

Université Abderrahmane Mira- Bejaia
Faculté des Sciences Humaines et Sociales
Département des Sciences Sociales

Mémoire de fin de cycle en vue de l'obtention d'un diplôme de Master
en Psychologie Clinique

Thème

*L'attachement chez les personnes âgées placées en
institution*

Etude de dix cas

Présenté par :

TOUATI Nassima

ZIANI Lila

Encadré par :

Professeur BOUATTA Cherifa

Année Universitaire : 2014/2015

Remerciements

Ce modeste travail représente la fin d'une étape et le début d'une nouvelle phase dont l'apprentissage sera le moteur principal. La route peut être longue et ardue parfois mais chaque nouveau tournant ouvre des Horizon inattendu et tellement motivant.

Le premier remerciement reviendra au bon Dieu tout puissant qui nous a donné le courage et la volonté pour réaliser ce travail.

Nos remerciements les plus distinguées vont :

A notre encadreur professeur Cherifa Bouatta qui nous à guidée tout au long de notre recherche, pour sa qualité d'encadrement, sa patience et sa rigueur, pour qui on exprime notre profonde gratitude.

A Mr Samir Djouder, Mme Leila Hamoud, Mr Lakhdar Amrane, Mr Louhab Fergani, Mme Mekhzem, Mme Salima Aissou, et Melle Maafa Hania pour leurs aides et précieux conseils à partir desquels on a pu élaborer notre recherche.

A tous nos enseignants de Licence et de Master

A Mr Abd.E.Hor Ait Ouali Directeur et Mme Djouher Khelfane Psychologue du Foyer des personnes âgées et/ou handicapées de Bejaia, pour leurs accueilles et gentillesse de nous avoir accepté en sein de leurs établissement afin de réaliser notre travail de recherche.

A toutes les personnes résidentes au foyer qui ont accepté de répondre a nos questions de recherches.

Enfin, nos remerciements vont également à tous ceux qui de près ou de loin ont contribué à l'élaboration de ce travail.

Mes dédicaces vont :

A mon cher père et a mon adorable mère, pour qui je ne saurais exprimer mon amour eternel et ma considération pour les sacrifices qu'ils ont consenti pour mon instruction et mon bien être, bien que je ne les en acquitterais jamais assez, que Dieu puisse leurs accorder santé, bonheur et longue vie.

A mon frère pour qui je souhaite un grand succès.

A mon cher oncle Hakim qui nous a fourni une documentation importante, à mes grands parents, oncles, tantes, cousines et cousins.

A toute la famille Touati et la famille Rahil.

A Mme Salima Aissou.

A mes copines et mes amis.

A tous le personnel du Centre Eden, Numidia School, CMLI et Institut Univers qui ont été patients avec moi tout au long de cette année.

Sans oublier : Hamza, Maya, Hafida, Nora, Katia, Sabrina et Yamina.

A toutes les personnes âgées qui vivent dans des institutions, ou autre, à tout ceux qui sont sans attache familiale ou qui sont abandonnées par leur progéniture ou autre.

A toute la promotion de psychologie clinique 2015.

Nassima Touati

Mes dédicaces vont :

A mon défunt père dont la présence me manque terriblement, son absence a creusé un grand vide dans mon cœur et ma vie, et a provoqué des sentiments de profonde tristesse et des états de mélancolie. Que dieu tout puissant puisse lui accorder sa miséricorde et l'accueillir dans son vaste paradis.

A ma précieuse mère qui s'est dévouée à notre éducation depuis la mort de notre père, et qui est l'étincelle qui nous reste, elle était notre support dans notre scolarisation, je lui dédie ce travail comme hommage à ses efforts. Que dieu la protège et la garde pour nous.

A mon très cher oncle Md Said qui nous a protégé et soutenu depuis notre enfance, je lui souhaite une longue vie et bonne santé.

A mes chers oncles Md Akli, Rchid, Abderahman, Aziz, Arab. Ainsi qu'à tout mes cousins et cousines, mes tantes et à toute la famille Alioui.

A biensur, mes frères Nadir, Idir et Farid.

A mon très cher mari, qui m'a soutenu et m'a encourager tout au long de la réalisation de ce travail ainsi qu'à sa famille.

A tout mes ami (e)s.

A toutes les personnes âgées qui vivent dans des institutions, ou autre, à tout ceux qui sont sans attache familiale ou qui sont abandonnées par leur progéniture ou autre.

A toute la promotion de la psychologie clinique 2015.

Ziani Lila

Sommaire

Partie théorique

Chapitre I : l'attachement tout au long de la vie

Préambule

I. La théorie de L'attachement

1. Définitions de concepts et émotions de base de l'attachement.....	6
1.1. L'attachement.....	6
1.2. Le besoin social primaire.....	7
1.3. La figure d'attachement ou caregiving.....	7
1.4. Les émotions	7
2. Histoire de la théorie de l'attachement	10
3. La théorie de l'attachement.....	12
4. les systèmes d'attachement	13
4.1. Le système motivationnel.....	14
4.2. Le système exploratoire.....	15
4.3. Le système peur-angoisse.....	15
5. Comportements et constitution de la figure d'attachement.....	16
6. Style d'attachement	17
7. Le développement de l'attachement.....	20

II. Attachement et personnes âgées

1. Attachement et vieillissement.....	24
---------------------------------------	----

2. Styles d'attachement et personnes âgées	25
3. Figure d'attachement et personnes âgées.....	28
4. Model interne opérant d'attachement.....	29
5. Les facteurs nuisibles à l'attachement	32
6. Attachement et socialisation.....	34
7. Attachement et psychopathologie.....	35

Conclusion.

Chapitre II : Personnes âgées et institutions

Préambule

I. Le vieillissement

1. Définitions.....	40
2. Les effets du vieillissement sur le plan organique.....	41
3. Les effets du vieillissement sur le plan psychologique.....	45
3.1. Le développement cognitif.....	45
3.2. Le développement social.....	50
3.3. Le développement psychoaffectif.....	53
4. la santé physique et mentale au cours du vieillissement.....	54
5. les mécanismes de défenses chez les personnes âgées.....	58

II. Types d'accueils pour personnes âgées

1. Les différents types d'accueil pour les personnes en Europe.....	63
---	----

2. Décrets des institutions en Algérie.....	66
3. formes de prise en charge des personnes âgées.....	69
Conclusion	

Cadre général de la recherche

Introduction

1. Problématique.....	71
2. Les hypothèses.....	76
2.1. L'hypothèse principale.....	76
2.2. Les hypothèses partielles.....	76
3. Objectif de l'étude.....	76

Partie pratique

Chapitre V : Méthodologie de la recherche

Préambule

1. La pré-enquête.....	79
2. La présentation du lieu de recherche.....	81
3. La population d'étude.....	85
5. La méthode clinique.....	86
6. Les techniques de recherche.....	89
6.1 L'entretien clinique.....	89
6.2. L'Adult Attachment Interview (AAI).....	91
7. L'aptitude du chercheur.....	94

8. Les difficultés rencontrées.....95

9. Le recueil de données.....95

Conclusion

Chapitre VI : présentations, analyses et discussion des hypothèses

Préambule

I. Présentation et analyse des cas.....82

II. Discussion des hypothèses.....114

Conclusion générale118

Liste bibliographique121

Annexes

INTRODUCTION

Introduction

Introduction

Pour le sociologue Bourdieu «la jeunesse n'est qu'un mot » et chaque individu passe par différentes étapes qui peuvent apporter une diversité de changements autant pour les jeunes que pour les aînés. Les personnes âgées doivent faire face à divers changements physiques, psychiques et sociales qui peuvent influencer leurs états psychologiques, leurs santé, et même leurs relations familiales et leurs relations sociales.

L'influence des relations familiales et sociales agit de façon importante au cours des dernières années de la vie, jouant un rôle manifeste dans les comportements des personnes âgées, la qualité et les relations qu'entretiennent ces derniers.

Depuis l'émergence de la question du vieillissement de la population Algérienne, les pouvoirs publics ont mis en place des mesures de protections dont les centres d'accueils tels que les foyers pour personnes âgées et/ou handicapées (F.P.A.H).

L'entrée au foyer et le changement de lieu et de mode de vie ainsi que la rupture des relations avec son entourage familial et/ou social peut être vécu pour la personne âgée comme un moment difficile. Loin de se limiter au jeune enfant, l'attachement est un besoin même chez la personne âgée.

Dans ce modeste travail, nous avons voulu éclaircir et apporter une meilleure connaissance sur l'attachement chez les personnes âgées placées en institutions.

Pour réaliser notre recherche, nous avons adopté un plan qui se divise en deux parties :

1. La partie théorique contient quatre chapitres :

Introduction

Pour commencer il convient de définir et de présenter la théorie de l'attachement, son évolution, ses fondateurs et les comportements d'attachement ainsi que la transmission de des styles d'attachement pour mieux comprendre le développement et la constitution de l'attachement chez un individu ; qui seront présenté dans le premier chapitre.

Nous avons consacré le deuxième chapitre aux différents changements organique et psychologique liés au vieillissement et à l'influence que ça en à sur la personnalité et les relations interpersonnel du sujet ainsi qu'à la santé mentale et aux différents mécanismes de défenses utilisés a cet âge.

Ensuite nous avons présenté dans le troisième chapitre les connaissances dont nous disposons sur l'attachement des personnes âgées pour une meilleure compréhension et connaissance de l'attachement chez les personnes âgées en étudiant l'attachement depuis la naissance jusqu'à la vieillesse.

Le quatrième et dernier chapitre de la partie théorique est consacré aux différentes institutions qui accueil les personnes âgées, les services proposés et leurs objectifs ainsi qu'à la présentation d'un type d'accueil qui est le foyer pour personnes âgées et/ou handicapées ou nous avons effectuée notre recherche.

2. La partie pratique :

Cette deuxième partie de notre recherche, est constitué de deux parties, la première est axée au cadre méthodologique de notre recherche où on a abordé le déroulement de notre pratique, présentation du lieu de recherche, la population de notre étude, la méthode appliquée, ainsi que les outils utilisés.

La seconde partie qui consiste à exposer les données et les résultats recueillies sur le terrain qui sont en rapport avec notre travail de recherche et puis à la discussion des hypothèses à travers les données recueillies et analysées.

Introduction

Enfin nous terminons par une conclusion générale de notre recherche et la liste bibliographique.

PARTIE
théorique

CHAPITRE I :
L'attachement tout au
long de la vie

« L'hérédité propose...le développement dispose »

(Medawar P, 1967)

Préambule

Comme le disait Winnicott ; un bébé seul n'existe pas. Dans des situations d'alarme, détresse et/ou de malaise, l'individu recherche une personne spécifique pour trouver un sentiment de sécurité. Notamment le bébé est biologiquement programmé pour rechercher une proximité d'une personne adulte, lorsqu'il est en situation de stress et d'alarme afin de trouver une réassurance.

Depuis la seconde moitié du XX^{ème} le concept d'attachement est considéré comme un concept clé en psychologie et en psychopathologie.

Pour comprendre le concept et la théorie de l'attachement et son importance, nous allons d'abord définir les concepts clés de l'attachement, puis présenter la théorie de l'attachement et ses fondateurs nous verrons les styles d'attachement et leurs développements tout au long de la vie et enfin la transmission des styles d'attachement.

I. La théorie de l'attachement :

1. Définitions de concepts et d'émotions de base de l'attachement

1.1. L'attachement

L'attachement est un ensemble de liens affectifs avec un être vital, c'est une notion introduite par John Bowlby (1959) en psychologie et reste une notion fondamentale de la théorie de l'attachement qu'il a développé pour objectif de décrire une tendance primaire et permanente à rechercher la compagnie d'un congénère particulier. (Tamisier J-C,2011, P 98)

1.2. Le besoin social primaire

Le besoin d'attachement du bébé à sa mère a été défini par Bowlby (1969), comme étant un besoin inné de contact social dans la mesure où il est nécessaire à la survie. (Barais A et Cupa D, 2008, P110)

Ce besoin est un besoin primaire au même titre que les autres, c'est-à-dire que la relation d'attachement qu'un enfant entretient avec son parent est aussi indispensable à son développement que le fait de s'alimenter. (Savar N, 2010, P18).

1.3. La figure d'attachement ou caregiver

La figure d'attachement est une personne vers laquelle se tourne un sujet en cas de détresse ou en situation d'alarme. (Guedeney N et Guedeney A, 2013, P 95)

Cette figure doit être disponible, à l'écoute des besoins de l'autre et sensible pour pouvoir lui procurer réassurance et sécurité. (Savar N, 2010, P18)

1.4. Les émotions

L'émotion est une réaction à un événement soudain, plus précisément; c'est une réaction soudaine de tout l'organisme généralement accompagnée d'un sentiment affectif, à une situation inattendue que l'individu établit pour arriver à un équilibre et pouvoir s'adapter à cette situation. (Guedeney N et Guedeney A, 2013, P60)

On peut distinguer deux types d'émotions; les émotions dites primaires ou universelles telle que la peur, la colère, la tristesse, le dégoût, la honte, la joie, la répulsion. Et des émotions dites secondaires ou sociales telle que la jalousie, la culpabilité et l'embarras. (Tamisier J-C, 2011, P322)

Même s'il existe des émotions collectives comme la peur et la panique lors d'un tremblement de terre, ceci n'empêche pas le fait qu'elle est essentiellement individuelle ; elle dépend de l'état actuel physique, mental, de la personnalité et de l'histoire personnelle de l'individu en réaction émotionnel face à un événement car celle-ci se manifeste par tout l'organisme avec des composantes physiologiques (le corps), mentale (l'esprit) et comportementale (actions). (Plotnik R, 2007, P 214)

La médecine psychosomatique a découvert que les émotions peuvent causer des désordres physiologiques temporaires ou laisser apparaître des lésions importantes lors d'un choc émotionnel violent, et a mis en évidence le rôle important des facteurs émotionnels dans de nombreuses affections comme l'asthme, l'eczéma et l'obésité. (Sillamy N, 2003)

Les émotions occupent une place fondamentale en psychologie, car elles sont étroitement liées aux motivations, aux besoins, et peuvent être à l'origine des troubles mentaux ou psychosomatiques. (Barais A et Cupa D, 2008)

Dans la théorie de l'attachement, Solomon et Georges (1999) nous rappellent que Bowlby dans ses premiers travaux a donné une place très secondaire à l'émotion, du fait que ce n'est pas les émotions qui activent le système d'attachement mais c'est les événements (comme la perte ou l'abandon de sa figure d'attachement) et les situations environnementales qui l'active (Guedeney N et Guedeney A, 2013)

Ce n'est qu'après la collaboration avec Ainsworth dans le but d'intégrer les théories cognitivo-comportementales, que Bowlby constate que l'émotion occupe une place capitale dans l'organisation et l'expression de l'attachement. (Guedeney N et Guedeney A, 2013, P13-14).

1.4.1. L'angoisse

L'angoisse est une sensation de peur devant un danger qui laisse l'individu impuissant de se défendre. Ce danger peut être extérieur et dans la plupart des cas, intérieur et inconnu (pulsion sexuelle insatisfaisante, deuil, sentiment d'abandon, etc.). (Tamisier J-C, 2011, P58-59)

Selon R. spitz la première manifestation de l'angoisse se produit chez le bébé vers l'âge de huit mois en l'absence de sa mère et à l'approche d'un étranger. (Tamisier J-C, 2011, P57)

L'angoisse est une émotion qui selon Bowlby (1973) se présente lorsque la disponibilité de la figure d'attachement est menacée ou absente.

Lorsque cette émotion se présente, elle se manifeste selon certains comportements d'attachement qui servent de moyens de communication pour alerter sa figure d'attachement et activer le système d'attachement dans le but de rétablir une proximité avec cette dernière. Par exemple, l'enfant en absence de sa figure d'attachement qui peut être sa mère ou son substitut maternel va pleurer (les pleurs ici sont considérés comme l'un des comportements d'attachement qui est un signal de communication) pour faire remarquer sa détresse et attirer sa figure d'attachement pour ensuite recevoir des réponses réconfortantes(qui peuvent être des soins).(Guedeny A et Guedeney N, 2013, P 13)

1.4.2. La peur

La peur est une émotion normale de l'organisme au même titre que peuvent l'être la joie ou la tristesse. Quoiqu'il en soit généralement c'est un sentiment éprouvé en présence ou à la pensée d'un danger réel ou supposé. (Andrée C, 2004)

Le contrôle de cette émotion aux premiers mois de la vie est très important pour le développement du bébé car l'exposition de celui-ci à une situation effrayante/dangereuse qu'elle soit interne ou environnementale est une menace pour sa survie physiologique ou psychologique.(Guedeney N et Guedeney A, 2013, P14).

1.4.3. La tristesse

Parfois le sujet, lors d'une rupture d'attachement, n'arrive pas à rétablir cette proximité du lien d'attachement. Le fait de réaliser que la figure d'attachement n'est plus présente et disponible malgré plusieurs tentatives de la rétablir, une émotion de tristesse survient et qui peut conduire au retrait et au désengagement de sa figure d'attachement à cause de la perte de confiance et de l'insécurité en cas de besoin de cette dernière. (Guedeneuy N et Guedeney A, 2013 P14)

2. Histoire et fondateurs de la théorie de l'attachement

2.1. John Bowlby

John Bowlby ; naît en 1907, psychiatre et psychanalyste, a vécu dans un environnement aisé mais manquait d'attention et d'affection.

Avant la guerre, il a travaillé sur la séparation, la perte et le deuil. En 1944, il a publié son étude sur « 44 voleurs, leur personnalité et leur famille » , c'était une étude sur les jeunes délinquants durant laquelle ou il a découvert que la cause des délinquances était dû à des carences de soins maternels, et que ces jeunes volent sans but avec une absence de concentration intellectuelle et une absence de réaction émotionnelle.(Guedeney A et Guedeney N, 2013, P3-5)

La seconde guerre mondiale, amène les psychiatres et ethnologues de cette périodes à s'intéresser aux liens mère-enfant et aux conséquences de séparations précoces, sachant que les premiers travaux sur la relation mère-enfant et

l'impact de leur séparation sont ceux du médecin et psychanalyste R.Spitz (1947) et des ethnologues. Bowlby, à cette période a fait une étude sur les effets de séparation chez les enfants séparés de leur famille durant la guerre, puis il a suivie une autre étude sur les effets de séparation en milieu hospitalier durant laquelle il évoque trois phases évolutionnistes de la séparation durable chez les jeunes enfants (protestation, désespoir et détachement). Il a même fait des observations dans des pouponnières pour améliorer les conditions d'accueil des jeunes enfants pour mieux les accompagner dans le processus de séparation et d'individuation. (Marty F, 2002, P42-47)

2.2. Mary Salter Ainsworth et la situation étrange

Mary Salter Ainsworth, psychologue canadienne, est née en 1913, a vécu dans un foyer stable mais émotionnellement troublé, elle a fait sa thèse en 1930 en se basant sur la théorie de la sécurité de William Batz, théorie qui permet à l'enfant de se sentir en sécurité et d'explorer le monde. Elle a donné un prolongement expérimental et une audience scientifique à la théorie de l'attachement. (Marty F, 2002, P47)

Après plusieurs recherches sur la séparation faites avec Bowlby, elle part en 1954 en Ouganda, où elle effectue des recherches sur la séparation des bébés avec leurs mères. Plus particulièrement sur la situation étrange (situation dans laquelle la mère n'est pas présente et disponible pour l'enfant, ce qui est une situation étrange pour lui) qui est le moment de séparation de la relation mère-enfant En 1967, elle publie un livre sur « l'enfance en Ouganda » dans lequel elle introduit le concept de base de sécurité. (Guedeney N et Guedeney A, 2013, P 5-6)

2.3. Mary Main et l'AAI

Mary Main, élève de Ainsworth, lance une recherche auprès de plusieurs enfants dès leurs naissances jusqu'à l'âge de six ans, dans laquelle elle étudie les réponses des enfants à la séparation.

Elle développe la situation étrange, et construit un nouvel instrument, Adulte Attachement Interview (AAI), qui permet d'interroger le niveau de repères par l'analyse du discours et le contenu pour ensuite classer les récits sur les expériences relationnelles et les représentations d'attachement selon les types de styles d'attachement. Ce sont les élèves de Main qui développent cet instrument afin qu'il puisse être utilisé auprès de différentes catégories d'âges. (Marty F, 2002, P49-54)

Depuis les années 1970 la théorie de l'attachement ne cesse d'évoluer, et fait partie intégrante de la psychologie du développement, de la psychopathologie et de la psychothérapie. Et suscite de plus en plus d'intérêt des professionnels de la protection de l'enfant en se référant à un modèle théorique. (Guedeney A et Guedeney N, 2013, P6-7)

3. La théorie de l'attachement

L'attachement est défini par Bowlby comme un équilibre entre les comportements d'attachement envers les figures parentales et les comportements d'exploration du milieu. (Bowlby J. 1978).

Il le décrit comme étant un lien affectif qui se manifeste par des comportements afin de chercher une personne qui lui sera disponible, à l'écoute et sécurisante pour ensuite maintenir une relation unique avec elle et explorer le monde qui l'entoure.

Dans la théorie de l'attachement, l'attachement est un lien entre un individu et une figure d'attachement ; c'est un lien basé sur le besoin de sécurité et de protection. (Glaser D et Prior V, 2010, P19)

Pour Bowlby, l'attachement est un besoin social primaire pour entrer en relation avec autrui et c'est un élément essentiel à la survie de l'être humain. (Savar N, 2010, P10)

Contrairement à Freud, qui soutient que les besoins primaires sont ceux du corps et que l'attachement de l'enfant n'est qu'une pulsion qui s'étaye sur le besoin primaire de nourriture, du fait qu'il s'attache à sa mère ou à son substitut maternel parce que elle satisfait ses besoins d'alimentation et de soins ; Bowlby, nous informe que la relation avec autrui est essentielle dès les premiers mois de la vie pour le bon développement de l'enfant, de plus la mère ou substitut maternel représente généralement une base de sécurité.

Néanmoins l'enfant à partir de sept mois utilise des comportements instinctifs comme signes de communication (pleurs, cris, sourire) pour attirer une figure d'attachement significative qu'il sélectionnera, avec laquelle il va établir une seule et unique relation. Ainsi il se sentira en sécurité, confiant et protégé, ce qui lui permettra de se construire au cours de son développement, de s'adapter et de s'autonomiser pour pouvoir explorer leur monde extérieur. Les premières relations de la vie vont influencer la façon dont le sujet va ensuite établir ses relations sociales pour le reste de sa vie. (Beeck M et Scofield G, 2011, P9)

4. Les systèmes d'attachement

Le système d'attachement rend compte du maintien de la proximité avec sa figure d'attachement en cas d'alarme ou de stress. (Guedeney A et Guedeney N, 2013, P 9-11)

Toute situation indiquant un danger ou entraînant un stress est considéré comme un élément activateur du système d'attachement. Ces éléments activateurs sont répartis en deux classes ; les facteurs internes (comme la fatigue, la douleur, etc.) et les facteurs externes liés à l'environnement (tout stimulus effrayant tel que la solitude, l'absence de la figure d'attachement, présence d'un étranger pour l'enfant, etc.).

Ce système d'attachement vise la protection et donc la survie de l'individu dans une perspective évolutionniste. (Glase D et Piriore V, 2010, P20)

Selon Srouf et Waters (1977) c'est un système permanent, actif tout au long de la vie, plus au moins stable lorsqu'il y'a un environnement fixe et seuls les comportements d'attachement dans ce cas peuvent changer en fonction du développement humain (par exemple un comportement d'attachement chez un bébé peut être des pleurs, par contre chez un adulte il peut être un appel téléphonique). (Guedeney A et Guedeney N, 2013, p 11)

4.1. Système motivationnel

L'attachement qui est un système motivationnel a pour objectif biologique la survie et pour objectif psychologique la sécurité de l'individu.

Le système motivationnel d'attachement a pour principal objectif d'établir une proximité physique et un réconfort avec la figure d'attachement. Le système motivationnel s'active et/ou se désactive par rapport au système rétrocontrôle qui est le fait des comportements biologiques sont programmés pour accomplir un but fixé à atteindre et/ou des fonctions adaptatives. Par exemple: un bébé qui pleure pour attirer sa figure d'attachement ou un bébé qui s'accroche à sa mère pour la retenir encore quelques instants avec lui). (Guedeney N et Guedeney A, 2013, P 9-P10)

4.2. Système exploratoire

Ce système est un deuxième système motivationnel et ce sont les signes comportementaux qui activent et/ou désactivent ces systèmes d'attachement.

Bowlby (1969) a particulièrement étudié celui-ci, grâce au système inné de l'exploration, qui est le fait que l'enfant développe des capacités et cherche à découvrir son environnement. Ceci dit, ce système est lié à la curiosité et à la volonté d'apprendre. Le bébé dès sa naissance est attiré par tout ce qui l'entoure, au cours de son développement, il essaye d'extraire des informations, les comprendre et de connaître son horizon. (Guimard Ph et Selllent C, 2014, P25-26)

Le système exploratoire se développe à partir de sept mois après la mise en place du système d'attachement et l'établissement du lien relationnel avec une figure d'attachement. Et ce n'est qu'après cela que l'enfant peut, selon Marvin et Britner (2008), tolérer un sentiment de distance en l'absence de sa mère ou de son substitut maternel (sa figure d'attachement) en gardant un sentiment de sécurité et de confiance et va développer un système d'exploitation qui lui permettra de développer ses capacités d'imitation, de locomotion et son processus cognitif pour mieux explorer son environnement pour ensuite développer son autonomie afin d'améliorer ses chances de survie. (Guedeney A et Guedeney N,2013, P11-12)

4.3. Système peur-angoisse

Le système d'angoisse correspond à la capacité de faire face et de s'adapter à toute situation nouvelle effrayante ou dangereuse. On peut dire qu'il s'agit de la manière que le sujet perçoit et réagit face à une situation alarmante. (Beata C, 2011, P94)

Le fait d'avoir peur de certains stimulus et d'y faire face constitue un avantage pour la survie, c'est-à-dire ici le sujet va essayer de mettre en place ses capacités pour pouvoir s'en sortir en l'absence de sa figure d'attachement et va développer son autonomie et compter sur soi même (la peur et le comportement d'attachement sont souvent activés simultanément pour faire face à un indice soudain et qui est perçu comme dangereux).

Bowlby (1973) décrit quelques situations et indices naturels qui ne sont pas vraiment dangereux mais qui signalent un risque de danger chez un enfant comme par exemple le noir et le bruit fort ; situation où l'enfant peut avoir peur ou être angoissé. L'enfant contribue à un contrôle quotidien de la qualité de son environnement qu'il peut trouver sécurisant ou effrayant par des stimulus environnementaux. (Guedeney A et Guedeney N, 2013, P 12)

5. Comportements et figure d'attachement

Ainsworth (1964) durant son étude auprès des enfants de la première enfance en Ouganda a découvert la situation étrange que vivent les bébés, qui est une situation de séparation avec leur porteur de soins.

Le comportement d'attachement est activé par un inconfort, lors d'une séparation (d'absence de porteurs de soins: la mère ou le substitut maternel) qui est une situation étrange, et ce comportement sera désactivé lorsque cet inconfort est soulagé. (Glaser D et Prior V, 2005, P21-22)

Donc le bébé, lors d'une situation étrange se retrouve mal à l'aise, alarmé et parfois même angoissé, il active son comportement d'attachement pour être soulagé, la personne qui a tendance à le soulager et à lui être disponible est celle qu'il va sélectionner en tant que sa figure d'attachement durant sa première enfance. (Marty F et All, 2002, P47)

Il existe deux types de comportement et le niveau d'activation du comportement dépend du niveau d'inconfort, de sa perception de la menace. On retrouve le comportement intense, l'enfant active ce comportement lorsqu'il est très alarmé et qu'il nécessite un contact physique avec sa figure d'attachement. Et le comportement faible est activé lorsque l'enfant exprime une légère peur ou inconfort et il peut être satisfait seulement en la présence de la figure sans qu'il y ait une proximité avec elle. (Idem)

6. Les styles d'attachement

Les différents styles d'attachement ont été conceptualisés, à partir des observations empiriques de M. Ainsworth (1978) portant sur la relation mère-enfant. Ainsi elle apporte à la théorie d'attachement un prolongement expérimental. L'auteur met donc en évidence trois catégories d'attachement à savoir l'attachement sécure, l'attachement insécure-évitant et l'attachement insécure-ambivalent.

