demeure dans cette dernière période du développement , ou elle joue un rôle important dans la prédisposition à diverses maladies telles que l'artériosclérose , les troubles cardiaques et le diabète (*HOUSTON et AL .2005*) .en effet , une diète équilibrée peut réduire les risques d'obésité, de dépression artérielle et de taux de cholestérol élevés , plus particulièrement si cette diète en fruitset légumes , en noix , en gains entiers et en gras non saturés (*ESPOSITO ET AL ;2004*).

2. Les modèles théoriques du vieillissement

Du point de vue social le vieillissement entraine comme conséquence :

- une perception différente de la société
- une perception différente par la société

En effet le milieu social exerce une influence sur les personnes âgées et sur la manière dont elles se situent et se perçoivent dans la société, aussi différentes théories vont-elles rendre compte de ces phénomènes.

3.1 Les théories du désengagement, de l'activité et de la continuité

pour la théorie du désengagement , la plus ancienne en gérontologie , le vieillissement réussi est caractérisé par le retrait mutuel de la personne âgée de la société , un retrait qui représenterait une condition universelle du vieillissement (*CUMMING ET HENY, 1961*)pour les tenant de cette théorie , le déclin du fonctionnement physique et l'approche de la mort amènent la personne à se retirer de ses divers rôles sociaux et à se tourner vers une vie plis introspective , alors que la société , de son coté , cesse de lui procurer , cette théorie n'ayant pas été sérieusement appuyée par la recherche , elle a été finalement délaissée.

À l'opposé, pour la théorie de l'activité, le vieillissement réussi suppose que la personne âgée demeure la plus active possible, puisque les diverses activités

tendent à être liées aux rôles sociaux, plus la perte de ces rôles est importante, moins la personne est satisfaite de sa vie. Les adultes qui vieillissent bien sont donc ceux qui trouvent des substituts aux rôles qu'ils ont perdus. La recherche affectivement montrée que la perte des rôles les plus liés à l'identité de la personne âgée représente un facteur de risque associée au déclin du sentiment de bien-être et de la santé mentale (*GRENNFIELDS ET MARKS, 2006*).

De son côté la théorie de la continuité, une théorie plus récente plus récente proposée par le gérontologue *ROBERT ATCHLEY (1989)* ; met l'accent sur la nécessité de maintenir un lien entre le passé et le présent. Selon elle, pour bien vieillir, la personne doit maintenir un équilibre entre la continuité et les changements, aussi bien sur le plan des structures internes que des externes de sa vie. Dans cette perspective, l'activité n'est pas importante en soi, mais bien parce qu'elle représente la continuité d'un style de vie. (*Papalia Diane E, et al. 2008,p390*).

3.2 Théorie du milieu social

Cette théorie considère que différentes conditions biologiques et sociales influencent et déterminent la place de la personne âgée dans la société. Il faut donc tenir compte :

- du contexte social (normes, culture,...)
- des obstacles d'ordre matériel (financier,...)
- des débouchés s'offrant aux gens âgés (activités,...) et de 3 facteurs importants influant sur le niveau d'activité :
- la santé
- les finances
- les appuis sociaux. (*Initiation à la psychologie, p93*).

3.3 La théorie psychosociale d'ERIKSON

Pour *ERIKSON*, la crise à résoudre est celle de l'intégrité du moi versus de désespoir. Pour résoudre cette crise l'adulte vieillissant doit évaluer sa vie et l'accepter, mais aussi accepter sa mort prochaine, il lui faut atteindre un sentiment de cohérence et de plénitude par rapport à la vie qu'il a menée, au lieu de sombrer dans le désespoir et le regret (*ERIKSON, ET KIVNIK, 1986*)

.les personnes qui réussissent cette dernière tâche adaptative ont le sentiment que leur vie a un sens et qu'elle s'intègre dans un ordre social plus large. Le

sagesse , la qualité qui peut se développer lors de ce dernier stade , permet à la personne d'accepter ses propres imperfections tout comme celles de ses proches et de faire face à la mort .toutefois , pour *EIKSON*, même si la crise est résolue et que l'intégrité du moi l'emporte , un certain désespoir demeure inévitable , compte tenu de vulnérabilité et du caractère transitoire de la condition humaine .

3.4 Les théories du vieillissement programmé

Les théories du vieillissement programmé soutiennent que le processus de sénescence est génétiquement programmé, c'est-à-dire que des gènes particuliers « s'éteignent » avant que les pertes dues à l'âge (telles que la diminution de la vision, de l'audition ou du contrôle moteur) ne deviennent évidentes .minime avant 60ans,cette influence génétique augmenterait avec l'âge et serait probablement due à plusieurs variantes des gènes rares, chacune ayant de menus effets. On sait maintenant qu'une de ces variantes génétiques, protège contre les troubles cardiovasculaires et- v la maladie d'Alzheimer, alors que d'autres variantes augmentent le risque de développer ces maladies (*CHRISTENSEN, JOHSON, VAUPEL, 2006*).

3.5 La théorie du vieillissement variable

Les théories du vieillissement variable voient le vieillissement comme étant le résultat de processus aléatoires qui varient d'une personne à une autre .ainsi, la plupart de ces théories attribuent le vieillissement à des dommages causés par des erreurs dues au hasard dans les systèmes biologiques ou par des attaques environnementales contre ces systèmes. Selon la théorie de vieillissement de l'usure, les cellules perdraient au fur et à mesure du vieillissement leur capacité de se produire et de réparer ou remplacer les parties endommagées. Les agents tresseurs internes et externes pourraient aussi aggraver ce processus (*HAYFLICK, 2004 ; HOLLIDAY ,2004*) de son côté, ma théorie de l'auto-immunité avance le système immunitaire peut devenir « confus » avec l'âge et libérer alors des anticorps s'attaquant aux cellules de son propre organisme .ce dysfonctionnement serait responsable de certaines maladies associées au

vieillesse (HOLLIDAY,2004). Enfin, la théorie du taux de vie suggère que le corps ne peut travailler indéfiniment ; plus il travaille vite, plus il utilise de l'énergie et plus vite il s'use, selon elle, ce serait donc la vitesse du métabolisme ou de l'utilisation de l'énergie qui déterminerait la durée de la vie (SCHNIEDER, 1992).

III.1 La vie sociale des personnes âgées

En avançant en âge, les personnes doivent prendre une des décisions les plus importantes de leur vie : perdre ou non leur retraite, cette décision a en effet un impact sur leur situation économique, sur leur état émotionnel, sur leur vie familiale et sociale, ainsi que sur l'ensemble de la société.

1.1 La retraite

Jusqu'à la fin de l'époque industrielle, les individus devaient travailler jusqu'à la fin de leur vie : perdre ou non leur retraite était alors assez exceptionnelle (VAZINA ET AL, 2007). Si cette situation perdure dans les pays les moins développés, la retraite est aujourd'hui une transition inscrite dans les situations des sociétés occidentales plus développées.

La retraite n'est pas un événement unique, mais plutôt un processus continu, les ressources personnelles comme la santé, la personnalité ou le statut socioéconomique ainsi que le climat socio relationnel par exemple le soutien provenant d'un conjoint ou d'amis, peuvent influencer la façon dont cette transition sera vécue. Il en va de même pour l'attachement envers le travail (VAN SOULIGNE ET HENKENS, 2005). par ailleurs, le statut socioéconomique influence la façon dont les personnes retraitées

vont utiliser leur temps , le modèle le plus courant est axé sur la famille : la personne pratique des activités peu coûteuses qui tournent autour du couple , de la famille et des amis (conversation , télévision, visites, jeu de cartes, etc.) un autre modèle , celui de l'investissement équilibré, est typique des personnes plus scolarisées qui partagent leurs temps plus équitablement entre la famille , le travail et les loisirs (activités culturelles, voyages etc.) toutefois , ces modèles peuvent changer avec l'âge)

Le bénévolat étroitement lié au bien être à la retraite, il peut « contribuer à remplacer le capital social perdu lorsqu'une personne quitte le monde de travail (KIM ET MOEN, 2001), il tend aussi à protéger contre la diminution du bien être lié aux pertes relatives à l'identité et aux rôles.(Papalia Diane E, et al.2008, p406-407).

1.2 Les conditions de vie

Alors que dans les pays en voie de développement même si cette pratique tend à diminuer, les personnes vivent encore généralement sous le même toit que leurs enfants et leur petits – enfants, dans les pays développés, la plupart d'entre elles vivent seule ou avec leur conjoint et préfèrent, si possible, demeurer dans leur propre maison et au sein de leur communauté (KINSELLA ET PHILLIPS, 2005). Le fait d'être en couple demeure le facteur le plus important du maintien à domicile, en effet tant et aussi longtemps que les deux conjoints sont relativement en bonne santé, ils peuvent prendre soin l'un de l'autre, toutefois, puisqu'elles vivent plus longtemps, les femmes sont plus susceptibles que les hommes de se retrouver seules en vieillissant, cette situation prévalant dans la plupart des pays développés.

On pourrait croire que les personnes qui vivent seules, surtout les plus âgées, souffrent toutes de solitude, en fait, plusieurs facteurs, tels que la santé, la personnalité ; les habilités cognitives et le réseau social influent grandement sur le sentiment de solitude (MARTIN, HAGBERG ET POON, 1997).

1.3 Les relations interpersonnelles des personnes âgées

En vieillissant plusieurs personnes tendent à passer moins de temps avec les autres, surtout si elles ont cessé depuis longtemps d'occuper un emploi ou si leur mobilité est réduite. Cependant, les relations interpersonnelles avec les proches sont plus que jamais importantes et nécessaires à leur bien-être. Ils conservent un cercle intime d'amis proches et de membre de la famille sur lesquels ils peuvent compter et qui ont une grande influence sur leur bien être. ainsi, même si les personnes âgées ont des réseaux de soutien plus restreint, elles ont tendance à avoir autant de liens très étroits et à être plus satisfaites de ceux qu'elles ont (ANTONUCCI ET AKIYAMA, 1995), de plus, le temps leur

étant compté , les adultes deviennent plus sélectifs en vieillissant et préfèrent la compagnie et les activités qui répondent à leurs besoins affectifs immédiats(CASTENSEN ET AL ,1996).

Enfin, à mesure que les personnes âgées perdent une partie du soutien qu'elles recevaient auparavant de leurs amis, elles reçoivent davantage de soutien affectif d'un nombre plus restreint de membres de la famille (SHAW ET AL., 2007) ce soutien affectif aide les personnes âgées à continuer d'apprécier la vie à la suite d'un stress important,comme la perte du conjoint ou d'un enfant, il devient essentiel particulièrement pour les femmes âgées qui sont veuves et qui vivent seules ., cependant , si les relations interpersonnelles sont conflictuelles c'est-à-dire marquées par le rejet , la compétition , la critique ou la violation de l'intimité , elles peuvent engendrer un stress chronique.

3.1.1 Les relations de couple

Parce que les femmes épousent généralement des hommes plus âgés qu'elles et leur survivent , mais aussi que parce que les hommes sont plus susceptible de se remarier après un divorce ou un veuvage, et ce, partout dans le monde , ces derniers sont beaucoup plus nombreux à être encore mariées durant leur vieillesse , or les adultes d'âge avancé encore mariés sont plus susceptible de se déclarer satisfaits , de leur vie de couple que les adultes d'âge moyen, plusieurs affirment qu'elle s'est même améliorée en effet , lorsque le couple a fini d'élever ses enfants , ceux-ci deviennent souvent une source de joie et de fierté plutôt qu'une source de conflit (CARSTENSEN ET AL .,1996).

Par ailleurs, la façon dont les couples résolvent les conflits est la clé de la satisfaction conjugale tout au long de l'âge adulte, les couples mariés qui se disputent souvent ont tendance à être anxieux et déprimés, alors que ceux qui s'entendent bien ont tendance à être plus satisfait de la vie et à avoir une meilleure estime de soi (WHISMAN ET AL .. ,2006). Si les modes de résolution de conflits ont tendance à rester plutôt constant tout au long les conjoints parviennent mieux à réguler leurs émotions (CARSTENSEN ET AL, 1996).

Dans tous les pays développés, les personnes mariées ont une meilleure santé et vivent plus longtemps que les autres (KINSELLA ET PHILLIP ,2005). Cependant, la relation entre le mariage et la santé peut différer selon le sexe ;

alors que le fait d'être marié semble bénéfique pour la santé des hommes plus âgés, celle des femmes plus davantage liée à la qualité de la relation conjugale (CARSTENSEN ET AL, 1996) toutefois , le couple peut se voir durement mis à l'épreuve avec l'apparition de maux physiques plus graves, même si la relation intime parvient à en modérer les effets physiologiques négatifs(MANCINI ET BONANNO, 2006). La personne qui doit s'occuper d'un conjoint handicapé peut en effet se sentir isolée, en colère et frustrée, surtout si elle-même est en mauvaise santé.

