



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 résilience chez les personnes âgées placées en institution

-Étude qualitative exploratoire de huit (8) cas réalisés au niveau du foyer pour personnes âgées et/ou
Handicapées (FPAH) de Sidi Ouali (Bejaia)-

Préparé par :

BENAHMED Rekia

MADI Sara

Encadré par :

Mme BENAMSSILI Lamia

Année universitaire : 2024-2025

Remerciements

Nous exprimons notre sincère gratitude à madame Benamsilí, Lamía notre encadrante, pour son encadrement éclairé pour sa direction experte, son soutien précieux, sa patience, ses conseils pertinents, sa présence, son encouragement sa disponibilité et son sérieux, on la remercie pour tout

Nous remercions pour les membres de jury, pour leur présence, pour votre attention, et votre engagement pour évaluer notre travail

Nous remercions également le personnel du foyer pour personnes âgées et handicapés de Sidi Ouali

Un grand merci pour les sujets de recherche, qui nous ont donné de leur temps, leur disponibilité et leur consentement pour la réalisation de ce travail

Enfin nous remercions tous ceux qui ont contribué de près de ou de loin à cette étude

Dédicaces

*De fond de mon cœur je dédie ce modeste travail à tous ceux qui
me sont chers:*

*À mes chers parents qui ont été toujours à mes cotés à tout
moments, je les remercie pour leur amour, leur conseils, leur
sacrifices, et leur soutien inconditionnel*

*À mon frère Lamine, mon complice, mon confident qui m'aide
et qui est toujours là pour moi*

*À mon mari Aïmed qui m'inspire et qui a toujours été source
de courage pour moi*

*À mes deux sœurs Nassima et Lamia qui m'ont toujours
soutenue et encouragé, ainsi qu'à leurs maris, à leur enfants
Meriem, Sid Ali, Younes, Sid Ahmed et Amina
qui apportent tant de bonheur dans ma vie*

*À mon binôme qui est également ma cousine Rekia, avec qui j'ai
partagé toutes les étapes et toutes les entraves pour réaliser ce
présent travail*

À toute ma famille

*À madame Benamsili Lamia qui a été le pilier de ce travail, je la
remercie pour sa patience et son sérieux*

Sara

Dédicaces

Je dédie ce modeste travail à :

*Mes chers parents, mon père et ma mère Je vous remercie pour
votre amour, vos sacrifices, je vous remercie pour le soutien et
l'encouragement durant ces années d'études*

*À mes deux frères, Lotfi et Fouad, pour leur présence et leur
encouragement*

*À ma chère sœur, Chaïma pour sa tendresse et son soutien
malgré son jeune âge*

*À ma grande mère, et mon grand-père que dieu les garde
pour nous*

À toute ma famille, Benahmed et Madi

*À mon binôme et ma cousine Sara, pour son travail acharné et
son esprit d'équipe*

À tous ceux qui sont chères à mon cœur

Rekia

Liste des tableaux

| N° du tableau | Titre | Page |
|----------------------|---|-------------|
| N°1 | Caractéristiques du groupe de recherche | 88 |
| N°2 | Caractéristiques générales du sujet de la pré enquête | 101 |
| N°3 | Tableau des résultats de l'échelle CD-RISC de Omar | 102 |
| N°4 | Tableau des résultats de l'échelle CD-RISC de Fatah | 111 |
| N°5 | Tableau des résultats de l'échelle CD-RISC de Salah | 115 |
| N°6 | Tableau des résultats de l'échelle CD-RISC de Farid | 119 |
| N°7 | Tableau des résultats de l'échelle CD-RISC de Rafik | 123 |
| N°8 | Tableau des résultats de l'échelle CD-RISC de Karim | 127 |
| N°9 | Tableau des résultats de l'échelle CD-RISC de Kamel | 131 |
| N°10 | Tableau des résultats de l'échelle CD-RISC de Hamid | 135 |
| N°11 | Tableau des résultats de l'échelle CD-RISC de Yamina | 139 |
| N°12 | Récapitulatif des résultats des cas à l'échelle CD-RISC | 142 |

Liste des annexes

| N° de l'annexe | Titre |
|-----------------------|--|
| N°1 | Guide d'entretien semi-directif |
| N°2 | Echelle de résilience Connor-Davidson Resilience Scale CD-RISC |
| N°3 | Résultats de CD-RISC de Fatah |
| N°4 | Résultats de CD-RISC de Salah |
| N°5 | Résultats de CD-RISC de Farid |
| N°6 | Résultats de CD-RISC de Rafik |
| N°7 | Résultats de CD-RISC de Karim |
| N°8 | Résultats de CD-RISC de Kamel |

| | |
|-------------|--------------------------------|
| N°9 | Résultats de CD-RISC de Hamid |
| N°10 | Résultats de CD-RISC de Yamina |

Liste des abréviations, sigles et acronymes :

APS : Algérie Presse Service

ARQ : Adolescent Résilience Questionnaire

BEP : Bien Être Psychologique

CNRS : Centre national de la recherche scientifique

CYRM: Child and Youth Resilience Measure

CNEG : Centre National d'Étude et de Gestion

CIM : Classification Internationale des Maladies

CNES : Centre National des Études Spatiales

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

DSM : Manuel Diagnostique et Statistiques des troubles Mentaux

DCL: Démence à Corps de Lewy

ER-89 : Ego Résilience 89 Scale

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

EMPA : Echelle de Motivation pour les Personnes Agées

EMMBEP : l'échelle de Mesure des Manifestations du Bien-être Psychologique

EHPA : Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées

FPAH : Foyer pour Personnes Âgées et Handicapées

IFR-40 : Inventaire des Facteurs de Résilience

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONS : Office National des Statistiques

RSCA : Resiliency Scales for Children & Adolescents

Q.I: Quotient Intellectuel

TDA: Théorie De l'Autodétermination

USA: The United States of America

Table des matières

Liste des tableaux

Liste des annexes

Liste des abréviations, sigles et acronymes

| | |
|--------------------|---|
| Introduction | 1 |
|--------------------|---|

Partie théorique

Chapitre I La personne âgée à l'épreuve du placement en institution

| | |
|---|----------|
| Préambule..... | 7 |
| Section 01 : Généralité sur la personne âgée | 7 |
| 1- Histoire de la vieillesse | 7 |
| 1-2- Les personnes âgées dans l'histoire de l'antiquité | 8 |
| 1-3- Le moyen âge et l'histoire de la vieillesse..... | 8 |
| 1-4- L'histoire de la vieillesse aux temps modernes | 8 |
| 1-5- Les personnes âgées dans l'époque actuelle : | 10 |
| 1-6- La personne âgée en Maghreb et en Algérie de nos jours à l'indépendance : | 10 |
| 2-Définitions des concepts clés : vieillesse, vieillissement et personnes âgées | 12 |
| 2-1- la vieillesse : | 12 |
| 2-1-1- Définition étymologique | 12 |
| 2-1-2- Définitions conceptuelles..... | 12 |
| 2-2- le vieillissement : | 13 |
| 2-3- La personne âgée..... | 13 |
| 3-Prévalence des personnes âgées..... | 14 |
| 3-1- Prévalence dans le monde : | 14 |
| 3-2- prévalence en Algérie : | 14 |
| 4-Les aspects biologique /physique de vieillissement | 15 |
| 4-1- La fragilité..... | 15 |
| 4-2- les déclin sensoriel et perceptif | 16 |

| | |
|--|----|
| 4-2-1- L'audition..... | 16 |
| 4-2-2-Oeil et vision | 16 |
| 4-2-3-Le goût et l'odorat..... | 16 |
| 4-3- le vieillissement cérébral..... | 17 |
| 4-4- L'équilibre de la marche | 17 |
| 5-Les aspects psychologiques de vieillissement | 18 |
| 5-1- Le concept de soi | 18 |
| 5-2- Image corporelle | 18 |
| 5-3- Estime de soi et identité personnelle..... | 19 |
| 6-Les théories de vieillissement | 19 |
| 6-1-1 La théorie de l'activité..... | 20 |
| 6-1-2 La théorie de désengagement | 20 |
| 6-2 La théorie biophysique et la théorie psychosociale | 21 |
| 6-2-1 la théorie biophysique | 21 |
| 6-2-2 La théorie psychosociale | 21 |
| 7- La psychopathologie chez les personnes âgées | 22 |
| 7-1- La dépression | 22 |
| 7-2- Les troubles anxieux | 22 |
| 7-3- Trouble du sommeil | 23 |
| 7-4- La démence | 23 |
| 7-4-1- la démence d'Alzheimer | 24 |
| 7-4-2- La démence vasculaire | 25 |
| 7-4-3-La démence à corps de Lewy (DCL) | 25 |
| 7-5-perde d'autonomie et dépendances | 25 |
| 8-La personne âgée en Algérie..... | 26 |
| 8-1- L'histoire : | 26 |
| 8-2- les chiffres : | 27 |

| | |
|---|----|
| 8-3- La législation : | 27 |
| 1-Historique de l'institution : | 28 |
| 1-1 Historique de mot institution : | 28 |
| 1-2- Historique de l'institution gériatrique : | 30 |
| 1-3- Historique de l'institution gériatrique au Royaume-Uni : | 30 |
| 1-4- Historique de l'institution gériatrique en France : | 31 |
| 1-5- Historique de l'institution gériatrique aux Etats-Unis : | 31 |
| 2-Définitions de l'institution, de l'institutionnalisation et du placement en institution : | 32 |
| 2-1- Définitions de l'institution..... | 32 |
| 2-2- Définitions de l'institutionnalisation | 32 |
| 2-3- Définitions du placement en institution | 32 |
| 3- Les types d'institutions pour les personnes âgées : | 33 |
| 3-3- Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) : | 33 |
| 3-4-Établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) : | 34 |
| 4- Les types d'institutions pour les personnes âgées en Algérie : | 34 |
| 4-1- Foyers pour personnes âgées et /ou handicapées gérés par le mouvement associatif : 34 | |
| 4-2- Foyers pour personnes âgées et/ ou handicapées gérés par les communes : | 34 |
| 4-3- Les établissements Diar-Rahma (Maisons de clémence) : | 34 |
| 5- L'entrée en institution : | 35 |
| 6- Les types d'entrée en institution : | 36 |
| 6-1- l'entrée volontaire | 36 |
| 6-2- l'entrée raisonnable | 37 |
| 6-3- l'entrée autoritaire | 37 |
| 6-4- l'entrée hospitalière..... | 37 |
| 7-L'institution gériatrique en Algérie | 38 |
| 7-1- l'histoire : | 38 |
| 7-2- Les chiffres : | 39 |

| | |
|---|----|
| 7-3- Le constat : | 39 |
| 7-4- La législation : | 39 |
| 8- Prise en charge des personnes âgées placées en institution | 40 |
| 8-1 La prise en charge médicale | 40 |
| 8-1-1- Le dossier-type | 40 |
| 8-1-2 Le suivi médical | 40 |
| 8-2 La prise en charge psychologique..... | 40 |
| Synthèse | 41 |

Chapitre II Résilience, vieillissement et vécu institutionnel

| | |
|---|-----------|
| Préambule : | 43 |
| Section I : La résilience..... | 43 |
| 1-Historique de la résilience : | 43 |
| 1-1 Historique générale de la résilience : | 43 |
| 1-2- Historique de la résilience dans la vieillesse : | 47 |
| 2-Définitions de la résilience : | 47 |
| 2-1-Definition étymologique : | 47 |
| 2-2- Définitions conceptuelles : | 47 |
| 2-3- La résilience chez le sujet âgé : | 48 |
| 3- Les concepts apparentés à la résilience : | 48 |
| 3-1- Pseudo-résilience : | 48 |
| 3-2- Empowerment : | 49 |
| 3-3- Le coping : | 49 |
| 3-4- L'invulnérabilité : | 49 |
| 4- Les facteurs de résilience : | 49 |
| 4-1- Les facteurs de protection : | 49 |
| 4-2- Les facteurs de résilience chez la personne âgée : | 50 |
| 5- Profil de l'individu résilient : | 51 |

| | |
|--|-----------|
| 6- Les critères du processus résilient : | 51 |
| 6-1- La conscience de son auto-estime et du sentiment de soi :..... | 52 |
| 6-2- La conscience de son efficacité ou sentiment d'auto-efficacité : | 52 |
| 6-3- Un répertoire d'approches de résolution de problèmes sociaux :..... | 52 |
| 7- Les approches théoriques de la résilience :..... | 52 |
| 7-1- L'approche cognitive-comportementale :..... | 52 |
| 7-1-1- Le concept de coping : | 53 |
| 7-2- L'approche psychodynamique :..... | 54 |
| 7-3- L'approche psychosociale :..... | 55 |
| 7-4- L'approche neurobiologique : | 56 |
| 8- Méthodes d'évaluation de la résilience :..... | 57 |
| 9- La résilience et le vieillissement :..... | 58 |
| 10- Résilience et vieillissement réussie : | 60 |
| 11- Résilience et institution :..... | 61 |
| Section2 : Vécu des personnes âgées institutionnalisées : Revue de la littérature et études antérieures : | 62 |
| 1- Le vécu des personnes âgées institutionnalisés : | 62 |
| 2- Le mode de vie en institution..... | 63 |
| 3- L'impact de l'institut gériatrique sur la personne âgée..... | 64 |
| 4- Résilience et institution gériatrique | 65 |
| 5- Les études antérieures sur les personnes âgées placées en institutions : | 65 |
| Synthèse | 70 |

Problématique et hypothèse

Partie pratique

Chapitre III Méthodologie de la recherche

| | |
|-----------------------------------|----|
| Préambule :..... | 82 |
| 1-Limites de la recherche : | 82 |

| | |
|---|-----|
| 2-Méthode utilisée dans la recherche | 83 |
| 2-1- La démarche qualitative :..... | 83 |
| 2-2- La méthode clinique :..... | 84 |
| 2-3- L'étude de cas : | 85 |
| 3- Lieu de recherche..... | 86 |
| 4- Groupe de recherche : | 87 |
| 4-1- Critères d'inclusion..... | 87 |
| 4-2- Critères d'exclusion..... | 87 |
| 5- Outils de recherche : | 88 |
| 5-1- L'entretien de recherche | 89 |
| 5-1-2- Entretien avec la personne âgée | 92 |
| 5-1-3- Entretien de recherche en institution..... | 93 |
| 6- Echelle de résilience « Le CD-RISC » | 95 |
| 6-1- Présentation et description de l'échelle..... | 96 |
| 6-2- La consigne | 97 |
| 6-3- passation et cotation..... | 97 |
| 6-4- Qualités psychométriques | 97 |
| 6-5- Interprétation..... | 97 |
| 6-6- CD-RISC et personne âgées..... | 98 |
| 7- Le déroulement la recherche..... | 98 |
| 7-1- La pré-enquête | 98 |
| 7.2 L'enquête | 104 |
| 8- Attitude de chercheur..... | 106 |
| 9- Difficultés de la recherche | 107 |
| Synthèse | 107 |
| Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion de l'hypothèse | |
| Préambule..... | 109 |

| | |
|--|-----|
| I-Présentation et analyse des résultats : | 109 |
| 1-Cas n°1 : Fatah | 109 |
| 2. Cas n°2 : Salah..... | 113 |
| 3. Cas n° 3 : Farid | 117 |
| 4. Cas n°4 : Rafik..... | 121 |
| 5. Cas n°5 : Karim | 125 |
| 6. Cas n°6 : Kamel..... | 129 |
| 7. Cas n° 7 : Hamid..... | 133 |
| 8. Cas n°8 : Yamina..... | 137 |
| II. Discussion de l'hypothèse | 141 |
| Synthèse : | 148 |
| Conclusion | 150 |
| Liste des références | 153 |
| Annexes | 160 |

Introduction

Avec le vieillissement démographique observé dans de nombreuses sociétés contemporaines y compris en Algérie, la question du bien être des personnes âgées est devenu un enjeu majeur de santé publique et de politique sociale, c'est dans ce contexte que la recherche actuelle fut effectuée.

Dans ce cadre, Le nombre de populations âgées augmente en Algérie, en avril 2025, elle représentait environ 10,5% de la population totale et se situe autour de 4,7 à 5 millions de personnes (ONS,2025). Dès lors, le vieillissement est une évidence démographique va considérablement s'accroître dans les prochaines années rendant ainsi notre recherche importante.

En effet, à mesure que la population mondiale vieillit, les personnes âgées deviennent une composante de plus en plus importante de la société.

Le vieillissement est le processus naturel et progressif de changements physiques, psychologiques et sociaux qui se produisent chez un individu au fil du temps, entraînant une diminution des capacités fonctionnelles et une augmentation de la vulnérabilité aux maladies et aux problèmes de santé.

On peut voir alors, chez les personnes âgées, des problèmes de santé physique et mentale surgir, souvent accompagnés d'un sentiment de solitude et d'isolement, entraînant une perte d'autonomie. Si certaines bénéficient du soutien de leur famille et de leurs proches, d'autres, dépourvues de réseau familial, finissent souvent par se tourner vers des institutions spécialisées pour obtenir l'aide et le soutien dont elles ont besoin. La simple lecture de ces chiffres démographiques indique qu'on sera confrontés rapidement à ce phénomène de placement en institution et ce d'autant plus que l'espérance de vie augmente. Il est également clair qu'il n'existe pas encore « d'engouement » chez nous pour comprendre et ses aléas. Pour les raisons suscitées, et nous avons souhaité apporter notre très modeste contribution, avec l'espoir de voir plus d'intérêt porté à cette tranche de la société.

En outre, nous avons retenu ce thème portant sur les personnes âgées placées en institution, puisque c'est une catégorie de personnes souvent ignorée dans notre société, une population qui nous intéresse en tant que futures psychologues cliniciennes, désirant travailler

auprès de cette catégorie. De plus, peu de recherches en psychologie clinique, après revus de la littérature, ont porté sur la personne âgée placée en institution en Algérie.

Dans ce cadre, l'institution pour personnes âgées a un rôle qui consiste à prendre en charge ces sujets qui sont en perte d'autonomie et en dépendance ou n'ayant pas de famille qui souhaite les prendre en charge.

Ainsi, à côté des changements physiques, psychologiques et la rupture avec la vie sociale chez les personnes âgées, le changement de lieu de vie et l'éloignement avec sa famille, peut les conduire à éprouver davantage de difficulté à faire face à ces défis. Cependant, certaines personnes âgées montrent une capacité remarquable à résister et à s'adapter avec le temps, ce qu'on peut qualifier de résilience.

La résilience de la personne âgée est un concept novateur et assez récent, inscrivant cette étude dans l'ère des dernières recherches en psychologie clinique jusqu'à présent, seul une poignée d'équipe de recherche ont étudié les personnes âgées dans une perspective de la psychologie positive, permettant d'acquérir des connaissances sur la nature de la résilience au grand âge.

La résilience chez les personnes âgées en institution est un processus complexe qui leur permet de surmonter les difficultés liées à leur placement. Elle se manifeste par la capacité à s'adapter aux changements, à maintenir un sentiment de contrôle sur sa vie, les personnes âgées résilientes sont plus susceptibles de maintenir leur bien-être et leur qualité de vie malgré les défis rencontrés en institution.

Cette étude est essentiellement exploratoire. Le but étant d'explorer la capacité des personnes âgées à faire face à leur vieillissement et à leur placement en institution par l'évaluation de leur résilience.

Ainsi, pour cerner de près notre thème de recherche, nous avons effectué une étude au sein du foyer des personnes âgées et handicapées (FPAH) à sidi Ouali Bejaia (Algérie) auprès de huit cas. Pour ce faire, nous avons opté pour une démarche de type intégrative. Et nous avons retenu la méthode clinique qui nous a permis de comprendre le vécu des personnes âgées vis-à-vis leur placement, l'étude de cas, qui permet de comprendre le sujet de manière globale et singulière. Aussi, l'étude de cas permet de regrouper un grand nombre de données en utilisant différents outils, c'est d'ailleurs la démarche qu'on a suivie en retenant deux instruments, à savoir l'entretien de recherche semi-directif, permettant d'appréhender avec

finesse la subjectivité de nos sujets concernant leur placement et leur vieillissement, ainsi que l'échelle de résilience CD-RISC pour mesurer le niveau de résilience de nos sujets et objectiver nos données cliniques.

Après l'introduction, ce mémoire est devisé en deux parties, la partie théorique et la partie pratique. La partie théorique est devisée à son tour en deux chapitres : le premier chapitre intitulé : « *La personne âgée à l'épreuve du placement en institution* » dont l'objectif était de présenter une revue de la littérature, non exhaustive, sur la personne âgée placée en institution. Ce chapitre est subdivisé en deux sections : la première section est intitulée : « *Généralité sur la personne âgée* » où nous avons présenté une histoire de la vieillesse, ses définitions, la prévalence des personnes âgées, les théories de vieillissement, les aspects physiques, biologiques, et aspects biologiques, dresser un constat sur la personne âgée en Algérie. Après une deuxième section intitulée : « *L'institution gériatrique* » où on a traité l'historique de l'institution, sa définition, le placement en institution, les types d'institutions pour les personnes âgées, l'entrée en institution et ses types, l'institution gériatrique en Algérie, et enfin la prise en charge des personnes âgées placées en institution. Et le deuxième chapitre, intitulé : « *résilience, vieillissement et vécu institutionnel* » visant à explorer et mettre en évidence la notion de résilience et plus particulièrement la notion chez le sujet âgé placée en institution. Nous y avons présenté une première section intitulée « *La résilience* ». On a abordé l'historique de la résilience, sa définition et la résilience chez la personne âgée, les concepts apparentés à la résilience, ses facteurs, le profil de l'individu résilient, les critères du processus résilient, les approches théoriques de la résilience, ses méthodes d'évaluation, la résilience et le vieillissement, la résilience et vieillissement réussi, et la résilience en institution. Et une deuxième section intitulée : « *Vécu des personnes âgées institutionnalisées : revue de la littérature et étude intérieure* », nous y avons abordé le vécu des personnes âgées institutionnalisées, le mode de vie en institution, l'impact de l'institution gériatrique sur la personne âgée, les études antérieures étrangères et algériennes sur la question et enfin nous finalisons les deux chapitres par une synthèse.

Nous avons ensuite présenté notre problématique et notre hypothèse, et l'opérationnalisation des concepts. La partie pratique quant à elle est composée de deux chapitres. Le premier est « *La méthodologie de la recherche* » composée d'un préambule, des limites de la recherche, de la méthode utilisée dans la recherche, du lieu de recherche, du groupe de recherche, avec des critères d'inclusion et d'exclusion, des outils de la recherche et

du déroulement de la recherche. Le deuxième chapitre intitulé « *Présentation, analyse des données et discussion de l'hypothèse* » où on a présenté et analysé les données et discuté notre hypothèse, et on a terminé par une synthèse. Par la suite, nous avons présenté la conclusion, la liste de référence, les annexes et un résumé final du mémoire.

Partie théorique

Chapitre I

La personne âgée à l'épreuve du placement en institution

Préambule

La vieillesse est la dernière étape des âges de la vie, considérée comme un processus lent et progressif entraînant des changements physiques et mentaux, auxquels la personne doit s'adapter. C'est l'âge où on peut observer un adulte en bonne santé qui se transforme en individu fragile et vulnérable, pouvant conduire ainsi à son placement en institutions.

