



جامعة بجاية  
Tasdawit n Bgayet  
Université de Béjaïa

Université Abderrahmane Mira de Bejaia  
Faculté des Sciences humaines et sociales  
Département de psychologie et d'orthophonie

## Mémoire de fin de cycle

En vue de l'obtention du diplôme de Master en Psychologie

Option : Psychologie Clinique

### *Thème*

**La solitude psychologique et la dépression chez  
les personnes âgées placées en institution**

**Réalisé par**

M<sup>elle</sup> .TIDJET Kamelia

**Encadré par**

Dr. HATEM Wahiba  
M<sup>me</sup>. HAFFAF Hassiba

**Année universitaire : 2021/2022**

## **Remerciements**

*Tout d'abord, je remercie Dieu tout puissant de m'avoir donné santé, courage et patience pour terminer ce modeste travail.*

*Je tiens à exprimer mes vifs remerciements à mes parents pour leur soutien et leurs encouragements tout au long de notre cursus universitaire.*

*Je remercie infiniment notre promotrice DR HATEM WAHIBA pour son soutien.*

*Je tiens également à remercier chaleureusement ma Co-encadrante HASSIBA HAAFFAF pour sa disponibilité, son aide, ses orientations et ses précieux conseils.*

*Un grand merci pour la psychologue du foyer pour personnes âgées de Bejaia pour son accueil.*

*Un grand merci à tout le personnel du foyer qui m'a accueilli à bras ouvert et qui m'a permis d'effectuer ma pratique dans des conditions très agréables et chaleureuses.*

*Ma reconnaissance et mes chaleureux remerciements s'adressent à tous les enseignants pour leurs suivis, conseils et orientations durant ce travail. Je tiens remercier vivement mes chers camarades pour leur soutien et leur grande serviabilité.*

## ***Dédicaces***

*Je dédier ce modeste travail a :*

*Mes chers parents. Qui m'ont donné la vie et l'amour, quoi que je fasse et quoi que je dis je ne saurais guère vous remercier comme il se doit, qui ont toujours guidé mes pas vers la réussite, que dieu les protègent de tout malheurs, et vous préserve une longue vie et vous garde en bonne santé, à ma chère mère pour son d'Oaa, sa tendresse, ses conseils, je les remercie infiniment.*

*A mon cher et unique frère, lounas mon pilier je lui dis la vie n'a pas de goût sans ta présence.*

*A mes chères sœurs : samra, et feriel (j'espère que t'auras ton bac), à ma petite sœur Lydia la prune de mes yeux, merci pour tout le soutien que vous m'apportez, je vous dis je t'aime.*

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

*A mes grands-parents, Memina et Mhammed et Mira merci d'avoir toujours cru en moi.*

*A mes tantes chacun de son nom, et mes oncles, M said et Bilal et leurs femmes à Kamel, Amir, Mokran, tamazight, Kenza, Malika.*

*A tous mes amis.*

*Et enfin ceux qui sont présents dans mon cœur et je n'ai pas cité ses noms.*

*Puisse Dieu vous donne santé, bonheur, courage et surtout réussite.*

***Kamelia***

## **SOMMAIRE**

<b>Introduction.....</b>	<b>01</b>
<b>Problématique et hypothèses.....</b>	<b>04</b>
<b>Opérationnalisation des concepts.....</b>	<b>10</b>

### **Partie théorique**

#### **Chapitre I : le vieillissement et la personne âgée en institution.**

<b>Préambule .....</b>	<b>12</b>
<b>I-Le vieillissement.....</b>	<b>12</b>
<b>1- Définitions.....</b>	<b>12</b>
- Le vieillissement.....	12
- La vieillesse.....	12
- Vulnérabilité.....	13
<b>2- Les effets de vieillissement sur l'organisme.....</b>	<b>14</b>
<b>3-Les conséquences psychologiques de vieillissement pour les personnes.....</b>	<b>18</b>
<b>4-le vieillissent et renoncement.....</b>	<b>19</b>
<b>5. les pathologies et troubles de la vieillesse.....</b>	<b>22</b>
<b>6-Les théories psychosociologiques de vieillissement .....</b>	<b>23</b>
1-La théorie de l'activité .....	23
2- Théorie de désengagement .....	24
<b>II-La Personne âgée en institution.....</b>	<b>25</b>
1-La définition d'institution .....	25
2-Les différents types d'institution .....	25
3-L'entrée en institution.....	26
4-Les différents types d'entrées en institution.....	26
5-La sociabilité dans les institutions pour personnes âgées.....	27

6-La prise en charge de la personne âgée en institution.....	28
--	----

<b>Synthés.....</b>	<b>29</b>
---------------------	-----------

## **Chapitre II : la dépression et la solitude**

<b>I-La dépression.....</b>	<b>30</b>
-----------------------------	-----------

<b>Préambule.....</b>	<b>30</b>
-----------------------	-----------

1- Historique de la dépression .....	30
--------------------------------------	----

2- La définition de la dépression.....	31
--	----

3- Les symptômes de la dépression.....	32
--	----

4 Les facteurs de la dépression.....	35
--------------------------------------	----

5- Les classifications de la dépression.....	36
--	----

6- Les types de la dépression.....	41
------------------------------------	----

7- La dépression chez les personnes âgées.....	43
--	----

8- Les formes cliniques de la dépression chez la personne âgée.....	44
---	----

9- Les théories de la dépression .....	45
--	----

10- Le diagnostic différentiel de la dépression.....	47
--	----

11- La prise en charge de la dépression.....	47
--	----

<b>Synthèse.....</b>	<b>48</b>
----------------------	-----------

<b>II- La solitude.....</b>	<b>48</b>
-----------------------------	-----------

1- La définition .....	49
------------------------	----

-La solitude.....	49
-------------------	----

-L'isolement.....	49
-------------------	----

-Le sentiment de la solitude.....	49
-----------------------------------	----

2- Le rapport entre la solitude et l'isolement social.....	51
--	----

3- Les principaux déterminants de la solitude.....	52
--	----

4- Les signes de la solitude.....	53
-----------------------------------	----

5- Les formes de la solitude.....	53
-----------------------------------	----

6- Les types de la solitude.....	54
----------------------------------	----

7- Les conséquences de la solitude affective/du sentiment de solitude.....	54
--	----

8- La solitude chez la personne âgée.....	55
9- L'état de santé de la solitude chez la personne âgée .....	56
10- Les différents regards disciplinaires du sentiment de la solitude.....	58
<b>Synthèse.....</b>	<b>60</b>
<b>Chapitre III : La démarche méthodologique et technique utilisées.</b>	
<b>Préambule.....</b>	<b>61</b>
1- Méthode de la recherche.....	61
2- Présentation du groupe de recherche .....	64
3- Les techniques utilisées.....	65
4- L'attitude de chercheur en psychologie.....	68
5- La méthode suivie dans la présentation et analyse des cas.....	69
<b>Synthèse.....</b>	<b>70</b>
<b>Partie pratique</b>	
<b>Chapitre IV : présentation, analyse et discussions des hypothèses.</b>	
1-présentation et analyse des résultats.....	71
1-1-Présentation du cas « A » .....	71
1-2-Présentation du cas « B » .....	77
1-3- Présentation du cas « C » .....	83
1-4-Présentation de cas « D » .....	90
2-Discussion des hypothèses.....	97
<b>Conclusion .....</b>	<b>103</b>
<b>Liste bibliographique</b>	
<b>Annexes</b>	

## **Résumé**

A travers cette recherche nous avons tenté de démontrer le lien entre la solitude émotionnelle et la dépression chez les personnes âgées placées en institution.

Pour ce faire, nous avons utilisé la méthode descriptive, plus précisément l'étude de cas. Nous nous sommes servis d'un ensemble d'outils, qui sont l'entretien clinique semi-directif, l'échelle de dépression gériatrique, ainsi que l'échelle de la solitude de Jong-Gierveld.

L'étude a été réalisée sur quatre cas, que nous avons rencontrés au niveau du foyer pour personnes âgées de Bejaia.

Les résultats ont démontré une corrélation positive entre le degré de solitude émotionnelle et le niveau de dépression chez les quatre participants à notre étude.

Nous avons pu conclure que la solitude émotionnelle peut être considérée comme un facteur de risque de dépression chez les personnes âgées placées en institution.

## **Abstract**

In this research, we wanted to demonstrate the link between emotional loneliness and depression in institutionalized elderly people.

To do this, we used the descriptive method, more precisely the case study. We used a set of tools, which are the semi-structured clinical interview, the geriatric depression scale and the Jong-Gierveld loneliness scale.

The study was carried out on four cases, which we met at the home for the elderly in Bejaia.

The results showed a positive correlation between the degree of emotional loneliness and the level of depression in the four participants of our study. We were able to conclude that emotional loneliness can be considered a risk factor for depression in institutionalized elderly people.

## المخلص

أردنا إثبات الصلة بين الوحدة العاطفية والاعتناء بالذكبار السن في المؤسسات من خلال هذا البحث وهي، استخدمنا مجموعة من الأدوات. وبشكل أكثر دقة دراسة الحالة، استخدمنا الطريقة الوصفية، للقيام بذلك، ومقياس، ومقياس الاعتناء شبه للوحدة Jong-Gierveld عند كبار السن، شبه الموجهة المقابلة الإكلينيكية

أجرينا دراسة على أربع حالات لتقينا هافيدار المسنين بجمالية.

أظهرت النتائج وجود علاقة إيجابية بين درجة الوحدة العاطفية ومستوى الاعتناء بالمشركين الأربعة فيدر استنا.

تمكننا من استنتاج أن الوحدة العاطفية يمكن اعتبارها عاملاً خطراً للاعتناء بالذكبار السن في المؤسسات.

# **INTRODUCTION**

### **Introduction**

L'être humain subit au cours de sa vie des changements tant sur le plan physiologique que psychologique. L'avancement en âge fait apparaître une certaine fragilité physique, une dégradation de l'état de santé, un changement dans l'état psychologique et une diminution des relations sociales, des perturbations liées à la réduction de ses capacités fonctionnelles, mais également aux éventuelles séquelles des diverses maladies dont la personne a pu souffrir tout au long de sa vie

Si la vieillesse peut-être vécu comme un passage ordinaire de la vie, elle est justement crainte pour les souffrances qu'elle peut générer telle est la crainte existentielle, fondamentale de l'humanité.

La notion de vieillissement désigne d'abord un phénomène individuel, celui des incidences de l'âge, dans ses dimensions biologiques et psychologiques, depuis la naissance jusqu'à la mort. La limite d'âge ne peut être fixée que de façon arbitraire ou conventionnelle.

Le vieillissement correspond à l'ensemble des processus physiologiques naturels inscrits dans le code génétique, qui traduit l'action du temps sur l'individu. Il correspond à une diminution de la résistance et de l'efficacité de l'organisme, à un affaiblissement général des fonctions internes qui vont fragiliser le sujet âgé.

Les personnes âgées sont un groupe de la population avec une vulnérabilité accrue qui peut influencer leur bien-être, notamment quand les sujets âgés sont soumis à des changements brusques dans leur vie quotidienne

L'entrée en « institution », et le changement de lieu de vie représente un tournant dans la vie de la personne âgée, c'est un véritable bouleversement et peuvent représenter un moment difficile à vivre, ce moment correspond à un changement important dans la vie de sénior.

Les états dépressifs du sujet âgée sont fréquentes et de diagnostic difficile. Les dimensions sociales psychologiques, environnementales et biologiques sont intriquées. Les états dépressifs chez le sujet âgé sont méconnus, banalisés, souvent considérés comme une conséquence du vieillissement.

La dépression est une maladie caractérisée par une modification de l'humeur et de la personnalité, c'est une altération à tonalité désagréable et douloureuse. Une maladie qui se manifeste par des troubles psychologiques, physiques et comportementaux.

La dépression se définit comme : « un état morbide, plus ou moins durable, caractérisé essentiellement par la tristesse et une diminution du tonus et de l'énergie. Anxieux, las, découragé, le sujet déprimé est incapable d'affronter la moindre difficulté. Il souffre de son impuissance et a l'impression que ses facultés intellectuelles, notamment l'attention et la mémoire, sont dégradés. Le sentiment defferriste qui en résulte augmente encore sa mélancolie ». (SILLAMY Nobert, 1999, p78)

Le sentiment de solitude lié à d'autres problèmes comme des troubles de la personnalité, des troubles psychologiques, est un sentiment d'être rejeté, exclus et ignoré par les autres même à des émotions négatives telle que la dépression. De plus en plus, la solitude est perçue comme une des conséquences majeures de vieillissement de la population.

Pour notre travail e recherche qui porte sur « *la solitude émotionnelle et la dépression chez les personnes âgées placées en institution* » qui a été effectué dans le foyer pour personnes âgées de Bejaia. Nous avons utilisé pour la récolte de données l'entretien de recherche semi-directif, l'échelle gériatrique de dépression (GDS) pour l'évaluation de la dépression chez le sujet âgé, ainsi, l'échelle de solitude de Jong-Gierveld dans le but d'évalué le sentiment de solitude a s'avoir son degré et son type chez le sujet âgé.

Pour la réalisation de notre travail de recherche, nous avons choisi, l'approche cognitive et comportementale, (TCC) cette approche nous a permis de mieux décrire et expliquer les comportements des personnes âgées, c'est une approche centrée sur les pensées, les cognitions et les émotions.

Notre travail s'est appuyé sur un plan, on a d'abord présenté une introduction, une problématique suivie d'une hypothèse, l'opérationnalisation des concepts clé, après laquelle nous avons proposé les objectifs de cette recherche,

Notre plan se divise en deux grandes parties, la première partie théorique, qui est consacrée aux données théoriques concernant nos variables, une partie méthodologique et une partie pratique.

Le premier chapitre de la partie théorique nommé : le vieillissement et la personne âgée en institution, est subdivisé en deux parties aussi, la première partie consacrée au vieillissement est la deuxième partie consacrée à la personne âgée en institution.

Le deuxième chapitre intitulé : la dépression et la solitude, est subdivisé en deux parties, la première partie est centrée sur la dépression, la deuxième partie de chapitre consacré à la solitude.

Au troisième chapitre est consacré à la méthodologie, tandis que le quatrième chapitre a été dédié à la présentation, l'analyse des résultats et la discussion des hypothèses. Pour finir avec une conclusion générale.



## **Problématique et hypothèses**

## **Problématique**

La santé est définie par l'organisation mondiale de la santé comme un état de bien être total biopsychosocial, elle est envisagée chez les seniors comme « l'adaptation au milieu et la capacité d'y fonctionner au mieux, compte tenu de leur incapacité ». (Haut comité de la santé publique, 1992, cité dans (Macaluso, 2008, P22).

Vieillir, tout comme mourir ou vivre, est un phénomène que chacun appréhende aisément. Vieillir fait partie des événements de vie, mais il n'est pas aisé d'en donner une définition claire, accessible et compréhensible pour tous. (Pablo, 2011.P15).

L'avancée en âge est associée à la confrontation à de nombreux événements difficiles (deuils, retraite, maladie, isolement, etc.) qui peuvent mettre à mal l'équilibre psychique des personnes vieillissantes. L'expérience de ces événements implique la mise en place de remaniements fréquents qui peuvent s'avérer nécessaires en vue d'une adaptation réussie à ces événements mais qui peuvent également être moins heureux. Cette réorganisation psychique peut avoir pour corollaire l'apparition de troubles et d'états psychopathologiques importants à prendre en compte, sans toutefois les pathologies à outrance, et qui sont parfois difficiles à évaluer chez les sujets âgés. (Rafard, 2014, P39).

Vieillesse, troisième âge de la vie, après la croissance et l'âge adulte. Il est difficile de déterminer le moment où commence la vieillesse ; cela dépend moins de l'âge que des conditions physiques, morales ou sociales que l'on a connues. (Dictionnaire de la psychologie,196, P311).

Selon Bloch et ses collaborateurs (1999), la vieillesse est définie comme la « dernière période de la vie, correspondant à l'aboutissement normal de la sénescence ». (P 986), elle est considérée comme un état, celui de la personne dans son âge avancé. Son début est fixé arbitrairement dans le cours de la sixième décennie. Il correspond parfois à l'âge de la retraite. (Richard.et Mateev-Dieks, 2004, P8).

Le vieillissement est un processus complexe, lent et progressif, qui implique divers facteurs biologiques, psychologiques et sociaux. Ces facteurs sont en partie génétiques (vieillissement intrinsèque) et pour partie liée à l'histoire de vie de chacun (facteurs externes de vieillissement, acquis ou subis).

Le vieillissement se définit par l'ensemble des phénomènes physiologiques inévitables et irréversibles qui accompagnent l'avancée en âge. Plus qu'à une diminution des

performances, le vieillissement aboutit à une diminution des réserves fonctionnelles de l'organisme, c'est à - dire à une diminution de ses capacités d'adaptation. En l'absence de maladie surajoutée, le vieillissement ne conduit pas au stade de défaillance. L'âge n'est jamais à lui seul responsable de la décompensation d'une fonction. (Monfort, 2015, P401).

Selon l'association américaine de psychiatrie (APA, 2015), la dépression est définie comme faisant partie des troubles de l'humeur. L'APA énonce neuf symptômes dépressifs, l'humeur dépressive, la diminution de l'intérêt ou plaisir pour les activités, la perte ou gain de poids en l'absence de régime ou la Diminution ou augmentation de l'appétit, l'insomnie ou l'hypersomnie, l'agitation ou le ralentissement psychomoteur, la fatigue ou la perte d'énergie, le sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée, la diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision, les pensées de mort et les idées suicidaires récurrentes, la tentative de suicide ou plan précis pour se suicider (APA, 2015, p188).

La dépression se caractérise par une baisse du moral et une incapacité à éprouver de la joie ou du plaisir. L'humeur dépressive est la première réaction d'un être humain à la souffrance psychique et au sentiment de mal-être. En elle-même, la dépression est une émotion normale qui joue un rôle adaptatif important et que tout le monde a éprouvée. (Robert, 2004, P15).

La dépression est un état morbide plus ou moins durable caractérisé par une diminution du tonus et de l'énergie. Le sujet déprimé est incapable d'affronter la moindre difficulté. Il ne prend plus aucune initiative, par manque d'intérêt et de volonté ; il souffre de son impuissance et à l'impression que ses facultés intellectuelles (attention, mémoire) sont dégradées le sentiment d'infériorité qui en résulte augmente encore sa mélancolie. (Sillamy, 2003, P79).

La dépression est fréquente chez la personne âgée et est de diagnostic difficile en raison de présentations cliniques inhabituelles, ce qui explique qu'elle soit insuffisamment traitée. Elle peut témoigner d'une maladie dépressive ancienne ou bien peut être tardive, survenant chez une personne sans antécédents dépressifs, s'ouvrant alors sur un risque cognitif. Chez les personnes âgées, dépression et problèmes somatiques s'intriquent volontiers. Chez la personne âgée, la dépression peut prendre le masque d'une démotivation dans sa forme conative, s'accompagnant alors de troubles exécutifs ou laisser apparaître des comportements agressifs comme dans la dépression hostile. (Cyril, 2008, P141).

Chez la personne âgée de plus de 65 ans, la prévalence de la dépression est d'environ 15 %. Cependant, dans les services de soins somatiques qui leur sont dédiés, les symptômes dépressifs sont présents jusqu'à 37 % des patients. Trente pour cent d'entre eux ont une dépression majeure. L'hypochondrie est fréquente, concernant 65 % des personnes âgées dépressives. Aujourd'hui, on peut estimer que 60 à 70 % des états dépressifs des personnes âgées sont négligés, méconnus ou mal traités, en particulier chez les personnes très âgées. Dans la première étude paneuropéenne de la dépression. (Cyril, 2008, P142).

Les raisons psychologiques de la survenue d'une dépression chez la personne âgée sont nombreuses. Il s'agit d'une pathologie invalidante et en aucun cas des conséquences d'un vieillissement normal. Les stigmates de facteurs sociaux comme la pauvreté des échanges affectifs, la solitude, le vécu du rejet de certains jeunes, l'isolement ou la désafférentation se combinent à d'autres facteurs psychologiques pour expliquer la fréquence de la maladie avec le grand âge. La perte d'emprise sur l'environnement d'une personne âgée devenant dépendante est moralement douloureuse et finie par retentir sur l'estime de soi. Une estime de soi positive est nécessaire pour vivre de façon satisfaisante et s'adapter aux sollicitations affectives de la vie courante. Elle est encore nécessaire pour s'engager dans des actes qui permettent de se construire, de traverser les difficultés lorsqu'elles se présentent. La mésestime de soi favorise la désafférentation sociale et la dépression. (Cyril, 2008, P149).

Le modèle de la famille dans lequel les personnes âgées, sont hébergées par les enfants, est encore vivace et demeure un pilier de forte solidarité familiale intergénérationnelle en Algérie. la majorité des personnes veuves vivent avec leurs enfants et plus de la moitié avec leur petits- enfants. Les mariés par contre, vivent généralement avec leur conjoint.

Dans notre pays, la cohabitation semble être un support privilégié de l'aide familiale aux personnes âgées dépendantes, avec une signification différente pour les filles et les fils : cohabitation de circonstance pour les premiers et Co-résidence de toujours pour les seconds.

Trois facteurs (social, affectif, religieux) consolident la place des séniors dans la culture algérienne : le maintien des liens familiaux et de voisinage permet aux enfants sans grands - parents de profiter de ceux des autres ce qui constitue une forme de parrainage reconstituant symboliquement la chaîne interrompue, ainsi parents et grands - parents sont fortement investis grâce à ces interactions. ((Moutassem-Mimouni, 2013, p5).

Dans certains cas, les personnes âgées se retrouvent placées en institution, soit parce qu'ils n'ont pas de famille pour s'en occuper, dans le cas où ils n'ont pas d'enfants, ou parce que ces derniers les ont abandonnés.

La « maison de retraite » est souvent vécue comme le dernier domicile avant la fin de vie. En outre, la personne décide rarement seule de son entrée en maison de retraite, elle y est souvent contrainte par son état physique et - ou psychologique. (Boichote, et Collard, 2009, P172).

L'origine du placement montre que la grande majorité sont soit ramenés par la police ou par la direction de l'action sociale (DAS), soit transférés d'autres centres. (Moutassem-Mimouni, 2013, p25).

En Algérie, il existe quarante foyers, la population admise dans ces centres ne s'agit pas toujours de personnes âgées, mais aussi d'handicapés, de cas sociaux et de mères célibataire, il n'y a pas de structures pour ces dernières catégories, alors tous les centres de l'action sociale en héritent. (Moutassem-Mimouni, 2013, p26).

L'entrée en institution provoque une rupture avec la vie passée, et risque d'avoir des conséquences sur l'intégration à terme du résident dans ce nouveau lieu de vie. En effet, ce changement de vie constitue à court et moyen terme une période à risque pour la personne risque de dépression, risque de désorientation augmentant le nombre de chutes, risque de syndrome de glissement dans le mois qui suit l'entrée en institution, se caractérisant par une dégradation rapide de son état de santé. (Beloni.Hoarau et Marin, 2019, P78).

Les personnes âgées qui entrent en institution sont au moins dans un état de dépréciation, il n'est pas rare de les entendre dire qu'elles ne servent à rien, que c'est fini, ou « à quoi ça sert de vivre ». L'institution risque de confirmer ces sentiments en prenant totalement en charge ces résidents, en ne laissant aucune place à l'initiative, en fendant leur personnalité dans le moule de la collectivité. Le regard social qui les entoure ne renvoie que l'image diminuée d'une personne dépendante, du fait, de l'institution. (Crone, 2010, P7).

Comme si tous nos problèmes d'êtres humains, nos peurs face à la vie, notre souffrance psychique finalement en revenaient là, à la souffrance d'être seuls, de nous sentir seuls.

La solitude est donc une réelle source de souffrance quand elle est vécue comme un échec, un abandon, un ennui, et qu'elle n'est porteuse d'aucun sens. L'expérience de la

solitude traduit la distance qui sépare notre monde intérieur et la réalité. (Macqueron, 2009, P5).

La solitude est une forme de l'isolement contraint, celle qui constitue une forme de souffrance pour ceux qui y sont assujettis. L'isolement et l'exclusion sociale découlent souvent de cette seconde forme de solitude. Dans la mesure où la solitude imposée est vécue comme une perte de sens, elle renforce plutôt la rupture du lien social.

Si la solitude imposée se vit comme une perte de sens, il convient de vérifier si les effets de l'isolement et de la solitude sont aussi néfastes sur la santé physique et sur l'équilibre psychosocial des personnes âgées. S'il s'avère que les effets de l'isolement et de la solitude portent atteinte à la santé physique et psychique des personnes âgées. (Kajuka, 2015, P41).

La conséquence de la solitude sur la santé mentale la plus souvent reportée par la littérature est la dépression. En effet, plus d'une dizaine d'études amènent la solitude comme facteur de risque de la dépression (Luanaigh&Lawlor, 2008). Cependant, la corrélation entre ces deux éléments n'est pas encore bien définie. En effet, les chercheurs ont pu statuer sur le fait que la solitude est souvent un facteur de risque de la dépression, mais les personnes dépressives ne souffrent pas forcément de solitude. (Luanaigh&Lawlor, 2008).

Concernant l'impact sur la santé physique, Luanaigh&Lawlor (2008) amènent plusieurs conséquences. D'abord, le taux de mortalité augmente lorsque la solitude coexiste avec la dépression. Ensuite, la littérature associe la solitude avec de l'hypertension, des troubles du sommeil, des pathologies cardiaques et une réponse anormale au stress. En effet, il est suggéré que la solitude est associée avec un stress physique et une augmentation de la réponse du système immunitaire (Luanaigh&Lawlor, 2008). Les auteurs expliquent que des recherches plus approfondies seraient nécessaires pour assurer ces résultats. (Megane, 2017, P6).

On peut distinguer deux types de solitudes, la Solitude sociale, est reliée à une intégration sociale déficiente et un manque de contact avec des personnes au même intérêt que l'individu, comme ses amis. La solitude émotionnelle, elle est associée à la situation où une personne ressent le manque d'une autre personne, qui souvent un partenaire.

A la lumière de ce qui a précédé, nous allons tenter de répondre à la question suivante :

- Existe-il un lien entre la solitude émotionnelle et la dépression chez les personnes âgées placées en institution ?

### **Hypothèse**

-il existe une corrélation positive entre le degré de solitude émotionnelle et le niveau de dépression chez les personnes âgées placées en institution participant à notre étude.

### **Objectif de recherche**

L'objectif de notre recherche est de détecter le lien entre la solitude psychologique et la dépression chez les personnes âgées placée en institution.

### **Opérationnalisation des concepts**

#### **1-Le vieillissement**

La notion de vieillissement désigne d'abord un phénomène individuel, celui des incidences de l'âge, dans ses dimensions biologiques, depuis la naissance jusqu'à la mort. La limite de l'âge ne peut être fixée que de façon arbitraire ou conventionnelle.

Est un processus biologique qui provoque diverses altérations au niveau moléculaires et cellulaire, ce qui amène à une grande dégradation progressive des capacités cognitives et physiques.

#### **2- Dépression**

La dépression est une maladie qui, pour raisons diverses, est associée à une perturbation du fonctionnement du cerveau, elle affecte l'ensemble de l'organisme ainsi que la personnalité.

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

#### **3-Isolement social**

Est un état où l'individu ressent une absence d'appartenance sociale ainsi qu'un manque d'engagement auprès des autres. Ses contacts sociaux sont restreints et il se trouve généralement dans l'impossibilité de préserver ses relations de qualité.

#### **4-La Solitude**

Est un sentiment d'être seul. Il ne dépend pas nécessairement du nombre de personnes avec lesquelles on interagit. On peut très bien se sentir seul au milieu d'une foule. La solitude est un sentiment subjectif pouvant être perçu différemment d'une personne à l'autre, est un sentiment qui peut être momentané ou durable. Elle est associée avec un stress physique et une augmentation de la réponse de système immunitaire.