M. Main, élève de M. Ainsworth, quelques années plus tard, ajoute un autre style d'attachement qui est celui de l'attachement désorganisé/désorienté.

6.1. L'attachement « Secure »

Dans ce style d'attachement le sujet a une relation avec sa figure d'attachement qui lui est disponible, cohérente, aimante, réceptive et sensible aux besoins de l'autre. (John O et Pervin L, 2005, P 129)

C'est un attachement établi dès la première année de la vie, où l'enfant demande beaucoup de proximité physique auprès de sa figure, et que celle-ci répond de façon constante en cas de signes de détresse ; ce qui favorise chez l'enfant l'autonomie et le développement d'un sentiment de base de sécurité et qui lui permettra l'exploration de son environnement. Ce type résulte d'une

disponibilité de la figure maternelle et surtout une sensibilité aux signaux de son enfant.

Le sujet Secure, en cas de séparation, peut manifester une détresse et rechercher un réconfort de la part de sa figure à ce moment, mais dès le retour et la présence de sa figure d'attachement, il se calme facilement et manifeste un plaisir en sa présence et se retrouve rassuré et reprend facilement son exploration.

Selon Waters et Cumming (2000), ce style d'attachement traduit une plus grande capacité d'autorégulation émotionnelle chez l'enfant, ainsi qu'une bonne exploratoire de l'environnement et une aisance sociale. De plus il favorise le développement d'un sentiment de sécurité dans les relations amoureuses.

6.2. L'attachement « insécure »

6.2.1 L'attachement « insécure-ambivalent »

Ceux qui développent un attachement insécure-ambivalent sont ceux qui ont une figure d'attachement incohérente et ambivalente, celle-ci peut se montrer autant ignorante que réceptive aux situations de détresses. Les comportements d'attachement après une séparation peuvent être accueillis avec enthousiasme parfois et avec de la colère d'autres fois ce qui décourage le sujet, qui n'arrive pas à déterminer ce qu'il faut faire pour faire plaisir à sa figure d'attachement, de ce fait, il conclut qu'elle ne mérite ni amour, ni affection et adopte une attitude ambivalente entre recherche de contact et résistance.

Le sujet ambivalent a des difficultés à se remettre après une angoisse de séparation avec sa figure d'attachement et à l'utiliser comme base de sécurité. Le manque de réassurance empêche le sujet d'explorer son environnement et limite son autonomie.

6.2.2. L'attachement « insécure-évitant »

Ce modèle d'attachement semble lié à une incohérence maternelle. Guedeney A et Guedeney N (2002) affirment que dans les premières interactions entre le bébé et sa figure d'attachement, celle-ci apparaît comme agressive et peu disponible pour répondre aux besoins de son enfant.

Au moment de la séparation, le sujet manifeste des comportements d'attachement pour attirer sa figure d'attachement. Quoique cette figure d'attachement, répond à ses comportements avec agressivité et rejet sans aucun soulagement. Alors le sujet témoigne de plus d'émotion ainsi que d'anxiété, et conclut qu'en montrant de la détresse, il n'a que des conséquences négatives et puis il masque cette situation de détresse et évite tout contact avec sa figure d'attachement en sa présence et en son absence. Ceci l'amène à désactiver le système d'attachement afin de mieux gérer cette situation et de séparation en se tournant vers l'exploration et développe une autonomie précoce comme stratégie de survie.

Les stratégies de ce modèle d'attachement prennent ainsi une valeur défensive et une fonction adaptative face à un environnement rejetant.

6.2.3. L'attachement désorganisé

Ce style a été développé par Main M et Salomon J(1986), c'est un style qui se développe chez les jeunes enfants ayant été victimes de maltraitance ou de violence de la part de leurs figures d'attachement. (Marty F, 2002, P 54)

Durant le jeune âge, l'enfant ne sait pas quoi faire puisqu'il ne se sent pas en sécurité ni lorsque sa figure d'attachement est loin, ni lorsqu'elle est proche. Les réponses de la figure d'attachement, suite aux comportements d'attachement, suscitent de l'effroi, sont parfois incompréhensibles. (John O et Pervin L, 2005, P128-129)

De même les comportements d'attachement sont généralement incomplets, non dirigés et confus sans stratégie cohérente, et à ce stade en résulte une image de soi non estimable. (Glaser D et Prior V, 2010, P 23)

7. Développement de l'attachement tout au long de la vie

D'après Ainsworth et All (1978) ; le développement de l'attachement commence par un attachement sélectif, c'est-à-dire une figure d'attachement se sélectionne et un style d'attachement se développe dans la première année de la vie en passant par plusieurs étapes qui sont les suivantes :

- **Phase 1 : Pré-attachement**

Dans cette première phase les signaux sont orientés mais sans discrimination d'une figure. (Guedeney A et Guedeney N, 2013, P 97)

C'est une phase (de la naissance à huit semaines) où le nourrisson va commencer à activer des comportements d'attachement comme le sourire, le babillage, les pleurs, qui ont pour intention d'attirer l'adulte. (Glaser D et Prior V, 2005, P23)

- **Phase 2 : Attention en cours**

Seconde phase dans laquelle les signes sont dirigés vers une ou plusieurs figures d'attachement. (Guedeney A et Guedeney N, 2013, P 98)

Elle se déroule entre huit semaines à six mois. Le développement permet au bébé d'avoir un contrôle psychomoteur, arrive à distinguer les adultes familiers et devient réactif envers ses parents/ substitut maternel qui lui apportent des soins. Donc ses comportements sont diversifiés par un contrôle de lui-même et sont dirigés vers une figure d'attachement discriminée. A cette phase, le bébé est dépendant de ses parents mais pas encore totalement attaché au point de sélectionner une figure d'attachement. (Glaser D et Prior V, 2005, P23)

- **Phase 3 : attachement bien définit**

Phase qui se déroule entre six à trois ans, dans laquelle se forme un attachement sélectif et franc par l'enfant. Ainsi les signes comportementaux peuvent être dirigés vers une ou plusieurs figures individualisées qui vont devenir ses figures d'attachement.

L'enfant, d'après les soins qu'il a reçu durant sa première année de vie, va établir un lien avec une figure d'attachement qu'il va sélectionner et en situation d'alarme il va manifester des comportements organisés. Après la marche l'enfant utilise sa figure d'attachement comme base de sécurité, essaye de s'autonomiser et d'explorer son horizon.

- **Phase 4 : Formation d'un partenariat corrigé quand au but**

Phase qui commence à partir de la troisième année, dans laquelle l'enfant va percevoir sa figure maternelle comme indépendante (le fait que sa figure le laisse explorer l'environnement sans garder une proximité physique), l'enfant commencera à établir des relations multiples avec les autres. Un attachement multiple se met en place (ce sont des relations d'attachement avec les pairs) dont un but est organisé (par exemple un attachement avec le père pour qu'en l'absence de sa mère (figure d'attachement sélectionnée), lui sera disponible en cas de stress ou de manque d'affection.). (Glaser D et Prior V, 2005, P24)

A cette phase, l'enfant développe des comportements corrigés quand au but, par exemple, l'enfant peut adapter des comportements à un but précis en tenant compte des signaux et intentions exprimés par les parents. Au fur et à mesure, que l'enfant s'autonomise, se sent en sécurité avec une confiance en soi, il se retrouve moins effrayé et stressé au cours de son développement. De ce fait, le comportement d'attachement est moins fréquent et moins urgent après un certain âge. (Guedeney A et Guedeney N, 2013, P98-99)

Ces phases de développement d'attachement et la présence de la sécurité d'attachement favorisent un certain développement harmonieux. Le maintien de ces relations d'attachement est très important pour que l'enfant puisse s'autonomiser et explorer le monde qui l'entoure et de faire face aux différents défis de cette période de vie.(Guedeney A et Guedeney N, 2013, P110)

A l'adolescence, il y'a beaucoup de liens avec les pairs qui se forment. **A l'âge adulte**, le lien et le comportement d'attachement sont dirigés vers le partenaire ou les amis intimes.

Pour **les personnes âgées**, le comportement d'attachement qui était dirigé du plus jeune au plus âgé ; va se changer et va se diriger des plus âgés aux plus jeunes (par exemple des parents vers leurs enfants adultes). (Glaser D et Prior V, 2005, P24)

Comme la première relation d'attachement se construisent entre bébé et ceux qui l'élève, l'être humain construit des relations d'attachement tout au long de la vie.

Le contenu de cette présente partie n'est qu'une récapitulation des études, recherches et écrits des fondateurs de la théorie de l'attachement, et cela va nous servir comme support pour notre recherche, afin de connaître l'importance des liens relationnels et affectifs et de mieux comprendre le développement des styles d'attachement depuis la première enfance a l'âge de la vieillesse.

Nous pouvons conclure que la fonction d'attachement contribue à la survie de l'individu, elle comporte une dimension développementale. Et elle offre des perspectives prometteuses sur la compréhension de la genèse du comportement social et antisocial.

« Les représentations d'attachement sont activés depuis le berceau jusqu'à la tombe » (Bowlby ,1980)

II. Attachement et personnes âgées :

Loin de se limiter au jeune enfant, l'attachement est un besoin chez tout être humain, ce besoin d'attachement s'observe dans la recherche d'un réconfort et de sécurité chez un partenaire, un ami, un enfant adulte ; quelqu'un qui serait une figure d'attachement.

L'attachement au cours du vieillissement se manifeste au moment de stress ou de peur, au moment de manque d'affection, ou lorsque la personne âgée est vulnérable et/ou éprouve un besoin d'un support social.

A partir des années 1980, de très nombreuses études vont se développer autour de la théorie ; l'une des études de recherches concerne notamment l'attachement chez l'adulte et la personne âgée.

Ce n'est qu'à partir des années 1990 que des chercheurs se sont intéressés à l'attachement chez la personne âgée pour nous éclaircir sur cette période ; sachant que la vieillesse s'accompagne d'une augmentation de la vulnérabilité personnelle ou encore du risque de séparation et de perte de proches. Mary Main élève de M.Ainsworth, fut l'une des pionnières à avoir étudié l'attachement chez l'adulte, et à développer l'AAI (Adult Attachment Interview) qui est une échelle de mesure de l'attachement chez l'adulte âgé.

Après avoir défini l'attachement et expliqué la théorie de l'attachement, et après avoir présenté les styles d'attachement, les modèles internes opérants, les comportements et les figures d'attachement dans le premier chapitre dans lequel nous avons parlé de l'attachement en général.

Nous allons voir dans cette présente partie le développement des modèles internes opérants, le changement des figures d'attachement et les styles

d'attachement au cours du vieillissement ainsi que les facteurs qui peuvent nuire à l'attachement, et enfin nous allons aborder quelques pathologies qui résultent qui ont un lien avec l'attachement.

1. Attachement et vieillissement

Dès 1995, Wrigh et Coll ; notent que la perte de la capacité à s'assurer soi-même est fréquemment accompagnée d'un sentiment croissant de crainte, de vulnérabilité et d'insécurité chez le sujet âgé. (Guedeney A et Guedeney N, 2013)

Les besoins d'attachement se différencient par rapport à l'âge, par exemple au jeune âge l'enfant a un besoin d'attachement et la présence de sa figure d'attachement pour s'autonomiser, et explorer le monde qui l'entoure, au cours du vieillissement on retrouve de nouveaux besoins d'attachement qui sont considérés selon Shaver et Mikulincer (2004) comme l'expression d'une régression par des comportements d'attachement afin de retrouver un sentiment de sécurité et de s'adapter à cette étape de la vie. (Ibid)

Durant la vieillesse, le contexte d'impuissance plus au moins relative liée à la dépendance et aux limitations physiques ; active le système d'attachement chez le sujet âgé, et les comportements s'activent aussi pour la recherche de proximité destinée à trouver ou à maintenir la proximité et/ou la disponibilité de ses figures d'attachement.

Bradeley et Caferty (2001) nous parlent de la différence qu'il y'a entre la dépendance du sujet et la croyance que garde ce sujet en la disponibilité des autres pour lui fournir soutien et assistance en cas de besoin. (Ibid)

Le vieillissement amène des changements physiques et sociaux qui sont susceptibles de modifier les styles d'attachement et de réveiller de nouveaux besoins de sécurité.

2. Styles d'attachement et personnes âgées

Au cours de la vieillesse le sujet âgé a un sentiment de peur et d'insécurité en perdant son autonomie suite aux modifications physiques et psychopathologiques ce qui amène à réveiller de nouvelles figures d'attachement afin qu'ils répondent à ses besoins par rapport à leurs styles d'attachement développés à l'âge adulte.

2.1. Le style d'attachement « autonome »

C'est le style d'attachement sécurisé durant l'enfance qui se traduit par un type d'attachement autonome au cours du vieillissement.

Le sujet autonome est décrit par Hazan et Shaver (1987) comme une personne qui est à l'aise à l'idée de se rapprocher des autres et n'éprouve pas de difficultés à se laisser soutenir par les autres en cas de besoin. (Guedeney A et Guedeney N, 2009)

La personne ayant ce style d'attachement s'engage avec aisance dans une relation et a confiance en son partenaire (elle a un modèle interne opérant positif à partir des relations et des expériences vécues, de ce fait, on retrouve chez une telle personne un modèle de soi et des autres positif), elle tend à adopter une vision positive d'elle même, de son partenaire et de ses relations qu'elle établit. (Guedeney N, 2010)

Ce sont des personnes qui décrivent leurs relations amoureuses comme étant plus heureuses et amicales par rapport aux autres styles d'attachement. Elles n'ont aucunes difficultés à devenir intime et à faire confiance à leurs partenaires et elles accordent de l'importance aux réalités affectives et aux relations interpersonnelles.

2.2. Le style d'attachement « détaché »

C'est le style d'attachement « insécurisé-évitant » qui se traduit au cours du vieillissement par un style d'attachement « détaché ».

Les personnes ayant ce type d'attachement sont ceux qui se montrent non sensible aux sentiments d'attachement et n'ayant pas besoin de relations proches ou de soutiens. Elles n'arrivent pas à être proches des autres et n'apprécient également pas que l'on devienne trop intime avec elles. Elles expriment une distance émotionnelle et qui manquent de confiance envers les autres et elles affirment ne pas avoir besoin d'autrui ; elles dénie le besoin d'attachement et tendent de fuir leur intimité et à faire taire leurs sentiments pour ne pas être rejetés par les autres. (Corpataux N, 2006)

La personne se décrit comme inconfortable dans une relation intime et profonde ainsi qu'anxieuse dans des situations de rapprochement.

Selon Hazan et Shaver (1987) la personne détachée perçoit la relation avec autrui comme une proximité menaçante, car elle risque d'éveiller la peur d'être rejeté par la personne significative. (Guedeney A et Guedeney N, 2009)

Ces personnes considèrent qu'elles n'ont pas besoin des autres et préfèrent garder leur indépendance, car elles ont une confiance en soi mais pas en les autres, ce qui fait réagir une certaine distance et un évitement dans les relations intimes (ici la personne détachée a eu un modèle interne opérant de soi positif et négatif des autres).

2.3. Le style d'attachement « préoccupé »

Au cours du vieillissement le style d'attachement « insécurisé-ambivalent » se traduit par un style d'attachement « préoccupé », et marqué par la recherche constante d'un contact avec le partenaire amoureux et par une réactivité

émotionnelle intense , mais aussi par un faible niveau d'autonomie marqué par la peur d'être abandonnée.

Ce sont des personnes qui éprouvent un sentiment de détresse et d'ambivalence par rapport à leurs relations amoureuse. Elles ont un grand besoin de s'accrocher à l'autre et se montrent excessivement dépendantes.

Ce type d'individu témoigne d'une faible confiance en soi et démontre une forte dépendance vis-à-vis d'autrui pour juger leur propre estime ; il recherche une relation proche mais voit qu'ils ne méritent pas l'amour d'autrui par ce qu'ils ont un modèle de soi négatif et de l'autre positif.

Selon Feeney et Noller(1990) ces personnes ont tendance à idéaliser leurs partenaires et elles doutent d'elles même et se sentent sous estimées, incomprises et inappréciées.

2.4. Le style d'attachement « désorganisé-désorienté »

Les individus ayant un style désorganisé sont ceux qui ont une image défavorable de soi et des autres. L'individu dans ce cas là pense qu'il ne peut pas être aimé et perçoit les autres comme rejetant. (Guedeney N, 2010)

Dans les relations interpersonnelles, ils ont tendance à se méfier de leurs partenaire et se voient eux même comme indignes de confiance.

Ils ont tendance à présenter des attitudes contradictoires ou incompréhensibles, ils n'ont pas de stratégie d'attachement organisée c'est-à-dire ils n'ont pas de comportements d'attachement organisés pour attirer une figure qui se trouve indisponible et incohérente ; ce qui est un facteur de risque pour le développement personnel et social de l'individu.

A cet âge, lorsque le conflit d'autonomie et de dépendance commence à apparaître ; il éveille un combat intérieur chez le sujet âgé de type approche et

évitement, dans ce cas les sujets qui sont trop demandeurs de soins et de réassurance de leurs figures d'attachement, peuvent donner envie à ces dernières de s'éloigner. (Bonnet M, 2012)

Les sujets avec un attachement anxieux se plaignent beaucoup, ils sont exigeants et émotionnellement en colère et se trouvent autour d'un cercle vicieux de demande mais aussi d'éloignement. Et les sujets qui sont évitant sont ceux qui cherchent moins d'aide. (Corpataux N, 2006)

3. Les figures d'attachement et personnes âgées

Le lien d'attachement est un lien unique qui relie un individu à une personne significative vers laquelle il dirige son attention, il peut s'agir de la mère chez l'enfant et de l'enfant adulte chez la personne âgée qui prodigue des soins et qui est capable d'établir une relation durable. Bowlby a introduit la possibilité de retrouver un attachement multiples c'est-à-dire la personne âgée pourrait avoir plusieurs figures d'attachement car celles-ci se différencient tout au long du développement. (Guedeney A et Guedeney N, 2009)

En vieillissant les sujets gardent un noyau de figure d'attachement qui est généralement recruté de l'entourage familial mais en cas d'absence du conjoint, la personne âgée maintenant va diriger son comportement d'attachement vers les jeunes et non pas vers les plus âgés (comme par exemple la fratrie, les enfants ou les amis) sinon ces sujets se choisissent d'autres figures qui leur permettront de se sentir en sécurité et qui leur permettent d'être indépendant et /ou moins anxieux. (Ibid)

Cicirelli(1993), a décrit l'attachement symbolique par l'utilisation d'un mécanisme qui représente une stratégie adaptative utilisée lors de l'absence continue de sa figure d'attachement dans le but de trouver cette sécurité, ce soutien et réconfort qu'il trouvait en auparavant (exemple en cas de perte de

conjoint le sujet va utiliser le mécanisme de déni en se disant qu'il n'a plus besoin d'aide ou de relations proches à son âge).

Kirkpatrick (1999), s'inspire des études qui ont été faites sur les croyances religieuses chez la personne âgée et formule l'hypothèse que dans certaines religions Dieu peut servir de figure d'attachement qui est proposée par la religion au fait qu'après la mort il y'a une deuxième vie meilleure. Le croyant ici considère la relation avec Dieu comme une base de sécurité et de réconfort et en cas de perte, d'angoisse ou d'alarme il se tourne vers Dieu. (Guedeney A et Guedeney N, 2009)

Suite à l'étude sur le réseau des figures d'attachement faite par Antonucci et coll en 2004, on constate qu'il existe un réseau de figure hiérarchiquement organisé ; le sujet se penche sur le partenaire s'il est encore en vie, sinon vers quelqu'un de la famille (fratrie, enfants) puis les amis. (Ibid)

Cookman (2005), évoque une autre stratégie adaptative du cadre matériel qui facilite l'évocation des figures d'attachement disparues c'est-à-dire la personne âgée pour trouver une sécurité et une réassurance peut s'attacher à des objets, endroits ou animaux qui lui sont précieux au lieu de s'attacher à des personnes. (Guedeney A et Guedeney N, 2009) (Ibid)

4. Les modèles internes opérants

Bowlby a emprunté au psychologue britannique ; Kenneth Raik (1943) le modèle interne opérant, modèle qui désigne les modèles mentaux qui se forment dès le jeune âge. C'est un modèle qui formerait une représentation de soi comme étant plus au moins digne d'être aimé et un modèle d'autrui qui est sa perception des autres (qui sont attentifs et sensibles à ses besoins).

On connaît une dimension positive de ces MIO où une figure d'attachement est disponible, fiable, entraîne une sensation de sécurité chez un

enfant et lui permet de s'autonomiser, de découvrir son environnement et facilite la résolution des problèmes, tout en vivant avec une meilleure estime de soi et d'entretenir à l'avenir de meilleures relations avec les pairs. (C'est d'avoir une représentation sur soi même à partir de sa figure d'attachement et cette dernière qui sera une représentation de l'autre, par exemple le fait de recevoir de l'amour, l'affectivité de sa figure entraîne une meilleure estime en soi et de la confiance en soi ce qui est un MIO avec lequel l'enfant développe et entretient d'autres relations). (Gillian S et All, 2006)

Et une autre négative, dans la quelle on retrouve une figure d'attachement absente ou inadéquate durant la première enfance, l'enfant pourra voir le monde dangereux et menaçant, et se considérer comme indigne d'amour et sans valeur. Et à long terme les enfants avec un attachement insécure rencontrent des problèmes au niveau émotionnel, social et cognitif. (Guedeney N, 2010, P 29)

Bowlby s'intéresse aux travaux de Piaget (1947) sur la permanence de l'objet, pour déterminer l'âge auquel ces modèles se mettent en place.

Il a révélé qu'avant l'âge de cinq mois, la disparition de l'objet (qui est la figure d'attachement) n'est pas perçue, ne la cherche pas et ne la reconnaît pas après son retour. Par contre au-delà de six mois, l'enfant commence à rechercher son objet en cas d'absence ; ceci dit, se forme une représentation élémentaire de l'objet (par exemple on peut observer chez un bébé préférer sa mère qui est protectrice plutôt que n'importe qui d'autre et en son absence commence à la chercher). (Guedeney N et Guedeney A, 2013)

En 1973, Bowlby s'est inspiré des notions d'accomplissement et d'assimilation introduite par Piaget ; il a étudié le développement des MOI et a découvert que les MIO ; que l'individu s'est constitués aux contacts de ses première figures d'attachement sont ceux qui le guide durant les nouvelles relations, et que cet individu aura tendance a percevoir les événements

relationnels à travers ceux qu'il a déjà connus plutôt que de prendre toutes les nouvelles données qui se présentent à lui. En effet, les MIO s'accommodent aux interactions vécues, et que les nouvelles expériences sont assimilées aux modèles existants. Les M.I.O ; représentations mentales, conscientes et inconscientes du monde extérieur, d'autrui et de soi et qui entrevoit le futur, est un modèle qui change très rarement sauf en cas de deuil ou d'adoption (lorsqu'il ya un changement total), à part ça il reste le même tout au long de la vie. (Bonnet M, 2012)

Les comportements d'attachement se manifestent lorsque le sentiment de sécurité est menacé, ces comportements font attirer une figure d'attachement avec laquelle le sujet va tisser un lien d'attachement dans l'objectif de retrouver une réassurance et vivre sa vie sans avoir peur et pouvoir s'autonomiser ainsi que de découvrir le monde qui l'entoure. (Blaise P, 2003)

Le lien d'attachement qui s'établit durant l'enfance est très important pour le devenir relationnel et personnel de la personne, car ce lien détermine grandement les comportements sociaux. (Gillian S, Mary B, 2011, P 23)

La personne âgée à partir de son histoire et expériences relationnelles a développé un modèle interne opérant qui servira de représentations pour toutes les relations futures.

Le lien d'attachement tissé précocement avec la figure d'attachement (lien établi avec la personne qui procure de la sécurité, qui est toujours disponible, et prodigue des soins) est essentiel pour le bien être et la sociabilité de la personne âgée.

Le modèle interne opérant existant à l'âge de la vieillesse permet de dégager des représentations d'attachement qui vont orienter les comportements d'une personne âgée. (Corpataux N,2006)

La personne âgée à partir de ses expériences relationnelles, et ses figures d'attachement d'attachement va créer un modèle de perception de soi et un modèle des autres.

Bowlby (1973) conçoit l'attachement comme un processus progressif, par contre après l'âge adulte les modèles d'attachement sont de plus en plus rigides et résistants aux changements.

Le modèle de soi est formé par la manière dont le sujet se perçoit et notamment sa capacité à être aimé et à maintenir cet amour. Le modèle des autres est déterminé par la manière dont le sujet les perçoit et leurs capacités à être disponible, attentif et sensible à ses besoins. (Savard N, 2010)

Au cours du vieillissement, l'individu a développé son propre système de présentations des liens et des relations d'attachement ; ce model va le guider dans sa manière d'être avec les autres et la manière de percevoir les relations interpersonnelles en fonction de ce qu'il a vécu toute sa vie. Ceci dit une fois son MIO est mis en place, la personne aura tendance à percevoir les événements à travers le filtre de ceux qu'elle a déjà vécue. (Guedeney A et Guedeney N, 2013)

5. Les facteurs nuisibles de l'attachement

5.1. Facteurs de santé

La maladie peut avoir un impact sur les relations d'attachement. La douleur et les malaises associés peuvent être difficiles à consoler. La maladie peut donc avoir des effets négatifs sur la relation d'attachement, puisqu'il peut être difficile, voir impossible de soulager la douleur. Certaines maladies peuvent nécessiter des soins en milieu hospitalier où le sujet sera séparé de ses responsables/donneurs de soins. ; il s'agit là d'une expérience pénible surtout pour un enfant puisqu'il vit une rupture d'avec le milieu sécuritaire et prévisible

qu'offrent ses parents/responsables. Les figures d'attachement peuvent alléger le stress chez ce sujet malade en lui rendant visite fréquemment à l'hôpital. On peut aussi compter sur le personnel hospitalier pour prodiguer des soins et de l'affection. (Bonnet M, 2012)

5.2. Facteurs environnementaux

Des facteurs relatifs aux milieux dans lesquels évolue une personne (comme l'entourage familial, le milieu de travail) peuvent influencer la relation d'attachement. Ainsi, une situation éprouvante à la maison (par exemple ; deuil, divorce, abus, consommation de drogues) risque de nuire aux interactions et à la confiance établit durant la relation d'attachement, et aussi on peut voir un changement dans les modèles internes opérants (représentations mentales à-propos des relations d'après les expériences vécues). (Pior V et Glaser D, 2006)

Les personnes âgées qui traversent des épreuves peuvent avoir du mal à trouver un environnement sécuritaire et prévisible aux enfants. Le stress personnel des figures d'attachement peut induire des sentiments dépressifs, dérégler les interactions familiales et nuire à la qualité de l'attention accordée aux autres. Un attachement sécurisant prédispose une santé émotionnelle, une image de soi positive et à une aptitude à transmettre de l'affection et de l'empathie.