Dans ce cadre, dans la première partie de ce chapitre consacré à « *la personne âgée* », nous allons donner un historique du vieillissement, quelques définitions des concepts importants : vieillesse, vieillissement et personne âgée, les aspects biologiques et psychologiques qui surviennent chez la personne âgée, la psychopathologie de la personne âgée, les théories de vieillissement et enfin la personne âgée en Algérie. Dans la deuxième partie du chapitre qui porte sur « *l'institution pour personnes âgées* », nous présentons un bref historique de l'institution, les types d'institutions, le placement en institution, les différents types d'entrées en institution, la prise en charge institutionnelle et enfin l'institution en Algérie. On conclut le chapitre avec une synthèse.

L'objectif est alors de présenter une revue de la littérature, non exhaustive, sur la personne âgée placée en institution.

Section 01 : Généralité sur la personne âgée

À l'arrivée de la dernière période de la vie, l'être humain est enclin à vivre la perte de certaines de ses facultés physiques et mentales. La personne âgée est donc confrontée à un changement profond de son état physiologique, psychologique et de la vie sociale, ce qui le rend vulnérable et parfois dépendant. Cette partie de chapitre est donc consacrée à la personne âgée.

1- Histoire de la vieillesse

Ce présent point a pour objectif d'aborder les personnes âgées dans l'histoire, en démontrant l'évolution de cette notion dans le temps.

1-1- Histoire de la vieillesse dans la préhistoire :

Les hommes pré historique vivaient dans des conditions rudes qui ne leur permettaient pas de vivre très âgée. Il était en effet très rare qu'ils dépassent les 30-35ans. Ce n'est que

bien plus tard, avec la découverte du feu mais aussi de l'apprentissage des plantes comestibles que les hommes d'il y a 30000 ans ont pu voir leur espérance de vie s'allonger (<https://ww.ea-lateleassistance.com>).

Au sein même de la société occidentale, la vieillesse et le sort des vieux ont pu faire l'objet d'idéalisation. Au cours des siècles passés, on aurait aimé, respecté, choyé les vieux. D'une part, ici aussi, ceux-ci étaient peu nombreux, ils appartenaient aux classes supérieures de la société, du moins lorsqu'ils avaient échappé aux guerres, aux combats, d'autre part, il conviendrait de distinguer de manière fine selon les cultures, les époques, les milieux sociaux... Les travaux d'historiens comme J-P. Gutton soulignent que cette diversité renvoie, grâce à l'analyse de documents historiques, à plus de réalité (Talpin, 2017, p.23).

1-2- Les personnes âgées dans l'histoire de l'antiquité

En Occident, depuis l'Antiquité, la vieillesse est considérée comme un moment particulier de la vie. Mais, il n'y a pas d'accord sur l'âge auquel on devient vieux. Hippocrate parlait des quatre âges de la vie parmi lesquels la vieillesse, assimilée à l'hiver, débutait à 56 ans. Aristote en fixait le seuil en 50 ans (Henrard, 2000, p.108).

1-3- Le moyen âge et l'histoire de la vieillesse

Au moyen âge, le vieillard joue son rôle tant qu'il peut tenir le goupillon, l'épée, la bêche ou le livre de compte. La seule linéarité est l'incapacité physique (Minios, 1987).

Tout au long du Moyen âge, on distinguait les six ou sept âges de la vie et le seuil de la vieillesse était fixé le plus souvent à 60 ans, parfois à 70 ans, la dernière partie correspondait à la sénilité. Durant le haut Moyen-âge, les vieillards ne sont pas inconnus, mais on ne parle pas d'eux. Ils sont néanmoins nombreux dans le clergé. Le caractère sacré de la personne des ecclésiastiques les met le plus souvent à l'abri des assassinats. Ils jouissent d'un niveau de vie supérieur à celui du reste de la population. Ils sont ainsi nombreux à atteindre un âge très avancé (Henrard, 2000, p.108).

1-4- L'histoire de la vieillesse aux temps modernes

Dans la société chrétienne médiévale du début des temps modernes, allant jusqu'au XVIII^e siècle, la vieillesse n'était pas du tout valorisée. Elle l'était très probablement dans l'Antiquité grecque ou latine puisque les vieillards y constituaient des assemblées de personnages vénérables qui détenaient la sagesse. Mais il n'en était pas du tout ainsi dans les

sociétés occidentales traditionnelles. La vie d'autre fois était très dure, elle exigeait une grande résistance physique et les infirmités y rendaient plus ou moins inapte. Le vieux, était d'abord quelqu'un qui ne pouvait plus tout à fait mener la vie de tout le monde. Par conséquent, il devrait avoir une vie à lui, une sorte de retraite : il se retraits du monde (Ariès,1983, p.47).

Au XVIII^e siècle, l'image du vieillard est reprise de l'Antiquité, c'est le Noble vieillard à la belle figure. Doté d'une grande dignité, la vieillesse ne le dégrade pas, même s'il est infirme, il sera alors tout simplement assis dans un fauteuil. Il est entouré de gens qui viennent prendre son enseignement. C'est Réellement une tout autre représentation : le vieillard devient le patriarche, il Apparait ainsi dans toute la peinture de Greuze. Lorsque sur des gravures Populaires américaines un peu naïve on voulait représenter le christ. Au XVIII^e siècle, on l'y faisait figurer avec des cheveux blancs, signe de dignité Et de noblesse. Elle va s'imposer tout au long du XIX^e siècle et du début du XX^e siècle bien que persiste en dessous, la vieille imagerie du gâteux. Mais ce n'est que très récemment que nous avons vu le noble vieillard basculer du côté de l'hospice tandis qu'une autre attitude devant la vieillesse émergeait, qui consiste, à la mettre à part et faire en sorte qu'on ne la voit pas. D'ailleurs le vocabulaire, la terminologie est intéressante car autrefois on parlait du Noble vieillard, tandis qu'aujourd'hui le mot de vieillard est tout à fait exclu. On parle du troisième âge, on parle de gens d'un certain âge, on parle de gens âgés, mais le mot de vieillard introduit une idée de dégradation (Ariès,1983, p.48).

De plus, la tendance à définir la vieillesse en termes d'âge biologique s'est aussi affirmée au XVII^e siècle (Oris, Dubert &Virer, 2015, p.202).

Des derniers aspects sur cette dimension historique portera sur la prise en charge des vieux. Longtemps en effet les vieux, lorsqu'il y en avait, ont été gardés au domicile, pour le meilleur comme pour le pire. Les vieux seuls, sans famille ou exclus de celle-ci, sans descendance, pauvres le plus souvent, les vieux fous ou mentalement détériorés, les incapables de travailler pour des raisons de maladie, de handicap, etc., étaient le plus souvent accueillis dans les hospices fondés par des particuliers et confiés à des ordres religieux (Talpin, 2017, p.24).

1-5- Les personnes âgées dans l'époque actuelle :

Par ailleurs, l'image du vieillard honorable dure jusqu'à la fin du XIX siècle, quand la vieillesse, comme la mort, devient sujet tabou (Royansky, 2021, p.180).

1-6- La personne âgée en Maghreb et en Algérie de nos jours à l'indépendance :

Après avoir retracé l'historique de la vieillesse en occident on a jugé utile de s'arrêter sur cette évolution au Maghreb, étant donné que notre étude s'est déroulée en Algérie.

Sur le plan politique, les années soixante du siècle dernier voient l'avènement d'un phénomène très important sur le plan historique qui a transfiguré le Monde ; il s'agit des indépendances des pays colonisés. Ces indépendances se sont passées de façon plus ou moins soft. Le prototype des indépendances violentes est sans conteste celui de l'Algérie. Colonie de peuplement, l'Algérie devra supporter cent-trente ans d'occupation et sept années et demie de guerre pour pouvoir se libérer du joug colonial. Sous protectorat, le Maroc et la Tunisie n'ont pas subi les mêmes violences, mais n'ont pas échappés aux discriminations, au maintien dans l'illettrisme, au manque de soins particuliers et aux systèmes basés sur la ségrégation et l'oppression. Ces conditions de vie difficiles ont eu pour effet des taux de mortalité très élevés et une espérance de vie de moins de cinquante ans (Motassem-Mimouni, 2013, P. 14).

En Algérie, la situation des seniors est très particulière car à l'indépendance beaucoup de grands-parents ayant perdu leurs fils ou fille pendant la guerre se sont retrouvés « *parents* » malgré eux, puisqu'ils devaient élever seuls ou avec leur bru ou fille leurs petits-enfants. D'autres enfants par contre ont dû grandir sans grands-parents compte tenu de la guerre et de la faiblesse de l'espérance de vie à l'époque. Parents et grands-parents sont des modèles identificatoires pour les jeunes générations. C'est sur la base des interactions et de la communication directes et indirectes entre les générations que se transmettent les modèles de conduites, les traditions. Si l'absence physique de modèles parentaux est douloureuse, elle n'est pas forcément handicapante au sens où elle empêcherait la constitution des modèles internes ; la présence symbolique peut être plus organisatrice du psychisme que la présence réelle si cette dernière est défaillante. Trois facteurs (social, affectif, religieux) consolident la place des seniors 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, la force des seniors en position

de puissance sur le plan réel et symbolique qui en imposent à leur entourage et enfin l'importance et la place que leur accorde la religion musulmane qui pousse tout musulman au « *respect, protection* », « *ne leur dit pas ouf* » (El-Israa) (Motassem-Mimouni, 2013, p.15).

Les séniors n'ont pas fait l'objet d'études exhaustives pour évaluer leur situation et leurs difficultés. Mais, dès la fin des années quatre-vingt et quatre-vingt-dix, décennie marquée par les multi-traumatismes générés par la crise multifactorielle qu'a vécue l'Algérie (terrorisme, crise économique et culturelle...), apparaissent des signes avant-coureurs qui vont susciter des interrogations. La transition démographique est confirmée, la pyramide des âges se transforme, sa base rétrécit et son sommet s'élargit ; l'exode massif généré par le terrorisme a fragilisé les familles et amoindri les solidarités ; en plus, les séniors sont plus touchés par la crise mondiale et risquent plus de précarité en raison de la baisse du pouvoir d'achat ; le nombre de personnes âgées en rupture de ban augmente, ce qui incite l'Etat à ouvrir de nouvelles structures pour leur accueil. A partir des années 2000, apparaissent les premières études d'envergure sur cette catégorie :

En Algérie : en 2002, le Conseil National Economique et Social a fait un rapport sur les personnes âgées et l'enfance abandonnée en Algérie. Une enquête nationale sur la santé de la famille a consacré un module aux personnes âgées, c'est la première enquête dans le Monde arabe qui aborde clairement la question.

Au Maroc, une enquête nationale sur les personnes âgées (ENPA, 2006) a fait le point sur leur situation et l'évaluation des perspectives d'avenir.

En Tunisie, des articles de journaux montrent que le pays se préoccupe de ces catégories mais, n'ayant pas réussi à savoir s'il y a une étude, nous avons cependant recueilli quelques données à travers des articles et le site sur la démographie tunisienne (Motassem-Mimouni, 2013, pp.16-17).

2-Définitions des concepts clés : vieillesse, vieillissement et personnes âgées

Nous allons présenter dans ce point des définitions des concepts clés de ce chapitre, en relation avec étude :

2-1- la vieillesse :**2-1-1- Définition étymologique**

Vieillesse vient du latin populaire « *vetulus* » qui est d'origine dans la langue grecque et qui signifie « *année* » (Jeanguiot, 2012, p.299).

2-1-2- Définitions conceptuelles

En termes d'âge la vieillesse est selon le Littré (1876) : « *le dernier d'âge de la vie, ou la période de la vie humaine, dont on fixe le commencement à la soixantième année, mais qui peut être plus au moins retardée ou avancée suivant la constitution individuelle, le genre de vie et une foule d'autres circonstances* » (Lhermit, 2014, p. 14)

Richard et Bovier (1997) considèrent la vieillesse comme : « *un âge de la vie défini, dans notre culture, avec le même arbitraire que celui de l'enfance, de l'adolescence et de la marcescence. C'est aussi celui dit de la sénescence. Il est généralement fixé, par convention, au début de la sixième décennie. Dans certains pays, il est parfois aligné sur l'âge auquel l'individu commence à percevoir ses prestations de retraite. Il ne doit pas se confondre avec le vieillissement, processus qui commence à la naissance. Se poursuit tout au long d'une vie et marque les changements de l'individu avec le temps* » (Clément, 2020, p.83).

Ainsi, la vieillesse est « *un état somatopsychique qui se caractérise par sa relativité et son instabilité* » (Charazac, 2020, p.6).

Des lors, la vieillesse est « *la partie de la vie correspondant à l'aboutissement du vieillissement* » (CNEG, 2010, p.04).

La vieillesse désigne donc une diminution des facultés physiques et intellectuelles. Elle désigne également un état qui caractérise toute personne ayant un certain âge.

2-2- le vieillissement :

Selon le grand dictionnaire de la psychologie, le vieillissement « *c'est l'ensemble des transformations qui affectent la dernière période de la vie, et qui constitue un processus de déclin* » (Henriette, Bloch, & al, 1999, p. 987).

Au sens strict du terme, le vieillissement est « *l'ensemble des transformations biologiques et psychologiques qui affectent l'individu, dans le sens d'un déclin, dans la dernière période de la vie* ». Au sens figuré, « *le vieillissement peut désigner aussi, à n'importe quelle période de la vie, l'étiollement d'une capacité, d'une compétence ou d'un schème* » (Charron, Dumet & al, 2020, p.314).

De ce fait, le vieillissement est « *l'ensemble des processus physiologiques qui modifient la structure et les fonctions de l'organisme à partir de l'âge mûr. Il est la résultante des effets intriqués de facteurs génétiques et des facteurs environnementaux auxquels est soumis l'organisme tout au long de sa vie. Il s'agit d'un processus lent et progressif* » (CNEG, 2010, p.4).

Le vieillissement désigne donc l'ensemble des modifications produites par le temps chez l'être vivant. C'est un processus hétérogène et évolutif, il relève de mécanismes intrinsèques et de facteurs extrinsèques.

2-3- La personne âgée

Le terme de « *personne âgée* » définit « *une population très hétérogène en ce qui concerne l'âge et l'état de santé. Cette population comporte une majorité de sujets validés, en bonne santé, sans handicap majeur, vivant à leur domicile, mais aussi des malades chroniques souffrant de pathologies invalidantes* » (CNEG, 2010, p. 93).

En outre, 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 55-60 ans. L'âge de 75ans est plus pertinent si l'on veut prendre en compte les populations les plus exposées aux risques de perte d'autonomie (CNEG, 2010, p.5).

De ce fait le terme « *âgé* » est appliquée à la personne de 65 ans et plus. La personne âgée est confrontée à des changements physiques, et des changements psychologiques, cognitifs, affectifs et sociaux.

3-Prévalence des personnes âgées

3-1- Prévalence dans le monde :

Au niveau mondial, l'OMS prévoit un total de deux milliards de personnes âgées de 60 ans et plus en 2050 (22% de la population), contre 900 millions en 2015. La pyramide des âges de la population mondiale devrait avoir en 2050 à peu près la même base qu'aujourd'hui mais des effectifs d'adultes et de personnes âgées beaucoup plus importants. Le nombre de personnes de 65 ans ou plus devrait tripler, tandis que la population totale n'augmenterait que d'un tiers, et que celles des enfants de moins de cinq ans diminuerait même légèrement (de 5%). Le vieillissement démographique est plus ou moins avancé selon les continents ou les pays en relation avec leur ancienneté dans la transition démographique. Les pays du sud considérés comme étant des pays « jeunes » vont connaître dans les prochaines décennies un vieillissement démographique d'une grande ampleur. La part des 65 ans devrait en effet doubler en 20 à 40 ans. Le vieillissement démographique en Afrique se produira à une vitesse beaucoup plus rapide que celui des pays développés, le nombre de personnes âgées devrait quadrupler entre 2010 et 2050, passant de 56 à 215 millions, sont presque le même nombre qu'en Europe (Boukhatmi, 2020, p.18).

En 2029, un milliard de personnes dans le monde avaient 60 ans et plus, selon l'OMS (<https://www.who.int>).

En 2024, la population mondiale des personnes âgées de 65ans et plus a atteint 10,3% sur 8,2 milliards (<https://www.unfpa.org>).

On constate donc une croissance importante de cette tranche de la société.

3-2- prévalence en Algérie :

En Algérie, les personnes âgées de 60 ans et plus représentent 8,71% de la population totale en 2015, 9,5% en 2019 et 9,8% en 2020 (<https://www.aps.dz>).

En 2023, ils sont 10,5%, soit environ 5 millions de personnes (<https://www.ONS.dz>).

On conclut de ses chiffres que la population mondiale vieillit et pratiquement tous les pays du monde, dont l'Algérie, connaissent une augmentation du nombre et de la proportion de personnes âgées dans leur population.

4-Les aspects biologique /physique de vieillissement

Le vieillissement biologique, ou vieillissement primaire, concerne les modifications qui rendent le fonctionnement des organismes moins performant au fil des années et qui les conduisent naturellement à la mort.

Le vieillissement a pour effet de diminuer les capacités de réserves de l'organisme, capacités qui lui permettent de s'adapter ou de faire face à des situations diverses : effort, stress, agression, maladie aiguë. Ainsi, le vieillissement a pour principales conséquences de rendre plus difficile l'adaptation de l'organisme à des conditions nouvelles et à le rendre plus vulnérable en cas d'agression (Lithfous & Després, et al 2018, p.4).

Dans ce qui suit nous allons citer quelques changements physique et maladies gériatriques propre à la personne âgée :

4-1- La fragilité

La fragilité est un syndrome gériatrique facilement mesurable, qui permet d'appréhender de manière plus globale la vulnérabilité du sujet âgé, et repose sur au moins trois critères de Fried sur cinq.

1. Perte de poids involontaire du poids dernière années.
2. Impression subjective de fatigue.
3. Réduction des activités physiques.
4. Vitesse de marche.
5. Force musculaire (mesure par hand grip).

Tous les sujets âgés ne sont pas fragiles. La fragilité est associée à un déclin fonctionnel, au risque de passer en institution, mais présente l'intérêt d'être parfois réversible et donc améliorable par des interventions ciblées comme la nutrition, l'activité physique, l'activité sociale, les traitements... (Boddarert, 2018, p.31)

L'état de fragilité apparaît cliniquement lorsque le processus de fragilité atteint un seuil d'insuffisance fonctionnelle. Un sujet âgé fragile est un sujet dont les capacités à faire face à une agression même minime sont réduites et dont l'équilibre est instable. Il s'agit d'un sujet à haut risque de décompensation et de perte d'autonomie à l'occasion d'une pathologie aiguë d'un effet indésirable d'un médicament ou d'un stress d'ordre socio-affectif (Puisieux, 2012, p.20).

4-2- les déclins sensoriel et perceptif

4-2-1- L'audition

La presbyacousie, due à une altération progressive du nerf auditif, et la diminution du nombre des cellules neurosensorielles de l'oreille interne entraînent la perte des sons aigus. Après 65 ans, elle touche une personne sur trois, mais elle serait sous-estimée, car seule une minorité consulte et demande un appareillage. La surdité est un facteur d'isolement qui favorise les troubles du caractère et la dépression (Clément ,2020, p.35).

4-2-2-Oeil et vision

Le vieillissement a un impact significatif sur le système visuel, aussi bien sûr les structures et les fonctions de l'œil lui-même que sur les fonctions de plusieurs structures de systèmes nerveux central impliquées dans les différents mécanismes de la perception visuelle (Lithfort, Després & al, 2018, p.37).

En effet, les effets de l'âge sur la structure optique se manifestent dès 40 ans, affectant le pouvoir accommodateur de l'œil, et provoquant des difficultés dans la perception des objets distants, de la profondeur, ainsi qu'une plus grande sensibilité à l'éblouissement. Les modifications du système rétinien apparaissent à partir de 60 ans. Elles affectent les cellules réceptrices et entraînent le rétrécissement du champ de vision, la perte de la vision fine des détails et des difficultés dans la perception des couleurs (Ploton, 2002, p.15).

4-2-3-Le goût et l'odorat

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, pp. 35-36).

4-3- le vieillissement cérébral

Les régions frontales sont les structures les plus sensibles au vieillissement. Des altérations cérébrales structurales s'opèrent au cours de deux fenêtres temporelles distinctes selon les régions considérées. D'une part, le cortex préfrontal dorsolatéral présente l'atrophie la plus marquée au cours de la vie. Celle-ci débute-rait vers l'âge de 30 ans, puis évoluerait de manière linéaire au cours de la vie, à raison d'une réduction volumique d'environ 5% par décennie. D'autre part, le volume hippocampique présente un déclin débutant à un âge plus tardif, entre 50 et 60 ans. L'ensemble de ces atrophies serait issu de mécanismes biologiques impliquant une réduction de la densité synaptique, ainsi qu'une réduction du nombre de neurones de grande taille au profit de neurones plus petits (Lithfous, Després & al 2018, p.3).

4-4- L'équilibre de la marche

Les réactions posturales se maintiennent efficacement au cours du vieillissement, mais la vitesse des réactions et les capacités d'adaptation aux situations extrêmes sont moindres. Cela s'explique d'une part par un vieillissement physiologique des systèmes antigravitaire et d'adaptation posturale. D'autre part, il existe aussi des facteurs pathologiques fréquents chez les personnes âgées, qui affectent les systèmes antigravitaire et d'adaptation posturale, notamment les vertiges paroxystiques bénins et les pathologies ophtalmologiques (Boddaert, 2018, p.116).

La marche des personnes âgées est modifiée par rapport aux sujets plus jeunes, et est caractérisée par une :

- augmentation des oscillations à la station debout ;
- diminution de la vitesse de la marche ;
- réduction de la longueur et de la hauteur du pas ;
- augmentation du temps de double appui ;
- variabilité du pas plus élevée ;
- diminution des mouvements de balanciers des bras (Boudaert, 2018, p.117).

En conclusion, le vieillissement se constate sur tous les organes, et entraîne une diminution des capacités fonctionnelles de l'organisme.

Nous allons à présent passer à autre points révélant un autre aspect du vieillissement.

5-Les aspects psychologiques de vieillissement

Les effets du vieillissement sur la psychologie et la vie relationnelle sont très variables d'un individu à l'autre et dépendent de nombreux facteurs : personnalité, facteurs sociaux et culturels, état de santé, expérience de vie ...

Malgré cela, certaines expériences sont partagées par la plupart des personnes âgées et peuvent influencer sur leur vie psychique recomposition de la vie sociale au passage à la retraite, crises narcissiques liées à la transformation du corps... (Belmin & Konrat, 2006, p. 2191).

Nous allons présenter ci-dessous les aspects psychologiques qui surviennent lors de la vieillesse :

5-1- Le concept de soi

Le concept de soi évolue de la naissance à la mort ; il est influencé par les relations avec les autres, le milieu socioculturel. Il englobe la façon dont on se fait une représentation mentale de soi-même : de sa valeur, de ses capacités, de son pouvoir à aimer et à être aimé. Il comprend aussi les sentiments, les valeurs de la personne, et influe sur ses réactions en toutes circonstances. Il intègre plusieurs composantes : l'image corporelle, l'estime de soi et l'identité (Rioufol, 2010, p.6).

L'avancé en âge affecte plus particulièrement une des dimensions psychologiques de la personne, celle de la représentation de soi. En plus des apparences corporelles, un autre aspect de soi concerne tout particulièrement les âgés. Il s'agit des représentations attachées aux rôles, statuts et processus identitaires (Alaphilippe & Bailly, 2013, p. 69).