La Solitude sociale : est relié à une intégration sociale déficiente et un manque de contact avec des personnes aux mêmes intérêts que l'individu, comme ses amis.

La solitude émotionnelle : est associée à la situation où une personne ressent le manque d'une autre personne, qui souvent un partenaire.

## **Partie théorique**

## **Chapitre I :**

# **Le vieillissement et la personne âgée en institution.**

**Préambule**

Le vieillissement est un processus continu et progressif d'altération naturelle qui commence tôt de l'âge adulte. Il se caractérise par une diminution de capacités fonctionnelles, physiques et psychologiques et par l'apparition multiformes, fait d'un de modifications internes au sein de l'organisme.

En effet, Le vieillissement peut être considéré comme étant l'incapacité de maintenir un état fonctionnel égal et inchangé au fur et à mesure du temps qui passe. Le vieillissement n'est pas le propre de la vieillesse, celle-ci pouvant être considéré comme une caractéristique du sujet âgé. Le processus de vieillissement englobe la maturation et ne doit donc pas être exclusivement rapproché de la notion de perte.

**1-Définitions :****1-1-Le vieillissement**

Le mot vieillissement commence par le mot vie et il est logique que le début du vieillissement soit situé dès le début de la vie, c'est-à-dire dès la naissance : un nouveau né est âgé de quelque heure, un nourrisson est âgé de quelque jour, un petit enfant est âgé de moins de trois années. (Monfort, 2015, P3).

Le vieillissement correspond à l'ensemble des processus physiologiques qui modifient la structure et les fonctions de l'organisme à partir de l'âge mur. Il est la résultante des effets intriqués de facteurs génétiques et des facteurs environnementaux auxquels est soumis l'organisme durant au long de sa vie. Il s'agit d'un processus lent et progressif qui doit être distingué des manifestations des maladies. L'état de santé d'une personne âgée résulte habituellement des effets du vieillissement et des effets additifs de maladies passées (séquelles) et actuelles, qu'elles soient chroniques ou aiguës. (Belmin, 2014, P4).

**2-2-La vieillesse**

C'est la partie correspondant l'aboutissement du vieillissement. La vieillesse connaît plusieurs définitions. Pour définir l'âge à partir duquel on est une personne âgée, l'Organisation Mondiale de la Santé retient le critère d'âge de 65ans et plus. Une définition sociale utilise l'âge de cessation d'activité professionnelle, ce qui revient à entrer dans la vieillesse à 55-60.(Belmin,2014, p4).

*Vieillesse* a deux valeurs principales. La première, abstraite, caractérise la dernière période de la vie humaine normale et, outre l'ancienneté de la naissance, implique un déficit progressif des fonctions physiologique, parfois des facultés mentales.

L'autre valeur, concrète et personnelle, correspond au fait d'être vieux, à une durée vécue, à une expérience de l'âge et du grand âge, ressentie de manière variable selon le sexe, les cultures, l'état général de santé.

Enfin, la vieillesse est parfois personnalisée comme une force hostile, car elle entraîne la faiblesse (« O vieillesse ennemie ») et prépare la mort. Dans tous les cas le concept de « vieillesse » efface l'idée - clé de l'effet progressif du temps sur l'organisme, qui conduit à un mot plus expressif, moins symbolique, car inscrit dans le dynamisme de la vie, vieillissement.

*Vieillessement*, dérivé du verbe vieillir, marque le processus progressif, à la fois physique et mental par lequel chaque être humain survivant se rapproche de la vieillesse et la parcourt. Lorsque la vieillesse est envisagée en tant qu'ensemble des personnes âgées, le vieillissement devient collectif et purement chronologique, quantitatif. Le vieillissement d'une population s'évalue en pourcentages, en classes d'âge précises, en espérances de vie qui tendent vers zéro. Mais le vieillissement de chacun ne peut être défini seulement par la mesure du temps ; de même que « la vieillesse est un naufrage » >(image de l'Antiquité reprise au XX siècle par De Gaulle), le vieillissement, écrivait Mauriac « < est un drame vécu jour après jour », mais, « pour certains êtres >> ajoutait prudemment cet écrivain déjà âgé dans son Bloc - note. La connaissance scientifique du vieillissement est primordiale pour savoir ce qu'est la vieillesse et comment en limiter les effets. (Jeandet, 2009, PP5-6).

### **1-3-Vulnérabilité**

La vulnérabilité est un concept très utile pour comprendre les effets du vieillissement sur l'organisme et la fragilité des sujets âgés vis-à-vis de certaines maladies ou agressions. En effet d'une façon générale, le vieillissement a pour conséquences de diminuer des capacités de réserve de l'organisme, capacité fonctionnelle qui ne sont pas utilisées dans les conditions de base, mais mises en jeu dans des circonstances comme l'effort, le stress, les agressions ou encore les maladies. Aussi l'organisme âgé est moins capable de rependre et de faire face dans ces situations. A la vulnérabilité induite par le vieillissement s'ajoute la vulnérabilité induite par des séquelles de maladies passées et par les conséquences de la maladie chronique. (Belmin, 2014, P5).

**2-Les effets de vieillissement sur l'organisme :**

Le vieillissement s'accompagne d'une diminution des capacités fonctionnelles de l'organisme. D'une générale, cette altération est la plus manifeste dans les situations qui mettent en jeu les réserves fonctionnelles (effort, stress, maladie aiguës). Cette diminution des réserves fonctionnelles induit une réduction de la capacité de l'organisme à faire face aux situations d'agressions.

**2- 1-Composition de l'organisme et métabolisme**

La composition corporelle de l'organisme se modifie au cours du vieillissement. A point constant, la proportion de masse maigre diminue, (en particulier en cas de sédentarité), et la proportion de masse grasse, (en particulier viscérale), augmente de façon proportionnelle. La baisse de masse maigre liée au vieillissement est responsable d'une diminution de la masse musculaire ou sarcopénie.

Les besoins alimentaires (qualitatifs et quantitatifs) des personnes âgées sont sensiblement identiques à ceux d'adultes plus jeunes ayant le même niveau d'activité physique. Le métabolisme de glucide est modifié au cours de l'avance en âge. La tolérance à une charge en glucose est réduite chez les personnes âgées indemnes de diabète sucré ou l'obésité, témoignant d'un certain degré de résistance à l'insuline.

D'une façon générale, les tests biologiques d'exploration dynamique s'avèrent fréquemment perturbés en raison de la réduction de la capacité de l'organisme à s'adapter aux situations de stress, sans que cette réponse ne soit obligatoirement le témoin d'une pathologie. (Belmin, 2014, PP7-8).

**2-2-Le vieillissement des sens****-L'ouïe :**

La presbycousie, due à une altération progressive du nerf auditif, et la diminution du nombre des cellules neurosensorielles de l'oreille interne. Entraînent la perte des sons aigus. Après 65 ans, elle touche une personne sur trois mais elle serait sous-estimée car seule une minorité consulte et demande un appareillage.

**-La vue :**

La dégénérescence musculaire est la plus fréquente des altérations de la vue. Son apparition tardive fait que peu de sujets tentent de s'y adapter.

En outre, la perte des afférences visuelles à un effet désorganisateur sur l'ensemble de la motricité et pas seulement sur la marche.

### **-Le goût et l'odorat :**

Ces sens jouent un rôle déterminant aux deux extrêmes de l'existence. L'empreinte de l'odeur de la mère et du goût de son lait est prise dans les premières heures suivant la venue au monde et se conserve tout au long de l'existence, déclenchant des exclusivités des phobies dans l'alimentation en fin de vie.

Il est fréquent que le sujet âgé perde l'odorat et que son goût s'altère : le goût salé disparaît alors que le goût sucré persiste, ce qui est à l'origine d'un déséquilibre alimentaire. (Charazac, 2015,PP35-36).

## **2-3-Le système nerveux**

### ***-Système nerveux central :***

Les fonctions motrices et sensitives sont peu modifiées par le vieillissement. En revanche, il est observé une augmentation des temps de réaction et une réduction modérée des performances mnésiques concernant notamment l'acquisition d'informations nouvelles. Cette réduction, objectivée au moyen de certains tests, n'est pas à même d'expliquer les troubles de mémoire ayant un retentissement sur la vie quotidienne. Le vieillissement s'accompagne d'une réduction et d'une déstructuration du sommeil.

### ***-Système nerveux périphérique :***

La diminution du nombre de fibres fonctionnelles et l'augmentation des temps de conduction des nerfs périphériques sont à l'origine d'une diminution de la sensibilité proprioceptive qui favorise l'instabilité posturale.

### ***-Système nerveux autonome :***

Le vieillissement induit une hyperactivité sympathique (augmentation des taux plasmatiques des catécholamines et de l'activité des nerfs sympathiques) est une réduction des réponses sympathique de fait d'une diminution de sensibilité des récepteurs des catécholamines. La tachycardie induire par l'effort et ainsi moins marqué chez le sujet âgé

que chez le sujet adulte d'âge moyen. L'ensemble de ces modifications concourt à majorer la vulnérabilité cérébrale des personnes âgées à l'égard des agressions et, notamment, le risque de syndrome confusionnel. (Belmin, 2014, P8).

#### **2-4- Système cardiovasculaire**

Le débit cardiaque de repos reste stable au cours du vieillissement. Pour le même effort le débit cardiaque augmente de la même façon chez les sujets jeunes et âgés, même si l'effort maximal atteint par les sujets âgés est moins élevé que celui atteint par les jeunes. Le vieillissement induit une diminution de la complaisance ventriculaire liée à une augmentation de masse cardiaque et de l'épaisseur pariétale du ventricule gauche, ainsi qu'à des transformations de la matrice extracellulaire (fibrose, glycation du collagène) et des myocytes (altérations des échanges calciques entre compartiments cellulaires).

En revanche, la fonction contractile des ventricules (fonction systolique) n'est pas modifiée par le vieillissement. Ces phénomènes de fibrose ont aussi pour conséquence de favoriser la survenue de troubles du rythme et de la conduction chez les personnes âgées. Le vieillissement de la paroi artérielle est caractérisé par des modifications structurelles de l'élastine et par le pontage des fibres de collagène. Il en résulte une diminution de la complaisance des gros troncs artériels, responsable d'une diminution de l'amortissement de la pression aortique et du flux sanguin au cours de la systole. Aussi, on observe une augmentation de la pression artérielle systolique avec l'âge. (Belmin, 2014, P8).

#### **2-5-Appareil respiratoire**

- Capacité ventilatoire : La diminue au cours du vieillissement du fait de la diminution :
  - de la complaisance pulmonaire :
  - de la complaisance thoracique ;
  - du volume et de la force des muscles respiratoires.
- Débits expiratoires augmentation du volume aérien non mobilisable en fin d'expiration et réduction du calibre des bronches distales qui diminue les débits expiratoires (c'est-à-dire la baisse du rapport volume expiré/unité de temps étudié par le volume expiratoire maximal par seconde ou par le débit expiratoire de pointe).

- Capacité de diffusion de l'oxygène et pression partielle en oxygène du sang artériel diminution progressive avec l'âge. (Belmin, 2014, P9).

### **2-6-L'appareil digestif**

Le vieillissement s'accompagne de modification de l'appareil buccodentaire, d'une diminution de flux salivaire, d'une diminution de la sécrétion acide des cellules pariétales gastriques et d'une hypochlorhydrie gastrique, d'un ralentissement du temps du transit intestinal par diminution du péristaltisme, d'une diminution de la masse et du débit sanguin hépatique, la réduction de la clairance métabolique en résultat peut être diminuée pour certain médicament ayant une clairance hépatique élevée. (Belmin, 2014, P10).

### **2-7-Appareil locomoteur**

Le vieillissement du muscle squelettique se traduit par une diminution de la densité en fibre musculaire, une réduction de la masse musculaire, diminution de la force musculaire.

Le vieillissement osseux se caractérisé par la réduction de la densité minérale osseuse ou ostéopénie (principalement chez la femme sous l'effet de privation ostrogénique de la ménopause) et par la diminution de la résistance mécanique de l'os. Le vieillissement du cartilage articulaire est caractérisé par une diminution de son contenu en eau, réduction du nombre de chondrocytes et une modification de sa composition en glycosaminoglycanes.(Belmin, 2014, P10).

### **2-8-Appareil urinaire**

Lors du vieillissement rénal l'on observe entre l'âge de 50 et 80 ans une diminution de la taille des reins et une diminution de la masse rénale d'environ 10 % chez la femme et 20 % chez l'homme. Cette diminution pondérale intéresse surtout le cortex rénal. Elle se traduit par une réduction néphrétique, c'est-à-dire une diminution du nombre de glomérules fonctionnels. Les modifications tubulaires entraînent des changements le contrôle du métabolisme du sel et de l'eau. Le sujet âgé présente un retard d'adaptation en cas de perte ou de surcharge sodée. La capacité des reins à concentrer ou à diluer les urines diminue au cours du vieillissement. (Belmin, 2014, P10).

### **2-9-Organes sexuels**

- . **Chez la femme**, la ménopause s'accompagne de l'arrêt de la sécrétion ovarienne

D'estrogènes, de la disparition des cycles menstruels, de l'involution de l'utérus et des grandes mammaires, et de la perte de la fonction de reproduction.

• **Cher I 'homme**, il se produit une diminution progressive de la sécrétion de testostérone, variable d'un individu à l'autre. Une proportion importante d'hommes âgés conserve une spermatogénèse suffisante pour procréer. Le vieillissement s'accompagne d'une augmentation du volume de la prostate.

Le retentissement du vieillissement sur la fonction sexuelle et la sexualité est variable d'un individu à l'autre ; il est influencé par le statut hormonal, mais aussi par des maladies des facteurs sociaux, psychologiques et culturels.

### **2-9-Peau et phanères**

Le vieillissement cutané intrinsèque est caractérisé par une altération du tissu élastique, un épaississement fibreux du derme, un aplatissement de la jonction démo-épidermique et une diminution du nombre de mélanocytes. Ces modifications sont plus prononcées sur les zones découvertes exposées aux rayonnements ultraviolets (vieillesse extrinsèque, actinique ou héliodermite). La peau du sujet âgé prend un aspect plus pâle, marquée par des rides et des ridules.

La vitesse de croissance des cheveux et des ongles diminue avec l'âge. La réduction du nombre de mélanocytes contribue au grisonnement des cheveux, et les troubles de la pigmentation cutanée sont fréquents (taches séniles). L'activité des glandes sébacées et sudoripares diminue, contribuant à une certaine sécheresse cutanée.

### **2-10-Système immunitaire**

La réponse immunitaire humorale est globalement préservée chez les personnes âgées. En revanche, les réponses immunitaires à médiation cellulaire sont diminuées, notamment celles impliquant les lymphocytes T. La mise en jeu de certaines interleukines, qui interviennent dans la coopération des cellules immunitaires, est modifiée avec l'avance en âge. (Belmin, 2014, P11).

## **3-Les conséquences psychologiques de vieillissement pour les personnes**

Ces expériences difficiles liées à la vieillesse vont réactiver (comme toutes les expériences de perte que l'on peut faire dans sa vie) un certain nombre de peurs, d'angoisses, de fragilités que l'on a chacun de par son histoire. Parmi ces peurs, on retrouve de façon fréquente chez les très âgés la peur de l'abandon et la peur de l'aliénation (notamment dans la maladie d'Alzheimer). Certaines fragilités narcissiques peuvent aussi être réactivées par l'expérience du vieillissement.

La peur de l'abandon ressurgit particulièrement à ces moments où les capacités physiques diminuent et que se profile le spectre de l'entrée en maison de retraite, dont toute la connotation négative de mise à l'écart est bien contenue dans ce terme de « < placement > » le plus souvent malencontreusement utilisé.

La peur de l'aliénation, quant à elle, renvoie à la réalité de la maladie d'Alzheimer dont on sait qu'elle est nettement en lien avec l'âge. (Puisqu'à partir de 65 ans, sa prévalence double tous les cinq ans).

La solitude, la perte des valeurs qu'on peut avoir au niveau social, la perte des rôles, les difficultés financières parfois (entraînant la dépendance à ses enfants), les maladies, la perte d'une partie de son autonomie et son corollaire, l'entrée en maison de retraite, tout cela entraîne une baisse de l'estime de soi et renforce les blessures narcissiques. En quelque sorte, on pourrait le traduire par l'idée suivante : comment garder de l'amour pour soi, quand tout autour de soi et en soi nous renvoie une image de perte, de diminution, d'inutilité ? Comment se dire qu'on peut être aimé alors qu'on ne se sent pas « < aimable > » ? Dans le regard que la personne porte sur elle - même, elle dit souvent qu'elle ne se reconnaît pas dans ce corps changé, qui rappelle sans fin la perte du corps d'avant, la perte de ce qu'on a été. Le moi se juge moins aimable, moins séduisant, moins performant. La comparaison se fait toujours dans le sens du négatif (renforcé par les valeurs culturelles de ce qui est considéré comme beau).

Pour ces personnes âgées, souvent, ce qui est vécu comme insupportable, c'est le fait de ne plus pouvoir être dans une relation d'échange avec son entourage, de ne plus pouvoir se sentir utile et on observe alors parfois un renoncement à une vie qui ne répond plus aux critères de qualité minimale. C'est - à - dire qu'elles ont perdu un certain nombre de capacités centrales dans leur vie, ce qui les empêche de conserver des activités qui fondent le sens de leur vie, de vivre selon leurs valeurs, d'être reconnues par les autres et plus encore par elles - mêmes. On entend souvent ces personnes dire : « *À quoi je sers encore ? Je suis inutile, je donne du travail aux autres* », etc. (Ancet, 2010, P55).

## **4-Vieillesse et renoncements :**

### **1-La question du ou des deuils**

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

ce qui fait dire que le vieillissement confronte « à la perte d'objet, la perte de fonction et la perte de soi »

Toute perte, quel que soit son objet, requiert de pouvoir en faire le deuil au risque de compromettre la résilience du sujet.

En ce sens, le narcissisme, ciment de l'identité, est mis à rude épreuve au cours du vieillissement, véritable crise identitaire qui impose de faire le deuil de ce que l'on a été. Ce travail de deuil prend naissance dans le fait de se voir vieux à ses propres yeux mais aussi dans le regard de l'autre (Herfray, 1985). Si nous pouvons penser malgré tout qu'il existe une communauté de processus au cours du travail de deuil, la réalité nous montre que la Psychologie et psychopathologie de la personne âgée vieillissante vieillissement se caractérise par des pertes aux objets multiples. Il nous semble alors plus judicieux de parler « des deuils » au pluriel plutôt que du deuil au singulier. C'est pourquoi la question du deuil au cours du vieillissement ne nous semble pas pertinente à envisager de manière unitaire.

Aborder la question « du deuil » impose de faire un retour sur la signification que recouvre ce terme ou plus particulièrement celui de « travail du deuil ». Toute perte fait l'objet de remaniements douloureux visant à la dépasser. Ces remaniements imposent un travail d'investissement de l'objet perdu, puis de désinvestissement : travail intérieur qui a pour objet d'accepter la perte et son irréversibilité. Le travail du deuil correspond à ces temps d'élaboration nécessaires pour que le sujet puisse advenir. Il ne s'agit donc pas d'une maladie mais bel et bien d'un temps de crise consécutif à une épreuve de vie. (Clément, 2009, cité dans Fantini-Hauwel. Gély-Nargeot. & Raffard, 2014, P 18).

## **2-La perte d'un proche**

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

La question qui se pose est de faire la distinction entre deuil normal et deuil pathologique. Le deuil en effet n'est pas une maladie qu'il convient de traiter dès sa survenue, malgré une pratique répandue en médecine. La perte d'un proche engendre naturellement le travail de deuil. En réaction à la perte, la tristesse est une manifestation rencontrée dans la majorité des cas et a pour fonction de régler le conflit psychique qui s'installe à l'occasion du décès d'un proche. Ce processus a pour but de favoriser l'adaptation à cette nouvelle situation

lourde de sens et de conséquences. Un mois après le décès du conjoint, dans 30 à 60 % des cas, il y a installation de troubles de l'humeur qui persistent dans 15 % des cas après deux ans. Dans ce dernier contexte, on parle alors de deuil pathologique. Ainsi, un certain nombre de facteurs de risque de deuil pathologique ont pu être évoqués :

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

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

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

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

La dépression consécutive à un deuil est souvent différée (à la date du décès, du mariage, l'anniversaire) à un moment où la famille est moins présente, le soutien se concentrant généralement dans la proximité immédiate du décès. (Fantini-Hauwel. Gély-Nargeot. & Raffard, 2014, P19).

### **3- La perte de la jeunesse**

Vieillir, c'est aussi faire le deuil de la jeunesse alors même que celle-ci est survalorisée. Le corps qui vieillit ne vieillit pas silencieusement. Il modifie irrévocablement l'image de soi et l'image que l'on renvoie aux autres par les transformations extérieures liées au corps (rides, cheveux blancs, postures, etc.). Ces modifications corporelles participent à la prise de conscience de l'avancée en âge. Elles sont en règle générale vécues péjorativement et contribuent à la fragilisation de l'image de soi et à l'acceptation de ce que l'on devient, remettant en cause l'amour et l'investissement de soi. Le vécu péjoratif lié aux modifications physiques est vécu douloureusement car il affecte en particulier le pouvoir de séduction chez les femmes et la puissance physique chez les hommes.

Lorsqu'il fait souffrir, lorsqu'il défaille, lorsque le corps est malade, il s'apparente alors au corps déplaisir. Ce vécu est dépendant des stratégies d'adaptation ou mécanismes de défense que la personne est susceptible de mobiliser pour faire face aux aléas du

vieillesse. En effet, une recherche récente (Laugier, 2010) montre que la valence du vécu de la vieillesse n'est pas associée à la présence ou non d'un handicap physique. Ce sont bien les stratégies de faire face ou leurs capacités à tirer du positif de leur situation qui distinguent les personnes âgées handicapées qui ont une représentation positive de leur vieillesse de celles qui en font une expérience douloureuse.

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

Accepter de vieillir physiquement et intellectuellement met en jeu l'estime de soi et ne peut donc être pensé sans référence aux conditions dans lesquelles l'individu s'est développé et donc sans référence à ses assises narcissiques. Selon la robustesse des assises narcissiques et la faculté à supporter l'incomplétude, la personne âgée exprimera plus ou moins de plaintes (plaintes hypocondriaques, plaintes mnésiques, etc.) soulignant son degré de vulnérabilité psychique. (Fantini-Hauwel, Gély-Nargeot, & Raffard, 2014, P22).

## **5-les pathologies et troubles de la vieillesse :**

Une pathologie ne prend son sens que par rapport à un âge de la vie : pour proposer un diagnostic le clinicien prend en compte l'âge du sujet, comme pour l'enfant, l'adolescent et l'adulte, il existe des pathologies spécifiques à l'âge avancé ou bien chez la personne âgée. On peut rencontrer des conduites réellement pathologiques chez certains sujets âgés l'une des manifestations pathologique très graves, est celle de l'anorexie des sujets âgées, l'individu se nourrit mal d'aliments peu énergétique, et trop peu, ce qui conduit à une mal nutrition et une dénutrition ,il a souvent un refus alimentaire suite à une situation plus au moins soudaine de dépendance ; ce refus peut être interpréter à la fois comme un manque de plaisir et d'intérêts mais aussi comme une réaction contre l'angoisse de la mort.( Marraeu, 2005, p198).

### **5-1-le trouble dysthymie :**

La dysthymie désigne l'humeur, le trouble dysthymie concernant donc les perturbations de cette humeur, la notion de l'humeur se réfère à l'ensemble des tendances dominantes qui contribuent à former l'état émotionnelle d'une personne. Les manifestations dépressives sévères constituent les troubles de l'humeur le plus fréquent, la mortalité qui en découle est la

plus importante chez le sujet âgé, cette dépression s'exprime plus volontiers sous la forme d'une irritabilité avec également une perte de l'intérêt et une diminution de l'estime de soi.

### **5-2-les trois perturbations principales de l'humeur :**

-**l'euphonie** : elle correspond à une sur excitation du sujet âgé ce dernier devient aisément réactif et souvent très agité.

-**la dysphorie** : elle s'oppose à la première, comporte un sentiment désagréable relatif à une insatisfaction par rapport à soi-même ou à l'entourage, les Personnes peuvent alors se montrer méfiantes, revendicatrices, et difficilement capable de joie.

-**la tristesse** : elle correspond à un détachement, un désintérêt des choses quotidiennes et même de l'existence, il a un émoussement affectif c'est-à-dire que les sentiments n'ont plus de reliaison et que la colère et que la joie perde de leur vigueur et de leur nuance. (Marraeu, 2005, p200).

### **6-Les théories psychosociologiques de vieillissement :**

#### **6-1-La théorie de l'activité :**

Si la théorie de l'activité a été développée et précisée dans les années 1960 en opposition à la théorie du désengagement, elle trouve sa première formulation au début des années 1950'.

Aussi le vieillissement réussi passe-t-il, selon Havighurst et Albrecht, par attitude volontariste consistant à maintenir un niveau élevé d'engagement : il s'agit de compenser la perte de certains rôles antérieurs par l'intensification d'autres rôles comme celui de citoyen ou par l'investissement de nouveaux rôles comme celui de grands-parents l'adaptation se trouvant facilitée par une qualité qu'il convient d'entretenir la « flexibilité des rôles ». (Caradec, 2001, P91).

#### **6-2-Théorie de désengagement :**

Ce désengagement se traduit par une diminution du nombre de rôles sociaux joués par l'individu, par une baisse de ses interactions sociales et par un changement dans la nature de ses relations qui sont désormais davantage centrées sur les liens affectifs et moins sur la solidarité fonctionnelle. Au terme de ce processus, un nouvel équilibre est atteint.

C'est ainsi que les personnes de plus de 80 ans « apprécient leur existence désengagée. Elles ont réduit leurs liens avec la vie, ont abandonné leurs soucis et leurs responsabilités et ont tourné leurs préoccupations vers elles-mêmes. Elles mènent une existence tranquille, quelque peu égocentrique, qui leur convient parfaitement et qui paraît constituer un passage en douceur d'une vie, qui a été longue, à la mort inévitable ». Cummings et Henry soulignent

quatre caractéristiques du processus de désengagement : il est réciproque, fonctionnel, irréversible et universel.

Il est réciproque, tout d'abord, constituant une sorte de séparation à l'amiable, satisfaisante pour les deux parties et qui peut être initiée aussi Bien par l'individu vieillissant que par la société : d'un côté, la personne âgée, dont les capacités diminuent, se tourne de plus en plus vers elle t se détache émotionnellement du monde ; de l'autre, la société lui retire les rôles sociaux qu'elle lui avait octroyés.

Le désengagement est, ensuite, fonctionnel. Tout d'abord, il répond à un double impératif social : d'une part, le désengagement des plus âgés rend possible le renouvellement des générations dans le monde du travail et permet l'arrivée aux postes de responsabilité de jeunes ayant des connaissances plus récentes ; d'autre part, la société se protège ainsi contre les « perturbations dans des activités essentielles » que pourrait entraîner le décès de personnes occupant des fonctions importantes. Par ailleurs, le désengagement renvoie à une nécessité psychologique, celle de la confrontation avec la mort : il arrive un moment où l'individu prend conscience qu'il est mortel et se détourne des valeurs de réussite personnelle.

Le désengagement est aussi un processus irréversible, qui se nourrit de sa propre dynamique. Les contacts sociaux se faisant moins nombreux, l'individu devient moins compétent dans les interactions sociales, si bien « qu'une fois que le repli a commencé, l'établissement de nouveaux contacts peut devenir plus difficile. Le fait de ne pas savoir exactement comment se conduire dans des circonstances inhabituelles détourne de l'exploration et cette difficulté, de son côté, peut accélérer le processus de désengagement ». Dans le même temps, les pressions normatives se font moins fortes : la société a désormais moins de prise sur l'individu, qui devient plus libre de ses comportements.