3.1.2 Les relations avec les enfants adultes

Les parents âgés gardent généralement des liens solides avec leurs enfants, or, les parents qui ont de bonnes relations avec leurs enfants adultes sont moins susceptibles de se sentir seuls ou déprimés que ceux qui n'ont pas de bonnes relations (KOROPECKY J-COX, 2002). Les relations mères et filles ont tendance à être particulièrement intimes, en outre, les enfants constituent un lien avec les autres membres de la famille, surtout avec les petits-enfants. L'équilibre dans l'aide mutuelle a tendance à se modifier au fur et à mesure que les parents vieillissent, les enfants fournissant alors plus de soutien que les parents (BENGTSEN, ROSENTHAL ET BURTON, 1990 ; 1996).

De leur côté les parents âgés continuent d'être très concernés par leurs enfants adultes, ceux qui en ont les moyens leur fournissent souvent un soutien financier. Dans les pays moins développés, la contribution des parents âgés se fait aussi par le biais de l'entretien de la maison, le soin des enfants et la socialisation des petits enfants (KINSELLA ET PHILLIPS, 2005) par ailleurs, les parents âgés tendent à être angoissés si leurs enfants adultes ont des problèmes et peuvent même les considérer comme un signe de faillite dans leur rôle parental (TROLL ET FINGREMAN, 1996). Papalia Diane E, 2008, p 410-411).

3.1.3 Les relations avec les frères et les sœurs

Plus que l'autre membre de la famille, les frères et les sœurs jouent un rôle important dans le réseau de soutien social des personnes âgées. Comme les amis, ils offrent de la compagnie, mais en donnant davantage de soutien émotionnel que ces derniers (BEDFORD, 1995). Les conflits et les rivalités au

sien de la fratrie diminuent généralement avec l'âge, certaines personnes tentant de résoudre les anciens conflits. Les frères et les sœurs plus jeunes offrent particulièrement leur aide en cas de maladie ou de décès d'un des conjoints .ils peuvent même devenir des aidants naturels et, dans certains cas, apporter un support financier.

Les sœurs en particulier, jouent un rôle important dans le maintien des relations familiales et du bien-être. En effet, les personnes âgées qui sont proches de leurs sœurs se sentent mieux et s'inquiètent moins du vieillissement que celles qui n'ont pas de sœurs ou qui n'en pas proches (*BEDFORD, 1995*) même si la mort d'un frère ou d'une sœur peut représenter un évènement normatif de cette période de vie, la personne qui survit peut donc éprouver une peine intense et un sentiment de perte partielle de son identité (*CICIRELLI ,1995*).

3.1.4 Les relations avec les amis

La plupart des personnes âgées ont des amis proches et, comme au début et au milieu de l'âge adulte, celles qui ont un cercle actif d'amis tendent à être plus heureuses et en meilleure santé (*ANTONUCCI ET AKIYAMA, 1997*). En effet les personnes qui peuvent confier leurs sentiments et leurs pensées et celles qui peuvent parler de leurs soucis et de leurs peines avec des amis tendent à mieux supporter les changements dus au vieillissement et à vivre plus longtemps (*STEINBACH, 1992*). Les personnes âgées apprécient davantage centrées sur le plaisir et la détente, alors que les relations familiales impliquent surtout les besoins et les tâches quotidiennes (*ANTONUCCI ET AKIYAMA, 1997*). De plus, même si les amis ne peuvent remplacer un conjoint disparu, ils peuvent aider à surmonter son absence. (Papalia Diane E, 2008, p411).

IV/Prévention et bien vieillir

1. La prévention de la vieillesse

Une véritable prévention du vieillissement supposerait d'en connaître les lois. À défaut, gérontologues et gériatres parlent tout de même de prévention en distinguant :

– *la prévention primaire* qui vise l'hygiène de vie, la qualité de l'environnement et la réduction des facteurs de risque ;

– *la prévention secondaire et tertiaire* qui concerne le dépistage des maladies et les mesures propres à éviter les rechutes ou limiter les aggravations.

En France, le rapport de la commission Laroque en 1961 a marqué un tournant en jetant les bases d'une politique de prévention du vieillissement fondée sur une action sociale (à l'époque, essentiellement les conditions d'existence à domicile) et une action médicale (examens de santé, éducation à la santé) coordonnées à l'échelon local et départemental. Mais à quelques expériences près (préparation à la retraite), ce programme n'a pas été appliqué et la prévention s'est portée sur d'autres objets.

1.1 La prévention des risques

1.1.1 Le sens individuel de la prise de risque

La sécurité est entre-temps devenue une demande sinon une exigence de plus en plus prioritaire. Une réaction s'est manifestée pour défendre l'idée que vivre – et ne pas seulement vieillir – est un facteur de risque permanent. S'il est des prises de risque qui sont des conduites suicidaires, l'optique sécuritaire crée des contraintes qui empêchent ou étouffent la vie.

Ces dernières années ont vu ainsi s'élever chez les soignants des protestations au nom d'un droit au risque. De ce point de vue, le débat autour de la dépendance « cinquième risque » et l'alternative entre la solidarité nationale et la responsabilité individuelle revêt

Des enjeux individuels passés inaperçus du seul regard économique.

2. Le vieillissement réussi

Sur ce thème, *Lalive d'Epinay et Spini* (2007) analysent trois théories. Pour Rowe et Kahn, le vieillissement réussi :

« Comprend trois composantes principales : une faible probabilité de maladies et d'incapacités découlant de maladies ; une capacité cognitive et fonctionnelle maintenue à un niveau élevé ; et enfin, une forte implication dans la vie ».

Cette dernière possède deux dimensions : La vie relationnelle et l'engagement dans des activités créatrices de valeur sociale, indépendamment de leur rémunération matérielle.

M. et P. Baltes se fondent davantage sur la capacité de donner sens à sa vie en toute situation, y compris lorsque, avec l'avance en âge, les pertes l'emportent sur les gains.

Selon le principe dit de l'optimisation sélective avec compensation, la personne âgée opère des choix :

« Afin de préserver les activités qu'elle juge prioritaires quand le processus de vieillissement tend à en limiter le champ ; l'optimisation renvoie aux stratégies visant à enrichir certaines réserves (parfois au détriment d'autres) afin de pouvoir accomplir les activités sélectionnées ».

Ces théories n'échappent pas à la critique d'être sous-tendues par une certaine idéologie du succès. D'autres sont directement issues de l'épidémiologie et l'étude longitudinale de cohortes, avec pour principal critère le rapport entre le gain en longévité et la morbidité. Par exemple, l'hypothèse de « la compression de la mortalité et de

La morbidité » pour laquelle le vieillissement réussi serait dans la compression de la période de fin de vie affectée d'incapacités lourdes, « au point de ne constituer qu'une brève transition vers la mort ». (Pierre Charazac, 2011, p25-26).

3. Les disciplines et les spécialités relatives à la vieillesse

Plusieurs disciplines ont contribué au développement théorique et pratique de la psycho gériatrie et continuent de lui servir de référence dans divers domaines.

3.1 La gériatrie

Ce mot, créé par *I. Nascher* en 1909, désigne le domaine de la médecine consacré à la clinique et au traitement des patients âgés. Il a définitivement supplanté celui de gériologie clinique.

3.2 La gérontologie

C'est l'étude du vieillissement et de la vieillesse du point de vue de l'ensemble des disciplines qu'ils intéressent. En premier lieu les sciences du vivant et les sciences de l'homme : biologie cellulaire, génétique, anatomie, physiologie et

médecine, démographie et économie, psychologie et sociologie, anthropologie culturelle et religieuse.

3.3 La géronto-psychiatrie

Le terme géronto-psychiatrie est apparu en 1967 en Suisse où Müller (1967) publie *Géronto-psychiatrie : psychiatrie du grand âge* et l'année suivante en France dans les *Notes pour une étude de la personnalité du psychiatre de vieillard* de Balvet (1969).

Il ne s'est pas encore imposé en France ni dans les pays francophones où s'emploient aussi les termes de psychiatrie gériatrique et de psychiatrie du sujet âgé.

3.4 La psycho-gérontologie

Elle a pour objet le comportement, elle se propose de décrire et d'expliquer de manière scientifique, les façons d'être et d'agir de l'individu qui vieillit ou est vieux et qui cherche à s'adapter à un environnement donné.

Elle se doit de :

- Comprendre un comportement.
- Tenter de la modifier pour faciliter l'adaptation de l'individu à son milieu. (Richard, et coll. ,2004 p1, p2).

3.5 Psychologie du développement

La psychologie du développement étudie le développement et le comportement humain, de la naissance à la vieillesse. Elle s'efforce d'identifier clairement et de décrire en différentes phases, les conduites caractéristiques de la petite enfance, de l'enfance, de l'adolescence, de l'âge adulte jusqu'à la sénescence. (Charlotte MAREAU et coll.,2003, P14-p15).

3.6 La psychologie de la sénescence

La psychologie de la sénescence a pour objet l'étude du vieillissement normal à travers ses facteurs corporels, instrumentaux ou cognitif, psychosociaux et en fonction de la personnalité du patient. (CHRAZAC Pierre, 2011, p11).

Conclusion

La vieillesse est une période très sensible durant le développement de la personne pour cela un accompagnement pour la personne âgée demeure très important.

Chapitre III

Le cadre

Méthodologique

Chapitre III : cadre méthodologique

Le plan :

Introduction

1. Présentation du lieu de la recherche.
2. Population d'étude et les caractéristiques du choix.
3. Méthode et outil de la recherche
4. Les outils d'investigation
5. L'échelle de *Beck*
6. Le déroulement de la recherche.

Conclusion.

Introduction

L'objectif de cette partie méthodologique est la présentation des différents outils avec lesquels nous essayerons de mettre en épreuve nos hypothèses de recherche. Tout le travail suit une méthode et quelques règles techniques de recherche qui sont des étapes très importantes pour une meilleure organisation et planification d'un travail scientifique.

On Mettra en évidence dans cette partie :

- la présentation du lieu de recherche ;
- la population de la recherche et ses caractéristiques ;
- les techniques utilisées et la méthode de leur analyse ;
- et enfin le déroulement de la recherche.

1.Présentation du lieu de la recherche

Notre recherche s'est déroulée au sein du foyer pour personnes âgées ou handicapées, en abrégé(F.P.A.H), créé par les pouvoirs publics pour la mise en place des mesures de protection et de prise en charge.

1.1 Identification de la structure

-Dénomination : foyer pour personnes âgées et handicapées de Bejaia(F.P.A.H)

-Décret de création : décret exécutif n°1/153 du 02 février 2001.

-Régime : internat.

-Adresse : cité sidi- ouali. Bejaia.

- Situation géographique privilégiée au pied de la montagne de « GOURAYA ».

-Superficie : environ 8200 m² d'ont 4800 m² construite.

-Capacités d'accueil : entre 100 et 120 pensionnaires.

-Nombre de chambre : 60 chambres.

-Nombre de lit : 120 lits.

Les personnes âgées qui font l'objet d'un placement au niveau du F.P.A.H sont orientées vers ce centre par la direction de l'action sociale, soit par L'APC, soit par l'association pour personne âgées EL RAHMA de Bejaia, soit par les cellules de proximité de solidarité, et parfois c'est la personne elle-même qui se présente au centre pour un éventuel placement.

1.2.Mission de l'établissement

- accueillir les personnes âgées de plus de 65 ans sans soutien ni ressources financier.

- Accueillir les handicapées infirmes moteur de plus de 15 ans, sans soutien ni ressource et reconnues inaptes au travail et à une rééducation fonctionnelle.

- Le foyer offre aux résidents un espace paisible et confortable, qui respecte leur autonomie et leur liberté.

-La prise en charge de ces résidants se fait à travers la collaboration de plusieurs spécialistes de différents domaines : psychologues, assistants sociale, médecin, infirmier, ergothérapeute, éducateur, pédagogue et un animateur de loisir.

1.3.Le rôle et attitudes du psychologue et le personnel du foyer avec les résidents

« Etre à l'écoute des plaintes, des souffrances, des demandes, des attentes de la personne âgée est un des rôles essentiels du travailleur social et du psychologue qui devra comprendre que c'est le plus souvent une façon de communiquer dont il faudra tenir compte ».

« Offrir de multiples sollicitations : proposer, suggérer, accueillir des suggestions, organiser le travail d'une manière à favoriser les interactions, intervenir dans le déroulement de l'activité pour aider à mener l'activité à son terme, en donnant la consigne au bon moment et en s'assurant de sa compréhension...».

1.4. Objectifs de la prise en charge

L'objectif principale du foyer est donc d'offrir aux résidents une meilleure prise en charge, et une qualité de vie en favorisant le développement de leur autonomie, et en valorisant leurs habitudes aussi bien manuelles qu'intellectuelles par les diverses activités proposées, parmi ces objectifs :

1-Aider la personne âgée ou handicapée à vivre sa vieillesse ou son handicap

2-Aider la personne âgée ou handicapée à vivre son handicap pour accéder à un maximum d'autonomie.