5-2- Image corporelle

Elle est la résultante des représentations, attitudes et perceptions que nous avons de notre propre corps. C'est un jugement que l'on porte sur son propre corps, sur son apparence, sur la manière d'en prendre soin, de s'habiller, de se coiffer, de marcher, de parler... et la façon dont on montre son corps aux yeux des autres. L'image corporelle a une influence sur le comportement, il existe une inter- dépendance entre la personnalité, l'image de soi et l'estime de soi (Rioufol, 2010, p.6).

L'image corporelle de la personne âgée est sous-tendue par de nombreux processus intrapsychiques et interpsychiques. Ces processus sont présents à la fois dans la construction

de l'identité corporelle subjective de la personne mais aussi dans l'assimilation des stéréotypes sociaux de la personne âgée dans la société. De nombreux remaniements sont donc présent, pour faire face aux différents changements que le vieillissement entraîne sur l'identité psychique et physique de la personne. La personne âgée voit vieillir son image sans ressentir dans son esprit les effets du vieillissement. En conséquence, les personnes âgées expriment souvent le fait qu'ils se sentent encore jeunes dans leur tête et perçoivent une dissonance entre leur esprit plein de vie et de projet, et ce corps qui progressivement se dirige vers la mort (Feillet, Stéphane & al, 2011, p.23).

5-3- Estime de soi et identité personnelle

L'estime de soi se construit dans l'amour et s'organise à partir des qualités que la personne se prête et de la façon dont les autres jugent. C'est une comparaison entre « *ce que je crois être* » et « *ce que je suis* ». Il faut apprendre à se situer entre les critiques, la désapprobation d'autrui et la considération : certains individus ont plus besoin que d'autres d'être valorisés et d'être aimés. Le narcissisme ou l'amour que nous portons à nous-mêmes est à l'origine de la confiance en soi et de l'estime de soi. Il est la fonction la plus déterminante pour la construction de l'identité (Rioufol, 2010, p.6).

La valeur que chacun s'accorde, ou estime de soi, peut être affectée par l'avancer en âge. Le vieillissement de l'adulte âgé se caractérise en effet par des baisses de performances matrices et cognitives. La vie sociale peut se restreindre à la suite du passage à la retraite. L'ensemble de ces circonstances pourrait entraîner des modifications de l'estime la soi (Alaphilippe & Bailly, 2013, p. 102).

On retrouve donc, chez la personne âgée des changements dans le concept de soi, l'image corporelle et l'estime de soi. Dans le domaine psychique, il se produit aussi des changements dans la mémoire et la cognition.

6-Les théories de vieillissement

Il existe plusieurs théories du vieillissement, nous allons y présenter les plus importantes :

6-1 Les théories de l'activité et du désengagement

Les théories du vieillissement qui se sont développées aux États-Unis dans les années 1950 et 1960 ne se contentent pas de décrire le vieillissement, elles cherchent aussi à indiquer

la voie pour un vieillissement « réussi ». Ces théories considèrent que l'individu se trouve défini par les rôles sociaux associés aux positions statutaires qu'il occupe. Dans une telle optique, le vieillissement se caractérise par une perte de rôles, à la fois professionnel au moment de la retraite et familiaux avec le départ des enfants et le décès du conjoint (Caradec, 2001, p.91).

6-1-1 La théorie de l'activité

Elle trouve sa première formulation au début des années 1950. En se fondant sur une enquête réalisée sur un échantillon de 100 personnes âgées vivant dans une petite ville du Middle West, Robert Havighurst et Ruth Albrecht font un double constat. D'une part, les personnes enquêtées manifestent un certain contentement. D'autre part, cette satisfaction varie très peu avec l'âge et la position sociale, mais se trouve fortement corrélée avec les « scores d'activité » calculés par les auteurs. Aussi le vieillissement réussi passe-t-il, selon Havighurst et Albrecht, par une 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 grand parent, l'adaptation se trouvant facilitée par une qualité qu'il convient d'entretenir, « *la flexibilité des rôles* » (Caradec, 2001, pp.91-92).

6-1-2 La théorie de désengagement

Dans un livre théoriquement ambitieux, précédé d'un avant-propos de Talcott Parsons, Elaine Cumming et William Henry proposent une vision très différente du vieillissement. En se basant sur les résultats d'une enquête réalisée auprès de 279 habitants de Kansas City, âgés de 50 90 ans, tous en bonne santé et jouissant d'un minimum d'indépendance financière, ils soutiennent que « *le vieillissement normal* » s'accompagne d'un éloignement ou « *désengagement* » réciproque de la personne qui vieillit et des autres membres du système social dont elle fait partie. 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 (Caradec, 2001, p.92).

6-2 La théorie biophysiological et la théorie psychosociale

6-2-1 la théorie biophysiological

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

6-2-2 La théorie psychosociale

Le vieillissement dans ce courant de recherche est étudié à travers l'exploitation de ses différentes dimensions, telle que la perte ou la modification des rôles sociaux et le statut du point de vue socio-économique. Ces changements observés chez les sujets à l'âge de la retraite, ont fait émerger plusieurs théories qui ont tenté de réfléchir et apporter des réponses dans ce domaine. La théorie de la continuité a émergé par la suite, en prenant en compte la différence de la personnalité d'un individu à un autre. Elle a tenté d'étudier les différentes attitudes et conduites des retraités par le biais de la personnalité, considérée comme étant un processus en lien avec les apprentissages de l'individu et de ses expériences acquises à travers les différents stades de la vie. En conséquence, la théorie du développement a travaillé sur la hiérarchisation de la société en apportant l'argument de l'âge qui occupe une place des plus importantes. D'après ce courant, c'est l'âge qui détermine le rôle que joue l'individu à travers les stades de la vie ce qui amène à dire qu'il détermine aussi les inégalités qu'on peut observer entre les générations (Boudouda, 2013, p.35).

Il existe donc différentes théories explicatives du phénomène de vieillissement à travers des hypothèses génétiques et non génétiques. On a exposé ces différents points de vue théoriques pour mieux éclaircir nos idées sur la vieillesse et poser notre cadre théorique.

Après avoir consacré une partie de ce chapitre au vieillissement dit normal, c'est-à-dire en dehors des psychopathologies avérées, la seconde partie sera consacrée aux psychopathologies. Dans ce qui suit, nous allons aborder le point de psychopathologie de la personne âgée :

7- La psychopathologie chez les personnes âgées

Il existe des pathologies spécifiques à l'âge avancé ou bien chez la personne âgée :

7-1- La dépression

Chez le sujet âgé, la dépression est souvent atypique, soit masquée, soit délirante, hostile, hypochondriaque, anxieuse, ou encore accompagnée de troubles cognitifs. Une situation atypique est aussi la dépression conative, centrée sur la démotivation, entraînant un désengagement affectif et relationnel et une régression qui entraîne le sujet âgé vers une dépendance de plus en plus grande (Belmin, Amalberti & al, 2005, p.67).

La dépression chez la personne âgée est volontiers masquée, sans tristesse exprimée, de sémiologie pauvre. Ses conséquences sont lourdes, tant au plan relationnel entre les générations qu'au plan humain : repli sur soi, perte de la pratique des actes de la vie quotidienne, dépendance ajoutée, souffrance non exprimée qui peut conduire au suicide (Bonnet & Fernandez, 2017, p.209).

7-2- Les troubles anxieux

Il est nécessaire de pouvoir apprécier l'incidence possible de nombreux autres facteurs tels que l'existence d'un conflit familial (souvent source de beaucoup d'anxiété chez la personne âgée en situation de dépendance), des difficultés financières, le surdosage de certaines substances, le rôle de médicaments qui, pris au long cours, peuvent également être cause d'anxiété. Le trouble anxieux généralisé, plus que tout autre trouble anxieux, nécessite cette approche croisée, c'est-à-dire la confrontation de divers moyens d'évaluation et d'observation, d'hypothèses médicales et psychologiques, sans oublier la prise en compte de données sociales et économiques (Le Rouzo, 2008, p.97).

Avec un taux de prévalence de 4,6%, le trouble anxieux généralisé est presque que aussi fréquent que le trouble phobique. En fait, il suffit de citer quelques critères du DSM-IV, à propos de l'anxiété généralisée, pour comprendre immédiatement la difficulté de l'évaluer chez l'adulte âgé. Ainsi, selon le DSM-IV, l'anxiété et les soucis excessifs (constatés depuis

au moins 6 mois) doivent-ils être associés à 3 (ou plus) des 6 symptômes suivants (dont au moins certains symptômes présents la plupart du temps durant les 6 derniers mois) : 1. Agitation ou sensation d'être survolté ou à bout ; 2. Fatigabilité ; 3. Difficultés de concentration ou trous de mémoire ; 4. Irritabilité ; 5. Tension musculaire ; 6. Perturbation du sommeil (difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu ou sommeil agité et non satisfaisant) (Le Rouzo, 2008, pp. 96-97).

7-3- Trouble du sommeil

Ils correspondent à une perturbation de la qualité ou de la quantité de sommeil et comprennent les insomnies, les hypersomnies et les troubles du rythme veille-sommeil (Macsluso, 2008, p.90).

Les sujets âgés souffrent de baisse de l'efficacité du sommeil, d'éveils fréquents et prolongés au cours de la nuit, de réveils matinaux précoces et d'une augmentation de la somnolence au cours de la journée. Les troubles du sommeil invalident de façon importante l'individu âgé du fait de la somnolence qu'ils entraînent pendant la journée. Inversement, cette somnolence retentit sur la qualité du sommeil nocturne, l'ensemble du processus pouvant participer à une désinsertion socio familiale surtout si le sujet âgé est contraint à rester allongé une grande partie du temps ou s'il est rendu inactif du fait de déficits sensorimoteurs (Talpin, 2017, p. 274).

7-4- La démence

Le terme de démence ne prend un caractère scientifique qu'à partir du XIX^e siècle. Il apparaît en 1809 dans les travaux de P. Pinel. Ce terme est construit, étymologiquement, à partir du latin « *dementia* » qui renvoie à la perte de l'esprit (Chardon, 2021, p.10).

L'Organisation mondiale de la santé (CIM-10) donne comme définition (quasiment identique à celle du DSM-IV) de la démence : « *Altération progressive de la mémoire et de l'idéation suffisamment marquée pour handicaper depuis au moins six mois, et d'un trouble d'au moins une des fonctions suivantes : calcul, jugement, altération de la pensée abstraite, praxies, gnosies ou modification de la personnalité* » (Quaderi, 2013, p.60).

Aux stades avancés de la démence, les individus peuvent être mutiques ou bien avoir une détérioration de l'expression orale caractérisée par l'écholalie (c'est-à-dire la répétition de ce qui a été entendu) ou la palilalie (c'est-à-dire répétition continue de sons ou de mots). Le

langage est exploré en demandant au sujet de dénommer des objets dans la pièce (par exemple cravate, robe, bureau, lampe) ou des parties du corps (par exemple nez, menton, épaule), d'exécuter une consigne (montrez-moi la porte et ensuite la table) ou de répéter des phrases (Il n'y a pas de mais, ni de si, ni de et). Les sujets déments peuvent présenter une apraxie, c'est-à-dire une altération de la capacité à réaliser une activité motrice malgré des capacités motrices, des fonctions sensorielles et une compréhension des consignes intactes. Ces sujets souffrent d'une agnosie se définissant comme une impossibilité de reconnaître ou d'identifier des objets malgré des fonctions sensibles et sensorielles intactes. Le sujet peut par exemple avoir une acuité visuelle normale mais devenir incapable de reconnaître des objets tels une chaise ou des crayons. Parfois, ils ne reconnaissent plus les membres de leur famille, voire leur propre image dans le miroir. De la même façon, ils peuvent avoir une sensibilité tactile normale mais être incapable d'identifier, par le toucher seulement, les objets placés dans leurs mains (une pièce de monnaie, des clés). Des perturbations des fonctions exécutives sont rencontrées couramment dans la démence. Les fonctions exécutives comprennent la capacité à penser de façon abstraite, planifier, initier, organiser dans le temps, contrôler et arrêter un comportement complexe (Quaderi, 2013, p. 59).

7-4-1- la démence d'Alzheimer

Selon L'OMS, la démence la plus fréquente est la démence de type Alzheimer, cette démence est une maladie cérébrale dégénérative primitive d'étiologie inconnue dont la neuropathologie et la neurochimie sont caractéristiques. Elle débute de façon insidieuse et progresse lentement mais régulièrement en quelques années. Une différence est faite entre la maladie d'Alzheimer à début précoce, avant 65ans, et la maladie d'Alzheimer à début tardif dont la survenue se situe aux alentours de 80 ans (Charazac, 2021, p.35).

Cette maladie a du mal à être dépistée car ses débuts sont insignifiants. La personne oublie de plus en plus de faits récents, puis elle oublie des rendez- vous, des visites, des dates et enfin le trouble de mémoire devient total. Le malade oublie l'identité de ses connaissances, puis l'oubli touche sa famille, et enfin le malade ne connaît plus sa propre identité. On voit apparaître de ses besoins fondamentaux et une désorientation dans le temps et dans l'espace (Allerge & Gassier, 2011, p.22).

7-4-2- La démence vasculaire

La démence vasculaire qui fait suite à un accident vasculaire cérébral ; l'étiologie est donc organique (un vaisseau éclate dans le cerveau, endommageant une zone plus ou moins importante de celui-ci). Cependant, on peut questionner, sur le plan psychosomatique, les facteurs qui ont entraîné cet accident à un moment donné de la vie, en particulier du côté de la tension dont l'augmentation peut être liée à des facteurs de stress. Actuellement, ces démences concernent plus les hommes que les femmes mais sont très régulièrement en baisse du fait d'une meilleure prévention et d'une meilleure prise en charge des troubles cardiovasculaires. Cette démence se caractérise par une apparition brutale, par une plus ou moins grande récupération puis une stabilisation en plateau, sauf si un nouvel accident intervient (Talpin, 2017, p. 147).

7-4-3-La démence à corps de Lewy (DCL)

La démence à corps de Lewy (DCL) est une pathologie neurodégénérative fréquente et récente dont l'identification remonte aux années quatre-vingt et pour laquelle des critères diagnostiques ont été édictés en 2005 par McKeith et al. Elles représentent 15 à 25% des cas de démences chez les sujets âgés de plus de 65 ans, survenant majoritairement chez des hommes de 75 ans en moyenne. La prévalence est de 0,7% à 65 ans (Fantini-Hauwel, Gély-Nargeot et al, 2014, p. 107).

7-5-perte d'autonomie et dépendances

L'autonomie des personnes diminue à mesure qu'elles vieillissent.

L'autonomie c'est : « *la possibilité d'effectuer sans aide les principales activités de la vie courante qu'elles soient physiques, mentales, sociales ou économiques et de s'adapter à son environnement* » (Rioufol, 2010, p.25).

Dans le langage gériatrique, la perte d'autonomie signifie qu'une personne est dans l'incapacité d'effectuer seule les principaux actes de La vie courante (Charazac, 2020, p.106).

La perte d'autonomie des personnes âgées est un des grands problèmes de santé publique liés au vieillissement de la population. Elle se définit comme la perte de la loi de se gouverner soi-même, de faire des choix dans la vie, il s'agit d'une définition large englobant la dépendance physique, psychique et des aspects économiques et financiers. Cette perte

d'autonomie touche les personnes âgées en institution, mais aussi résidentes à leur domicile (Wolmark, 1998 p.1836).

Quant à la dépendance elle se définit comme : « *l'incapacité physique ou psychique d'accomplir seul, sans aide, les principaux actes de la vie quotidienne* ». Ritchie (1996) distingue :

La dépendance physique : « *une personne âgée atteinte d'un accident vasculaire, qui a envie de manger mais n'arrive pas à manipuler sa fourchette, a besoin d'aide physique pour placer la nourriture dans sa bouche* ».

La dépendance psychique : « *une personne âgée atteinte d'agnosie, qui a envie de manger, a besoin de quelqu'un pour lui indiquer que l'objet placé devant elle est son repas* » (Charazac, 2020, p. 114).

On conclut donc sur l'idée que les troubles psychiques chez la personne âgée sont fréquents.

8-La personne âgée en Algérie

8-1- L'histoire :

Autrefois, considérés comme détenteurs du pouvoir dans la famille, les seniors étaient également des « passeurs » transmetteurs, de savoir, de savoir-faire, de tradition, ils étaient craints, respectés et souvent aimés (Moutassem- Mimouni, 2013, p. 12).

Le chibani dans la culture algérienne a souvent plusieurs facettes. Les figures de la vieillesse sont parfois contradictoires et indiquent une ambivalence anthropologique qui exprime des sentiments constatés, parfois contradictoires qui montrent que la matrice des représentations s'organise autour du respect et de la considération des personnes âgées, mais laisse échapper des représentations beaucoup plus sévères, changées de pètré, de crainte et parfois d'aversion et de haine (Moutassem- Mimouni, 2013, p. 14).

Ainsi, on peut dire que des changements, substantiels ont marqués la société algérienne concernant la question des seniors.

8-2- les chiffres :

L'ONS à estimer à 2,2 millions les plus de 60 ans en 2002, à 2,8 millions en 2010, à 3,4 millions en 2020 et à 6,7 millions en 2030 (<https://www.ONS.dz>).

En 2016, l'Algérie comptait plus de trois millions de personnes qui relèvent de ce que l'on appelle le « *troisième âge* ». Selon la structure issue des projections de l'ONS, cette tranche de la population connaît une progression continue par rapport à celle observée en 2009, passant de 7.4% à 7.7% en 2010 à 8.3% en 2013 et 8.9% en 2016. En 2030, il devrait y avoir, selon les projections de l'ONS établis en 2016, plus de six millions de personnes âgées de 60 ans et plus, soit 6 739 000 personnes. Cette évidente évolution met l'accent sur plusieurs problèmes liés au vieillissement de la population, le vieillissement va avoir un impact sur la taille de la population active potentielle, la structure de consommation donc sur la pauvreté et, les conditions de vie. Se posera alors, le problème de la prise en charge de la population âgée sur le plan de la santé et de la vie familiale. Le vieillissement alimente le débat sur l'avenir du système de protection sociale algérien (Merah & Hamouda, 2018, pp.407 - 408).

Selon l'APS (2022), le taux de personnes âgées de 65 ans et plus, en Algérie, avoisine les 10% de la population globale.

L'examen de la structure de la population par l'ONS, en date du 1er juillet 2023, fait ressortir que les personnes âgées de 60 ans et plus constituent désormais 10,5% de la population totale, contre 9,5% en 2019. En volume, cette frange atteint un affectif avoisinant 5 millions de personnes (4867000), dont 2.127.000 âgés de 70 ans et plus et 707 000 âgés de 80ans et plus ([https:// www.ons.dz](https://www.ons.dz)).

8-3- La législation :

Par ailleurs, plusieurs textes réglementaires algériens abordent la question de la personne âgée à l'instar de la loi 10-12 du 29 décembre 2010 relative à la protection des personnes âgées. Cette loi fixe les règles et principes tendant à renforcer la protection des personnes âgées.

8-4- Le constat :

Selon Hammoud - Mouhoun (2010), depuis 2001- 2002, les personnes âgées sont au centre des préoccupations en Algérie, alors qu'auparavant c'était une catégorie ignorée de la

population. La population algérienne est à dominante jeune. Mais depuis 1986, la courbe démographique a commencé à s'infléchir. Le taux de natalité a considérablement baissé et un vieillissement progressif de la population a été enregistré.

De son côté, Moutassem- Mimouni (2013) indique que c'est à partir des années quatre-vingt -dix que cette catégorie a commencé à émerger et tend à se développer progressivement.

On constate donc que la population âgée en Algérie est en croissance.

La personne âgée se trouve souvent confronté, à vivre des changements et des modifications sur le plan physique, psychologique et social, ses changements qui la rendent vulnérable et dépendante. N'ayant pas de soutien social et familial où n'ayant pas des proches qui souhaitent la prendre en charge, la personne âgée se trouve forcée de quitter son domicile, pour rejoindre une institution pour personnes âgées, ce qui peut être mal vécu pour celle-ci.

Dans ce qui suit, nous entamerons la deuxième partie de notre chapitre qui est l'institution gériatrique.

1-Historique de l'institution :

1-1 Historique de mot institution :

L'objectif étant de présenter un survole historique de la notion.

Aujourd'hui on parle d'institution, dans le sens le plus général du mot, on désigne par là des structures organisées qui maintiennent un état social. Ce sens large ne diffère de son étymologie que sur un point, mais capital : il est statique, alors qu'à l'origine institution avait un sens dynamique. Il désignait le processus même de mise en place et d'organisation de ces structures. Le mot vient en effet du verbe latin instituo, instituere, contraction de instatuo : "placer dans", installer. Il renvoie donc à un mouvement, qui précède une situation, mais non à celle-ci. Mais dans les multiples usages du mot, deux significations apparaissent vite au cours de l'histoire : établir, qui renvoie à l'idée qu'une action doit s'arrêter et préparer qui, au contraire, marque le point de départ de cette action mais toujours dans un but, pour une finalité. Toute l'ambiguïté du mot institution part de ce que, finalement, il désigne aussi : ce point fixe qui justifie un développement, une action continue, fondatrice dont il est le but. Il en résulte ce caractère double, que, très vite, prend le mot institution ; il renvoie à une dynamique, à une action continue, ou à la mise en œuvre d'une idée, pour lui donner une

forme finale fixe, figée, statique, laquelle prend vite le nom, également, d'institution. Pour nous, aujourd'hui, une institution est d'abord cet arrêt de ce qui est, pourtant, malgré lui, histoire, et donc permet de décrire celle-ci en un temps arrêté et de la dater (Guery, 2003, p.8).

Le mot évolue en regroupant deux sens généraux, celui du latin *institutio*, *institutionis*, qui signifie méthode, disposition, système, pour une activité pratique quelconque, par exemple "l'institution d'un chemin", et celui du mot *institutum*, *instituti*, qui lui était préféré pour des usages de même sens quand il s'agissait de matières plus nobles, comme la religion, le pouvoir. Dans les deux cas il s'agit alors d'organiser quelque chose de nouveau à partir de ce qui existe. Mais très longtemps, jusqu'à la révolution sémantique de la seconde moitié du XVIII^e siècle en France, qui précède la révolution qui y puise son vocabulaire, institution ne renvoie jamais à ce que nous nommons par ce mot encore aujourd'hui (Guery, 2003, p.10).

En particulier, institution ne fait partie ni du vocabulaire juridique, ni du vocabulaire que nous appellerions aujourd'hui politique, celui du gouvernement des hommes. Les clercs et les secrétaires royaux préfèrent utiliser le mot établissements pour désigner ce que nous appelons des institutions politiques. Ces textes issus de la parole royale, mis en forme juridique, apparaissent au Moyen Âge ceux de Saint Louis acquièrent une certaine célébrité et se distinguent ensuite en ordonnances, édits, lois. Jean Nicot, dans son trésor de la langue française, publié après sa mort, en 1606, donne pour équivalent d'établissement le mot latin de *constitutio*, premier usage du mot dans un sens que nous lui connaissons encore, mais un usage un peu trompeur malgré tout. En effet, si la loi du roi est bien la loi supérieure, elle n'organise par les institutions, au sens politique, du royaume. Elle est la loi supérieure aux multiples statuts, coutumes, usages, privilèges, qui règlent la vie sociale du royaume. Elle est la loi qui permet au roi de justice d'arbitrer dans les conflits multiples qu'impliquent ces règles d'origines diverses. Celles-ci comme celle-là ne sont jamais décrites comme des institutions. Un siècle après Nicot, Antoine Furetière ramène établissement et constitution à institution, mais comme exemples du sens large qu'a ce mot qui englobe tout ce qui est inventé et établi par les hommes, par opposition à l'idée de nature. En fait, ce que révèlent principalement les auteurs de dictionnaires et les lexicographes sous l'Ancien Régime, c'est le peu d'importance qu'a eu le mot institution, très longtemps, en français, jusqu'à sa nouvelle prise en considération au XVIII^e siècle (Guery, 2003, p.10).