En revanche, un sujet dont les relations ne sont pas sécurisantes n'a pas l'impression de pouvoir compter sur ses figures d'attachement ni d'avoir le contrôle sur son milieu. Cela peut mener le sujet à des sentiments de confusion et de méfiance, puisqu'il ne retrouve pas les règles ni les limites dont il a besoin. Il n'apprend pas non plus les conséquences de ses gestes. C'est grâce à la sécurité et à la stabilité de son milieu qu'un sujet se sent capable d'explorer et de découvrir le monde.

5.3. Facteurs culturels

5.3.1. Immigration

La question de l'attachement est d'apparition récente dans la littérature est sur l'immigration, ce phénomène de migration est considéré comme une rupture vis-à-vis de la famille (relations interpersonnelles), ainsi qu'un déracinement avec le pays d'origine entraînant une situation de stress qui peut être un stress d'acculturation qui résulte, selon une perspective attachementiste, non seulement d'une séparation mais aussi une perte de repères culturels, d'un statut social et des relations interpersonnelles, et de la proximité familiale. Cette rupture dans le lien d'attachement peut être une menace pour le sentiment de sécurité, et modifier les représentations des modèles internes opérants ainsi que le changement des figures d'attachement. (Guedeney A et Guedeney N, 2009)

N.Guédeney et All disent après leurs recherches que les immigrants néerlandais, de type sécure, apparaissent mieux « équipés » psychologiquement que les ambivalents (préoccupés et craintifs) pour faire face à l'immigration. Ils disent aussi qu'ils sont plus aptes à entretenir des relations interpersonnelles avec les membres de la culture d'accueil que les détachés. La base de sécurité existante chez les étudiants internationaux, les aidera à faire face au stress d'acculturation, et à s'adapter au mieux au nouvel environnement. (Ibid)

6. Attachement et problèmes de socialisation

Depuis quelques années déjà, les recherches cliniques font état des liens entre l'attachement précoce à la figure maternelle et les problèmes de socialisation. Dès 1954, Bowlby soulevait les liens entre les séparations précoces prolongées et les comportements agressifs et la délinquance. En 1969, Bowlby constate, à partir d'études menées sur divers échantillons

psychiatriques, que deux syndromes psychiatriques (la personnalité psychotique et la dépression) accompagnés de deux sortes de symptômes (la délinquance persistante et la propension au suicide), sont associés à de fréquentes ruptures de liens affectifs durant l'enfance. (Blaise P, 2003)

Selon Goldberg (1990) les troubles de conduite se trouvent souvent associés à un attachement de type non sécurisant ou désorganisé. Plusieurs autres études appuient l'hypothèse d'une relation entre la qualité de l'attachement en bas âge et les problèmes des comportements extériorisés envers les autres. On peut donc comprendre qu'après quelques années, (en raison des problèmes de socialisation développés) qui devient le principal obstacle à l'élaboration d'un projet de vie social. (Gillian S et All, 2006)

Tel le décrit Steinhauer (1996) les personnes ayant un style d'attachement insécurisé, ont de plus en plus de difficultés à maintenir leurs relations avec les autres c'est-à-dire ces personnes se développent tout en accumulant des ruptures sociale. (Ibid)

7. Attachement et psychopathologie

L'attachement est défini comme un lien affectif présent au début de la vie dans jusqu'à la fin et de trouver en ce lien une base de sécurité. La fonction de l'attachement contribue à la survie de l'individu dans le but de se protéger, faciliter le développement des compétences personnelles et de fournir une base de sécurité qui lui permettra d'explorer le monde et d'affronter les challenges et les conflits de la vie.

En constant développement, les relations avec les autres se modifient et se perturbent ce qui peut entraîner des conséquences à tous les âges de la vie.

On peut trouver un lien entre l'attachement et certain troubles pathologique par exemple :

7.1. La dépression et les conduites suicidaires

Le lien entre l'attachement et la dépression est qu'une personne ayant vécu une perte précoce de lien d'attachement avec sa figure plus une carence de soins va devenir vulnérable dans les moments difficiles de sa vie et peut développer une dépression. (Lôo H et Gallard Th, 2000)

Dans le cas où l'individu ne perçoit pas sa base de sécurité présente et disponible pour le rassurer et le réconforter, et qu'il a établi auparavant un modèle de soi et des autres négatif d'après ses expériences relationnelles ; peut se retrouver avec une estime de soi faible et n'a plus confiance en soi, et lors d'une situation de séparation avec une nouvelle figure ou à un conflit non résolu cet individu peut avoir un comportement suicidaire qui est un comportement d'expression d'une colère et d'une détresse ; c'est une réponse à une incapacité à atteindre un sentiment de sécurité suffisant. (Délage M, 2013)

7.2. Agoraphobie

Chez les enfants c'est la phobie scolaire en relation avec l'attachement dans le sens où l'enfant se sépare de sa figure d'attachement (c'est une forme d'anxiété de séparation) et qu'il a peur qu'il arrive quelque chose à ses parents ou à lui-même. (Gillial S et All, 2006)

À l'âge adulte on retrouve la phobie sociale ; qui est généralement causée par les expériences d'attachement traumatiques ou à un attachement insécurisé.

7.3. Les troubles réactionnels de l'attachement

Ces troubles peuvent toucher les bébés, les enfants, les adolescents et les adultes âgés.

Ce trouble est causé par un manque d'affection durant le jeune âge. Dans la plus part des cas les personnes ayant ce trouble rejettent toute relation sociale et ne cherchent pas à communiquer avec les autres. (Guedeney N, 2010)

Ce comportement peut engendrer deux types de comportements :

-Un comportement d'inhibition : c'est le fait de s'isoler, refuser tous lien d'attachement avec autrui et avec très peu d'engagement.

-Un comportement de dés-inhibition : c'est le fait de manifester un besoin d'affection intense auprès de tous ceux avec qui il s'engage.

Il n'existe pas de traitement pour les troubles d'attachement, la psychothérapie est indiquée pour corrigée toute mauvaises programmations mentales à l' origine de ce trouble ; une thérapie cognitivo-comportementale pourra aider le patient à changer sa perception négatif des autres et de soi par apport aux relations et adopter des nouveaux comportements face aux autres. (Pior V et Glaser D, 2006)

7.4. Démence et attachement

Au cours des années 2000 beaucoup de recherches ont été faite auprès des personnes atteintes de démences ; processus qui est caractérisé par des expériences de pertes et de séparations. (Guedeney A et Guedeney N, 2009)

Même au cours de la vieillesse les comportements d'attachement s'activent aux sentiments de sécurité car ce besoin et celui de la survie reste toujours des besoins primaires et se retrouvent plus attachés aux personnes qui prennent soins d'eux. Le fait de pleurer est un comportement net d'attachement qui aide à retrouver réassurance auprès des familles et/ou de son entourage.

Lorsque la démence est progressant le sujet dément est moins social, ses figures d'attachement deviennent étranges, ne retrouve pas sécurité et bien être car le sujet dément ne traite pas les émotions de manière consciente.

L'atteinte mnésique de la démence et les besoins d'attachement se conjuguèrent pour expliquer l'apparition du phénomène de fixation maternel plus que paternelle considéré comme un équivalent de comportement de recherche de proximité. (Guedeney A et Guedeney N, 2009)

Le sujet dément a des souvenirs qui se réactivent et parfois même croit que ses parents sont toujours en vie, alors y'a une figure précoce d'attachement qui permet de redonner un sentiment de sécurité émotionnelle

Le style d'attachement que le sujet dément avait durant son enfance semble avoir un impact sur la manière dont il exprime ses émotions et réagit face à une personne qui lui est familiale ; les personnes sécurisées expriment plus de joie que les évitantes, alors que les sujets avec un attachement ambivalent montrent plus d'anxiété et une dépression et ils montrent plus de symptômes paranoïaques. Les déments insécurisés ont un comportement d'attachement évitant et ont plus de problèmes de comportement que les sécurisés. (Ibid)

Conclusion

La théorie de l'attachement considère la tendance à établir des liens affectifs comme un élément essentiel à la survie humaine. Selon Bowlby (1969), dès le jeune âge l'être humain développe un style d'attachement particulier en fonction de l'attitude de ses figures d'attachement. Il prétend que ce lien d'attachement en devenant intériorisé, servirait par la suite de modèle à toutes les relations intimes et sociales de l'individu.

La théorie de l'attachement nous a permis de comprendre l'activation des comportements d'attachement chez un sujet âgé autonome ou dépendant. Ce que nous avons rapporté de ce chapitre n'est qu'une recension des écrits faits sur l'attachement chez les sujets âgés.

Nous avons tenté de différencier les styles d'attachement des personnes âgées, de plus nous avons évoqué les facteurs qui peuvent changer un style d'attachement développé au cours de l'enfance.

On peut conclure que la théorie d'attachement permet à la fois la compréhension des comportements chez les personnes âgées et leurs représentations et une explication quelques pathologie.

*Chapitre II : les
personnes âgées*

« Vous ne pouvez choisir la façon dont vous allez mourir. Ni le moment. Vous pouvez seulement décider comment vous allez vivre. Maintenant »

(Jean Baez)

Préambule

La vieillesse est la dernière étape des âges de la vie qui arrive brusquement, considérée selon Feillet (2002) comme une agression et une violence faite au corps, et comme un processus lent et progressif entraînant des changements physique et mentaux auxquels la personne doit s'adapter. C'est l'âge où on peut observer un adulte en bonne santé qui se transforme en individu fragile et vulnérable.

Auparavant la population âgée a été négligé et peu considérée, mais ces dernières années plusieurs disciplines (comme la psycho-gérontologie) ont commencé à faire des études longitudinale et transversale pour mieux comprendre le fonctionnement, les sentiments et les émotions des personnes âgées dans le but de les soutenir et de les aider à continuer leurs dernières années dans de meilleures conditions.

La vieillesse n'est pas une maladie mais un développement sous forme de régression accompagné d'un ensemble de transformations au niveau organique, psychologique et entraînant des maladies mentales et physiques que nous allons présenter dans ce chapitre pour mieux comprendre les effets que subissent les individus à l'âge de la vieillesse.

I. Le vieillissement :

1. Définitions

1.1 le vieillissement

Le vieillissement se caractérise par un fléchissement de la vitalité, des modifications organiques, déshydratation des tissus, ralentissement des

fonctions cognitives, et limite progressivement les capacités d'adaptation. En ce sens le vieillissement offre apparemment l'image inversée du développement suite à la régression contrairement à l'évolution comme elle a été décrite. (Grand Dictionnaire de la Psychologie, 2014)

Du point de vue sociologique, le vieillissement est un processus qui concerne toute la société, le processus de vieillissement est différentiel selon les groupes sociaux, les sociétés et les générations successives. (Seuil R, 1999).

1.2. la vieillesse

La vieillesse : période de l'âge humaine qui correspond à l'aboutissement de la sénescence. Le terme s'oppose parfois à celui de sénilité, qui serait l'aspect pathologique, mais, toutefois, on doit reconnaître que l'extrême vieillesse ne se distingue pas de cette dernière. N'empêche qu'elle survient et s'aggrave plus au moins vite chez certains individus. (Dictionnaire fondamentale de psychologie, 2002).

A une certaine époque on parlait de sagesse et d'expériences lorsqu'on parlait de vieillesse. De nos jours la vieillesse, du point de vue sociologique et juridique est l'âge de la retraite, du point de vue médical ou gérontologique on parle de dépendance et de politique de soins. Dans les pays occidentaux, la vieillesse correspond à la baisse de fécondité et à l'allongement de l'espérance de vie. (Colin A, 2012).

2. Les effets du vieillissement sur le plan organique

2.1. Les effets du vieillissement sur la structure organique

A l'âge avancé des changements se font au niveau cellulaire et au niveau de la répartition des composantes corporelles.

Ces changements peuvent non seulement modifier le fonctionnement de l'organisme mais aussi l'apparence corporelle d'une personne.

2.2. Effets du vieillissement sur le système nerveux central

Le système nerveux central est l'ensemble qui forme le cerveau, le tronc cérébral et la moelle épinière.

Le cerveau humain qui est l'organisateur qui fait fonctionner tout le corps connaît une diminution du poids engendrant la mort des cellules nerveuses, et une dégénérescence des axones à cet âge.

On retrouve d'autres modifications du système nerveux central, telle que les modifications neuro pathologique, neurobiologique parmi lesquelles il faut principalement mentionner la diminution de nombre de neurones corticaux, la diminution de certains neurotransmetteurs (en particulier l'acétylcholine) et la raréfaction de la substance blanche.

En outre le vieillissement se manifeste par une baisse de la sensibilité des récepteurs de soif qui implique la diminution des sensations et il s'accompagne d'une réduction et d'une destruction du sommeil.

Toutes ces modifications entraînent une fragilité cérébrale de la personne âgée vis-à-vis des agressions surtout sous la forme de confusion mentale.

2.3. Effets du vieillissement sur les organes de sens

Le vieillissement a de profondes conséquences sur les différents sens.

• **La vision** : on retrouve les yeux qui perdent graduellement leur capacité de localiser les objets très éloignés ou très rapprochés. La fréquence des cataractes augmente avec l'âge ce qui est causé par le jaunissement ou décoloration de la cornée, ce qui:

- Réduit la qualité de lumière (mauvaise tolérance à l'éclairage direct)
- Fausse et perte de couleurs
- Rend plus difficile la vision et la perception précise de l'objet.

• **L'audition** : Vieillessement de l'appareil cochléovestibulaire, qui entraîne une perte progressive de l'audition qui est à l'origine de la réduction de la discrimination dans les ambiances bruyantes, la diminution de l'espace de communication, la réduction de l'acuité auditive pour les sons aigus les plus utilisés pour la compréhension.

• **Le goût et l'odorat** : en vieillissant il y a diminution des papilles gustatives ; on trouve la nourriture plus fade et moins appétissante et la tolérance aux épices diminue. La perte de goût fait perdre l'appétit, notamment la perte olfactive à cause de l'augmentation du nombre de poils dans le nez.

• **Le toucher** : Perte de la sensation tactile due aux changements vasculaires de la peau et le mécanisme régulateur de la température deviennent moins fiables.

2.8. Effet du vieillissement sur l'appareil respiratoire

Un affaiblissement de la cage thoracique couplé à une diminution de la souplesse pulmonaire entraîne une baisse de la capacité respiratoire. Il faut ajouter que l'altération de la qualité cellulaire limite les échanges gazeux.

En cas d'effort, l'essoufflement est rapide et l'oxygénation se fait mal ou plus difficilement. Par ailleurs, la capacité de diffusion de l'oxygène et la pression partielle en oxygène du sang artériel diminuent successivement avec l'âge.

2.5. Effet du vieillissement sur l'appareil digestif

L'animal qui perd ses dents n'y survit pas, mais l'homme les remplace et s'adapte.

Avec l'âge, suite à la perte de plusieurs dents, la personne âgée se trouve obligée de porter des prothèses auxquelles elle doit s'adapter.

Par ailleurs le temps de transmission intestinale est ralenti chez le sujet âgé par diminution du péristaltisme. Mais il y'a aussi la diminution du flux salivaire car les glandes salivaires s'atrophient ce qui donne une bouche sèche avec un goût métallique.

2.6. L'Appareil Locomoteur

Au cours du vieillissement le corps ralentit, la personne âgée fait des petits pas, sa marche et ses mouvements sont moins rapides que d'habitude car il y a atteinte au niveau du système périphérique c'est-à-dire baisse des réflexes, réduction de la coordination musculaire, déséquilibre, et ralentissement des vitesses de réaction.

D'autres causes y participent : comme la diminution de la puissance physique, de la force musculaire (fatigue à l'effort) et de la masse musculaire (amaigrissement) , puis on mentionne aussi l'altération des cartilages qui est responsable de l'arthrose qui engendre une diminution de la rapidité de mouvement, un enraidissement et des douleurs.

2.7. Effet du vieillissement sur la Peau et les Phanères

La vitesse de croissance des cheveux et des ongles diminue avec l'âge, de plus des cellules sécrétant les pigments de la peau entraînent un aspect plus pâle de celle-ci, ce qui est la raison du blanchissement capillaire. Egalement on remarque un affaiblissement de leur croissance , tout comme l'assèchement de la peau qui provient de la baisse d'activité de glande sébacées, cela contribue a

une certaine sécheresse cutanée et fait perdre la qualité élastique de la peau entraînant l'apparition des rides .

2.8. Effet du vieillissement sur le Système immunitaire

Le système immunitaire correspond à l'ensemble des mécanismes de défenses de l'organisme qui fait face à une maladie se trouve modifié à l'âge avancé et qui ne peut pas lutter contre des maladies graves.

2.9. Effet du vieillissement sur la fonction sexuelle

Le vieillissement joue un rôle essentiel dans la diminution des fonctions sexuelles causées par la baisse des sécrétions hormonales.

Chez la femme, il y a la ménopause : arrêt de la fonction reproductrice due à une chute du taux d'œstrogènes, il s'ensuit une réduction de la libido et une sécheresse vaginale.

Chez l'homme, on assiste à des troubles de l'érection, à la réduction du volume du sperme et à l'augmentation du volume de la prostate.

2.10. Système cardiovasculaire

Le vieillissement du muscle cardiaque se manifeste par l'insuffisance cardiaque qui apparaît sous forme d'essoufflement (dyspnée), la tachycardie (accélération du cœur). On note aussi une diminution de la tolérance cardiaque face à l'effort. Les parois veineuses perdent leur souplesse provoquant une altération et une stase veineuse responsable des dermes et varices.

3. Les effets du vieillissement sur le plan psychologique et social

3.1. Le développement cognitif

3.1.1 L'intelligence et le traitement de l'information

L'intelligence est une fonction psychologique grâce à laquelle l'organisme s'adapte à son milieu, exploite ses connaissances, raisonne et résout les problèmes. (Parot P,2012, P388).

Selon le psychologue Américain Cattell(1940) on peut faire une dissociation entre 2 types d'intelligence à l'âge avancé :

- l'intelligence fluide qui fait référence aux savoirs scolaires, expériences vécues et aux raisonnements globaux. C'est une forme d'intelligence qui atteint un niveau élevé à l'adolescence et à l'âge adulte mais régresse au cours du vieillissement du fait que la personne ne les utilise pas quotidiennement.

- l'intelligence cristallisée liée à l'apprentissage de contextes nouveaux et à l'acquisition de nouvelles relations sociales. C'est une forme d'intelligence qui peut augmenter même après l'âge de 60 ans et qui ne dépend pas de l'état biologique.

En 1970, J Horn avait fait des travaux sur le développement de l'intelligence et nous informe que les deux types d'intelligence restent à un niveau peu près égal tout au long de la vie. (Deleau,2006, P316).

Le vieillissement s'accompagne d'un ralentissement général de traitement de l'information qui concerne l'ensemble des processus perceptifs , moteurs et cognitifs. Le corps et le cerveau vieillissent, les rôles sociaux et la perception de soi changent.

Des chercheurs supposent que le ralentissement de traitement de l'information chez les personnes âgées est lié à une cause neuronale plus précisément à un déficit dopaminergique. Plusieurs études ont montré que la rapidité de traitement de l'information et des processus mentaux en général diminue à l'âge avancé, comme ils ont même prouvé que le temps des réponses pour les tâches cognitives était plus long chez les personnes âgées que chez les adultes. (Feldman Re Papalia D, 2014, P427-429)

De ce fait, toutes les épreuves utilisées pour mesurer la vitesse de traitement chez les individus ont révélés que cette vitesse décline avec l'âge. (Bherer L et Lemaire P,2005 P83-89).

Notamment, on retrouve Timothy Salthouse (1996), qui a fait une étude comparative sur la vitesse de traitement de l'information entre les personnes âgées et d'autres adultes en mesurant les temps des réponses qu'ils mettent pour des tâches cognitives simples. (Bherer P et Lemaire P , 2005, P 77-76)

Et aussi celle de Seattle qui a fait la même étude comparative sur la signification verbale des mots ; explique que le ralentissement de traitement d'information différent d'une personne à une autre, par rapport à leur santé physique et psychologique. Car les personnes âgées qui sont en bonne santé et actives mentalement présentent moins de déclin mental que ceux qui ne le sont pas. (Westen W,2000, P375)

Par contre les personnes âgées peuvent trouver des solutions très efficaces à des problèmes quotidiens par rapport à leurs expériences vécues, mais n'empêche que sélectionner des stratégies et trouver des solutions prend du temps contrairement aux jeunes adultes. (Westen W,2000, P733)

3.1.2 La mémoire

Le système cognitif connaît une importante régression et de nombreux changements liés à l'avancée de l'âge. De ce fait nous allons voir les différentes mémoires qui permettent à l'individu de traiter, stocker et de récupérer l'information, qui sont la mémoire à court terme et la mémoire à long terme.

Le ralentissement de la mémoire s'observe par une diminution de la vitesse avec laquelle les opérations cognitives sont déclenchées et exécutées.

La perte de mémoire est considérée comme un signe à l'âge du vieillissement, comme on peut tous remarquer des oublis de mots, de rendez-vous ou d'incapacité à se rappeler d'un événement ou d'un nom de famille chez les personnes âgées.

Suite a une évaluation faite sur **la mémoire à court terme**, des chercheurs ont découvert que ces personnes âgées peuvent répéter des chiffres dans l'ordre mais pas dans l'ordre inverse. La répétitions dans l'inverse fait appel a la mémoire de travail qui diminue avec l'âge contrairement à la mémoire sensorielle qui reste efficace ou sont mémorisés les chiffres dans l'ordre.

Et pour mieux comprendre le traitement de l'information les chercheurs divisent **la mémoire à long terme** en trois systèmes :

- La mémoire épisodique où sont stockés les souvenirs/ événements vécus et qui contient des informations spatiales et temporelles. Cette mémoire est celle qui se détériore avec l'âge, et ne se souvient pas des souvenirs récents.(Feldman R et Papalia D, 2014, P429)

- La mémoire sémantique fait référence à la compréhension du langage et à la mémoire de connaissance générale comme l'histoire, les lieux géographiques, la signification des mots. (Gutchess et Park, 2005)

Contrairement à la mémoire épisodique, la mémoire sémantique ne diminue pas mais peut même aider l'individu à enrichir son vocabulaire avec l'âge. (Roulin J-L, 2006, P284).

- La mémoire procédurale est, d'après Fleschman (2004), une mémoire qui ne peut pas s'affecter avec l'âge parce que c'est une mémoire qui n'implique pas la conscience car ce sont toutes les habilités motrices et les gestes d'habitudes qui y sont inclus. (Feldman R et Papalia D, 2014, P429).

3.1.3 Le langage

Le langage est une compétence socioculturelle et éducative qu'on apprend et qu'on acquiert dès l'enfance et que l'on utilise fréquemment.

En vieillissant la fonction cognitive du langage est liée à l'intelligence cristallisée des savoirs acquis, qui se caractérise pas une altération et une baisse de la capacité à se rappeler d'un mot, causé par la baisse de la capacité à récupérer une information stockée. (Marleau Ch et Dreyfus A, 2004 P 192)

3.1.4 L'attention

L'attention est un facteur de l'efficacité cognitive qu'il s'agisse de mémoriser, percevoir, ou résoudre des problèmes

Le ralentissement général de la vitesse de traitement de l'information entraîne une diminution des capacités d'attention. Ainsi la capacité à se concentrer à deux situations en même temps est particulièrement affectée chez les personnes âgées. Au cours du vieillissement diviser son attention entre plusieurs informations n'est toujours pas possible, par exemple une personne âgée qui conduit une voiture et écoute la radio trouvera une difficulté à se concentrer. (Lemaire P, 2005, P102_105)

3.1.5. Le raisonnement

De nombreux travaux montrent que le vieillissement affecte le raisonnement déductif et inductif ; qui est associé à une diminution des ressources cognitives avec l'âge. (Lemaire P, 2005, P 439_440)

Cette baisse est d'autant plus frappante lorsque le sujet est confronté à la résolution de problèmes complexes. (Marleau Ch et Dreyfus A, 2004, P192)

3.1.6. L'apprentissage

Des habiletés motrices quotidiennes telles que l'écriture, la conduite, la marche, la lecture, la danse sont des capacités apprises et acquises depuis le jeune âge et sont stockées dans la mémoire à long terme (mémoire procédurale).

A l'âge avancé l'individu peut rencontrer des difficultés pour de nouveaux apprentissages et d'acquisitions motrices, perceptives ou cognitives suite au ralentissement du processus de traitement de l'information qui résulte de la baisse des performances de l'attention et de la mémoire à court terme. (Roulin J-L, 2006, P284).

3.2. Le développement social

3.2.1. Le changement des rôles sociaux

A l'âge avancé, l'individu se trouve obligé de prendre sa retraite depuis que cette dernière représente une transition majeure inscrite dans les institutions de la société pour l'adulte vieillissant. Celle-ci a un impact sur sa situation économique, sur son état émotionnel, sa vie familiale et sociale.

En général, les personnes âgées satisfaites de leurs revenus montrent moins de stress ce qui n'implique pas directement une détérioration de la santé mentale ou physique après celle-ci. Par contre, ceux qui vivent cette retraite comme un événement stressant suite à la perte après avoir développé un style d'attachement très important au travail, ne seront pas en mesure de s'adapter facilement, les conséquences de ce changement et peuvent être l'apparition de troubles physiques et/ou psychiques (tels que les troubles dépressifs) au cours du vieillissement.

3.2.2. La compétence sociale chez les personnes âgées

D'après Chappell (1995), ce sont les personnes âgées en bonne santé qui sont capables de tisser de nouvelles relations amicales et maintenir un soutien d'un réseau social satisfaisant. (Cappeliez Ph et All, 2000, P9)

Pour Marshall (1996), plusieurs recherches ont prouvé que le maintien d'un réseau social familial et amical chez la personne âgée lui procure bien-être, réaffirmation, estime de soi, de l'isolement et de la solitude. Une absence

de relation familiale ou amicale fait apparaître chez la personne âgée une vulnérabilité et un isolement surtout après une perte d'un proche irremplaçable.

3.2.3. Les relations des personnes âgées avec le conjoint

Dans notre pays et partout dans le monde, les hommes ont tendance à se remarier après un divorce ou un veuvage, de ce fait les femmes épousent généralement des hommes plus âgés pour y survivre.

La vie est pleine de conflits auxquels nous faisons face, le couple âgé parvient à résoudre ces conflits facilement et cela dépend de la façon dont il les résout. Selon Whisman et All (2006), les couples qui arrivent à bien s'entendre, ont une meilleure estime de soi, alors que ceux qui se disputent sont souvent anxieux et déprimés.

Par ailleurs, d'après Mancini et All (2006), la dégradation en terme de santé d'un conjoint dans le couple âgé engendre des effets psychologiques négatifs chez le conjoint qui prend soin du malade.

Selon Graham et All (2006) la personne qui doit s'occuper de son conjoint malade se retrouve dans un cercle vicieux et peut notamment manifester de la colère, des frustrations ; ce qui peut engendrer des conséquences sur sa santé et son bien être. (Diane E.Papalia et Ruth D. Feldman, 2014, p436-43)

3.2.4. Les relations avec les enfants d'âge adulte

Des liens forts et solides sont préservés entre les enfants d'âge adulte avec leurs parents âgés, ils permettent à ces derniers de se sentir entourés et épanouis, contrairement à ceux qui ont des liens fragiles et de mauvaises relations qui manifestent chez eux de l'anxiété et de la dépression.

Les enfants d'âge adulte procurent des soins médicaux directs et apportent un soutien à leurs parents âgés, ce qui provoque parfois des conflits ou une dégradation de liens parentaux ou fraternels par rapport à la pression que subit la personne qui aide la personne âgée surtout si celle-ci est trop fragile ou trop exigeante.