Enfin, le désengagement est universel, même si la forme qu'il prend peut varier suivant les cultures et selon le sexe. Cummings et Henry ne s'attardent pas sur la diversité culturelle étant donné l'homogénéité sociale de leur échantillon, mais ils s'efforcent de préciser la différence entre désengagement masculin et féminin. Les femmes leur paraissent avantagées car l'ampleur des changements qu'elles connaissent est moindre que pour les hommes : pour elles, dont le rôle social est d'abord « socio-affectif », le désengagement consiste en une réduction de leurs rôles antérieurs ; les hommes, eux, doivent non seulement renoncer à certain rôle, mais aussi changer l'orientation « instrumentale » qui était la leur. (Caradec, 2001, PP92-94).

## **II- La Personne âgée en institution**

### **1-Définition d'institution :**

Les institutions sont des ensembles humains dont la création, l'organisation et l'activité répondent à des missions qui leur sont attribuées par la collectivité. Elles possèdent un statut administratif fixant leurs tâches, leurs moyens économiques et humains, les règles et l'évaluation de leur fonctionnement. Chaque institution tire son identité d'une histoire et d'un imaginaire qui lui sont propres. (Charazac, 2015, P247).

### **2-Les différents types d'institution**

#### **2-1-Unités de soins de longue durée**

Les unités de soins de longue durée (USLG), autrefois appelées « long séjour », sont les structures les plus médicalisées. Elles sont destinées à l'accueil de personnes très dépendantes et sont implantées dans les hôpitaux gériatriques, généraux ou encore locaux. Elle représente aujourd'hui moins de 70000 places, ce qui correspond à une baisse de capacité d'environ 20 p. 100 depuis 5 ans.

#### **2-2-Maison de retraite**

Elles peuvent avoir une gestion publique ou privée et, en 2007, on recensait 6500 établissements pour 430000 places. Certains établissements prévoient dans leur règlement de fonctionnement la possibilité de refuser certaines personnes dépendantes ou qui imposent des soins particuliers, notamment psychiatriques.

#### **2-3- Foyer – logements**

Ils représentent une capacité d'accueil d'environ 150000 places réparties dans 2800 établissements. Ce sont des groupes de logements autonomes (ou parfois des chambres) assortis d'équipements ou de services collectifs ont l'usage et facultatif. (Clément, 2010, P524).

En Algérie, un seul type d'institution est réservé à ces personnes. Ce sont les maisons pour personnes âgées et handicapées, répandues dans tout le territoire. (Lilia, 2012, P100).

### **3-L'entrée en institution**

Les structures d'hébergement pour personne âgée (logement, foyer, maison de retraite, services de soins de longue durée) accueillent une faible partie des 60ans et plus (environ 5 %), la proportion augmentant néanmoins fortement aux âges élevés (plus du quart des 85 ans et plus). (Caradec, 2001, P85).

Pour le sujet âgé, l'entrée en institution est marquée par une série de frustrations liées aux ruptures imposées avec l'environnement géographique, affectif et social. Un sentiment profond d'abandon risque d'entraîner une attitude de révolte ou d'hostilité ou au contraire de retrait et de soumission. (Badey-Rodriguez, 2010, p19).

L'entrée en institution représente un ensemble de perte, la personne âgée perd avec son domicile une extension d'elle-même : son « chez elle ». L'arrachement à ces lieux témoins son existence familiale et professionnelle est un véritable déracinement. L'établissement se présente comme un lieu de protection qui redonne vie, elle paraît idéalement répondre aux besoins du groupe. (Charaza, 2005, P153).

Des études plus récentes ont proposé une vision assez différente, celle-ci s'explique d'abord par les transformations qu'ont connues les structures d'hébergement pour personnes âgées : souci d'humanisation; valorisation de l'autonomie et octroi de droits aux résidents ; création de chambres individuelles, mais elle tient aussi à un changement de regard : ces travaux adoptent une perspective soucieuse de comprendre comment les résidents donnent sens à leur existence, de quelle manière ils composent avec l'institution. Cette approche met ainsi au premier plan des aspects qui étaient auparavant laissés dans l'ombre, la diversité des réactions à l'entrée en établissement qui renvoie à la pluralité des trajectoires antérieures; les difficultés rencontrées au domicile, qui conduisent certains à porter un regard positif sur leur existence présente ; le fait que l'installation en hébergement collectif peut diminuer le sentiment de dépendance à l'égard des proches lorsque ceux-ci assuraient une lourde prise en charge, la capacité de certains résidents à réorganiser leur existence et à trouver des occupations, en utilisant parfois les ressources offertes par l'institution.(Caradec, 2008,p80).

#### **4-Les différents types d'entrée en institution**

##### **4-1-L'entrée volontaire :**

L'entrée volontaire est le cas le plus rare. Il s'agit souvent d'une personne qui vit seule. Les raisons invoquées sont souvent la sécurité et le besoin de contact. L'absence des services sociaux va pousser la personne à prendre la décision de rentrer en maison de retraite. Dans ces cas, la décision est mûrement réfléchie, les deuils de la vie passée sont faits. L'adaptation à la vie en institution est favorisée par cette acceptation. Il n'en reste pas moins que l'institutionnalisation risque de provoquer une déstabilisation et entraîner des troubles dépressifs. (Crone, 2010, P1).

##### **4-2-L'entrée raisonnée :**

Il s'agit d'une décision qui se fait en dépit de la volonté de la personne mais qui est poussée par la raison. La personne ne souhaite pas entrer en institution, mais c'est l'entourage social qui est à l'initiative de ce projet. La motivation du placement et le danger ou l'impossibilité imminente à vivre seul, une pathologie handicapante évolutive ou un changement d'équilibre familiale. C'est une décision subie par la personne. Le deuil de sa vie antérieur n'est pas fait et a du mal à s'adapter. Ce qui peut développer un trouble de l'identité évoluant vers un état dépressif. (Crone, 2010, P2).

#### **4-3 - L'entrée autoritaire :**

Il s'agit du même cas que pour l'entrée raisonnable, mais la personne ne peut se résoudre à quitter sa maison. L'entrée est vécue dramatiquement, aussi bien pour le résident que pour la famille dès leurs arrivée, ces personnes sont en danger de dépersonnalisation, certaines peuvent développer une démence réactionnelle, d'autres une dépression et d'autres expriment de l'agressivité, beaucoup sont sujets aux fugues. (Crone, 2010, p2).

#### **4-4-L'entrée hospitalière :**

C'est une entrée qui s'adresse à des personnes, à la suite d'un grave problème de santé, ne peuvent retrouver ou rester à leur domicile et ne sont pas en état de formuler un souhait. (Crone, 2010, P3).

### **5-La sociabilité dans l'institution pour personnes âgées**

Trois composantes de la sociabilité des personnes âgées vivant en institution peuvent être étudiées : les relations avec l'extérieur (famille et amis), avec les membres du personnel et avec les autres résidents.

#### **5-1-Les relations avec l'extérieur :**

Les maisons de retraite ne sont pas des lieux clos comme l'étaient les hospices, qui accueillait des vieillards isolés : la grande majorité des personnes hébergées ont des contacts avec leur famille, en particulier avec leurs enfants, ou avec des amis ; seule une petite minorité n'a aucune relation avec l'extérieur. Ces contacts consistent surtout en des visites des proches, les résidents sortants eux - mêmes rarement pour se rendre dans leur famille. (Caradec, 2001, P87).

#### **5-2-Les relations avec les membres du personnel :**

Sont essentiellement instrumentales et, le plus souvent, limitées Elles n'en sont pas moins importantes pour l'image que les résidents ont d'eux - mêmes. D'un côté, ces relations peuvent se révéler périlleuses pour l'identité car les règles régissant les interactions avec les personnes « normales » ne sont pas toujours respectées à l'égard des résidents, et ce d'autant plus qu'ils

présentent des déficiences lourdes. C'est le cas des conduites de dévalorisation de la personne, comme la protection infantilisante, ou de celles qui entraînent une violation des territoires du moi, par exemple lorsque le personnel entre dans une chambre sans frapper ou sans attendre la réponse ou qu'il ne prend pas en compte les sentiments de pudeur du résident. D'un autre côté, certains résidents cherchent à établir des liens avec les membres du personnel afin d'être reconnus dans leur singularité, voire dans un statut de « bien - portant ». (Caradec, 2001, P88).

### **5-3-Les relations entre résidents :**

Apparaissent comme des « relations polies à distance », Les personnes âgées ayant à la fois le souci d'être « sociables » et de se tenir à l'écart. Ces relations ressemblent à celles que l'on observe dans les transports publics ou dans une salle d'attente : elles se trouvent organisées par les règles de civilité propres à l'espace urbain. Ces relations superficielles entre résidents s'expliquent par la « déprise » qui marque le vieillissement et par le souci de protection de soi, à la fois contre l'image renvoyée par les personnes les plus mal en point et contre les dangers de l'investissement dans une relation qui risque d'être interrompue par la mort. Bien que peu fréquentes, des relations dyadiques se développent parfois. Elles se trouvent facilitées par certaines conditions : une interconnaissance préalable, un centre d'intérêt commun (comme jouer aux cartes), le besoin d'aide d'un (e) résident (e) qui donne à un (e) autre l'occasion de se sentir utile. (Caradec, 2001, P,88).

### **6-La prise en charge de la personne âgée en institution**

Il existe plusieurs intervenants médicaux en institution pour personnes âgées, dont le médecin généraliste, le médecin psychiatre et le médecin spécialiste. La lutte pour un meilleur bien être de la personne quel que soit son âge, son degré d'handicap, sa perte d'autonomie est en effet insuffisante. (Brami, 1997, p49).

### **Synthés**

L'âge ne mène pas nécessairement à une mauvaise santé, mais plusieurs problèmes de santé se manifestent inévitablement lorsque nous avançons en âge. Le vieillissement peut aussi marquer le début du syndrome gériatrique c'est-à-dire, une gamme de problèmes physiologiques et psychologiques complexes qui se manifestent plus tard dans la vie.

Le vieillissement est un processus complexe, lent et progressif, qui implique divers facteurs biologiques, psychologiques et sociaux. L'inventaire des changements comportementaux dus à l'âge dans les grandes fonctions mentale telle que, la perception, la mémoire, la résolution de problèmes et l'émotivité, a fait apparaître quelques gains.

Le vieillissement est un processus résultant de l'interaction de facteurs biologiques, corporels, psychiques et sociaux. Il se traduit par une succession de modifications des rapports entre le moi corporel, et le moi psychique et le monde extérieur se traduisant en termes de régression ou de progrès.

L'entrée en institution est un moment clef de la trajectoire existentielle de vieillard, ce passage est le plus souvent vécu, par le patient ou par son entourage, comme un départ pour la dernière étape de l'existence.

**Chapitre II :**  
**La dépression et la solitude**

## **I-La dépression**

### **Préambule**

La dépression est l'une des affections psychologiques les fréquentes, elle est marquée par une tristesse profonde et prolongée.

La dépression peut entraîner ceux qui en souffrent à se retirer de toute vie sociale, et beaucoup trop souvent, à se suicider, elle frappe les jeunes et les personnes âgées. Les patients décrivent un manque d'élan, une perte de d'énergie, un frein motivationnel, une perte d'valorisation d'eux même.

### **1-Histoire de la dépression**

Étymologiquement, le mot « dépression » dérive du latin, « déprimer » qui signifie « presser de haut en bas ». Avant d'être attribué à un état psychologique, le terme de latin, « déprimer » fut d'abord, et est aujourd'hui encore utilisé pour décrire une multitude de phénomènes : météorologique (baisse de la pression atmosphérique), économique (diminution du cours des marchés et krach boursier). On le trouve en astronomie, en physique, en géographie, en anatomie. Cette notion de chute a conduit vers la fin du XIXe siècle à en qualifier par analogie certains états psychologiques.

La dépression n'a cependant pas attendu le XIXe siècle pour exister et elle a été remarquée et décrite dès l'Antiquité. Tour à tour maladie, péché, volupté, elle est « l'humeur qui nourrit les grands hommes », un mal fécond et dangereux. Entre le Xe et le XIIIe siècle les Pères de l'Église nommaient ce mal « ace dia », du grec « négligence » ; celui qui en était atteint était représenté la tête appuyée sur la main, les pieds posés l'un sur l'autre, le corps replié sur lui-même, soumis à « un fléau pire que la peste qui s'insinue dans l'âme des meilleurs fidèles » et qui leur masque la voie du salut. (Fondacci, 2009, PP11-12).

Au XVIIe siècle, elle entre dans le champ d'investigation de la médecine scientifique ; la « mélancolie religieuse » remplace l'acédie, certains mystiques sont considérés comme malades. La mélancolie, qui est une forme sévère de dépression selon nos critères actuels, attire l'attention par les particularités de la pensée dont elle s'accompagne, qualifiée de « délire partiel » par les aliénistes Pinel et Esquirol à la fin du XVIIIe siècle. Après un temps de transition à la Renaissance où cette souffrance signale la grandeur de l'esprit confronté à l'immensité du cosmos, elle devient, au XIXe siècle, la source d'inspiration par excellence du romantisme. Elle fut souvent considérée comme le prix à payer pour la liberté, le signe de l'indépendance humaine à l'égard de la nature, ce malaise existentiel traduisant la situation

tragique de l'homme dans le monde, sa solitude dans l'univers et la perte d'une croyance en un retour possible au paradis.

Le psychiatre allemand E. Kraepelin (1856-1926), en déclarant que la « psychose périodique maniaco-dépressive » est une maladie, fait définitivement entrer la mélancolie dans le domaine médical.

L'histoire a progressivement dépossédé les théologiens et les philosophes de ce trouble pour le confier, il y a un peu plus d'un siècle, aux aliénistes et aux psychiatres.

Après avoir eu sa planète, Saturne, la mélancolie a été assignée à résidence dans le corps, la rate fut un moment l'origine de cette humeur noire et bilieuse. Aujourd'hui elle siège dans le cerveau (Fondacci, 2009, PP12-13).

## **2-Définition de la dépression :**

**Selon le grand dictionnaire de la psychologie**, la dépression est définie comme : « une maladie mentale caractérisée par une modification profonde de l'état thymique, de l'humeur dans le sens de la tristesse, de la souffrance morale et du ralentissement psychomoteur. S'accompagnant généralement d'anxiété. La dépression entretient chez le patient une impression douloureuse d'impuissance globale, de fatalité désespérante et parfois l'entraîne à des ruminations délirantes thème de culpabilité, d'indignité, d'autodépréciation, pouvant le conduire à envisager le suicide et parfois le réaliser ». (Grand Dictionnaire de psychologie.1999, p256).

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

M. Blackburn et J. Cottraux (2011) ont défini la dépression comme : «Un trouble affectif qui se manifeste par un syndrome clinique dominé par l'humeur déprimée. Cette définition donne une primauté à l'émotion sur les autres aspects de syndrome dépressif : la dépression se traduit par l'expression verbale et non verbale de sentiments tristes ou agressifs. Mais il s'agit du reflet superficiel de l'altération de plusieurs fonctions et qui traduit leur perturbation par une série de troubles qui vont constituer le syndrome dépressif. Comme depuis Hippocrate qui parlait de maladie à la bile noire : atrabile ou mélancolie, elle apparaît comme une maladie fréquente déterminée par des facteurs psychologiques individuels, sociaux et génétiques »(Blackburne& Cottraux, 2001, p1).

### **3-Symptômes de la dépression**

#### **3-1- L'humeur dépressive, triste**

Chez les déprimés, ces modifications de l'humeur peuvent prendre différentes formes sur un axe de sévérité allant du cafard persistant au délire de « petitesse ». Certes, on peut constater une évolution dans la représentation scientifique de la dépression : petit à petit la dimension positive de la douleur morale, de la tristesse, a laissé la place à l'asthénie, à l'inhibition, à la monotonie de l'humeur et de l'émotion, voire à l'anesthésie affective. Comme si le ralentissement, le « figement » Devenaient le critère principal. ». (Pedielli et Bernoussi, 2005, PP22-23).

L'humeur dépressive est une douleur intérieure plus intense qu'une simple tristesse. La vie apparaît dépourvue de sens. Cette douleur peut être ressentie comme une blessure déchirante ou un ennui et une monotonie insupportable, une véritable dévitalisation. Les événements ne procurent plus d'émotions et les sollicitations sont refusées : loisirs, invitations amicales, familiales ou professionnelles. Le sujet est indifférent aux êtres et aux choses, seul avec son mal de vivre dans un monde vidé de sa substance.

Le psychiatre Jean Delay (1907-1947) a donné une définition de l'humeur encore présente dans de nombreux ouvrages. Il la décrit comme « une disposition affective de base qui donne à chacun de nos états d'âme une tonalité agréable ou désagréable oscillant entre les deux pôles extrêmes du plaisir ou de la douleur ». (Fondacci, 2009, PP14-15).

#### **3-2- Le ralentissement et l'inhibition**

Le terme de « ralentissement » est préféré à celui de « perte de l'élan vital », pour caractériser, quel que soit le niveau (psychique, moteur...), l'affaiblissement, la diminution de la vitesse du comportement, de la pensée ou de la communication. Il est éminemment relatif puisqu'il désigne la différence, chez le même sujet entre le moment de la santé et de la maladie ou bien son décalage par rapport à l'extérieur. Ce ralentissement moteur et/ou psychique s'accompagne d'une sensation de fatigue importante (asthénie). (Pedielli et Bernoussi, 2005, P25).

#### **3-3- Le ralentissement psychomoteur**

Le ralentissement psychomoteur porte sur le comportement visible, la marche, les mouvements, les procédures de communication... Bien entendu, le patient peut ressentir ce ralentissement, s'en plaindre, mais le critère principal est ici ce qu'observe le praticien : cette perspective médicale, parfaitement légitime, est évidemment plus difficile à soutenir par les psychologues. (Pedielli et Bernoussi, 2005, PP25-26).

**3-4-Le ralentissement psychique**

Les opérations de la vie mentale sont freinées. Ce ralentissement psychique est douloureusement ressenti par le patient qui se plaint de ne pas pouvoir penser de façon claire. Efficace, d'avoir une pensée limitée, appauvrie, difficile à réaliser ou à exprimer. Ces phénomènes sont considérés comme dépressifs lorsqu'ils ne sont pas provoqués par un trouble somatique ou un autre trouble psychique. (Pedielli et Bernoussi, 2005, P26).

**3-5- le suicide et les idées de suicide**

Le désir de mort est fréquent dans les états dépressifs et apparaît sous la forme d'idées de suicide, de tentatives de suicide (le sujet est vivant après l'acte) et de suicides (dits suicides-décès). Bien que tous les suicides et toutes les tentatives de suicide ne soient pas le fait de sujets déprimés, leur nombre parmi les suicidants est élevé (selon les études, les manifestations dépressives sont impliquées dans 50 à 80 % des cas, sans que les personnes ne soient, pour autant, que déprimées). (Pedielli et Bernoussi, 2005, P27).

**3-6-L'anxiété**

L'anxiété est une impression pénible de danger dont la cause est imprécise et qui peut aller jusqu'à une sensation de mort imminente. Elle s'accompagne de manifestations physiques : vertiges, tremblements, palpitations, sécheresse de la bouche, difficulté à respirer, tension musculaire, raideur de la nuque, des épaules. Même Si la pensée garde une certaine lucidité par rapport à l'absence de danger réel, l'impression corporelle est souvent si intense qu'elle peut paralyser toute la vie psychique. L'angoisse survient souvent par crises mais elle peut aussi prendre la forme d'une anxiété diffuse, peu variable dans la journée et peu sensible aux événements extérieurs. Dans les formes les plus sévères, le sujet anxieux cherche à fuir son malaise, en marchant, déplaçant des objets, déambulant sans cesse, des comportements impulsifs, explosifs, véritables « raptus anxieux » peuvent survenir, qui ne sont pas dépourvus de danger pour lui-même ou son entourage. L'apaisement peut aussi être recherché dans un repli qui va jusqu'à l'immobilité totale, une prostration, véritable paralysie du sujet ; ou par des attitudes bizarres par lesquelles il tente de diminuer la tension ressentie. L'impossibilité d'expliquer aux autres ce qui se passe, la crainte du ridicule aggravent la tendance à s'isoler et conduisent à chercher une compagnie sans jugement.

Il existe une association privilégiée entre l'anxiété et la dépression, remarquée dès les premières observations cliniques il y a près d'un siècle. (Fondacci, 2009, PP16-17).

**3-7-Trouble du caractère**

Une modification du caractère peut précéder ou accompagner la dépression. D'installation parfois insidieuse, ce changement est remarqué par l'entourage qui s'en

inquiète où s'en agace : « on ne le/la reconnaît plus », « on nous l'a changé(e) ». Le trait de caractère le plus fréquent est une irritabilité paradoxale ou disproportionnée à l'occasion de contrariétés minimales : le geste d'affection d'un conjoint, un repas qui n'est pas prêt à l'heure habituelle, l'opposition d'un enfant. Elle peut se transformer, selon le contexte et les personnalités, en agressivité et en violence. (Fondacci, 2009, P18).

### **3-8- La dépression et le corps**

#### **-Troubles alimentaires**

Les troubles alimentaires sont pratiquement constants (80-90 %). Il s'agit le plus souvent d'anorexie accompagnée d'un amaigrissement parfois spectaculaire, plus rarement de boulimie. L'envie et le plaisir de manger ont disparu et peuvent être remplacés par un dégoût de la nourriture. Le sujet déprimé se nourrit par devoir, saute sans difficultés les repas, les expédie, les oublie ou les réduit au strict minimum et peut même se convaincre que se nourrir n'a plus aucune importance. (Fondacci, 2009, P19).

#### **-Troubles du sommeil**

Il est toujours perturbé on trouve une insomnie d'endormissement dans les formes légères, et dans les formes graves on trouve le réveil précoce. Cette insomnie de petit matin s'accompagne d'une angoisse intolérable à l'origine des passages à l'acte suicidaire (Kacha, 1996, P 63).

#### **-Diminution du désir sexuel**

Perte tout désir sexuel contribue à renforcer le sentiment de dévalorisation et de culpabilité. (Kacha, 1996, P64).

Dans la dépression, la libido est augmentée dans 20 % des cas, mais diminuée dans la grande majorité (70 %). Les hommes paraissent davantage concernés par ce phénomène (80 % d'entre eux) et une femme déprimée sur deux s'en plaint. Ce sont tous les aspects de la sexualité qui sont atteints : l'intérêt pour les rencontres, les jeux érotiques, les fantasmes, l'éveil et l'activité sexuelle ainsi que la recherche du plaisir. Souvent mal tolérés, ces troubles constituent un facteur aggravant de l'état dépressif et ils peuvent entretenir une situation conflictuelle dans les couples. Leur importance pour le sujet en souffrance, leur participation à la dépression ou aux tensions interviennent dans le choix du traitement ; en effet, les médicaments antidépresseurs ne favorisent pas la libido et ils ont plutôt un effet inhibiteur sur celle-ci, occasionnant des troubles de l'orgasme. (Fondacci, 2009, P20).

## **4-Les facteurs de la dépression**

### **4-1- Facteurs biologiques**

Depuis une soixantaine d'années, de nombreuses études tendent à l'existence d'une vulnérabilité génétique (héréditaire) vis-à-vis de la dépression.

Par ailleurs, à chaque état psychologique correspond un état physiologique. Nous sommes habitués à considérer cet aspect pour le stress, par exemple, que nous relierions à une poussée d'adrénaline. Cela fait partie du langage populaire. De nombreuses études ont montré la présence de différentes dysfonctions neurobiologiques chez les sujets déprimés (Schotte et al., 2006). Mais si, les taux de sérotonine et de noradrénaline sont perturbés dans la dépression, l'aspect physiologique n'est pas pour autant nécessairement « la cause » du trouble de l'humeur. Il est reconnu maintenant que ce trouble émane d'un cercle vicieux où chaque facteur influence et aggrave l'autre : les pensées négatives ont pour effet d'abaisser l'humeur, ce qui entraîne fort probablement un certain déséquilibre dans la chimie du cerveau. (Palazzolo, 2007, P24).

### **4-2-Les facteurs psychologiques :**

Des mécanismes psychologiques particuliers sont également impliqués dans la dépression : sentiments de perte, conflits moraux, croyances négatives, mauvaise estime de soi (« Je ne peux rien faire de bon », « Je ne vauds rien ». Certains de ces mécanismes trouvent leur origine dans l'enfance (plus ou moins bonne qualité des premières relations avec les parents, premières expériences associées à un sentiment de perte, de solitude, d'impuissance, de culpabilité ou de honte...), d'autres peuvent être liés à des éléments plus actuels (traumatismes, deuils liés à la perte d'une personne, d'un idéal ou d'une image de soi). Ainsi certaines personnes souffrant de dépression expriment des croyances négatives (elles se croient par exemple « incapable » ou « indigne » de faire certaines choses.), ou n'envisagent que des perspectives pessimistes, à la fois pour le monde qui les entoure et pour elle-même. Chez ces personnes, certains événements de la vie quotidienne, analysés sous leur angle le plus négatif, pouvant déclencher automatiquement des pensées dépressives, sans qu'il leur soit possible de faire appel à d'autres expériences plus positives. (BriffaultDR Xavier et al, 2007, P23).

### **4-3-Facteurs sociaux et événements de vie**

Dans le cadre du diagnostic et de la prise en charge d'une dépression, les facteurs sociaux tiennent une place prépondérante. Ainsi, par exemple, la perte d'un proche a toujours été considérée comme un événement de vie favorisant les épisodes dépressifs. Les premières

études portant sur les facteurs sociaux en lien avec la dépression ont évalué la fréquence des épisodes dépressifs suite au décès du conjoint (Gorwood, 1995). Les pertes de proches sont plus fréquentes dans les populations de déprimé avant leur hospitalisation, mais les études de cohorte ultérieures et les études contrôlées ont montré que ces différents ne sont pas significatifs.

Estimant réducteur de ne prendre en considération que la dimension « perte » dans les événements de vie stressants, de nombreux auteurs se sont intéressés. À ceux plus spécifiquement « indésirables », nécessitant un changement adaptatif non désiré au départ. (Palazuolo, 2007, P26).

### **5-Les classifications de la dépression selon le DSM-5 :**

- 1)-trouble disruptif avec dysrégulation émotionnelle
- 2)-Trouble dépressif caractérisé
- 3)-Trouble dépressif persistant (dysthymie) :
- 4)-Trouble dépressif induit par une substance/un médicament
- 5)-Trouble dépressif dû à une autre affection médicale
- 6-Autre trouble dépressif spécifié :
- 7)-Le trouble dépressif non spécifié :

#### **5- 1-trouble disruptif avec dysrégulation émotionnelle** : les critères diagnostiques sont :

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

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

**C**- Les crises de colère surviennent, aux moyennes, trois fois par semaine ou plus.

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

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

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

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

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

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

**5-2-Trouble dépressif caractérisé** : les critères diagnostiques sont :

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

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

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

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

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

4-Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.

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

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

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

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

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

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

**C-** l'épisode n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance ou à une autre affection médicale.

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

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

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

**N.B.** Cette exclusion ne s'applique pas si tous les épisodes de type maniaque ou effets psychotiques d'une autre hypomaniaque sont imputables à des substances ou aux pathologies médicales.

### **5-3 -Trouble dépressif persistant (dysthymie) :**

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

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

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

1-Perte d'appétit ou hyperphagie.

2-Insomnie ou hypersomnie 3-Baisse d'énergie ou fatigue.

3-baisse d'énergie ou fatigue.

4- faible d'estime de soi.

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

6-Sentiments de perte d'espoir.

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

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

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

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

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

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

**5-4-Trouble dépressif induit par une substance/un médicament :** Les critères diagnostiques sont :

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

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

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

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

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

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

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

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

**NB :** Ce diagnostic doit être porté à la place de celui d'une intoxication par une substance ou du sevrage d'une substance, uniquement lorsque les symptômes du critère A

dominant nettement le tableau clinique et lorsque sont suffisamment graves pour justifier une prise en charge clinique.