En effet les historiens rencontrent très peu souvent le mot institution dans les textes qu'ils examinent, qu'ils soient d'archives, de registres de toute sorte, d'ouvrages de doctrine ou

de fiction s'il apparaît dès le XIII^e siècle dans des ouvrages de théologie, il est en concurrence avec le mot institut, qui désigne la règle de vie d'un ordre religieux, ou d'un ordre militaro-religieux, instituer dans une charge sort le mot de ce contexte religieux, quand on parle des charges d'offices royaux. Les miroirs des princes deviennent les institutions du prince quand, sous ce titre, des ouvrages recueillent et discutent les principes, les règles, les méthodes auxquels le souverain devrait se conformer. Comme le mot institutes, qui désigne un ouvrage élémentaire de droit romain destiné aux étudiants, ces institutions s'inspirent de l'usage religieux du mot qui signifie instruction des fidèles. Mais elles sont déjà porteuses, de fait, des rapports entre principes de gouvernement et problèmes de leur mise en œuvre, où l'on retrouve la place et le sens qui sont ceux que nous donnons encore au mot institution. Pour leur heure, c'est le sens d'éducation qui domine dans un usage du mot exclusivement appliqué à une personne. L'institution a perduré presque jusqu'à nous, pour désigner celui qui instruit les enfants, sous le beau nom d'instituteur, rescapé d'un sens d'institution comme instruction disparu avec la grande mutation du vocabulaire français du XVIII^e siècle (Guery, 2003, pp.10-11).

Etant donné que notre étude à portée sur l'institution gériatrique on y consacre le sous point suivant :

1-2- Historique de l'institution gériatrique :

Les institutions du vieillissement existent de très longue date, en particulier dans le soin aux indigents, aux personnes sans famille, aux soldats blessés (ceci dans l'antiquité romaine). À partir du moment où le christianisme se développa, le modèle chrétien fut dominant au plus petit, au plus pauvre. Le plus souvent, jusqu'à la révolution française, les institutions n'étaient pas sélectives, elles accueillaient le tout-venant. Nombre d'institutions gériatriques portent la trace de ce modèle confessionnel. C'est à la fin du XIX^e siècle qu'apparaît, dans le domaine hospitalier la gériatrie comme discipline spécifique. À la fin du XX^e siècle, un nouveau mouvement s'amorce : la création d'établissements pour sujets âgés (résidences, chimiques, ehpad) (Talpin, 2020. p.172).

1-3- Historique de l'institution gériatrique au Royaume-Uni :

Au Royaume-Uni, les premiers services gériatriques ont été développés après la seconde guerre mondiale, sous l'initiative du Dr Marjorie Warren qui, dès 1935, grâce à son équipe multidisciplinaire, a permis à des patients institutionnalisés de retourner à leur

domicile. Suivirent Joseph Sheldon (importance de la kinésithérapie de mobilisation au domicile et mise en place de stratégies de prévention des chutes) puis Norman Exton-Smith (premier professeur de gériatrie à l'University College Hospital en 1973) et enfin Georges Adams (première unité de revalidation gériatrique) (De Blauwe, 2020, pp.33-34).

1-4- Historique de l'institution gériatrique en France :

En France, bien que la première société de gériatrie date de 1939 (A. Baudouin), cette spécialité a tardé à émerger. En 1973, le professeur Bruno Vellas créa l'université du troisième âge et les premiers soins axés sur la nutrition et la maladie d'Alzheimer seront mis au point dans le département de médecine interne du CHU Purpan-Casserlardit (De Blauwe, 2020, pp.33-34).

1-5- Historique de l'institution gériatrique aux Etats-Unis :

Aux Etats-Unis, en 1984, L. Rubenstein publia une étude démontrant que la mortalité dans l'année de patients âgés séjournant dans les services de médecine interne était deux fois plus élevée que celle de patients équivalents hospitalisés dans des services de gériatrie. De plus, le risque que ces derniers soient institutionnalisés était également plus faible et leur autonomie à la sortie de l'hôpital était nettement meilleure. Enfin, A. Stuck et al. (1993) démontrèrent que l'évaluation gériatrique standardisée ou EGS (Comprehensive geriatric assessment ou CGA des Anglo-saxons) couplée à un suivi à long terme était efficace pour réduire la mortalité et prévenir le déclin fonctionnel. Plus qu'une simple « *médecine gériatrique* », l'EGS est une évaluation interdisciplinaire (prenant en compte non seulement les médecins, mais aussi les infirmières et les autres professions de la santé comme les kinésithérapeutes, les ergothérapeutes, les psychologues...) et multidimensionnelle en ce sens où elle ne se base pas uniquement sur les diagnostics médicaux, mais intègre également les déficits fonctionnels, les problèmes environnementaux ou psycho-sociaux ainsi que les ressources du patient âgé. Le but de l'EGS est d'établir une liste de problèmes et d'élaborer des plans d'action pour les résoudre (De Blauwe, 2020, pp.33-34).

2-Définitions de l'institution, de l'institutionnalisation et du placement en institution :

Dans le but de mieux comprendre le terme institution, nous avons choisi de présenter des définitions de cette dernière, une définition de l'institutionnalisation, enfin deux définitions de placement en institution.

2-1- Définitions de l'institution

Le mot institution est emprunté au latin institutio, lui-même supin de instituere ; il s'agit donc d'une disposition, d'un arrangement, d'une instruction (Lerbrun, 2008, p.18).

L'institution est aussi « *un lieu de vie collectif* » (Bickerstaff-charron, 2006, p.16) .

Au pluriel, les institutions sont « *des ensembles humains dont la création, l'organisation et l'activité répondent aux 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* » (Charazac,2020, p.432).

Aussi, elles désignent « *l'ensemble des formes ou structures fondamentales d'organisation sociale, telles qu'elles sont établies par la loi ou les coutumes* ». (Lerbrun, 2008, p.14).

L'institution renvoie donc, a une organisation ou un établissement établi souvent avec un but spécifique, et elle joue un rôle important dans la société.

2-2- Définitions de l'institutionnalisation

Quant à l'institutionnalisation, elle renvoie d'abord au fait d'être amené à vivre dans un milieu de vie fermé, une institution. Ceci entraîne nécessairement différentes considérations : ces milieux sont dits « *fermés* » puisqu'ils reproduisent, à eux seuls, une mini société et qu'ils fonctionnent, pour la plupart, en ayant peu d'interactions avec l'extérieur (Bickerstaff-charron, 2006).

2-3- Définitions du placement en institution

Selon le Dictionnaire le Robert, « *le placement signifie l'action de placer, de mettre quelqu'un à une certaine place, à un endroit déterminé, en un certain lieu* » (Abillama-Masson, 2012, p.45).

Le placement est donc « *une prise en charge d'une durée variable de jour et de nuit par un lieu spécifique il désigne un accueil en collectivité* » (Sorin, 2015, p.366).

De ce fait, le placement en institution, désigne dans notre présente étude, le placement en foyer ou dans tout autre type de structure d'hébergement encadré, il renvoie également à la réponse de l'institution qui est répondu et qui a placé la personne en question en son sein.

3- Les types d'institutions pour les personnes âgées :

Il existe une panoplie d'institutions pour accueillir les personnes âgées. Nous avons choisi quatre types qui nous paraissent les plus fréquents : les maisons de retraite, les foyers-logements, les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) et les établissements d'hébergement pour personnes âgées (Ehpa).

Nous allons les présenter brièvement ci-dessous :

3-1- Maisons de retraite :

Les maisons de retraite (publique, privée ou associative) accueillent des personnes valides ou semi-valides. Elles offrent des services collectifs et un encadrement médical et paramédical. Elles peuvent disposer d'un pourcentage de lits de section de cure médicale afin de garder des personnes entrées valides, et qui au fil des années ont perdu santé et autonomie (Rioufol, 2010, p.9).

3-2- Les foyers-logements :

Représentent des structures intermédiaires entre le domicile et la maison de retraite et peuvent accueillir des personnes peu dépendantes. En effet, dans ces structures, les résidents disposent d'un logement indépendant et de services collectifs organisés par une employée le plus souvent, il n'y a pas de personnel de soins et les soins nécessaires sont assurés comme pour toute autre personne vivant à domicile (Belmin ,Amalberti & al , 2005, p.11) .

3-3- Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) :

Accueillent des personnes âgées de plus de 60 ans, en perte d'autonomie ou dépendantes. Lieu de vie et de soins, l'Ehpad organise la vie quotidienne autour des besoins de ses résidents, dans un cadre médicalisé. Le projet d'établissement, porté par des équipes soignantes, administratives et d'animation, cherche à concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil (Aquino, 2016, p.182).

3-4-Établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) :

Ce sont des établissements collectifs non médicalisés destinés à héberger des personnes âgées disposant encore d'une bonne autonomie physique (Lafore, 2020, p.11).

4- Les types d'institutions pour les personnes âgées en Algérie :

En Algérie, à notre connaissance, il existe : l'accueil de jour des personnes âgées au sein des foyers, l'accueil temporaire l'accueil de nuit de plus, 33 foyers pour personnes âgées accueillant un total de 1198 personnes âgées sont opérationnels et répondent aux dispositions du décret n° 80-82 du 15 mars 1980 portant création, organisation et fonctionnement de ces foyers. Parmi ces 33 établissements, 24 structures sont gérées par l'État tandis que les 9 restantes sont réparties entre les associations et les communes comme suit :

4-1- Foyers pour personnes âgées et /ou handicapées gérés par le mouvement associatif :

4 foyers pour personnes âgées et/ ou handicapées sont gérés par le mouvement associatif (Association d'Aide aux Personnes Agées de Blida, Association Culturelle et Sociale des Personnes Agées d'Ain Temouchent, Association El Sidk de Relizane). Ils accueillent en moyenne 100 personnes âgées par an (Bouaziz, 2015, p18).

4-2- Foyers pour personnes âgées et/ ou handicapées gérés par les communes :

5 foyers pour personnes âgées et/ou handicapées sont gérés par les communes des wilayas de Chlef, Tlemcen, M'sila, Oran et Khenchela. Ils accueillent en moyenne 80 personnes âgées par an. Il convient de signaler que 8 autres établissements destinés à accueillir des personnes âgées sont en cours de réalisation à travers l territoire national dans les wilayas de Ghardaïa, Biskra, Tamanrasset, Tébessa, Alger, Oran, El-Oued, Souk- Ahras, ils seront achevés en 2012 (Bouaziz, 2015, p18).

4-3- Les établissements Diar-Rahma (Maisons de clémence) :

Aux FPAH, il faut ajouter des pavillons destinés à accueillir temporairement des personnes âgées. Ils sont situés dans les villes d'Alger, Constantine et Oran au sein de 3 établissements appelés Diar-Rahma. Ces établissements sont placés sous la tutelle du ministre de la solidarité nationale et de la famille, ils sont chargés d'accueillir, pour une période temporaire n'excédant pas une durée de six mois :

-les personnes âgées sans revenus et/ou sans attache familiale ;

- les personnes démunies atteintes de maladies chroniques ;
- les enfants et personnes adultes en situation de précarité sociale et/ou en difficulté psychologique et toutes personnes nécessitant une assistance ponctuelle dûment prouvée (Bouaziz, 2015, p18).

5- L'entrée en institution :

Les maisons de retraite, les EHPAD (Établissement hospitalier pour personnes âgées dépendantes), sont des structures qui viennent pallier l'impossibilité de maintenir la personne à domicile. L'entrée en institution est généralement envisagée lorsque les soins à domicile ne sont pas ou plus suffisants pour permettre le maintien au domicile sans danger pour la personne (Fantini-Hauwel, 2020, p. 141).

Cette entrée en institution se met en place dès lors que l'aide et le service familial ne suffisent plus. Parfois par manque de famille tout simplement, par manque de disponibilité de celle-ci, mais très souvent aussi du fait d'un épuisement physique et psychologique. Dans ces conditions, accompagner son proche au domicile devient impossible et l'orientation en institution s'impose (Quaderi, 2013, p.97).

Lorsque l'on parle d'entrée en institution, le terme placement ou l'expression placer son parent sont souvent employés. La terminologie elle-même est excluante, la personne semble dépossédée de son libre arbitre, du choix de sa vie et livrée à la décision de tiers. Placer ou placement renvoie à des objets, à des choses, à des fonctions, le sujet devient objet de placement (Dorgane, 2005, p.123).

De plus, l'entrée en institution marque le passage à un temps collectif, organisé autour d'obligations institutionnelles dans le but d'en faciliter le fonctionnement, le résident est confronté à un ensemble de règles qui régissent cette vie de type communautaire (heures des repas horaires pour la toilette...) ainsi la plupart des actes accomplis par la personne âgée s'effectueront en référence à un mode de vie collectivisé parfois même ordonné autour d'une dépendance à autrui (Oumoussa, 2014, p.06) .

Ainsi, l'entrée en institution, représente, à minima, un tournant dans la vie de la personne âgée, souvent un véritable bouleversement, parfois un traumatisme. Et pour la famille, c'est une transformation des rapports au conjoint ou au parent, avec, le plus souvent,

de nombreuses répercussions dans les relations pour et entre les membres du système familial (Donnio, 2005, p.74).

Quand elle entre en institution, la personne âgée perd avec son domicile une extension d'elle-même : son chez-elle. L'arrachement à ces lieux témoins de son existence familiale et personnelle est un véritable déracinement (Rioufol, 2010, p.11).

De point de vue de la famille, placer son parent en maison de retraite est une démarche délicate qui peut se vivre sur des registres différents : la décharge. Les enfants et/ou le conjoint se libèrent d'une situation parfois vécue comme un asservissement. Le soulagement, la famille se sent rassurée que leur parent soit pris en charge par une équipe pluridisciplinaire formée. La culpabilité et le sentiment d'abandonner son parent apparaissent en effet régulièrement. Très souvent associé à la culpabilité, nous rencontrons également le sentiment d'échec, le sentiment de ne pas avoir su, de ne pas avoir pu accompagner son parent jusqu'au bout (Quaderi, 2013, p.97).

De ce fait, l'entrée en institution est le fait pour une personne âgée d'intégrer une structure d'hébergement collective, généralement médicalisée, pour recevoir l'accompagnement et les soins nécessaires en raison d'une perte d'autonomie ou d'un besoin de sécurité et de socialisation.

6- Les types d'entrée en institution :

On peut estimer quatre sortes d'entrées en institution : entrée volontaire, entrée raisonnée, entrée autoritaire, et entrée hospitalière :

6-1- l'entrée volontaire

L'entrée volontaire est le cas le plus rare. Il s'agit souvent d'une personne qui vit seule, à la suite du décès du conjoint, et qui ne supporte plus la solitude. Les raisons invoquées sont souvent la sécurité, le besoin de contact mais aussi des raisons pratiques. Dans ces cas-là, la décision est mûrement réfléchie, les deuils de la vie antérieure sont souvent 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 (Crône, 2010, p.1).

6-2- l'entrée raisonnable

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 souvent la seule solution. L'entourage social, familial, le médecin, les assistants de service sociaux sont à l'initiative de ce projet. Il peut s'agir d'une personne sujette aux chutes ou aux malaises, vivant seule. Ce peut être aussi une personne qui vit chez ses enfants. Si la situation familiale se dégrade, lasse des conflits, la personne âgée demande à entrer en institution. Dans tous ces cas c'est une décision prise, mais subie par la personne (Crône, 2010, p.2).

6-3- l'entrée autoritaire

Il s'agit souvent du même cas de figure que pour une entrée raisonnable, mais la personne ne peut se résoudre à quitter sa maison. Les stratégies familiales ou professionnelles pour arriver au placement sont multiples et fonction de la vie de chacun. L'entrée est en tout cas toujours vécue dramatiquement, aussi bien pour le résident que pour la famille. Dès leur arrivée, ces personnes sont en danger de dépersonnalisation, certaines peuvent développer une démence réactionnelle, d'autres une dépression, d'autres exprimer de l'agressivité, beaucoup sont sujets aux fugues. Dans tous les cas il prédomine un « *mal être* » (Crône, 2010, p.2).

6-4- l'entrée hospitalière

Il s'agit d'une appellation générique ne signifiant pas forcément une arrivée à l'hôpital. Elle s'adresse à des personnes qui, à la suite d'un grave problème de santé, ne peuvent retourner ou rester à leur domicile et ne sont pas en état de formuler un souhait. Deux cas peuvent illustrer ce type d'entrée : les personnes grabataires et les personnes démentes (Crône, 2010, p.3).

En Algérie, les entrées en institutions pour personnes âgées se font généralement sur deux types de bases : le besoin de soins médicaux et l'incapacité de vivre à domicile en raison de la perte d'autonomie ou de problèmes de santé. Les établissements d'accueil (maisons de retraite, foyers, etc.) peuvent être publics ou privés, et les entrées sont souvent précédées d'un avis médical pour évaluer la nécessité d'un accompagnement, plus précisément :

-Besoins médicaux :

Une personne âgée peut être admise dans une structure de soins si elle est atteinte de maladies graves, de handicaps ou de troubles qui nécessitent une prise en charge médicale spécialisée.

-Perte d'autonomie :

Si une personne âgée ne peut plus assurer les tâches quotidiennes (alimentation, toilette, déplacement) à domicile en raison d'une perte d'autonomie physique ou cognitive, elle peut être admise en institution pour bénéficier d'un soutien et d'une assistance.

-Problèmes de santé :

Les personnes âgées souffrant de maladies chroniques ou de problèmes de santé qui nécessitent un suivi médical régulier peuvent également être admises en institution pour bénéficier d'un cadre de vie adapté et d'un suivi médical.

-Recommandation médicale :

Le médecin traitant ou le médecin généraliste joue un rôle important dans le processus d'admission. Il peut recommander une admission en institution après avoir évalué la situation médicale et l'état de dépendance de la personne âgée.

-Frais d'hébergement :

Le coût de l'hébergement en institution est variable en fonction de la structure (publique ou privée) et des prestations proposées. Des aides financières (allocation personnalisée d'autonomie) peuvent être mises en place pour faciliter l'accès à ces structures (<https://www.service-public.fr>).

7-L'institution gériatrique en Algérie

Etant donné que notre recherche se déroule en Algérie, il s'avère d'y revenir.

7-1- l'histoire :

Au lendemain de l'Indépendance, l'état a pris plusieurs mesures et élaboré des programmes dans divers domaines, à l'instar de la prise en charge sanitaire et des œuvres sociales pour assurer le bien-être du citoyen et améliorer ses conditions de vie, outre des dispositions pour la prise en charge des catégories sociales vulnérables, dont les personnes âgées (APS, 2022).

L'histoire de l'accueil des personnes âgées dans des établissements spécialisés chemine en parallèle avec l'évolution de la société algérienne. Longtemps la tradition et les solidarités familiales ont fait que les personnes âgées demeuraient au sein de leur famille jusqu'au terme de leur vie, les familles assurant le quotidien, répondant à leur besoin et remédiant à la dégradation de leur état physique et mental. Néanmoins, une partie de cette

catégorie de population se trouve sans soutien, démunie et sans attache familiale et se voit placée en institution (Bouaziz, 2015, p. 14).

7-2- Les chiffres :

Au fil des années, les structures d'accueil des personnes âgées ont remarquablement évolué, leur nombre étant passé de trois (3) en 1980 à 32 établissements en 2021 (<https://www.aps.dz>).

Ces centres garantissent une prise en charge socio psychologique et sanitaire encadre le nombre de personnes âgées placées en institution en Algérie est de 1444 personnes en 2021 (APS 2022).

7-3- Le constat :

Selon CNES (2003), Il existe quarante foyers en Algérie. Des études ont été réalisées en Europe où la tradition des maisons de retraite est plus ancienne, alors qu'au Maghreb, à notre connaissance il n'y a pas d'études d'envergure. Les études, sur les foyers pour personnes âgées et handicapées montrent que malgré l'attachement des familles à leurs séniors, il y a des facteurs de risque à l'origine de l'admission de ces derniers dans ces centres.

En ce qui concerne la prise en charge dans ces centres, on peut dire que ces institutions en Algérie sont inégalement pourvues, elles sont souvent démunies de personnel spécialisé comme toutes les structures de l'Action Sociale qui fonctionnent, en grande partie, avec des personnels vacataires, filet social, emploi de jeunes, etc. Il n'y a pas de gériatre, c'est-à-dire de spécialiste pour les personnes âgées et, les médecins, qui sont rarement à temps plein, sont des généralistes. L'institution fait appel à un psychiatre en cas de besoin et, c'est un infirmier qui applique les traitements. La gériatrie a du mal à démarrer, en particulier en Algérie où depuis les années 2000, les ministres de la santé annoncent la création d'hôpitaux de gériatrie à Sétif mais aussi à Sidi-Bel-Abbès, El Oued et Adrar, et un autre à Zéralda, mais hésitent à les mettre en pratique par peur que les familles n'y délaissent leurs parents malades. Il est peut-être plus utile, dans un premier temps, d'ouvrir des services de gériatrie dans les CHU et de développer la gérontologie pour mieux faire face aux besoins grandissant de cette population tant sur le plan de la santé que celui de la prise en charge sociale, psychologique (Mimouni, 2013, p.11).

7-4- La législation :

Le décret n° 80-82 du 15 mars 1980 fixe les modalités de création et le statut de la prise en charge institutionnelle en Algérie.

La nouvelle loi institutionnalisée en 2010 fixe de nouvelles conditions de placement. En effet, ces établissements seront réservés uniquement aux personnes âgées démunies et/ou sans attaches familiales. L'admission s'effectuera après une étude attentive du dossier de la personne âgée.

8- Prise en charge des personnes âgées placées en institution

Il existe plusieurs intervenants médicaux en institution pour personnes âgées, dont le médecin généraliste, le médecin psychiatre et le médecin spécialiste. Cette prise en charge prend essentiellement deux formes :

8-1 La prise en charge médicale

8-1-1- Le dossier-type

Il est élaboré par le médecin coordonnateur et tenu à jour par ses confrères médecins traitants. Il contient l'histoire de vie du patient, ses antécédents, les données de son examen somatique d'entrée et les résultats de ses examens cognitifs et biologiques (Charazac,2020, p.450).

8-1-2 Le suivi médical

Le médecin coordonnateur veille à ce que le médecin traitant pose un diagnostic et pratique un bilan étiologique des troubles présentés par son patient. Il doit aussi veiller au signalement des résidents ayant besoin d'une mesure légale de protection (Charazac,2020, p.450).

8-2 La prise en charge psychologique

Le plus important, dans un foyer F.P.A.H. c'est de réussir à communiquer, peut-être plus encore lorsque la personne âgée entend difficilement, mais le plus important reste l'écoute et la communication qui est au de la des mots : Silence, regard, toucher... Et l'animation essentielle dans les F.P.A.H doit être ce qui dans la vie de tous les jours aider les personnes âgées à vivre à travers les gestes et toutes les paroles de tous les membres du personnel. Ce qui n'empêche pas d'organiser et de faciliter des activités de détente cherchant

ce qui est utile aux résidents et ce qui peut leur faire plaisir, tout en accueillant les initiatives et les idées des personnes âgées (Ploton ,2001, p.19).