En équivalence on peut voir dans de telles relations un soutien financier envers les enfants d'âge adulte dans le cas où les parents possèdent les moyens et s'inquiètent aussi des conflits qu'ont leurs enfants adultes et les aident à s'en sortir, dans le cas contraire les parents se sentent responsables et considèrent cela comme un échec de leur rôle parental. (Ibid, P437)

3.2.5. La relation avec les frères et sœurs

Les relations avec les frères et sœurs offrent un soutien social pour la personne âgée. Dans certains cas ils leur sont d'une aide médicale et/ou financière.

D'après Bedford et Cecirelli (1995), la présence d'une sœur au cours du vieillissement joue un rôle fondamentale dans le maintien des liens familiaux et du bien-être, effectivement les plus âgées proches de leurs sœurs se sentent mieux et sont moins soucieuses de leur vieillissement, ce qui fait que la perte d'un frère ou d'une sœur est douloureuse et même parfois être similaire d'une perte d'identité.

3.2.6. Les relations avec les amis

Belford (1995) nous apprend que les amis offrent de bons moments amicaux et un soutien émotionnel.

D'après Steinbach (1992), les personnes âgées qui peuvent encore avoir des amis connus déjà à l'âge adulte et qui arrivent à se confier, se plaindre de

leurs problèmes et/ou exprimer leur sentiments, sont ceux qui vieillissent en bonne santé du fait qu'il s'adapte facilement aux changements dû au vieillissement, et parfois même les soulage après une perte d'un proche.

Malgré l'âge avancé les personnes âgées sont toujours susceptibles de tisser d'autres liens d'amitiés. De plus elles préfèrent passer de bon moment basé sur le plaisir et la détente en compagnie de leurs amis qu'avec leurs proches qui sont des moments basés sur les besoins et les tâches quotidiennes. (Ibid, P348)

3.2.7. Les relations avec les petits-enfants et arrière-petits enfants

Les relations avec les petits enfants et arrière-petits-enfants ont une grande importance dans le vieillissement surtout que la personne âgée symbolise le passé de sa famille et la continuité de sa vie en voyant les enfants de ses enfants.

3.3 Le développement psychoaffectif

L'affectivité est tout ce qui concerne les états affectifs tels que les sentiments et les émotions. (Sillamy N, 2003, P 9).

Les personnes âgées à un certain moment de cette période d'âge avancée ont un sentiment d'être inactif surtout après la retraite ou suite à une maladie qui entraîne une dépendance, elle cherchera à se rendre utile, ce qui peut s'avérer difficile s'il se retrouve inutile. Les confrontations avec ses pertes sociales, relationnelles et parfois même physiques et mentales touchent les représentations de soi et du monde.

Des pertes affectives telles que la perte d'un être très cher entraîne le sujet âgé à être confronté à sa propre mort et s'y prépare (ce qu'on peut appeler le deuil du moi).

4. La santé mentale et physique liés au vieillissement

Bien que la vieillesse, suite aux régressions organiques et psychologiques entraînent des maladies physique (la tension, le diabète, etc.), nous nous sommes attachés surtout à la dimension psychologique.

4.1 Les problèmes de santé mentale

4.1.1. La dépression

Les changements auxquels doivent faire face les personnes âgées tel que la perte d'autonomie, la perte d'un conjoint, de statut social et la présence de douleurs physiques, peuvent causer une dépression. (Cappeliez Ph et All, 2000, P 24).

Nous parlons de dépression lorsqu'il y a la présence d'au moins 5 des symptômes suivants : Comportement de retrait et de passivité, sentiments de tristesse ou changement d'humeur, perte d'intérêt dans les loisirs, l'isolement et le rejet des autres, perte d'appétit et perte de poids, troubles de sommeil ; comme la difficulté à s'endormir ou à rester endormie et somnolence pendant la journée, perte d'estime de soi ou penser être un poids pour les autres ou ne plus s'aimer soi-même, consommation d'alcool ou d'autres substances, pensées suicidaires ou tentative de suicide. (American Psychiatric Association, 1996, P 377-385)

D'autres signes peuvent apparaître chez les personnes âgées comme un sentiment de culpabilité, d'auto-dévalorisation, absence de sociabilité, problèmes de concentration, plaintes de perte de mémoire (Cappeliez Ph et All, 2000, P 24, P 27).

Et puisque les symptômes de dépression ne sont pas exprimés par la personne âgée et négligés par l'entourage, les médecins examinateurs ou traitants de ces personnes ont tendance à se concentrer davantage sur les

problèmes physiques et à ignorer complètement les symptômes psychologiques. (Feldman R et Papalia D ,2014, P 423)

Ce trouble peut être associé à d'autres troubles comme l'anxiété ou a des maladies neuro-dégénérative en particulier la maladie d'Alzheimer.

Selon la Société Canadienne de Psychologie (2009), même à cet âge avancé de la vie, la dépression peut conduire la personne âgée au suicide. (Ibid. 2014, P 423)

Par ailleurs, ces personnes peuvent être traiter et continuer leurs dernières années en toute sérénité, il y'a des psychothérapies à suivre comme la psychothérapie de soutien et des traitements médicamenteux comme les antidépresseurs, quoi que ces personnes ne demandent pas d'aide psychologique et n'acceptent pas facilement un suivi psychologique venant de l'autre.

4.1.2 Les troubles du sommeil

Le besoin de sommeil reste inchangé malgré l'âge. Quoi qu'il est perçu, selon Reynolds et All (1985), comme plus léger et fragmenté à l'âge avancé de la vie, car il est accompagné de réveils plus long et plus fréquents.

Les troubles de sommeils sont très fréquents chez les personnes âgées. Selon Morgan et Charcke (1997), ces troubles sont causés par des douleurs physiques , les prises médicamenteuses, les problèmes de santé, et certains événement de la vie, et sont, selon Buysse et All (1994) , souvent des symptômes associés a d'autres troubles tels que la dépression ou l'anxiété, par exemple.(Cappeliez Ph et All, 2000, P 24, P 77).

Selon le National Institut of Health(2011) ces troubles du sommeil peuvent apparaitre sous diverses formes ; somnolence, insomnie, hypersomnie ce qui peut entrainer des difficultés de concentration , d'attention, une fatigue

et même des problèmes de santé physique (Cappeliez Ph et All, 2000, P 24, P 77 -78).

4.1.3. Attaque de panique

Selon le DSM-IV(1994), l'attaque de panique se caractérise par un épisode de peur ou de malaise intense accompagné d'au moins quatre des symptômes suivants : palpitation, transpiration, tremblement, étouffement, nausées, douleurs à la poitrine, sensation d'étourdissement, peur de mourir, peur de perdre le contrôle, bouffés de chaleurs et/ou frissons. (American Psychiatric Association, 1996, P462-464)

Chez la personne âgée il y'a une survenue brutale d'une peur intense, d'un sentiment de mort, ou de perte de contrôle de soi. Une attaque de panique dure environ trente minutes.

Ces crises peuvent être spontanées/réactionnelles à un traumatisme ou une à prise de toxiques, accompagner d'une maladie organique, ou encore survenir dans un état psychopathologique particulier (dépression, psychose, démence).

4.1.4. Les démences

Sous le terme de démence nous pourrions parler de très nombreuses maladies neurologiques comme par exemple la maladie d'Alzheimer , la maladie de parkinson et beaucoup d'autres maladies. Ces maladie sont généralement causées par un dysfonctionnement des neurotransmetteurs plus particulièrement dans la production de la dopamine.

La démence touche principalement les personnes âgées ; c'est une altération progressive de la mémoire, et on peut observer une dégradation du raisonnement, du comportement, et de la capacité à réaliser des activités quotidiennes à cause des perturbations de la motricité.

Selon Brookmeyer et All (2007), la maladie d'Alzheimer est l'une des maladies les plus fréquentes chez les personnes âgées, elle touche plus de 26 millions de personnes à travers le monde. Gatz (2007) l'a définie comme étant une maladie dégénérative, progressive qui s'attaque aux cellules du cerveau. Selon Cummings (2004), elle s'installe progressivement elle détériore l'intelligence, la conscience et même la capacité à contrôler ses fonctions corporelle. (Papali D et Feldman R 2014, P 423-425)

Les symptômes de cette maladie sont la perte de mémoire, problème de compréhension et de production du langage, désorientation spatiale et temporelle, diminution des capacités de jugement et de raisonnement, changement d'humeur et de personnalité, manque d'enthousiasme, etc. Ces symptômes sont parfois confondus avec la dépression.

Grâce aux progrès de la neuropsychologie on peut diagnostiquer la maladie d'Alzheimer dès l'apparition des premiers symptômes, cette maladie ne se guérit pas mais un certain nombre de médicaments permettent un ralentissement de celle-ci.

Le sujet âgé à un stade avancé de la maladie d'Alzheimer connaît un déficit cognitif très important, il ne reconnaît plus ses proches, se trouve dépendant du fait qu'il n'a plus le contrôle sur ses activités quotidiennes comme se laver, manger et marcher, ayant une détérioration du langage qui engendre des difficultés à communiquer, il ne reconnaît plus les objets ou les personnes de son entourage et parfois même leur propre visage en se regardant dans le miroir. (Quaderi A, 2013, P62-67)

La maladie de parkinson fait partie des démences, c'est une maladie dégénérative qui résulte de la mort lente et progressive de neurones du cerveau. Comme la zone du cerveau atteinte par la maladie joue un rôle

important dans le contrôle de nos mouvements, les personnes atteintes font peu à peu des gestes rigides, saccadés et incontrôlables. Par exemple, porter une tasse à ses lèvres avec précision et souplesse devient difficile. De nos jours, les traitements disponibles permettent de diminuer les symptômes et de ralentir la progression de celle-ci, en plus les sujets ayant cette maladie peuvent vivre plusieurs années.

5. les mécanismes de défense utilisés par la personne âgée

Les mécanismes de défense permettent au moi de tenir en respect les désirs exprimés par le ça. Ces désirs sont de nature sexuelle. Face à ces désirs « natifs », les défenses apportent au Moi le moyen de les contenir dans la conscience, de faire en sorte qu'une irruption trop violente ne vienne pas tout perturber sur la scène mentale. Dans la partie préconsciente du Moi, la qualité du travail psychique dépend de la validité du recrutement associatif; au cours du vieillissement celui-ci s'amenuise. Il est progressivement remplacé par une répétition à moindre valeur créative. Les idées, les souvenirs, les images portent souvent la marque du déjà dit. Une certaine habitude du jeu de l'esprit et du travail intellectuel permet toutefois, de conserver un attrait aux thèmes favoris.

5.1. Les défenses contre la pulsion

- **Le refoulement**

Il consiste à chasser de la conscience les représentations insupportables : on dit qu'elles sont refoulées dans l'inconscient pour marquer qu'elles ne sont ni effacées ni détruites. Le Moi vieillissant utilise le refoulement pour écarter le rappel de déclin et de la mort qui peuvent être insupportables sur le plan du conscient.

Avec le temps, on peut observer un affaiblissement partiel de son efficacité en apport avec une diminution de la pression refoulante du Moi.

- **La dénégarion**

La dénégarion consiste à faire comme si une pensée n'existait pas en nous, alors qu'elle est présente ou qu'elle a été présente dans notre esprit. Quand elle refait surface, elle n'est même pas reconnue comme nôtre.

La plupart des sujets âgés disent qu'ils ne pensent pas à la mort, qu'ils ne se projettent plus dans l'avenir. Et même qu'ils n'envisagent plus de modifications à leur situation présente.

Dans les névroses d'organisation plus souple, où l'agressivité est moins intense, les dénégarions sont aussi présentes. Et là, c'est la signification affective attribuée à la vieillesse et à la mort qui compte.

« Le refoulement et la dénégarion sont généralement mobilisés pour lutter contre un fantasme œdipien : si on doit mourir, c'est qu'une faute a été commise ».

5.2. Les defenses prégénitales

- **La projection**

Elle correspond à la réactualisation de deux temps, le premier étant qu'à l'époque anale, l'enfant tente de se défaire de la mauvaise partie de lui en l'expulsant, et qu'il pouvait déposer cette mauvaise partie chez quelqu'un d'autre. Le second temps du stade anal atténue la projection, car la psyché s'organise à contenir les bons et même les mauvais aspects de l'objet.

Au cours du vieillissement, la capacité contenant de ce second temps peut se désorganiser transitoirement ou durablement, ouvrant alors la porte à une reprise de la projection.

- **La pulsion d'emprise**

La relance de la pulsion s'exprime mentalement par une résistance au changement ainsi que par le désir de s'approprier l'objet, comme si le fait de s'y agripper était censé apaiser les angoisses d'abandon.

- **Les mouvements régressifs**

Ces mouvements visent à retrouver momentanément ou durablement un plaisir à fonctionner par la relance d'une fixation.

- **Les défenses narcissiques**

Au cours de la seconde moitié de la vie, les pathologies du narcissisme ne sont pas seulement le fait des structures narcissiques bien que celles-ci soient les premières menacées; ces pathologies sont aussi la conséquence d'un mouvement qui conduit le sujet vieillissant vers un repli narcissique obligé.

Le sujet vieillissant n'a pas d'autres choix que d'opérer un repli sur soi, d'offrir au ça un objet à aimer qui n'est autre que lui-même, ce repli vise à lutter contre la crainte de dépendance des autres. La personne âgée sent son autonomie menacée, des causes minimes peuvent déclencher une vulnérabilité croissante, il se montre susceptible, colérique, exigeant.

5.3. Les défenses contre la réalité extérieure

- **Le déni** Le déni est une défense contre la réalité extérieure. C'est le refus de reconnaître une perception.

Au cours du vieillissement, c'est le déni de la perception du corps qui fonctionne le plus souvent. On fait comme si on n'était pas sourd pour continuer à conduire. On ignore la circulation automobile pour traverser la rue sans attendre. Le clivage entre le bon et le mauvais se rigidifie. Le cloisonnement mental se renforce. A vrai dire, quand un sujet âgé vit avec le déni, il n'éloigne pas seulement de la réalité, mais il ignore aussi une partie de lui-même.

- **La régression**

Lorsque la défense contre la réalité psychique, et la réalité extérieure sont débordées par des forces supérieures, le sujet en difficulté peut chercher une position de repli dans la régression.

Le sujet âgé montre plus que l'adulte une capacité à régresser très vite et très loin. En cas de danger ; comme à la suite d'un accident vasculaire cérébral, le malade cherche souvent à rejoindre un lit chaud, le silence, la pénombre où il renoue avec la jouissance primitive: celle de la tranquillité à fonctionner à l'abri du monde. N'empêche que ce mouvement peut masquer une composante dépressive.

Pour récapituler, le travail de vieillir consiste à relancer ses investissements chaque fois qu'il est confronté à une épreuve qui menace l'ensemble dynamique de l'appareil psychique. (Ferrey G et Gouès G, 2008).

Conclusion

La personne âgée après des expériences vécues tout au long de sa vie; a des marques de joie et de blessures au niveau physique et/ou psychique.

Voilà l'importance de connaître et de comprendre tous les changements et les attitudes du sujet qui vieillit afin d'offrir des

conditions qui permettront une performance optimale et rassurante en cette dernière étape de la vie.

En se basant sur des théories et des études longitudinales faites sur le vieillissement, nous avons présenté un ensemble de changements liés au vieillissement, et expliquer comment la personne âgées se défend et cherche à s'adapter aux changements intervenus au niveau de son corps et de sa psyché.

II. Types d'accueils pour personnes âgées :

Le vieillissement touche tous les pays du monde l'Algérie aussi comptera 14% de la population aura plus de 60ans en 2030.

Souvent, la personne âgée, est considérée comme un non-sujet, parfois comme un sujet qui concerne surtout les sociétés occidentales, alors que c'est un sujet dont nous devons nous emparer en Algérie. (Publié dans : El Watan, le 26 mai 2015).

Nos aînés ne sont pas tous chanceux d'avoir une famille et un domicile. L'Algérie compte un grand nombre de personnes âgées qui ont intégré les institutions (soit de leur propre gré, soit placées par leur famille, soit par l'Etat...etc.) Les familles qui placent leurs aînés dans des institutions à cause de la charge que représentent les personnes âgées : les occupations professionnelles, la non disponibilité... les proches ne sont ni équipés et formés pour se consacrer à leurs parents âgés, notamment si ces derniers sont en perte d'autonomie ou en situation de handicap (ibid.)

Ainsi les personnes âgées se retrouvent dans des institutions ou des maisons de retraite où elles peuvent être victimes de toute forme de violence.

L'Algérie commence à se préoccuper de ses aînés, et met en place plusieurs types de prise en charge des personnes âgées en partant des associations, à des institutions, jusqu'à des prises en charge à domicile, dans plusieurs de ses Wilayas.

1. Le placement en institution des personnes âgées en Europe

On a voulu mettre le point sur le placement des personnes âgées dans les pays européens afin de connaître le motif de ce placement, par qui elles ont été orientées, est-ce les mêmes motifs, et les mêmes circonstances dans lesquelles

les personnes âgées algériennes sont placées ? y t-il une grande différence à propos de ce placement dans les deux pays ?

Une fois la personne âgée perd son autonomie, des contraintes viennent perturbées son mode de vie, et l'une des contraintes est justement ce « placement » en institution, et ce, dérive du fait de l'accumulation des problèmes de santé et de comportement.

Une demande d'entrée en institution de la part du sujet, se fait rarement.

D'après André Quaderi, en France, les enfants qui orientent leurs parents en institution ou en maison de retraite, présentent une certaine culpabilité.

Les proches dans la majorité des situations, sont des acteurs dans l'accompagnement de leurs aînés à venir vivre en institution, ainsi, deux grandes tendances se distinguent selon les familles, en comptant soit un surinvestissement ou un sous-investissement du parent.

L'entrée en institution survient la plupart du temps, lorsque l'aide et le service familial ne suffisent plus, dans certains cas, par manque de famille tout simplement ou l'indisponibilité de celle-ci, ou encore et très fréquemment du fait d'un épuisement physique et psychologique. De ce fait, l'orientation de son proche en institution s'impose.

Placer son parent ou son proche en institution peut s'avérer comme une démarche délicate, et ne se passe pas sans conséquences, certes, cette démarche peut se vivre sur des registres différents dont on distingue la « décharge » ; les enfants et/ou le conjoint se libèrent d'une charge. Aussi le « soulagement », la famille se sent rassurée du fait que leurs parents soient pris en charge par des professionnels de santé physique et psychique. Il peut y avoir aussi de la culpabilité et le sentiment d'abandonner son parent sont fréquents.

Et enfin, on peut retrouver le sentiment d'échec ; échec dans la mesure où le sentiment de ne pas avoir su, de ne pas avoir pu accompagner son parent range les enfants. (Quaderi A, 2013).

Il existe plusieurs types d'accueil pour les personnes âgées.

1.1. L'hébergement permanent

On peut citer 5 établissements qui sont considérés comme étant des hébergements permanents pour les personnes âgées.

- **Les résidences services :** Ces résidences sont des domiciles pour les « séniors » ou les retraités. Ces personnes résidentes sont propriétaires ou locataires. Des services comme la restauration, le lavage du linge et l'animation peuvent être mis à leur disposition.

Néanmoins, ces établissements ne prennent pas en charge le côté médico-social, ni les personnes dépendantes.

- **Les foyers logements :** Proposent des services facultatifs : restauration, lavage de linge...ect.

- **Les MARPA (Maisons d'Accueil Rurales pour Personnes Agées) :** Cet établissement à une spécialité qui réside en l'application d'un cahier de charge qui comprend par exemple, une exigence d'avoir au maximum 20 places, une installation en plein milieu d'un endroit rural. Son fonctionnement s'apparente à un foyer logement, quoique celui-ci recrute une maîtresse de maison pour assurer l'accompagnement des personnes âgées et qui vivent sur place.

- **Les EHPAD (Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes) :** Ce genre d'établissement accueille des personnes âgées

dépendantes, leur assurant l'hébergement et les soins nécessaires pour leur bien être. Ces établissements comprennent : un médecin chargé du projet général des soins et de veiller à son suivi et à sa prise en charge. Les personnes disposent d'une chambre individuelle ou en la partageant avec un partenaire.

- **Les USLD (Unités de Soins de Longue Durée) :** Ces unités de soins sont destinées à des personnes dépendantes dont l'état nécessite une surveillance et des soins médicaux constants (permanents).

1.2. L'hébergement temporaire et l'accueil de jour (externat)

- **Hébergement temporaire :** Il s'agit d'un accueil assuré dans une courte durée, avec hébergement. Il n'assure pas de prise en charge au titre de l'aide sociale à l'hébergement.

- **Accueil de jour :** C'est un accueil qui s'effectue en cour de la journée, sans hébergement. Et comme le premier, il n'y a pas de prise en charge au titre de l'aide sociale à l'hébergement.

2. Décrets des institutions en Algérie

Décret exécutif n° 12-113 du 14 Rabie Ethani 1433 correspondant au 7 mars 2012 fixant les conditions de placement ainsi que les missions, l'organisation et le fonctionnement des établissements spécialisés et des structures d'accueil des personnes âgées.

2.1. Conditions de placement

Sont placées dans les établissements les personnes âgées de 65ans et plus, notamment : les personnes âgées démunies et/ou sans attache familiale, les personnes âgées en difficulté sociale et/ ou sans attaches familiales.

2.2. Missions : Les établissements spécialisés des personnes âgées ont pour mission d'assurer une prise en charge institutionnelle des personnes âgées, notamment celles démunies et/ou sans attaches familiales.

A ce titre, ils sont chargés également :

- d'accueillir les personnes âgées et de leur garantir une prise en charge socio-psychologique appropriée.

- d'assurer l'hébergement et une alimentation saine et équilibrée.

- de favoriser les relations avec les familles et l'environnement de l'établissement.

- de proposer toute action favorisant la réinsertion familiale des personnes âgées en situation d'abandon et d'assurer leur accompagnement.

- d'entreprendre toutes démarches et soutien auprès des familles d'accueil qui désirent accueillir des personnes âgées et de les accompagner dans leur prise en charge.

- de participer à l'organisation des actions visant le soutien et le bien être des personnes âgées accueillies, en relation avec les établissements publics concernés et le mouvement associatif.

- d'assurer les activités occupationnelles visant le bien être des personnes âgées prises en charge notamment les activités culturelles, sportives, récréatives et de loisirs.

- Les centres d'accueil des personnes âgées de jour accueillent des personnes âgées de 60 ans et plus, vivant à domicile et nécessitant un accompagnement et une assistance socio-psychologique appropriée.

A ce titre, ils sont chargés notamment :

- d'aider les personnes âgées accueillies à préserver et/ou à maintenir leur autonomie par une prise en charge individualisée et des soins adaptés.

-de développer des activités occupationnelles et des ateliers d'ergothérapie au profit des personnes âgées accueillies visant leur soutien et leur bien être.

-de dispenser des soins et des prestations appropriées en relations avec les secteurs concernés.

-d'apporter un soutien psychologique aux personnes âgées accueillies.

-de participer à l'organisation d'actions visant le soutien et le bien être des personnes âgées accueillies, en relation avec les établissements publics concernés et le mouvement associatif.

-de développer des activités culturelles, sportives de loisirs et récréatives visant le bien être des personnes âgées accueillies.

-d'apporter aide, assistance et accompagnement aux personnes âgées accueillies dans toutes démarches visant la prise en charge de leurs problèmes.

-de favoriser les échanges entre les personnes âgées vivant en institution et celles accueillies pendant la journée afin de maintenir le lien social et de lutter contre l'isolement, la solitude, l'oisiveté et la mal-vie auxquels sont confrontées les personnes âgées.

- Le conseil socio-psychologique comprend : le directeur de l'établissement président, un représentant de la direction de l'action sociale et de la solidarité de wilaya, un médecin, un psychologue clinicien, un assistant social, un éducateur spécialisé élu par ses pairs, un auxiliaire de vie, élu par ses pairs, un (e) infirmier (e).un représentant de la cellule de proximité territorialement compétente.

3. Formes de prise en charge des personnes âgées en Algérie

Les personnes âgées ayant été victimes de l'isolement et de désengagement familial, sont nombreuses et augmentent de plus en plus. Mais, pour diminuer ces chiffres, en Algérie, des communautés d'aide lèvent passent à l'action pour la prise en charge des personnes âgées.

Comme l'on fait à Oran, une cellule d'auxiliaires de vie a été créée dans la commune de Bousfer. Ils ont pour but, la prise en charge à domicile des personnes âgées ou des personnes aux besoins spécifiques. Cette action est initiée par le ministère de la solidarité nationale, de famille et de la condition de la femme, ainsi que l'agence nationale de développement social (ADS).

Comme autres formes de prise en charge des personnes âgées ou des handicapés, on cite l'association « chougrani » qui a formé près de 106 aidants naturels, dont 52 sont sur le terrain.

Ils sont formés à l'effet d'améliorer le quotidien des personnes âgées et handicapées. (Nayla Hammoud, 2015, el watan).

Conclusion

Nous avons porté notre intérêt sur les différents types d'accueil qui existe pour les personnes âgées et plus particulièrement en Algérie. On a essayé de présenter les services qu'offre et propose le foyer pour personnes âgées et/ou handicapées de Bejaia, ainsi que le règlement existant.

Problématique

1. La problématique

L'être humain passe par différentes étapes de croissance. Le développement se poursuit tout au long de la vie, c'est un processus continu de changements et de transformations. Chaque période possède ses propres caractéristiques et aucune d'entre elles n'est plus importante que l'autre, chacune est influencée par la précédente et influence à son tour l'autre période. (Papalia D, Feldman R ,2014)

Chaque personne tente de s'adapter à son environnement. Après la naissance vient l'enfance et l'adolescence qui est une période de transition vers l'âge adulte, âge où toutes les fonctions de l'organisme sont à leurs niveau (acquises) et ensuite elles commencent à diminuer et à régresser progressivement à l'âge de la vieillesse qui est la dernière étape.

L'individu essaye d'entreprendre une vie sociale de sorte qu'il puisse assurer une certaine continuité, et une certaine sécurité psychique et physique, mais durant le développement chaque individu se retrouve influencé par son environnement, ses relations, etc.

Le vieillissement est une période naturelle de la vie correspondant à une modification des fonctions physiologiques, à une perte de relation sociale par l'arrêt de l'activité professionnelle et à une diminution des capacités physiques et cérébrales. On constate qu'au cours de l'avancée en âge, les processus du vieillissement normal est progressif et varie suivant chaque personnalité par rapport à leurs état de santé, leur métabolisme, mais surtout leur environnement social. (Blanchard et Mann, 1995, P23)

Selon l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), la vieillesse concerne les personnes âgées de 65 ans et plus. Par contre, dans d'autres cultures, nous

Problématique et hypothèses

percevons la vieillesse de manière différente, les uns considèrent souvent le début de la vieillesse lorsqu'une personne ne travaille plus, soit après 55 ans et pour quelques autres, elle débute vers l'âge de 75 ans lorsque la personne âgée a des besoins spécifiques d'équipements et d'aides aux soins. (Bloch H, 2011)

La vieillesse n'est pas une maladie; c'est un âge chronologique qui indique une régression des capacités fonctionnelles et des modes de vie suite aux changements de différentes dimensions de la personne à cet âge, notamment on retrouve des changements physiques, cognitifs affectifs et/ou sociaux. (Montagnier, 2008)

Il existe deux types de changements développementaux à l'âge du vieillissement, les changements quantitatifs, qui sont ceux que l'on peut mesurer, tels que les modifications de la taille et du poids, le nombre de mots de vocabulaire, l'augmentation et la diminution des activités, etc. Les changements qualitatifs désignent les transformations qui touchent la nature de la personne ou à son organisation interne, tels que la nature de l'intelligence, l'évolution de l'attachement, l'environnement familial et social. (Papalia D et Feldman R, 2014, P4)

L'avancée en âge a de nombreuses conséquences affectives et sociales, ce qui peut affecter la santé physique et psychique de l'individu. D'où on retrouve l'importance des relations familiales intimes et aimantes pour un développement sain. (Corpataux N, 2006)

Tout être humain se trouve pris dans une nécessité de se réorganiser et de se transformer sans cesse en réponse aux modifications qui interviennent dans son milieu de vie interne et externe pour garantir sa sécurité, sa continuité et sa permanence. (Routen P, 2003)

Problématique et hypothèses

Des relations chaleureuses, proches et attentives; non seulement sont importantes pour s'assurer que la personne se sente aimée et valorisée dans son milieu mais, de plus elles influencent la manière dont cette personne va se comporter face aux situations de pertes et de séparations. (Corpataux N,2006).