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

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

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

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

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

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

**5- 6-Autre trouble dépressif spécifié:** Cette catégorie comprend des tableaux cliniques où prédominent des symptômes caractéristiques d'un trouble dépressif qui provoquent une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants mais qui ne remplissent complètement les critères d'aucune classe diagnostique de trouble dépressif. La catégorie « autre trouble dépressif spécifié » est utilisée dans les situations où le clinicien choisit de donner la raison spécifique pour laquelle le trouble remplit les critères d'aucun trouble dépressif spécifique. Cela se fait en notant « autre trouble dépressif spécifié » suivi de la raison spécifique (p.ex. « Episode dépressif de courte durée »).

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

**5-6-1. Dépression récurrente brève :** présence simultanée d'une humeur dépressive et d'au moins quatre autres symptômes dépressifs pendant 2 à 13 jours au moins une fois par mois (non associé au cycle menstruel) pendant au moins 12 mois consécutif chez une personne qui n'a jamais présenté un tableau clinique répondant aux critères d'un autre trouble dépressif ou d'un trouble bipolaire et qui ne réponds pas actuellement aux critères (complets au résiduels) d'un trouble psychotique.

**5-6- 2. Episode dépressif de courte durée ( 4 - 13 jours) :** présence d'un affect dépressif et d'au moins quatre des huit autres symptômes d'un épisode dépressif caractérisé associé à une détresse ou un handicap cliniquement significatifs et persistent pendant plus de 4 jours, mais moins de 14 jours, chez une personne qui n'a jamais présenté un tableau clinique répondant aux critères d'un autre trouble dépressif ou d'un trouble bipolaire et qui ne répond pas actuellement aux critères ( complets ou résiduels) d'un trouble psychotique ni à ceux d'une dépression récurrente brève.

**5-6- 3. Episode dépressif avec symptômes insuffisants :** présence d'un affect dépressif et d'au moins un des huit autres symptômes d'un épisode dépressif caractérisé et associé à une détresse ou à un handicap cliniquement significatifs et persistants pendant au moins 2 semaines chez un sujet qui n'a jamais un tableau répondant aux critères d'un autre trouble dépressif ou d'un trouble bipolaire et qui ne répond pas actuellement aux critères ( complets ou résiduels) d'un trouble psychotique ni à ceux d'un trouble mixte anxiété-dépression.

**5-7-Le trouble dépressif non spécifié :** Cette catégorie comprend des tableaux cliniques ou prédominant des symptômes caractéristiques d'un trouble dépressif qui provoquent une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants mais qui ne répondent complètement aux critères d'une classe diagnostique de trouble dépressif. La catégorie « trouble dépressif non spécifié » est utilisée dans les situations où le clinicien choisit de ne pas spécifier la raison pour laquelle les critères ne correspondent pas à un trouble dépressif spécifique, et inclut les troubles pour lesquels les informations sont insuffisantes pour porter un diagnostic plus spécifique (p ex. Dans les services d'urgence). (DSM-5, 2012, PP194-227).

## **6- Les types de la dépression**

Une vingtaine de dépressions différentes sont répertoriées. Elles varient selon leur intensité, l'âge de survenue, le contexte, l'association à une autre maladie, les antécédents personnels ou familiaux. Certaines sont trompeuses, masquées ou atypiques, et il n'est pas toujours facile de distinguer la fatigue intense qui accompagne par exemple certaines infections (une hépatite virale ou une mononucléose infectieuse, le SIDA) d'une dépression. (Fondacci, 2009, P27).

### **6-1- La dépression réactionnelle ou exogène**

Dans la dépression réactionnelle nommée aussi névrotique, le patient est déprimé à l'occasion d'un événement extérieur. La réaction du sujet est plus douloureuse que chez une autre personne. Elle fait suite à un événement malheureux qui, au lieu d'engendrer une

tristesse normale va aboutir à une vraie dépression. Les aspects cliniques de ce type de dépression sont variés Chapitre II la souffrance psychologique 36 quant à leurs symptômes et à leur gravité, leur intensité étant généralement moins grande que dans la forme mélancolique. Les idées de suicide sont fréquentes, portant l'aspect d'une quête effective ou d'un sentiment d'échec, qu'il faut savoir reconnaître et soulager. L'anxiété, la fatigue générale, l'adynamie, l'asthénie en sont parfois la seule manifestation et ne doivent pas être seulement traitées par des médicaments symptomatiques. (Cortinavis, 2010, p10).

### **6-2-La dépression chronique ou dysthymie :**

Trouble dysthymique : Est caractérisée par une humeur dépressive présente du temps pendant au moins deux ans, associée à des symptômes dépressifs qui ne remplissent pas les critères d'un épisode dépressif majeur. (DSM-IV –TR, 2003, P399).

La persistance de l'état dépressif au-delà de deux ans indépendamment de la réponse au traitement, définit la dépression chronique ou dysthymie. La fragilité du support social, l'existence de trouble de personnalité sous-jacent, la présence d'une maladie somatique, d'une morbidité, sont les facteurs de risque de chronicisation du trouble dépressif. Cliniquement les patients adoptent un véritable mode de vie dépressif caractérisé par une morosité dysphorique continue, des sentiments d'infériorité, une asthénie une tendance à s'isoler, des difficultés à éprouver plaisir...les symptômes somatiques peuvent rester discrets. (Levy, 1998, PP7- 8).

### **6-3-Dépression masquée**

Dépression qui ne se manifeste pas nécessairement par une baisse de moral mais plutôt baisse d'énergie, fatigue musculaire, troubles digestifs... (Cortinavis, 2010, p11).

### **6-4-Dépression saisonnière**

La périodicité au cours de l'année de certaines dépressions a déjà été décrite dans l'Antiquité. La dépression saisonnière se définit comme un épisode dépressif récidivant durant l'hiver, en l'absence d'autres facteurs de stress, avec une rémission complète en période estivale. Cette dépression atypique n'est pas toujours reconnue comme une entité à part entière mais plutôt comme l'accentuation de phénomènes habituels. Dans sa forme spécifique, elle se distingue des formes classiques par une hypersomnie, une tendance à la suralimentation, en particulier sucrée, et une prise de poids plus qu'un amaigrissement. La réponse de ces dépressions à la photothérapie permet de faire le diagnostic. Sa fréquence varierait de 2 à 4 % de la population, avec une large majorité de femmes (85 %) ; elle touche aussi les personnes âgées ou handicapées et celles qui ne sortent pas en raison d'un alitement prolongé.

La notion de dépression saisonnière repose sur une hypothèse biologique qui n'exclut pas l'existence d'autres facteurs. Elle est attribuée à l'influence de la lumière sur les organismes vivants et à l'effet sur la chimie du cerveau de l'alternance du jour et de la nuit qui rythme chez les animaux certaines fonctions physiologiques comme le sommeil ou l'activité sexuelle (par exemple chez les oiseaux) ; ce déterminisme n'existe pas chez l'humain dont les rythmes biologiques varient surtout en fonction de l'environnement. (Fondacci, 2009, PP32-33).

### **6-5-Dépression atypique**

Cliniquement, ce terme est fréquemment utilisé pour poser le problème de la frontière diagnostique entre schizophrénie et dépression. Il ne s'agit pas de la dépression chez le schizophrène ou d'une forme dysthymique de schizophrénie, mais de la coexistence de thèmes dépressifs et de manifestations d'une autre nature (angoisse profonde, retrait affectif, bizarreries, ambivalence, éléments de dépersonnalisation). Il ne correspond à aucun usage nosographique inscrit dans les classifications actuelles. (Pedielli et Bernoussi, 2005, P52).

### **7-La dépression chez les personnes âgées**

La dépression serait plus fréquente chez les patients âgés et sa fréquence augmenterait avec l'âge. On estime en outre que la durée moyenne d'hospitalisation pour état dépressif est de 50 % plus élevée chez les patients de plus de 65 ans et que, dans l'année qui suit, 10 % de ces malades font une tentative de suicide. Les patients âgés peuvent présenter les mêmes formes d'états dépressifs que les autres patients, avec parfois des accentuations particulières (importance des troubles mnésiques et des plaintes somatiques par exemple), mais on peut retrouver chez eux des troubles particuliers : dépression d'involution, pseudo-démence... Le terme « mélancolie d'involution » se trouve dans la nosologie de Kraepelin pour désigner une forme spécifique d'état dépressif apparaissant pour la première fois après 50 ans. Ces états se caractérisaient par une importante agitation anxieuse, par des préoccupations hypocondriaques, par des symptômes obsessionnels et par la présence d'une symptomatologie délirante (préjudice, jalousie, indignité, transformation ou négation d'organes). Cette conception est maintenant pratiquement abandonnée depuis qu'on a montré que ces états ne différaient pas significativement des autres états dépressifs. (Pedielli et Bernoussi, 2005, P58).

La dépression est fréquente chez les personnes âgées (de 15 à 30 %). Sa fréquence augmente de 35 à 40 % en cas d'hospitalisation ou de vie en institution (foyers, maisons de retraite). Cette dépression est attribuée à l'évolution due à l'âge, le vieillissement modifiant

les investissements qu'ils soient corporels ou relationnels, familiaux et professionnels, auxquels se surajoutent des épreuves comme la perte des proches, celle de l'autonomie ainsi que la plus grande proximité de la mort. Chacun aborde ces souffrances existentielles en fonction de sa personnalité, de ses croyances, de son état de santé, mais aussi de l'environnement (présence d'enfants, liens sociaux, attention de l'entourage) qui rendent plus ou moins facile le cours de la vieillesse.

Ces dépressions sont ignorées dans près de la moitié des cas et les symptômes confondus avec ceux du vieillissement, sans doute en raison des représentations que l'on se fait de cette période de la vie. Les plaintes corporelles et l'anxiété sont souvent au premier plan. Mais la perte d'intérêt pour la vie et le renoncement à rechercher du plaisir, la tristesse et le ralentissement, les troubles de l'attention, un repli sur soi ou des changements de caractère à type d'irritabilité sont bien caractéristiques de la dépression. Les fréquentes altérations cognitives, de la mémoire, du cours de la pensée peuvent faire penser, à tort, à une démence débutante. (Fondacci, 2009, P37).

## **8-Les formes cliniques de dépression chez la personne âgée**

### **8-1-Dépression délirante :**

La plupart des dépressions désignées par ce nouveau terme anglosaxon rentreraient dans le cadre de la « mélancolie » telle qu'on la concevait jusqu'alors (avant le DSM-III). L'intérêt de cette redécouverte réside dans la formulation d'une opposition entre thèmes congruents à l'humeur et thèmes non congruents : • thèmes congruents à l'humeur : culpabilité délirante, autoaccusations, idées hypocondriaques (certitude d'avoir une maladie mortelle, idées de négation d'organe), idées de ruine, de mort, d'influence maléfique, idées de persécution congruentes à l'humeur ; • thèmes non congruents à l'humeur : thèmes de persécution en décalage avec l'humeur (« on m'en veut, mais je n'ai rien à me reprocher »), thèmes de référence ou d'influence n'ayant pas de liens avec la thématique mélancolique. (Pardinielli et Bernoussi 2005, P49).

### **8-1-La « dépression masquée »**

La dépression masquée fait aussi partie des états pour lesquels il y a débat. Dans l'idée des auteurs du concept (Lopez Ibor en 1972, Kielholz 1973), cette dépression se caractérise par le fait que les signes dépressifs sont au second plan, « masqués » par une autre symptomatologie, le plus souvent somatique : douleurs atypiques, céphalées, lombalgie, sans fondement organique... Malgré la présence d'anxiété, de plaintes somatiques et de troubles du sommeil, les éléments manquent pour établir le diagnostic. La sensibilité à un traitement

antidépresseur viendra souvent confirmer le diagnostic. Cette forme est donc une « dépression » sans manifestations dépressives apparentes. (Pedinielli et Bernoussi, 2005, P59).

### **8-3-La dépression mélancolique :**

Il est difficile, voire impossible de mettre le doigt sur un événement déclenchant, sur un conflit qui pourraient être à l'origine de la situation actuelle. Le sujet ne peut s'en prendre qu'à lui, il ne voit que lui-même comme source possible de sa souffrance : tout vient de lui, tout est de sa faute, il manque de volonté ; bref, tout le mal qui lui arrive, tout le mal dont il souffre ne peut venir que de lui-même. Lui-même. (Pewzner, 2000, PP89-94).

## **9-les théories de la dépression**

### **9-1- Les théories psychanalytiques**

Freud écrit en 1917 un article intitulé « Deuil et Mélancolie » qui établit un parallèle entre le deuil et la dépression. C'est à partir de l'observation de situations de deuil qu'il fait l'hypothèse que la douleur du déprimé est proche de celle de l'endeuillé. La mort d'un être aimé provoque la tristesse, une douleur morale, un repli sur soi, une tendance à s'isoler en pensée avec le défunt, à se reprocher mille et une choses à son égard et un désinvestissement temporaire du monde extérieur. Cette période est suivie par l'acceptation de la nouvelle réalité et le réinvestissement de celle-ci. De tels signes n'étonnent personne dans les suites d'un deuil et le contraire serait considéré comme anormal ou déplacé. Ce processus est peu accessible à la volonté et il suit en quelque sorte un cours naturel. Or ce cours est entravé chez certains sujets qui restent dans l'affliction. Il arrive aussi que des personnes présentent tous les signes d'un deuil en l'absence de perte connue. C'est le cas de l'accès mélancolique.

Le sujet déprimé vivrait dans une situation analogue au deuil. Un deuil passé mais non résolu dont la vie psychique garderait un souvenir qui le plonge régulièrement dans l'affliction. Qu'il s'agisse d'un événement réel ou pas (il peut s'agir de l'interprétation, par le sujet d'une émotion) n'est pas l'aspect le plus essentiel même s'il est important de trouver quels sont les liens de la dépression avec les expériences vécues ; l'intérêt se porte surtout sur la manière dont le psychisme, les émotions, les souvenirs se sont construits ou organisés autour de certains événements. (Fondacci, 2009, PP76-77).

### **9-2- Le model analytique**

Situe la dépression à l'origine de l'écart qui se creuse entre le niveau des performances du sujet et les exigences de son idéal du moi. L'idéal du moi n'est jamais complémentaire débarrassé des vestiges de son origine infantile, à savoir d'une partie de la mégalomanie qui lui a donné naissance.

En vieillissement, le sujet âgé est inéluctablement en difficulté croissante pour satisfaire son idéal du moi. Chaque fois que celui-ci est resté prédominant dans l'organisation psychologique, le risque dépressif est important. Les structures narcissiques sont les plus menacées. La dépression s'exprime par la baisse de l'estime de soi, un sentiment douloureux d'infériorité associé à la culpabilité. Mal refoulée, l'agressivité se réveille et peut devenir porteuse d'un geste suicidaire efficace.

### **9-3- Le modèle psychiatrique**

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

### **9-4- Modèle culturelle**

Recense volontiers les points de rupture dans le réseau relationnel, qu'il s'agit d'une fin de l'activité professionnelle, de la coupure des liens sociaux, de la réduction des capacités de l'adaptation ou de l'inadaptation au changement. Toute lecture psychosociale se met en quête de l'événement de vie qui serait corrélatif avec l'entrée dans la dépression. Bien qu'une corrélation ne garantisse jamais l'existence d'un lien de causalité, l'approche psychosociale de type « photographique » est utile en épidémiologique.

### **9-4-Modèle médicale**

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

### **9-5- Modèle biologique**

Rendre la référence mélancolique comme exemple basal. Il cherche lui aussi des corrélations entre l'état dépressif sévère et des défaisances dans le métabolisme des monoamines, des neurotransmetteurs.

Plus chez les personnes âgées, on insisterait sur la réduction des amines neuro-médiatrices, de la dopamine, de noradrénaline et de l'acétylcholine. Les substances déficitaires seraient de surcroît mal utilisées. La pathologie iatrogène par poly-médication inadéquate doit être ici rappelée. (Marcelli, 2007, PP125-126).

## **10- Le Diagnostic différentiel de la dépression**

Tous les sentiments de peine ne sont pas des dépressions. La dépression se distingue de la tristesse par l'incapacité de la personne à se réjouir et par le fait d'éprouver de grandes difficultés dans la prise d'une décision. Ainsi, par exemple, tôt le matin, le sujet dépressif ne sait pas s'il doit se lever ou rester couché. Il peut donc passer plusieurs heures au lit, réveillé, angoissé, n'arrivant pas à affronter la journée commençante. Cette distinction entre tristesse et dépression peut s'observer lors de la participation à l'enterrement d'un défunt dont le deuil nous touche relativement peu. Les proches parents, pourtant effondrés autour de la tombe, une heure plus tard au cours du repas de funérailles, arrivent à sourire, voire à rire à l'évocation du défunt ou d'une anecdote de sa vie. Une telle attitude n'est pas envisageable chez un individu dépressif, incapable de ressentir du plaisir ou de la satisfaction. Ses émotions positives sont « engourdis », c'est ce que l'on appelle l'anhédonie. Par ailleurs, alors que les personnes dépressives ne parviennent généralement pas à organiser leurs pensées, les sujets en deuil arrivent à prendre des décisions rapides et claires très peu de temps après le décès, afin d'organiser l'héritage ou les funérailles par exemple. (Palazzolo, 2007, P18).

## **11-la Prise en charge de la dépression**

La thérapie cognitive-comportementale (TCC) est un traitement de durée brève, de quelques mois, qui vise à changer les pensées ou les attitudes jugées dysfonctionnelles. Celles qui accompagnent la dépression sont en effet jugées responsables des épisodes dépressifs et l'une des hypothèses cognitivistes est que le sujet les autos entretient sans en avoir conscience. La perte d'un contact satisfaisant avec le monde résulterait d'une distorsion des schémas de pensée. La psychothérapie a pour objectif l'identification de ces distorsions et la proposition de nouveaux schémas mis en pratique au moyen d'exercices. La TCC est traditionnellement intensive, brève, à raison d'une vingtaine de séances hebdomadaires, éventuellement suivies de séances de rappel mensuelles. Pour les dépressions, ce cadre s'assouplit et peut même se poursuivre plusieurs années jusqu'à ce que la personne n'en ressente plus le besoin. (Fondacci, 2009, P94).

Les thérapies comportementales et cognitives représentent aujourd'hui le mode de prise en charge psychologique le plus largement reconnu par l'ensemble des approches scientifiques. Les techniques des TCC évoluent régulièrement au fil du temps en fonction des travaux de recherche qui en évaluent l'efficacité. Ces thérapies agissent, comme leur nom l'indique, sur des comportements non adaptés à la vie courante mais également sur les pensées (les cognitions) associées à ces comportements. Il s'agit alors de modifier un comportement

inadéquat dans le but que le patient s'améliore le plus rapidement possible (les agissements inadaptés sont combattus et éliminés, les agissements adaptés favorisés et renforcés). Ce type de psychothérapie fait également référence aux mécanismes du traitement de l'information (aux processus de pensée conscients et inconscients à l'origine de l'organisation de la perception du monde).

Cependant, le comportement de l'individu et les pensées qui l'animent ne représentent pas les seules cibles de la thérapie, qui s'attache également au fait qu'ils soient liés aux émotions, reflets psychologiques et affectifs des expériences de plaisir et déplaisir.

Les techniques utilisées interviennent donc à ces trois niveaux : comportemental, cognitif et émotionnel. L'environnement influe sur les réponses de l'individu, mais les relations individu-environnement peuvent être remodelées favorablement par et pour le sujet.

Les indications de ces techniques sont nombreuses, et leur succès grandissant repose sur le style adopté par le thérapeute particulièrement apprécié par les patients. Ce style est très différent de l'image classique du « psy » imperturbable, distant, souvent muet ou au contraire tenant un langage ésotérique. (Palazzolo, 2007, P44).

## **Synthèse**

La dépression est l'une des maladies mentales les plus fréquentes dans notre société, suit à des événements assez difficiles à supporter ou à surmonter, cette maladie nécessite une prise en charge psychologique et psychiatrique.

La clinique de la dépression du sujet âgé est parfois complexe, et le diagnostic n'est pas toujours aisé à poser. La présentation clinique de la dépression du sujet âgé est souvent moins évidente et moins franche que celle d'un sujet plus jeune.

## **II- La solitude**

### **Préambule**

La solitude est un état désagréable causé par des relations insuffisantes en nombre et en qualité. Elle est du l'ordre du sensible. C'est état d'âme ressenti sur un mode d'émotionnelle. Ce sentiment peut être douloureux et angoissant pour la personne qui l'éprouve.

### **1-Définition :**

#### **1-1-Solitude**

La notion de solitude, employée tant dans le langage courant que dans une bonne partie des écrits scientifique, paraît ambiguë. Loin d'être fixé 'avance, sans sens varie selon les interprétations. De façon générale, la solitude est définie comme l'état d'être seul. Une

personne peut être seule, soit physiquement, quand des facteurs de l'environnement l'empêche d'être en contact avec les autres, soit mentalement, quand elle n'a pas ou peu de communication avec les gens de son entourage malgré leur présence ou leur proximité, soit physiquement et mentalement. (Saint-Laurent, 1998, P09).

Pour P.Pitaud « la solitude est avant tout vécu comme une expérience subjective, souvent perçue comme une expérience négative pénible à vivre qui s'accompagne d'affectes négatifs ». (Macalus, 2008, P28).

### **1-2- L'isolement**

A.Mayrat introduit dans sa définition le terme d' « isolement » souvent mis en lien avec le sentiment de solitude. Les deux concepts sont pourtant à différencier : « plusieurs auteurs ont fait la différence entre un état d'isolement et le sentiment de solitude. L'état d'isolement n'engendre pas nécessairement un sentiment de solitude. Celui-ci peut naître chez des personnes parfaitement bien entourées ». (Meyer, 2009, P9).

### **1-3-Le sentiment de solitude**

Les trois notions susmentionnées, isolement, solitude et sentiment de solitude, sont donc très proches (Campéon, 2016). Elles possèdent néanmoins des aspects qui les caractérisent.

Tout d'abord, les deux termes d'isolement et de solitude sont souvent vus comme synonymes et confondus (Campéon, 2016). Ceci est dû au fait qu'une personne qui est isolée, c'est - à - dire en perte ou diminution de réseau social se trouve également d'une certaine façon, seule, et qu'une personne seule est d'une certaine manière aussi isolée, que ce soit par choix personnel ou en conséquence d'un contexte particulier. Toutefois, si les termes isolement et solitude sont parfois utilisés de manière interchangeable, ils ne renvoient pas exactement à la même signification.

Comme déjà précisé, l'isolement social renvoie à une notion plutôt sociologique, tandis que le concept de la solitude se définit plutôt comme l'expérience subjective de se sentir seul » (Campéon, 2015, p94). La solitude peut être approchée à partir de deux perspectives différentes.

Tout d'abord, d'un point de vue quantitatif et sociologique, la solitude sociale (Vandenbrouke et al, 2012), et d'un point de vue plutôt qualitatif et psychologique, la solitude affective. (De Kermadec, 2017, cité dans, Karsegard et Nogueiro, 2019, P7).

La solitude sociale, peut être décrite comme le résultat d'une perte de réseau, ne tenant compte, ni de la qualité des contacts ni de leur importance sur le plan affectif (Delisle, 1987), et ainsi être associée à l'isolement social. Cependant, elle peut être observée comme le résultat d'un choix personnel, dans une perspective plutôt qualitative et psychologique, et être vécue

comme une expérience positive (Campéon 2016 Serres, 2016, De Kermadec, 2017). Dès lors, le fait de " s'éloigner pour se retrouver avec soi - même «, peut aussi être une expérience positive, voire même nécessaire afin de renforcer sa propre identité personnelle (Campéon,2016, De Kermadec, 2017, Schurmans , 2003).Campéon (2015) parlera aussi de cette solitude choisie ou recherchée comme une solitude assumée, qui peut être aussi le reflet d'une « solide unité intérieure, grâce notamment à un univers personnel suffisamment contenant pour être autoréférentiel » (Campéon, 2016, p14). La solitude sociale peut ainsi résulter, d'une part d'un choix personnel, d'une recherche, et être, d'autre part, le résultat de circonstances qui obligent la personne à subir cette expérience de solitude (Campéon, 2016, Serres, 2016).

La solitude sociale est à distinguer de la solitude affective. La solitude affective se caractérise par le ressenti d'une absence de personnes de confiance proches (Wettstein et al, 2014, Berger &Luckmann, 1986, Cacioppo& Patrick, 2008, De Kermadec, 2017). Elle pourrait aussi se traduire par un sentiment de manque (Campéon, 2016). De ne pas pouvoir rencontrer des personnes dont l'individu sent qu'il a besoin (Élias, 1998). Ainsi qu'un sentiment d'insatisfaction face à la qualité des relations (Campéon, 2016). Le ressenti de la solitude affective peut aussi se traduire par une sensation d'exclusion (De Kermadec, 2017), notamment par le fait de ne pas se sentir écouté ou entendu (De Kermadec, 2017). Ce ressenti se trouve à la base d'une souffrance d'un vide relationnel et affectif (De Kermadec, 2017).

Le concept de solitude affective est donc chargé de l'idée de sentiment, ou de sentir, qui est donc une expérience très subjective mais qui peut désigner « une prise de conscience immédiate, sans intermédiaire, sans distance, des choses et de nous-même ; l'objet du sentiment est toujours ce qui nous touche. À partir de là, sentiment signifie conscience » (Encyclopédie Universalis, 2019, p1). Cette prise de conscience fait donc partie de l'expérience d'un sentiment de solitude, et place cette notion de solitude affective dans une approche plutôt psychologique, en lien avec une diminution, voire une perte, perçue dans la qualité des relations. (Karsegard et Nogueiro, 2019, P8).

## **2-Le rapport entre la solitude et l'isolement social**

Aujourd'hui, la solitude est considérée comme l'un des principaux problèmes de la société (Gierveld, Tilburg &Dykstra, 2016). La solitude et l'isolement social sont deux concepts souvent mal interprétés quand ils sont pris comme synonymes. Pourtant, ces deux notions peuvent être clairement distinguées.

**L'isolement social** concerne l'individu qui a un manque du sentiment d'appartenance ou d'engagement social, sans relations de qualité instituée (Dury, 2014, Smith & Caddick, 2015).

Il est déterminé de manière objective sur base de la fréquence des rencontres, nombre de contacts avec d'autres personnes (Patrick et al, 2009. Vandenbroucke et al. 2013), « Désigne ainsi la condition des individus qui n'ont que peu ou pas de contacts avec autrui et qui, par conséquent, se sentent seuls » (Patrick et al, 2009, p2). Cette notion d'isolement social se réfère à la taille du réseau social. (Patrick et al, 2009, Gierveld, Tilburg & Dykstra, 2016, cité dans Kapa et costa, 2018, P9).

**La solitude**, par contre, est un concept très subjectif qui est souvent confondu avec le fait d'être seul ou isolé (Azeredo & Afonso, 2016). Selon Azeredo & Afonso (2016), c'est un sentiment pénible qui peut devenir douloureux ; même quand la personne est bien entourée, elle finit par se sentir seule. Ceci est essentiellement dû au manque de soutien émotionnel. Smith & Caddick (2015) voient la solitude comme une nécessité ontologique qui implique un sentiment de perte de la camaraderie.

Vandenbroucke et al. (2013) sont d'accord de qualifier cette notion comme une expérience subjective, un sentiment qui peut être influencé par la personnalité de chacun. Mais dans sa Définition de solitude, Vandenbroucke et al. (2013) essayent d'aller encore plus loin en répartissant le concept en deux sous - concepts proposés par la première fois par Weiss en 1973 **solitude émotionnelle** et **solitude sociale**.

La première découle de l'absence de relations intimes ou durables, nous avons l'exemple d'une personne veuve qui même si elle a un bon réseau social, ressent fortement l'absence de son conjoint.

La seconde se rapproche plus de l'isolement social, mais ici nous parlons surtout des personnes qui ont un réseau limité et qu'en plus de cela le contact avec celui - ci devient difficile. Cela concerne par exemple des personnes qui auraient déménagé vers une maison de repos loin de leur lieu de résidence antérieur, les isolant de leurs proches et diminuant leurs visites. (Kapa et costa, 2018, PP9-10).