3-Aider la personne âgée ou handicapée à participer à la vie institutionnelle et ceci par la création des ateliers.

1.5. Les activités proposées par le foyer

Ces activités sont établies en fonction des souhaits, besoins, goûts, selon le choix des personnes âgées et des handicapées, on distingue de deux types :

1-Initiation ou réadaptation au monde du travail par le biais d'activités occupationnelles

2- Activités ludiques et de loisir : music, TV, jeu de société, sorties.

1.6. La nature des ateliers

- Atelier de bricolage

- Atelier de jardinage

-Atelier de tissage

-Atelier d'élevage

1.7. Objectifs des ateliers

- faire reprendre à la personne âgée du foyer confiance en ces possibilités existantes.

-Valoriser la personne âgée.

-Permettre une reprise de contact avec les réalités sociales.

2. groupe d'étude et les caractéristiques du choix

2.1 Sélection de notre groupe d'étude

Parmi les échantillonnages nous avons procédé à la sélection de cinq cas âgée de sexe différents leurs âges dépassent soixante ans, hébergés dans le foyer pour personnes âgées et/ou handicapées de Bejaia, qui ont vécu le cas de dépression de différent degré : modéré, sévère afin de mieux expliquer cette pathologie qui est très fréquente chez cette tranche d'âge.

2.1.1 Critères d'homogénéité retenus

1- Tous les sujets sont des vieux qui dépassent la soixantaine. Leurs âges varient entre (60 ans et 92 ans), dont leur moyenne d'âge est de (75 ans).

2- Selon l'évaluation annuelle qui touche tous les pensionnaires du centre faite par la psychologue du centre ; cette dernière nous a assuré que toute personne de ces cinq cas ne présentait aucun signe de dépression avant au moins un an.

2.1.2 Critères non pertinent pour la sélection de nos cas

1- Le niveau socioculturel ; la dépression est pathologique universel qui touche tous les individus quel que soit leur classe sociale.

2- Le sexe car notre population d'étude est variée, on n'étudie pas la variable sexe indépendamment.

3. Méthode et outil de la recherche

3.1. La méthode clinique

L'expression de méthode clinique en psychologie a été utilisée pour la première fois par le psychologue Américain *L. Winter* en (1896).

« *La méthode clinique* » s'inscrit dans une activité pratique visant la reconnaissance et la nomination de certains états, aptitudes, comportement, dans le but de proposer une psychothérapie, une mesure d'ordre sociale, éducative ou une forme de conseil permettant une aide, une modification positive de l'individu, ainsi l'acquisition de nouvelle connaissance.

La spécificité de cette méthode réside dans le fait qu'elle refuse d'isoler ces informations et qu'elle tente de les regrouper en les replaçant dans la dynamique individuelle.

La méthode clinique comporte deux niveaux complémentaires : le premier correspond au recours à des techniques (tests, échelles, entretiens...), le second niveau se définit par l'étude approfondie et exhaustive du cas.(*L.Fernandez,J. Pedinielli,2001, p69*).

3.1.1 La pré enquête

Après avoir eu l'accord du chef de l'établissement qui nous permettait d'accéder au centre pour y effectuer notre stage, qui a commencé le (15 février 2015), sur un titre de deux visites chaque semaine durant deux mois et demi, Nous avons discuté avec la psychologue du foyer qui nous a aidée à prendre connaissance sur l'ensemble des pensionnaires du foyer, leurs caractéristiques psychologiques, leur état médical, ainsi qu'elle nous a accompagné tout au long de la période du stage, en nous fournissant toutes les informations nécessaires sur les personnes du foyer, elle nous a assuré l'accès à tous les moyens nécessaires dont dispose le foyer, chose qui nous a aidé d'une part à motiver les personnes du foyer à répondre à nos attentes de participations, d'autre part, on a pu élaborer un plan de travail et poser pleines de questions qui nous a servi ensuite pour l'élaboration de la problématique et les hypothèses.

3.2.1. L'observation clinique

La notion d'observation clinique, comme le soulignent *R.C.Kohn* et *P.Nègre* dans leur étude sur les voies de l'observation (1991), indiquent à la fois une action, son résultat et la démarche utilisée. L'observation désigne tout aussi bien un temps dans une démarche de connaissance, une instrumentation, donc le type d'action développée par l'observateur, que les données recueillies et le produit fini.

Le Robert explique qu'observer désigne, entre autre et dès le XIV^e siècle, « l'action de considérer avec une attention suivie la nature, l'homme, la société,

afin de mieux les connaître ». L'observation est donc une des formes de l'attention, un prolongement de l'attention, une concentration de l'activité psychique sur un objet particulier (Albert Ciccone, 1998, p16).

Nous avons commencé notre recherche au foyer d'accueil pour personnes âgées, par l'observation clinique qui nous a permis le développement des connaissances acquises, et d'aller vers le réel, pour découvrir une nouveauté au-delà de ce qui se présente sous l'apparence du déjà connu. L'observation clinique nous a servi aussi durant l'entretien clinique, par l'activité de la perception, par les voies de la sensorialité, le regard occupant une place privilégiée dans cette activité de perception.

3.1.2. Étude de cas

L'étude de cas consiste en une observation approfondie d'un individu ou d'un groupe d'individus. Par l'étude de cas, le chercheur, le clinicien, tente de décrire le plus précisément possible le problème actuel d'un sujet en tenant compte de ses différentes de survenu actuelles et passées (histoire de sujets, organisation de la personnalité, relation avec autrui, mécanismes de défense, etc.).

Pour cela il rassemble un grand nombre de données issues d'entretiens avec le sujet mais également d'autres sources, bilans d'examen psychologiques, témoignages des proches et du personnel soignant. L'étude de cas ne s'intéresse pas seulement aux aspects sémiologiques mais tente de restituer le problème d'un contexte de vie ou sont pris en compte différents niveaux d'observation et de compréhension : organisation de la personnalité, relation avec l'environnement et avec l'entourage, événements présents et passés. De l'ensemble de ces données le clinicien ou bien le chercheur, essaie de suggérer des hypothèses sur l'origine de la conduite ; celle-ci étant multiples, il essaiera de focaliser l'analyse sur un ensemble réduit de facteurs ayant probablement entraîné la situation problématique. (Chahraoui et Coll. 2003, p 125-126).

4. Les outils d'investigations

Parmi les techniques de recueil de données, nous avons utilisé l'entretien semi directif et l'échelle de dépression Beck « BDI », forme révisée, 21 Items.

4.1. 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 de paroles avec une ou plusieurs personnes.

-« Entretien » est synonyme de conversation, discussion ou dialogue. Ce terme implique donc deux dimensions essentielles: interaction et discursive.

-« Clinique » est à l'origine un terme médical issu du grec *Klinè* qui signifie lit.

-« Recherche » est par rapport à l'initiative du clinicien chercheur qui intervient dans une institution au titre de chercheur qui dispose d'un guide d'entretien qui correspond à ses hypothèses.

L'entretien clinique de recherche est l'un des outils privilégiés de la méthode clinique, dans la mesure où la subjectivité s'actualise par les faits de parole à la dresse d'un clinicien. Il est donc la technique de choix pour accéder à des informations subjectives (l'histoire de vie, représentations, sentiment, émotions, expériences vécus, croyances,) témoignant de la singularité et de la complexité d'un sujet. (*L. Fernandez et Coll.*, 2001, p71).

Ce qui fonde la spécialité de l'entretien clinique de la recherche, c'est le terme « clinique » qui renvoie à :

- Un champ de pratiques et d'interventions du psychologue clinicien qui intéressent généralement le domaine des soins.

Une attitude clinique (concertation sur le sujet, compréhension empathique, neutralité bienveillante, respect) qui correspond à la fois à une démarche méthodologique visant une connaissance approfondie de l'individu et à une attitude éthique dans l'abord d'un sujet en souffrance psychologique. (*K. Charaouiet H. Bénony*, 2003, p141).

L'entretien représente un outil indispensable et irremplaçable en psychologie clinique et aussi dans le domaine des sciences humaines et sociales. On a opté pour l'entretien clinique de recherche durant notre étude, ce qui nous a permis d'étudier les faits dont la parole est le vecteur principal (étude d'actions

passées, de savoir sociaux, des systèmes de valeurs et de norme, etc.), et encore d'étudier le fait de la parole sur lui-même (analyse des structures discursives, des phénomènes de persuasion, et argumentation), ainsi pour préparer les sujets à la passation du test.

Comme dans l'entretien à visé diagnostique ou thérapeutique, on retrouve dans l'entretien de recherche les mêmes distinctions techniques : l'entretien non directif et l'entretien semi-directif dont on s'est basé pour la vérification de nos hypothèses.

4.1.1 L'entretien semi-directif

L'entretien semi-directif peut se définir comme un guide d'entretien avec plusieurs questions préparées à l'avance mais non formulées d'avance, dans ce type d'entretien le clinicien pose une question puis il s'efface pour laisser parler le sujet : ce qui est proposé est avant tout une trame à partir de laquelle le sujet va pouvoir dérouler son discours, 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, le laisse associé librement, mais seulement sur le thème proposé. (H.Bénony&K.Chahraoui, 1999, p 16).

L'entretien semi-directif peut être défini aussi « *comme la situation où le clinicien qui pose quelques questions simplement pour orienter le discours de certains thèmes, cette structuration peut se préciser jusqu'à proposer un véritable guide d'entretien : les thèmes abordés par le clinicien sont préparés à l'avance, mais les questions ne sont pas formulées à l'avance, elle s'adapte à l'entretien. La structure d'un guide d'entretien reste souple* ». (Chiland.C. 1983, p11).

4.1.2 Définition du guide d'entretien

Selon Blanchet A, 1992, l'entretien clinique de recherche est toujours associé à un guide d'entretien plus ou moins structuré : « *il s'agit d'un ensemble organisé de fonctions, d'opérateurs et d'indicateurs qui structure l'activité d'écoute et d'intervention de l'interviewer.* » (H. Bénony&K.Chahraoui, 1999, p68).

Notre guide d'entretien est composé de 4 axes :

- **Axe n°1** : l'identification du cas.
- **Axe n°2** : les relations familiales.
- **Axe n°3** : la vie au foyer.

Le deuxième et le troisième axe permettent de dégager la qualité relationnelles ente la personne âgée et le personnel du centre ainsi que ses relations avec sa famille et ces proches.

- **Axe n°4** : la dépression : permet de voir si la personne âgée manifeste des symptômes dépressifs.

Chaque axe est composé de questions principales en relation directe avec notre recherche et d'autres secondaires posées pour recueillir le plus grand nombre d'informations possible sur le degré de la dépression chez les personnes âgées placées en institutions. Les questions posées sont de type directif et semi-directif, elles seront posées en langue française et en kabyle pour assurer la bonne compréhension de celle-ci.

5.2 Inventaire de dépression de Beck

5.2.1 Présentation de l'échelle de Beck :

C'est le deuxième outil de recherche que nous avons utilisé pour compléter le recueil des données auprès de nos cas, et que l'on retrouve dans la page des annexes.

C'est le questionnaire de la dépression le plus utilisé dans la population adulte. Il est destiné à évaluer la sévérité de la dépression en donnant une estimation quantitative et a mieux répondre aux critères diagnostiques du DSM_IV. Celui-ci peut être donné à partir de 16 ans et existe sous plusieurs versions, la dernière édition date de 1994 et porte le nom de *BDI-II*. (SERVANT.D.2002.p.185).

5.2.2. L'inventaire de dépression de Beck (BeckDépressioninventory ou BDI-II (1961, 1974))

Sa version originale américaine comprend 21 items, chacun étant constitué de quatre phases correspondant à quatre degrés d'intensité croissants d'un symptôme. (Pichot et al, 1983.p25).

5.2.3. Historique

Durant trente-cinq ans, le *BDI* a connu un large succès sur le plan International pour évaluer la gravité de la dépression chez les sujets déjà diagnostiqués comme dépressifs ainsi que pour repérer une dépression chez les sujets de la population normale. (Archer, Maruish, Imhof, &Piotrowski, 1991, Piotrowski, & Killer, 1992 ; Piotrowski, Sherry, & killer, 1985).

(En 1971),Beck et ses collaborateurs du *Philadelphia center for cognitive ttherapy* à l'université de *Pennsylvanie* ont commencé à utiliser une version modifiée du *BDI* ; le *BDI-A* dans cette version, les formulations différentes pour décrire des symptômes identiques et les doubles négations ont été supprimées

Différentes versions expérimentales ont été testées et la version définitive (*BDI-IA*) établie en 1978, a été publiée aux Etats-Unis la même année. Néanmoins, de nombreuses recherches continuèrent de citer la première version du *BDI* de 1961 (Steer& Beck, 1985).

Un manuel technique de *BDI-II* a été publié aux Etats-Unis en (1987), L'édition du manuel de (1993) inclut de légères modifications des notes seuils recommandées pour déterminer des symptômes dépressifs. (Aaon T, Beck, Robe, manuel *BDI-II*, 1998, p1-2).