Il faut veiller à la prise régulière des médicaments et ne pas manquer de s'en référer au médecin- psychiatre ou au psychologue clinicien quant à la conduite à tenir.

-Apprendre à l'intéresser à prendre soin de lui.

-Etablir la relation humaine

-Apprendre à la personne à se déplacer dans le foyer

- Apprendre au sujet la lecture et à compter

-Apprendre au sujet les activités domestiques les plus simples cela le valorisera de se sentir utile en participant aux tâches institutionnelles (Ploton, 2001, p.20).

Synthèse

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. Dès lors, certains de ces personnes âgées se sont placées en institution.

Ainsi, le placement de la personne âgée en institution peut provoquer un grand bouleversement dans la vie de celui-ci, le processus d'adaptation a du mal à se mettre en place. De ce fait, l'institutionnalisation va provoquer en elle un changement dans ses habitudes, une rupture avec son environnement social et surtout avec sa famille. En ce sens l'entrée en institution peut éventuellement provoquer chez le sujet âgé une souffrance psychologique qu'il aura du mal à surmonter.

Toutefois, il existe des personnes âgées capables de développer des processus qui leur permettent d'affronter et de s'adapter face à des situations aussi stressantes que défavorable

Chapitre I ***La personne âgée à l'épreuve du placement en institution***

que le vieillissement et le placement en institution. Ces individus qui réagissent plus positivement à l'adversité sont décrits comme faisant preuve de « résilience ».

On va donc consacrer le chapitre suivant à l'indicateur retenu dans notre étude, à savoir la résilience.

Chapitre II

Résilience, vieillissement et vécu institutionnel

Préambule :

Au cours de la vie, l'individu traverse des événements bouleversants, difficiles et parfois traumatisants, ce qui peut le plonger dans un état de fragilité et d'incapacité. Cependant, à travers la résilience, un mécanisme psychologique, la personne peut faire face à ces défis. La résilience est la capacité à surmonter les adversités et à s'adapter aux changements, un processus essentiel pour ceux confrontés à des difficultés significatives. Après avoir exploré la notion de résilience, il est essentiel de se pencher sur le vécu des personnes âgées en institution, un aspect souvent négligé mais d'une importance cruciale.

Ainsi, la première section de ce chapitre sera consacrée à des généralités sur la notion de résilience dans laquelle nous allons aborder : un aperçu historique du concept de résilience, des définitions de la résilience, des concepts apparentés à la résilience, les facteurs de la résilience, profil de l'individu résilient, les critères du processus résilient, les approches théoriques de la résilience, les méthodes d'évaluation de la résilience , résilience et vieillissement, aussi résilience et vieillissement réussi enfin résilience et institution .

Puis nous allons clôturer le chapitre par la deuxième section intitulée : le vécu des personnes âgées institutionnalisées, nous allons alors donner : des définitions du vécu, le mode de vie en institutions, l'impact de l'institution gériatrique sur la personne âgée et enfin nous allons mettre en évidence certaines études antérieures, allant dans le sens de notre problématique.

L'objectif est donc d'explorer et mettre en évidence la notion de résilience et plus particulièrement la notion chez le sujet âgée placée en institution.

Section I : La résilience

Cette section a pour objectif de présenter des généralités sur la résilience

1-Historique de la résilience :**1-1 Historique générale de la résilience :**

À Rome, il y a environ deux mille ans. Près du Capitole, une vestale, condamnée pour avoir violé ses vœux de chasteté, doit être précipitée de la roche Tarpéienne. La condamnée invoque alors la divinité Vesta, gardienne du feu, dont elle avait jusque-là assuré le culte Miracle. La vestale survécut à sa chute, ce qui occasionna un débat passionné sur sa

reconduite ou non au supplice. La joute oratoire figure dans l'un des textes de la collection de causes judiciaires imaginaires présentées par Sénèque le Père dans son ouvrage *Sentences, divisions et couleurs des orateurs et des rhéteurs*. C'est lors de ce débat, sous forme de procès, que Julius Bassus utilise le mot *résilience* pour désigner le saut de la prêtresse condamnée à mort et pour dire c'est à peine si ce saut qu'elle a fait ne la rend pas au temple de Vesta, celle qu'elle avait invoquée et qui, apparemment, l'avait sauvée. Un saut conçu pour apporter la mort et qui ne l'a pas donnée devient une métaphore de ce qui est considéré aujourd'hui comme la *résilience*. Avant Sénèque le Père, Cicéron avait utilisé, lui aussi, le mot *résilience* dans son plaidoyer pour Sextus Roscius d'Améne Fils de Roscius, Sextus était accusé de parricide après l'assassinat de son père, riche homme de Rome, victime d'un complot fomenté par deux de ses parents, sans doute pour hériter de sa fortune. Les deux textes cités font référence à l'emploi, il y a deux mille ans, du mot *résilience* lors de causes juridiques, l'une fictive, l'autre réelle. Pendant l'Antiquité, d'autres auteurs ont employé ce mot : Ovide (dans *Les Métamorphoses*), Pline l'Ancien (dans son *Histoire naturelle*), Quintilien (dans *l'Institution oratoire*). Dans les textes de ces auteurs, le mot fut le plus souvent utilisé dans le sens de sauter, bondir ou rebondir. C'est fort probablement le sens de rebondir qui explique l'énorme succès ultérieur du mot *résilience*. Il est utilisé en anglais (*resilience*), conformément à l'Oxford English Dictionary, dès 1626, par le philosophe Francis Bacon dans son ouvrage *Sylva Sylvarum*, pour désigner la manière dont l'écho rebondit (Ionescu, 2016, pp.15-16).

Selon le Trésor de la langue française édité par le CNRS, sa première occurrence sous la forme *résilience* date de 1906 et celle de la forme actuelle (*résilience*), de janvier 1911. Selon cette même source, l'adjectif *résilient* figure dans le Larousse de 1932, et plus tard, en 1948, Campredon utilise les mots *résilience* et *résilient* dans son ouvrage *Le Bois*. Cet auteur considère qu'il ne serait pas normal d'utiliser des bois qui n'auraient pas une *résilience* suffisante en aviation, en carrosserie ou pour la fabrication des pièces des machines. Il indique que certains bois, particulièrement *résilients*, par exemple le frêne ou le hickory, peuvent, par contre, être employés à cette fin. Ce n'est qu'en 1952 qu'André Maurois utilise, pour la première fois en français, le mot « *résilience* » dans le sens que lui attribuent actuellement les psychologues (Cyrulnik & Jorland, 2012, p.21).

L'utilisation de mot *résilience* en psychologie apparaît pour la première fois dans une revue scientifique de psychologie ou de psychiatrie en 1942, quand Scoville évoque, dans l'*American Journal of Psychiatry* : l'étonnante *résilience* des enfants confrontés, pendant la

guerre, à des situations dangereuses pour leur vie ». Dans ce texte, Scoville cite l'article publié, la même année, par Dorothy Burlingham et Anna Freud, qui notaient que des enfants qui avaient vécu des bombardements répétés et très destructeurs ne présentaient pas de signes observables de choc traumatique. La résilience psychologique devient objet de recherche avec les thèses de doctorat, soutenues à l'université Stanford, par Jack Block (1950) et Jeanne Block (1951). Les travaux des époux Block ont fait émerger le concept de résilience du moi dont le sens est précisé en 1980, quand ils le définissent comme l'un des facteurs sous-jacents à l'adaptation (Ionescu, 2016, p.31).

En outre, les premiers travaux en appui sur ce concept viennent des pays anglo-saxons en particulier (SA, Canada et Grande-Bretagne). Nous pouvons citer, parmi les principaux précurseurs de ce concept, des auteurs comme Emmy Werner, Michael Rutter, Norman Garnezy, Ann Masten, Peter Fonagy, Robert Haggerty, Lonnie Sherrod et al, ou encore Michel Lemay. De même, nous trouvons des chercheurs francophones comme Boris Cyrulnik Michel Manciaux, Serban Ionescu ou Stefan Vanis tendael. Ces auteurs et bien d'autres dans leur sillage ont largement contribué à diffuser et à développer ce terme et à préciser ses fondements théoriques. Une revue de littérature permet de situer l'émergence de ce concept en tant qu'objet de recherche au cours des années 1970 aux USA et en Grande Bretagne notamment, puis à partir des années 1990, en France. Cependant, les racines de ce concept sont plus anciennes, et l'utilisation de ce terme apparaît déjà dans les premiers travaux sur l'attachement. Michel Manciaux (2001) fait référence à l'utilisation du terme de résilience par John Bowlby. Au cours des années 1960, pour désigner le ressort moral, la qualité d'une personne qui ne se décourage pas, ne se laisse pas abattre (Anaut, 2008, pp.38).

De plus, l'usage scientifique du mot résilience est apparu aux États-Unis dans le courant des années 1950. Les premiers travaux scientifiques consacrés à la résilience en faisaient une notion essentiellement descriptive qui se situait dans une perspective de psychopathologie du développement. Ils s'appuyaient sur des enquêtes épidémiologiques et mettaient l'accent sur la compétence comportementale et les stratégies adaptatives. La psychologue américaine Emmy Werner est souvent présentée comme la mère de la résilience. Dès les années 1955, elle a suivi 698 enfants d'une île voisine d'Hawaï, de la naissance à l'âge adulte. Pour chacun d'entre eux, elle a identifié les stress survenus à la période prénatale et périnatale, puis elle a suivi leur développement physique, intellectuel et psychosocial. Elle a ainsi pu montrer que sur 201 enfants présentant de forts facteurs de risque et qui pouvaient

pour cela être identifiés comme vulnérables près d'un tiers d'entre eux (exactement 72) avait évolué favorablement. Ils n'avaient présenté ni troubles de l'apprentissage ni difficultés d'adaptation, et cela, aussi bien dans l'enfance qu'à l'adolescence. Ils pouvaient être décrits comme de jeunes adultes heureux et intégrés. Emmy Werner a utilisé pour les désigner le mot de résilience (Tisseron, 2017, p.20).

Michael Rutter a travaillé à identifier, dès les années 1970, les facteurs de protection susceptibles de contre balancer l'influence des facteurs de risque. Il a réalisé une recherche de plusieurs années portant sur la fréquence des désordres mentaux chez les enfants de l'île de Wight âgés de 10 ans. Enfin, une contribution importante de ce pionnier a été de montrer que la résilience ne se construit pas seulement dans les premières années de la vie, mais qu'elle peut s'apprendre à tout âge. C'est aujourd'hui une notion admise... et largement médiatisée (Tisseron, 2017, pp. 21-22).

Norman Garnezy, quant à lui, a étudié le devenir des enfants grandissant dans une famille où les parents sont schizophrènes. Il a montré que si le fait d'avoir un parent touché par cette maladie augmente le danger de la développer soi-même, 90% des enfants auxquels il s'était intéressé ont grandi avec un équilibre satisfaisant. En outre, il a cherché à identifier les facteurs susceptibles de protéger ces enfants à haut risque. Ses travaux ont ainsi ouvert la voie à l'identification des mécanismes de la résilience (Tisseron, 2017, pp. 17-18).

Le concept de résilience qui concernait à ses débuts essentiellement les enfants en difficulté a trouvé assez rapidement des adeptes dans divers secteurs sanitaire, social, comportemental et cognitif. Il a été développé par des psychiatres et psychologues, puis a intéressé plus tardivement la psychologie clinique et la psychopathologie adulte. Par ailleurs, le domaine de la sociologie, celui de la psychologie sociale et de la compréhension des comportements (dont l'éthologie) se sont emparés également de ce concept pour des applications théoriques et pratiques, notamment dans le champ éducatif et social, le secteur de l'inadaptation et de la santé. Plus récemment les neurologues ont mis à l'étude les liens entre la plasticité neuronale et la résilience. Si la résilience est largement utilisée par les développementalistes, nous pouvons considérer que ce concept s'est également enrichi, du point de vue théorique, au contact de la psychopathologie et de la psychologie clinique. Il semble actuellement avoir trouvé ses lettres de noblesse, en devenant, non plus simplement un concept, mais un modèle de compréhension du sujet humain dans sa dimension normale et pathologique. Nous pouvons également souligner que les travaux sur la résilience ont enrichi

en retour les approches actuelles dans les domaines de la psychologie et de la psychiatrie, en contribuant à réinterroger les modèles de pensée, qui étaient jusque-là trop exclusivement centrés sur la psychopathologie et la vulnérabilisations des sujets (Anaut, 2015, p.54).

1-2- Historique de la résilience dans la vieillesse :

Si le concept de résilience a été d'abord exploré dans les pays anglo-saxons, où il a été mis en travail à partir des années 1970, Anaut (2015) écrit à ce sujet que les premiers travaux sur la résilience ont surtout concerné les enfants et les adolescents, ils s'étendent aujourd'hui à l'étude des sujets adultes et aux personnes âgées.

De ce fait, l'application du modèle de résilience au champ de la gériatrie est assez récente et permet de confronter une vision constructive de la vieillesse (Anaut, 2015, p.120).

Après ce survol historique de la notion de résilience et de résilience en gériatrie nous allons maintenant définir le concept :

2-Définitions de la résilience :

Le terme résilience a suscité de nombreux débats et a donné lieu à une variété de définitions. Dans cette présentation, nous avons sélectionné quelques-unes des définitions qui nous semblent particulièrement intéressantes. Nous commencerons par explorer la définition étymologique, suivie de définitions conceptuelles. Enfin, nous définirons la résilience chez le sujet âgé, objet de notre étude.

2-1-Définition étymologique :

Etymologiquement, le mot résilience vient *du mot latin resilire, qui selon Tisseron (2008) est fabriqué à partir du verbe salire, qui veut dire « sauter », et du préfixe « re » qui indique un mouvement vers l'arrière* (Gonnet & Koffi, 2010, p.101).

2-2- Définitions conceptuelles :

Pour George Bonnano : La résilience est « *une trajectoire stable de bon fonctionnement [psychique] après un événement très défavorable* » (Ionescu, 2016, p.51).

D'après Michael Rutter l'un des précurseurs du concept : « *la résilience est la capacité de bien fonctionner malgré le stress, l'adversité, les situations défavorables* » (Gonnet & Koffi, 2010, p.103).

Autrement dit, la résilience désigne « *l'art de s'adapter aux situations adverses (conditions biologiques et socio-psychologiques) en développant des capacités qui mettent en jeu des ressources internes (intrapsychiques) et externes (liens avec l'environnement social et affectif)* » (Anaut, 2008, p.35).

Enfin, la résilience est « *la capacité d'une personne ou d'un groupe à se développer bien, à continuer à se projeter dans l'avenir, en présence d'événements déstabilisants, de conditions de vie difficiles, de traumatismes parfois sévères* » (Manciaux, 2001, p.15).

La résilience a été constaté à tous les âges, nous allons donc présenter sa définition chez le sujet âgé.

2-3- La résilience chez le sujet âgé :

Chez le sujet âgé la résilience est « *la capacité de faire face aux conséquences du stress et par après de gérer ce stress par une approche directe. La résilience est utile dans la résolution de problème tant émotionnels que pratiques, et elle vient en aide aux personnes âgées dans des situations de stress* » (Adréansen, 2009, p.125).

La résilience de la personne âgée « *est un processus dynamique qui se met en place à la suite d'un traumatisme ou d'une série de traumatismes* » (Le jeune & Ploton, 2012, p.115).

De ce fait, la résilience du sujet âgé fait référence à la capacité de surmonter les obstacles et de s'adapter malgré les circonstances difficiles.

3- Les concepts apparentés à la résilience :

Plusieurs concepts sont reliés au terme de résilience, dans notre travail, nous avons choisi de mettre en évidence les quatre suivants :

3-1- Pseudo-résilience :

Pseudo résilience ou résilience de façade, utilisé pour la première fois, en 1987, par le psychanalyste américain Anthony. Contrairement à la vraie résilience, présente chez les personnes dont le fonctionnement intrapsychique témoigne de flexibilité, d'une intégration des processus psychiques et de maturité, la pseudo résilience s'associe à une organisation rigide de la personnalité, à la présence d'une illusion de puissance, d'immunité au stress et de bien-être (Cyrulnik & Gérard, 2012, p.23).

3-2- Empowerment :

Pour Yann Le Bossé et Marguerite Lavalée (1993) il s'agit d'un processus par lequel une personne qui se trouve dans des conditions de vie plus ou moins incapacitantes, développe par l'intermédiaire d'actions concrètes, le sentiment qu'il lui est possible d'exercer un plus grand contrôle sur les aspects de sa réalité psychologique et sociale. Ainsi, chez l'individu la notion d'empowerment fait référence au sentiment d'avoir un contrôle sur sa vie et indique la façon dont le sujet développe ses habiletés, ce qui favorise notamment l'estime de soi et la confiance en soi (Anaut, 2015, p.85).

3-3- Le coping :

Pour Lazarus & Folkman (1984) « *c'est 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'une personne* » (Lighezzolo & Tychev, 2004, p.36).

3-4- L'invulnérabilité :

Le concept d'invulnérabilité apparaît, dans les travaux d'Anthony, qui décrit en 1974 le syndrome de l'enfant psychologiquement invulnérable. Dans la métaphore des trois poupées de Jacques May, cet enfant correspond à la poupée en acier qui reste intacte lorsqu'elle reçoit un fort coup de marteau. Le concept d'invulnérabilité est de moins en moins utilisé en raison de son caractère plutôt statique (qui l'éloigne de la réalité clinique) et du risque de valoriser les plus forts (Cyrulnik & Jorland, 2012, p.23).

Dans ce qui suit, nous présenterons les facteurs, permettant la résilience en général et chez le sujet âgé en particulier :

4- Les facteurs de résilience :**4-1- Les facteurs de protection :**

Examinons d'abord ce que l'on entend par facteurs de protection, dans le cadre de la résilience. Généralement on considère que les facteurs de protection atténuent l'impact négatif de l'adversité sur l'adaptation. Ils peuvent concerner les processus qui contribuent à la stabilité fonctionnelle ou qui permettent un changement positif. Selon Michael Rutter (1990), les facteurs de protection modifient la réaction à la situation présentant un risque en réduisant l'effet négatif du risque et ses éventuelles réactions en chaîne Les facteurs de protection

opérants vont donc contribuer à atténuer l'impact de l'adversité sur l'adaptation des sujets, un peu comme un airbag protège lors d'un accident (Anaut, 2015, p.65).

Dès lors, de nombreux chercheurs ont étudié les facteurs de protection favorisant la résilience chez les individus. Nous pouvons citer Emmy Werner qui a indiqué parmi les ressources protectrices internes : la capacité à résoudre des problèmes, la connaissance de soi, l'autonomie, l'estime de soi, la confiance, l'altruisme, la sociabilité et enfin l'habilité à trouver un (des) soutien(s) dans l'entourage (familial ou extra-familial). Alors que parmi les ressources venant du milieu on trouve des relations familiales chaleureuses, un soutien familial solide, une bonne communication parents enfant : ainsi que des soutiens extra-familiaux, comme par exemple, avec des enseignants, des amis, etc... (Anaut, 2015, pp. 65-66).

4-2- Les facteurs de résilience chez la personne âgée :

Les facteurs de résilience chez une personne âgée semblent souvent liés à l'histoire du patient (rupture dans l'enfance, immigration, etc.), avec une constance à créer des relations au cours de l'existence, mais aussi une capacité de relativisation du présent, assortie d'une part d'optimisme, en s'appuyant sur l'aptitude à développer un univers de représentations internes (Ploton & Cyrulnik, 2014, p.278).

Aussi, la résilience chez les personnes âgées dépend de la manière dont elles utilisent les ressources personnelles permettant d'accepter des changements psychosociaux et physiques. Les personnes ayant ces compétences utilisent leurs ressources pour s'impliquer dans les aspects et activités les plus importants pour elles et évitent les états affectifs négatifs tels que l'apitoiement sur soi-même, la colère et la dépression. Au cours des dernières décennies, plusieurs études ont évoqué l'existence d'un ensemble de facteurs internes qui favorisent le développement de la résilience et jouent un rôle important dans le vieillissement, à savoir les caractéristiques motivationnelles et spirituelles, la stabilité émotionnelle, le bien-être physique, l'existence de rêves et d'objectifs de la vie, ainsi que la détermination et la persévérance pour leur accomplissement. La perception du contrôle de la vie, de l'espoir, de l'optimisme, de l'humour et du bonheur est également signalée comme fondamentale pour la résilience et le maintien de la qualité de la vie à ce stade de la vie (Ryff et al. 1998, p.7).

Dans le même sens, Ryff, Singer, Love et Essex ont conceptualisé la résilience au vieillissement en tant que processus dynamique englobant les relations entre des facteurs de protection biologiques, psychologiques, relationnels et sociologiques (Ryff et al. 1998, p.76).

Ainsi, au niveau biologique, on met l'accent sur l'immunocompétence et la diminution de la sensibilité à la douleur. Au niveau psychologique, l'influence des caractéristiques de la personnalité et des mécanismes d'interprétation (comparaisons sociales, évaluations, perceptions de soi que les individus attribuent à leurs expériences) et l'évaluation de la manière dont ils réagissent aux événements et aux pertes. En ce qui concerne le niveau relationnel, ils font référence à l'effet « amortisseur » du soutien social, de l'intégration sociale, du réseau social et des relations familiales face à des événements stressants. Enfin, sur le plan sociologique, ils soulignent la pertinence de l'éducation et des performances économiques (Bareche & Nini, 2020, p.1180).

De plus la résilience de l'âge repose sur sa mémoire, sur ses récits, sur ses attachements mais aussi sur les capacités empathiques des soignants (Delage & Le jeune, 2009).

5- Profil de l'individu résilient :

L'individu résilient (quel que soit son âge) serait un sujet présentant les caractéristiques suivantes :

- Un Q.I. élevé,
- Capable d'être autonome et efficace dans ses rapports à l'environnement,
- Ayant le sentiment de sa propre valeur,
- De bonnes capacités d'adaptation relationnelles et d'empathie,
- Capable d'anticiper et de planifier,
- Et ayant le sens de l'humour (Anaut, 2008, p 50).

6- Les critères du processus résilient :

Rutter a distingué trois caractéristiques principales chez les personnes qui développent un comportement de résilience face à des conditions psychosociales défavorables, selon lui, la personne résiliente concilie trois caractéristiques :

6-1- La conscience de son auto-estime et du sentiment de soi :

Cet aspect renvoie à l'estime de soi, c'est-à-dire aux caractéristiques par lesquelles le sujet peut se définir et avoir le sentiment de sa propre valeur. Rutter considère comme nécessaire l'existence d'un bon développement de l'estime de soi chez les individus résilients. L'estime de soi peut se définir comme l'image que l'individu se forge de lui-même, le sentiment de sa propre valeur se traduisant à travers un ensemble d'attitudes et d'opinions que les individus mettent en jeu dans leurs rapports avec le monde extérieur. Cette appréciation de l'estime de soi pourra être affectée par les événements de la vie et les expériences individuelles. Elle est donc sujette à variations chez un sujet au cours de son développement. Mais l'amour de soi aidera l'individu à se reconstruire après un échec (Anaut, 2008, p 51).

6-2- La conscience de son efficacité ou sentiment d'auto-efficacité :

Cette caractéristique correspond chez un sujet à la croyance et à la confiance dans sa capacité à faire la différence entre une action réussie et les étapes nécessaires pour y parvenir. L'individu résilient aurait donc tendance à voir surtout les aspects positifs des épreuves qu'il rencontre dans sa vie et à avoir confiance dans ses capacités à résoudre la majorité des problèmes de son existence. Le sentiment d'auto-efficacité permet l'anticipation et les projets, il renvoie à la conviction que possède l'individu d'avoir les capacités requises pour réussir une tâche déterminée. Ce sentiment rejoint pour partie la confiance en soi (Anaut, 2008, p 51).