L'influence parentale et familiale agit de façon importante au cours des premières années de la vie d'un individu, jouant un rôle manifeste dans le développement de sa personnalité. L'attachement qui est un processus primaire débutant dans les tous premiers moments de la vie ; est un phénomène ayant été largement étudié et documenté, notamment par l'apport important des recherches cliniques du psychanalyste Bowlby (1969).

Nous nous sommes intéressés dans cette recherche, à la théorie de l'attachement car elle offre un cadre explicatif riche et puissant pour appréhender les histoires, les représentations et les comportements des personnes âgées.

La théorie de l'attachement est une théorie de la relation et du développement qui a été élaborée par Bowlby à partir des années 1950 en lien avec l'éthologie, la cybernétique et la psychologie cognitive. Initialement et principalement appliquée dans le champ de la petite enfance, l'utilisation de cette théorie pour l'étude des comportements et des représentations des adolescents, adultes et personnes âgées est beaucoup plus récente alors que Bowlby affirmait que les représentations d'attachement sont actives du berceau jusqu'à la tombe. (Bowlby, 1980).

On ne saurait aborder la théorie de l'attachement sans évoquer les noms de Bowlby, Ainsworth, ou encore Main qui ont fait de nombreuses recherches sur l'attachement.

Problématique et hypothèses

Les récents efforts quant à la compréhension des relations de proximité chez l'être humain du point de vue de l'attachement sont issus des travaux de Bowlby. En effet, ce dernier (1980) a longuement décrit comment les enfants deviennent émotionnellement attachés à leurs premiers « donneurs de soins » et stressés émotionnellement lorsqu'ils sont séparés d'eux. Pour cet auteur, ainsi que Ainsworth et Main l'attachement maintient une continuité tout au long de la vie en tenant compte des représentations qu'un individu en a de ses premières relations, de plus ses comportements sont déterminés par son style d'attachement en tenant compte de l'accessibilité de la figure d'attachement et du danger présent dans l'environnement. (Marty F et All, 2002)

C'est Mary Ainsworth (1989), qui va donner à la théorie de l'attachement de Bowlby son prolongement expérimental. Elle, suggère que les relations d'attachement sont un type particulier de lien affectif. Ces liens sont caractérisés par un désir de maintenir une proximité avec le partenaire qui est vu comme un individu unique et non interchangeable avec un autre. Les traits distincts de l'attachement, en comparaison avec les autres liens affectifs, sont que l'individu tente d'obtenir une proximité dans la relation qui va lui procurer un sentiment de confort et de sécurité. (Guedeney N et Guedeney N, 2013)

Ainsworth définit l'attachement comme un lien social et affectif qui se tisse entre un enfant et la personne qui en prend soin, ce lien persiste à travers le temps et l'espace sur un continuum. Hazan et Shaver (1990) ont élaboré un modèle des styles d'attachement, il porte sur quatre styles d'attachement qui sont : sécurisant (autonome), anxieux-ambivalent (préoccupé), évitant (détaché) et désorganisé (désorienté) ; modèle auquel nous allons nous référer durant notre travail de recherche. (Sperling M, 1994, p. 53).

Problématique et hypothèses

De nombreux auteurs (Bowlby, 1969 ; Ainsworth, 1978 ; Main, 1985) ont exploré les comportements d'attachement et les réactions manifestées chez l'enfant et chez l'adulte, suite à la séparation temporaire du lien avec une figure d'attachement, ces auteurs ont tenté d'expliquer les impacts émotionnels et comportementaux. De plus, ces études révèlent que les séparations répétées, les pertes, les abus ou les deuils auxquels l'individu est exposé ont d'importantes répercussions sur sa vie relationnelle. Après une certaine période de temps, l'individu est marqué par la tristesse de la séparation avec ses proches, adopte des comportements de détachement en démontrant un désintéressement lors des contacts avec les autres.

La plupart des personnes âgées ne veulent pas vivre en institution, et la plupart des familles ne veulent pas y placer leurs parents. La personne âgée interprète souvent ce placement comme un signe de rejet de la part de ses enfants. Ceux-ci hésitent souvent avant d'en arriver à cette solution et ils en éprouvent, par la suite, beaucoup de culpabilité. Cependant, il arrive qu'en raison des besoins de la personne âgée ou de la situation familiale des enfants, le placement en foyer soit la seule solution, du fait que ses donneurs de soin qui lui procurent une sécurité et un réconfort ne pourront plus lui être disponibles, ce qui peut être pour ces personnes âgées vécu comme un abandon ou un rejet de l'autre.

Au cours de notre recherche nous avons été particulièrement intéressés par certaines problématiques relatives aux liens affectifs et à leurs conséquences sur l'image de soi, ainsi qu'à la souffrance et le vide psychique ressenties suite aux épisodes de pertes ou de séparation, la crainte de l'abandon renvoyant à des expériences de rejets de frustrations et d'insatisfaction affectives. De plus à l'étude de l'évolution des représentations des liens d'attachement actuel (styles d'attachement) en fonction de l'évolution des relations sociales et notamment dans l'institution, aussi il s'agira d'apporter et d'enrichir d'avantage la

Problématique et hypothèses

compréhension de la nature des relations entre les comportements et les représentations de liens relationnel.

Dans notre recherche nos questions seront élaborées dans le but de savoir s'il existe une continuité des styles d'attachement tout au long de la vie ? Existe-t-il un rapport entre le style d'attachement et les relations des personnes âgées placées en institution ?

2. Les hypothèses

2.1.Hypothèse principale

❖ Toute personne développe un style d'attachement d'après ses relations avec les donneurs de soins au cours de ses premières années de vie, et puis se constitue des représentations qui définissent les futures relations

2.2.Hypothèses partielles

- ❖ Le style d'attachement développé chez une personne durant son enfance le conserverait tout au long de la vie.

- ❖ Il existe un rapport entre le style d'attachement et les relations des personnes âgées placées en institution.

3. Objectif de la recherche

Notre travail a pour objectif d'identifier les styles d'attachement chez les personnes âgées et de décrire leurs comportements et représentations qu'elles se font depuis les premières relations par rapport à la qualité de ses dernières. Nous voulons aussi savoir quel est leur état actuel vis-à-vis des expériences vécues et quel est leur impact sur l'adaptation et le futur développement relationnel de ces personnes en institution.

PARTIE
PRATIQUE

Chapitre III :
Méthodologie de la
recherche

Préambule

Chaque chercheur doit adopter une démarche scientifique qui comporte une méthodologie pour le guider et l'orienter durant sa démarche afin que cette dernière soit bien établie, adéquate et basée sur des techniques spécifiques pour pouvoir infirmer ou confirmer ses hypothèses.

Bien évidemment nous avons d'abord fait une recherche théorique sur notre thème de recherche dont l'objectif était d'avoir plus d'information sur notre thème et pour ne pas avoir de difficultés durant notre recherche pratique.

Dans ce chapitre nous allons présenter la méthodologie qu'on a utilisée, nous présenterons la population, le lieu de recherche, ainsi que les techniques et les outils utilisés pour la récolte de données.

1. La pré-enquête

Durant notre travail de recherche « Attachement des personnes âgées placés en institutions » nous avons recueillis le maximum d'informations sur l'attachement depuis la naissance jusqu'à la personne âgée, ainsi que sur les changements liés au vieillissement sur el plan physique, psychologique et relationnel.

Dans toute recherches scientifique, la pré-enquête est très importante, celle-ci consiste à essayer sur un échantillon réduit les instruments qu'on a prévus pour effectuer l'enquête dont l'objectif est le recueil de données. (Madeline G, 2001, P550)

Cette étape est très importante et essentielle durant la recherche. C'est une phase de déchiffrage, d'investigation préliminaires de reconnaissance ; phase de terrain assez précoce. Le chercheur va tenter de s'adapter et de se familiariser

avec son sujet et tester ses outils d'investigations afin de formuler ses hypothèses de recherches.

Durant notre enquête nous nous sommes rapprochés du foyer d'accueil pour personnes âgées et/ou handicapés de Bejaia qu'on a choisi comme lieu de stage, on s'est présenté en temps qu'étudiantes en Psychologie Clinique préparant un travail de fin d'étude, à l'université Abderrahmane Mira de Bejaia en vue d'obtenir un diplôme de Master, en présentant notre thème de recherche auprès du directeur du foyer qui nous a donné l'autorisation d'accès à ce centre.

Après l'autorisation, nous nous sommes rapprochés du foyer pour découvrir le terrain et on a pu établir des liens relationnels avec les professionnels du foyer.

Après la découverte du terrain et du personnel du foyer, nous avons pris contact avec les personnes âgées résidentes au foyer, nous nous sommes présentés, et nous avons commencé à sélectionner notre échantillon en testant sur eux quelques une de nos questions de recherches en relation avec notre outil d'investigation pour voir s'il est adapté à notre population d'étude, mais avant ça, nous leurs avons posé des questions temporeles et spatiales de manière indirecte pour choisir notre population d'étude parce que beaucoup d'entre eux sont des cas démentiels ou des cas psychotiques.

Dans cette étape c'est le chercheur qui va vers le sujet d'étude avec une demande précise, entretient une relation de confiance avec lui, ce qui conduit à un entretien pour le recueil d'informations nécessaires.

Durant notre recherche, le premier contact était gênant pour quelques uns et agréables pour d'autres, quel que soit leurs cas nous leurs avons laissé la libre

expression, ce qui les a mis à l'aise par la suite, quoique parfois on a intervenu uniquement pour recadrer le discours du sujet par rapport à notre enquête.

À la fin seuls dix cas correspondaient à nos critères que nous allons citer par la suite. De plus nous avons élaboré un guide d'entretien et un cadre théorique (car les personnes âgées étaient plus à l'aise dans leur endroit de détente habituel comme le jardin du foyer, la salle d'activité, la cour, que dans une pièce avec un mobilier de bureau et avec des visages étrangers).

2. Présentation du lieu de recherche

Notre recherche s'est déroulée au sein du foyer pour personnes âgées et/ou handicapées de Bejaia, créé par le décret exécutif N°01-53 du 12 Février 2001, qui a ouvert ses portes le 27 Avril 2003 à l'occasion de la journée nationale des personnes âgées. Ce foyer est régi à ce jour par une loi, un règlement administratif et un conseil d'administration.

Ce foyer est situé à Sidi Ouali ; Bejaia, sa capacité d'accueil ne dépasse pas une centaine de personnes. L'établissement occupe une assiette d'une superficie totale de 2374 M² bâtie et 5722 M² non bâtie (espace vert).

Parmi le personnel du foyer on retrouve le directeur ; chef de projet de l'institution responsable de tous les services qui existent dans le foyer. On retrouve deux services importants l'un est celui de l'administration et des finances qui sont effectués par les comptables et économistes et administrateur, l'autre est celui de médico-psycho-pédagogue ; qui comprend deux sections :

- La section médicale, composée de médecin généraliste et d'infirmières

- Et la section psychopédagogique; qui est composée de psychologues clinicien(ne)s, d'assistantes sociales, et d'éducateurs.

Ce centre accueille les personnes âgées plus de 60 ans sans ressources financières et qui n'ont pas de personnes pour les prendre en charge. Ainsi que les personnes handicapées moteurs âgées de plus de 15 ans sans ressources et qui sont déclarées inaptes pour le travail.

Ces résidents sont pris en charge psychologiquement pour l'écoute des plaintes et des souffrances, on leur propose un ensemble d'activités, d'animations et de loisirs qui leur permettra de reprendre contact avec la réalité sociale et les aider à reprendre confiance en leurs capacités.

L'objectif principal du foyer est de rendre à la personne âgée sa place sociale et sa dignité et lui permettre à nouveau de se sentir aimée, acceptée et valorisée.

Au cours de notre pratique nous avons aussi remarqué que l'administration a mis à leur disposition des animaux qu'ils pourront même élever et des espaces verts pour ceux qui veulent faire de l'agriculture, et parmi les loisirs on retrouve la radio, la télévision et les sorties organisées que les personnes âgées apprécient énormément.

Actuellement, ce foyer est en train d'élaborer un projet pour la prise en charge à domicile pour les personnes âgées vivant seules et qui refusent le placement dans un foyer pour personnes âgées et/ou handicapées.

Ce foyer a pour objectifs :

- Aider la personne âgée à vivre sa vieillesse.
- Aider la personne âgée et handicapé accéder à un minimum d'autonomie.
- Aider la personne âgée et handicapée à participer à la vie institutionnelle.

- Donner à la personne âgée toutes les possibilités pour prendre en main l'organisation de sa vie.

Ce foyer a une capacité de prise en charge de 100 personnes, qui sont prises en charge par plusieurs services qui comptent des services médico-psycho-pédagogique, le personnel du foyer varie entre les infirmiers et infirmières, les femmes et hommes de ménage, les cuisiniers, ceux qui sont au dressing et aux douches, deux psychologues, une assistante sociale, un chargé des activités culturelles et touristiques, un directeur, secrétaire du directeur...etc.

Cette institution met à la disposition des résidents deux cours, un jardin et des animaux pour leur divertissement, une terrasse, un salon, une cafétéria, un restaurant, et des chambres de deux lits pour deux personnes.

Nos Observations :

Cette institution fonctionne selon une réglementation interne qui garantit un certain mode de vie conforme à l'éthique de notre société. Autrement dit, les pensionnaires bénéficient d'une certaine liberté individuelle ; entre autres, l'heure du réveil, qui n'est nullement exigée, mais en pratique ils sont liés par les horaires des repas. Par exemple, le petit déjeuner n'obéit pas à un horaire fixe, mais en même temps on ne peut pas dépasser 08h30. A des moments, lorsque le petit déjeuner est servi de bonne heure, ceux de la grasse matinée ne seraient pas servis. Au bout du temps, cette liberté obéit à un certain fonctionnement lié à l'organisation du travail du personnel et non pas l'inverse.

Pour les pensionnaires de la catégorie autonome, le foyer a mis à leur disposition une cafétéria, quotidiennement à l'exception du mois de « ramadhan ». Durant ce mois, des activités d'animation s'y déroulent le soir, par la présence des pensionnaires qui se retrouvaient après la rupture du jeûne. Pour la seconde catégorie, les grabataires, les éducateurs et aide éducateurs les prennent en charge directement en les nourrissant dans leur chambre sans les déplacer.

Le long de l'année, une alarme se déploie le matin pour annoncer le début de la journée. L'ensemble des pensionnaires se réunissent à la salle à manger, dite réfectoire, pour le premier repas qui sera pris en charge par le cuisinier. Les pensionnaires présents sur place, face au chariot où se trouve du lait, café et des viennoiseries, seront servis. Une fois le petit-déjeuner pris, les autonomes avec des autorisations rejoignent le quotidien à l'extérieur du foyer pour un retour le plus souvent ne dépassant pas 17h00 sauf exception. Or, pour le reste, avec l'arrivée des employés qui commencent le service conformément à leurs tâches assignées. Parmi les tâches les plus importantes relatives à l'hygiène en général, et celle des pensionnaires en particulier. Le foyer dispose de douches mises à leur entière disposition. Pour les semi-autonomes voir grabataires, le personnel (éducateur et aide éducateur) veille à leur hygiène corporelle. Des contraintes s'étendent jusqu'aux tâches qui touchent directement les pensionnaires ; et qui peuvent s'inscrire comme une maltraitance inconsciente de leur part. Par ailleurs, l'hygiène de l'espace de vie commence par la literie ; des femmes de chambres sont assignées à cette mission. Corollairement, le nettoyage des sanitaires est tenu par une femme de ménage affectée au corridor femme, et un homme pour le second. Généralement, ce volet de l'hygiène occupe la première moitié de la journée.

Dans l'attente du repas de midi, le personnel s'offre une pause. Pour les pensionnaires, abandonnées à leur sort, tentent de trouver une occupation, ceux qui regardent la télévision, pour d'autres à ressasser des souvenirs pénibles pour faire face à leur solitude jusqu'à endormissement sur le fauteuil roulant. La cloche qui retentit convie les pensionnaires au repas ; qui seront servis par les éducateurs. Sans exclure le personnel, donnant un coup de main par-ci par-là, pour qu'ensuite, ils puissent se servir. Notant la présence du service médical avec les aides soignants et l'infirmière, à des moments rares le médecin, pour administrer le traitement de chacun. L'après repas, un moment d'inactivité jusqu'à 15h où les pensionnaires peuvent faire une sieste et le personnel veille à

leurs confort. A 15h30 c'est l'heure du goûter. Les éducateurs se préparent à sortir à 17h pour que l'équipe de service de nuit rentre et reprend le travail avec une passation de consignes entre eux.

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

3. Présentation de la population d'étude

Durant notre enquête nous avons pu trouver 10 cas (dont ; 4 femmes et 6 hommes) qui correspondaient à nos critères de sélection, sur un total de 65 personnes hébergées en institutions.

3.1. Critères de sélection

- Notre population d'étude est constituée de personnes âgées placées en institution.
- L'âge varie entre 60 ans et 75 ans.
- Sujet en bonne santé.
- Ceux qui parlent la langue Kabyle, l'Arabe et/ou Française.
- Sujet n'étant pas atteint de démence, de souffrance psychiques, de traumatisme crânien, ou de troubles psychiatriques.

3.2. Critères non retenus

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

- Le sexe; dans notre étude on a travaillé avec les deux sexes, sans complexe, ni difficultés.

3.3. Tableau représentatif de la population d'étude

Cas	Age	Profession	Situation matrimonial	Entrée en institution
Mr « A »	78ans	Vernisseur	Divorcé	03 Février 2011
Mr « B »	61 ans	Maçon	Divorcé	06 Mars 2014
Mme« D »	79 ans	Femme de ménage	Divorcée	09 Mai 2010
Mme « F »	65 ans	Femme au foyer	Divorcé	29 avril 2009
Mme « M »	75 ans	Femme au foyer	Veuve	22Novembre2004
Mr « O »	66ans	Agriculteur	célibataire	26 Avril2003
Mme« T »	65ans	Femme au foyer	Veuve	24 décembre2014
Mr «S»	72 ans	Cuisinier	Divorcé	06 Mars 2015
Mr « R »	68 ans	Orchestre	Divorcé	3Janvier2012
Mr «Y »	68ans	Maçon	Divorcé	07 Janvier2010

4. La méthode clinique

Le mot clinique (d'origine grec) en psychologie renvoie à une demande d'aide, à une souffrance d'un être humain, en même temps à une rencontre entre deux humains, l'un c'est celui qui demande, l'autre c'est celui qui va répondre à la demande, et avec sa compétence et sa présence va aider et soulager le demandeur d'aide. En clinique le psychologue ne choisit pas la personne qu'il va rencontrer. (Robinson B, 2005, P 18)

En recherche le sens va s'inverser, car c'est le psychologue chercheur qui va à la rencontre d'un sujet humain (qu'il choisira à partir de certains critères dans le but de recueillir des informations et de vérifier ses hypothèses. (Robinson B, 2005, P 21)

La méthodologie s'insère dans toute activité pratique car la méthode clinique est une démarche théorique et pratique, de plus la méthodologie est indispensable pour guider le chercheur tout au long de sa recherche. (Samacher R, 2005, P33-34)

La méthode clinique qui est une démarche d'investigation, elle vise la reconnaissance et la nomination de certains états d'aptitude et de comportements. Le chercheur va s'intéresser à l'histoire du sujet et aux comportements de ce dernier pour mieux le comprendre et pour recueillir le plus d'informations possibles. (Huber W, 1987, P177)

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

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

- **Etude de cas**

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

La recherche en psychologie clinique a pour but l'observation, la description et l'explication des phénomènes et processus rencontrés en psychologie en général, elle consiste aussi dans l'élaboration d'un savoir théorique sur un phénomène observé. (Huber W, 1987, P175)

La méthode descriptive est une méthode qui permet d'obtenir une description du phénomène tel qu'il est. (Tavris C et Wade C, P38).

Selon J. P. Beangrond, cette méthode a pour objectif « d'identifier les composantes d'une situation donnée, et de décrire les relations qui existent entre ses composantes ». (Chahraoui Kh et Benoney, 2003, P125)

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

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

Quoi qu'elle présente une grande utilité pour les chercheurs qui ne disposent parfois d'aucun autre moyen pour étudier une problématique donnée.

L'étude de cas a beaucoup d'avantage dans la recherche ; elle nous permet de faire une description et d'analyser en profondeur des phénomènes dans leurs contextes, et nous offre la possibilité de connaître l'anamnèse d'une personne ayant pour objet le repère des causes et la genèse de ses problèmes. Et elle a aussi quelques inconvénients ; car elle est très couteuse en temps que ce

soit pour le chercheur ou pour les participants, et aussi il y a l'inconvénient de rencontrer des sujets qui révèlent des souvenirs inexacts. (Gagnon Y, 2012, P4)

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

5. Les techniques de recherche

Afin d'étudier l'attachement chez les personnes âgées placées en institutions, on a choisi deux outils d'investigation ; l'entretien clinique qui est déjà un processus qui facilitera la communication avec le sujet et qui nous permettra de recueillir des informations personnelles sur eux et comme deuxième outil nous avons choisi l'AAI (adult attachment interview) une échelle qui nous permettra de connaître les styles d'attachement qu'ont ces personnes âgées et leurs relations avec leurs entourage familial et social.

5.1. L'entretien clinique

L'entretien clinique fait partie de la méthode clinique, il est synonyme de conversation, discussion, ou dialogue. (Benony H, et Chahraoui K, 1991, P14)

Comme l'a défini M Grawitz, c'est une méthode de collecte de données et un procédé d'investigation scientifique, dans lequel nous utilisons une communication verbale pour recueillir des informations en relation avec notre thème de recherche. (Depelteau.F, 2000, P314)

Dans l'entretien clinique, en plus du côté verbal qui compte, on retrouve aussi le côté non verbal qui peut être aussi une source de recueil de données, en plus des tests standardisés, les questionnaires, les échelles d'évaluation, etc. (P 194 lavande)

C'est un outil capital pour le psychologue, et dispositif de base en psychologie clinique, il aide le chercheur à partir de la collecte de données sur son histoire de vie, ses expériences, ses relations et ses expressions ; à appréhender et à comprendre le fonctionnement psychologique et les comportements d'un sujet.

L'entretien de recherche vise à recueillir le maximum d'informations sur le sujet, c'est un outil indispensable pour avoir accès aux informations subjectives des sujets comme sa biographie, ses expériences, ses croyances, ses émotions, souvenirs, etc.

Cet outil méthodologique permet la production de données pertinentes et significatives, s'il est bien adapté à la situation de recherche.

5.1.1. L'entretien semi-directif

Il existe trois formes d'entretien selon l'objectif recherché (centré, non - directif, semi-directif).

L'entretien semi-directif est le plus courant en recherche, ce n'est qu'en fonction des hypothèses de recherche que le chercheur se servira d'un guide d'entretien. Il invite donc le sujet à produire un discours aussi riche que possible à-propos du thème évoqué. Quoique le chercheur peut intervenir pour recadrer le sujet ou relancer et préciser l'énoncé. (Chahraoui K et Bénony H, 1991, P16)

Comme l'a défini Chiland, c'est une situation donnée dans la laquelle le psychologue pose de simples questions sur son thème de recherche pour orienter le discours, le chercheur dans ce cas là peut utiliser un guide d'entretien dans

lequel il prépare toutes ses questions à l'avance lequel il se propose de mener son investigation, ces questions ne sont pas posées de manière ordonnée ou hiérarchiques, mais au moment opportun de l'entretien clinique. Et il peut y'avoir d'autres questions qui ne seront pas notées dans le guide et qui seront adoptées durant l'entretien. (Chiland.C, 1983, P11)

Dans notre recherche nous avons recueillis les informations recherchées a l'aide d'un entretien semi directif composé de quatre axes.

Le premier axe qui comporte les informations personnelles, le deuxième comporte des questions sur la vie privée des personnes âgées, le troisième parle de l'entrée et le vécu des personnes âgées dans le foyer et enfin le quatrième sur la vie relationnelle et sociale que vous trouverez en annexes.

5.2. L'Adult Attachment Interview (AAI)

5.2.1. Présentation de l'outil

Ce n'est qu'à partir des années 1980 que Main élève de Ainsworth, développe après ses recherches et observations auprès de 40 familles et leurs enfants qu'elle a suivis durant six ans.

Il permet d'explorer les représentations et les comportements d'attachement et aussi la qualité de sécurité d'une personne selon ses souvenirs d'enfance et de sa vie adulte pour déterminer le type d'attachement d'une personne.

5.2.2. La passation de l'AAI

L'AAI est un entretien semi-structuré destinés aux adulte, il se compose de trois parties essentielles ; la première est celle de l'état d'esprit actuel vis-à-vis de l'attachement.

La deuxième sur les relations de leurs enfance, partie dans la quelle les sujets vont être interrogé sur leurs relations avec chacun de leurs parents et leurs demander de nous les décrire, ainsi que leurs relation avec chacun d'eux, ici ils vont nous raconter les expériences avec leurs parents dans l'enfance et de leurs enfants a l'âge adulte afin de connaitre la constitution de leurs model interne opérant et leurs perceptions sur les relations d'attachement.

La troisième s'intéressera aux expériences de séparations, aux éventuels abus ou rejets que le sujet aurait subis ainsi qu'aux expériences de deuil.

Cet outil ne vise pas à évaluer l'attachement des personnes enfant mais adulte tout en découvrant la constitution de leurs représentations sur l'attachement et comprendre le développement de leurs attachement ainsi que leurs comportements d'attachement durant l'âge de la personne.

L'AAI est d'une grande richesse mais très couteux en temps. Chaque entretien nécessite au moins une heure de passasions puis plusieurs heures de cotation

Après la passation de l'AAI l'intégralité du discours va nous permettre la cotation, celle-ci se fera sur le texte sans prendre en considération le contenu non verbal (les mimiques, le ton, etc.). L'analyse du discours porte essentiellement sur sa forme et sa structure plus que sur son contenu.

La cohérence du discours est examiné, et plus particulièrement, celle entre les adjectifs donnés pour chacun des parents.

5.2.3. La cotation de l'AAI

Pour classer ces personnes selon les types d'attachement, on doit d'abord évaluer leurs expériences avec chacun des parents (par exemple, leur relation était remplie de rejet, d'amour ou de négligence ou qu'il y a une pression sur eux pour la réussite, etc.) et évaluer l'état d'esprit actuel (idéalisation, colère, dénigrement, passivité des processus de pensée, métacognition, peur de perdre son enfant, deuil ou traumatisme non résolu, cohérence du discours, et cohérence de la pensée).

L'AAI permet d'identifier quatre styles d'attachement l'égard des relations d'attachement chez l'individu ; pour déterminer un type d'attachement nous allons nous référer aux classifications suivantes :

Les sujets ayant un type d'attachement « **autonome** », sont ceux qui ont un état d'esprit sécurisé vis-à-vis de l'attachement et on trouve qu'ils développent un discours cohérent de leurs expériences passées et de leur enfance quelles aient été difficiles ou non. Ils ont la possibilité d'explorer librement leurs pensées concernant leurs figures d'attachement sans se laisser déborder par les émotions liées aux souvenirs. Les relations affectives, familiales ou amicales sont valorisées sans que le sujet en soit complètement dépendant.