### **3-les Principaux déterminants de la Solitude**

La fondation Roi Baudouin (Vandenbroucke et al, 2013) a réalisé une enquête en Belgique au sujet des personnes âgées de plus de 65 ans. Elle a montré que 45 % des répondants sont bien armés socialement, ils ont un bon réseau social sur lequel ils peuvent compter leur permettant de ne pas se sentir seuls. Par contre, il ressort de cela que 25 % des plus âgés sont considérés comme étant socialement isolés.

Comme nous l'avons vu auparavant, la variance des scores de solitude entre les personnes dépend de différents facteurs, pouvant être plus faible ou plus accentuée.

En accord avec Utz et al. (2014), la solitude tend à s'accroître au cours du temps, de même que la taille du réseau social des personnes (amis et familles) diminue. Pour les répondants qui ont encore un réseau d'amis, une **diminution du nombre de visites** familiales a été signalée en comparaison avec les visites des amis. Les personnes ont même signalé **que le soutien familial devient de moins en moins satisfaisant**. (Utz et al, 2014 cités dans Kapa et Costa, 2018, PP10-11).

Dans cette étude, Utz et al. (2014) ont vérifié que les personnes qui ressentaient moins de solitude avaient au moins une **personne de confiance** sur laquelle elles peuvent compter. Celles qui développaient de nouvelles amitiés grâce à des groupes de soutien présentaient également un niveau de solitude plus bas.

Dans l'étude réalisée par Utz et al. (2014), une variante de 30 % sur les scores de solitude a été évaluée en comparaison avec l'influence du **soutien social des amis**. Celle du **soutien social de la famille** présente une variante légèrement plus basse de 19 %, mais a été aussi signalée comme importante dans les scores de solitude dus au grand nombre des plus âgées qui ne peuvent pas compter sur ce support. Les moments d'expression et de communication ont montré avoir aussi un gros impact sur la solitude, influençant 27 % de sa variante. La présence d'une nouvelle amitié avec qui on peut partager nos pensées peut expliquer jusqu'à 5 % de la variante dans les scores.

Si on évalue l'importance de ces deux supports dans l'ensemble **soutien social des amis** et **soutien social familial**, nous pouvons dire que ce dernier augmente de 6 % la variante du score de solitude, et donc nous avons une influence de 36 % dans les scores de solitude quand nous mesurons la présence de ces deux facteurs ensemble (Utz et al, 2014).

Divers auteurs mettent en évidence d'autres déterminants, à part l'isolement social, qui peuvent influencer la solitude, en plus de l'isolement social, notamment : **l'âge et le genre, l'état civil, le niveau d'éducation, le contexte, le revenu, les réseaux sociaux et leur diversification, l'état de santé physique et psychologique**.

Le premier facteur de risque qui est toujours évalué quand nous parlons de solitude est l'âge. Azeredo & Afonso (2016) affirment que la solitude est fort présente durant l'adolescence, mais qu'elle est aussi présente chez les personnes âgées, étant comme **groupe de risque** celles entre **75 et 84 ans**. Quand Vandenbroucke et al. (2013) parlent de l'âge comme facteur de risque, ils évoquent toujours les personnes à partir de 65 ans, mais ils font

aussi référence à Dykstra et al. (2005) que déclarent qu'il y a un plus grand risque à partir de l'âge de 75 ans. (Kapa et costa, 2018, P11).

#### **4-Les signes de la solitude**

La solitude peut être difficile à démasquer. Elle se cache souvent derrière d'autres émotions, un horaire chargé ou beaucoup de relations en ligne.

- Vous souffrez peut-être de solitude si vous vivez souvent les situations suivantes :
- Vous vous dites que vous aimeriez passer moins de temps seul.
- Vous faites des activités avec des gens que vous n'aimez pas, juste pour avoir de la compagnie.
- Vous avez l'impression de n'avoir personne à qui parler des choses qui sont importantes pour vous.
- Vous vous dites que personne ne vous comprend vraiment ou ne s'occupe de vous.
- Vous avez du mal à vous faire des amis ou à garder des amis qui ont les mêmes valeurs et champs d'intérêt que vous.
- Vous vous sentez mis à l'écart ou exclu d'activités auxquelles vous aimeriez participer.
- Vous attendez que les autres vous appellent, vous écrivent ou vous invitent, plutôt que de prendre les devants. (Mezy, 2017, PP3-4).

#### **5 -Les formes de la solitude**

La solitude n'est pas nécessairement intense- elle peut ressembler à une légère morosité de cœur qui se manifeste à l'occasion. Les causes de la solitude peuvent être diverses. Elle peut notamment se manifester dans les cas suivants :

- Le fait d'être physiquement isolé des autres.
- Le sentiment d'être incapable de créer de liens enrichissant avec vos proches (amis, conjoint) ou de leur faire connaître vos pensées ou sentiments, ou encore le sentiment que les conversations superficielles, le plus souvent en ligne, ont remplacé des discussions sérieuses que vous avez eues avant.
- Le fait de vivre dans un nouvel endroit, loin de votre réseau d'amis et de votre famille ou, pour des raisons financières, le fait d'habiter avec des parents avec qui il vous est impossible d'aborder les sujets qui vous tiennent vraiment à cœur.
- L'absence d'une personne ou d'un groupe de personnes. (Mezy, 2017, PP2-3).

#### **6-Les types de solitude**

La solitude est parfois distinguée en deux classes : la solitude sociale et la solitude émotionnelle. Le premier type est relié à une intégration sociale déficiente et un manque de

contacts avec des personnes aux mêmes intérêts que l'individu, comme ses amis. Le deuxième type est associé à la situation où une personne ressent le manque d'une autre personne, qui est souvent un partenaire de vie. (Fokkema et Knipscheer, 2007).

### **6-1-La solitude émotionnelle**

Elle exprime selon les psychanalystes, un échec de l'attachement et s'inscrit dans une histoire personnelle ancienne qui trouve ses racines dans les premières relations établies avec les patients. Cette forme de solitude est particulièrement délétère, puisqu'elle revêt un caractère permanent et limite, à tout âge les possibilités d'établir des liens significatifs avec les autres. (Claes, 2005, P55).

La solitude émotionnelle résulte de l'absence de toute forme de relation intime de proximité, et un sentiment permanent de vide relationnel. Il s'agit du sentiment subjectif d'être seul et de ne pouvoir utiliser le réseau social existant. (Archer, 2001, P446).

### **6-2-La solitude sociale**

Selon S.A. Weiss (1973), la solitude sociale traduit un sentiment d'échec dans l'établissement des relations avec les autres ou l'intégration dans les groupes, particulièrement des groupes de loisirs. Cette forme de solitude s'accompagne souvent de sentiments d'abandons, de marginalité et de rejet. (Margalit, 2010, P6).

## **7-Les conséquences de la solitude affective / du sentiment de solitude**

Après avoir approché la complexité du sentiment de solitude, il est également important aussi de se pencher sur quelques-unes de ses possibles conséquences, ainsi que l'impact sur la vie de la personne et sur la société. Le sentiment de solitude n'est pas un sujet anodin. Il ne concerne pas seulement les personnes âgées mais aussi toute personne qui au long de sa vie fait l'expérience de perdre des relations de qualité sans pouvoir y faire face.

Selon De Kermadec (2017), le sentiment de solitude serait considéré par la médecine sociale comme un enjeu majeur de santé publique. En France, il a même été identifié comme une « grande cause nationale » (Campéon, 2016, p12). Selon Fondation de France (2013), il serait question d'une progression de ce sentiment, au point qu'il devienne un état normal de l'individu contemporain (Klinenberg, 2012). L'impact du sentiment de solitude ne doit donc pas être ignoré et sous-valorisé. De plus, différentes études (Cacioppo & Patrick, 2008 ; De Kermadec, 2017) ont pu mettre en évidence les liens entre certaines pathologies cardiovasculaires, immunitaires et psychologiques. Ainsi que l'état de solitude de ceux qui en souffraient. Cacioppo et Patrick (2008), ont pu mettre en évidence l'importante influence du contexte social et des relations d'un individu avec le réseau social ainsi que l'impact important

qu'un dysfonctionnement de ces relations peut avoir, et qui peut aller jusqu'à affecter la réplication de l'ADN. Ce raisonnement l'a conduit à poser la définition d'un syndrome, celui de solitude chronique (Cacioppo & Patrick, 2008).

Le sentiment subjectif de solitude parviendrait, à lui seul, perturber les perceptions, l'attitude, et à abrégé l'espérance de vie (Cacioppo & Patrick, 2018 ; De Kermadec, 2017), à mettre en lien avec un mauvais état de santé général et un déclin de la santé plus rapide (Beal, 2006 ; Buchman et al, 2010 ; Thurston & Kubzansky, 2009 ; Cacioppo & Patrick, 2008). Selon Hazif - Thomas (2014), le sentiment de solitude chez la personne âgée augmenterait le risque de souffrir d'un état dépressif et aurait même un lien avec le risque suicidaire. De nombreux auteurs ont documenté les liens entre solitude affective et dépression, (Beal, 2006 ; Buchman, Boyle, Wilson, James, Leurgans, Arnold & Bennett, 2010 ; Gerst - Emerson & Javawardhana, 2015 ; Thurston & Kubzansky, 2009). Par conséquent la solitude est en lien avec une augmentation des coûts de la santé, tant individuels que collectifs (Gerst - Emerson & Javawardhana, 2015).

Dès lors, le sentiment de solitude constitue donc une préoccupation essentielle dans la santé communautaire puisqu'il possède d'étroites connexions avec la santé physique et psychique, mais aussi avec les dynamiques sociales et l'équilibre émotionnel. Il influence de manière singulière la qualité de vie et le bien - être des personnes âgées. (Karsegard et Noguero, 2019, PP16-17).

## **8-La Solitude chez personne âgée**

Selon Gazareth et Modetta (2006), environ 32% des plus de 65 ans possèdent un réseau social restreint, approximativement 37% de cette même population considère avoir un faible soutien social en environ 13% affirme ressentir un sentiment de solitude.

Les personnes âgées vivant seules sont plus exposée que les autres groupes de la population à l'isolement. Toutefois, l'âge avancé et le logement individuel ne sont pas les seuls facteurs de risque d'isolement. En effet, on peut y ajouter une exclusion du marché u travail, un faible revenu, une nationalité étrangère, un faible niveau d'éducation et, finalement une atteinte à la fefeasanté. (Gazareth et Modetta, 2006). En 2012, 7,6% des aînés ont affirmé qu'ils n'avaient personne à qui s'adresser en cas de besoin personnel. De plus, d'autres statistiques révèlent qu'en Suisse en 2012, 35% des plus de 75 ans souffrent de solitude d'intensité. (Office fédéral de la statistique, 2014, cité dans Melly, 2017, P4).

## **9-L'état de Santé et la Solitude chez la personne âgée**

### **9-1-Santé Psychologique**

Kvaal, Halding&Kvigne (2014) ont fait une étude où ils ont comparé deux groupes différents, un groupe qui affirme ne se sentir jamais seul et un autre qui a déjà exprimé des sentiments de solitude. Les auteurs ont essayé d'approfondir le concept de solitude en identifiant les changements et les sentiments prédominants. Kvaal, Halding&Kvigne (2014) ont conclu que l'expérience de solitude chez les plus âgés est fréquemment accompagnée de **sentiments négatifs** et de **néant**.

Zammit&Fiorini (2015) signalent aussi la douleur chronique ou aiguë comme un symptôme qui peut influencer négativement la qualité de vie, tant au niveau psychologique que physiologique. La douleur joue beaucoup sur l'humeur du patient, ce qui peut conduire au développement de troubles cognitivo- dépressifs (Zammit&Fiorini, 2015). Nikmat et al. (2015) sont d'accord avec Zammit&Fiorini (2015) et soulignent l'existence d'un haut niveau de solitude et d'isolement social chez les personnes âgées avec, notamment, la présence de troubles cognitifs chez les individus qui habitent les maisons de repos.

Zammit&Fiorini (2015) ont également montré une forte corrélation entre la douleur chronique et la dépendance ainsi que le développement d'une dépression. Des scores bas dans l'index de Barthel signifient qu'il y a une dépendance ou une limitation chez le patient, physique ou cognitive, ce qui indique que le nombre d'activités que celui - ci peut faire est limité, augmentant ainsi le risque de développer une dépression et / ou un état de solitude émotionnel (Zammit&Fiorini, 2015).

Vandenbroucke et al. (2013), pendant l'analyse des résultats, sont arrivés à la conclusion que les sentiments dépressifs sont présents chez 54 % des personnes âgées de plus de 65 ans qui souffrent de solitude.

Utz et al. (2014). Quant à eux, ont souligné l'importance de la corrélation positive entre dépression et solitude en affirmant qu'un niveau de dépression plus élevé est associé à une plus grande solitude. Dans les conclusions de leur étude, ils affirment même que la dépression peut influencer jusqu'à 26 % la variante dans les scores de solitude. La présence de sentiments de solitude augmente les sentiments dépressifs, la timidité, l'anxiété et la peur de l'évaluation négative, et diminue l'estime, les compétences sociales et l'humeur en général. (Terrence, Cacioppo&Boomsma, 2014).

La vulnérabilité à la dépression peut être due au fait qu'une personne sans sécurité a tendance à développer une faible estime de soi, une difficulté ou une incapacité à développer et entretenir des relations avec d'autres personnes, de faibles aptitudes à résoudre des problèmes et un concept instable de soi. (Daniel, 2014, cité dans Kapa et Costa, 2018, P17).

D'autres études longitudinales analysées par Terrence, Cacioppo&Boomsma (2014) ont montré que la solitude prédit une augmentation de la symptomatologie de la dépression (Terrence, Cacioppo&Boomsma, 2014). Cela nous pose donc la question de savoir si la dépression est un facteur de risque pour la solitude ou une cause de la solitude. Ce postulat est toujours fort discuté par les auteurs. Vandenbroucke et al. (2013). Par exemple, finissent par conclure qu'elle peut être autant une cause qu'un facteur de risque.

La démence, de même que la dépression, est une pathologie qui émerge souvent accompagnée d'un état de solitude général (Høgsnesa et al, 2014). Toutefois, ce ne sont pas seulement les patients déments ou dépressifs qui souffrent de solitude.

En effet, Iden, Ruths&Hjørleifsson (2015) ont décrit, après une collecte de données via des entretiens, que les personnes qui vivent en maison de repos et partagent leur chambre avec des personnes atteintes de démence souffrent aussi de solitude suite au contact limité avec leur voisin de chambre, leurs amis, et même à cause d'un manque de visite de leur famille. (Kapa et Costa, 2018, PP16-17).

### **9-2-Santé Physique**

Toutes ces conditions physiques provoquent une augmentation du stress et peuvent être l'origine du sentiment de solitude (Kvaal, Halding&Kvigne, 2014). On peut donc affirmer que la solitude est courante chez les personnes âgées avec pathologies physiques chroniques. (Kvaal, Halding&Kvigne, 2014).

Kvaal, Halding&Kvigne (2014) et Zammit&Fiorini (2015) associent alors les multiples comorbidités des personnes âgées à un facteur de risque de la solitude. Toutes les altérations possibles dans le style de vie ainsi que la poly médication peuvent influencer l'humeur des plus âgées suite aux potentiels effets secondaires (Zammit&Fiorini, 2015).

" La situation de handicap qu'un individu est susceptible de vivre et qui s'associe temporairement ou de façon permanente à un déclin de l'autonomie et / ou d'indépendance représente également un risque non négligeable d'isolement social " (Vandenbroucke et al, 2013).

Dans un groupe d'individus plus âgé, Shah, Ghimire&Pendharkar (2015) ont confirmé l'existence d'une association entre la solitude et la fragilité ressentie par ces derniers. En ajoutant que divers processus pathologiques, comme l'inflammation chronique et la déréglementation immunitaire et endocrinienne peuvent être à l'origine de cette fragilité.

L'état de santé physique peut être un facteur de risque pour la solitude, mais peut aussi être vu comme une conséquence de ce sentiment (Daniel, 2013).

Daniel (2013) montre la relation entre la solitude et les différents états de santé physique. Cela peut être un facteur de risque pour la solitude de même que l'obésité, le vieillissement physiologique, le cancer, une mauvaise audition et un mauvais état de santé en général. La solitude peut être associée à de hauts niveaux de résistance périphérique totale. Celle-ci est le principal déterminant de la pression artérielle systolique, ce qui suggère que les élévations de la résistance périphérique totale liées à la solitude peuvent conduire à une élévation de la pression artérielle - hypertension (Daniel, 2013).

Le stress chronique lié à la solitude peut également causer une inflammation périphérique de grade peu élevé. Cette dernière, à son tour, a été liée à une maladie cardiovasculaire comme l'athérosclérose. (Daniel, 2013, cité dans Kapa et Costa, 2018, PP15-16).

## **10-Les différents regards disciplinaires du sentiment de la solitude**

### **10-1-La sociologie**

Quant à elle, met l'accent sur la prédominance de l'individualisme dans la société, qui aurait évolué d'une sorte de « solidarité communautaire vers une multitude d'individualismes » (Campéon, 2016). Cette prédominance fragilise le lien social, et selon Van de Velde (2011), semble s'élargir à l'ensemble de la société, jusqu'au point où cela serait devenu un état normatif de l'individu contemporain (Klinenberg, 2012). Cette réalité semblait inquiéter déjà les sociologues comme Lalive d'Epinaï et al. (1992) qui mettent en avant le fait que l'individu est « de plus en plus délié du social du collectif, (...) et exacerbe le sentiment de singularité associé à l'individu » (p162) en le forçant presque à s'isoler et à s'éloigner de l'aspect social (Lalive d'Epinaï, 1989). Selon ce même auteur, « par ses pratiques et par ses valeurs, la civilisation occidentale moderne rend particulièrement aigu le fait que l'individu est, en dernière instance, seul devant les grands choix et dans les moments cruciaux de la vie ». (Lalive d'Epinaï et al, 1992). Cela tend donc à exacerber le sentiment de solitude (Ehrenberg, 2000, Elias, 1998). Il est donc possible d'imaginer que dans le contexte particulier d'une société où l'individualisme semble la norme, les personnes âgées soient aussi de plus en plus " obligées " à vivre dans une sorte " d'isolement forcé ", ce qui peut créer des conditions amenant à l'expérience du sentiment de solitude.

Un autre élément, mis en avant par des sociologues, est le concept d'étrangeté à soi et au monde en tant que mécanisme de production de la solitude (Campéon, 2016). Selon Caradec (2007), l'étrangeté se résume par le sentiment que les personnes très âgées peuvent avoir de ne plus reconnaître le monde dans lequel elles évoluent, car il change trop rapidement. Cela

pourrait être associé à une « forme de détachement et de désajustement radical, celle de son identité et des rôles qui, jusque - là, rattachaient l'individu à la société » (Campéon, 2016,). La personne âgée est donc confrontée à une forme de désajustement d'éléments qui jusqu'alors donnaient du sens à sa manière de vivre face au monde (Martucelli, 2002), et qui donnaient d'une certaine manière du sens à son existence socialisée » (Campéon, 2016). Cette forme de privation serait aussi associée à un sentiment de manque (Elias 1998) surtout lorsque la personne âgée est confrontée a des situations de crise et n'arrive pas à « trouver d'aide satisfaisante pour résoudre le problème, surmonter la crise ou combler le manque, ni dans son entourage, ni en soi-même ». (Lalive d'Épinay et al, 1992, cité dans, Karsegard et Nogueiro, 2019, PP 10-11).

### **10-2-En ce qui concerne les sciences psychologiques**

Telles que les neurosciences et la psychanalyse, la thématique de la solitude ne faisait pas partie des préoccupations de la plupart des psychanalystes avant les années 1960 (à part Winnicott) (De Kermadec, 2017). De nos jours, au contraire, la solitude semble même apparaître comme « le fléau du monde contemporain occidental » (De Kermadec, 2017, p75).

**Dans le cadre des neurosciences** en particulier, les études de Rizzolatti, Fadiga, Gallese et Fogassi (1996) révèlent l'existence de neurones capables de provoquer des comportements d'imitation chez les humains. Cependant l'activité de ces neurones semble aller plus loin qu'une simple imitation de comportements. (Karsegard et Nogueiro, 2019, P13).

**Dans la psychanalyse**, le processus de développement de l'enfant, le sentiment de solitude est à mettre en relation avec l'angoisse de séparation (De Kermadec, 2017). Pour Freud, cette expérience est à la source de toute douleur psychique (cité par De Kermadec, 2017), et serait « à la base du plus grand nombre de troubles pathologiques, et à l'origine de beaucoup de maladies psychosomatiques ». L'angoisse de séparation « apparaît lorsque l'enfant prend conscience qu'il existe en tant qu'être seul, différent et unique par rapport à sa mère et au monde, et que sa mère et les autres sont différents de lui. » (De Kermadec, 2017). Pour Freud (De Kermadec, 2017), cette angoisse « originelle ne disparaît jamais ». Et serait en lien avec « la conscience qu'acquiert l'individu tout au long de sa vie du caractère éphémère des affections, et du sentiment douloureux que cette expérience engendre. (De Kermadec, 2017, cité dans, Karsegard et Nogueiro, 2019, P14).

**Synthèse**

La solitude ce n'est pas nécessairement vivre seul, elle peut envahir des personnes qui possèdent de nombreux contacts sociaux, mais les rencontres sont décevantes. Les difficultés de l'âge ne leur permettent plus de voir les gens qu'elles ont envie de rencontrer.

Toutes les formes de psychothérapie ont une certaine efficacité toute fois il faut souligner que les effets des (TCC) sont plus évaluables, plus durables, s'accompagne d'une compréhension des troubles par les patients.

**Chapitre III :**  
**Méthodologie**

**Préambule :**

Les recherches en psychologie clinique sont basées sur une méthodologie bien définie, un terrain de recherche, les outils d'évaluations et une population d'étude.

Dans cette partie méthodologique nous présentons notre travail de terrain, ainsi les différents outils de recherches qu'on a utilisés dans la collecte de données.

En premier lieu nous exposerons, notre pré enquête, notre enquête, notre lieu de recherche, pour ensuite présenter nos outils de recherche, nous évoquerons enfin l'attitude du rechercher.

**1-La méthode de la recherche :****1-1-La pré-enquête :**

La pré-enquête est définie comme étant « la phase d'opérationnalisation de la recherche théorique. Elle consiste à définir des liens entre d'une part, les constructions théoriques : schéma théorique ou cadre conceptuel selon les cas. Et d'autre part, les faits observables afin de mettre en place l'appareil d'observation. » (Chauchat, 1990, p19).

C'est la phase de préparation, et elle a pour objet de recueillir le plus de connaissances et des informations sur le sujet à étudier.

La pré-enquête nous permet à la fois des rencontres avec des personnes qui peuvent enrichir notre travail de recherche et nous faciliter l'émergence des questions qui n'avait pas été évoquées.

Cette phase préopératoire nous oriente sur la reformulation des hypothèses ainsi que la prévision de tous les problèmes que peuvent apparaître au cours de l'enquête.

Nous avons réalisé notre pré enquête au foyer pour personnes âgées de Bejaia, après bien sur nous être présentées au centre en tant que stagiaire étudiante en deuxième année master psychologie clinique, et après avoir eu l'accord du directeur et de la psychologue du centre à qui nous avons exposé notre thème. On a débuté notre pré enquête le 03/04/2022, avec la psychologue qui nous a fournie quelques informations sur les pensionnaires du centre.

Nous avons également rencontré la chef de service, qui nous a fourni quelques statistiques concernant les pensionnaires. D'après elle, il y a 60 pensionnaires en tout dont 40 hommes et 20 femmes âgés entre 29 ans et 92 ans. 30% à 40% sont sous traitement psychiatrique.

Elle nous a informés également que leur prise en charge dans le centre consiste, à un accompagnement dans la vie quotidienne, à veiller à une bonne hygiène corporelle et

vestimentaire, à assurer une alimentation équilibrée, un suivi médical et psychologique ainsi que des loisirs. Cette phase nous a permis de découvrir et d'observer plusieurs cas et de mieux explorer notre terrain de recherche, Le déroulement de l'entretien et la passation des échelles ont été effectués dans la langue maternelle qui est le Kabyle. La psychologue nous a aussi informées, que la majorité des femmes dans le foyer sont analphabètes et quelques hommes possèdent bon niveau intellectuel,

### **1-2-L'enquête :**

Notre enquête s'est déroulée au foyer des personnes âgées de Bejaia, du 10 avril 2022 au 25 mai 2022, en raison de deux fois par semaine.

Nous avons taché à travailler avec des sujets différents de ceux de la pré-enquête, après réajustement du guide d'entretien. Nos sujets ont tous étaient coopérants et ont donné leur consentement pour participer à notre étude. On leur a expliqué que tout ce qu'ils nous diraient restera confidentiel et que ça sera utilisé uniquement dans le cadre de la recherche.

La durée de l'entrevue qui se divise entre l'entretien clinique de recherche et la passation des deux échelles est d'environ 1H30 pour chaque sujet.

Il est important de préciser que nous n'avons pas pu faire une traduction à nos échelles de mesure, néanmoins, nous étions dans l'obligation d'apporter des explications pour les sujets qui ne lisez pas et comprenez pas la langue française ,avec leur langue maternelle, en tachons à ne pas modifier les sens des items.

### **1-3-Présentation du lieu de recherche :**

Notre étude s'est déroulée au sein du foyer pour personnes âgées et handicapées de Bejaia, qui se situe à sidi Ouali, crée par le décret exécutif N°01-53 du 13 février 2001. Il a ouvert ses portes le 17 avril 2003 à l'occasion de la journée nationale des personnes âgées. Il a pour mission d'accueillir les personnes âgées plus de 65ans et les handicapés moteurs âgés de plus de 15ans, sans soutien familial ni ressources financières, et qui sont déclarées inaptes pour le travail.

Ce foyer été modifié le 10 février 2013 sous la loi N°10-12 du 29 septembre 2012 qui est pour mission :

- accueillir les personnes âgées de 65 ans et plus de la difficulté sociale.
- aider la personne âgée à vivre sa vieillesse.
- aider la personne âgée à accéder à un minimum d'autonomie.
- aider la personne âgée à participer à la vie institutionnelle.

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

L'établissement se comporte : d'un bloc réservé pour l'équipe médico-psycho-social qui est constituée d'un médecin généraliste et d'une infirmière qui assurent la prise en charge médicale des pensionnaires, soins et suivi du malade.

Pour les pensionnaires qui ont des maladies chroniques (diabète, maladies cardio-vasculaires, etc.). Ils sont suivis par des médecins spécialistes. L'infirmière veille sur l'hygiène corporelle et la propreté des locaux des pensionnaires, ainsi que la surveillance des régimes alimentaires.

Ce foyer se compose du chef de service, d'un surveillant générale, d'un médiateur sociale, d'un psychologue clinicien, d'une assistante social, d'éducateurs spécialisées et des veilleurs de nuit, ils sont chargés des taches suivantes :

- admission des pensionnaires au foyer.
- l'élaboration et l'organisation des activités de loisirs.
- suivi et évaluation du projet institutionnel.
- l'accompagnement de la personne âgée dans les activités d'ergothérapies.

#### **1-4-La méthode clinique :**

Dans notre recherche nous avons opté pour la méthode clinique la plus appropriée et la plus efficace pour approcher à la vie intérieure des personnes âgées placée en institution.

**Selon Lagache**, 1949 la méthode clinique est : « la conduite dans sa perspective propre, relever aussi fidèlement que possible la manière d'être et d'agir d'un être humain concret et complet aux prises avec cette situation, chercher à en établir la sen, la structure et la genèse, déceler les conflits qui la motivent et les démarches qui tendent à résoudre ces conflits » (Bénony et Chahraoui ,2003, P11).