5.2.4.Création des items du BDI-II

Beck et ses collaborateurs ont commencé le travail d'élaboration du *BDI-II* en 1994. Des items évaluant des critères de dépression du *DSM-IV* (et n'apparaissant pas dans la *BDI-IA*) ont été légèrement remaniés. Cette version expérimentale était composée de 27 items. Des études ont été effectuées sur un échantillon de 193 patients psychiatriques extrêmes présentant divers troubles psychiatriquesdes analyses factorielles sur les réponses de cet

échantillon ont permis de sélectionner les 21 items de la version définitive. (Aeron T, et al, manuel BDI-II,1998, p4).

5.2.5. Utilisation clinique

Le *BDI-II* permet d'évaluer la sévérité de la dépression chez des patients (adultes et adolescents). Il a été élaboré comme un indicateur de la présence et de la sévérité des symptômes dépressifs correspondant aux critères du *DSM-IV* et non comme une mesure spécifique de diagnostic car la dépression peut être associée à des divers troubles diagnostiques primaires. Allant du trouble panique à la schizophrénie. Bien que le *BDI-II* soit facile à administrer et à coter. Seuls des professionnelles possèdent une bonne expérience clinique devraient l'interpréter. Le psychologue devra respecter rigoureusement les principes qui régissent l'utilisation de ce teste. (Aeron T, et al, 1998,manuel BDI-II,P6).

5.2.6. Consignes :

« Ce questionnaire comporte 21 groupes d'énoncés. Veuillez lire avec soin chacun de ces groupes puis dans chaque groupe, choisissez l'énoncé qui décrit le mieux comment vous vous êtes senti (e) au cours des deux dernières semaines, incluant aujourd'hui, encerclez alors le chiffre placé devant l'énoncé dans chaque groupe, y compris le groupe N°16 (modification dans les habitudes de sommeil) et le groupe N°18(modifications l'appétit) ».

6.2.7 Mode de cotation_:

Chaque item est constitué de 4 phrases correspondant à 4 degrés d'intensité croissante d'un symptôme sur une échelle de 0à3. Dans le dépouillement, il faut seulement tenir compte de la cote la plus forte choisie pour une même série. La note globale est obtenue en additionnant les scores des 21 items. ((Aeron T, et al, 1998, manuel BDI-II, p7-8).

5.2.8. Les notes seuils au BDI-II:

La note totale	Son niveau
Entre : 0.....11	minimale
Entre : 12.....19	légère
Entre : 20.....27	Modéré
Entre : 28.....63	Sévère

6. Déroulement de la recherche

Notre recherche sur le terrain avec les personnes âgées hébergées au foyer de la wilaya de Bejaïa, a commencée par l'observation et la pré-enquête de ces personnes, qui nous a permis de sélectionner les sujets qui nous semblent les plus pertinents pour notre recherche. Au départ on a essayé d'être proche des résidents du foyer, puis la psychologue du foyer nous a orienté vers les personnes qui présentent de la dépression.

Et avant de commencer notre entretien avec les personnes âgées, on s'est assuré que ces derniers ont bien compris l'objet de l'entretien, ainsi qu'on a respecté les deux principes suivants :

➤ **Recevoir le patient seul**

La rencontre duelle permet de se faire une Représentation dynamique du psychisme et de la cognition du patient en même temps que des éléments positifs ou négatifs du transfert. Recevoir le patient seul est aussi adresser aux tiers le message qu'il est considéré comme une personne à part entière capable d'en rencontrer une autre, ce qui constitue pour beaucoup une révélation.

➤ **Ne pas avoir un protocole trop rigide**

On a essayé de s'adapter avec le patient, Ainsi de reconnaître la singularité de sa personne et de ce qu'il est en train de vivre.

Conclusion

Il est important de souligner, en conclusion qu'il n'y a pas de travail scientifique possible sans aucune démarche à suivre, cette dernière permet un bon usage des techniques d'investigation choisies, et une rigueur dans l'analyse des données recueillis, afin de répondre à l'objectif principale de cette étude sur « la dépression des personnes âgées placé dans des institutions » et de vérifier notre hypothèse qu'ont élaboré au départ , dans le chapitre qui suit on va présenter l'analyse et discussion des résultats obtenus dans notre pratique, on commençant par la présentation et l'analyse des résultats selon les cas puis, on va passer à la discussion , l'explication des résultats.

Partie pratique

Présentation et analyse des résultats du cas n°01

1. présentation du cas de « Djamilia » :

Il s'agit d'une femme âgée de 76 ans, d'origine kabyle sans aucun niveau d'instruction, et aucune source de revenu à part la pension de trois mille DA

Elle est veuve et mère d'une fille âgée de 40 ans mariée, qui d'après ces dires, elle ne peut pas la prendre en charge parce qu'elle est locataire, elle n'a pas trop d'espace.

2. analyse et discussion de l'entretien :

L'entretien avec « Djamilia » a vite été construit sur de bonnes bases de confiance, et qui s'est très bien passé grâce à sa coopération, débutant l'entretien en lui demandant son nom, prénom et son âge ainsi que son niveau d'instruction et sa vie avant d'intégrer le centre, *Djamilia* n'a pas hésité de parler, dès le départ de l'entretien elle répond déjà à nous attente de l'entretien. On remarque alors qu'elle a un grand besoin de parler et d'être écouté.

..... (Silence), Djamilia commence à nous révéler ses relations avec ces parents, en débutant avec son père, cette dernière s'est montrée souriante..... (Rie), elle nous parle de son père avec fierté (visage illuminé) en nous disant «*mon père Allah Irahmou, été un moudjahid.... dommage je n'avais pas l'occasion de le connaître, car il a quitté la vie en me laissant toute petite...*).

Par les propos de « Djamilia », on constate qu'elle procure beaucoup d'amour à son père. Tandis que pour la relation avec sa mère, cette dernière la décrit comme une femme d'un caractère très fort et d'un beau physique : «..... *ma mère Allah Irhemaha, était une très belle femme, d'ailleurs tout le monde me disait qu'elle me ressemble comme une goutte d'eau.....* »..... (Silence).trop vite on remarque une certaine froideur qui s'est installé, puis ce fond en larme, en nous révélons que sa mère l'a abandonné, pour se remarier après quelques années du décès de mon père : «*mon oncle ma pris en charge jusqu'au jour de mon mariage...* » (Silence)..... « *Je ne pardonnerais jamais à ma mère...* ». (visage crispé).

Chapitre IV le cadre pratique

« Djamila », n'a pas vécu son enfance comme les autres petites filles, elle manquait de tendresse des parents et souffre aussi du rejet de sa mère qui l'a quittée à un jeune âge pour se remarier, d'après ses dires elle s'est mariée un âge très jeune : « ...*yahesra quand les filles de mon âge jouent dehors, moi j'ai fondé une famille* ».

Notre sujet, nous parlait ensuite avec beaucoup de tristesse exprimée de son mari, ce qui démontre qu'elle lui procure beaucoup d'amour : « ... mon mari je l'aime trop et je le respecte énormément, d'ailleurs je n'avais que lui et le bon dieu, qui me protégeaient... » ... « Dommage le bon dieu l'a pris entre mes mains très tôt suite à un arrêt cardiaque, il m'a laissé seule dans ce monde avec les loups, la belle chose qui m'a laissé est bien la fille que j'ai eu avec lui..... »

Quand nous avons abordé la situation financière après le décès de son mari « Djamila » déclare, qu'elle travaillait comme femme de ménage : «...*Je n'avais aucun source de revenu, alors je n'avais pas le choix ma fille ...* », elle nous dit qu'après le mariage de sa fille je travaillais chez une famille à (Oued – Ghir) qu'ils m'ont hébergé pendant des années «... J'ai pas où y'aller et j'ai pas de quoi me nourrir... ».

Un jour elle se retrouvera malade chose qui l'oblige d'arrêter le travail en tant que femme de ménage, et les propriétaires décident alors de la faire sortir de la maison et la remplacer avec une nouvelle femme de ménage en bonne santé et apte de travailler l'oblige alors de quitter la maison, Djamila après avoir quittée la maison se retrouve toute seule sans abri, sans argent et surtout sans soutien moral, et elle nous dit : « *j'ai trouvé personne à mes coté, personne tu vois ma fille personne* » ...elle soupire puis elle dit : « ... *ma fille n'a pas le temps de venir tout les jours, car elle a un mari et des enfants...* », Déclare telle avec beaucoup de désespoir et son pessimisme s'accroît de jour en jour.

Djamila a été intégrée en 2008 au foyer par son voisin qu'il n'avait pas accepté qu'elle reste et dorme dehors par terre et recevoir de la nourriture de la part des autres voisins à lesquels elle fait de la peine.

Quand nous avons proposé à « Djamila » de nous parler de sa vie dans l'institution elle dit (avec une voix très basse) : « *je n'ai pas le choix à part cet*

Chapitre IV le cadre pratique

endroit veux-tu que je sorte d'ici pour m'asseoir par terre et les gens me regardent à travers ?!! Non, je reste ici c'est mieux pour moi comme ça les autres ne seront pas obligés de me jeter un Bou de pain par pitié », on est arrivés à constater que ce sont les circonstances de la vie dure qui l'a poussé à venir vivre dans cette institutions.

Djamila n'a personne pour lui rendre visite, d'où ces sentiments de solitude et du rejet, qu'elle compense à travers ses relations avec les autres résidents. Et surtout l'équipe soignante qui la prends en charge, Djamila ne compte pas quitter un jour le foyer, mais elle se sent mal à l'aise lorsqu'elle reçoit de l'aide : « ... J'ai peur qu'un jour le personnels du foyer va avoir mare de me donner de l'aide à chaque fois... ».mais d'autres part elle ressent de la joie car elle a trouvé qui s'occupe d'elle : «... *malgré ces sentiments de mal à l'aise, cela ne me donne pas raison pour quitter ce foyer en fin cette maison je dirais par ce que c'est là où je vais continuer le reste de ma vie, j'y me sens bien, je sais que je ne trouverais pas mieux qu'ici....* » .

Djamila souffre d'HTA et prend un traitement , c'est l'infirmière qui lui fait prendre « *...je suis très contente de l'avoir à mes coté par ce qu'elle me surveille jour et nuit ...* », en plus de cela notre patiente est handicapée , on s'est pas si c'est de naissance ou suite à un accident ou une maladie , mais ce qu'on remarque c'est qu'il lui faut toujours une assistante pour ses besoins ex : prendre sa douche , aller regarder la télévision,...etc. , elle dit en pleurant : « ... je préfère rester seule dans ma chambre pour éviter de déranger trop les autres... »

Quand « Djamila » réponse à son passé cela lui fait mal (Silence), elle déclare avec tristesse qu'elle a raté sa vie : « ... J'ai tout perdu mon père et mon mari, ma mère et ma fille m'on abandonner... »..... (Silence) « je supporte plus rien dans ma vie, je me sent toute seule ... » et qu'elle a passé sa vie à cravagé pour les gens jusqu'au point d'y laisser sa santé.

Cette dernière rencontre des problèmes de sommeil : « *...je me réveille trop pendant la nuit et j'ai des difficultés a dormir* ».

Sur le plan physique « Djamila » affirme ressentir constamment une fatigue et une faiblesse continuelle : « Je me sens presque tout le temps fatiguer..... », Et plus tôt colérique, elle manifeste la violence verbale lorsqu'elle s'énerve avec les résidents sur tout avec sa locataire avec laquelle a des problèmes : « elle touche trop mes affaires... » . se déclare aussi être d'une nature méfiante : «...Je fais confiance à personne... ».

Jugée par Djamila, sa situation lui fait mal et lui fait souffrir, alors le sujet de la mort ne lui fait pas peur et souhaite partir le plus vite possible. par ce qu'elle ressent une injustice, elle s'est donnée à fond, en suite elle est rejetée et abandonnée sur tous sa fille.