6-3- Un répertoire d'approches de résolution de problèmes sociaux :

Ce dernier point se réfère à l'expérience et à la capacité pour l'individu résilient de s'appuyer sur des expériences personnelles, familiales ou extrafamiliales (dans l'entourage proche de l'individu) suffisamment positives, ou reconnues comme telles socialement (Anaut, 2008, p 52).

Passons maintenant aux approches théoriques de la résilience.

7- Les approches théoriques de la résilience :

Elles sont nombreuses, nous allons y présenter les plus importantes, étant donné que nous avons retenu pour cette recherche, l'approche intégrative.

7-1- L'approche cognitive-comportementale :

Cette approche met l'accent d'une part sur l'importance de mécanismes ou processus de nature prioritairement cognitive, d'autre part sur les stratégies de comportements

observables, pour rendre compte de l'état de résilience. Aussi ce modèle théorique fait référence au concept de stress et à celui d'agents tresseurs et traduit les possibilités adaptatives de l'individu en termes de stratégies de coping face à ces situations stressantes, c'est-à-dire en termes de capacités à faire face de manière plus ou moins efficace à ces agents perturbants, en fonction de la modalité de coping privilégiée et du contexte situationnel dans lequel se trouve le sujet (Lighezzolo & De Tychey, 2004, p.34).

7-1-1- Le concept de coping :

Richard S. Lazarus & Suzan Folkman (1984) ont proposé le concept de «coping» (de l'anglais *to cope* = faire face) pour évoquer « *l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, à réduire ou tolérer les exigences internes ou externes qui menacent ou dépassent les ressources de l'individu* ». Il peut s'agir d'une réponse à une situation stressante qui peut passer plus ou moins inaperçue et s'avérer plus ou moins rationnelle. Dans le dictionnaire de la psychologie de Bloch et al. (1991) le coping est défini comme « *le processus actif par lequel l'individu, par l'auto appréciation de ses propres activités, de ses motivations, fait face à une situation stressante et réussit à la maîtriser* ». Certains auteurs francophones, pour définir ces processus mis en place par les individus, préfèrent employer les termes de comportements d'ajustement ou encore de stratégies d'ajustement. Selon George Vaillant (1993) le coping est bien à différencier des mécanismes de défense, alors que ces derniers relèvent du domaine de l'inconscient et peuvent être liés à des conflits intrapsychiques, ce qui caractérise les stratégies de coping est au contraire d'être des procédures conscientes, orientées vers la réalité extérieure et suscitées par un événement (Anaut, 2015, pp.88-89).

D'un point de vue descriptif, en face d'une situation stressante, il est classique de distinguer un coping centré sur le problème (ayant pour but de résoudre le problème ou de réduire la source de stress) et un coping centré sur l'émotion (dont l'objectif principal serait de réduire la détresse émotionnelle associée à la situation). Muller et Spitz (2003) distinguent en outre :

-Un coping actif processus par lequel l'individu essaye de supprimer un tresseur ou de minimiser ses effets en engageant une action immédiate (par exemple l'exécution judicieuse d'une tentative de résolution du problème) ;

-Un coping centré sur la recherche de soutien social instrumental (correspondant à la recherche de conseil, d'assistance) ;

Un coping centré sur le soutien social émotionnel s'appuyant sur la recherche de soutien moral, de sympathie et de compréhension. Ce dernier aurait pour les spécialistes de ce champ une valeur prioritairement négative en faisant courir au sujet le risque de déverser ses affects sans réelle implication dans l'action ;

-Un coping en termes de désengagement comportemental : il correspond à la réduction des efforts d'une personne pour faire face aux stressors. Si le désengagement d'un but inaccessible peut constituer parfois une réponse hautement adaptative (Klinger 1975), ce type de coping entraverait le plus souvent un coping efficace (Carver 1997). Il s'inscrit lui-même dans le cadre plus large (Ionescu et al., 1997) du coping évitant, qui conduit le sujet à investir des stratégies passives pour réduire la tension émotionnelle (Lighezzolo & De Tyche, 2004, pp.36-37).

7-2- L'approche psychodynamique :

Selon cette approche, le fonctionnement psychique de la résilience est complexe à appréhender car il se situe à la croisée de plusieurs dimensions. Nous pouvons tenter d'analyser le fonctionnement psychique du processus de résilience suivant deux axes principaux, d'une part du point de vue du traumatisme et de la réponse du sujet, d'autre part du point de vue des mécanismes de défense mobilisés par les individus résilients (Anaut, 2015, pp.101-102).

Dans une perspective psychodynamique, le modèle de fonctionnement de la résilience est intimement lié à l'expérience traumatique. On s'accorde actuellement pour considérer que l'on ne peut parler de résilience que lorsque l'individu a été confronté à un risque vital et éprouvé une expérience extrême de danger physique ou psychique. Ainsi, c'est le traumatisme psychologique et la menace de désorganisation psychique qui se trouvent à l'origine de l'entrée en résilience. Le processus de résilience renvoie donc à l'aptitude du sujet à surmonter le traumatisme et à la reprise d'un autre type de développement malgré la menace d'effraction psychique (Anaut, 2015, p.102).

La dynamique du processus psychique qui conduit à la résilience peut être analysée selon les deux phases suivantes :

La première phase de la résilience : concerne la confrontation au trauma ou au contexte aversif, et la mise en place de processus de résistance à la désorganisation psychique. Pour se protéger et tenter de déconstruire la réalité intolérable, diverses modalités défensives pourront être utilisées par le sujet face à la réalité aversive (p ex, bulles psychiques, invention d'une autre famille) Cette étape est caractérisée par la prépondérance du recours à des mécanismes défensifs d'urgence pour parer à l'effraction psychique p. ex, déni, répression des affects, déplacement, projection, passage à l'acte, comportements passifs-agressifs, imaginaire (Anaut,2008, p.84).

La deuxième phase de la résilience : implique l'intégration du traumatisme et la réparation (ou autoréparation) Il s'agit alors de rétablir les liens rompus par le trauma et de se reconstruire Cela peut passer par l'abandon de certains mécanismes de défense utilisés précédemment (comme le déni ou la projection) pour privilégier des formes de protection plus matures, plus souples et plus adaptées à long terme. Notamment créativité, humour, intellectualisation, altruisme, sublimation. Afin de se reconstruire, cette étape peut s'appuyer sur la nécessité de conférer un sens à la blessure. Le passage de la première phase à la seconde phase du processus de résilience s'étaye sur les possibilités d'élaboration mentale du sujet. Les qualités nécessaires au fonctionnement de la résilience supposent de la flexibilité dans les modalités d'ajustement et dans le maniement des mécanismes de défense (Anaut,2008, p.84)

7-3- L'approche psychosociale :

Cette approche est liée à l'existence de facteurs sociaux de risque (pauvreté, désorganisation de la structure familiale, etc.) et de protection (habiletés sociales, disponibilité du soutien social et des réseaux de soutien, etc.). Jacob Tebes et ses collaborateurs préfèrent parler de processus psychosociaux familiaux en relation aussi bien avec le risque d'apparition de troubles qu'avec la résilience chez les enfants de mères présentant des troubles mentaux graves. Il constate, notamment, que la performance aux tâches parentales (ou la qualité du « parentage ») est centrale pour l'installation de la résilience (Cyrulnik & Duval, 2006, pp.37-38).

Dans cette approche psychosociale, la résilience est jaugée par rapport à des repères psychosociaux et, forcément, normatifs, qui changent avec l'âge. Dans le projet Compétence de Norman Garnezy, pour considérer qu'une personne était résiliente, il fallait tout d'abord qu'elle aille bien, ce qui fut établi en utilisant comme critère la compétence psychosociale ». Celle-ci fait référence à une performance efficace, à des tâches pertinentes pour une personne d'un âge donné, dans un contexte ou dans une société déterminée, à une époque donnée. Dans

les sociétés industrialisées, cela signifie, par exemple, que l'enfant d'âge scolaire doit réussir à l'école (compétence scolaire), doit s'entendre avec les autres enfants et avoir des amis (compétence sociale), se conformer aux règles de conduite à la maison, à l'école et dans la communauté (compétence en matière de conduite). Au fur et à mesure que les individus vieillissent, de nouveaux domaines de compétence deviennent centraux (Cyrulnik & Duval, 2006, p.38).

7-4- L'approche neurobiologique :

Selon l'approche neurobiologique de la résilience, dès le début de la vie, les gènes façonnent les circuits cérébraux en interaction avec les influences de l'environnement, de façon à faciliter ou rendre plus difficile la capacité de résilience. Mais tout au long de la vie, les interactions de l'environnement et les apprentissages modifient à leur tour les circuits cérébraux. Dans la mesure où vivre des émotions positives et gérer ses liens sociaux sont des atouts pour améliorer la résilience, selon cette approche les circuits neuronaux impliqués au premier chef soient ceux qui permettent de contrôler la peur, la récompense et la régulation des émotions. Or, ces circuits ont un certain nombre de structures cérébrales en commun : l'amygdale qui régule la peur et joue un rôle important dans la récompense ; le noyau accumbens, encore appelé centre de la récompense », qui a aussi une influence sur la sociabilité ; et enfin le cortex préfrontal médian qui contribue à la régulation des interactions sociales et émotionnelles. Ces différentes structures sont interconnectées de telle façon que par exemple, la capacité d'une personne à affronter la peur est liée à sa capacité d'avoir des expériences sociales valorisantes durant des périodes difficiles et de rester optimiste face au stress. Le cortex préfrontal gauche pourrait également être impliqué dans la résilience. Lorsqu'elle est active, cette région envoie en effet des signaux inhibiteurs à l'amygdale de telle façon que l'anxiété se trouve calmée, ce qui permet aux régions frontales de reprendre leurs tâches de régulation et de planification (Tisseron, 2007, pp.32-33).

Enfin, ces différents circuits impliquent des agents neurochimiques et des hormones. Le neuropeptide Y est impliqué dans le traitement de l'anxiété et de la peur : il a été montré que chez les personnes subissant des stress importants, les performances sont meilleures quand la concentration du neuropeptide Y est élevée. À l'inverse, le cortisol semble être la principale hormone du stress, notamment associé à la dépression. De son côté, la noradrénaline aide à réagir face aux menaces en nous préparant à nous battre ou à fuir. Mais si une concentration satisfaisante permet de bien réagir, une concentration trop élevée risque de

produire une anxiété chronique. Quant à l'exercice physique, il stimulerait la résilience en augmentant la concentration des endorphines et des neurotransmetteurs (dopamine et sérotonine), ce qui réduirait les symptômes dépressifs. Parallèlement, il bloquerait la libération du cortisol (Tisseron, 2007, p.34).

On conclut donc, que l'approche de la résilience se trouve au carrefour de plusieurs théories.

8- Méthodes d'évaluation de la résilience :

Différentes échelles sont utilisées ou construites par les chercheurs afin de déterminer les critères du fonctionnement résilient et de tenter d'évaluer la résilience. Voici quelques repères dans les méthodes employées pour explorer la résilience.

Nous pouvons citer les échelles qui permettent d'évaluer la résilience :

- Le niveau d'anxiété et de dépression ;
- Le niveau de compétence sociale ;
- La réussite scolaire et intellectuelle ;
- La symptomatologie clinique (Anaut, 2008, p52).

Voici une liste des échelles de résilience les plus connues :

- Lescents et adultes ;
- ER-89 : Ego Resilience 89 Scale », pour grands adolescents et adultes ;
- RSCA : Resiliency Scales for Children & Adolescents », pour 9 à 18 ans ;
- ARQ-r : Adolescent Resilience Questionnaire », de 11 à 19 ans ;
- CYRM : Child and Youth Resilience Measure », pour 12 à 23 ans ;
- IFR-40 : Inventaire des Facteurs de Résilience », échelle française pour adolescents (Anaut, 2015, p144).

Les méthodes d'évaluation prennent en compte un ou plusieurs critères dits de résilience (ou facteurs de résilience) qui seront l'objet de cette évaluation. Les protocoles évaluatifs se fondent soit sur l'utilisation de tests ou d'échelles existants, soit sur des questionnaires et des échelles construits spécifiquement la méthodologie d'investigation de la

résilience peut comprendre des évaluations comportementales, cognitives, ou encore se centrer sur l'évaluation de traits de personnalité ou de troubles psychologiques et/ou psychiatriques. Suivant les cas, et les facteurs retenus, l'évaluation pourra porter sur l'appréciation de capacités ou de compétences (adaptation sociale, estime de soi, Q.I.) relevant de l'utilisation de tests psychologiques ou d'échelles de comportement alors que dans certains cas, l'investigation pourra tenter de vérifier l'absence de troubles comportementaux ou psychopathologiques pour attester de la résilience des sujets. Pour les très jeunes enfants un bilan pédopsychiatrique est parfois utilisé (Anaut, 2008, p.52).

Du point de vue méthodologique, plusieurs types de médiations ou d'instruments d'évaluation peuvent être utilisés, de manière complémentaire dans le cadre d'une même investigation. De même, la passation peut concerner essentiellement les sujets examinés, éventuellement soumis à des questionnaires en auto-évaluations, ou bien prendre en compte les évaluations faites par l'entourage et s'appuyer sur des observations croisées. Nous trouvons également des observations directes, effectuées sur des terrains cliniques ou des milieux dits naturels (p ex. l'école), qui peuvent participer à l'évaluation des compétences résilientes. Parmi les médiations répertoriées, l'utilisation des tests projectifs, destinés à l'étude de la structure psychique, commence à être utilisée, comme l'emploi du test du Rorschach pour accéder aux processus intrapsychiques des sujets résilients (Anaut, 2008, p.52).

Après avoir présenter un aperçu général sur la résilience, nous allons l'aborder maintenant dans le cadre de notre thème.

9- La résilience et le vieillissement :

La résilience a beaucoup été étudiée chez les enfants. D'ailleurs, Emmy Wemer, considérée comme la pionnière du concept de résilience, s'est longtemps intéressée au développement des enfants ayant vécu des bouleversements. Par la suite, des chercheurs (Cyrulnik, Delage, Ribes, Anaut ,Ionescu) ont commencé à orienter leurs études chez la personne âgée résiliente. Lors d'une interview, Boris Cyrulnik précise que la vieillesse n'est pas un traumatisme. Ce n'est pas la vieillesse en tant que telle qui est bouleversante, mais toutes les pertes qu'elle engendre (la perte d'un proche la perte des capacités physiques...). En 2014, Boris Cyrulnik rappelle que cette résilience doit être considérée comme un réaménagement du monde mental altéré par les pertes (Duarte, 2016, pp.15-16).

Ainsi, tout au long du processus de vieillissement, divers types de pertes et de changements, tant physiques que psychologiques, transforment les fonctions de l'individu, entraînant des changements dans sa façon d'être, d'agir et dans ses rôles sociaux. Ces changements constituent des défis pour le maintien du bien-être des personnes âgées, provoquent du stress et entravent le succès du troisième âge. Toutefois, le vieillissement n'est pas considéré comme un contexte à risque, car les personnes âgées y réagissent de différentes manières, développant à terme des capacités et adoptant des comportements pouvant être qualifiés de résilients. La résilience des personnes âgées peut être conceptualisée comme le maintien de la santé physique et psychologique face aux risques ou aux menaces (Anaut 2005, p.47).

De plus, on sera autorisé à parler de résilience dans le grand âge, s'il advient une forme de nouvel élan psychologique et social orienté vers la créativité, quelles qu'en soient les formes, après un traumatisme tel qu'un deuil ou la maladie d'un proche ou de soi-même. Avec un débat sur le fait que le vieillissement puisse constituer un traumatisme en soi (Ploton, 2014, p.15).

Par ailleurs, Hardy et ses collègues (2004), pour leur part, ont défini l'ainé résilient comme une personne possédant les conditions suivantes :

- La capacité à vivre des expériences dépressives ;
- Être capable de récupérer efficacement après des événements et des situations négatifs ou traumatiques ;
- Retrouver sa propre stabilité de vie à la suite d'un événement déstabilisateur ;
- Développer de nouvelles formes de planification ou d'activités à la suite d'expériences critiques (Bareche & Nini 2021, p.1179).

Les personnes âgées ont également recours au coping proactif, lié à l'utilisation de stratégies de prévention ou de réduction de l'effet des futurs facteurs de stress en s'appuyant sur les ressources accumulées tout au long de la vie , en outre, la grande maturité peut aussi provenir de la sagesse, caractéristique de la vieillesse, qui permet à la personne âgée, à partir de son expérience de vie, d'accepter et de relativiser les situations auxquelles elle est confrontée (Bareche & Nini, 2021,p.1180) .

Les observations cliniques des seniors montrent que l'on peut devenir résilient à tout âge. Ainsi, même lorsque des traumatismes anciens sont restés longtemps enfouis, le travail de résilience peut avoir lieu dans l'après-coup tardif. Des personnes âgées peuvent devenir résilientes au cours des crises qui jalonnent les phases de la vieillesse. C'est parfois à l'occasion de nouvelles blessures qui réveillent et réactualisent les anciens traumatismes. La maturation des mécanismes défensifs peut permettre l'aboutissement d'un processus de résilience qui n'avait pas pu se mettre en place dans le passé (Anaut, 2015, pp.121-122).

L'utilisation de mécanismes de défense matures (sublimation, humour, altruisme, répression, anticipation), comme les a définis Vaillant (1985) et que reprend Cyrulnik (2005), est un paramètre central de la résilience de l'âgé. Dans l'étude du groupe « Hommes de Harvard », Vaillant (1976) avait montré que, parmi les cinq valeurs prédictives de la santé mentale à 65 ans, la maturité des défenses était au deuxième rang et précédait le maintien des relations familiales. Dans son étude « Hommes de Boston » (Vaillant et Drake, 1985), il avait montré que la corrélation entre la maturité des défenses et la santé mentale était plus élevée quand les conditions sociales et familiales de l'enfance étaient défavorables. Ces mécanismes matures sont de véritables aides à la socialisation. Même si leur coût psychologique est plus élevé, ils participent à l'estime de soi, ils favorisent le partage, l'intégration. Le vieillissement remet en cause l'image et l'estime de soi, notamment dans son positionnement avec autrui. Colins et Smyer (2005) ont montré qu'un niveau élevé d'auto-estime était facteur de résilience chez la personne âgée (Ribes, p15, SD).

La résilience chez les personnes âgées ne signifie pas donc l'absence de maladies ou de difficultés liées au vieillissement. Au contraire, elle témoigne de leur capacité à surmonter les défis liés au temps qui passe et à s'adapter de manière positive à leur situation, même si celle-ci est parfois inconfortable.

10- Résilience et vieillissement réussie :

Le vieillissement réussi est un terme issu de la traduction anglo-saxonne de *successful aging*, qui renvoie sur tout à l'épanouissement personnel, il est défini comme la capacité à se désengager de la vie active pour les uns et pour les autres, il est considéré comme le maintien des activités et des attitudes déjà présentes dans le milieu de vie de façon à maintenir un sens positif de soi. Le vieillissement réussi serait défini comme l'évitement et du handicap, le maintien des activités physiques et cognitives ainsi que l'engagement dans des activités sociale et productive (Hauwel, Gely-, 2020 p.18).

Dès lors, ces individus sont capables de faire face à des stress importants, et leurs problématiques de santé (CNEG, 2010 p.18).

Certaines personnes âgées conservent une capacité de résilience qui facilite leur acceptation face aux diverses contraintes du grand âge et de la dépendance (Chotqrdr-verne, 2011, p.196).

L'allongement progressif de l'espérance de vie dans les pays occidentaux pose la question du « bien vieillir » et de la « qualité de la vie ». L'idée selon laquelle le développement de l'être humain comprend d'abord une phase de croissance, puis une phase de déclin est remise en cause. Certaines facultés cognitives, certaines particularités psychologiques peuvent demeurer intactes et parfois s'améliorer avec l'avancée en âge. La notion de « vieillissement réussi » est étudiée depuis les années 1970. Le « vieillissement réussi » est souvent proposé à de jeunes retraités dans des programmes « clés en main » avec animateurs pour bien réagir lors de la mise en retraite. Cette notion du vieillissement réussi comporte les données suivantes :

- L'absence de maladie et l'absence de handicap associé à l'âge ;
- Le maintien d'un haut niveau de fonctionnement mental ;
- La démarche d'un engagement vers des activités constructives ou altruistes (Cyrulnik & Jorland, 2012, p 131).

La résilience ne correspond pas seulement à une adaptation réussie, à des stratégies pour faire face et à des critères de vieillissement réussi. La culture du bonheur érigée en valeur suprême apporte un leurre et de nombreux effets délétères. Toutes les personnes âgées n'ont pas droit à un « vieillissement réussi ». Certaines vivent difficilement dans la solitude, dans la maladie. C'est pourquoi on ne peut pas considérer le vieillissement réussi comme une forme de résilience, même si la résilience partage certains critères communs avec le vieillissement réussi (Cyrulnik & Jorland, 2012, p.132).

11- Résilience et institution :

La résilience institutionnelle peut être définie comme la capacité à surmonter un danger manifeste. Plus précisément, la résilience est la capacité d'une institution à garder ou retrouver un état de stabilité dynamique qui lui permet de poursuivre ses opérations pendant et après un incident majeur ou en présence d'un stress continu. Cette résilience peut être de long

terme ou provenir d'une réponse à une crise. Elle peut être active ou passive ou encore proactive ou défensive. La résilience est ainsi vue soit comme une faculté d'adaptation soit comme une faculté d'anticipation ou les deux. La définition retenue est donc large dans la mesure où elle ne limite pas la résilience à la résorption de l'impact ou à la réduction des pertes mais inclut la capacité à éviter les chocs (Godard & Catelin, 2025, p 03).

De plus, Weick (1993) souligne que la résilience institutionnelle doit être prise en compte sous l'angle dynamique et processuel en cherchant à construire du sens. Être résilient permettrait donc d'être performant dans le sens où la résilience assurerait la survie et le maintien d'une institution. La résilience institutionnelle consiste à un renouveau permanent et permet d'absorber tous les éléments défavorables, elle désigne la capacité à répondre de manière productive à des changements perturbateurs importants et à transformer les défis en opportunités. Certains auteurs ont mis en avant l'importance de la résilience collective pour atteindre la résilience institutionnelle. Parmi ces auteurs, l'analyse de Weick (1993) s'est attachée à expliquer tout l'enjeu de la résilience collective. Elle permet, notamment, de relier ces deux niveaux de résilience par le biais des relations, des interactions entre individus et groupes. Selon Weick, la résilience est donc la capacité à maintenir ces interactions malgré la gravité de la crise et ceci afin d'éviter la perte de sens que cela peut induire. L'auteur caractérise la résilience institutionnelle comme un processus (Godard & Catelin, 2025, p 03).

Section2 : Vécu des personnes âgées institutionnalisées : Revue de la littérature et études antérieures :

En premier, nous allons présenter une revue de la littérature, non exhaustive, sur le vécu institutionnel.

1- Le vécu des personnes âgées institutionnalisés :

Pour comprendre la situation dans laquelle se trouve la personne âgée au sein d'une institution, nous allons présenter un ensemble de définitions du terme « vécu » et « *institutionnalisation* » qui nous permettront de bien comprendre ces deux concepts, avant de dresser une revue de la littérature, à ce sujet :

Le terme « vécu » est défini comme « *ce qui s'est passé ou qui aurait pu se passer réellement, qui fait référence à la vie elle-même, à l'expérience que l'on en a* » (Labro & Mevel, 2009, p. 1682).