Selon la définition de Pednielli (J-L) « La méthode clinique est utilisée dans le domaine pratique de la psychologie, c'est un ensemble des techniques qui ont pour but de produire des informations sur la personne, le psychologue ici doit s'intéresser au sujet lui-même. » La méthode clinique pourrait comporter deux niveaux complémentaires : le premier correspond ou recours à des techniques « tests, échelle entretien » Alor que le second niveau se défini par l'étude approfondie et exhaustive du cas. (Pednielli, 2006, PP32-33).

#### **1-5-L'étude de cas :**

L'étude de cas comme méthode de recherche est plus appropriée à la compréhension profonde de phénomène, d'un individu ou d'un groupe. Le clinicien, chercheur tente de

décrire le plus précisément possible le problème actuel d'un sujet en tenant compte des différentes circonstances de survenu actuelle et passé « histoire du sujet, évènements de vie, les relations, mécanismes de défense, organisation de la personnalité...Etc. » pour cela il rassemble un grand nombre d'informations issues des entretiens avec le sujet mais également d'autres sources, tout comme les bilans des examens psychologique, témoignages des proches, de personnel, des soignants.....Etc. Dans l'ensemble le clinicien ou le chercheur essaie de suggérer des hypothèses sur l'origine de la conduite ; celle-ci étant multiples, il essaiera de focaliser l'analyse sur un ensemble réduit de facteurs ayant probablement entraîné la situation problématique. (Chahraoui, 2003, p126)

L'étude de cas permet de regrouper un grand nombre de données en utilisant différents outils (entretiens, tests projectifs, questionnaires, échelles cliniques, témoignages de proches) afin de comprendre au mieux le sujet de manière globale en référence à lui-même, à son histoire et à son contexte de vie. Il s'agit de mettre en évidence les logiques de l'histoire d'un individu pour comprendre ce qui a conduit à telle ou telle difficulté de vie importante. Cette description précise de la situation complexe d'un sujet permet de formuler des hypothèses sur la nature, les causes, le développement et l'évolution d'un trouble. L'objectif de l'étude de cas est donc d'élaborer des hypothèses. (Chahraoui etBénonny, 2003, p126).

## **2-Présentation du groupe de recherche :**

Nous avons effectué notre travail de recherche auprès des sujets placés au foyer pour personnes âgées à sidi Ouali, dépassant 65 ans, puisque que notre sujet de recherche concerne les personnes âgées. Nous avons sélectionné quatre personnes dont une femme et trois hommes âgés entre 68 à 74ans.

### **2. 1-Critères de sélection :**

- Des personnes de plus de 65 ans.
- Les sujets doivent être placés en institution.

### **2. 2 ·Critères non pertinents à la sélection :**

- Les sujets ayant moins de 65 ans
- Les sujets atteints de démence ou de délires, car ses derniers seraient incapables de répondre à nos outils de recherche.
- Les sujets ayant des troubles du langage.

. Le tableau récapitulatif de notre groupe de recherche

prénoms	Age (ans)	Niveau D'institution	Situation matrimoniale	Nombre D'enfants	Durée de placement
Mr « A »	71	Fin d'étude	Célibataire	Pas d'enfants	7 ans
Mme « B »	74	Primaire	Divorcé	Deux enfants (sont décédés)	1 mois
Mr « C »	68	secondaire	Célibataire	Pas d'enfants	2 mois
Mr « D »	72	primaire	Divorcé	Pas d'enfants	4 mois

### 3-Les techniques utilisées :

Dans ce qui suit nous aborderons les outils que nous avons utilisés pour effectuer notre travail de recherche. Nous avons commencé par l'entretien de recherche parce que, celui-ci permet d'avoir un premier contact avec nos sujets et d'établir une relation de confiance avec eux. L'échelle gériatrique de dépression nous a permis de vérifier si le sujet souffre de dépression, et à quel niveau, l'échelle de la solitude de Jong-Gierveld quant à elle nous a indiqué si le sujet souffre de solitude, et à quel degrés.

Etant donné que nos participants ne maîtrisent pas tous la langue française, nous étions dans l'obligation d'apporter des explications avec la langue maternelle de ces derniers, en tâchons à ne pas modifier les sens des items.

#### 3-1-l'entretien clinique et l'entretien de recherche :

L'entretien clinique est défini par Alexandre, et ses collaborateurs comme : « une situation d'échange entre un sujet actif, qui organise son propre mode de communication, et le clinicien qui adopte une attitude de neutralité bienveillante. Cette relation se caractérise par l'asymétrie de la demande, les psychologues se plaçant surtout dans une position d'écoute du sujet qui vient en général exposer une souffrance, un conflit, une interrogation ». (Alexandre, 2005, p381)

Dans ce type d'entretien le chercheur dispose d'un guide d'entretien avec plusieurs questions préparé à l'avance, elles sont poussées à un moment opportun de l'entretien clinique, par exemple à la fin de la séquence d'association, l'aspect spontané est moins présent dans ce

type d'entretien dans la mesure où le clinicien chercheur propose un cadre et une trame qui permet au sujet de dérouler son récit. (Chahraoui et Bénony, 2003, p143)

L'entretien clinique de recherche est un outil à la fois de recherche et de production d'information (A. Blanchet, 1985). Il s'agit d'un dispositif par lequel une personne A favorise la production d'un discours d'une personne B pour obtenir des informations inscrites dans la biographie de B. (Bénony et Chahraoui, 1999, P64).

En effet, l'entretien clinique est une source d'information indispensable car la plus grande quantité d'informations est obtenue par le biais de l'entretien considéré comme une « technique de recueil d'information » le petit robert le définit ainsi au sens large comme « l'action d'échange de parole avec une ou plusieurs personnes ». (Pedielli, 1994, p39).

Il existe plusieurs types d'entretien (entretien directif, entretien semi-directif et entretien libre).

Pour ce qui est de notre recherche, nous avons opté pour l'entretien clinique semi-directif, qui offre plus de liberté au sujet pour s'exprimer.

### **3-1-1 -Entretien semi – directif :**

Également appelé « entretien guidé », l'entretien semi - directif est largement utilisé dans les sciences humaines et sociales. « L'entretien semi - directif combine attitude non - directive pour favoriser l'exploration de la pensée dans un climat de confiance et projet directif pour obtenir des informations sur des points définis à l'avance » (Berthier, 201, p. 78). L'entretien semi - directif a plus de souplesse que l'entretien directif puisque, disposant d'un guide d'entretien tout aussi structuré, l'enquêteur posera les questions dans l'ordre le plus adapté au discours de l'enquêté (Quivy et Van Campenhoudt, 2006). L'enquêteur peut également opter pour un guide d'entretien thématique comptant une liste de thèmes à aborder sans question pré - rédigées (Desanti et Cardon, 2010). Ce type d'entretien est approprié lorsque l'on souhaite approfondir un domaine spécifique et circonscrit, explorer des hypothèses sans qu'elles soient toutes définitives, et inviter l'enquêté à s'exprimer librement dans un cadre défini par l'enquêteur. La part de directivité de l'enquêteur est moins forte que dans l'entretien directif, mais elle est plus présente que dans l'entretien libre. Ce type d'entretien dure en moyenne entre 30 minutes et deux heures. (Sauvayre, 2013, P16).

L'entretien semi-directif, ou le chercheur dispose d'un guide de questions préparées à l'avance, mais non formulées d'avance ; ce guide constitue une trame à partir de laquelle le sujet déroule son récit. (Bénony et Chahraoui, 1999, P65).

Dans ce type d'entretien, la liberté de l'enquêteur et de l'enquêté est moins grande. Il n'y a plus de consigne de départ, mais plusieurs interventions décidées à l'avance, sinon dans

leur forme et leur déroulement, du moins dans leur contenu. De même, l'enquêté peut répondre à sa guise, mais non parler de n'importe quoi. (Chiland, 1983, p 120).

### **3-1-2- Le guide d'entretien :**

Le guide d'entretien est l'ensemble organisé de fonctions, d'opérateurs et d'indicateurs qui structure l'activité d'écoute et d'intervention de l'interviewer selon (A. Blanchet, en 1992) cité dans Chahraoui et Benony, 2005, p68).

Le guide d'entretien comprend des axes thématiques à traiter. Dans ce sens, nous avons élaboré un guide d'entretien comprenant trente-cinq (35) questions en tout. Six questions portent sur : « les informations générales du sujet ». L'axe numéro 01, intitulé : « Le placement en institution », est composé de sept questions. Axe numéro 02 intitulé « informations concernant la vie dans le centre » Il contient huit questions. L'axe numéro (03) intitulé : « la santé du sujet ». Il contient quatorze questions

### **3-1-3 - la présentation des échelles :**

#### **. L'échelle gériatrique de dépression :**

Nous avons choisi d'utiliser cette échelle qui a été conçue par : T-L.Brink, JA.Yesavage, O.Lum, P-H.Heersema, M.Adey, et T-L.Rose en 1982, parce qu'elle est spécialement établie pour mesurer la dépression chez les personnes âgées et parce qu'elle est perçue comme étant efficace par plusieurs chercheurs. Nous devons aussi prendre en compte la spécificité psychologique de la catégorie d'âge étudiée à savoir la vieillesse.

L'échelle de dépression gériatrique (GériatriqueDépressionScale) est un questionnaire qui se rapporte à la symptomatologie dépressive chez les personnes âgées. (Guelfi, 1996, pp433-438).

**La consigne :** « Choisissez, s'il vous plait, la meilleure réponse pour décrire comment vous vous sentiez au cours de la dernière semaine » (S.Moulias, O.Guérin&V.Peigne, 2008, p.137).

Pour ce qui est de la passation le questionnaire de 30 items doit être rempli par le sujet lui-même. Éventuellement, les questions peuvent être lues. Il faut environ 5 à 10 minutes pour répondre aux 30 questions qui concernent ce qu'éprouve la personne au moment où elle est interrogée ou au cours de la semaine écoulée. Si l'on veut procéder à plusieurs évaluations successives, il faut les espacer d'une semaine. (Moulias.Guérin&Peigne, 2008, p137).

À chaque question, le sujet répond « oui » ou « non » en fonction de l'état dans lequel il s'est senti pendant la semaine précédente (HAS, 2014, p12). Lorsque la réponse est en faveur de l'existence d'une dépression, l'item est coté 1. Pour 20 questions, la réponse « oui » indique

une possible dépression, alors que dans les 10 autres (n° 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29, 30), c'est la réponse « non » qui l'indique (J-D. Guelfi, 1996, pp.433-438). Un score de 0 à 10 signifie l'absence de dépression, de 11 à 20 une dépression légère et de 21 à 30 une dépression modérée ou grave. (HAS, 2014, p12).

#### **. L'échelle de la solitude de Jong-Gierveld :**

Dans l'élaboration de cette échelle, la solitude a été considérée comme une perception subjective n'étant pas directement liée à des facteurs causaux. La solitude comprend la perception d'un manque tant quantitatif que qualitatif dans le domaine des relations sociales.

A l'origine, cette échelle comprenait 34 items. Etant donné que cette échelle était surtout axée sur la détection des personnes étant très seules, elle a été adaptée et le résultat final est une échelle de 11 items reflétant les différents niveaux de solitude.

A cette échelle le répondant peut réaliser un score de 0 à 11. Plus score est proche de 11, plus la personne se sent seule. Cette échelle se compose de 11 items dont 6 sont formulés manière négative et 5 de manière positive.

Cette échelle satisfait aux exigences théoriques strictes en matière de mesure. La commission de test de Pays-Bas (COTAN) et le « Nederlands Instituut van Psychologen » ont évalué cette échelle de solitude le 18 Avril 2000 en commentant comme suit :

-Point de départ d'élaboration de test : bon.

-A. Qualité du matériel de test : satisfaisante.

B. Qualité du mode d'emploi : satisfaisante.

- Normes : satisfaisante.

- Fiabilité : bonne.

Après que le répondant ait rempli le questionnaire, on peut donc déterminer son score de solitude. Cette évaluation se fait en additionnant les réponses positives, neutres et les négatives. (Diricx, 2005, PP37-38).

#### **4 –Attitude du chercheur en psychologie :**

La posture du chercheur est caractérisée principalement par la réflexivité sur sa propre attitude, sur celle de son ou ses interlocuteurs, sur la théorie, la prise en compte des effets suscités par les instruments utilisés sur les données recueillies et sur les personnes qui les produisent. Elle consiste aussi dans la prise en compte de la situation et de la signification des protocoles et des dispositifs de recherche dans la culture dans laquelle se situent les pratiques de recherche. (Gianni, 2009, p33).

L'attitude principale du chercheur est bien l'objectivité, la neutralité et l'écoute, le chercheur ne doit pas intervenir sauf s'il y a un blocage ou/ et une inhibition du patient. Le chercheur doit respecter les avis des patients, si ces derniers n'arrivent pas à continuer, ils sont envahis par des émotions (pleurs, chagrin...) le chercheur doit s'arrêter et décider à la fin et décider s'il continue ou pas.

## **5- La méthode suivie dans la présentation et l'analyse des cas :**

### **5-1-Le déroulement de la pratique :**

Grace à la pré-enquête qu'on a effectuée dans le foyer pour personnes âgées de Bejaia, la psychologue de foyer nous a orientés principalement vers les personnes qui présentaient une symptomatologie dépressive.

Notre recherche s'est effectuée sur quatre (04) sujets, trois (03) hommes et une (01) femme. Après avoir sélectionné notre groupe de recherche, nous nous sommes présenté comme étant étudiante en master 2 psychologie, en précisant que nous sommes en train de réaliser une recherche dans le cadre de notre mémoire de fin d'étude.

Après l'obtention de leur consentement, nous avons commencé à entretenir avec eux en utilisant notre guide d'entretien semi-directif.

L'entrevue s'est déroulé dans la chambre des résidents, avec leur langue maternelle, nous avons poursuivi avec la passation de l'échelle de dépression gériatrique (GDS) qui contient 30 items, et l'échelle de la solitude de Jong-Gierveld qui contient 11 items.

### **5-2 -La présentation de données récoltées :**

Nous avons commencé par la présentation des cas, leurs âges, leurs professions leurs situation social, après nous avons procédé à la présentation des données récolées à l'entretien clinique semi- directif et les échelles qui composants de données quantitatives. L'entretien s'est déroulé dans un climat favorable.

### **5-3-L'analyse et le traitement des données :**

Après avoir présenté les données de notre groupe de recherche, nous les avons analysés à partir de notre cadre théorique, à travers une analyse qualitative des données de l'entretien. Pour les échelles, nous avons déterminé les scores obtenus pour chacun de nos sujets.

## **Synthèse**

Ce chapitre méthodologique, nous a permis d'organisation notre travail de manière adéquate, et d'expliquer le déroulement de notre recherche, la méthode qu'on a utilisée, ainsi que la présentation de notre groupe et lieu de recherche, et les différents outilles, dont

l'entretien clinique semi-directif et les échelles (échelle gériatrique de dépression et l'échelle de la solitude de Jong-Gierveld).



## **Partie pratique**

## **Chapitre IV :**

**Présentation, analyse et discussion des hypothèses**

## **Présentation des cas**

Nous présenterons ci-dessous, l'analyse des entretiens de recherche ainsi que les résultats des scores à l'échelle gériatrique de dépression, ainsi qu'à l'échelle de solitude de Jong-Gierveld pour nos quatre participants.

Nous tenons à préciser que nous avons gardé uniquement les initiales des prénoms afin de préserver l'anonymat.

### **Présentation de cas N°1 de « A »**

Mr « A », est âgé de 71ans, célibataire, de corpulence moyenne, aux yeux bleus. Il a un niveau d'instruction de fin d'étude à l'époque postcoloniale, il a travaillé comme photographe et il est sans retraite. Mr « A », est issu d'une fratrie deux (2) sœurs et deux (2) frères

Mr « A », était tout le temps souriant et coopératif, il parle et comprend bien la langue française. Il a répondu facilement à nos questions, comme il nous a facilité l'entretien.

### **AX 1 : le Placement en institution**

Mr « A » a passé sa jeunesse en Libye, il y a vécu 18 ans, il était sans emplois stable, il est retourné en Algérie pendant la guerre en Libye. il dit « 3ache akith thamziynou en Libye, asmi ithakar la guerre en libey oughalaghad en Algérie », « j'ai vécu toute ma jeunesse en Libye, je suis retourné en Algérie pendant la guerre de Libye ».

Après son retour en Algérie Mr « A », n'a trouvé aucun aide que ce soit du côté familial ou social. Il nous dit « ouyifigh had ayi3iwan, wighad chitoh yatherimen dépanigh s yasan après je suis tombé malade, ouzmirghara athadough, rouhagh a l'hôpital, et puis dina khamagh f le foyer ayi », « je n'ai reçu aucun aide, j'avais un peu d'argent avec quoi je me débrouillé, après je suis tombé malade je ne pouvais plus marcher, je suis allé à l'hôpital puis j'ai pensé au foyer pour personne âgées ».

Mr « A », a été hébergé à sidi moussa (Alger) pour une durée d'un an, puis il a été transféré à Bejaia il y a 7 ans.

On lui demandant de nous raconter, il nous a avoué : « sagmi idafghagh g l'hopitale ulach anda atherouhagh os3ighara akham, ous3ighara idriman, ni carte chiffa ni rien », « après ma sortie de l'hôpital, je n'ai pas d'bri, je n'ai pas de maison, ni d'argent, nid'assurance, rien,

Puis j'ai été orienté à sidi moussa par l'assistante sociale, avant de finir ici, ça fait déjà 8 ans ».

On comprend ici, que la raison de son placement selon crone (2010), est une entrée raisonnable, une décision prise par l'entourage social parce que le sujet n'a pas de famille qui souhaite le prendre en charge, et il ne peut pas vivre seul vu sa perte d'autonomie.

## **AX 2 : La vie dans le centre**

Lorsqu'on lui demande nous parler de son placement et comment il le vit il nous dit « malgré lwakth i3adan, goumagh athekavlagh l hala gachou iligh », « malgré tout ce temps, je ne peux pas accepter la situation dans laquelle je suis ». On comprend que Rabah n'arrive pas à s'adapter au milieu institutionnel ».

Mr « A », nous dit aussi « naki ounoumghara tham3iche ayi, aklin wahdi kan g la chambre », « je ne suis pas habitué à cette vie, je suis toujours seul dans ma chambre ».

Il nous a parlé de ses relations avec les autres résidents, il dit « je ne parle avec personne, machi dal3ivath d wachou atehatherat, rohan akith zaysante », « je ne parle avec personne, ce ne sont pas les gens à qui on peut parler, ils sont fous ».

Concernant le personnel « ha ougathalay zaynagh, koul yiwan ilatha d yimanis, loukan athamthagh dayi yiwan ouditawi salkhavriw ». « Personne ne s'occupe de nous, chacun s'occupe de lui-même, si je ne meurs personne ne le saura ».

## **AX 3 : La santé du sujet**

### **Santé physique**

Mr « A », est diabétique depuis 8 ans, d'après lui c'est pendant la guerre de Libye, qu'il a développé l'hypertension et le diabète .Il prend des médicaments psychiatriques.

Concernant son état physique, il nous dit « toujours fachelagh 3ayough pour rien », « je me sens tout le temps fatigué sans raison ».

Mr « A », s'inquiète pour son état de santé, il dit, « ikalki lahlakiw, ougathagh athizith falilhal amak aytharou », « cette maladie m'inquiète, j'ai peur que mon état s'aggrave, comment je vais m'en sortir ».

**Santé mentale**

Mr « A », nous dit « je suis tout le temps au lit, paresseux, je ne sors pas de ma chambre, je pense toujours à ma vie comment je vivais avant de venir ici ». Il nous dit aussi « haznagh falhalaynou », « je suis triste pour ma situation ».

Mr « A », a un discours imprégné de tristesse qui est un signe de dépression chez la personne âgée.

On a constaté à travers son discours, de la solitude et de l'isolement « je ne sors pas de ma chambre, je ne parle à personne ». Mr « A », s'isole, il est tous le temps seul dans sa chambre.

Lorsqu'il parle de son passé, il s'exprime avec une grande tristesse et colère.

Concernant les regrets, Mr « A » nous dit « mara adamkthith mon passé tandamayagh f lahwayaje ouhntakhinghara, tura ifouthiyi lhal » par exemple « ou3ilghara akham, ouzwidjehara lukan thura udusighara ar dayi », « quand je pense au passé, je regrette les choses que je n'ai pas faites, et que j'ai ratées maintenant », par exemple « je n'ai pas construit de foyer, et je n'ai pas formé une famille, si je l'avais fait je ne serais pas là maintenant ».

Pour le sommeil il dit « basif iydites noudam, dakwalayaghd plusieurs fois », « je dors difficilement et je me réveille plusieurs fois la nuit ».

Concernant l'appétit il dit « je mange un peu juste pour prendre mes médicaments je n'ai pas d'appétit ».

Lorsqu'on a demandé s'il recevait des visites il nous a répondu « personne ne me rend visite ».

**1-La présentation des résultats de l'échelle de GDS de cas N° 1**

1. En somme, êtes-vous satisfait(e) de votre vie ?	Oui	<b>Non (1)</b>
2. Avez-vous abandonné de nombreuses activités ou de nombreux intérêts ?	<b>Oui (1)</b>	Non
3. Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ?	<b>Oui (1)</b>	Non
4. Vous ennuyez-vous souvent ?	<b>Oui (1)</b>	Non
5. Avez-vous espoir en l'avenir ?	Oui	<b>Non (1)</b>

6. Êtes-vous dérangé(e) par des pensées que vous ne pouvez pas sortir de votre tête ?	<b>Oui (1)</b>	Non
7. Êtes-vous de bonne humeur la plupart du temps ?	Oui	<b>Non (1)</b>
8. Avez-vous peur qu'un malheur vous arrive ?	<b>Oui (1)</b>	Non
9. Vous sentez-vous heureux la plupart du temps ?	Oui	<b>Non (1)</b>
10. Vous sentez-vous souvent impuissant(e) ?	<b>Oui (1)</b>	Non
11. Vous sentez-vous souvent nerveux(se) et agité(e) ?	<b>Oui (1)</b>	Non
12. Préférez-vous rester à la maison plutôt que sortir et faire quelque chose ?	<b>Oui</b>	Non (1)
13. Vous faites-vous souvent du souci pour l'avenir ?	<b>Oui (1)</b>	Non
14. Avez-vous le sentiment d'avoir davantage de problème de mémoire que la plupart des gens ?	<b>Oui (1)</b>	Non
15. Pensez-vous qu'il est merveilleux de vivre maintenant ?	<b>Oui</b>	Non (1)
16. Vous sentez-vous découragé(e) et triste ?	<b>Oui (1)</b>	Non
17. Avez-vous le sentiment que vous ne valez pas grand-chose en ce moment ?	<b>Oui (1)</b>	Non
18. Vous faites-vous beaucoup de souci à propos du passé ?	<b>Oui (1)</b>	Non
19. Trouvez-vous la vie excitante ?	Oui	<b>Non (1)</b>
20. Vous est-il difficile de vous lancer dans de nouveaux projets ?	<b>Oui (1)</b>	Non
21. Vous sentez-vous plein(e) d'énergie ?	Oui	<b>Non (1)</b>
22. Pensez-vous que votre situation est sans espoir ?	<b>Oui (1)</b>	Non
23. Pensez-vous que la plupart des gens sont meilleurs que vous ?	<b>Oui (1)</b>	Non
24. Êtes-vous facilement bouleversé(e) par les moindres choses ?	<b>Oui (1)</b>	Non
25. Avez-vous souvent envie de pleurer ?	<b>Oui (1)</b>	Non
26. Avez-vous du mal à vous concentrer ?	<b>Oui (1)</b>	Non

27. Êtes-vous heureux (se) de vous lever le matin ?	Oui	<b>Non (1)</b>
28. Préférez-vous éviter les rencontres sociales ?	<b>Oui (1)</b>	Non
29. Vous est-il facile de prendre des décisions ?	Oui	<b>Non (1)</b>
30. Avez-vous l'esprit aussi clair qu'avant ?	Oui	<b>Non (1)</b>

**Score : 25/30**

**Résultat : dépression sévère**

**La Présentation des résultats de l'échelle GDS du cas N°1**

La passation de l'échelle gériatrique de dépression s'est déroulée en langue française.

L'analyse des résultats montre que, Mr « A », a eu un score de 25 points sur 30

Pour les items : (1, 5, 7, 9, 19, 21, 27, 29, 30) Mr « A », a répondu par « Non ».

Pour les items : (2, 3, 4, 6, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 20, 22, 23, 24, 25, 26) Mr « A », a répondu « Oui ».

D'après ces réponses, On remarque que la présence d'une dépression.

Les 25 points qui ont eu, para port a les réponses de Mr « A », sur les items suivants qui indiquent la présence d'une dépression : 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 27,29, 30.

**Synthèse**

D'après les résultats que nous avons obtenus dans l'échelle gériatrique de dépression qu'on a effectuée à Mr « A », on a déduit qu'il souffre d'une dépression sévère.

**2-Présentation de l'échelle de solitude de Jong-Gierveld**

Items	Oui	Plus Oû Moins	Non
1. j'ai toujours quelqu'un à qui je peux parler de mes problèmes au quotidien.			X
2. Un ami proche me manque terriblement			

	X		
3. Je ressens en général un vide intérieur	X		
4. j'ai plusieurs personnes sur qui compter si j'ai des problèmes			X
5. la compagnie des autres me manque	X		
6. mon cercle d'amis et de connaissances est trop restreint	X		
7. il Ya plusieurs personnes en qui je peux faire pleinement Confiance.			X
8. je me sens proche de suffisamment de gens			X
9. je m'ennuie de ne pas avoir de gens autour de moi	X		
10. Je me sens toujours rejeté.	X		
11. je peux compter sur mes amis quand j'ai un besoin d'eux			X

Solitude émotive : 6/6

Solitude sociale : 5/5

Solitude totale : 11/11

D'après les réponses aux items (2, 3, 5, 6, 9, 10), avec un score 6/6, de notre sujet Mr « A », ressent un grand manque dans ses relations, un vide intérieur, il souffre d'un degré très élevé de solitude émotionnelle mais aussi d'une solitude sociale intense par un évitement des contacts, cette solitude marque un score de 5/5 d'après les réponses aux items (1, 4, 7, 8, 11).

### **Synthèse générale du cas N ° 1**

D'après les résultats obtenus de l'entretien et de l'échelle (GDS), ainsi que l'échelle de la solitude de Jong-Gierveld, que nous avons effectué :

Comptent un score de 25 points sur 30, on déduit qu'il est souvent triste, désespéré, troubles de sommeil, ...ce qui signifie qu'il a un niveau de dépression sévère.

On a constaté d'après l'échelle de solitude de Jong-Gierveld, que « A », souffre d'un sentiment de solitude très élevé qui atteint un score de 11/11, un degré très élevé de solitude émotionnelle et sociale avec des scores de 6/6 pour la solitude émotionnelle et 5/5 pour la solitude sociale.

### **Présentation de cas N° 2 : Mme « B »**

Madame « B », est âgée de 74 ans, divorcée, elle a eu une seule fille qui est décédée 3 ans après sa naissance, et un garçon qui est décédé à l'âge de 49 ans. Mme « B », a été la fille unique de ses parents, c'est la fille d'un ancien combattant de la guerre de libération algérienne, elle a un certificat d'étude, quand elle était plus jeune elle a travaillé comme couturier au CFPA, avec retraite.

Dès que nous nous sommes présentée à elle nous dit « mzaya thusitad vghigh amadhatheragh », « c'est une chance que tu sois venu, je veux parler ». Ce qui signifie que Mme « B », se sent seule et ressent le besoin de s'exprimer.

### **AX 1 : Placement en institution**

Après le décès de son fils, Mme « B », vivait seule, avant c'était son fils qui prenait soin d'elle. La santé physique et mentale de Mme « B » ont décliné après cet événement, et elle s'est retrouvée seule, elle dit : « gmi igamouth Ami a3ziz naki tamoutint tawahdanith, ulach

menhou ayihadran », « après la mort de mon cher fils, je suis devenu malade et seule, il n'y a personne pour prendre soin de moi ».