3. tableau : présentation des résultats de l'échelle de (Beck)

N° d'item	Items	Cotation	Expressions
01	tristesse	02	Je suis tout le temps triste
02	Pessimisme	01	Je me sens plus découragée qu'avant face à mon avenir
03	Echecs dans le passé	02	Quand je pense à mon passé, je constate un grand nombre d'échecs
04	Perte de plaisir	01	Je n'éprouve pas autant de plaisir quant aux choses qu'avant.
05	Sentiment de culpabilité	01	Je me sens coupable pour bien des choses que j'ai faites ou que j'aurais du faire.
06	Sentiment d'être puni	03	J'ai le sentiment d'être puni
07	Sentiment négatif envers soi - même	00	Mes sentiments envers moi-même n'ont pas changé
08	Attitude critique envers soi	01	Je suis plus critique envers moi-même que je ne l'étais.
09	Pensées ou désirs de suicide	00	Je ne pense pas du tout à me suicider
10	Pleurs	01	Je pleurs plus qu'avant
11	Agitation	01	Je ne suis pas plus agité que d'habitude
12	Perte d'intérêt	00	Je n'ai pas perdu d'intérêt pour les gens ou pour les activités
13	Indécision	01	il m'est plus difficile que d'habitude de prendre des décisions
14	Dévalorisation	03	Je sens que je ne vau absolument rien.
15	Perte d'énergie	03	J'ai trop peu d'énergie pou faire quoi que

Chapitre IV le cadre pratique

			ce soit.
16	Modifications dans les habitudes de sommeil	3b	Je me réveille une ou deux heures plus tôt et je suis incapable de me rendormir
17	Irritabilité	03	Je suis constamment irritable
18	Modification de l'appétit	00	Mon appétit n'a pas changé
19	Difficulté à se concentrer	01	Je ne parviens pas à me concentrer plus que d'habitude
20	Fatigue	03	Je suis trop fatiguée pour faire la plupart des choses que je faisais avant
21	Perte d'intérêt pour le sexe	03	J'ai perdu tout intérêt pour le sexe
Score		31	
		sévère	

4. analyse des résultats tu test

Notre cas présenté si dessus apparait les symptômes de la dépression, qu' 'on essayé de confirmer à travers la passation du test de BECK qui est le BDI, et on a obtenu des réponses concernant ses différentes items, comme l'item I n° 02 qui dit : « je suis tout le temps triste », elle dit à ce propos : « tellement je repense à ma vie et mon passé et a ce que j'ai pu raté et les choses dans lesquelles j'ai échoué , et à ce qu'elle aurait pu être aujourd'hui , je me sens très triste » et qu'on retrouve dans l'item III n°02 : « quand je pense à mon passé je constate un grand nombre d'échecs » , ce qui l'a bloqué par rapport à son avenir et au future, quand , elle dit : « je ne pense jamais à mon avenir car je n'ai rien à espérer ou attendre de la vie » c'est l'item II n°01 : « je me sens plus découragée qu'avant face à mon avenir » , d'où sa perte de plaisir envers les choses , qui est l'item IV n°01 : « je n'éprouve pas autant de plaisir quant aux choses qu'avant », et surtout ce qui l'a caractérise c'est le sentiment de culpabilité qui l'a honte jour et nuit , quand elle dit : « j'ai le sentiment d'avoir raté l'éducation de ma fille » que l'on trouve dans l'item V n°01 : « je me sens coupable pour bien des choses que j'ai faites ou que j'aurais du faire », avec son sentiment de culpabilité elle dit qu'elle a l'impression d'être punie pour ce qu'elle a pu raté dans sa vie et son passé qui est exprimé dans l'item VI n°03 : « j'ai le sentiment d'être puni », ce qui a engendré chez elle une perte de

confiance en soi, c'est pour cela qu'elle n'arrête pas de se critiquer pour ses défauts qui l'ont poussé à raté beaucoup de choses dans sa vie, c'est l'item VII n°00 : « mes sentiments envers moi – même n'ont pas changer, et dans l'item VIII n°01 : « je suis plus critique envers moi-même que je ne l'étais », les yeux de Djamila ne sont jamais sec car elle dit : « je ne peux pas arrêter de pleurer, dès que je pense à ce que j'ai pu vivre, j'ai les larmes qui coulent toute seule », qui est l'item X n°01 : « je pleure pour la moindre petite chose », ce qui l'a rendu un peu fragile et sensible par rapport à des sujets ou des choses qui ne l'a touchée pas avant, c'est l'item XVII n°03 : « je suis constamment irritable »

Lorsqu'on lui demande si elle a des troubles de sommeil, elle répond qu'elle en souffre beaucoup et elle passe des nuits bien agitées à force de réfléchir, c'est bien l'item XVI n° 3b: « je me réveille une ou deux heures plus tôt et je suis incapable de m'endormir », par contre son appétit n'a pas changé et elle en est contente, elle dit : « au moins j'ai la nourriture pour calmer mon esprit », c'est l'item XVIII n°00 : « mon appétit n'a pas changé »

5. Synthèse du cas :

D'Après les données de l'entretien effectué auprès de « Djamila », on constate qu'elle présente une dépression suivie de manifestations neuro-végétatives, associée à un état de stress suite au rejet par sa mère et sa fille.

Nous avons confirmé ce qu'on observe chez notre cas par les résultats obtenus par l'échelle de (Beck), elle a une note de 31/63

A partir de ces résultats, on peut dire que notre cas manifeste une dépression sévère.

Présentation et analyse de l'entretien du cas n°02 :

1. présentation du cas de « Idris »

Idris est un homme âgé de 75ans, résident à Bejaia, il est célibataire

C'est l'aîné de la fratrie de deux frères, « Idris » a travaillé toute sa jeunesse avec sa petite famille comme agriculteur, il n'avait pas de sécurité sociale, il percevait une pension de trois mille DA.

Après le décès de ces parents, ces frères refusaient de le prendre en charge

Il a intégré le foyer en 2007, par son propre gré, d'après lui, il n'a personne pour le prendre en charge.

2. Analyse et discussion de l'entretien :

L'entretien de « Idris » s'est déroulé dans un climat plutôt tendu, il paraissait très dégoûté et triste, il a vite commencé à nous poser des questions en nous disant : « vous êtes des filles qui cherche à s'avoir comment je me sens et comment je vie..... » (Silence), «...Y'avait des personne comme vous qui sont déjà venus me voir.... » (Hochement de tête.) « ...moi je n'ai marre de raconter ma vie au gens , sans rien me faire.. » d'après les dires de notre cas c'est quelqu'un qui n'a pas seulement en vie de se faire écouter mais aussi lui donné de l'aide ce qui a laissé notre sujet hésite de parler avec nous par crainte de lui rien apporter comme changement de parler après avoir échangé les paroles avec « Idris » , on a réussi à gagner sa confiance afin de devenir plus souple , qu'il répond à nos questions et avoir une bonne alliance avec nous.

Concernant les relations familiales de notre sujet, commence à nous confier quelques une de ses souvenirs au vivant de ces parents qui sont décédées suite à un accident de route à l'âge de 28 ans(visage crispé) , on évoquant le sujet de ces parents, « Idris » les décrit avec fierté comme parents empathique qui étaient serviable : « même si avec peu de moyen , mais Hamdoulah 3chna fi setra » (Rie), je remercie beaucoup dieu car ils m'ont donné une bonne éducation sur tout ma mère.(silence) « Idris » , manifeste une colère que l'on constate par les mimiques de son visage, lorsqu'il commence a nous parler de ces frères , il dit(on pleurant) : « on dirait pas que s'est mes vrai frères , Ya que le nom de famille qui nous rassemble » , on constate chez notre cas , qu'il souffre d'une absence de soutien familiales , ce qui le laisse se sentir abandonné , « ...je veux me marié mais , mes frères ne veulent pas m'aider , comme si j'existe pas à leurs yeux... ».

Quand nous avons proposé à notre sujet de parler de son intégration dans le foyer, il était plus agité (bouge son pied), on remarque des signes d'anxiété et dit : « je ne supporte pas vivre avec les femmes de mes frères,... ouf ! Car maintenant c'est eux qui gèrent tout à la maison, mes frères n'ont pas de parole.....donc je préfère quitter la maison que de vivre une vie minable ».

Notre cas , dit qu'il perçoit quelque fois des visites de la part de ses poches et de ces frères , amis il ressent toujours le vide et la solitude car personne ne lui demandé de l'accompagner chez lui chose qui le laisse souffrir de la solitude : «parfois j'ai l'occasion de voir mes frères et mes proches qui demandent de mes nouvelles, mais personne ne propose de me ramener chez lui...», mais cela ne veut pas dire qu'il ne sent pas bien dans le centre, au contraire , il dit qu'il est bien pris en charge : « ..On a tous ce qu'il le faut ici, dans le foyer, dieu merci... ».

« Idris » a une posture triste et découragé, il présente des difficultés d'endormissement associé à des pleurs : »je n'arrive pas à dormir comme tout le monde, je reste à penser à ma situation et de pleurer »

A côté de l'anxiété, il souffre d'un manque d'appétit, il mange peu, il a un corps chétif

ces relations avec les personnels et les autres résidents sont parfois moins bonne ce qu'il pousse notre sujet à rester parfois seul et s'isole dans sa chambre. Il est presque tout le temps dégoûté de sa vie et de ce qu'il est devenu, c'est une personne qui est triste dit-il : « ... je souffre de la solitude... », il se voit comme une personne qui a raté toute sa vie, « ... j'ai perdu mes parents, j'ai pas de quoi me marié ce qui ma empêcher de fondre une maison et avoires des enfants comme le reste de mes frères et pour temps je suis plus grand qu'eux... (Silence)... c'est une personne qui a carrément perdu espoir par rapport à sa situation, j'ai tellement attendu ce jours mais maintenant c'est bon j'ai perdu carrément l'espoir à propos de ce sujet...» nous confirme qu'il a était dans cet état bien avant son intégration au foyer, mais qui c'est aggraver après car il n'arrive pas à accepter sa situation dans laquelle il vit maintenant : « ...j'ai envie de m'exploser comme une bouteille de gaz... », Notre sujet a beaucoup de regrets à-propos de son passé, comme le fait de ne pas se marié : « Le mariage est la moitié du salaire, et moi je ne le suis pas appliqué... quant au sujet de la mort il nous déclare qu'il souhaite mourir pour

3 – tableau : présentation des résultats de l'échelle de (BECK) :

	Items	Cotation	Expressions
01	tristesse	02	Je suis tout le temps triste.
02	pessimisme	03	J'ai le sentiment que mon avenir est sans espoir et qu'il ne peut qu'empirer.
03	Echecs dans le passé	03	J'ai le sentiment d'avoir complètement raté ma vie
04	Perte de plaisir	03	Je ne prouve aucun plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement
05	Sentiment de culpabilité	03	Je me sens tout le temps coupable
06	Sentiment d'être puni	03	J'ai le sentiment d'être puni
07	Sentiment négatif envers soi-même	03	Je ne m'aime pas du tout
08	Attitude critique envers soi	03	Je me reproche tous les malheurs qui arrivent
09	Pensée ou désir de suicide	01	Je ne pense pas du tout à me suicider
10	pleurs	02	Je pleure pour la moindre petite chose
11	agitation	02	Je suis si agité que j'ai du mal à rester tranquille
12	Perte d'intérêt	01	Je m'intéresse moins qu'avant aux gens et aux choses
13	indécision	01	Il est plus difficile que d'habitude de prendre des décisions
14	dévalorisation	03	Je sens que je ne vauds absolument rien
15	Perte d'énergie	03	J'ai trop peu d'énergie pour faire quoi que ce soit
16	Modification dans les habitudes du sommeil	3a	Je dors presque toute la journée
17	irritabilité	03	Je suis constamment irritable
18	Modification de l'appétit	1a	J'ai un peu moins d'appétit que d'habitude
19	Difficulté à se concentrer	03	Je me trouve incapable de me concentrer pour quoi que ce soit
20	fatigue	03	Je suis trop fatigué pour faire la plupart des choses que je faisais avant
21	Perte d'intérêt pour le sexe	01	Le sexe m'intéresse moins qu'avant
score		50	
Degré de la dépression			Sévère

4. analyse des résultats du test :

Notre cas est gravement atteint pas sa dépression , ce qu'on constate à travers l'analyse des résultats du test , IDRIS parle de sa tristesse comme un état qui partage sa vie depuis le décès de ces parents et il dit : « je suis tout le temps triste » , c'est l'item I n°02 , d'où son pessimisme envers son avenir , que l'on retrouve dans l'item II n°03 : « j'ai le sentiment que mon avenir est sans espoir et qu'il ne peut qu'empirer » , ainsi son sentiment d'avoir échoué dans a vie car il dit : « j'ai un sentiment d'échec dans toute ma vie » ; c'est l'item III n°03 : « j'ai le sentiment d'avoir complètement taré ma vie » , et c'est pour cela qu'il perdu tout le gout et le plaisir des bonnes choses « rien ne me plais » , c'est l'item IV n°03 : « je n'éprouve aucun plaisir quant aux choses qui me plaisaient habituellement » . ainsi, une perte de confiance et estime de soi, que l'on retrouve dans l'item VII n°03 : « je ne m'aime pas du tout » et l'item XIV n°03 , ou il s'exprime d'une manière négative : « je sens que je ne vaux absolument rien »

IDRIS dit qu'il a des troubles de sommeil, et lorsqu'il se réfugie dans sa chambre il ne fait que s'endormir pour ne penser à rien , c'est l'item XVI n°3a : « je dors presque toute la journée » , ainsi ses habitudes alimentaires, lorsqu'il ; dit : « je mange moins qu'avant car , le manger qu'elle prépare ma mère est exceptionnelle » , c'est l'item XVIII n°1a : « j'ai un peu moins d'appétit »

Quant à son intérêt pour le sexe il dit : « se me traverse jamais l'esprit car j'ai dépassé l'âge pour le mariage » , c'est l'item XXI n°01 : « le sexe m'intéresse moins qu'avant »

La note totale de « Idris » sur l'échelle de Beck, est de (50/63), ce qui indique que notre cas ne manifeste une dépression selon le manuel de l'échelle , qui a classé la dépression dans quatre niveaux.