On note ainsi, d'après le dictionnaire de psychologie (2012) que le vécu désigne : « *l'ensemble des événements inscrits dans le flux de l'existence, en tant qu'ils soient immédiatement saisis et « par la conscience subjective »* (Doron & Parot, 2012, p.745).

Le dictionnaire de la philosophie (2000) définit le vécu comme suit « *qui a fait objet d'une expérience individuelle concrète, effective, qui doit être considéré du point de vue du sujet engagé dans le monde »* (Baraquin et al, 2011, p.522).

C'est à ce vécu qu'on s'intéresse dans notre étude et plus précisément au vécu résilient.

De ce fait, on comprend que le vécu renvoi à ce qu'on a ressenti dans une expérience donnée. Dans notre recherche nous nous sommes intéressés au vécu des personnes âgées institutionnalisées. Car nous avons voulu mieux comprendre leur expérience personnelle dans l'institution gériatrique. Ainsi, on comprend que le vécu est propre à chacun, c'est-à-dire le vécu des personnes âgées institutionnalisées est différent de l'un à l'autre.

2- Le mode de vie en institution

La vie en institution impose aux personnes âgées d'abandonner un certain nombre de rôles (domestiques, en particulier, pour les femmes) et de reconfigurer certains autres, en particulier les rôles familiaux. En effet, l'institution pourvoit à l'ensemble des besoins des résidents : ils n'ont plus besoin ni de faire leur cuisine, ni de s'approvisionner, ni de laver leur linge, ni de faire leur ménage... Si l'abandon des tâches ménagères peut constituer un soulagement, il implique également une déstructuration de l'emploi du temps quotidien. Ces abandons imposés par l'institution de manière accélérée mettent en évidence une des caractéristiques du vieillissement aux âges élevés les rôles abandonnés sont rarement remplacés par d'autres. Lorsqu'ils le sont, les nouveaux rôles sont peu gratifiants (rôle de malade, de mourant, par exemple), peu consistants et peu structurants de la vie quotidienne. L'avancée en âge à d'autres périodes de l'existence implique les mêmes renoncements, mais ils sont compensés par d'autres rôles, conférant de nouvelles responsabilités, attachés à des statuts qui ouvrent des droits plus larges, donc davantage valorisés. Les rôles de personnes âgées ou de vieillards offerts aux individus sont d'abord définis par la perte, par l'écart (négativement perçu) avec les adultes (ce terme faisant référence dans le sens commun à la maturité) : la vieillesse et plus encore l'extrême vieillesse sont actuellement construites au mieux comme un âge inutile, au pire (et le plus souvent) comme un fardeau social. Le rôle de « résident » est marqué par l'indétermination, en particulier parce que les établissements sont

conçus comme des institutions « d'accompagnement » des personnes au grand âge et refusent de prescrire des normes de comportement (Badey-Rodriguez, 2003, p. 51).

Dans la vie en institution, la gestion de la dépendance exclut le manque et l'absence. Au lieu de représenter des besoins à satisfaire, la dépendance s'y présente comme des manques à supprimer ou à prévenir : manque de surveillance responsable d'une fugue ou d'une chute ; manque d'hygiène révélé par l'état des sous-vêtements ou d'une prothèse ; manque de prévention auquel est attribuée l'apparition d'une escarre ou la complication d'une affection chronique, etc. Dans la section résidence des Ehpad, l'autonomie représente, à l'inverse, une sorte d'autosuffisance en sursis, souvent mesurable à une organisation plus légère de la permanence du personnel, jusqu'à la survenue des signes qui trahissent le silencieux travail individuel de la dépendance. L'institution assure la liaison de la tâche principale avec ses tâches secondaires, notamment l'observation des directives de la santé publique, la prévention des risques et la sécurité procurée aux familles des résidents. Nous retrouvons là l'idée que la dépendance assure la cohésion de l'institution gériatrique (Charazac, 2016, pp.21-22).

3- L'impact de l'institut gériatrique sur la personne âgée

Chaque résident entre en établissement porteur d'une histoire unique, peuplée de ruptures antérieures qui sont généralement traumatiques. La personne âgée n'ayant pas donné son accord pour l'entrée en établissement n'a pas les moyens de gérer sa perte et d'entrer ainsi rapidement dans un travail de deuil, mécanisme nécessaire à sa reconstruction. L'entrée elle-même va toutefois ajouter de nouvelles pertes, particulièrement l'abandon, souvent du jour au lendemain, de son environnement familial, s'y ajoute également très souvent la perte des projets, étroitement liés à la liberté d'accomplir ses aspirations, ces projets n'existent plus, parce qu'ils ont souvent été construits conjointement avec les valeurs « *travail* » et « *famille* » disparus depuis fort longtemps et la vie en institution est désormais celle qui se doit de continuer un peu par la force des choses et parfois malgré tout. On mesure combien l'isolement, le sentiment d'inutilité, l'absence de reconnaissance sociale, de communication détruisent parfois les personnes âgées et poussent certaines au suicide (Oumoussa, 2014, p.6).

L'institution résiste à envisager plus avant des changements qui bénéficieraient à l'ensemble des résidents. Elle tente de conserver son fonctionnement antérieur en reléguant la démence, et les résidents les plus bruyants, dans les espaces dédiés. Les vécus d'impuissance et la massivité des angoisses liées à la désorganisation démentielle conduisent les

professionnels à avoir recours au clivage et à l'immobilisation des parties démentielles. Dans les moments de crise et de fragilisation des équipes soignantes ou de l'institution, nous avons pu observer une augmentation des actes de contention. La contention en Ehpad est de plusieurs ordres : elle désigne les contentions au fauteuil (ceintures), au lit (barrières), elle recouvre l'ensemble des limitations en vue d'empêcher l'expression d'un comportement. Elle comporte une dimension médicale et passe aussi par l'utilisation de neuroleptiques (Chardon, 2021, pp. 223-224).

4- Résilience et institution gériatrique

Elle a pour première fonction une enveloppe au même titre que le moi-peau individuel, conjugal et familial et le domicile perdu. De plus en répondant aux besoins vitaux des résidents, l'institution gériatrique consolide son système de défense narcissique (Charazac, 2015, p30).

De son côté, Motet et al (2008) considèrent que le protocole d'accueil institutionnel et les ressources psychique personnelles de la personne âgée sont deux éléments déterminants du processus d'adaptation du sujet âgée à son nouvel environnement. En effet, de l'équipe soignante, et plus encore, celle d'un ou de plusieurs membres du personnel dans l'adaptation à la vie en collectivité est notée dans l'adaptation du sujet âgé en institution.

Dans ce qui suit nous allons présenter une revue des études antérieures : algériennes et étrangères sur la question des personnes âgées placées en institutions. Cette présentation, non exhaustive, suit un ordre chronologique décroissant, nous allons commencer par les études sur les personnes âgées placées en institutions, qui vas nous permettre de bien comprendre sa situation, puis présenter les études antérieures sur la résilience des personnes âgées.

5- Les études antérieures sur les personnes âgées placées en institutions :

Nous allons aborder ici quelques études antérieures en relation avec notre thème.

Dans ce cadre, en 2023, dans sa thèse de doctorat en psychologie clinique à l'université de camf intitulée « *famille et lien résilience des tuteurs de la résilience chez les personnes âgées* » réalisée par Bareche Zeberda, et qui avait pour objectif, l'évaluation de la dimension relationnelle et des patterns interactionnels des familles des personnes âgées. Quatre sujets d'étude avec leurs familles ont constitué les cas de l'étude. Les données ont été recueillies à l'aide de l'entretien semi-directif avec une analyse de contenu ainsi qu'un

entretien familial. Les résultats ont indiqué que l'adversité affecte le bien-être de la personne âgée de plus les relations familiales harmonieuses constituent des liens résilients.

Cependant, en 2023, dans une thèse de doctorat réalisée par Ariane à l'université Félix Houphouët-Boigny institut d'Ethnosociologie, qui porte sur « *la résilience des Personnes Agées Face aux Mutations Urbaines dans les Villages Reliques Atchan* ». Cette recherche est menée grâce à l'utilisation de différents entretiens semi directif et groupe de discussion conduits dans les villages pour la collecte d'informations analysées à partir de la technique d'analyse de contenu thématique. Les résultats révèlent que face aux pressions urbaines (caractérisées par les transformations socio-économiques), pour continuer d'exister socialement, les personnes du troisième âge prennent appui sur les ressources mises à disposition par leurs communautés religieuses en l'occurrence les églises catholiques, méthodistes et harristes socialement reconnues dans leur village. Ces églises via des services pastoraux ordinaires et spéciaux ajustés aux personnes âgées, contribuent à atténuer les difficultés existentielles auxquelles celles-ci font face au quotidien. Ces églises se présentent également comme le cadre de la continuité de vie des personnes âgées. Car, elles s'y trouvent de nouveaux rôles sociaux consistant en l'assistance du corps pastoral dans l'œuvre missionnaire.

De ce fait, en 2022, dans une thèse de doctorat menée par Escourrou, à l'université de Toulouse intitulé « *étude des caractéristiques des personnes très âgées rencontrées en soins premiers et regards croisés sur leurs parcours de vie* ». La population incluse était constituée d'échantillons de personnes très âgées vivant au domicile exclusivement, ou vivant de façon mixte au domicile ou en institutionnalisation. Le chercheur a abordé deux questions :

- Quelles sont les caractéristiques physiques de ces personnes très âgées rencontrées en soins premiers ?
- Quels sont les moments clefs de leur parcours de vie durant leur vieillissement que nous devons identifier pour adapter notre approche en soins ?

Pour répondre à ces deux questions il a réalisé trois études successives avec pour objectifs propres :

L'étude N°1, était une revue systématique de la littérature portant sur les études transversales et études longitudinales type suivi de cohorte qui incluaient les personnes de 90 ans et plus vivant au domicile ou en institutionnalisation (établissement type EHPAD), dont l'objectif est

Caractériser les fonctions cognitives, fonctionnelles, nutritionnelles et physiques des personnes de plus de 90 ans.

L'étude N°2, était une étude qualitative menée par entretiens individuels au domicile de personnes âgées de 75 ans et plus vivant à domicile en Occitanie ou Bretagne. Le recueil de données s'est poursuivi jusqu'à saturation des données théoriques. L'approche inductive et l'échantillonnage théorique se justifiaient par le choix de la méthode d'analyse par théorisation ancrée. La théorisation a été menée en s'inspirant du courant de pensée de l'interactionnisme symbolique. Une triangulation des chercheurs a été réalisée tout au long du travail, dont le but est d'explorer la bascule potentielle entre le grand âge et le très grand âge à travers les perceptions des personnes âgées sur le vieillissement.

L'étude N°3, était une étude qualitative menée par entretiens collectifs et individuels au sein d'une santé Maison de Santé Pluriprofessionnelle Universitaire et auprès de médecins généralistes installés dans la région Occitanie. L'échantillonnage était théorique, le recueil des données a été poursuivi jusqu'à saturation des données théoriques. L'analyse des données s'est faite par analyse thématique, dont l'objectif est d'Explorer les perceptions des médecins généralistes concernant le vieillissement des patients très âgés. L'enquêteur a fait le choix de méthode mixtes afin de pouvoir répondre aux deux questions de recherche posée et aux objectifs propres aux 3 études qui en découlaient.

Par ailleurs, en 2022, Amro et Abassi, ont mené une étude intitulé « *La résilience psychologique chez les personnes âgées souffrant d'insuffisance rénale lors de la propagation du virus Corona* ». L'objectif de cette recherche est de mesurer et à identifier le niveau de résilience, qui est un nouveau domaine de recherche psychologique, chez les personnes âgées souffrant d'Insuffisance rénale, à la lumière de la propagation du virus Corona. La méthodologie c'est basé sur l'entretien clinique semi directif, l'observation direct et l'échelle de Davidson et Connor. Les résultats ont démontré que les personnes âgées souffrant d'insuffisance rénale, ont un très bon niveau de résilience face à la propagation du virus Corona, malgré l'anxiété et la peur remarquées sur leurs visages.

Aussi, en 2019, Minmin Tang à présenter une thèse intitulée : « *âge subjectif, satisfaction des besoins psychologiques fondamentaux, motivation et bien-être chez les personnes âgées* », dont l'objectif est de contribuer à mieux comprendre les déterminants du bien-être, dans les contextes culturels chinois et français Dans ce travail plusieurs techniques ont été utilisés : l'échelle de Satisfaction des Besoins Psychologiques Fondamentaux

(ESRPF), l'échelle de Motivation pour les Personnes Agées (EMPA), questionnaire « *âge subjectif* », l'échelle de Mesure des Manifestations du Bien-être Psychologique (EMMBEP), une fiche de renseignements sociodémographiques. La chercheuse a posé la question suivante : la différence culturelle peut-elle moduler les liens entre l'âge subjectif, la satisfaction des trois besoins psychologiques fondamentaux, la motivation et le bien-être des personnes âgées ? Dans cette thèse deux grandes études ont été réalisées auprès de populations issues de la culture chinoise et de la culture française, la première sollicitant des personnes âgées vivant à domicile et la seconde des personnes âgées vivant en institution. La première étude porte sur la contribution de l'âge subjectif et de la satisfaction des besoins psychologiques fondamentaux au bien-être psychologique (BEP) dans le cadre de la théorie de l'autodétermination (TAD). La seconde rapporte les effets d'un environnement soutenant l'autonomie sur le bien-être des personnes âgées vivant en institution, en Chine et en France. Les résultats de la première étude ont d'abord confirmé la pertinence de la TAD pour la culture chinoise dans le domaine du vieillissement. En cohérence avec la TAD et des études précédentes, elle a confirmé la contribution de l'âge subjectif et de la satisfaction des besoins psychologiques fondamentaux au BEP des personnes âgées, les résultats de la deuxième étude ont montré une association positive entre la satisfaction des besoins psychologiques fondamentaux lors d'une activité de loisir et le bien-être des personnes âgées vivant en institution, en Chine et en France.

Ainsi, en 2018, Gherbi a mené une étude intitulé « *La résilience psychologique et sa relation avec l'anxiété de la mort chez les personnes âgées aveugles et voyantes* » À l'université de Hamah Lekhder Alwadi (Alger). Cette étude a pour objectif de déterminer les niveaux de résilience psychologique et d'anxiété face à la mort parmi un échantillon de 64 personnes âgées aveugles et voyantes, et également de déterminer la relation entre la résilience psychologique et l'anxiété face à la mort parmi les membres de l'échantillon, ainsi que de déterminer les différences de résilience psychologique et d'anxiété face à la mort entre eux, en fonction des variables de déficience visuelle et de sexe. L'étude de terrain pour la présente étude a été menée sur un échantillon de personnes âgées résidant dans l'une des institutions publiques suivantes (bâtiment municipal, hôpitaux, mosquées) dans différentes régions de l'état d'El Oued – Algérie. L'auteur a basé sur la méthode descriptive, et aussi sur deux échelles, le premier est L'échelle de résilience psychologique préparée par « Mukhaymar » et comprend 47 items, répartis en 3 dimensions (engagement, contrôle, défi) et le second, Échelle d'anxiété face à la mort : L'échelle (Abdul Khaliq, (2003) a été utilisée

pour mesurer l'anxiété face à la mort, composée de (20) éléments répartis sur trois domaines. Les résultats ont montré une différence statistiquement significative entre la ténacité mentale et l'anxiété face à la mort chez les répondants, ainsi que la présence de différences statistiquement significatives dans les deux variables en fonction de la déficience visuelle variable, tandis qu'aucune différence selon le sexe.

De plus, en 2018, Maltais a mené une étude sur « *la résilience des personnes âgées à la suite de leur exposition à un sinistre* » à l'université du Québec à Chicoutimi, Canada. Cette recherche menée auprès de 124 aînés exposés aux inondations de juillet 1996 au Saguenay Lac-Saint-Jean, afin d'identifier les conséquences d'une inondation sur la santé des personnes âgées ainsi que sur leurs valeurs et leurs croyances, le chercheur a adopté une étude longitudinale, à trois temps de mesure avec un devis de recherche mixte, a été réalisé à Québec. Les résultats démontrent que deux ans ou trois ans après les inondations de juillet 1996, les victimes présentaient un état de santé physique ou psychologique plus précaire, ainsi que des conditions de vie plus difficiles que les non-sinistrés. Les victimes des inondations étaient, entre autres, plus nombreuses que les non-sinistrés à considérer que leur état de santé physique était moyen ou mauvais et à déclarer l'apparition et l'exacerbation de problèmes de santé. Plus de sinistrés que de non-sinistrés rapportaient également être aux prises avec des difficultés financières et estimaient avoir diminué le nombre de leurs activités sociales. Les sinistrés présentaient aussi plus de manifestations de l'état de stress post-traumatique et de dépression que les personnes âgées non sinistrées. Leurs scores aux échelles d'anxiété-insomnie, de dysfonctionnement social et de symptômes somatiques étaient également plus élevés, tandis que leur bien être psychologique était inférieur à celui des non sinistrés.

En outre, en 2016, Duarte a réalisé une étude intitulée « *L'ergothérapie et la résilience de la personne âgée vivant en EHPAD* ». L'auteur indiqué que l'entrée en institution engendre de nombreux bouleversement pour la personne âgée. Toutefois, l'environnement et les professionnels du santé qui accompagnent le résident peuvent l'aider à entrer dans un processus de résilience. L'étude avait pour objectif de répondre à la problématique suivante : en quoi l'ergothérapie peut-il solliciter les facteurs de résilience chez la personne âgée vivant en EHPAD ? La méthodologie s'est basée sur des entretiens semi-directif et les résultats ont indiqué que les ergothérapeutes sollicitent des facteurs de résilience par leur compétence à évaluer et à adapter l'activité au résident.

En fin, en 2012, Mekeddem et Mosbaiyah ont réalisé une étude intitulé « *Résilience psychologique des personnes âgées et sa relation avec le niveau de qualité de vie* », à L'université de Khemis Miliana, Ain Defla (Algérie). L'étude avait pour objectif de révéler la relation entre la résilience psychologique des personnes âgées et leur qualité de vie, et à déterminer s'il existe des différences statistiquement significatives entre les personnes âgées dans leur niveau de résilience psychologique et leur qualité de vie. La méthodologie s'est basée sur des échelles : la première pour la résilience psychologique et la seconde pour la qualité de vie sur un échantillon de 150 hommes et femmes âgés, choisis intentionnellement, et elles ont adopté l'approche corrélationnelle descriptive. Les résultats ont indiqué qu'il existe des différences statistiquement significatives dans le niveau de résilience psychologique et le niveau de qualité de vie en faveur de la moyenne de l'échantillon, car le niveau de résilience psychologique chez les personnes âgées d'Ain Defla est élevé tandis que le niveau de leur qualité de vie est moyen. Il est également apparu clairement qu'il existe une forte relation statistiquement significative entre la résilience psychologique et le niveau de qualité de vie.

Synthèse

Pour conclure, on constate que la résilience est la capacité de l'être humain à faire face à des difficultés significatives, impliquant plusieurs facteurs. Cette notion a marqué l'histoire par ses évolutions et ses intégrations dans divers travaux de différents domaines. Elle est également liée à plusieurs concepts de manière variée. De plus, la résilience a eu un impact important dans les recherches de nombreux théoriciens et spécialistes, qui ont exploré ses différents aspects et ont développé des méthodes d'évaluation pour mesurer la résilience.

En ce qui concerne la résilience chez les personnes âgées, on peut observer comment cette capacité à s'adapter et à surmonter les défis se manifeste tout au long du processus de vieillissement.

Concernant le vécu, cette notion peut être envisagée sous plusieurs perspectives, notamment la psychologie et la philosophie. Le mode de vie en institution diffère largement du mode de vie habituel. Pour les personnes âgées, les effets du placement en institution gériatrique peuvent être à la fois positifs et négatifs.

Dans ce qui suit, nous allons présenter notre problématique, et notre hypothèse et l'opérationnalisation des concepts clés.

Problématique et hypothèse

Dans la vie, l'être humain passe par plusieurs étapes et période de développement : l'enfance, l'adolescence, ensuite l'âge adulte et la vieillesse. Ainsi des changements d'ordre physiologiques, psychologiques et sociales se manifestent à chaque stade.

L'arrivée à l'âge adulte et la dernière étape de la vie, la vieillesse, s'accompagnent de changements notables, tels que la fragilité, la perte d'autonomie et une diminution de certaines capacités cognitives et motrices.

Bien que, certaines personnes âgées conservent leur autonomie physique et mentale, d'autres, en revanche, peuvent souffrir de déficiences nécessitant une assistance quotidienne.

À ce sujet, l'entrée dans la vieillesse n'est pas corrélée à l'âge d'état civil et, de même que la prise de conscience du vieillissement, elle reste individuelle et subjective.

On outre, L'OMS indique qu'en 2020, il y avait déjà 1 milliard de personnes âgées de 60 ans et plus, et ce nombre devrait atteindre 1,4 milliard d'ici 2030, Le nombre de personnes âgées de 80 ans et plus devrait tripler entre 2020 et 2050, atteignant 426 millions en 2024, on estimait qu'environ 12% de la population mondiale était âgée de 60 ans et plus. Les Nations Unies prévoient que cette proportion atteindra 26% d'ici 2050 (<https://www.who.int>).

D'ici à 2030, une personne sur six dans le monde aura 60 ans ou plus. Dans le même temps, la population âgée de 60 ans et plus passera de 1 milliard de personnes en 2020 à 1,4 milliard. En 2050, la population de personnes âgées de 60 ans et plus dans le monde aura doublé pour atteindre 2,1 milliards de personnes. Le nombre des personnes âgées de 80 ans et plus devrait, pour sa part, tripler entre 2020 et 2050 pour atteindre 426 millions (<https://www.who.int>).

Selon l'ONS (2024) la population de 60 ans et plus représente 10,5 % de la population totale en Algérie.

Dans ce cadre, Le Rouzou (2008) note que la vieillesse est une phase du développement où s'accroissent les différences interindividuelles sous tous les angles, sans doute liés entre eux, du fonctionnement personnel (cognitif, conatif, relationnel, etc.).

Ribes (2008) de son côté, précise que le vieillissement est un processus complexe, lent et progressif, impliquant 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).

De plus pour Ploton (2017), le vieillissement serait un processus propice pour s'ouvrir à une expérience de transcendance intra, inter ou transpersonnelle.

En effet, au-delà de l'image de la vieillesse conçue comme une période de vulnérabilité, le vieillissement peut également être abordé à partir des ressources qui permettent au sujet de trouver ou de consolider un sentiment de bien-être ce qui reflète un vieillissement réussi (Anaut, 2015, p.122).

Selon le modèle de Rowe et Khan (1998), un vieillissement réussi résulte de la combinaison de trois facteurs : un faible risque d'apparition de maladies susceptibles d'entraîner une perte d'autonomie, le maintien d'un engagement social de qualité, et la préservation d'un haut niveau de fonctionnement sur le plan cognitif et physique.

Toutes les recherches démontrent que, malgré les difficultés liées à l'âge, il est possible de trouver des sources de force intérieures et extérieures qui permettent de surmonter les épreuves.

Étant définie, face à la fragilité et à la perte d'autonomie, les personnes âgées peuvent se retrouver isolées, sans soutien familial suffisant. Dans ces situations, les structures d'accueil représentent souvent leur dernier recours.