Les sujets ayant un type d'attachement « **détaché** » sont ceux qui ont un esprit d'état actuel détaché. Les sujets dans ce cas là évitent l'évocation des expériences en rapport avec l'attachement. L'entretien est marqué par une incohérence entre les adjectifs très positifs décrivant les parents et l'impossibilité d'illustrer cette description par des souvenirs précis. Et ils ont tendance à minimiser les relations d'attachement et à idéaliser leurs parents.

Au fil de l'entretien, certains épisodes peuvent contredire les descriptions générales très positives de leur enfance.

De plus, les sujets ayant un état d'esprit actuel détaché ne peuvent pas percevoir l'influence de leurs expériences sur le développement de leur personnalité.

Les sujets ayant un esprit actuel « **préoccupé** » font un récit de leurs passé très fourni sans parvenir à se focaliser sur les questions de l'entretien et leur récit devient souvent digressif. Leurs pensées semblent complètement prises par leurs expressions passées et dans leurs relations avec leurs parents. Les émotions liées à leurs souvenirs semblent les déborder. Ils peuvent montrer un sentiment de colère actuel et mal contenu vis-à-vis de leurs parents ou osciller entre des positions diamétralement opposées concernant l'appréciation de leurs relations avec leurs parents. Ce type d'attachement regroupe les personnes qui semblent excessivement pris par les relations d'attachement, ce qui les rend confus, non objectifs et incohérents.

D'autres adultes sont catégorisés « **non-résolu/désorganisé** », catégorie qui regroupe les sujets ayant un discours désorganisé dans sa forme ou dans son contenu. Lors de la discussion de traumatismes vécus (perte, deuil, abus), ces individus présentent une défaillance dans le raisonnement ou dans le discours.

6. Attitude du chercheur

L'attitude du chercheur s'appuie sur des règles déontologiques, et éthiques, le chercheur doit avoir une neutralité bienveillante sans porter de jugement à l'égard du sujet et être objectif, il doit le respecter et avoir son accord de répondre aux questions de recherche, il doit le mettre à l'aise et en confiance.

Durant notre recherche on était face à des personnes âgées qui prennent chaque matin de 8h30 à 11h30, l'air dans le jardin ou qui circulaient dans les

couloirs, ou qu'on retrouve seulement dans la salle d'activité sans rien faire à attendre le goûter. Et il y'avait même ceux qui sortaient pour revenir à 11h30 au moment du déjeuner. On était obligé de les chercher un par un. On avait une attitude neutre et objective durant nos premiers entretiens, on s'est présenté, on a établi une relation de confiance, nous leur avons expliqué notre thème de recherche et ils étaient plutôt coopératifs, après avoir confirmé notre sélection on a commencé la passation du guide d'entretien. Parfois on avait à faire face à des sujets qui changent de sujet, qu'on recadre et on relance le discours sur notre thème de recherche. D'autres qui se taisaient souvent lors d'un souvenir désagréable et parfois juste pour s'en souvenir des détails de ce qu'ils racontaient.

7. Les difficultés rencontrées lors de la recherche

La difficulté de trouver des personnes âgées de 60 ans et plus, n'ayant pas une démence ou des troubles pathologiques (tels que la psychose).

- Difficultés de les interroger durant le premier contact.
- La difficulté d'établir un cadre adapté, du fait que les personnes âgées se sentent plus à l'aise dans les salles d'activités, dans le jardin que dans un bureau fermé à discuter de son passé et de ses sentiments.
- Difficultés de prendre des notes ; le fait de nous voir avec un stylo ou une feuille il répète la phrase suivante « c'est bon j'ai tout dit, ils ont tous marqué, je n'ai rien à rajouter » du fait que la plus part d'entre eux ont été questionnaient auparavant par d'autres stagiaires.

8. Le recueil des données :

Après avoir sélectionné notre échantillon au niveau du foyer pour personnes âgées et/ou handicapées, nous avons discuté les cas sélectionnés avec

le médecin généraliste et la psychologue du centre pour confirmer qu'ils correspondaient aux critères de notre sélection.

Pour le recueil de données, nous avons d'abord repris contact avec notre échantillon pour leur réexpliquer notre objectif de recherche; ils ont facilement accepté de participer à notre recherche et se sont montrés coopératifs.

Par contre, ils ont préféré que les entretiens se déroulent en dehors du bureau de la psychologue pour être à l'aise, alors on devait nous adapter à chaque endroit dans lequel se retrouve la personne et construire un meilleur cadre (qui était au nombre de deux séances) pour faciliter le recueil des données.

Nous avons utilisé le guide d'entretien pour recueillir le maximum d'informations durant le premier entretien, et durant le deuxième nous avons utilisé l'AAI (Adult Attachment Interview) dans le but de connaître leur style d'attachement et de comprendre leurs comportements.

Conclusion

Notre recherche porte sur l'attachement chez les personnes âgées placées en institution. Nous nous sommes intéressée à la à comprendre comment cet attachement ou ces styles d'attachement différent d'une personne à une autre, malgré le fait qu'elles vivent dans le même milieu et les mêmes circonstances, ces différences découlent de leurs expériences vécues durant leur enfance et les années qui ont suivies. Pour mener cette recherche, notre pratique s'est déroulée dans le foyer pour personnes âgées et/ou handicapées (F.P.A.H) de Bejaia. Pour cette étude nous avons opté pour l'application de l'échelle AAI de Mary Main avec un entretien clinique semi-directif.

Ce chapitre de méthodologie nous a guidées tout au long de notre travail de recherche. L'entretien semi-directif et l'AAI nous ont permis de rassembler des données que nous pouvons analyser et interpréter afin d'infirmier ou de confirmer notre hypothèse de recherche.

Chapitre IV :
Présentations, analyses
et discussion des
hypothèses

Préambule

Dans ce présent chapitre, nous allons procéder en premier lieu à la présentation des données et à l'analyse de l'entretien puis à la présentation des données et à l'analyse de l'AAI. Et enfin en dernier lieu nous allons procéder à la discussion de nos hypothèses soit en les confirmant ou infirmant.

1. Présentation et analyse des cas

1.1. Présentation et analyse de l'entretien de cas de Mr « A »

Mr «A » âgé de 78ans, divorcé sans enfants, sans niveau d'instruction, il a travaillé comme vernisseur, n'a pas de ressources financières. Il est au foyer depuis trois ans.

1.1.1. Présentation et analyse de l'entretien

Il nous raconte qu'il a un demi-frère du côté de son père avec qui il n'a jamais eu de relation parce que son père l'a abandonné lorsqu'il s'est remarié.

Il est divorcé, il nous raconte avoir été marié très jeune mais d'après ses dires on a pu constater qu'il ne s'est pas investi dans sa relation conjugale « je n'ai pas pu vivre avec elle, moi j'étais jeune, libre et indépendant et elle était là tout le temps derrière moi, plus ses parents qui se mêlaient toujours de notre relation, alors j'en ai eu assez et je l'ai quittée » dit-il.

Il nous explique qu'après avoir malade ; il est revenu à sa ville d'origine, après des soins, les médecins lui ont amputé sa jambe gauche pour cause médicale, dont il n'a pas voulu nous parler ce qui nous emmène à comprendre qu'à travers le non dit se cache une souffrance très importante.

Après son amputation, il est resté plusieurs jours à l'hôpital, puisque il n'avait nulle part où aller. Son médecin traitant l'a envoyé au foyer avec son constamment. Il dit « je vais mal depuis mon installation, tout ça c'est la faute

Présentations, analyses et discussion des hypothèses

des médecins et la cause de ma jambe qui me fait sentir inutile et sans importance aux yeux des autres » ce qui nous fait penser qu'il a un sentiment d'inexistence.

Depuis son installation, il a reçu quelques visites de son cousins, qu'il n'aime pas vraiment, avoue-t-il. Il s'est fait un seul ami depuis son installation, et il est en colère envers tous les médecins et soignants, ce qui l'a empêché d'avoir des relations avec le personnel soignant du foyer. De plus il ne fait plus confiance aux médecins.

Au foyer Mr « A » ne participe à aucune des activités organisées par le foyer appart assisté aux fêtes.

En le questionnant sur sa confidentialité il nous rapporte une contradiction, d'une part il parle de son ami au foyer comme un confident, d'autre part il dit : « je n'aime pas le personnel, ni les résidents, je n'ai confiance en personne ».

Lorsqu'on a abordé le sujet du travail, il était bouleversé par le fait qu'il ne puisse plus exercer son métier de vernisseur à cause de l'amputation de sa jambe.

D'après ses informations il était sociable auparavant dans son milieu de travail, ses collègues l'aimaient bien pour ce qu'il faisait, mais depuis son arrêt de travail, il ne côtoie plus les gens, sauf une personne au foyer avec qui il passe son temps.

Son amputation l'a perturbé et a développé des sauts d'humeurs, envers toute personne lui apportant de l'aide.

1.1.2. Présentation des résultats de l'AAI

Durant notre deuxième rencontre, nous avons trouvé Mr « A » nerveux à l'attente du retour du médecin du foyer. On a relancé la question pour mieux comprendre son état. Il vit avec l'espoir de revoir son médecin traitant par le biais du médecin du foyer qu'il n'a pas consulté depuis son entrée, car ces derniers lui ont annoncé qu'il pouvait avoir une prothèse et marcher à nouveau.

Mr « A » n'a pas voulu parler de son enfance. Il s'est beaucoup centré sur un sa relation avec son frère. On relance en lui demandant de nous parler de sa relation avec ses parents mais continu à parler de son frère dont on ne connaît pas son existence, car lors de l'entretien il a cité que son père l'a abandonné et cette fois ci il a cité qu'il était décédé et qu'il ne l'a pas connu.

Il n'a pas voulu nous parler de ses parents mais il nous a parlé de sa femme, là aussi on remarque une contradiction avec ses dires de l'entretien, en disant qu'il a vécu une bonne relation conjugale avec elle.

Mr « A » n'a pas d'enfant mais aurait aimé en avoir pour être bien pris en charge et comblé affectivement.

En cherchant à connaître ses expériences de pertes, d'abus ou de séparation, il nous parle uniquement de la perte de sa jambe qui a introduit un brusque changement dans sa vie, de sa relation avec les médecins et ce qu'il pense sur eux ainsi que son état de santé

1.1.3. Analyse de l'AAI :

A travers les résultats obtenus ; Mr « A » nous a présenté un discours incohérent, n'a pas parler de son enfance et de ses expériences relationnelles, il a donné souvent des réponses courtes et il s'est concentré sur son état de santé et nous a expliquer comment il en est arrivé là.

On conclut que Mr « A » a souffert et souffre encore d'un traumatisme non résolu et présente une défaillance dans le discours.

Tout au long des deux entretiens il a présenté des attitudes incompréhensibles, se montrant méfiant envers les spécialistes médicaux et a un modèle interne opérant négatif des autres. Ce qui nous amène à le coté « désorganisé » vis-à-vis de l'attachement.

1.2. Présentation et analyse de cas de Mr « B »

Mr « B » est une personne âgée de 61 ans, non instruite ayant une profession de maçonnerie. Sans aucune ressource financière. Résidant depuis un an au foyer.

1.2.1 Présentation et analyse de l'entretien de Mr « B »

D'après ses dires cet homme marié deux fois, lorsqu'il nous parle de sa première femme, il dit « je me suis marié la première fois avec une ravissante femme que j'aimais énormément, elle est morte après avoir donné naissance à notre fille ». On a remarqué que le fait de nous parler de cet événement l'a particulièrement rendu triste.

Mr « B » a cinq enfants dont quatre filles et un garçon, et deux petits enfants. Il a trois frères et une sœur avec qui il a toujours gardé le contact et avec qui il n'a pas de conflits

En le questionnant sur son entrée en institution, il nous raconte qu'il vivait seul parce que toute sa famille l'a délaissé pour s'installer à Alger chez leur grands parents maternel, parce qu'il ne pouvait pas quitter sa ville là où il travaille et où il a construit sa maison, mais il a toujours gardé le contact avec eux. On a remarqué qu'il éprouvé une certaine colère envers sa femme en parlant d'être délaissé en disant : « c'était à cause de ma femme que mes enfants

sont allés vivre avec elle à Alger, elle a eu tort de faire ça, c'était injuste et irresponsable de sa part »

Après plusieurs années de solitude, à son âge il s'est retrouvé dépendant et ne pouvait plus se prendre en charge, ce qui l'a amené à demander à son voisin de le ramener à l'institution. Depuis son installation Mr « B » s'est senti plus à l'aise mais plus éloigné de ses proches. Il dit « heureusement, que mes enfants et mon frère viennent me rendre visite très souvent, d'ailleurs je ne vais pas tarder à sortir et aller vivre auprès de mes enfants»

Depuis son installation il s'est fait deux amis avec qui il passe la plus part de son temps, sinon il aime bien participer aux fêtes et aux sorties organisées par l'institution.

Lors d'un conflit rencontré, il se confie au personnel soignant qui le soutient et l'écoute à tout moment.

La baisse de ses capacités physiques l'ont emmené à s'arrêter de travailler et à ne plus se déplacer pour voir sa famille. Il nous dévoile avoir ressenti un sentiment de faiblesse et d'inutilité dans la société ce qui l'a emmené à s'isoler.

Il nous informe avoir été sociable et amical auparavant et qu'il n'avait pas de difficulté à entretenir une quelconque relation avec les autres.

Il dit : « toute aide reçue me rend heureux car je me sens comme un être qui existe toujours et que je ne suis pas négligé par les autres »

1.2.2. Présentations des résultats de l'AAI

En lui posant la question sur son état actuel il répond « je suis bien, malgré mon âge et la perte de certaines de mes capacités, je suis fier de ce que j'ai fait durant toute ma vie, lors de mes travaux de maçonnerie, car mes clients étaient tous satisfaits de mes constructions. » il reprend « malgré mon bien être au foyer

et mes bonnes relations avec les autres, souvent je me sens triste de ne pas pouvoir être auprès de ma famille ni de voir mes petits enfants grandir, d'ailleurs mes pensées sont toujours avec mes enfants ». En ce qui concerne sa santé psychique il déclare avoir des troubles du sommeil.

Il a évité de nous parler beaucoup de ses relations avec ses parents, il dit « que voulez vous que je vous raconte, j'ai vécu une enfance assez joyeuse, ma mère était très gentille avec moi, elle faisait toujours attention a moi, elle était toujours présente lorsque j'avais besoin d'elle, et elle craignait qu'il m'arrive quoi que ce soit ». On relance la question en lui demandant de nous parler de sa relation avec son père mais on remarque une vague de silence et de déception et nous informe avoir peu de souvenir de lui.

Il reprend « mes parents étaient de nobles personnes, ils ont fait tout ce qu'ils ont pu pour bien prendre soin de moi et mes frères »

En lui demandant de nous parler de sa relation avec ses enfants, il sourit puis il redevient nerveux, « j'ai voulu être toujours présent, leur offrir tout mon amour, mais ma femme ne m'a pas permis de les élever comme j'ai souhaité »

En relançant la question sur sa relation avec ses enfants, il nous informe que sa relation avec eux est un peu distante mais rien n'empêche que ses enfants cherchent toujours après lui et veulent le ramener chez eux.

D'après ses dires il a été traumatisé par la mort de sa première femme, « c'était une séparation que j'ai jamais attendue, c'était très difficile pour moi d'accepter son départ », il nous dévoile avoir développé des troubles tel que la dépression et une angoisse de se séparer de sa mère qui est restée près de lui tout le temps pour le soutenir et l'encourager et il nous confie avoir suivi un traitement psychiatrique pour s'en sortir de perte.

Après la mort de sa première femme sa mère l'a soutenu et lui a chercher une deuxième épouse, mais avec qui il ne s'entendait pas et a fini de divorcé avec elle, ce qui l'a rendu aussi triste mais il a gardé toujours le contact avec ses enfants et il leur rendait visite de temps à autre.

1.2.3. Analyse de l'AAI de Mr « B »

A partir des résultats rapportés de Mr « B », on l'a coté comme une personne ayant un esprit « autonome » vis-à-vis de l'attachement.

C'est une personne qui s'engage facilement en relation avec les autres, ces relations sont décrites d'amicale et de confiance. Durant ses expériences relationnelles depuis son enfance ; il a développé un MIO positif de soi et des autres, de plus il avait un discours positif de son enfance et parle de son expérience de deuil d'une manière organisée sans se laisser déborder par ses émotions et donne beaucoup d'importance aux relations. C'est un homme qui accepte facilement les soins ou l'aide de l'autre et aime se sentir valorisé.

1.3. Présentation et analyse de Mme « D »

Mme « D » est mère d'un enfant qu'elle a eu avec son premier mari et qu'elle a abandonné à l'âge de 20ans pour aller travailler et vivre chez une femme. Puis elle s'est mariée une deuxième fois, et divorcée. Puis elle s'est remariée pour la troisième fois et divorcée encore une fois. Mme « D » a 79ans, elle est originaire de Béjaia. Elle a intégrée l'institution le 09/05/2010.

1.3.1 Présentation et analyse de l'entretien de Mme « D »

L'entretien mené avec Mme « D » nous a permis d'avoir des informations dont nous avons besoin sur sa vie privée et son entrée et son vécu au sein du foyer, ainsi que sur sa vie relationnelle et sociale.

Mme « D » a été mariée trois fois, et elle a eu un enfant de son premier mari. Son garçon est maintenant marié et il a des enfants. Elle dit qu'elle a deux frères et une sœur. Ils sont tous mariés et ont des enfants.

Pour ce qui est des conflits, elle dit qu'elle n'en a avec personne parce qu'elle n'a pas de contact avec les personnes de l'extérieur.

Pour ce qui est de son entrée en institution, Mme « D » ne parle pas beaucoup, ni avec les résidents ni avec le personnel.

Avant de venir s'installer au centre elle vivait chez son troisième et dernier mari où elle avait des problèmes avec les femmes de ses beaux fils, elles lui reprochaient le fait qu'elle ne fait rien à la maison, elle ne s'occupe pas de son mari malade, elle ne fait ni le ménage ni à manger, « je ne peut pas faire le ménage moi, je suis malade, ici au moins tout le monde est à ma disposition, je dors quand je veux et je me réveille quand je veux, je mange, voila, sans rien faire » justifie-t-elle. Puis les conflits qu'elle a avec ses belle filles ; ses beaux fils ont décidé de l'amener vivre au foyer, et maintenant ça fait exactement 5ans qu'elle y vit.

Pour ce qui est des premiers temps de son installation au centre, elle raconte, « les premiers temps que je suis rentrée ici j'ai adoré la vie ici, parce qu'il n'y avait pas beaucoup de personnes et ils prenaient soin de moi, mais maintenant je n'aime pas trop, mais c'est mieux que d'être dehors ».

Mme « D » aime bien participer au fêtes et aux sorties qui se font dans les lieux où elle réside.

Sinon le reste du temps, soit elle reste allongée dans sa chambre, ou elle sort pour s'allongée au salon, elle ne supporte pas de rester trop longtemps assise ou debout, « j'ai des vertiges » dit-elle. D'autant plus qu'elle ne reçoit aucune visite de l'extérieur, elle se replie sur elle-même.

En lui demandant avec qui elle est le plus proche et à qui elle se confie lorsqu'elle va mal psychologiquement ou même physiquement elle répond « je ne discute avec personne et je ne fréquente personne ».

Au foyer elle dit qu'elle n'aime pas être ici mais que c'est mieux que dehors et qu'après tout elle n'a nulle part où aller.

1.3.2. Présentation des résultats de l'AAI

Mme « D » semble très pensif et triste, elle ne se sent pas bien du tout, elle pense souvent à son passé et elle ressasse tout qu'elle a vécu avec ses trois maris, à son fils et au fait qu'elle l'a abandonnée, « je pense à tout ce que j'ai vécu, à ce que j'ai fait, j'ai abandonné mon fils et je le regrette profondément, j'aurais dû rester avec lui, je me dis toujours que j'aurais dû faire ça, si seulement je n'ai pas fait ça... » Dit-elle avec un profond regret.

Son état psychique reste peu stable, « je ne suis pas bien dans ma tête, je ne suis pas tranquille ». Vu la profonde culpabilité qu'elle manifeste et la grande tristesse qu'elle présente, nous avons déduit qu'elle passe par une phase de dépression.

Sur le plan physique, Mme « D » présente des plaintes de tout genre : le diabète, la fatigue, les vertiges, des maux de tête...etc.

Généralement, elle ne parle à personne, soit elle reste allongée dans sa chambre, soit elle s'allonge dans le salon. Elle se sent mieux quand elle reste seule, livrée à elle-même.

En lui posant des questions sur son enfance, comment étaient ses relations avec chacun de ses parents, un sourire s'est dessiné sur ses lèvres, elle dit qu'elle était heureuse et que ses parents l'aimaient et étaient gentils et bons avec elle. Elle raconte en souriant « je faisais de l'élevage, j'aimais faire ça, quand je rentre à la maison l'après midi ou le soir, mon père m'appelle et me dit « viens

ma fille, tu dois être fatiguée viens t'asseoir et te reposer près de moi » ; « et ma mère m'apporte à manger ». Elle dit que quand ils sont décédés, elle ne les a pas vus, « personne n'est venu m'informer et me chercher » dit-elle avec amertume.

Mme « D » a abandonné son fils quand il a atteint l'âge de 20ans, elle ne l'a vus qu'une seule fois depuis qu'elle l'a abandonné, et ce, après qu'elle vit en institution lors d'un mariage du fils de son frère, elle dit qu'il l'a insulté et lui a dit de partir.

Cette femme a une vision très pessimiste vis-à-vis de sa relation avec son fils et même sur l'évolution de cette relation en suivant ses dires qui sont « non, il ne va jamais me pardonner, je suis allé une fois au mariage du fils de mon frère, il était là, grand, beau, un homme avec ses enfant, il m'a dit « Qu'est-ce que tu fais la, je ne te connais pas, t'es pas ma mère, je ne veux pas de toi, c'est toi qui m'a abandonné et pas moi », il me déteste et il me rejette, il ne veut même pas entendre parler de moi ». Un court silence puis elle reprend « en fait, il a raison, je n'ai jamais été une mère pour lui, pourquoi il me pardonnerait après toutes ses années ».

Mme « D » a subi plusieurs séparations dont celle de ses parents qui sont morts sans même qu'elle les voit, celle de ses trois maris « j'ai fais trois mariages et trois foyers et aucun d'eux ne m'a apporté de la joie et je n'ai réussi aucun d'eux, ils finissent toujours par une séparation ».dit-elle.

Et bien sur la séparation la plus douloureuse pour elle était celle de son fils, ce fils qu'elle a laissé à ses oncles. Elle parle avec regret et un évident pincement au cœur « je l'ai abandonné et je suis partie, mais à cette période là j'étais encore jeune et je ne connaissais pas les conséquences d'abandonner son enfant » justifie-t-elle.

Mme « D » nous parle du rejet de son fils, elle dit avoir été une mauvaise mère et qu'il a raison de la rejeter « il a raison de me dire que c'est moi qui l'a abandonné, et maintenant il ne veut pas de moi ».

1.3.3. Analyse de l'AAI

En nous basant sur l'échelle de l'AAI et les questions qui en résultent, nous avons pu déduire que Mme « D » a un état d'esprit actuel autonome, car son récit est cohérent en parlant de ses expériences passées « je me suis mariée la première fois avec mon cousin , j'ai eu un enfant que j'ai abandonné à l'âge de 20ans et maintenant il m'en veut et il me déteste, il a raison, je n'aurais pas dû l'abandonner » ; et de son enfance « ma mère me donnait toujours raison face à ses belles sœurs, et mon père m'aimait ; je faisais de l'élevage, j'étais heureuse ».

Elle explore librement ses pensées concernant ces figures d'attachement en répondant à nos questions, c'est vrai qu'à l'évocation de son fils, elle parle avec un air triste et désespéré, mais sans pour autant qu'elle se laisse débordée par ses émotions. En parlant de sa famille, surtout de ses parents, elle valorise ses relations affectives avec eux, mais elle n'est pas complètement dépendante

1.4. Présentation et analyse du cas de Mme « F »

Originnaire de Sedouk, âge de 65ans, Mme « F » est mère de quatre (4) enfants, trois filles et un garçon, qui viennent la voir au sein du foyer où elle réside depuis le 26/04/2009.

C'est une femme indépendante et qui ne nécessite pas de prise en charge. Elle a toutes ces facultés physiques et psychiques.

1.4.1. Présentation et analyse de l'entretien de Mme « F »

Lors de l'entretien, Mme «F » utilise un langage vague et flou pour parler de ses expériences et des raisons d'avoir quitter sa maison et sa famille, n'empêche qu'on a pu avoir et retenir des réponses à nos questions.

C'est une femme divorcée, et a quatre enfants dont trois filles et un garçon. Sa fille aînée est mariée mais elle n'a pas d'enfants, les autres étudient et travaillent.

Elle est une fille d'une fratrie de trois sœurs et deux frères, ils sont tous mariés avec des enfants.

Elle raconte que les seuls conflits qu'elle a ou a eu, étaient avec ses belles sœurs qui lui cherchent des problèmes et font tout pour la mettre en désaccord avec son mari.

On a voulu savoir la raison de ces conflits, elle a répondu que c'est parce qu'elles l'enviaient. Mais depuis son entrée en institution elle n'a pas eu de leurs nouvelles et n'a pas de contacts avec elles.

Mme « F » vivait avec son mari et ses enfants avant de venir au foyer où elle y réside depuis 6ans. Ce sont ses voisins qui l'ont amené au foyer après qu'ils aient vus qu'elle était dans une situation déplorable.

Elle dit qu'elle n'a jamais cru un jour quitter son domicile, ses enfants et son mari pour venir vivre dans un foyer pour personnes âgées. Lors de son entrée au centre, elle s'est sentie malheureuse et démunie de toute force, « pour mes enfants et mon mari j'aurais pu rester et surmonter tout, mais elles m'ont fait quelque chose c'est sûre (elle parle de ses belles sœurs) ». (elle fait allusion à la superstition).

Pour ce qui est de sa vie quotidienne au foyer et plus particulièrement, on l'a interrogé sur les activités qui s'y font, on a voulu savoir si elle y participe ou pas ; elle répond que oui, elle participe aux fêtes qu'ils font, comme aux sorties, sauf exception, « quand je ne vais pas bien dans ma tête ou que je suis malade, je ne sors pas de ma chambre ». explique-elle.

On l'a interrogé sur les visites, si elle en reçoit ou pas, elle répond avec un grand sourire que ses enfants viennent souvent la voir.

Bien sur comme tous les résidents, cette femme se sent souvent mal et ressasse des souvenirs pénibles, dans ces cas là elle accepte facilement d'être aidée, et elle trouve un réel « plaisir » à aller voir la psychologue ou l'assistante sociale pour parler avec elles ; d'après ses dires.

On lui demandant si elle préfère rester au foyer ou quitter, elle répond avec certitude qu'elle veut sortir, avoir une maison à elle et vivre avec ses enfants.

Pour ce qui est de sa sociabilité, elle est très limitée, elle n'a pas d'amis au sein de l'institution, et si elle parle quelques fois avec certaines femmes elle se montre distante, elle dit à voix basse « ses femmes ne sont pas de mon niveau ni de ma classe sociale, elles ont toutes des histoires malsaines, et moi je ne suis pas comme ça, je préfère ne pas rester trop avec elles, pour qu'ils ne disent pas de moi que je suis comme elles ».