5.Synthèse du cas « Idris » :

L'entretien avec Idris , a montré que ce dernier sent une tristesse causé par sa situation , associé à des pleurs , ainsi que des troubles du sommeil et des trouble alimentaire et les résultats obtenus à l'échelle (Beck), ont enfoncés ce qu'on a conclu auprès de notre cas par l'observation et l'entretien clinique, « Idris » manifeste une sévère dépression et sa note est à(50), et ses notes sur les 21 items de base sont élevés.

Présentation et analyse du cas N° 3 « Linda »

1. Présentation du cas de « Linda »

Linda est une femme âgée de 60 ans, originaire de Bejaia, illettrée, elle est femme au foyer, elle perçoit une pension de trois mille DA par mois.

C'est une femme qui a connu plusieurs mariages forcés. Elle a 3 filles et 1 garçon.

Linda a été intégrée dans le centre en 2009, à la demande de l'APCde Bejaia, faute de foyer.

2. analyse et discussion de l'entretien :

L'entretien avec « *Linda* » s'est déroulé dans un climat plutôt tendu, au début, elle a refusé de répondre à nos questions, et a quitté le bureau du psychologue pour se rendre dans sa chambre en nous disant : «*je vais rien vous dire, allez voir ailleurs* », *Linda* s'est montré méfiante allant jusqu'à nous dire : « *vous êtes qui pour que je vous raconte mes soucis ?!* ».

Quelques jours plus tard, on a essayé d'aller la voir une deuxième fois, accompagné par la psychologue du centre (parce que c'est la seule personne à qui elle se confie). En toquant à la porte de sa chambre, nous avons demandé de ses nouvelles et nous l'avons rassuré qu'elle ne craint rien. A l'aide de la psychologue nous avons réussi à gagner sa confiance et à établir de bonne alliance avec elle, c'est à cet instant-là qu'elle commencera se détendre et se présenter (nom, prénom, âge, etc.).

Nous avons proposé à notre sujet qu'elle nous parle de sa relation avec sa famille et ses proches, *Linda* commence à nous révéler qu'elle s'est mariée dès son jeune âge à des personnes âgées : « *ma mère veut me débarrasser de la maison, elle ne peut pas me prendre en charge, mon père est décédé, donc elle préfère me donner à une personne âgée riche pour pouvoir profiter de ça par la suite* »(Silence) Elle ajoute : « *vous comprenez ! Une pierre deux coups. Mon premier mariage était forcé, j'avais à peine 15 ans, celui-ci n'a pas duré longtemps, mon mari me faisait peur, je le voyais comme mon père. Le deuxième mariage, s'est déroulé presque dans les mêmes conditions. Par contre, mon troisième mariage était un mariage d'amour,..... (Sourire, et visage illuminé) ce mariage a duré plus de 10 ans et on a eu deux filles et un garçon, mais celui-ci s'est soldé malheureusement par un divorce à cause des conflits entre nos deux familles, mais, nous n'avons pas voulu nous séparer* », déclare-t-elle avec tristesse exprimée.

«Pour ce qui est de mon dernier mariage, j'ai eu une fille, celui-ci s'est achevé par une séparation, car mon conjoint est un homme alcoolique qui me tabassait chaque soir, c'est ce qui m'a poussé à quitter le domicile conjugal. Je me suis retrouvée à la rue suite à ça.», rajoute-t-elle.

Linda nous dit qu'elle était admise au centre, accompagnée de sa fille pendant la période hivernale de l'année 2007, hébergée comme SDF. Suite au mariage de sa fille en 2010, elle rejoint définitivement le foyer par le biais de l'APC de Bejaïa.

On a essayé de savoir comment est la vie de *Linda* dans le foyer, elle dit qu'elle reçoit de temps à autres des visites de ses enfants, en rapportant ces paroles avec tristesse et beaucoup d'anxiété : « mes enfants viennent me rendent visite quelque fois, "Allah ghaleb" ils ne peuvent pas venir tout le temps, car mon fils travaille est mes filles sont mariées ».

Elle dit qu'elle se sent bien prise en charge par le personnel, et que ses relations avec eux et le reste des résidents sont bonnes. Elle ajoute qu'elle prie beaucoup : « *je préfère rester dans ma chambre prier que de rester avec les autres* », elle rajoute qu'elle prie dieu pour qu'i lui donne une maison afin qu'elle puisse rassembler tous ses enfants, et que cela est son seul souhait dans la vie.

Linda préfère s'isoler et rester seule, des fois elle passe la plupart de son temps à regarder la télévision et à discuter, mais elle ne s'arrête pas de penser à quitter le foyer un jour pour retourner chez elle.

Quand elle pense à son passé, elle se souvient des beaux moments qu'elle avait vécu, elle dit : « *je me rappelle de ma vie d'avant avec mes enfants et mon mari que j'aimais beaucoup (elle pleure), combien on était heureux ce temps-là !* ». Linda est restée figé dans son passé dont elle ne veut pas se détacher, c'est la seule chose qui illumine son visage et son esprit.

A force de trop penser à tout ça, elle n'arrive pas à bien s'endormir et passe des nuits bien agitées, elle dit d'un air triste et d'un visage pâle : « *je n'arrive pas à bien dormir, l'image de mes enfants et mon ex marie me reviens dès que je ferme les yeux !* ». Elle se remet à pleurer très fort..... (Silence).

Puis, elle nous parle de son appétit et dit qu'il est bon : « *heureusement que j'ai gardé mon appétit, au moins j'ai de quoi faire occuper mon esprit et lui éviter de trop penser* ».

Quant à la mort elle nous dit « *eh, le fait d'être loin de mes enfant et sans abri, je peux me considérer déjà une des morts vivants* ».

3. tableau : présentation des résultats de l'échelle de (Beck)

N°d'item	Items	Cotation	Expressions
01	tristesse	02	Je suis tout le temps triste.
02	pessimisme	03	J'ai le sentiment que mon avenir est sans espoir et qu'il ne peut qu'empirer.
03	Echecs dans le passé	02	Quand je à mon passé, je constate un grand échec.
04	Perte de plaisir	00	J'éprouve toujours autant de plaisir aux choses qu'avant.
05	Sentiment de culpabilité	03	Je ne me sens tout le temps coupable.
06	Sentiment d'être puni	03	J'ai le sentiment d'être punie.
07	Sentiment négatif envers soi-même	00	Mes sentiments envers soi-même n'ont pas changé.
08	Attitude critique envers-soi	02	Je me reproche tout mes défauts.
09	Pensée ou désir de suicide	00	Je ne pense pas du tout à me suicider.
10	pleurs	02	Je pleure pour la moindre

			des choses.
11	agitation	01	Je me sens plus agité que d'habitude.
12	Perte d'intérêt	02	Je ne m'intéresse presque plus aux gens et aux choses.
13	indécision	00	Je prends des décisions toujours aussi bien qu'avant.
14	dévalorisation	01	Je ne crois pas avoir autant de valeur ni être utile qu'avant.
15	Perte d'énergie	01	J'ai moins d'énergie qu'avant.
16	Modifications des habitudes de sommeil	00	Mes habitudes de sommeil n'ont pas changé.
17	irritabilité	03	Je suis constamment irritable.
18	Modification de l'appétit	00	Mon appétit n'a pas changé.
19	Difficulté à se concentrer	02	J'ai du mal à me concentrer long temps sur quoi que ce soit.
20	fatigue	02	Je suis trop fatiguée pour faire un grand nombre de choses que je faisais avant.
21	Perte d'intérêt pour le sexe	03	J'ai perdu tout mon intérêt pour le sexe.
score		42	
Degré de dépression		Sévère	

4. Analyse des résultats du test

Après la passation et la cotation des items de l'échelle, *Linda*, présente un score de 42 ce qui correspond à une dépression sévère comme c'est indiqué dans le manuel de dépression de *Beck*.

Les items les plus élevés qui indiquent la présence d'un syndrome dépressif est bien l'item I n°02 : « je suis tout le temps triste », elle rajoute, « oui je me sens triste quand je pense à mes enfants que j'ai abandonné ». « Je n'attends pas que la vie va me donner du bonheur surtout dans ce milieu ».

Notre cas représente un grand sentiment de pessimisme, dans l'item II n°03 : « j'ai le sentiment que mon avenir est sans espoir et qu'il ne peut qu'empirer ».

Linda présente un sentiment de culpabilité surtout à l'égard de ses enfants qu'elle a abandonné, et elle ne cesse pas de penser à eux, elle rajoute à l'item

V n°03 : « je me sens tout le temps coupable », elle présente un désintérêt pour tout ce qui l'entoure et elle dit ; « plus rien ne m'intéresse , ni les choses ni les gens qui m'aiment , personne ne peut me donner du plaisir ». , elle répond à l'item XII n°02 : « je ne m'intéresse presque plus aux gens et aux choses » aussi à l'item XV n°01 : « j'ai moins d'énergie qu'avant ».

Concernant la fatigue et la concentration elle a choisi l'item XIX n°02 : « j'ai du mal à me concentrer pour long temps sur quoi que ce soit »,aussi l'item XX n°2 : « je suis trop fatiguée pour faire un grand nombre de choses que je faisais avant ».

Concernant le dernier item XXI, sur la perte d'intérêt pour le sexe, elle a choisi n°03 : « j'ai perdu tout internet pour le sexe ».

5. Synthèse du cas

L'entretien avec *Linda*, a montré que cette dernière ressent une tristesse causé par sa situation, associé avec des pleurs, ainsi que des troubles du sommeil et des troubles alimentaires, et ses résultats sur l'échelle de *Beck* ont renforcé ces résultats avec un total de 42, ce qui la situe dans la zone de dépression sévère de l'échelle, ainsi que ses notes élevées sur quelques échelles de base.

3. Présentation et analyse du cas N° 4

1. Présentation du cas de « *Mouloud* »

Mouloud est un homme âgé de 58ans, célibataire et originaire de *Bejaia*, avec un niveau de scolarisation de 8^{ème} année secondaire. Il n'a aucun revenu car il n'avait pas de travail stable.

Il n'a pas eu la chance de connaître ses parents biologiques car il était adopté à l'âge de 2 ans par un couple stérile (le Père adoptif avait 48 ans et la mère adoptif avait 28ans).

Mouloud a intégré le foyer en 2005 par le biais de l'**APC** de *Bejaia*, car il était un sans domicile fixe.

2. analyse et discussion de l'entretien :

Après avoir demandé le nom, le prénom et l'âge de notre sujet, celui-ci commence à se confier : « *De quelle vie vous me parle? Je ne sais pas si je suis en vie ou si je suis mort !* ». Il nous déclare aussi qu'il ne connaît pas sa famille biologique puisque qu'il était bébé lorsqu'il avait été placé dans la pouponnière à naissance, à cause de son illégitimité. Ensuite, Notre cas a été adopté par un couple stérile à l'âge de deux ans, on apprend que son père était alcoolique, et que sa mère adoptive a été tuée par son père. Ce dernier décède en prison des suites d'un cancer du poumon.

Suite à tous ces traumatismes, et à l'âge de 35 ans, Mouloud s'est retrouvé dans la rue comme un délinquant : « *ma maison c'est le dehors, je la partage avec les autres hommes qui sont dans la même situation que moi* ». Pendant des années, et à chaque période hivernale, Mouloud sera placé dans le foyer. Il sera admis définitivement à l'âge de 48 ans à la demande de L'APC de Bejaïa.

Concernant le vécu de Mouloud avec sa famille adoptive, il nous déclare qu'il ne se rappelle pas trop, car il était très jeune : « *je me souviens que mon père rentrait chaque soir saoul, et qu'il tabassait ma mère...* ». La violence du père c'est tout ce dont Mouloud se rappelle. Elle le marque à jamais.

À l'école, Mouloud raconte qu'il n'était pas un bon élève: « *je n'avais pas ma place à l'école, elle n'est pas faite pour des garçons comme moi, tout le monde me considérait comme un garçon de rue* ». Tout cela provoque de la gêne et des sentiments négatifs envers lui-même. Il raconte aussi qu'il se disputait beaucoup avec ses camarades de classe et qu'il était un garçon hyperactif qui n'avait aucun amis à l'école.

Mouloud est un garçon qui se disputait beaucoup même avec ses enseignants, et à cause de ça, il était toujours renvoyé.

Au foyer, Mouloud n'a pas de bonnes relations avec le personnel pluridisciplinaire, il se dispute la plupart du temps avec eux, car il insiste beaucoup pour quitter le centre : « *je ne supporte pas de vivre ici, je dois sortir ou je vais m'enfuir...* ». À part la psychologue du centre, il n'estime personne, pour lui ils sont tous pareils, ils ne sont pas juste avec lui : « *je les déteste tous,*

surtout le directeur par ce qu'il ne veut pas me signer mes papiers pour que je puisse sortir d'ici ! ».