On a constaté que Mme « B » est venue seule dans le centre, elle est hébergée depuis un mois maintenant, car son état de santé ne lui permet pas de vivre seule, et il n'y a personne pour s'occuper d'elle. Elle nous dit : « uzmirghara athe3ichagh wahdi, khamamagh mlih usighad ar dayi », « je ne peux pas vivre seule, venir ici était ma seule solution ».

### **AX 2 : La vie dans le centre**

On lui a demandé de nous parler de son placement et de ce qui a changé dans ces habitudes, elle nous dit en ayant les larmes aux yeux « ligh tzouroughad ami gat jabante, gmi idousigh ghardayi outhidzourghara, khakagh felas », « avant je rendais toujours visite à mon fils au cimetière, depuis que je suis venu ici je ne peux plus y aller, il me manque tellement ».

Dans une autre phrase, « noumagh zaragh alkachis, ganagh anda igala yagan », « j'avais l'habitude de voir ses vêtements et de dormir dans son lit quand il me manquait ».

On a constaté chez Mme « B », une rupture de la vie sociale et avec ses habitudes ce qui affecte négativement sa qualité de vie.

Mme « B », nous a parlé de ses relations avec les autres résidents elle nous dit : « thibighthan akithe, thibiniyi ouzmirghara ahanfar9agh », « je les aime et ils m'aiment aussi, je ne peux pas les quitter ».

Donc on constate que Mme « B », s'attache rapidement, elle a pu s'intégrer avec les autres résidents.

Concernant ses relations avec le personnel « t9atharniyi naki daghan t9atharaghthan, i3adjviyi lhal dayi », « ils me respectent et je les respecte, j'aime bien ce centre ».

Mme « B », ne reçoit aucune visite de la part de sa famille elle nous dit : « ous3igh had aydizour », « je n'ai personne pour me rendre visite ».

### **AX 3 : L'état de santé de sujet**

#### **-La santé physique :**

Par rapport à sa santé de Mme « B » souffre de problèmes d'estomac, de colopathie et de cholestérol. Elle prend aussi des médicaments psychiatriques.

Concernant son état physique, Mme « B », nous dit, « toujours fechelagh bla saba », « je me sens toujours fatiguée sans raison ».

Mme « B » suit un régime alimentaire à cause de sa maladie gastro-intestinale.

**-La santé mentale :**

Depuis le début de l’entretien Mm « B » manifeste une tristesse elle dit « ous3ighara zhar », « je n’ai pas de chance ».

Mme « B » s’exprime avec une tristesse qui est un signe de dépression chez la personne âgée.

Elle nous dit :« haznagh mlih, ttatrawagh kan », « je suis toujours triste, et je ne fais que pleurer ».

Par rapport à son sommeil elle nous dit : « ouganhara akith la3cha, tkhamimagh kan, tmakthayaghad ayan is3adagh galmahna gal hayati, tkhamimagh kan fami, yarna ghas mayala ynagh chitoh kan atargough kan », « je ne dors pas, je pense toujours au passé et à ce que j’ai vécu, je pense à mon fils, même si je dors un peu, je fais des cauchemars ».

Pour les rêves de Mme « B » nous dit : « avghigh ates3ough chitoh nasaha adatzourough ami atmanigh daghan athamthegh tazadyante », « je veux être en bonne santé pour pouvoir rendre visite à mon fils, et j’espère aussi mourir en bonne santé ».

**Synthèse**

D’après les données qu’on a recueillies dans l’entretien clinique, Mme « B » présente un réel mal être, une certaine souffrance psychologique avec une symptomatologie dépressive.

**3- La présentation des résultats de l’échelle de GDS de cas N°2**

1. En somme, êtes-vous satisfait(e) de votre vie ?	Oui	<b>Non (1)</b>
2. Avez-vous abandonné de nombreuses activités ou de nombreux intérêts ?	<b>Oui (1)</b>	Non
3. Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ?	<b>Oui (1)</b>	Non
4. Vous ennuyez-vous souvent ?	Oui (1)	Non
5. Avez-vous espoir en l’avenir ?	Oui	<b>Non (1)</b>
6. Êtes-vous dérangé(e) par des pensées que vous ne pouvez pas	<b>Oui (1)</b>	Non

sortir de votre tête ?		
7. Êtes-vous de bonne humeur la plupart du temps ?	Oui	<b>Non (1)</b>
8. Avez-vous peur qu'un malheur vous arrive ?	<b>Oui (1)</b>	Non
9. Vous sentez-vous heureux la plupart du temps ?	Oui	<b>Non (1)</b>
10. Vous sentez-vous souvent impuissant(e) ?	<b>Oui (1)</b>	Non
11. Vous sentez-vous souvent nerveux(se) et agité(e) ?	Oui (1)	<b>Non</b>
12. Préférez-vous rester à la maison plutôt que sortir et faire quelque chose ?	<b>Oui (1)</b>	Non
13. Vous faites-vous souvent du souci pour l'avenir ?	<b>Oui (1)</b>	Non
14. Avez-vous le sentiment d'avoir davantage de problème de mémoire que la plupart des gens ?	Oui (1)	<b>Non</b>
15. Pensez-vous qu'il est merveilleux de vivre maintenant ?	Oui	<b>Non (1)</b>
16. Vous sentez-vous découragé(e) et triste ?	<b>Oui (1)</b>	Non
17. Avez-vous le sentiment que vous ne valez pas grand-chose en ce moment ?	<b>Oui (1)</b>	Non
18. Vous faites-vous beaucoup de souci à propos du passé ?	<b>Oui (1)</b>	Non
19. Trouvez-vous la vie excitante ?	Oui	<b>Non (1)</b>
20. Vous est-il difficile de vous lancer dans de nouveaux projets ?	<b>Oui (1)</b>	Non
21. Vous sentez-vous plein(e) d'énergie ?	Oui	<b>Non (1)</b>
22. Pensez-vous que votre situation est sans espoir ?	<b>Oui (1)</b>	Non
23. Pensez-vous que la plupart des gens sont meilleurs que vous ?	<b>Oui (1)</b>	Non
24. Êtes-vous facilement bouleversé(e) par les moindres choses ?	<b>Oui (1)</b>	Non
25. Avez-vous souvent envie de pleurer ?	Oui (1)	<b>Non</b>
26. Avez-vous du mal à vous concentrer ?	Oui (1)	<b>Non</b>

27. Êtes-vous heureux (se) de vous lever le matin ?	<b>Oui</b>	Non (1)
28. Préférez-vous éviter les rencontres sociales ?	<b>Oui (1)</b>	Non
29. Vous est-il facile de prendre des décisions ?	<b>Oui</b>	Non (1)
30. Avez-vous l'esprit aussi clair qu'avant ?	<b>Oui</b>	Non (1)

Scores : 23/30

**résultats : dépression sévère**

Dans les items, 1, 7, 8, 9, 11, 14, 15, 19, 21, 25, 26, 39. Mme « B » a répondu par « Non ».

Pour les items, 2, 3, 4, 6, 8, 10, 12, 13, 16, 17, 18, 20, 22, 23, 24, 27, 30. Mme « B » a répondu par « Oui ».

Les 23 points qui ont eu, para port a les réponses de Mme « B », sur les items suivants qui indiquent la présence d'une dépression : 1, 2, 3, 4, 6, 5, 6, 7, 9, 10, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 29.

Mme « B », a eu un score de 23 points, elle a le sentiment que sa vie est vide, elle est souvent préoccupée par des pensées qui reviennent sans cesse, elle a le sentiment d'être inutile, On constate donc, plusieurs signes de dépression chez Mme « B », comme les sentiments et les émotions négatives, des images et des pensées négatives du passé qui lui reviennent.

**Synthèse**

D'après les résultats de notre patiente sur l'entretien clinique ainsi que sur le GDS nous remarquons qu'elle souffre d'une dépression sévère.

**4-Présentation des résultats de l'échelle de solitude de Jong-Gierveld du N°2**

Items	ui	Plus où Moins	Non
1. j'ai toujours quelqu'un à qui je peux parler de mes problèmes Au quotidien.	X		
2. Un ami proche me manque terriblement			

		X	
3. Je ressens en général un vide intérieur	X		
4. j'ai plusieurs personnes sur qui compter si j'ai des problèmes			X
5. la compagnie des autres me manque		X	
6. mon cercle d'amis et de connaissances est trop restreint	X		
7. il Ya plusieurs personnes en qui je peux faire pleinement Confiance.			X
8. je me sens proche de suffisamment de gens		X	
9. je m'ennuie de ne pas avoir de gens autour de moi			X
10. Je me sens toujours rejeté.			

			X
11. je peux compter sur mes amis quand j'ai un besoin d'eux			X

-La solitude émotive : 4/6.

-La solitude sociale : 5/5

-Le degré total de la solitude : 9/11

A partir des résultats obtenus, on a pu constater que Mme « B », souffre d'un sentiment de solitude élevé, notre sujet obtenu un score 9/11.

A partir le score obtenu dans les réponses aux items (1, 2, 7, 8, 11). Dont elle atteint un degré de 5/5. Mme « B », montre une solitude sociale avec un degré très élevé.

Alors que la solitude émotionnelle est relative avec un score de 4 /6.

### Synthèse générale du cas N° 02

En fin, on peut conclure en faisant référence aux réponses de notre sujet à l'entretien, que Mm « B », souffre d'une dépression sévère qui se manifeste par une tristesse profonde

D'après les résultats que Mme « B », a obtenus dans l'EGD, on constate qu'elle est submergée par des émotions et des pensées négatives, elle est désespérée et pessimiste. Elle a obtenu un score de 23 points, on déduit alors, qu'elle a un niveau de dépression sévère.

Mm « B », souffre d'un sentiment de solitude annoncé, avec un score de 10/11, une solitude sociale très élevé, ce type de solitude atteint un score de 5/5, selon les résultats obtenus à l'échelle de la solitude de Jong-Gierveld la solitude émotiionnelle est relative avec un score de 4/6.

### Présentation de cas N° 03 : « C »

Après nous être présenté à Mr « C », et avoir eu son consentement, on a pu commencer notre entretien semi-directif.

Mr « C », est âgé de 68 ans, il est issu d'une autre ville que Bejaïa, il est grand de taille et de corpulence maigre, plain de rides, il est chauve, il a perdu toutes ces dents, il ne s'est

jamais marié, il a un niveau d'instruction secondaire. Il a un seul frère et une sœur qui habitent en France, il a travaillé comme maçon, mais ne bénéficie pas de retraite.

Mr « C » s'est montré calme et coopérant pendant l'entretien, il s'exprime très bien en français, donc on n'a pas eu recours à la traduction du guide d'entretien avec lui.

### **AX1 : Le placement en institution**

Avant son placement Mr « C », vivait à Bejaia depuis 27ans, locataire, il est venu à Bejaia pour passer un peu de temps après avoir eu un désaccord avec son frère jusqu'à ce qu'il se retrouve stable, il nous dit : « au début ousighad athas3adigh kra ousan aprèskimagh dayi »

Mr « C » ne nous a pas révélé le motif du désaccord avec son frère il nous dit : « khali l bir baghtah », « laissez le puits couvert ».

Mr « C » travaillait comme maçon avant son placement, même lorsque son état de santé ne lui permettait pas « je travaillais malgré mon état de santé détérioré », il nous informe qu'il souffre de beaucoup de maladie, la méningite, l'arthrose, il a déjà souffert de paralysie, et a subi une chirurgie dentaire.

Il nous dit : « j'ai ma sœur en France, elle a beaucoup d'argent, mais elle ne veut pas m'aider, thatu akith lkhiriw, lukan s3igh idrimen udatasghara ardayi, os3ighara swachou akhalsagh lakra », « j'ai ma sœur en France, elle a beaucoup d'argent mais elle ne veut pas m'aider, elle a oublié tout le bien que je lui ai fait, si j'avais l'argent, je ne viendrais pas ici, je n'ai pas l'argent pour louer ».

Cela fait deux mois que Mr « C », est placé dans l'institution, Il nous a dit que c'est son ami qu'il l'a emmené dans le centre, la raison de son placement est bien sur parce qu'il n'avait pas de maison ou vivre. On a compris qu'il ne vivait pas bien son placement, à travers ses mots : « karghase achou iydiwin ghardayi, tayi machi tam3iche », « Je me dis, qu'est-ce que je fais là, celle-ci n'est pas une vie ». On voit là que Mr « C » a du mal à s'adapter à son nouvel environnement. Il est affecté par son présent milieu, qui lui apparaît comme insatisfaisant et il le perçoit de manière négative.

### **AXE 2 : La vie dans le centre**

Lorsqu'on lui a demandé quelles étaient ses nouvelles habitudes de vie depuis son entrée dans le centre, Mr « C » nous répond par : « ligh tefaghegh khadmagh sport aywa9 ulach

khadma,thura khaté », « Avant je sortais, je faisais du sports quand je ne travaille pas, mais plus maintenant ».

On constate d'après le discours de Mr « C », qu'il n'a plus de gout à la vie et que sa vie d'avant lui manquait, ce qui a un effet négatif sur sa qualité de vie personnelle.

Notre sujet aime la lecture, il nous dit : « je ne fais rien de mes journées, je passe la plus part du temps dans ma chambre, à lire des bouquins, j'aime bien ça.

Concernant ses relation avec les autres résidents et le personnel, il nous dit : « le personnel est très gentil et respectueux, mais les pensionnaires sont très difficiles, d'ailleurs je ne parle avec personne », « thadaragh imaniw mlh ». « Je prend bien soin de moi ».

Notre patient perd tout intérêt il dit « je ne m'intéresse presque plus aux gens ni aux choses » il dit aussi « je préfère être seul ».

Mr « C » nous confie également qu'il ne reçoit aucune visite de la part de sa famille, d'ailleurs personne ne sait où il est, il ne nous dit « personne ne sais où je me trouve ».

### **AX 3 : Etat de santé du sujet**

#### **-Santé physique**

Concernant son état physique il nous a informés qu'il était un peu fatigué, qu'il avait de l'hypertension, anémie, arthrose. « lhayatiw akith naki d lahlak, Akliyi sous traitement », « j'ai toujours été malade, je suis sous traitement ». Le sujet nous révèle également qu'il prend des médicaments pour dormir. Il est sous traitement psychiatrique.

On constate donc que l'état de santé psychologique et physique de Mr « C », est altéré.

#### **-Santé mentale**

On a remarqué chez Mr « C », une profonde tristesse il dit « nebeki, nekhamem bezef 3la Eli fate », « je pleure, je pense beaucoup au passé ». Pour le côté relationnel, nous avons remarqué chez lui une envie de s'isoler, on a l'impression qu'il ne s'entend avec personne, il reste toujours seul il dit « je ne fréquente personne, j'aime bien être solo ».

« J'aime rester seule je ne fréquente personne, je n'ai rien à leur dire, je me retrouve uniquement en étant seul ».

Mr « C », a subi un grand nombre d'échec avec sa famille qu'il a tendance à s'isoler et développer une solitude émotionnelle.

On remarque un isolement de la part de notre cas. Envers tous les résidents et l'isolement est un signe de dépression. A propos de son passé, Mr « C », n'a jamais gouter au bonheur, il est anxieux depuis son entrer au foyer, nous remarquons chez lui, perte d'énergie, il dort beaucoup pendant la journée, il est dégoûté de sa vie, pleur tout le temps.

Pour ce qui concerne son sommeil il dit « je ne dors pas bien, ça m'arrive de me réveiller en sursaut, des fois je ne fais même pas deux heures de sommeil, tout ça à cause de mon état de santé mentale et physique »

Concernant l'appétit de Mr « C », il nous informe que ça n'a pas changé « mon appétit n'as pas changé »

Par rapport à ses regrets, il nous a confié ceci : « je n'ai jamais fait du mal à quelqu'un, mais j'étais loin d'obéir à dieu ». Mr C ne se sent pas alaise dans le foyer, il veut retrouver son indépendance.

**5- La présentation des résultats de l'échelle de GDS de cas N° 03**

1. En somme, êtes-vous satisfait(e) de votre vie ?	Oui	<b>Non (1)</b>
2. Avez-vous abandonné de nombreuses activités ou de nombreux intérêts ?	<b>Oui (1)</b>	Non
3. Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ?	<b>Oui (1)</b>	Non
4. Vous ennuyez-vous souvent ?	<b>Oui (1)</b>	Non
5. Avez-vous espoir en l'avenir ?	<b>Oui</b>	Non (1)
6. Êtes-vous dérangé(e) par des pensées que vous ne pouvez pas sortir de votre tête ?	<b>Oui (1)</b>	Non
7. Êtes-vous de bonne humeur la plupart du temps ?	Oui	<b>Non (1)</b>
8. Avez-vous peur qu'un malheur vous arrive ?	Oui (1)	<b>Non</b>
9. Vous sentez-vous heureux la plupart du temps ?	Oui	<b>Non (1)</b>
10. Vous sentez-vous souvent impuissant(e) ?	Oui (1)	<b>Non</b>

11. Vous sentez-vous souvent nerveux (se) et agité(e) ?	<b>Oui (1)</b>	Non
12. Préférez-vous rester à la maison plutôt que sortir et faire quelque chose ?	<b>Oui (1)</b>	Non
13. Vous faites-vous souvent du souci pour l'avenir ?	Oui (1)	<b>Non</b>
14. Avez-vous le sentiment d'avoir davantage de problème de mémoire que la plupart des gens ?	<b>Oui (1)</b>	Non
15. Pensez-vous qu'il est merveilleux de vivre maintenant ?	Oui	<b>Non (1)</b>
16. Vous sentez-vous découragé(e) et triste ?	<b>Oui (1)</b>	Non
17. Avez-vous le sentiment que vous ne valez pas grand-chose en ce moment ?	<b>Oui (1)</b>	Non
18. Vous faites-vous beaucoup de souci à propos du passé ?	<b>Oui (1)</b>	Non
19. Trouvez-vous la vie excitante ?	Oui	<b>Non (1)</b>
20. Vous est-il difficile de vous lancer dans de nouveaux projets ?	<b>Oui (1)</b>	Non
21. Vous sentez-vous plein(e) d'énergie ?	<b>Oui</b>	Non (1)
22. Pensez-vous que votre situation est sans espoir ?	Oui (1)	<b>Non</b>
23. Pensez-vous que la plupart des gens sont meilleurs que vous ?	Oui (1)	<b>Non</b>
24. Êtes-vous facilement bouleversé(e) par les moindres choses ?	<b>Oui (1)</b>	Non
25. Avez-vous souvent envie de pleurer ?	Oui (1)	<b>Non</b>
26. Avez-vous du mal à vous concentrer ?	<b>Oui (1)</b>	Non
27. Êtes-vous heureux (se) de vous lever le matin ?	Oui	<b>Non (1)</b>
28. Préférez-vous éviter les rencontres sociales ?	<b>Oui (1)</b>	Non
29. Vous est-il facile de prendre des décisions ?	Oui	<b>Non (1)</b>
30. Avez-vous l'esprit aussi clair qu'avant ?	Oui	<b>Non (1)</b>

**Scores : 22/30**

**résultats : dépression sévère**

Mr « C », comprend très bien la langue française, alors nous n'avons pas été dans l'obligation d'expliquer les items de l'échelle.

Dans les items, 1, 7, 8, 9, 13, 15, 19, 23, 25, 27, 29, 30. Mr « C », a répondu par « Non ».

Pour les items, 2, 3, 4, 5, 6, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20, 21, 24, 26, 28. Mr « C », a répondu par « Oui ».

Les 22 points qui ont eu, para port a les réponses de Mr « C »,sur les items suivants qui indiquent la présence d'une dépression : 1, 2, 3, 4, 6, 7, 9, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 24, 26, 27, 28, 29, 30.

**Synthèse**

D'après les résultats de notre sujet sur l'entretien clinique ainsi que sur le GDS nous constatons que Mr « C », présente des indicateurs significatifs d'une dépression en se basant sur la présence d'une symptomatologie, et d'après le score obtenu à l'échelle GDS, la dépression est de type sévère.

**6-Présentation des résultats de l'échelle de la solitude de Jong-Gierveld**

Items	Oui	Plus où Moins	Non
1. j'ai toujours quelqu'un à qui je peux parler de mes problèmes  Au quotidien.		X	
2. Un ami proche me manque terriblement	X		
3. Je ressens en général un vide intérieur			

		X	
4. j'ai plusieurs personnes sur qui compter si j'ai des problèmes		X	
5. la compagnie des autres me manque	X		
6. mon cercle d'amis et de connaissances est trop restreint	X		
7. il Ya plusieurs personnes en qui je peux faire pleinement Confiance.			X
8. je me sens proche de suffisamment de gens			X
9. je m'ennuie de ne pas avoir de gens autour de moi	X		
10. Je me sens toujours rejeté.		X	
11. je peux compter sur mes amis quand j'ai un besoin d'eux			

	X		
--	---	--	--

La solitude sociale : 4/5

La solitude émotive : 6/6

Le degré total de la solitude 10/11

A partir le score obtenu dans les réponses aux items (2, 3,5, 6, 9, 10). Dont elle atteint un degré de 6/6. Mr « C », montre une solitude émotionnelle avec un degré très élevé.

Alors que la solitude sociale est relative chez Mr « C », d’après ses réponses avec un score de 4 /6.

Nous avons constaté d’après les réponses obtenues à l’échelle de la solitude, que notre sujet « C », présente un sentiment élevé de solitude, avec un score 10/11.

**Synthèse générale de cas N °3**

En se référant aux résultats obtenus dans l’entretien clinique, Mr « C », présente une inadaptation à son environnement, une tristesse, une symptomatologie dépressive et une mauvaise santé physique et psychologique. Dans l’EGD il a obtenu un score de 22 points, qui signifie une dépression sévère.

A partir des résultats obtenus dans l’échelle de la solitude de Jong-Gierveld, on a pu constater que Mr « C », souffre d’un sentiment de solitude élevé notre sujet a obtenu un score 10/11. On a pu démontrer le degré très élevé de solitude émotionnelle, qui atteint un score de 6/6 et qui peut être remarquée par son sentiment de vide intérieur et son isolement.

**Présentation de cas N°04 Mr « D »**

Il s’agit de Mr « D », 72 ans, divorcé sans enfants, il avait trois sœurs et deux frères, il a fait 2 ans à l’école de coran, il sait lire que la langue arabe, il a travaillé dans différentes fonctions, il est retraité.

Lors de l’entretien Mr « D », a été très à l’aise, il a répondu facilement à nos questions, il nous semblait très pensif, triste, il avait le visage fermé. On voyait par ses expressions de son visage un réel mal être.

**AX 1 : Placement en institution**

Avant son placement dans le centre, Mr « D », vivait seul dans sa maison à la campagne. Ça fait quatre mois qu'il est hébergé dans le centre, il a été amené par son neveu, avec son consentement, d'après son discours « naatavagh, wahdi kan ouzmirghara, nighas i mis waltma awiyi ghokham yamgharan », « j'étais fatigué étant seul, je ne pouvais pas m'occuper de moi-même, alors j'ai demandé à mon neveu de m'amener dans une institution pour personnes âgées ».

Donc selon crone(2010), on comprend que l'entrée de Mr « D », est une entrée volontaire, les raisons invoquées sont la sécurité et les besoins de contacte ont poussé Mr « D », à prendre la décision de rentrer en institution.

En lui demandant ce qu'il pensait de son placement et de comment il le vivait, il nous répond : « ndamagh idyousan ounwichara aka », « je regrette d'être venu ». Il ajoute qu'il voudrait sortir du centre et vivre comme tout le monde. On constate qu'il vit mal son placement, il présente une certaine inadaptation à son lieu de vie.

**AX 2 : La vie dans le centre**

Lorsqu'on a lui demandé quelles étaient les habitudes qui avaient changées depuis son entrée dans le foyer Mr « D » nous a répondu « ligh trouhayagh a Imalkiw, tavghagh zaragh lahvaviw, ligh farhagh ghas akan dawahdani », « j'allais dans ma ferme, je sortais voir mes amis, malgré ma solitude ».

Lorsque on a lui posé des questions sur son placement sa réponse était « ouyi3jivara alhal dayi amkaniw machi dayi », « je n'aime pas cette situation, ma place n'est pas ici ».

Là on voit que Mr « D » a des difficultés à s'intégrer à son nouvel environnement dans le foyer, il est affecté par son présent milieu, qui lui apparaît comme insatisfaisant et il le perçoit de manière négative.

Quand on lui a demandé ce qu'il faisait pendant la journée, Mr « D », nous a répondu « ulache dachou akhamagh tghamayagh kan g takhamtiw, tzalagh, gharagh kour9an », « il n'y a rien à faire, je reste tout le temps dans ma chambre je fais mes prières et je lis le Coran », on constate, que Mr « D », est pratiquant.

Pour le côté relationnel, nous avons remarqué que Mr « D », a une envie de s'isoler, il ne s'entête avec personne et reste toujours seul il dit « j'aime être seul ».

Il nous a parlé de ces relations avec les autres il nous a dit, « tkadaraghthan, ouhadragh d had hacha sbah lkhir, ulach dachou ahdragh yidsan », « je les respecte, je ne parle à personne sauf bonjour, il n'y a rien à dire avec eux ».

Alors que quand on a lui demandé s'il recevait des visites de la part de sa famille, il nous a répondu « oditas had ghouri hacha mis waltma kn iditaskan lahvaviw ou3limnara anda ligh », « personne ne me rend visite sauf mon neveu, mes amis ne savent pas où je suis ».

## **AX 2 : la santé de sujet**

### **-Santé physique**

Mr « D », nous informe qu'il souffre de diabète de type I, qu'il prend des médicaments et il est sous régime alimentaire, il souffre également d'arthrose.

### **-Santé mentale**

Lorsqu'on a posé à Mr « D » la question sur ce qu'il ressentait depuis son placement, il dit « goumagh athewalfagh akhamayi, zgigh haznagh tiswian tatrouyagh tisa3thin, khakagh fakhamiw, dayi ulach imenhou athahkough », « je n'arrive pas à m'habituer à ce foyer, je suis tout le temps triste, parfois je pleure, ma maison me manque ici je n'ai personne à qui parler ».

On a observé des signes de tristesse dans ses yeux, une tristesse et une solitude à causer par la perte des liens avec son environnement. On constate à travers son discours qu'il se sent seul et qu'il s'isole. « D », manifeste une tristesse profonde qu'il exprimé, il a dit « aklin haznagh », « je suis triste ».

En l'interrogeant sur ses émotions et ses humeurs, il répond : « gmi idousigh tkalikagh », « depuis mon placement dans ce foyer, je suis anxieux ». Donc, Mr « D », il vit mal son placement dans le foyer et que son changement de lieu de vie ne lui a pas été bénéfique.

En lui demandant comment il se sentait maintenant, il nous répond qu'il se sent bien lorsqu'il prie, et qu'il lit le coran et qu'il a foi en dieu. On remarque que ses pratiques religieuses l'aide à surmonter ses peines, elles ont un effet positif dans sa vie et lui procure un sentiment de sécurité et de bien-être, ce que les autres personnes ne lui donnent pas. (*Grand dictionnaire de la psychologie, 2011, P264*). le un recours à la religion est une forme de stratégie de coping, lui permettant de faire face à la situation pénible. Selon Lazarus et Folkman (1984), le coping est actuellement défini comme : « l'ensemble des efforts cognitifs

et comportementaux destinés à maîtriser, réduire ou tolérer les exigences internes ou externes qui menacent ou dépassent les ressources d'un individu » (cité dans Paulhan, 1992, p545).

Pour ce qui est de sa qualité de sommeil et de son alimentation, Mr « D », nous dit, « ouganhara tkhamimagh kan dachou ayisufghan sayi, mayala dal makla akan iligh kan ikimagh », « je ne dors pas, je pense à une manière pour sortir d'ici ».

Ses attentes de l'avenir sont résumées en ces termes : « t'menigh adhefghagh deg sayi ». (Je souhaite sortir d'ici).

D'après, les données qu'on a recueillies à travers l'entretien avec Mr « D », ce dernier présente des symptômes de dépression à cause de son isolement et solitude, et du milieu dans lequel il vit.