1.4.2. Présentation des résultats de l'AAI

En arrivant aux questions de l'échelle on lui a demandé de nous parler de son état, ses pensées et idées qui lui viennent à l'esprit, elle dit avec beaucoup d'émotions qu'elle pense à ses enfants et qu'elle voudrait les avoir près d'elle. Son souhait est d'avoir une maison à elle et que ses enfants viennent vivre avec elle. Psychiquement elle semble préoccupée et triste, et sur le plan physique elle ne présente aucune plainte ni aucune maladie.

En l'invitant à parler de son enfance, ses yeux brillaient de larmes, elle a parlé de son père, qui semble plus proche d'elle, elle dit avec un sourire qu'il l'aimait beaucoup, et que ses oncles et sa famille paternelle l'estimait et prenait soin d'elle. Et quand on lui a demandé de nous parler de sa mère, l'étincelle dans ses yeux revient et ses lèvres tremblaient « j'ai toujours été orpheline » crie-elle. On lui a demandé pourquoi elle dit ça alors qu'elle avait à ce moment là ses deux parents, elle répond qu'elle ne veut pas nous faire pleurer en parlant de sa mère, elle était très réticente à ce sujet. Mais avec un peu d'insistance elle raconte avec une voix basse et mélancolique « ma mère aimait mes sœurs seulement, elle leur achetait des vêtements et à moi non, elle les emmenait avec elle quand elle sort et moi non, je n'ai jamais senti l'affection de ma mère, je n'ai jamais senti son amour ni sa présence, elle m'a fait beaucoup de peine, mais je l'aimais malgré tout ».

Depuis le début de l'entretien elle ne cesse pas de parler de ses enfants, alors on lui donne l'occasion de nous parler de ses enfants et de ce qu'ils représentent pour elle, un grand sourire apparaît sur son visage et elle dit que ses enfants sont la raison et la force qui la maintiennent debout et qui la laisse supporter la vie qu'elle mène au centre « je prie dieu qu'un jour je pourrais avoir une maison à moi, je vais rassembler mes enfants pour qu'ils soient sous mon aile et ma responsabilité, comme ça j'aurais le cœur léger et la conscience tranquille ; c'est pas possible qu'ils continuent à vivre chez leurs oncles, c'est pas comparable au fait qu'ils vivent avec moi » raconte-elle avec enthousiasme.

Les expériences de séparation et de deuil qu'elle a vécues se résument à la perte de ses parents, et plus particulièrement son père et ses oncles paternels. Mais ce qui l'a touché vraiment c'est bien la séparation avec ses enfants.

1.4.3. Analyse de l'AAI

D'après les réponses que Mme « F » nous a données en suivant les questions de l'AAI nous sommes parvenues à coter Mme « F » parmi les sujets ayant un état d'esprit actuel préoccupé, car elle ne se focalise pas sur les questions de l'entretien qu'on lui a posé, ses pensées semblent prise par ses expériences passées et surtout par ses relations avec ses parents (plus exactement, sa mère), elle était débordée par ses émotions. Et d'après son vécu triste avec sa mère, la laisse éprouver un sentiment de colère encore actuel vis-à-vis de celle-ci.

1.5. Présentation et analyse du cas de M^{me} « M »

Mme « M » est une femme âgée de 75ans originaire de Bejaia, handicapée du bras et du pied droit, elle n'a pas été scolarisée, elle est veuve et sans enfants. Elle touche une pension pour personne handicapée. Résidente au foyer depuis 11 ans.

1.5.1. Présentation et analyse de l'entretien

Mme « M » , veuve, sans enfants, nous informe qu'elle a été mariée à un homme alcoolique irresponsable apparemment déjà marié et avec huit enfants, elle nous raconte qu'il ne prenait pas soins de ses enfants, ni d'elle-même. Elle a un seul frère avec qui elle n'a plus de contact à cause d'un conflit familial avec sa belle sœur.

Avec un air triste Mme « M » nous parle de son entrée en institution, en nous racontant qu'elle vivait très bien avec son frère dans une grande villa que leurs père leur a laissé, soudain elle s'arrête de parler, elle pleure en murmurant « je voulais le voir heureux, alors je lui ai trouver une épouse mais depuis leur mariage je n'ai plus trouvé ma paix », elle nous informe que depuis le mariage

de son frère, elle a eu beaucoup de conflits avec lui et surtout avec sa femme qu'elle décrivait de « jalouse ».

Elle nous informe avec timidité qu'elle a été ramenée par son frère par ce qu'il en avait assez des conflits qu'ils y'avait entre elle et son épouse « moi qui voulait son bonheur ; j'ai eu ça comme récompense, au lieu d'être chez moi je suis placée ici ». Elle nous informe que les premiers jours était difficiles pour elle malgré que le personnel de l'institution l'a bien accueillie, mais elle se sentait triste d'être rejetée par son frère mais elle s'est adaptée a la situation parce que « elle n'avait pas le choix » disait-elle.

Elle nous informe qu'elle aime bien les fêtes et les sorties qu'organise l'institution. Et que depuis quelques années elle se sent mieux dans l'institution et que la seule chose qui la dérange est qu'il y'avait beaucoup de personnes qui se sont installées. En cas de mal aise elle se confie à la psychologue.

Elle ne reçoit pas de visite de la part de sa famille, mais reçoit rarement deux visites, une de la part d'un jeune homme dont elle n'a pas voulu citer identité et l'autre d'une femme qui est une amie qui vient la voir et parfois même la prend pour sortir faire un tour, « j'aimerais bien aller vivre avec elle » avoue-t-elle.

Mme « M » est une femme généreuse et sociable, elle aime surtout se sentir utile mais elle est très méfiante, elle est plutôt dynamique et aime aider les autres, d'ailleurs au foyer elle aime prendre soin d'une jeune résidente IMC, toujours près d'elle à chaque fois qu'on la voit et si elle ne la trouve pas elle commence à la chercher. Elle entretient des relations avec les autres mais elle est toujours méfiante « tout le monde a des sentiments de jalousie, chacun cherche son intérêt même en faisant du mal a l'autre » dit elle. C'est une femme qui entretient des relations mais toujours distante. Elle n'aime pas recevoir de l'aide ou des soins par ce qu'elle se sent indépendante « même si je suis handicapée

du coté droit de mon corps, mais je n'ai pas besoin d'aide » dit-elle, elle croit que si on lui propose de l'aide c'est parce qu'on la voit dépendante et sans capacités.

Suite au rejet de son frère, au changement de mode de vie et a l'avancée de l'âge Mme « M » à développée des troubles de sommeil.

1.5.2. Présentation des résultats de l'AAI

Elle se sent abandonnée par sa famille, et qu'elle n'a pas d'importance à leurs yeux, elle est souvent triste mais ne se laisse pas submergée par ses sentiments de tristesse, « toute ma vie j'ai fais que de bonnes choses mais personne ne m'a rendu mes biens faits, j'ai eu une vie malheureuse pleine de problèmes depuis mon enfance jusqu' aujourd'hui je suis fatiguée physiquement et moralement, mais je tiens toujours le coup jusqu'à maintenant, et depuis mon installation ici je me suis faite une autre famille, de nouveaux amis avec qui je passe mon temps. »

Elle se souvient encore de son enfance, qui était la plus belle période de sa vie, elle parle de son père qui était très gentil avec elle, généreux, attentif, et toujours à son écoute, elle dit qu'il l'aimait bien et qu'elle l'aime plus que tout, leur relation était très proche, il était toujours à ses cotés subvenait a tous ses besoins. Silence...Elle reprend en disant « mon frère et ses cousins était jaloux de moi, alors mon père parfois me rejette pour ne pas créer de problème entre les enfants de la famille ».

En la questionnant sur sa mère, elle nous informe qu'elle était gentille avec elle et très tendre mais elle était sévère et ne lui pardonnait jamais ses erreurs ou ses retards de ménage, elle dit qu'elle l'a perçoit parfois méchante et sans cœur mais d'autres fois suite a tout l'amour qu'elle lui procure et au temps qu'elle lui consacre elle l'a perçoit comme une bonne maman.

Elle nous dit que durant son enfance elle a vécu comme une princesse, entourée de ses parents qui l'aimaient beaucoup et qui prenaient soins d'elle.

Elle continue de nous parler de son expérience de rejet de la part de son frère qui l'a abandonnée ce qui été difficile à accepter pour elle, « mais j'ai dû m'adapter, certes je n'ai pas eu d'enfants, si j'en avais ils auraient pu prendre soins de moi et j'aurais vécu plus heureuse qu'en ce moment. »

« Je m'en souviens encore de la mort de mon père c'était une période très pénible, lorsque j'ai su pour sa mort j'ai été choquée je croyais ne pas m'en sortir sans lui, que je trouverais en cas de problèmes, ensuite vient la mort de ma mère avant même que je me remette de celle de mon père ce qui m'a bouleversé j'ai eu la peur de ne pas m'en sortir, de perdre la raison de vivre, mais j'ai repris mes forces pour avoir le courage d'avancer rien que pour ne pas décourager mon frère ». Elle reprend: « lors de la mort de mon mari j'ai senti d'un coté un grand soulagement. »

1.5.3. Analyse de l'AAI :

D'après les résultats rapportés durant les deux entretiens le discours de Mme « M » était cohérent, elle n'a pas raconté sur plusieurs souvenirs de son enfance et a eu tendance à décrire positivement ses parents.

on conclut que Mme « M » n'est pas capable de faire confiance aux autres, du fait qu'elle a développé un modèle interne opérant positif de soi et négatif des autres, c'est pour ça qu'elle perçoit toute personne qui s'approche d'elle comme une proximité menaçante.

Elle n'accepte pas de dépendre des autres et elle n'apprécie pas pour autant que l'on s'approche d'elle pour lui apporter de l'aide ou des soins.

Après l'analyse des résultats de l'échelle on est arrivé à coter Mme « M » comme une femme ayant un état d'esprit actuel « détaché » vis-à-vis de l'attachement.

1.6. Présentation et analyse du cas de Mr « O »

Agriculteur, âgé de 66ans, Mr « O » est un homme qui possède toute ses facultés physiques et psychiques, il n'a jamais été marié.

1.6.1. Présentation et analyse de l'entretien

Mr « O » est célibataire, sans enfants, n'a pas de frère et sœurs. A l'âge de 26ans il est parti a la recherche d'un travail pour subvenir a ses besoins et ne plus être dépendant de sa famille paternelle qui l'a élevé et veillé sur lui jusqu'à cet âge. Après qu'il ait trouvé un travail chez un agriculteur qui n'a pas voulu le récompensé après tant d'années de travail ardu. Et depuis, ce genre de conflit le poursuit partout ou il travaillait nous informe-t-il.

N'a plus de contact avec sa famille, ni avec ceux qui ont abusé de ses forces et efforts.

Avant son entrée au foyer il vivait chez son patron qu'il a quitté pour plusieurs raisons. Et maintenant il vit au foyer depuis une période importante qui est de 12ans. Lors de son installation à l'institution il s'est senti soulagé et en sécurité aurait parce qu'il se disait qu'il était loin de ceux qui l'ont trahi.

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

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

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

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

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

1.6.2. Présentation de l'AAI

Mr « O » se sent trahit ce qui a engendré un sentiment d'infériorité et présente un faible estime de soi. Il pense souvent à la mal chance dans la vie et dit que les gens et la vie se sont tournés contre lui. Psychiquement et physiquement il ne présente aucune plainte.

En l'invitant à nous parler de son enfance, il s'est montré retissant et voulait directement interrompre l'entretien mais en l'incitant à nous faire confiance il s'est calmé et nous a expliqué qu'il n'aime pas parler de son enfance et tout simplement qu'il n'a rien à dire car il n'a pas connu ses parents chose qui le rend triste et distant par apports à ce sujet.

La seule expérience de deuil qu'il a vécu durant toute sa vie était celle de la perte de sa tante qui l'a élevé depuis son berceau, il s'est senti à ce moment là perdu et abandonné, encore une fois mal chanceux dans la vie et dans ses relations.

1.6.3. Analyse de l'AAI

En nous basant sur la passation de l'AAI qu'on a effectué sur le cas de Mr « O », il s'est avéré qu'il présente un état d'esprit actuel détaché vis-à-vis de l'attachement.

Car il fait partie des sujets qui évitent totalement l'évocation des expériences en rapport avec l'attachement, Mr « O » insiste sur son incapacité à se souvenir de son enfance et des souvenirs qui en résulte.

1.7. Présentation et analyse de cas de Mme « T »

Agée de 65ans, Mme « T » est une femme originaire de Bejaia, divorcée sans enfants. Elle n'a pas eu la chance d'être instruite mais elle maîtrise la langue française qu'elle a apprise par les catholiques qui vivaient à Bejaia à l'époque. Elle a trois(3) frères et pas de sœurs.

Elle a intégré le foyer le 24/12/2014.

1.7.1. Présentation et Analyse de l'entretien

Au cours de l'entretien mené avec Mme « T » nous avons pu avoir des informations sur l'enfance de Mme « T », sa vie d'adulte, et sur son entrée à l'institution.

C'est une femme bavarde et ouverte à la discussion, mais elle est un peu hésitante ; hésitante dans la mesure où si on lui demande de parler d'elle, de son état psychologie ou encore sur ses parents ou son enfance, elle dit « euh Qu'est-ce que vous voulez que je vous dise ! J'ai pas grand chose à raconter, je n'ai pas vécu une vie heureuse, j'ai toujours été malheureuse et seule, surtout après la mort de ma mère, je ne sais quoi raconter, voilà ».

Elle dit qu'elle est issue d'une fratrie de 3frères et pas de sœurs. Elle dit qu'ils sont tous mariés et ils ont des enfants.

Madame « T » était mariée, chose dont elle n'a parlé qu'une seule fois lors des entretiens. Elle n'a jamais parlé de son mari, elle a juste précisé qu'en 1974, elle a eu un enfant mort prénatal, elle dit qu'elle regrette sa perte.

Après la mort de sa mère, elle est allée vivre chez son grand frère où elle souffrait de l'attitude de sa belle sœur, elle l'a privé des repas, elle lui faisait toujours des remarques et des reproches sur ses sorties (elle sortait tous les jours, pour aller aux mosquées, prendre l'air dans différents endroits à Bejaia, pour éviter et fuir au mauvais climat de la maison). Ce qui a été l'élément déclencheur de vouloir quitter la maison et venir vivre à l'institution qu'elle a intégré le 24/12/2014.

Madame « T » n'aime pas trop parler de son enfance ni de son état psychologique, par contre, elle est toute ouïe et ouverte à la discussion sur sa vie en institution, lieu où elle réside. Elle parle du personnel ou des résidents. Elle se plaint tout le temps de l'attitude du personnel avec elle, elle présente une angoisse de persécution. Elle dit que tout le monde la déteste et la maltraite, ce qui fait diminuer son estime de soi de jour en jour.

On a voulu savoir si elle reçoit des visites de la part de quelqu'un de sa famille ou de ses proches, elle répond avec enthousiasme que son grand frère avec qui elle vivait avant d'entrer au foyer « mais je ne suis pas sortie le voir parce que ce jour là un homme qui travail ici m'a énervée et je n'ai pas voulue voir personne, mais si il revient une autre fois je vais partir avec lui, je n'en peux plus ».

Sa vie en foyer est un lourd fardeau et une peine qu'elle vit chaque jour, elle ne participe pas aux activités programmées au sein de l'institution ni aux sorties qu'ils font « ils ne viennent jamais me dire qu'il y'a une sortie, ils ne m'invitent pas, ils me mettent toujours à l'écart ».

« Ici je ne parle pas à beaucoup de gens, quand je reste pour parler un peu avec les femmes qui sont ici un homme qui travail ici me crie dessus et me dit de regagner ma chambre, c'est pour cela que je me mets à l'écart pour éviter les

problèmes ».répond-elle à notre question qui porte sur sa sociabilité et sur la nature de ses relations avec les résidents.

Sa santé physique reste à désirer, d'après les symptômes qu'on a remarqués (elle a de gros boutons rouges partout dans le corps, qui la gratte fortement), il peut s'agir de la maladie d'urticaire. Elle est atteinte d'épilepsie dès son très jeune âge.

1.7.2. Présentation de l'AAI

Elle raconte difficilement et brièvement que ses parents étaient divorcés en raison de la mauvaise attitude de son père « tout le temps soul » dit-elle, envers elle et sa mère ; elle dit que son père n'a pas voulu d'elle parce qu'elle était une fille, chose qui l'a rend triste, mais elle dit qu'elle ne lui en veut pas. Après le divorce, sa mère a eu leur garde ses frères et elle, chose qui l'a rendue plus proche et plus attachée à sa mère.

Avec un air triste elle précise que sa mère est morte en 2008 « Ah ce que l'année 2008 a fait de moi !! » murmure-t-elle. Et son père est mort bien avant, en 1999.

Au cours de l'entretien, et en lui posant une question sur son état psychique actuel, elle dit « la colère et le stress m'ont été provoqués ici avec le personnel, je me sens bouleversée, psychologiquement, je n'ai jamais été heureuse dans ma vie ; ces problèmes et difficultés sont et vont rester dans mon cœur ». Ce qui contredit des épisodes de son enfance qu'elle n'a pas nommé comme « très malheureuse ».

1.7.3. Analyse de l'AAI

Après l'application de l'échelle de l'AAI de Mary Main on est arrivé à coter Mme « T » comme une femme ayant un état d'esprit actuel détaché vis-à-vis de l'attachement.

En lui posant la question sur son état d'esprit actuel, ses pensées elle dit avec tristesse apparente « je suis toute bouleversée, je ne suis pas bien, je ne me sens pas bien, je pense à mon état, à ma situation ».

En lui posant les questions en relation avec l'échelle de l'AAI, Mme « T » semblait être hésitante, surtout, quand on lui a demandé de nous décrire sa relation avec chacun de ses parents, elle a eu du mal à mettre des mots sur ses pensées, ou bien, elle émet un ou deux adjectifs incohérents pour la description des deux parents ; et pour nous donner des souvenirs en relation avec ces adjectifs, elle a trouvée des difficultés à les préciser.

1.8. Présentation et analyse de cas de Mr « S »

Mr « A » est un homme âgé de 72ans, d'origine de Blida, n'a pas bénéficié d'une scolarité, mais a suivis une formation de cuisinier. Il est admis au foyer pour personne âgée et/ou handicapées depuis deux mois.

1.8.1. Présentation et analyse de l'entretien de Mr « S »

Mr « S » est un homme marié, il à cinq enfants dont deux filles et trois garçons, il est issu d'une fratrie de trois frères et deux sœurs avec qui il n'a aucun contact.

En le questionnant sur son entrée en institution il nous raconte que toute sa vie il n'a pas vécu près de sa famille c'est un homme qui vivait seul et qui a beaucoup voyager d'après ses dires, car il aime être indépendant et n'a pas besoin de se sentir responsable de quelqu'un d'autre avec un sentiment de fierté il dit : « je ne regrette pas d'avoir vécu loin de ma famille, j'aime bien vivre seul ». il nous informe avoir été touriste a Bejaia et par manque d'argent, il n'a pas pu habiter alors un réceptionniste d'un hôtel l'a orienter au foyer pour s'installer et depuis deux moi, personne ne l'a trouver, il nous avoue avoir envoyer une lettre pour ses enfants, afin qu'ils viennent le récupérer mais ces

derniers n'ont pas voulu recevoir cette lettre et ils l'ont renvoyé, ce qui l'a mis mal à l'aise pour un moment, il dit : « il ne veulent plus de moi, c'est pour ça qu'ils ont renvoyé ma lettre ». on constate qu'il a eu un sentiment de rejet.

Depuis son installation, Mr « S » n'a pas eu l'occasion de participer à l'une des activités organisées par le foyer, il ne s'est pas fait d'amis et lorsqu'il veut se confier à quelqu'un il parle à l'assistante sociale ou à la psychologue du foyer. Lors de son arrivée Mr « S » ne pensait pas s'installer définitivement mais puisque ses enfants n'ont pas cherché à le retrouver alors il pense être un fardeau pour eux et décide de ne plus quitter le foyer.

Mr « S » est un homme respectueux, présentable mais n'est pas sociable depuis son enfance, et même s'il établit des relations avec les autres, celles-ci sont peu stables ; nous informe-t-il. Toute sa vie il a vécu loin de sa famille et n'a pas vécu dans un seul endroit, car il a voyagé plusieurs fois pour de longue durée. Lors de la baisse de ses capacités, il a ressenti un sentiment de faiblesse et a décidé de dépenser tout son argent pour en profiter des quelques années qui lui reste jusqu'au jour où il n'avait plus de sous et se retrouve au foyer, là encore il n'est pas sociable, n'a pas d'amis et parfois, il sort faire un tour toujours seul.

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

1.8.2. Présentation des résultats de l'AAI

Mr « S » se sent rejeté par sa famille et que ses attentes ont été trahies du fait que ses enfants ont rompus carrément le lien existant entre eux lorsqu'il en avait besoin d'eux.

Présentations, analyses et discussion des hypothèses

Il pense souvent à ce qu'il a fait dans sa vie, et à tout ce qu'il aurait dû et n'aurait pas dû faire, on remarque là qu'il a des sentiments de regrets.

Mr « S » se porte bien physiquement, il n'a aucun problème de santé, mais d'après ses dires on déduit qu'il a des troubles du sommeil.

À l'institution il n'a pas d'amis, il passe tout son temps seul, n'a pas de confident, il se confie juste en cas de conflit à la psychologue ou à l'assistante sociale, et n'a pas montré une certaine préférence pour une quelconque personne.

En questionnant Mr « S » sur son enfance, il nous raconte avoir vécu une enfance horrible que ses parents n'étaient jamais disponibles pour leurs enfants, son père les a délaissés et s'est remarié avec une autre femme. Il dit que tout a changé après le divorce, « mon père a fait beaucoup de mal à ma mère, et moi de mon côté je l'ai dénoncé maintes fois à la police pour des choses qu'il n'a pas faites pour lui faire payer tout ce qu'il nous a fait » avoue-t-il.

En relançant la question de nous parlant de la qualité de sa relation avec chacun de ses parents, il nous raconte que sa mère voulait les protéger mais n'avait pas les moyens de les garder avec elle, mais ça ne l'a pas empêché d'aller la voir de temps à autres. Il ressent une grande colère envers son père. Il parle de son père comme un homme irresponsable, malhonnête, humiliant, agressif et coléreux du fait qu'il les a abandonnés, maltraités et délaissés lui et ses frères et sœurs.

Après son mariage, Mr « S » n'a pas eu de relation proche avec ses enfants, il dit : « je n'ai jamais été présent pour mes enfants parce que j'aime bien bouger, voyager, découvrir et je n'aime pas vivre avec les mêmes personnes et avoir les mêmes responsabilités, ce qui représente une mauvaise vie pour moi ». Ses enfants représentent une grande responsabilité pour lui, qu'il ne veut pas prendre en charge.

En cherchant à connaître ses expériences de perte, de séparation, d'abus ou de deuil ; il reprend à nous parler de son père qui les a abandonnés et qui a perturbé toute la famille.

1.8.3. Analyse de l'AAI

A travers les données recueillies de Mr « S », on remarque qu'il se méfie des autres, et se présente ayant confiance en soi et en Dieu qu'il considère comme figure d'attachement et évite toute relation avec les autres.

Il a un discours cohérent chargé d'émotion de colère et de haine pour son père et d'amour pour sa mère.

A partir de cela nous sommes arrivés à le coter comme « détaché » vis-à-vis de l'attachement.

1.9. Présentation et analyse de cas de Mr « R »

Mr « R » originaire d'Alger, il est âgé de 68 ans, niveau d'instruction moyen, n'a pas de source financière, résidant au foyer depuis trois ans.

1.9.1. Présentation et analyse de l'entretien de Mr « R »

Mr « R » est un homme divorcé qui s'est marié trois fois, il nous informe qu'il a eu deux enfants lors de son premier mariage qu'il n'a jamais connus en rapportant la faute sur ses ex-femmes, il nous raconte qu'il n'avait pas de chance avec les femmes qu'il rencontrait et qu'il ne s'est pas empêché de se remarié deux fois à cause d'un vide affectif qu'il ressentait et du besoin d'amour qu'il recherchait.

Il a quatre frères et trois sœurs tous mariés ayant des enfants et des petits-enfants, il les décrit tous comme étant bien instruits, il n'a pas gardé de contact avec eux du fait que chacun cherche son intérêt et que depuis leur enfance ils

n'ont pas eu de relations proches a cause de leur mère qui faisait toujours une différenciation entre eux.

Jusqu'à maintenant il n'a aucun contact avec les membres de sa famille ou de quelqu'un d'autre. Avant son entrée en institution, Mr «R » était un SDF, il a passé plus de 3ans a dormir dans les rues a changer de villes, jusqu'à son arrivé a Bejaia où il a découvert l'existence du foyer et où il s'est installer pour y résidé. Cela fait maintenant 3ans qu'il est résidant.

Il nous affirme y être installé avec gaîté, qu'il a retrouvé le plaisir de se sentir en sécurité contrairement aux rues ou il vivait toujours avec l'inquiétude de se faire violé ou agressé, et qu'il a trouvé une famille joyeuse avec le personnel du foyer, la seule chose qui le dérangé était la présence des personnes handicapées.

C'est un homme qui aime lire beaucoup, préfère rester seul pour lire et n'a pas d'amis proches au foyer.

D'après les résultats rapportés, Mr « R » ne reçoit aucune visite et qu'il se sent a l'aise au foyer, pour ce qui est des confidences il a l'habitude de se confié a la psychologue.

Il nous déclare qu'il attend de recevoir la pension de sa retraite pour sortir profiter de ses dernières années qui lui reste à vivre.

Mr « R » est un homme très sociable, gentil et amical avec tout le monde, est capable d'entretenir des relations avec autrui. Au foyer il n'a pas d'amis proches mais parle avec toute personne lui adressant la parole.

Vu que Mr « R » est en bonne santé et indépendant, accepte de recevoir des services de la part des soignants mais beaucoup plus il aime qu'on lui offre un livre ou quelque chose dont il a besoin ce qui lui fait énormément plaisir.

1.9.2. Présentation des résultats de l'AAI

Mr « R » se sent en parfait état, il dit : « je n'ai aucun problème de santé, j'ai vécu de mauvaises choses mais je me suis bien en sortie même si je n'ai pas réussi mais je suis toujours resté optimiste et je prends la vie comme elle vient ».

Il a tendance à penser à ses enfants qu'il veut voir et qu'il regrette de ne pas avoir cherché à les connaître.

Mr « R » se sent plus à l'aise et aime bien la compagnie, on a remarqué qu'il a l'habitude de rester seul pour lire et salue toute personne passant à côté de lui.

En le questionnant sur sa relation avec ses parents, il nous raconte qu'il a vécu une enfance malheureuse du fait que ses parents étaient très rejetant et agressif envers lui et ses frères. Son père était alcoolique ne prenait pas soin de lui et s'il s'approchait pour lui demander quelque chose, il devient colérique, nerveux et agressif envers lui. Sa mère était malveillante, ne pense pas à son bonheur, le maltraite et elle l'a souvent insulté devant les autres et elle le méprisait, et répète souvent qu'elle regrette de l'avoir mis au monde. Mr « M » regrette d'avoir abandonné ses enfants et de ne pas les avoir vus grandir.

En lui demandant de nous parler de ses expériences de pertes, de séparations ou d'abus, il a hésité à en parler pendant un moment et puis il a commencé à nous raconter de sa troisième ex femme qui l'a trahi en lui cachant le fait d'avoir été atteint du SIDA. De plus il nous informe qu'il a été agressé plusieurs fois lorsqu'il était SDF. Il dit qu'il a vécu des moments de détresse, de peur et de désespoir.