Notre sujet est sans famille, personne ne vient au centre pour prendre de ses nouvelles et voir comment il vit.

Coté santé, Mouloud nous dit qu'il est un grand fumeur, qu'il souffre d'une maladie aux poumons, il affirme aussi ne pas prendre son traitement, ce qui oblige l'infirmière à le forcer à prendre ses médicaments. Cela le rend dépendant de cette infirmière, chose qui le dérange beaucoup : *« oh !!! Je déteste l'infirmière car elle me fait prendre des poisons, elle veut se débarrasser de moi ! »* .

Lorsque nous avons demandé à notre sujet ce qu'il pense de son passé, il nous a répondu qu'il ne réfléchit pas trop à ça, car cela le chagrine, à cause de ce son vécu très difficile. C'est en pleurant qu'il rétorque : *« je suis un mort vivant ! »*.

Mouloud souffre de trouble de sommeil, il passe des nuits très agitées et n'arrive pas à dormir : *« j'ai du mal à me reposer la nuit, je ne retrouve pas le sommeil »*.

Concernant son alimentation, il dit que c'est un gourmand, et qu'il mange bien.

Pour ce qui est du sujet de la mort, il dit : *« si je reste ici, je finirai par me suicider... »*.

3. tableau : présentation des résultats de l'échelle de (Beck)

N° d'item	Items	cotation	Expressions
01	Tristesse	02	Je suis tout le temps tristesse
02	Pessimisme	02	Je ne m'attends pas à ce que les choses s'arrangent pour moi
03	Echecs dans le passé	03	J'ai le sentiment d'avoir complètement raté ma vie
04	Perte de plaisir	03	Je n'éprouve aucun plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement
05	Sentiment de culpabilité	00	Je ne me sens pas particulièrement

Chapitre IV le cadre pratique

			coupable
06	Sentiment d'être puni	00	Je n'ai pas le sentiment d'être puni
07	Sentiments négatifs envers soi même	03	Je ne m'aime pas du tout
08	Attitude critique envers soi	00	Je ne me blâme pas ou me critique pas plus que d'habitude
09	Pensées ou désirs de suicide	01	Il m'arrive de penser à me suicider, mais je ne le ferais pas
10	Pleurs	02	Je pleure pour la moindre petite chose
11	Agitation	01	Je me sens plus agité que j'ai du mal à rester tranquille
12	Perte d'intérêt	02	Je ne m'intéresse presque plus aux gens et aux choses
13	Indécision	01	Il n'est plus difficile que d'habitude de prendre les décisions
14	Dévalorisation	03	Je sens que je ne vauds absolument rien
15	Perte d'énergie	01	J'ai moins d'énergie qu'avant
16	Modifications dans les habitudes de sommeil	1	Je dors un peu moins que d'habitude
17	Irritabilité	03	Je suis constamment irritable
18	Modification de l'appétit	00	Mon appétit n'a pas changé
19	Difficulté à se concentrer	02	J'ai du mal à me concentrer plus que d'habitude
20	Fatigue	02	Je suis trop fatigué pour faire un grand nombre de choses que je faisais
21	Perte d'intérêt pour le sexe	03	J'ai perdu tout intérêt pour le sexe
Score		34	
Degré de la dépression	Sévère		

4. Présentation des résultats de test

D'après le tableau ci-dessous, nous remarquons que les notes de Mouloud sur les 21 items de base sont les suivantes :

- Une souffrance psychique car il se sent assez souvent triste malgré qu'il essaie de ne pas l'être, et de ne pas y penser. Ce que l'on trouve dans l'item I n°02 : « je me sens tout le temps triste ».
- Il dit qu'il a perdu espoir pour son avenir et ne s'attend pas à un changement dans sa vie ou sa situation, ce qui est présenté dans l'item II n°02, ou il dit : « je m'attends pas à ce que les choses s'arrangent pour moi ».
- Il a le sentiment d'avoir raté toute sa vie, ce que l'on retrouve dans l'item III n°03 : « j'ai le sentiment d'avoir complètement raté ma vie », ce qui l'a amené à perdre tout le plaisir et l'intérêt vis-à-vis des choses qu'il aimait faire avant, qui est dans l'item IV n°03 et l'item XII n°02 : « je n'éprouve aucun plaisir quant aux choses qui me plaisait habituellement », « je m'intéresse moins qu'avant aux gens et aux choses » tout cela a engendré chez lui une perte de confiance en soi et son estime de soi, item VII n°03 et l'item VIII n°00 « je ne m'aime pas du tout » et « je ne me blâme pas ou me critique plus que d'habitude » et dans l'item XIV n°03 : « je ne vaudrais absolument rien » d'où sa fragilité morale qui le pousse à être toujours irritable , item XVII n°03 : « je suis constamment irritable » , ce qui le pousse à vouloir quitter le foyer ou à en finir avec sa vie , item IX n°01 : « il m'arrive de penser à me suicider, mais je ne le ferais pas ».
- En ce qui concerne ses habitudes de sommeil, il dort moins, item XVI n°1b : « je dors un peu moins que d'habitude », et habitudes de l'alimentation n'ont pas changé item XVIII n°00 : « mon appétit n'a pas changé ».

5. Synthèse du cas :

Mouloud est un homme qui a vécu plusieurs traumatismes dès son jeune âge, il a subi les violences de son père, puis il a été délaissé par ses parents biologiques. Durant notre observation et d'après l'entretien clinique, on a constaté qu'il souffre d'un trouble de comportement : l'agressivité et l'hyperactivité. Le tabagisme et quelques signes de dépressions comme le trouble de sommeil et le trouble alimentaire sont aussi à signaler. Ainsi que la tristesse et la solitude.

Nous avons pu confirmer ce qu'on a observé chez notre cas par les résultats obtenu par l'échelle de *Beck*, qu'il a une note de 34/63.

À partir de ces résultats, on peut dire que *Mouloud* manifeste une dépression et notre hypothèse : « les personnes âgées dans des institutions souffrent d'une dépression » est confirmée.

5 Présentation et analyse des résultats du cas « LILA » N°5 :

1. Présentation du cas :

LILA est une femme âgée de 63 ans, est divorcée sans enfants, elle perçoit une pension de trois mille DA, elle s'est trouvée toute seule dans sa maison personne ne peut s'occuper d'elle. Car elle est handicapée physique suite à une maladie des os qui lui a laissé des séquelles, elle utilise un déambulateur.

Elle est intégrée dans le centre en 2004 (11ans), et d'après ces dires c'est sa voisine qui l'a ramené et elle continue à venir la voir de temps en temps.

2. analyse et discussion de l'entretien :

L'entretien avec Lila s'est déroulé dans un climat plutôt tendu .elle paraissait très ennuyée, en lui demandant comment elle va, elle nous dit : «... et si je ne suis pas bien est-ce que tu peux changer quelque chose de ma vie ... »

Concernant les relations de Lila avec sa famille, elle refusait carrément de nous raconter sa vie personnel, dit : « pour quoi vous cherché à connaître ma vie , je peux vous raconter tous ce que vous voulais de moi sauf ça par ce que sa vous regarde pas du tout » ont essayé de chercher d'avoir quelque information auprès de la psychologue du centre , et elle nous dit que c'est une femme qui ont mis dehors ces beau parents suite à sa maladie qui la rendus handicapée et que c'est une femme stérile, qui ne peut pas avoir d'enfants.

On a essayé de savoir comment est la vie de Lila dans le foyer est ce que lui plait, elle dit « je me sens bien car on est bien pris en charge par les personnels du centre et parfois les résidents me donne de l'aide », c'est pour cela qu'elle s'entend bien avec tout le monde.

Elle passe son temps à regarder la télévision, et parfois elle préfère s'isoler et rester seule dans sa chambre.

Malgré son handicap elle dit qu'elle est autonome et peut se prendre en charge toute seule, mais il y'a certaines choses qu'elle ne peut pas faire seille comme prendre sa douche ou il lui faut toujours une assistance.

Lila ne repense jamais à son passé par peur d'être triste et / ou anxieuse c'est à cause des difficiles situations qu'elle avait vécu, mais qu'elle préfère ne pas divulguer, c'est en pleurant qu'elle dit : « j'ai perdu gout à la vie, j'ai perdu mon mari, et je n'ai pas eu la joie d'avoir des enfants qui auraient pu me prendre en charge aujourd'hui » ,c 'est pour cela qu'elle ne porte aucun intérêt aux choses et qu'elle y'a perdu du plaisir , comme participer à des excursions, et même elle est devenu fragile et sensible .

Elle dit qu'elle passe des nuits agitées et n'arrive pas à bien dormir « j'ai du mal à me reposer la nuit, je ne trouve pas le sommeil ».

En ce qui concerne son alimentation, elle dit qu'elle ne mange pas bien car elle n'a pas un bon appétit.

Pour ce qui est de la mort, elle n'a pas peur de mourir, elle dit « vaut mieux mourir que de vivre dans la souffrance ».

3. Tableau :la présentation des résultats de l'échelle de (BECK) :

N° d'item	Items	Cotation	Expressions
01	tristesse	01	Je suis tout le temps triste
02	pessimisme	02	Je ne m'attends pas à ce que les choses s'arrangent pour moi
03	Echecs dans le passé	02	Quand je pense à mon passé, je constate un grand nombre d'échec
04	Perte de plaisir	01	Je n'éprouve autant de plaisir aux choses qu'avant
05	Sentiment de culpabilité	00	Je ne me sens pas particulièrement coupable
06	Sentiment d'être puni	00	Je n'ai pas le sentiment d'être puni
07	Sentiments négatifs envers soi même	01	J'ai perdu confiance en moi.
08	Attitude critique envers soi	00	Je ne me blâme pas ou me critique pas plus que d'habitude
09	Pensées ou désirs de suicide	00	Je ne pense pas du tout à me suicider
10	Pleurs	02	Je pleure pour la moindre petite chose
11	Agitation	01	Je me sens plus agité que j'ai du mal à rester tranquille
12	Perte d'intérêt	02	Je ne suis pas perdu d'intérêt pour les gens ou pour les activités
13	Indécision	01	Il n'est plus difficile que d'habitude de prendre les décisions
14	Dévalorisation	01	Je ne crois pas avoir autant de valeur ni être aussi utile qu'avant
15	Perte d'énergie	01	J'ai moins d'énergie qu'avant
16	Modifications dans les	2b	Je dors beaucoup moins que

	habitudes de sommeil		d'habitude
17	Irritabilité	02	Je suis beaucoup plus irritable que d'habitude
18	Modification de l'appétit	00	Mon appétit n'à pas changer.
19	Difficulté à se concentrer	02	J'ai du mal à me concentrer plus que d'habitude
20	Fatigue	02	Je suis trop fatigué pour faire un grand nombre de choses que je faisais
21	Perte d'intérêt pour le sexe	03	J'ai perdu tout intérêt pour le sexe
Score		27	
Degré de la dépression	Modéré		

4-Analyse des résultats du test :

Notre cas si dessus fait apparaitre les symptômes de la dépression , que l'on essayée de confirmé à travers la passation du test de Beck qui est le BDI , et l'on a obtenu des réponses concernant ses différentes items , comme l'item I n°01 qui dit : « je suis tout le temps triste », et elle dit à ce propos : «je suis vraiment dégouté » et que l'on retrouve dans l'item III n° 02 : «quand je repense à mon passé je constate un grand nombre d'échecs » , quand elle dit, « je ne pense jamais a mon avenir car je n'ai rien à espérer ou attendre de la vie » c'est l'item II n° 02 : «je ne m'attend pas à ce que les choses s'arrangent pour moi », d'où sa perte de plaisir Anvers les choses qui est l'item IV n°01: «je n'éprouve pas autant de plaisir aux choses qu'avant » .

C'est une femme qu'on retrouve cher elle une perte de confiance en soi, c'est pour cela qu'elle n'arrête pas de se critiquer pour ses défauts qui l'ont poussé à raté beaucoup de choses dans sa vie, c'est l'item VII n °01 : « j'ai perdu confiance en moi ».

Les yeux de Lila ne sont jamais secs car elle dit : «je ne peux pas arrêter de pleurer , dès que je pense à ce que j'ai pu vive, j'ai les larmes qui coule toute seule « , qui est l'item X n°02 : « je pleure pour la moindre petite chose » , ce

qui l'a rendu un peu fragile et sensible par rapport à des sujets ou des choses qui ne la touché pas avant , c'est l'item XVII n°02 : » je suis beaucoup plus irritable qu'avant ».

Lorsqu'on lui demande si elle a des troubles de sommeil, elle répond qu'elle beaucoup et elle passe des nuits bien agitées à force de réfléchir et penser, c'est bien l'item XVI n°2b : » je dors beaucoup moins que d'habitude « , par contre son appétit n'a pas changer item XVIII n°00 : « mon appétit n'a pas changer ».