**7- La présentation des résultats de l'échelle de GDS de cas N° 04**

1. En somme, êtes-vous satisfait(e) de votre vie ?	Oui	<b>Non (1)</b>
2. Avez-vous abandonné de nombreuses activités ou de nombreux intérêts ?	<b>Oui (1)</b>	Non
3. Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ?	<b>Oui (1)</b>	Non
4. Vous ennuyez-vous souvent ?	<b>Oui (1)</b>	Non
5. Avez-vous espoir en l'avenir ?	<b>Oui</b>	Non (1)
6. Êtes-vous dérangé(e) par des pensées que vous ne pouvez pas sortir de votre tête ?	<b>Oui (1)</b>	Non
7. Êtes-vous de bonne humeur la plupart du temps ?	Oui	<b>Non (1)</b>
8. Avez-vous peur qu'un malheur vous arrive ?	Oui (1)	<b>Non</b>
9. Vous sentez-vous heureux la plupart du temps ?	Oui	<b>Non (1)</b>
10. Vous sentez-vous souvent impuissant(e) ?	Oui (1)	<b>Non</b>
11. Vous sentez-vous souvent nerveux (se) et agité(e) ?	Oui (1)	<b>Non</b>
12. Préférez-vous rester à la maison plutôt que sortir et faire quelque chose ?	<b>Oui (1)</b>	<b>Non</b>

13. Vous faites-vous souvent du souci pour l'avenir ?	Oui (1)	<b>Non</b>
14. Avez-vous le sentiment d'avoir davantage de problème de mémoire que la plupart des gens ?	Oui (1)	<b>Non</b>
15. Pensez-vous qu'il est merveilleux de vivre maintenant ?	Oui	<b>Non (1)</b>
16. Vous sentez-vous découragé(e) et triste ?	<b>Oui (1)</b>	Non
17. Avez-vous le sentiment que vous ne valez pas grand-chose en ce moment ?	<b>Oui (1)</b>	Non
18. Vous faites-vous beaucoup de souci à propos du passé ?	<b>Oui (1)</b>	Non
19. Trouvez-vous la vie excitante ?	<b>Oui</b>	Non (1)
20. Vous est-il difficile de vous lancer dans de nouveaux projets ?	<b>Oui (1)</b>	Non
21. Vous sentez-vous plein(e) d'énergie ?	<b>Oui</b>	Non (1)
22. Pensez-vous que votre situation est sans espoir ?	<b>Oui (1)</b>	Non
23. Pensez-vous que la plupart des gens sont meilleurs que vous ?	<b>Oui (1)</b>	Non
24. Êtes-vous facilement bouleversé(e) par les moindres choses ?	Oui (1)	<b>Non</b>
25. Avez-vous souvent envie de pleurer ?	<b>Oui (1)</b>	Non
26. Avez-vous du mal à vous concentrer ?	Oui (1)	<b>Non</b>
27. Êtes-vous heureux(se) de vous lever le matin ?	<b>Oui</b>	Non (1)
28. Préférez-vous éviter les rencontres sociales ?	<b>Oui(1)</b>	Non
29. Vous est-il facile de prendre des décisions ?	<b>Oui</b>	Non (1)
30. Avez-vous l'esprit aussi clair qu'avant ?	<b>Oui</b>	Non (1)

Score : 17/30

**résultats : dépression modérée**

Mr « D » a eu un score de 17 points.

Pour les items : 2, 3, 4, 5, 6, 12, 16, 17, 18, 19, 20, 22, 23, 25, 27, 28, 29, 30. Mr « D », a répondu par « OUI »

Pour les items : 1, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 24, 26. Mr « D », a répondu par « NON »

On ce qui concerne les 17 points qu'il a obtenue c'est les réponses pour les items suivants : 1, 2, 3, 4, 6, 7, 9, 12, 15, 16, 17, 18, 20, 22, 23, 25, 28.

**Synthèse**

D'après les résultats de l'entretien clinique ainsi que sur le GDS, nous remarquons que Mr « D » souffre d'une dépression modérée.

**8- Présentation des résultats de l'échelle de la solitude de Jong-Gierveld**

Items	Oui	Plus où Moins	Non
1. j'ai toujours quelqu'un à qui je peux parler de mes problèmes  Au quotidien.			X
2. Un ami proche me manque terriblement	X		
3. Je ressens en général un vide intérieur	X		
4. j'ai plusieurs personnes sur qui compter si j'ai des problèmes			X
5. la compagnie des autres me manque	X		

6. mon cercle d'amis et de connaissances est trop restreint	X		
7. il Ya plusieurs personnes en qui je peux faire pleinement Confiance.			X
8. je me sens proche de suffisamment de gens			X
9. je m'ennuie de ne pas avoir de gens autour de moi	X		
10. Je me sens toujours rejeté.	X		
11. je peux compter sur mes amis quand j'ai un besoin d'eux			X

La solitude sociale : 5/5

La solitude émotive : 6/6

Le degré total de la solitude 11/11

D'après ses réponses aux items : 1, 4, 7, 8, 11. Mr « D », présente souffre d'une solitude de type émotionnel d'un degré très élevé, avec un score de 6/6 Mr « D », il ressent un manque dans ses relations et un vide intérieur.

Mais aussi d'une solitude sociale avec un degré intense, cette solitude marque en score de 5/5 d'après les réponses de Mr « D », aux items suivants : 2, 3, 5, 6, 9, 10. Cette solitude caractérisée par un manque de confiance aux autres et évitement des contacts.

Les réponses de Mr « D » à l'échelle de Jong-Gierveld, confirment qu'il souffre d'un sentiment de solitude très élevé avec un score de 11/11.

### **Synthèse générale de cas N °4**

D'après les résultats de notre sujet sur le GDS nous remarquons Mr « D », présente des indicateurs significatifs d'une dépression en se basant sur la présence d'une symptomatologie dépressive, il souffre d'une dépression modérée.

On est également arrivé à déduire à partir de notre entretien et d'après les réponses de l'échelle de la solitude de Jong-Gierveld, que Mr « D », montre un sentiment de solitude très élevé, marqué d'une incapacité d'établir des liens avec les autres.

## **II. Discussion des hypothèses**

Dans cette partie de notre quatrième chapitre, nous allons discuter notre hypothèse et répondre à notre question de recherche.

Notre objectif, étant de déterminer le lien entre la solitude et la dépression chez les personnes âgées placées en institution, en décrivant et évaluant le niveau de dépression et le degré de solitude chez les sujets participants à notre étude, tout en déterminant l'impact qu'a eu leur placement sur leur vécu.

Pour répondre à notre question de recherche et vérifier notre hypothèse, nous avons utilisé, un entretien clinique de recherche, l'échelle gériatrique de dépression et l'échelle de la solitude de Jong-Gierveld. Notre hypothèse stipule qu'il existe une corrélation positive entre le degré de solitude émotionnelle et le niveau de dépression chez les personnes âgées placées en institution participant à notre étude.

Pour vérifier cette hypothèse, nous nous sommes étayées sur les résultats de l'entretien semi-directif de recherche et de l'échelle gériatrique de dépression, ainsi que l'échelle de la

solitude de Jong-Gierveld pour évaluer la dépression et la solitude chez les personnes âgées en institution, dans le but d'infirmier ou de confirmer cette hypothèse.

**Cas 1) : Mr « A »**

D'après les informations que nous avons rassemblées dans l'entretien semi-directif de recherche, notre sujet présente des symptômes de dépression. Il présente des pensées, des émotions et une affectivité négative caractérisée par un sentiment de mal être, de tristesse, de culpabilité et d'inutilité. L'affectivité négative est définie comme des expériences fréquentes et intenses de niveaux élevés d'une large gamme d'émotions négatives et de leurs manifestations comportementales et interpersonnelles. (DSM-5 2015, PP961-962). Chose que nous avons observée à travers son discours : « haznagh falhalaynou », « je suis triste pour ma situation ». Il vit une inadaptation à son milieu de vie qu'il perçoit de manière négative, selon ses dires, malgré *lwakth i3adan, gougagh athekavlagh l halaynougachou iligh* », « malgré tout ce temps, je ne peux pas accepter la situation dans laquelle je suis ». Mr « A », présente une symptomatologie d'allure dépressive. Dans l'EGD, Mr « A », a obtenu un score total de 25 points qui représente une dépression sévère. Concernant la solitude Mr « A », Dans l'échelle de solitude de Jong-Gierveld on a constaté la présence de la solitude émotionnelle avec un degré très élevé et un degré intense de la solitude social.

D'après l'analyse des données obtenues dans l'entretien clinique et dans l'EGD et l'échelle de Jong-Gierveld, on affirme notre hypothèse pour ce premier cas, à savoir que le degré de solitude émotionnelle élevé est corrélé à un niveau de dépression sévère.

**Cas 2) : Mme « B »**

En nous référant aux résultats de l'entretien clinique, Mme « B », présente plein d'émotions négatives, Elle a un sentiment d'inquiétude, de tristesse, elle vit un chagrin suite à la mort de son fils qui s'est manifesté par un réel mal être associé à un sentiment de solitude, et par l'absence des relations proximités, avec un sentiment subjectif d'être seul qu'on perçoit à travers son discours : « *ligh tzouroughad ami gat jabante, gmi idousigh ghardayi outhidzourghara, khakagh felas* », « avant je rendais toujours visite à mon fils au cimetière, depuis que je vis ici je ne parviens plus à le faire, il me manque ».

Dans l'EGD, Mme « B », présente une douleur morale. La douleur morale, d'ennui, de dégoût, de désespoir et de regrets. Elle a eu un score relativement élevé en solitude

émotionnelle (4/6) et un score total de 23 points qui indique une dépression sévère, ce qui confirme notre hypothèse pour ce cas.

**Cas 3) Mr « C ».**

En nous référant à l'entretien clinique, Mr « C », présente des symptômes de dépression, il a perdu le goût à la vie, suite aux circonstances de la vie de vagabond qu'il n'a pas pu supporter, qui se manifeste par le sentiment de perte d'intérêt et d'isolement.

Mr « C », présente une symptomatologie dépressive, concernant l'échelle de la solitude on a pu constater la présence de la solitude émotionnelle avec un degré très élevé (6/6) qui se manifeste par un sentiment de vide relationnel ce qui la fait prolongée dans une dépression sévère.

Dans l'EGD, il a obtenu un score de 22 points qui désigne une dépression sévère. On confirme donc notre hypothèse pour ce cas.

**Cas 4) : Mr « D »**

A la suite des données récoltées dans l'entretien clinique, on conclut que Mr « D », a plein d'émotions négatives, de tristesse et de regret, il a une perception négative de sa vie, « ndamagh idyousan ounwighara aka », « je regrette d'être venu ». « Ouyi3jivara alhal dayi amkaniw machi dayi », « je n'aime pas cette situation, ma place n'est pas ici ». On a déduit qu'il présente des symptômes de dépression, qui s'exprime par le sentiment d'être seul l'absence de ses amis et de l'environnement auquel il était habitué.

Mr « D », il souffre d'une dépression modérée qui se manifeste par la perturbation du sommeil et le sentiment d'être seul.

Selon l'échelle de Jong-Gierveld, le sentiment de solitude se manifeste chez Mr « D », par le sentiment de vide relationnel, de manque et de l'échec dans le foyer des relations.

À l'EGD, il a eu un score total de 17 points qui signifie une dépression modérée, bien qu'il ait eu un score de 6/6 dans la solitude émotionnelle. Nous pouvons expliquer ça par son recours à la religion, qui selon lui apaise sa souffrance quotidienne.

D'après les résultats de nos sujets à l'échelle de la solitude de Jong-Gierveld et à l'échelle gériatrique de dépression, nous pouvons conclure que notre hypothèse qui stipule qu'il existe une corrélation positive entre le degré de solitude émotionnelle et le niveau de

dépression chez les personnes âgées placées en institution participant à notre étude a été confirmée pour tous nos participants.

Selon Hazif - Thomas (2014), le sentiment de solitude chez la personne âgée augmenterait le risque de souffrir d'un état dépressif et aurait même un lien avec le risque suicidaire.

De même, Vandenbroucke et al. (2013), pendant l'analyse des résultats, sont arrivés à la conclusion que les sentiments dépressifs sont présents chez 54 % des personnes âgées de plus de 65 ans qui souffrent de solitude.

De plus, Iden, Ruths&Hjørleifsson (2015) ont décrit, après une collecte de données via des entretiens, que les personnes qui vivent en maison de repos et partagent leur chambre avec des personnes atteintes de démence souffrent aussi de solitude suite au contact limité avec leur voisin de chambre, leurs amis, et même à cause d'un manque de visite de leur famille. (Kapa et Costa, 2018, PP16-17).

## **Conclusion générale**

## **COCLUSION**

Dans la population globale, le nombre des personnes âgées et très âgées, augmente de façon continue. De ce fait, ce qui peut inquiéter, ce n'est pas de vivre vieux, mais de vivre vieux et dépendant. La perte d'autonomie l'apparition de certaines maladies physiques et psychologiques suit ces personnes avec l'avancement de l'âge. Les personnes âgées constituent, une tranche d'âge importante dans la société. Mais, le plus important c'est la manière dont la société traite ces personnes.

Dans notre société algérienne, la majorité des personnes âgées continuent leur vie le plus ordinairement possible avec leurs enfants. Cependant, d'autres n'ont pas la possibilité de vieillir auprès de leur famille, parfois à cause de leurs pathologies, de leur perte d'autonomie, ou tout simplement parce qu'ils n'ont pas de famille qui peuvent les accueillir et les prendre en charge. Dans ces cas, ces personnes sont accueillies dans une institution pour personnes âgées, où ils reçoivent une prise en charge complète.

Être entouré, avoir des amis, avoir quelqu'un avec qui partager ses préoccupations, toute cela ajoute un bien psychologique surtout avec une personne âgée.

La dépression compte parmi les expériences humaines les plus difficiles et les plus douloureuses, c'est une entité pathologique est la vieillesse un terrain particulier sur lequel elle peut survenir.

La dépression du sujet âgé est sous diagnostiquée et insuffisamment traitée. Quel que soit la nature de la dépression, l'influence et l'impact des facteurs biologiques, situationnels, sociaux et psychologiques seraient plus importants dans la survenue du trouble chez les sujets âgés ainsi l'institution constitue aussi un autre facteur favorisant l'apparition d'une dépression

Notre objectif était d'examiner s'il y a un lien entre la solitude émotionnelle et la dépression chez les personnes âgées placées en institution ou non.

Nous nous rendons compte que nos hypothèses sont confirmées en effet, la totalité de nos participants on eut un degré de solitude émotionnelle élevé qui s'est accompagné d'un niveau de dépression sévère ou modérée.

Le sujet des personnes âgées placées en institutions en Algérie, est un sujet qui mérite d'être étudié et d'être mis en avant, nous avons pensés à quelques questions de perspectives qui peuvent être recherchées dans des études ultérieures par nos camarades étudiants qui sont comme suit :

-Quels sont les problèmes psychologiques vécus par les personnes âgées placées en institution ?

- Quelle est l'importance de garder les liens familiaux même dans des situations de placement ? Nécessité ou obligation ?

En fin, il reste à dire que la personne âgée surtout celle placée dans un foyer d'accueil nécessite d'être étudiée dans des dimensions diverses que se soit médical, psychologique ou social, afin de diminuer la souffrance d'une catégorie de personne en situation de fragilité.



## **Références bibliographique**

## **Références bibliographiques**

- 1-Association Américaine de psychiatrie DSM-IV-TR. 2003 « Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux ». Paris. 4<sup>ème</sup> ED, Masson.
- 2-Archer, E. (2001). Psychologie et traitement actuels des auteurs d'agression sexuelle. Paris, John LibbeyEurotext.
- 3-Badey-Rodriguez, C. (2010). Les personnes âgées en institution : vie ou survie (6). Paris, SeliArslan.
- 4-Belmin, J. (2009). Gériatrie. France, 3<sup>-ème</sup> édition.
- 5-Bénony, H. &Chahraoui, Kh. (1999). L'entretien clinique. Paris, Dunod.
- 6-Blackburn, I-M. & Cottraux, J. (2001). Psychothérapie cognitive de la dépression. Paris, Masson.
- 7-Brami, G. (1997). La qualité de vie dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées. Paris, Berger-Levrault.
- 8-Caradec, V. (2010). Sociologie de la vieillesse et du vieillissement (2). Paris, Armand Colin.
- 9-Chahraoui, Kh. &Bénony, H. (2003). Méthodes, évaluation et recherche en psychologie clinique. Paris, Dunod.
- 10-Chiland, C. (1983). L'entretien clinique. Paris, PUF.
- 11-Diricx, B. (2005). La solitude chez les personnes âgées. Bruxelles, Kluwer.
- 12-Claes, M. (2005). L'univers social des adolescents. Québec, les presses de l'université de Montréal.
- 13-Cortinovis, M. (2010). La dépression en médecine traditionnelle chinoise. Paris, Ecole Imhotep.
- 14-Cottraux, J. (2001). Les thérapies comportementales et cognitives ». Paris, Masson.
- 15-Cottraux, J. (2001). Psychothérapie cognitive de la dépression. Paris, Masson
- 16Cradec, V. (2008). Sociologie de vieillesse et du vieillissement. Armand colin,

- 17-Crone, Ph. (2010). L'animation des personnes âgées en institution : Aides-soignants et animateurs. Paris, Masson.
- 18-Fandacci, C. (2009). Les dépressions. Paris, France.
- 19-Fantini-Hauwel, C. Gély-Nargeot, M-C. & Raffard, S. (2014). Psychologie et psychopathologie de la personne âgée vieillissante. Paris, Dunod.
- 20-Giami, A. (2009). La posture clinique dans la recherche en psychologie et en science humaine, in Lonescu, S & Blanchet, A, Méthodologie de la recherche en psychologie clinique, Paris, PUF.
- 21-Hazif-Thomas, C. et Thomas, Ph. (2008). Les nouvelles approches de la dépression de la personne âgée. Fondation notionnelle de gérontologie.
- 22-Henriette, B. & al. (1999). Grand dictionnaire de psychologie. Paris, Larousse bordas.
- 23-Karsegard, A. Nogueiro Fernandes, J-D. (2019). Le sentiment de solitude perçu par la personne âgée vivait à domicile : mieux le comprendre pour mieux le prendre en soin. Mémoire de master en soins infirmiers, Haute école de santé Genève.
- 24-Kajuka, D. (2017). Les bienfaits de la socialisation aux programmes de jours du centre de service Guigue (CSG) sur la santé des personnes âgées francophones ayant vécu l'isolement ou la solitude dans la région d'Ottawa. Mémoire de maîtrise. Université laurentienne.
- 25-Lévy, M. (1998). Les maladies de l'humeur : dépressions et manies », paris, Estem
- 26-Macaluso, G. (2008). Le stress chez la personne âgée. Paris, Harmattan.
- 27-Macqueron, G. (2009). Psychologie de la solitude. Odile jacob.
- 28-Marcelli, D. (2015). Psychopathologie générale des âgés de la vie. Paris, Masson.
- 29-Margalit, M. (2010). Lonely children and adolescents : Self-perceptions, social exclusion, and hope. Tel Aviv, springer.
- 30-Margarida, A. Marques, L. et Costa, D. (2018). Solitude des personnes âgées. Mémoire de master en science de la santé publique. Université catholique de Louvain.
- 31-Melly, V. eT Schwab, M. (2017). Les interventions infirmières permettant de diminuer la solitude et l'isolement sociale chez la personne âgée dépendante vivait seul à domicile. Mémoire de master en soins infirmiers. Haute école de santé Vaud.

- 32-Meyer, M, (juillet 2009), « La zoothérapie au service de la personne âgée : quand la zoothérapie intervient pour soulager le sentiment de solitude des âgées institutionnalisées », Ecole de la santé Fribourg.
- 33-Moutassem-Mimouni, B. (2013). Les personnes âgées en Algérie et au Maghreb : enjeux de leur prise en charge. In *Insaniyat*, 59, 11-32.
- 34-Monfort, J-c. (2015). *Vieillir, risques et chances : petit traité psycho-gérontologie*. Paris.
- 35-Palazzolo, J. (2007). *Dépression et anxiété : Mieux les comprendre pour mieux les prendre en charge*. Paris, Masson.
- 36-Pedinielli, B. (2005). *Les états dépressifs*. Paris, Armand colin.
- 37-Pedinielli, J. L. (1994-1996). *Introduction à la psychologie clinique*. Paris
- 38-Pédinielli, J-L. & Bernoussi, A. (2005). *Les états dépressifs*. Paris, Armand Colin.
- 39-Pewzner, E. (2000). *Introduction à la psychopathologie de l'adulte*. Paris, Armand colin.
- 40-Saint-Laurent, L. (1998). *L'expérience de la solitude*. Canada, les presse de l'université Laval.
- 41-Sillamy, N. (1999). *Dictionnaire de la psychologie*. Paris, Larousse.
- 42-Sillamy, N. (1967). *Dictionnaire de psychologie*. Paris, Larousse.
- 43-Trivalle, C. (2009). *Gérontologie préventive : éléments de prévention du vieillissement pathologique*. Masson.
- 44-Tumurbaatar, J. et Machado, T-F. (2016). *La souffrance émotionnelle e la personne âgée en établissement médico-social. Mémoire de master en soins infirmiers*. Haute école de la santé la source.

## **Les Annexes**

## **Annexe 1 : Guide d'entretien**

### **La présentation des axes du guide d'entretien :**

Les informations générales de sujet

- 1- quel âge avez-vous ?
- 2- quelle est votre situation matrimoniale ?
- 3- avez-vous des enfants ? si oui, combien ? ou vivent-ils ?
- 4- avez-vous des frères, et sœurs si oui, combien ?
- 5- Quel est votre niveau d'instruction ?
- 6- avez-vous déjà exercé un travail ? si oui, lequel ?

AXE 1 : le placement en institution

- 7 -parlez-nous de votre vie avant le placement.
- 8- depuis combien de temps êtes-vous placé dans ce centre ?
- 9- qui est-ce qui s'occupait de vous ?
- 10- qui est-ce vous a emmené dans ce centre ? Étiez-vous consentant ?
- 11- quelles étaient les raisons de votre placement dans ce centre ?
- 12- que pensez-vous de votre placement ?
- 13- comment vivez-vous votre placement ?

AX 2 : La vie dans le centre

- 14- qu'est-ce qu'a changé dans vos habitudes de vie depuis votre entrée dans ce centre ?
- 15- que faites-vous durant la journée ?
- 16- Avez-vous besoin d'une tierce personne ?
- 17- comment est-ce que vous occupez votre temps ?
- 18- qu'est-ce que vous aimez ?
- 19- comment trouvez-vous la qualité de votre prise en charge ?

20-quel genre de rapport entretenez-vous avec le personnel du centre ?

21- les autres résidents du centre ?

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

AX 3 : la santé du sujet

-santé physique

23-pouvez-vous nous parlez de votre état de santé physique actuelle ? Suivez-vous des traitements ? Si oui, lequel ?

24-suivez- vous un régime alimentaire ?

-santé mentale

25-avez-vous perdu des êtres chers ?

26-quel est votre ressenti depuis votre placement ?

27- parlez-nous de vos émotions et de vos humeurs

28- avez-vous des regrets concernant votre vie antérieure ? Si oui, les quels ?

29-qu'est ce qui a changé en vous depuis votre placement ?

30-parlez-nous de vos inquiétudes et de vos soucis

31-comment vous sentez vous maintenant ?

32-avez-vous de troubles de sommeil ? Rêvez- vous souvent ? Si oui, dites-nous du quel genre de rêves faites-vous ?

33-avez-vous des troubles d'appétit ?

34-qu'attendez-vous de l'avenir ?

35-avez-vous quelque chose à rajouter ?

## ANNEXE 2 : Echelle gériatrique de dépression (GDS)

1. En somme, êtes-vous satisfait(e) de votre vie ?	Oui	Non (1)
2. Avez-vous abandonné de nombreuses activités ou de nombreux intérêts ?	Oui (1)	Non
3. Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ?	Oui (1)	Non
4. Vous ennuyez-vous souvent ?	Oui (1)	Non
5. Avez-vous espoir en l'avenir ?	Oui	Non (1)
6. Êtes-vous dérangé(e) par des pensées que vous ne pouvez pas sortir de votre tête ?	Oui (1)	Non
7. Êtes-vous de bonne humeur la plupart du temps ?	Oui	Non (1)
8. Avez-vous peur qu'un malheur vous arrive ?	Oui (1)	Non
9. Vous sentez-vous heureux la plupart du temps ?	Oui	Non (1)
10. Vous sentez-vous souvent impuissant(e) ?	Oui (1)	Non
11. Vous sentez-vous souvent nerveux (se) et agité(e) ?	Oui (1)	Non
12. Préférez-vous rester à la maison plutôt que sortir et faire quelque chose ?	Oui (1)	Non
13. Vous faites-vous souvent du souci pour l'avenir ?	Oui (1)	Non
14. Avez-vous le sentiment d'avoir davantage de problème de mémoire que la plupart des gens ?	Oui (1)	Non
15. Pensez-vous qu'il est merveilleux de vivre maintenant ?	Oui	Non (1)
16. Vous sentez-vous découragé(e) et triste ?	Oui (1)	Non
17. Avez-vous le sentiment que vous ne valez pas grand-chose en ce moment ?	Oui (1)	Non
18. Vous faites-vous beaucoup de souci à propos du passé ?	Oui (1)	Non
19. Trouvez-vous la vie excitante ?	Oui	Non (1)

<b>20. Vous est-il difficile de vous lancer dans de nouveaux projets ?</b>	<b>Oui (1)</b>	<b>Non</b>
<b>21. Vous sentez-vous plein(e) d'énergie ?</b>	<b>Oui</b>	<b>Non (1)</b>
<b>22. Pensez-vous que votre situation est sans espoir ?</b>	<b>Oui (1)</b>	<b>Non</b>
<b>23. Pensez-vous que la plupart des gens sont meilleurs que vous ?</b>	<b>Oui (1)</b>	<b>Non</b>
<b>24. Êtes-vous facilement bouleversé(e) par les moindres choses ?</b>	<b>Oui (1)</b>	<b>Non</b>
<b>25. Avez-vous souvent envie de pleurer ?</b>	<b>Oui (1)</b>	<b>Non</b>
<b>26. Avez-vous du mal à vous concentrer ?</b>	<b>Oui (1)</b>	<b>Non</b>
<b>27. Êtes-vous heureux (se) de vous lever le matin ?</b>	<b>Oui</b>	<b>Non (1)</b>
<b>28. Préférez-vous éviter les rencontres sociales ?</b>	<b>Oui (1)</b>	<b>Non</b>
<b>29. Vous est-il facile de prendre des décisions ?</b>	<b>Oui</b>	<b>Non (1)</b>
<b>30. Avez-vous l'esprit aussi clair qu'avant ?</b>	<b>Oui</b>	<b>Non (1)</b>

## ANNEXE 3 : L'échelle de solitude de Jong-Gierveld

<b>Items</b>	<b>Oui</b>	<b>Plus où Moins</b>	<b>Non</b>
<b>1. j'ai toujours quelqu'un à qui je peux parler de mes problèmes</b> <b>Au quotidien.</b>			
<b>2. Un ami proche me manque terriblement</b>			
<b>3. Je ressens en général un vide intérieur</b>			
<b>4. j'ai plusieurs personnes sur qui compter si j'ai des problème</b>			

---

---

<b>5. la compagnie des autres me manque</b>			
<b>6. mon cercle d'amis et de connaissances est trop restreint</b>			
<b>7. il Ya plusieurs personnes en qui je peux faire pleinement Confiance.</b>			
<b>8. je me sens proche de suffisamment de gens</b>			
<b>9. je m'ennuie de ne pas avoir de gens autour de moi</b>			
<b>10. Je me sens toujours rejeté.</b>			
<b>11. je peux compter sur mes amis quand j'ai un besoin d'eux</b>			