1.9.3. Analyse des résultats de l'AAI

Nous avons remarqué qu'au jeune âge Mr « R » avait un grand besoin de s'attacher à l'autre ce qui a fait qu'il s'est marié trois fois pour trouver amour et

affection. Il a eu tendance à décrire les autres positivement contrairement à lui-même.

Malgré les changements vécus et son installation au foyer Mr « R » a repris confiance en les autres et pour s'en sortir il est devenu indépendants mais rien n'empêche qu'il idéalise ses ex partenaires, il est souvent débordé par ses émotions qui font qu'il a développé un état d'esprit « préoccupé » vis-à-vis de l'attachement.

1.10. Présentation et analyse du cas de Mr « Y »

Mr « Y » est un homme correcte mais qui a un tempérament colérique et qui ne pardonne pas les erreurs des autres, des gens l'ont orienté au foyer et il y vit depuis le 07/01/2012.

1.10.1. Présentation des données et analyse de l'entretien

En se basant sur les questions du guide d'entretien, on a pu avoir quelques renseignements sur la vie de Mr « Y », sa vie d'avant et après son entrée en institution.

Mr « Y » est divorcé et a trois enfants « je ne sais pas si ils sont mariés ou pas et je ne veux pas le savoir »dit-il. Pour ce qui est de sa fratrie il a une sœur aînée de ses deux parents qui est morte, et cinq frères et sœurs de sa mère.

Quand on lui a demandé s'il avait des conflits avec l'un de ses proches il s'écrit « les enfants de nos jours ne respectent personne et ils ne connaissent pas la valeur des parents », on a utiliser un des quatre « R » de l'entretien qui est la reformulation, on lui a dit que si on a bien compris, il est entrain de parler de ses enfants et on lui a redit la question en lui demandant est ce qu'il a des conflits avec eux, et avec un hochement de la tête et en fermant les yeux on a compris que c'est un oui. et depuis qu'il les a quitter il n'a jamais eu de leurs nouvelles.

Avant de venir vivre au foyer, Mr « Y » vivait dans sa maison, chez lui. Cela fait 3ans que des gens, dont il n'a pas précisé l'identité, l'on emmener au centre, il voulait venir y vivre car d'après ses dires, il ne supportait plus la vie avec sa femme et encore plus avec ses enfants. Il dit que lors de son entrée à l'institution il a tout laisser derrière lui et il voulait tout oublier. Mais d'après ses paroles il reproche beaucoup de choses aux personnel, il se plaint tout le temps et dit « moi je ne veux pas assisté à ce genre de chose je suis un « hadj » et je ne dois pas voir ni entendre toutes ses choses, dieu ne me pardonnera pas même si je ne fais rien de mal, mais ma conscience ne me laisse pas tranquille, je me dis que si j'ai vu ou entendu c'est comme si j'ai participer à ça, je n'aime pas être ici ».

Mr « Y » ne participe pas aux activités proposées et il n'aime rester avec personne en particulier. Le matin il se lève et sort à l'extérieur du foyer et revient quand il veut. Pour ce qui est des visites, il ne reçoit pas.

Et quand quelques chose ne va pas et qu'il va mal il dit qu'il ne s'adresse à personne « je n'ai que dieu à qui je peux me confier, seul lui peut me comprendre et m'aider » dit-il.

Lorsqu'on lui a posé la question sur son ressenti lors de la retraite, il a dit qu'il n'a pas aimé et qu'il voulait continuer à travailler pour s'occuper.

Au foyer il n'est pas trop sociable, ses relations avec les autres sont toujours distantes et n'accepte pas l'aide d'autrui.

1.10.2. Présentation de l'AAI

En lui demandant de nous parler sur son état actuel, qu'est ce qu'il ressent ou encore, qu'elles sont les pensées qui lui viennent à l'esprit il répond « comment voulez vous que je me sente, je ne suis pas bien, bien sur que je ne le

suis pas, tant que je suis ici je ne vais pas me sentir mieux, je pense juste à ma vie quand je veux sortir d'ici ».

Sur le plan physique comme sur le plan psychique, il ne présente aucune plainte. Il aime juste rester seul, sortir ou rester dans sa chambre. Il ne se sent bien que quand il reste seul.

En l'incitant à parler de ses parents et de sa relation avec chacun d'eux, il s'est montré retissant au début en disant « qu'est ce que vous voulez que je vous dise de mes parents, eux ils sont morts que dieu leur pardonne, ça ne sert à rien que je parle d'eux, moi ce qui me tracasse c'est ce que je vis et je vois ici ».

Mais avec un peu d'insistance et en l'amenant à nous faire confiance il a commencé à parler de son enfance et de ses parents. Il raconte que son père s'est exilé à Alger au temps de la guerre et a laissé sa mère enceinte de lui et sa sœur, aînée. Sa mère ne supportant pas sa situation l'a abandonné à l'âge de 3mois ainsi que sa sœur, pour aller se remarier « qu'elle genre de mère laisserait son enfant de 3mois et part se remarier ? Elle n'a pas de cœur ni de conscience », « et mon père qui nous a abandonner pour s'exiler à Alger et ne prend pas de nos nouvelles ? J'ai toujours été orphelin dès ma naissance » s'écrit il. Après la mort de sa sœur il est allé vivre chez sa tante paternelle qui a pris soin de lui.

Il raconte qu'en 1961 son père est mort à la montagne il était un moudjahid. Et que à l'âge de 16ans il est allé à la recherche de sa mère, et quand il l'a trouvé dans sa maison avec son mari et ses enfants, il n'est resté que 3jours et il est parti, et depuis il ne l'a jamais revue.

En lui demandant de nous parler de ses enfants et de sa relation avec eux, il porte ses mains sur sa tête et cri « ne me parlez pas d'eux, ne me parler pas d'eux, je déteste qu'on me les cite et qu'on me parle d'eux ».

Et pour ce qui des représentations qu'il se fait d'eux, il dit qu'il ne sait même pas et il ne veut pas le savoir.

Il dit qu'il n'a pas eu une famille comme les autres qui l'a aimait et à la qu'elle il s'est attaché. Et pour ses enfants, c'est vrai qu'il s'agit d'une séparation mais il ne veut rien dire et rien parler sue eux.

1.10.3. Analyse de l'AAI

En nous basant sur l'échelle de l'AAI et des questions qui en résultent, on a pu coter Mr « Y » comme ayant un état d'esprit actuel « préoccupé ». C'est vrai qu'au début, il s'est montrer retissant à propos de ses expériences mais après il a donné un récit très fourni sans pour autant qu'il se focalise sur les questions de l'entretien. Ses émotions semblent le débordé mais il ne montre pas ça. Il est évident qu'il montre un sentiment de colère encore actuel et mal contenu vis-à-vis de ses parents.

2. Discussion des hypothèses :

L'objectif tracé dans notre présente recherche est de savoir est ce que les personnes âgées présentent une continuité dans leurs styles d'attachement tout au long de la vie qui ont une influence sur leurs comportements, et d'identifier ces styles d'attachement chez les personnes âgées placées en institutions afin de comprendre leurs comportements et relations établies au cours de leurs installation.

Pour la réalisation de notre recherche on s'est entretenu avec dix cas dont quatre femmes et six hommes résidants au foyer pour personnes âgées et/ou handicapées de Bejaia.

Pour pouvoir tester nos hypothèses, on s'est appuyé sur deux outils qui ont faits leurs preuves dans la recherche en psychologie clinique, qui sont l'entretien clinique semi-directif, et l'AAI (Adult Attachment Interview) élaboré par Mary Main (1985), qui lui aussi est un entretien semi structuré destiné aux adultes et qui porte sur l'état d'esprit actuel vis-à-vis de l'attachement de la personne interrogée.

Ces outils de méthodologie nous ont permis de recueillir les données recherchées puis d'analyser les résultats rapportées pour confirmer ou infirmer nos hypothèses.

2.1. Discussion de la première hypothèse

Dans cette partie nous avons procédé à une discussion des hypothèses relatives aux deux variables de notre étude qui sont l'attachement et les personnes âgées placées en institution

A travers les résultats obtenus dans notre recherche sur dix (10) cas des personnes âgées placées dans le F.P.A.H DE Bejaia, la première hypothèse

selon laquelle les styles d'attachement présentent une continuité tout au long de la vie se trouve confirmée avec deux cas :

- Madame « D ».
- Monsieur « B ».

Pour ne pas s'attarder à revoir ces sujets nous avons choisi Mme « D » comme un cas illustratif.

Mme « D » est une femme âgée de 79ans résidente au F.P.A.H depuis neuf ans, c'est une femme illettrée, aimée par sa famille conservatrice, ce qui la laisse décrire ses parents positivement.

Mme « D » est passée par trois mariages, et a eu un enfant avec son premier mari, qu'elle a abandonné après la mort de ce dernier. Après son dernier divorce ses beaux fils l'ont emmené vivre au foyer, où, les premiers temps elle se sentait très bien parce qu'elle était parmi les premiers résidents au F.P.A.H, car, le personnel était disponible à tout moment pour elle, période où elle entretenait des relations avec ce dernier, et les résidents. Avec le temps, le foyer se remplissait et le personnel n'était plus à sa pleine disposition et était surchargé ce qui l'a amenée à s'isoler du reste des résidents et même du personnel, elle ne discute avec personne et ne veut plus parler. D'après les résultats obtenus lors de l'entretien et la passation de l'AAI nous avons constaté qu'elle a eu un style d'attachement « Secure » depuis son enfance, elle a été autonome indépendante à l'âge adulte, et même après son installation au foyer son style d'attachement est resté le même.

Ces données recueillies nous permettent de répondre à notre première hypothèse que les styles d'attachements présentent une continuité tout au long de la vie.

2.2. Discussion de la seconde hypothèse

Notre deuxième hypothèse selon laquelle le modèle interne opérant est en rapport avec les relations qu'entretiennent les personnes âgées, est confirmée avec les huit autres cas.

Pour illustrer cette confirmation, nous avons choisi le cas de Mme « M », femme âgée de 75 ans, résidente au F.P.A.H depuis dix ans, sociable et qui manifeste des comportements définis par son modèle interne opérant développé par ses expériences relationnelles au cours de sa vie.

On constate que durant son enfance elle perçoit sa mère comme étant froide et distante envers elle contrairement à son père ; elle a vécu un rejet de la part de son frère et depuis elle a peur d'être rejetée par les autres et n'a plus confiance. Elle essaie de se montrer insensible, n'accepte pas de dépendre des autres et d'être soutenus par quelqu'un. De ce fait on constate qu'elle a développé d'après son histoire et ses expériences relationnelles un modèle interne opérant positif de soi et négatif des autres ce qui la laisse distante et refuser, d'être soutenue ou d'être en relation de confiance avec qui que ce soit.

Ainsi on peut dire qu'on a confirmé la première hypothèse du fait que les styles d'attachement ne changent pas par rapport au vécu de la personne.

Et on a confirmé la deuxième du fait qu'en institution, les personnes âgées entretiennent des relations qui sont définies par leurs modèles internes opérant développé tout au long de la vie.

Conclusion

Conclusion générale

Conclusion :

L'attachement en tant qu'un lien affectif et un besoin vital est déterminé par des modèles internes opérants qui définissent les styles d'attachement.

L'individu n'existe que dans et par rapport à autrui et donc, à commencer, par son rattachement à des individus et à des lignes ancestrales. Chaque personne possède au fil des années son histoire, à travers les événements vécus

L'attachement reste important pour le développement et la sécurité psychique de tout être humain, ce pendant, les modèles internes opérants développés dès le jeune âge sont ceux qui définissent le devenir relationnel des individus.

Il est important de comprendre que les comportements et quelques symptômes psychologiques peuvent être liés aux relations avec leurs enfants, voire leurs parents et même avec son entourage. Et connaître qu'elles sont les représentations de ces personnes âgées nous permettra de mieux les comprendre, les soutenir et les aider en cette étape de vie.

Dans notre recherche, nous nous sommes intéressés à l'attachement chez la personne âgée, ainsi qu'à l'influence des modèles internes opérants sur les relations entretenues dans l'institution.

Pour la réalisation de ce modeste travail, nous nous sommes référés à différents ouvrages en suivant une méthodologie et en utilisant des outils de recherches qui se résument à : l'entretien clinique semi directif et l'AAI (Adult Attachment Interview), afin de recueillir les informations recherchées. Notre étude s'est déroulée dans un foyer pour personnes âgées et/ou handicapées qui se situe à Bejaia.

En se basant sur l'état d'esprit actuel des personnes âgées nous sommes arrivés à déduire que les styles d'attachement propres à chacune d'elles présentent

Conclusion générale

une continuité tout au long de leurs vies, et que les modèles internes opérants sont en rapport avec les relations qu'entretiennent les personnes âgées.

Le foyer d'accueil des personnes âgées et/ou handicapé de Bejaia est un endroit qui reçoit des personnes âgées tout en leur garantissant la sécurité dont elles ont besoin. Les raisons de leur présence au foyer sont multiples et varient d'une personne à une autre, que ce soit pour la protection ou parce qu'ils sont en état de dépendance, ou qu'ils n'ont aucune attache familiale.

Pour finir ce travail, modeste, on a opté pour une phrase de Bowlby qu'on croit être adéquate à notre thématique, et qui explique le comportement d'attachement au cours du troisième âge, « ...Finalement, dans la vieillesse, quand le comportement d'attachement ne peut plus être dirigé vers des membres d'une génération plus âgée, ou de la même génération, il peut se diriger à la place vers des membres d'une génération plus jeune ».

Ce travail n'a été pour nous qu'une initiation à la recherche. Ces résultats ne peuvent en aucun cas être focalisés ou généralisés, vu le nombre des cas très réduits pour valider ses résultats sur une population plus large.

Les observations et les remarques que nous avons recueillies sur le terrain d'étude permettent de soulever quelques suggestions :

- S'interroger sur les besoins réels de la personne âgée
- Prendre en considération les réticences de chaque personne âgée.
- Chercher à comprendre et cerner la cause de toute agressivité ou rejet qui émanent de la part de la personne âgée.
- Exiger des formations pour toutes personnes travaillant dans la prise en charge des personnes âgées, que ce soit dans le domaine médical ou psychologique.

Liste bibliographique

Liste bibliographie

Ouvrages

1. Association Américaine des psychiatres. (1996). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Paris : Masson.
2. Aveline L. (2000). *Gériatrie* . Paris : Esten
3. Barais A, Cupa D. (2008). *100 Fiches de psychologie* . Paris : Bréal.
4. Bee H, Boyd D. (2003). *Psychologie du développement ; les âges de la vie* . Paris ; Boeck.
5. Benony H, Chahraoui Kh. (2003). *Méthode d'évaluation et de recherche en psychologie* . Paris : Dunod.
6. Blaise P. (2003). *Premier lien : Théorie de l'attachement* . Paris : Odile Jacob.
7. Bouatta C, Sahraoui I. (2013). *Famille ; traumatisme et résilience* . Algérie : université de Béjaia.
8. Bouisson J. (2005). *Psychologie du vieillissement et vie quotidienne* . Marseille : Solal.
9. Bourdelais P (1993). *L'âge de la vieillesse* . Paris : Odile Jacob.
10. Bowlby John, (2008). *Attachement et perte 1 L'attachement* . France : Puf.
11. Brouillet D, Syssau A. (2000). *Le vieillissement cognitif normal* . Belgique : Boeck.
12. Capeliez Ph et All. (2000). *Psychologie Clinique de la personne âgée*. Canada : Masson.
13. Charlot V. (2007). *Ou vivre entouré ?* . Belgique : Namuroises.
14. Clement J-P. (2009). *Psychiatrie de la personne âgée* . Paris : Brottier.
15. Colloque National des l'enseignants de gériatrie (2010). *Vieillesse* . Paris : Masson.

16. Delage M. (2013). *La vie des émotions et l'attachement dans la famille* . Paris : Boeck.
17. Deleau M. (2006). *Psychologie du développement* . Paris : Bréal.
18. Déliot C, Casagrande A. (2005). *Vieillir en institution* . Paris : John Libbey Eurotext.
19. Géorge M et All. (2000). *Attachement et développement : les premières relations de dans le développement humain* . Canada : Université de Québec.
20. Guedeney N, Guedeney A. (2009). *L'attachement : approche théorique du bébé à la personne âgée* . Paris : Elsevier Masson.
21. Guedeney N, Guedeney A. (2010). *L'attachement : approche clinique* . Paris : Elsevier Masson.
22. Guedeney N. (2010). *L'attachement, un lien vital*. Bruxelles : Frabert.
23. Lavarde A. (2008). *Guide méthodologique de la recherche en psychologie* . Paris : Boeck.
24. Lenièvre N. (2004). *Statut juridique de la personne âgée en établissement de soins et maison de retraite* . Paris : Heure de France.
25. Lacomblez L, Mahieu F. (2003). *Les démences du sujet âgé* . Paris : John Libbey Eurotext.
26. Leronzo M-L. (2008). *La personne âgée : psychologie du vieillissement* . Paris : Bréal.
27. Lôo H, Gallarda Th. (2000). *Troubles dépressifs et personnes âgées* . Paris : John Libbey Eurotext.
28. Mareau Ch et All. (2006). *Réussir son premier cycle de psychologie*. Paris : Studyrama.
29. Mamoukian A. (2007). *Les soignants et les personnes âgées*. France : Lamarre.
30. Mareau CH, Dreufus A. (2004). *L'indispensable de la psychologie*. Paris : Studyrama.

31. Marmoz L. (2001). *L'entretien de recherche dans les sciences sociales et humaines*. Paris : Harmattan.
32. Mary D et All. (2002). *Le lien et quelques-unes de ses figures*. France : Université de Rouen.
33. Moro M. (2010). *grandir en situation transculturelle*. Bruxelles : Fabert.
34. Muchielli R. (1994). *Les complexes humains*. Paris : ESF
35. Papalia D et All. (2010). *Psychologie du développement humain* . Paris : Boeck.
36. Papalia D, Old S. (2005). *Psychologie du développement humain*. Canada: Chenalière Education.
37. Papalia D, Feldman R. (2014). *Psychologie du développement humain*. Canada : Chenelière Education.
38. Patrick L. (1999). *Psychologie cognitive*. Paris : Boeck et Larcier.
39. Patrick L, Bherer L. (2005). *Psychologie du vieillissement*. Paris : Boeck et Larcier.
40. Pior V, Glaser D. (2006). *Comprendre l'attachement et les troubles d'attachement*. Bruxelles : Boeck.
41. Ploton L,(1990). *la personne âgée*. Chronique Sociale, lyon.
42. Quaderi A. (2013). *Psychologie du vieillissement* . Paris : Armand Colin.
43. Robinson B. (2005). *Psychologie Clinique : de l'initiation à la recherche* . Bruxelles : Boeck.
44. Rod P. (2007). *Introduction à la psychologie*. Canada : Chenalière Education.
45. Roulin J-L. (2006). *Psychologie Cognitive* . France : Bréal.
46. Samacher R. (2005). *Psychologie clinique et psychopathologie* . Paris : Bréal.
47. Savard N. (2010). *Théorie de l'attachement*. Paris: Oned.
48. Schaulder S. (2007). *Pratiquer la psychologie clinique auprès des adultes et des personnes âgées* . Paris : Dunod.

49. Schofield G et All. (2006). *Guide de l'attachement en famille d'accueil et adoptive*. France : Elsevier Masson.

50. Stanley M, Beare P. (2005). *Soins infirmier en gériatrie : vieillissement normal et pathologique*. Belgique : Boeck et Larcier.

51. Tavis C, Wade C. (1999). *Introduction à la psychologie ; les grandes perspectives*. Canada : Boeck et Larcier.

Thèses

52. Corpataux N. (2006). « *Rôle du style d'attachement et de l'adhésion aux indications de traitement psychologique* ». Thèse de recherche en psychologie clinique. Université de Genève.

Dictionnaire

53. Angel S et All. (2010). *Petit Larousse de psychologie*. Paris : Larousse

54. Armand C. (2012). *Dictionnaire de sociologie*. Paris : Larousse.

55. Bloch H. (1997). *Dictionnaire fondamentale de la psychologie*. Paris : Larousse.

56. Bloch H. (2011). *Grand dictionnaire de la psychologie*. Italie : Larousse.

57. Ferréol G et All. (2004). *Dictionnaire de sociologie*. Paris : Armand Colin.

58. Syllany N. (2003). *Dictionnaire de la psychologie*. Canada : Larousse.

Article :

59. Broudreault A, Ntetu A L. (2006). « *Toucher affectif et estime de soi des personnes âgées* ». P.52-67

http://www.cairn.info/zen.php?ID_ARTICLE=RSI_086_0052

60. Bonnet M. (2012). « *L'attachement au temps de la vieillesse* ». P.123
http://www.cairn.info/zen.php?ID_ARTICLE=DIA_198_0123

61. Collectif Nabni-Santé et Vieillissement (2015). « De l'urgence d'une stratégie nationale pour une autre prise en charge de nos aînés » .P7. Algérie : El Watan.
62. Dugravier R et All. (2006). « **Attachement et trouble du comportement** ». P.106 Volume 45.
63. Hammoud N.(2015). « Prise en charge des personnes âgées ». Algérie : El Watan. <http://www.elwatan.com/regions/ouest/oran/social-pres-de-8-600-personnes-agees-ont-besoin-de-prise-en-charge-135.php>
64. Mallon Isabelle. (2005). « *Les personnes âgées en maison de retraite : une redéfinition des espaces familiaux* ». P.136-178. http://www.cairn.info/zen.php?ID_ARTICLE=ESP_120_0163
65. Meslem M. (2015). « Les services d'accueil diurne des personnes âgées à Tiaret » Algérie: Presse Algérie.

Annexes

Annexe 1 : guide d'entretien

Axe 1 : Informations personnelles

- Age
- Niveau d'instruction
- Profession
- Avez-vous un salaire, une pension ou une autre source ?
-

Axe 2 : vie privée des personnes âgées

- Êtes-vous marié ?
- Avez-vous des enfants ? Quels est leurs nombre ? Sont-ils mariés ? ont-ils des enfants ?
- Avez-vous des frères et sœurs ? Quels est leurs nombres ? Sont-ils mariés ? Ont-ils des enfants ?
- Avez-vous des conflits avec l'un de vos proches ? Avec qui ? Pourquoi ?
- Avez-vous jusqu'à aujourd'hui des contacts avec eux ? Qui exactement ?

Axes 3 : l'entrée et le vécu des personnes âgées dans le foyer

- Avec qui vivez-vous avant l'entrée au foyer ?
- Depuis quand vous vous êtes installer ici ?
- Comment vous vous êtes installé ici ?
- Qu'avez-vous ressentis lors de votre installation ici ?
- Participez-vous aux activités proposées ? lesquelles ? si non ; comment vous passez votre temps au foyer ? avez-vous des amis ici ? si non pourquoi ?

- Recevez-vous des visites de la part de votre famille, vos amis, ou voisins ?

- A qui vous confiez-vous en institution, lorsque vous avez un problème ou vous sentez vous mal ? pourquoi cette personne ?

- Préférez-vous rester au foyer ou quitter ? pourquoi ?

Axe 3 : vie relationnelles et sociales

- Qu'avez-vous senti lorsque vous avez cessé de travailler/retraite ?

- Êtes-vous sociable ? Si non pourquoi ?

- Avez-vous des amis dans ce foyer ? Comment est-elle votre relation (proche/intime/distante) ?

- Acceptez-vous facilement que quelqu'un vous apporte de l'aide un soin ou un soutien ? si non pourquoi ?

Annexe 2 : Adult Attachment Interview / l'AAI (outil d'évaluation de l'attachement chez l'âge adulte :

Cet outil d'évaluation se compose de trois parties essentielles l'une sur l'état d'esprit actuel, l'autre sur la relation et les souvenirs avec les parents durant leurs enfance, et la dernière sur les expériences de pertes, de séparation et sur la relation avec leurs propres enfants.

Avant de commencer la collecte de données nous avons d'abord tester cet outil auprès de la population sélectionnée pour mieux l'adapter et savoir comment mieux formuler les questions de façon à ce qu'il répondent facilement.

Première partie : état d'esprit actuel

- Comment vous sentez vous actuellement ?
- A quoi pensez-vous le plus souvent?
- Quel est votre état de santé psychique et physique ?
- avec qui vous sentez vous plus à l'aise généralement ?

L'objectif de cette partie est de connaître la manière d'être (morale ou physique) d'une personne suites aux situations rencontrées dans sa vie, ainsi que son ensemble de représentations.

Deuxième partie : relations avec les parents et les enfants

- Avez-vous eu une bonne ou une mauvaise relation avec vos parents ?
- Parlez-moi de votre relation avec votre père ? racontez-moi vos souvenirs d'enfance avec lui ?

- Parlez-moi de votre relation avec votre mère ? racontez-moi vos souvenirs d'enfance avec elle ?
- Racontez-moi votre relation avec vos enfants ? Que représentent-ils pour vous ?

L'objectif de cette partie est de collecter le maximum d'information sur l'enfance du sujet étudié, des souvenirs qu'il a eu avec ses parents surtout, ce qui nous permettra de connaître son style d'attachement ce qui va nous faciliter l'analyse dans la compréhension des représentations internes opérants du sujet.

Troisième partie : expériences de pertes / de séparation

- Avez-vous vécu des expériences de séparation / deuil ? racontez-les-moi ?
- Avez-vous subi d'éventuel abus ou rejet durant votre vie ? lesquels ? de qui ?

L'Objectif de cette partie est de connaître la manière dont le sujet se comporte durant des situations étranges (qu'on ne vis pas tout les jours comme le deuil, la séparation, la perte, etc.), comprendre ses comportements d'attachement face à des situations pareil (expériences) et envers ses enfants.

Annexe 3 : Etat récapitulatif des foyers pour personnes âgées « décembre 2013 »

Données générale sur les foyers pour personnes âgées	Total général
Nombre de Wilayas	28
Nombre de FPA	33
Capacité théorique	3380
Capacité réel	2028
Taux d'occupation	60%
La création de nouveau FPA en 2013	03
Capacité théorique de nouveaux foyers	300
Capacité réel d nouveaux foyers	00
Pensionnaires par sexe et par tranche d'âge	
Capacité réel	
Plus de 60 ans	1144
Moins de 60 ans	884
Total	2028
Nombre de pensionnaires sans attache familiale	
Plus de 60 ans	513
Moins de 60 ans	370
Total	883
Nombre de pensionnaire abandonnés	
Plus de 60ans	539
Moins de 60 ans	389
Total	928
Nombre des sans domicile fixe (SDF) accueillis au cours de l'année 2013	
Plus de 60 ans	1351
Moins de 60 ans	1231
Total	2582
Nombre de pensionnaires intégrées dans :	
Leurs familles	
Plus de 60 ans	52
Moins de 60 ans	38
Total	90
Les familles d'accueil	
Plus de 60 ans	08
Moins de 60 ans	06
Total	14
Etat de santé	
Pensionnaires valides	315

Handicapés visuels	86
Handicapés auditifs	31
Handicapés moteurs	244
Handicapés mentaux	763
Poly handicapés	310
Malade chroniques	279

Etat sociale	
Nombre de pensionnaires assurés sociaux	
Plus de 60 ans	394
Moins de 60 ans	284
Total	678
Nombre de pensionnaires non assurés sociaux	
Plus de 60 ans	746
Moins de 60 ans	604
Total	1350
Bénéficiaires de pensions	
Nombre de pensionnaires retraités	185
Nombre de pensionnaires bénéficiaires de l'AFS	128
Nombre de pensionnaires bénéficiaires de pension handicap	158
Nombre de pensionnaires de pension de moujahid	07
Autres pensions	17
Effectif du personnel	
Postes budgétaires	1005
Postes réels	992
Postes vacants	13
Nombre des directeurs	
Femmes	02
Hommes	20
Nombre des ordonnateurs	
Femmes	03
Hommes	08