Son coté physique, parfois des pertes d'énergie et une fatigue corporelle, ce qui lui rend parfois les taches à faire difficile, ce que l'on trouve dans les items XV n°01 : « j'ai moins d'énergie qu'avant » et l'item20 : « je me fatigue plus facilement que d'habitude ».

.

05-Synthèse du cas :

« Lila », c'est une femme qui vécu plusieurs échecs dans sa vie, tel que son divorce avec son mari, les conflits qu'elle avait avec sa belle-famille ainsi son handicap qui la rendus moins autonome. Durant notre observation et après l'entretien on a remarqué chez notre sujet quelque signes dépressif : la tristesse, les pleurs, manque de confiance en soi, ainsi son pessimisme qui s'accroît de jour en jour.

Nous avons pu confirmer ce qu'on observer chez notre cas par les résultats obtenu par l'échelle de « *BECK* », elle a une note totale de 27/63 et qui signifie que le cas malgré sa souffrance psychique elle arrive à se sentir bien et garder l'équilibre dans sa vie mentale.

Discussion et analyse des résultats

Discussion des hypothèses

L'objet de notre recherche s'est porté sur la dépression dans sa complexité à travers l'analyse du fonctionnement mental de nos cas.

Dans notre recherche, on a tenté de savoir si l'ensemble des personnes âgées placées dans le foyer souffrent de la dépression ou pas, ainsi qu'ils sont caractérisés par des symptômes dépressifs dont les facteurs sont en relation avec les antécédents de la vie psychologique et leurs vécu avant leurs rentré au foyer.

Nous avons formulé deux hypothèses :

*la première, on a supposé que « les personnes placées en institution sont caractérisées par des symptômes dépressifs dont les facteurs sont en relation avec les antécédents de la vie psychologique et leurs vécu avant l'entrée au centre ».

*la deuxième, on a prédit « l'ensemble de personnes âgées placées en institution souffrent des symptômes dépressifs ».

De ce départ nous avons utilisé plusieurs outils pour notre recherche à fin de vérifier nos hypothèses, un guide d'entretien et l'échelle de Beck sur nos 05 cas choisis parmi les pensionnaires du foyer pour personnes âgées ou /et handicapés de Bejaïa

Après notre interprétations et analyse, on constate que plusieurs problèmes sont réunis pour que ces personnes âgées souffrent d'une dépression, entre autre : le chômage, les conflits vécu avec leurs familles, le regard porté sur leurs environnement, plusieurs échecs professionnelles ou scolaire et en fin le changement dans le mode de leurs vie. Comme l'indique « N.Sillamy » dans son ouvrage intitulé « dictionnaire de la psychologie » :

« La dépression est un état morbide, plus durable, caractérisé essentiellement par la tristesse et une diminution du tonus de l'énergie, anxieux, las, découragé, le sujet déprimé est incapable d'affronté la moindre difficulté, il souffre de son impuissance et à l'impression que ses facultés intellectuelle,

notamment l'attention et la mémoire, sont dégradées le sentiment d'infériorité qui en résulte augmente encore sa mélancolie ». (N. Sillamy, dictionnaire de psychologie, 2003, p79).

Un seul cas qui présente une dépression modérée qui s'agit de Mme « Lila » une femme âgée calme qui garde de bonne relation avec le personnel du foyer, elle passe son temps au lit pour ne pas déranger les autres résidents.

Les autres cas : mouloud, Idris, Fatima, Linda souffrent de la dépression sévère, le cas le plus remarquable est celui de Idris avec un score 50 points.

Pour ces derniers la vie au centre est tellement insupportable et difficile, et ce n'est que le vécu malheureux qui l'ont menés d'intégrer le centre, on a remarqué ces derniers qu'ils manifestent une faible d'estime de soi ainsi qu'ils n'acceptent pas l'abandon familiale ce qui explique l'adaptation à la nouvelle vie au centre. Ces sujets manifestent l'instabilité, l'agressivité, colère pleures, isolement, repli sur soi et surtout la perte du plaisir, qui sont classés par les symptômes majeurs de la dépression. Et cela a été donné par *Darcout, G*, qui définit la dépression chez les personnes âgées comme « l'étude des caractéristiques particuliers des dépressions liées au degré du vieillissement somatique et/ou psychique ». Plus le sujet sera physiquement sénile, plus se poseront chez lui les problèmes d'interrelation entre la dépression et la détérioration ou l'état organique. Plus il sera affectivement sénile, plus se poseront chez lui les problèmes de dépression psychogénétiques.

Cette personne exprime le souhait de quitter ce foyer un jour pour rejoindre leur vie familiale chaleureuse, ce qui nous mène à confirmer l'hypothèse que l'ensemble de personnes âgées développent une dépression suite à leur emplacement en institution.

Conclusion générale

Conclusion générale

La famille joue un rôle crucial dans le réseau de soutien social des personnes âgées. Elle offre de la compagnie, mais en donnant davantage de soutien émotionnel que ces derniers. Les personnes âgées qui sont proches de leurs familles s'inquiètent moins du vieillissement que celles qui n'ont pas de proches.

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 nucléaire. Par conséquent, certaines personnes âgées se trouvent dans des foyers d'accueil.

Suite à notre recherche intitulée « les manifestations dépressive chez les personnes âgées placées en institution » qui a été réalisé au F.P.A.H/B. Et suite aux résultats obtenus nous constatons que nous pouvons confirmer la première hypothèse : « l'ensemble de personnes âgées placées en institution souffrent de dépression ». Le fait d'être rejeté et se sentir inutile mène ces personnes à développer une dépression comme nous l'avons montré à travers l'étude de nos cas.

En effet on confirme ainsi qu'une grande partie des personnes âgées étés prédisposés à développer une dépression la carence affective et le sentiment d'inutilité d'être, renforce la possibilité de développer la dépression ces chez derniers, cette seconde hypothèse porte sur les changements que ces personnes trouvent dans ce foyer ce qui signifie leur acceptation ou bien leur refus de s'adapter à ce nouveau milieu d'une part, lorsqu'elles rencontrent des problèmes, ces personnes ne cessent d'exprimer leur souffrance et de manifester leur mécontentement, du fait de se retrouver dans une telle situation.

Enfin, une sensibilisation sur leur rapprochement et la prise en charge des personnes âgées de la part des autorités compétentes à l'intention de la population Algérienne, ainsi qu'un renforcement du cadre juridique pour la protection de cette catégorie précieuse de population seraient meilleurs afin de réduire l'effectif des personnes âgées qui se retrouve dans les foyers d'accueil et de resserrer les liens entre les générations.

La liste bibliographique

Liste des ouvrages

1. Association Américaine de psychiatrie DSM-IV, (2003), « **Manuel Diagnostique statistique des troubles Mentaux** », 4^{eme} Ed, Masson, Paris.
2. *Albert Ciccone*, (1998), « **l'observation clinique** », Ed, Dunod, Paris.
3. *Beck, A, T, Steer, R. A.* et *Brown, G.K*, (1998), « **Manuel BDI- II** », Paris.
4. *Brouillrt. D, Syssau. A*, (2000), « **mémoire et oubli** », PUF, Grenoble Cedex 9.
5. *Chahraoui. K et Benoney. B*, (2003), « **méthode, évaluation et recherche en Psychologie clinique** », Edition Dunod, Paris.
6. *C. Vanrensburg et J. Doucet*, (2002), « **entretien clinique** », Ed, Amazon, Paris.
7. *Charlotte Mareau, Adeline VanecDrayfus*,(2004),« **indispensable de psychologie** », Edition Studyrama.
8. *D. Pelot*, (2003), « **l'évolution clinique en psychologie de l'enfant** », Dunod, Ed, Paris.
9. *Elizabeth Bhurlock*, (1978), « **la psychologie du développement** », Mc Graw-hii, éditeur, Canada.
10. *Ferrey (G), Le Gouès (G)* (2000), « **psychopathologie du sujet âgé** », Masson Paris.

11. *Guy, Besançon*, (2005), « **manuel de psychopathogène** », Dunod, Paris.
12. *G. Klaftras*, (2004), « **la dépression. approche cognitive et comportementale** », édition Harmattan, Paris.
13. *Henry Ey, P. Bernard et Ch. BRISSET*, (1989), « **manuel de psychiatrie** », Masson, Paris.
14. *Jean-Pierre Clément, N. Darthout, P. Nubukpo*, (2011), « **guide pratique de psychiatrie** », Ed^e, Masson, Paris.
15. *J. Cottraux*, (2011), « **les thérapies comportementales et cognitives** », 3^{ème} Ed, Masson, Paris.
16. *K. Chahraoui et H. Bénony*, (1999), « **l'entretien clinique** », Ed, Dunod, Paris.
17. *L. Fernandez et M. Cottraux*, (2011), « **la recherche en psychologie clinique** », France, Ed, Nathan Amazon.
18. *Lévy (M)*, (1998), « **Les maladies de l'humeur, dépression et manie** », Estem, Paris.
19. *P. Charazac*, (2011), « **aide-mémoire en psycho gériatrie – en 24 notions** », Ed, Dunod, Paris.
20. *peninielli (P) B. Amel*, (2005), « **les états dépressifs** », Armand colin, Paris.
21. *Papalia Diane E, Olds Sally W, Felman Ruth D*, (2008), « **psychologie du développement humain** », 7^e édition, de boeck, Québec.
22. *Richard, J. et Mateev- Drkx, E.* (2004), « **psycho-gérontologie** », Masson, Paris.

Liste de dictionnaires :

1. **larousse Médical**, photocomposition, *Maury, Malesherbes, impression*

GRAFICA EDITORIALE PRINTING, Bologne dépôt légal : Février 2006.

2. *Nabert Sillamy*, (2003), « **dictionnaire de psychologie** », 2 Ed, Larousse-VUEF, Paris.

3. Roland Doron et Françoise Parot, (2008), « **dictionnaire de psychologie** », Quadrige/ PUF.

4. Roland Bernard, « **dictionnaire de psychanalyse** », Larousse, 2003.

5. sous la direction d'*Henriette Bloch, Roland Chememe*, (1999), « **Grand dictionnaire de La psychologie** », édition Larousse.

Liste de site internet :

1. [hpt://www. Cairn.info](http://www.Cairn.info).
2. [hpt://www. Etat-depressif.com](http://www.Etat-depressif.com)
3. [hpt://Www. Lbertè-Algerie.com](http://Www.Lbertè-Algerie.com)

Annexe N° 1

Le guide d'entretien

Axe N°1 :

L'identification du cas

1-sexe

2-âge

3-situation matrimoniale

4-Date d'intégration au foyer

5-Niveau d'instruction

6-profession

7- source de revenu (avez-vous une pension ou non ?)

8-souffrez-vous d'une maladie quelconque ?

-Si oui, la/les quelle (s) ?

-prenez-vous de médicament ?

-vous le prenez régulièrement ?, ou ça vous arrive de l'oublier ?

Axe N°2

Rapport avec la famille

1- Avez-vous des enfants ?

-quel est leur nombre, sont-ils mariés ?

2-avez-vous des frères ?

- Quel est leurs nombres ? Sont-ils mariés

3-avez-vous des sœurs ?

-quel est leurs nombres ? Sont-elles mariées ?

4- vous recevez es visites de votre famille ?

5-pouvez-vous me parler de votre relation avec votre famille ?

6- comment vous vous ressentez loin de votre famille ?

Axe N°3

La vie au foyer

1- Comment vous êtes venu ici ?

2- Pour quelle raison ?

3- Parlez-moi de votre vie quotidienne et comment vous passez votre journée au foyer ?

4- Quelles sont les activités que vous menez dans le foyer ?

-avec qui ?

5-qui vous prend en charge (autonomie) ?

6-rencontrez-vous des problèmes au foyer ?

- Avec qui ? et à qui vous vous confiez ? pourquoi cette personne ?

7-pouvez-vous me parler de votre relation avec :

-les autres résidents du foyer ?

- le personnel du foyer ?

8- pensez-vous quitter un jour ce foyer ?

AXEN°4 :santé mentale et physique

1- Vous arrive-t-il des moments où vous vous sentez être tristes ?

- Si oui, à quel moment ? et comment vous gérer cette situation ?

2- Etes-vous anxieux ?

-depuis quand ? Est-ce qu'avant ou après votre entrée au foyer ?

3- que pensez-vous en vous rappelant de votre vie passée ?

4-Pensez-vous que vous avez réussi dans votre vie ?

5-Comment vous vous voyez par rapport aux autres ?

6-Pensez-vous que vous êtes utile ?

7- Avez-vous souvent envie de pleurer ?

8- Avez-vous des problèmes du sommeil ?

- Si oui, à quel moment ?

9-comment est votre appétit ?

10-Est-ce que vous ressentez une diminution ou une perte d'énergie ?

- Si oui, est ce qu'avant ou après votre entrée au foyer ?

11- vous arrive-t-il de penser à la mort ?

Comment êtes-vous ressenti lors l'échange de paroles ?

Annexe N°2