De ce fait, le placement en institution est rarement un choix personnel de la personne âgée. Souvent, c'est la famille qui prend cette décision, laissant le sujet âgé sans autre alternative que l'accueil en structure.

Selon Montavni et Rolland (2008), l'entrée en institution des personnes âgées s'inscrit dans un contexte complexe. Elle peut avoir parfois une dimension stratégique, mais elle apparaît le plus souvent contrainte, pour des raisons multiples qui ne tiennent pas seulement à un état mesurable de santé, mais aussi aux ressources mobilisables, à la perte des supports relationnels, et surtout, aux limites des solutions mises en œuvre (Montavni, Rolland, et al, 2008, p.07).

Par ailleurs, l'entrée en institution pour les personnes âgées peut se révéler être une expérience douloureuse. Il arrive parfois dans un âge plutôt avancé qu'une décision de placement s'effectue lorsqu'il devient difficile de subvenir seul à ses besoins. Que l'on entre dans l'une de ses structures pour des raisons de santé, d'incapacité de se mouvoir ou

d'effectuer les gestes simples du quotidien, en résulte un transfert de responsabilité qui pourrait être difficilement vécu (Giacomino, 2014, p.02).

Dans ce cadre, les institutions pour personnes âgées, aussi appelées maisons de retraite ou résidences pour personnes âgées, sont des établissements qui offrent un logement, des soins et des services aux personnes âgées qui ne peuvent plus vivre seules en raison de problèmes de santé, de mobilité ou de besoins d'assistance. Ils peuvent offrir différents niveaux de soins, allant des soins de base aux soins médicaux spécialisés.

C'est ainsi que le placement va remplir plusieurs fonctions déterminantes, telles que: la mise en sécurité objective, mais aussi ce faisant une mise à distance du demandeur et de la menace qu'il représentait (sans solutionner pour autant la question de l'ambivalence), un transfert de responsabilité sur d'autres, avec des possibilités de triangulation relationnelle, mais aussi de déplacement (de rotation) de la persécution, un remplacement de la culpabilité de ne pas pouvoir satisfaire la demande par celle de l'avoir placé ou, plus précisément, de l'avoir placé dans une situation où il sera nécessairement frustré .

Des statistiques déclarées par le ministère de la solidarité algérienne, montrent l'existence de 28 institutions réservées aux personnes âgées, avec une capacité d'accueil de 2123 personnes durant l'année 2008 et ce chiffre augmentera en 2009 pour atteindre 39 institutions avec une capacité de 4539 pensionnaires, alors que le gouvernement adopte un projet de loi pour protéger ces personnes d'un éventuel abandon par leurs enfants (Deghagh, 2012, p.4).

Par ailleurs, la prise en charge institutionnelle reste plutôt exceptionnelle en Algérie, le pays ne compte en effet que 33 centres accueillant un total de 1130 personnes âgées ainsi que quelques pavillons situés au sein d'établissements appelés diar-rahma. Parmi ces 33 établissements, 24 structures sont gérées par l'état, tandis que les 9 autres sont réparties entre les associations et les communes comme suit : foyers pour personnes âgées et/ou handicapées gérés par le mouvement associatif : 4 foyers pour personnes âgées et/ou handicapées sont gérés par le mouvement associatif ils accueillent en moyenne 100 personnes âgées par an, et foyers pour personnes âgées et ou handicapées gérés par les communes 5 foyers pour personnes âgées et/ou handicapées sont gérés par les communes des wilayas de Chlef, Tlemcen, Misila, Oran et Khenchela, ils accueillent en moyenne 80 personnes âgées par an. Il convient de signaler que 8 autres établissements destinés à accueillir des personnes âgées sont

en cours de réalisation à travers le territoire national dans les wilayas de Ghardaia, Biskra, Tamenrasset, Tébessa, Alger Oran, Souk Ahras (Bouaziz, 2018, pp.174-17).

En ce sens, le changement radical de rythme et d'environnement, la perte d'autonomie et la rupture des habitudes peuvent rendre difficile l'adaptation des personnes âgées à la vie en institution, engendrant parfois un sentiment de désarroi et de solitude.

Néanmoins, la capacité de ces personnes à s'adapter et à trouver un nouveau sens à leur vie en tissant de nouveaux liens sociaux, en participant à des activités stimulantes et en s'appuyant sur le soutien du personnel soignant témoigne de leur résilience face à l'adversité.

Dans le domaine de la psychologie, le concept de résilience est apparu dans les années 1960 et 1970 à partir des études menées auprès d'enfants qui ont grandi et se sont développés dans des conditions défavorables et à haut risque (pauvreté extrême et/ou parents schizophrènes) et, qu'en dépit de cela, ils ont montré un développement psychologique adéquat (Masten & Barnes, 2018, p.1).

Certains auteurs, associent davantage la résilience à un trait caractéristique inné chez un individu, alors que pour d'autres, la résilience est un processus qui se modifie tout au long de la vie (Bareche & Nini, 2021, p.03).

Pour cela, la résilience selon Lusted (2011) est la capacité à « rebondir » face aux inévitables pressions et aux moments difficiles de la vie. Elle nous aide à gérer le stress, à surmonter les désavantages de la vie, à nous remettre d'un traumatisme et à nous ouvrir aux autres et aux opportunités.

Ou encore, pour Michallet (2010) La résilience est la capacité à réussir, de manière acceptable pour la société, en dépit d'un stress ou d'une adversité qui comportent normalement le risque grave d'une issue négative.

De ce fait, Cyrulnik estime que l'entrée en maison de retraite peut améliorer la situation de vie d'une personne âgée, et Ploton indique que les personnes âgées peuvent trouver une nouvelle énergie dans l'institution telle que l'EHPAD, c'est pourquoi parler de résilience institutionnelle est cohérent, puisque cela reste possible. De même Duarte estime que peut être un lieu propice à la résilience à condition de prendre le résident dans sa globalité et de l'aider avec des choses qui lui font sens pour qu'il retrouve un nouvel élan vital.

De plus, la résilience apparaît suite à une adversité. Cette dernière est polymorphe. Dans le cadre de notre étude, elle est représentée par le vieillissement et le placement en institution.

En effet, la résilience est possible à tout âge, même à un âge avancé. D'ailleurs lors d'un entretien en 2012 avec la journaliste du Figaro Pascale Senk, Serban Ionescu parle d'une étude effectuée en Suède et en Belgique montrant que « le niveau de résilience augmente avec l'âge (Duarte, 2016, p15).

On note que, la résilience des personnes âgées peut être conceptualisée comme le maintien de la santé physique et psychologique face aux risques ou aux menaces (Mehta et al., 2008, p.239).

Selon Staudiger et ses collègues (1999), la résilience chez les personnes âgées est la capacité de maintenir un niveau élevé de satisfaction à la vie malgré l'augmentation des risques liés aux pertes et à l'apparition de maladies, en évitant les expériences dépressives liées à ces événements.

Rayburn (2025) ajoute que les personnes âgées qui trouvent un sens à leur vie malgré les difficultés, restent ouvertes à de nouvelles expériences et flexibles dans leurs approches. Un vieillissement réussi implique une adaptation, permettant aux personnes âgées d'investir des ressources dans ce qui leur tient à cœur. La résilience dans le vieillissement n'élimine pas le stress et les pertes, mais facilite une guérison finale, en fournissant un sens et un sentiment de rayonnement.

Dès lors, certaines personnes âgées conservent une capacité de résilience qui facilite leur acceptation face aux diverses contraintes du grand âge et de la dépendance. Lorsque la personne vieillit, devenir résilient c'est accepter la perte de sa vie d'avant et de donner du sens au présent.

Dans ce cadre on constate que ces dernières années quelques chercheurs se sont penchés sur la résilience des personnes âgées dont notamment, Bareche Zeberda (2023), dans sa thèse de doctorat en psychologie clinique à l'université de Constantine intitulée « *famille et lien résilience des tuteurs de la résilience chez les personnes âgées* » et qui avait pour objectif, l'évaluation de la dimension relationnelle et des patterns interactionnels des familles des personnes âgées. Quatre sujets d'étude avec leurs familles ont constitué les cas de l'étude. Les données ont été recueillies à l'aide de l'entretien semi-directif avec une analyse de

contenu ainsi qu'un entretien familial. Les résultats ont indiqué que l'adversité affecte le bien-être de la personne âgée de plus les relations familiales harmonieuses constituent des liens résilients.

Aussi, Salles et Couturier ont mené une recherche sur la résistance des aînés institutionnalisés. Cette recherche menée dans trois établissements pour personnes âgées (EHPAD) en France, à partir d'une démarche qualitative et compréhensive, a suivi une procédure identique, 24 résidents ont été interviewés dans trois EHPAD implantés en milieu rural français. Les chercheurs ont utilisé un entretien avec les cadres (direction, soins infirmiers, parfois un psychologue ou animateur) pour constituer une liste de 20 à 30 personnes, sur les 100 à 150 résidents et aussi l'observation qui permet d'investir les lieux et leurs usages par la participation aux activités collectives, repas animation... Le résultat de cette étude a montré que : la résistance n'est peut-être pas toujours là où on l'attend, l'EHPAD, si souvent d'écrit dans le sens commun, devenant pour l'occasion un support à celle-ci.

De plus, durant notre pré-enquête qui était menée au foyer des personnes âgées de Bejaia, qui a duré 15 jours, nous avons recueilli des informations mettant en évidence la résilience des personnes âgées, qui se diffère d'une personne à une autre. Il est clair que chaque cas est unique et aussi il est important de noter que la résilience se présente sous différentes formes, certaines personnes affichant une résilience plus marquée que d'autres, tandis que certains ont une résilience moyenne et peuvent avoir besoin de plus de soutien et de temps pour s'adapter.

Pour la réalisation de notre recherche, nous avons opté pour l'approche intégrative. Cette approche, qui combine plusieurs perspectives, méthodes et théories, nous permettra d'obtenir une compréhension plus complète et plus efficace de notre sujet d'étude : la résilience et le vécu des personnes âgées institutionnalisées qui est notre sujet de recherche. L'approche intégrative nous permettra de tenir compte de la complexité du phénomène étudié, en intégrant des dimensions psychologiques, sociales et environnementales, ce qui est crucial pour appréhender la résilience dans sa globalité. L'intégration de différentes perspectives théoriques nous permettra d'éclairer le phénomène de la résilience sous différents angles, en tenant compte des facteurs individuels, contextuels et socioculturels des personnes âgées institutionnalisées.

Afin d'évaluer la résilience chez les personnes âgées placées en institutions et ainsi de vérifier notre hypothèse de recherche, nous avons choisi d'adopter un entretien semi

directif, car, il offre une certaine flexibilité dans la conduite de notre entretien, permettant d'approfondir certains sujets en fonction des réponses des participants. Ensuite, il permet d'aller au-delà des réponses superficielles et d'explorer les expériences et les ressentis des personnes âgées de manière plus approfondie. Enfin, le guide peut être adapté en fonction des spécificités des participants et de leurs expériences, ce qui permet d'obtenir des informations plus riches et plus pertinentes.

De plus, on a eu recours à l'échelle de résilience « *Connor et Davidson CD-RISC* » cette échelle constitue un choix judicieux pour évaluer la résilience des personnes âgées en institution. Sa fiabilité et sa validité scientifiquement établies garantissent la cohérence et la précision des résultats. De plus, son caractère spécifique à la mesure de la résilience assure une évaluation précise de ce concept. Enfin, sa facilité d'administration et de compréhension simplifie la collecte de données auprès des participants.

À partir de ce qu'on bien énoncé ci-dessus, notre question est formulée de la manière suivante :

Question

Existerait-il une résilience chez les personnes âgées placées en institutions et composant notre groupe de recherche ?

Hypothèse

Oui, il existerait une résilience chez les personnes âgées placées en institution et composant notre groupe de recherche.

Opérationnalisation des concepts clés de la recherche :

1-La personne âgée

- Une personne de grand âge
- Une personne plus de 65ans
- Vieux
- Vieillesse
- Fragilité

-Perte d'autonomie

-Dépendance

-Retraite

2-L'institution gériatrique

-Service de soin

-Lieu de vie

-Etablissement d'hébergement

-Organisation d'accueil

-Lieu de résidence avec assistance médicale

3-Placement

-Nouvel environnement

-Installation

-Changement de lieu de vie

-Hébergement

-Transfert vers une institution

4 -Résilience :

-Adaptation

-Récupération

-Persévérance

-Résistance

-Acceptation

-Se relever après une chute

-Se reconstruire après une perte

Partie pratique

Chapitre III

Méthodologie de la recherche

Préambule :

Tout travail de recherche nécessite l'application d'une méthodologie rigoureuse, afin de mener une investigation de la manière la plus efficace et la plus adaptée au type de recherche et aux objectifs du chercheur. De plus, le chercheur doit être en mesure d'énoncer et d'expliquer clairement toute la démarche de son étude, en exposant les méthodes et les outils auxquels il a eu recours. C'est dans cet esprit que ce chapitre, intitulé « *La méthodologie de la recherche* », va illustrer l'approche adoptée dans notre travail de recherche.

De ce fait, après la présentation des deux chapitres précédents qui ont constitué le côté théorique de notre recherche, nous allons maintenant présenter le côté pratique qui consiste en premier lieu la méthodologie de recherche. L'objectif de ce chapitre étant de présenter la démarche méthodologique de cette étude.

Ce chapitre abordera, dans un premier temps, les limites de notre recherche. Nous exposerons ensuite la méthodologie adoptée, décrivant le lieu de la recherche ainsi que le groupe de recherche, en précisant les critères d'inclusion et d'exclusion utilisés. Nous présenterons ensuite les outils employés pour collecter les informations nécessaires et leur analyse. Par la suite, nous illustrerons le déroulement de la pré-enquête et de l'enquête elle-même. Enfin, nous évoquerons l'attitude du chercheur et les difficultés rencontrées lors de la réalisation de cette étude. Ce chapitre se conclura par une synthèse des éléments abordés.

1- Limites de la recherche :

Nous allons revenir ici sur les délimitations de notre étude :

- Limite spatiale : Le foyer pour personnes âgées et/ou handicapées de Sidi Ouali à Béjaia (Algérie), c'est le seul lieu où notre population d'étude est disponible.
- Limite temporelle : Du 03 Mars 2025 au 16 Avril 2025. C'est une délimitation en lien avec la durée accordée pour réaliser cette étude par les instances concernées.
- Limite du groupe : L'enquête a porté sur huit personnes âgées. Le groupe est restreint en raison de conditions extérieures à notre volonté.
- Outils : Entretien de recherche semi directif, doté d'un guide d'entretien et l'échelle de Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) pour mesurer la résilience.

- Approche : Intégrative.

Dans ce qui suit, nous allons exposer la méthode retenue pour réaliser notre étude.

2- Méthode utilisée dans la recherche

La recherche scientifique, c'est avant tout un processus, une démarche rationnelle qui permet d'examiner des phénomènes, des problèmes à résoudre, et d'obtenir des réponses précises à partir d'investigations. Ce processus se caractérise par le fait qu'il est systématique et rigoureux et conduit à l'acquisition de nouvelles connaissances (N'DA ,2015, p.17).

Dans ce cadre, la recherche scientifique en psychologie, tout comme dans les autres domaines scientifiques, est une exploration systématique et logique visant à comprendre les phénomènes. Le choix de la méthode de recherche est primordial car elle doit correspondre aux objectifs du chercheur pour permettre une compréhension optimale des phénomènes étudiés. Dans ce contexte, nous avons choisi d'utiliser une démarche qualitative, une méthode couramment employée dans la recherche sur le terrain en sciences humaines et sociales, notamment en psychologie clinique.

2-1- La démarche qualitative :

Il est à rappeler, comme notre thème l'indique, que notre recherche est de nature exploratoire, car la question traitée dans notre étude est émergente et peu ou mal connue. Or la population algérienne vieillit et les chercheurs de demain doivent s'en préoccuper.

La recherche exploratoire est habituellement qualitative. Ce qui a déterminé notre choix de la démarche adoptée.

En effet, les méthodes qualitatives ne sont ni plus ni moins pertinentes que les méthodes quantitatives. Elles possèdent un spectre d'utilisation à la fois spécifique et relativement large : elles sont mobilisées comme méthodes exploratoires. Elles permettent essentiellement de faire apparaître des dimensions qui ne sont pas directement visibles par le biais des approches quantitatives (Alami et al., 2019, pp.12-13).

Dans l'approche qualitative, le chercheur part d'une situation concrète comportant un phénomène particulier intéressant et ambitionne de comprendre le phénomène et non de démontrer, de prouver, de contrôler quoi que ce soit. Il veut donner sens au phénomène à

travers ou au-delà de l'observation, de la description, de l'interprétation et de l'appréciation du milieu et du phénomène tels qu'ils se présentent (N'DA, 2015, p.22).

Donc, cette démarche s'intéresse aux expériences vécues, aux significations et aux interprétations des individus. De ce fait, nous avons opté pour cette démarche afin de bien saisir le vécu des sujets de notre étude vis à vis de leur vieillesse et de leur placement en institution, c'est pour comprendre en profondeur leurs éprouvés et pour une meilleure interprétation du ressenti subjectif de cette population.

De plus, ce choix permet d'explorer l'expérience personnelle de nos sujets d'étude, qui reste un phénomène difficile à mesurer et qui exclut donc le recours à une démarche quantitative, il faut le dire on ne peut pas mesurer un vécu mais plutôt le décrire, le comprendre et en saisir le sens. Ajouter à cela, cette approche permet de tenir compte du contexte social et de l'environnement culturel vécu par les individus concernés par l'étude, et justement, notre recherche implique des sujets âgés et placés en institution. Enfin, cette démarche convient à notre problématique à la fois sensible et complexe.

2-2- La méthode clinique :

Par ailleurs, étant donné que la psychologie clinique donne une place primordiale pour la spécificité, la signification, l'intériorité, la totalité et la singularité, nous avons donc penché vers la méthode clinique qui s'avère la plus adéquate pour notre travail de recherche.

Dans ce cadre, la méthode clinique consiste à considérer le sujet (individu, groupe ou institution) dans sa singularité historique et existentielle pour l'appréhender dans sa totalité à travers une relation personnelle nouée avec lui. Cette méthode mène le chercheur à l'examen approfondi, à l'aide des méthodes qualitatives qui lui paraissent pertinentes, d'un cas individuel en situation. La démarche mène généralement à la formulation d'un « *diagnostic* » (ou « *audit* ») du cas considéré (Mucchielli, 2009, p.45).

Selon Lagache, fondée strictement sur des cas singuliers, des relations ou faits que l'on peut généraliser ou vérifier, la méthode clinique pose toujours la question de la mise en œuvre de l'inférence des résultats (généralisation à d'autres situations similaires) Celle-ci est loin d'être évidente en psychologie clinique (Lavarde, 2008, p.167).

Ensuite, la psychologie clinique met en évidence l'exploration en profondeur des expériences, des pensées, des comportements d'un individu afin de mieux comprendre ses

difficultés, ainsi elle est consacrée pour l'étude approfondie des cas individuelles. L'étude de cas est une approche méthodologique qui consiste à étudier une personne, une communauté, une organisation ou une société individuelle. Comme le suggère son nom, l'étude de cas se penche sur une unité particulière quelconque (Gauthier, 2009, p.200).

Notre choix s'est porté sur cette méthode pour réaliser notre étude.

2-3- L'étude de cas :

Compte tenu de la nature individuelle de notre recherche, l'étude de cas s'avère être la méthode la plus appropriée pour notre travail. L'étude de cas est définie par Robert Yin (1989) comme « *une enquête empirique qui étudie un phénomène contemporain dans son contexte de vie réelle, où les limites entre le phénomène et le contexte ne sont pas nettement évidentes, et dans lequel des sources d'informations multiples sont utilisées* » (N'DA, 2015, p.121).

Étudier un cas, « *c'est bien le découper parmi les autres, comme représentant d'une caractéristique, d'une essence, lui faire subir une analyse (et non pas le laisser se présenter tel qu'il est : étudier n'est ni photographier ni raconter). On mesure alors les points de convergences avec l'idéal de la méthode clinique (singularité, totalité, concret, humain) et les divergences (analyser, transformer, faire apparaître...)* » (Pardinielli & Fernandez, 2015, p.51).

De plus, 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 & Bénony, 2003, p126).

On constate alors que l'étude de cas s'est avérée être la méthode de recherche la plus appropriée pour notre étude. En effet, elle nous a permis d'approfondir notre compréhension de la résilience chez les personnes âgées en institution, un phénomène complexe et spécifique. Grâce à cette approche, nous avons pu recueillir des données riches et détaillées, permettant

d'illustrer notre problématique de manière concrète et de tester notre hypothèse de manière rigoureuse.

En somme, notre recherche s'appuie sur une démarche qualitative, combinant la méthode clinique et l'étude de cas, afin d'explorer la résilience chez les personnes âgées en institution et de vérifier notre hypothèse.

Passons maintenant à la présentation du lieu de notre étude.

3- Lieu de recherche

Nous avons effectué notre travail de recherche au FPAH "Foyer pour Personnes Âgées et/ou Handicapées". Il s'agit d'un type d'établissement de prise en charge. Il est situé à la cité Sidi Ouali, à Bejaia (Algérie). Ce foyer a une capacité d'accueil de 100 résidents, il accueille des personnes âgées (de plus de 65 ans) sans soutien ni ressources et des personnes atteintes de handicaps moteurs (de plus de 15 ans) qui manquent de soutien, de ressources et sont reconnues inaptes au travail ou ne pouvant bénéficier d'une rééducation fonctionnelle. En plus des pensionnaires l'établissement accueille des sans domicile fixe. Le décret de sa création est le décret exécutif n 1/153 du 02 février 2001.

L'établissement est d'une superficie de 2374 m² bâtie et 5722 m² d'espace vert. Il est composé d'un sous-sol, d'un bloc d'accueil, d'un bloc administratif, d'un bloc réservé pour l'équipe médico-psycho-pédagogique constitué d'un bureau de l'assistante sociale, d'une salle de consultation, d'une infirmerie, d'un bureau de psychologue clinicien, et d'un bureau des éducateurs et veilleurs de nuit. Il est aussi composé d'un bloc d'hébergement, dont 30 chambres à un lit, 29 chambres à deux lits, quatre sanitaires, deux douches, une salle de séjour, buanderie, salle de prière, salle de sport, cafétéria, une terrasse, cuisine et un réfectoire.

L'établissement a pour mission d'assurer une prise en charge médicale, psychologique et sociale adaptée à ses résidents. Il œuvre également pour favoriser les relations entre les résidents et leurs familles et soutient la réintégration familiale lorsque cela est possible. Le FPAH propose diverses activités visant à promouvoir le bien-être de ses résidents, notamment des activités culturelles, sportives, récréatives et de loisirs.

Nous avons retenu ce lieu car c'est lui qui accueille la population de notre étude, il est d'ailleurs le seul au niveau de notre wilaya. Après le lieu de notre étude, nous allons présenter notre groupe d'étude.

4- Groupe de recherche :

Notre recherche s'est effectuée auprès des personnes âgées placées au FPAH "Foyer pour Personnes Âgées et/ou Handicapées" de Sidi Ouali à Béjaïa, Notre groupe de recherche se compose de huit personnes âgées (dépassant 65 ans) sélectionnées à partir des critères de sélection mentionnés ci-dessus :

4-1- Critères d'inclusion

Afin de limiter les biais de cette étude, nous avons définis des critères d'inclusion :

- Age égal ou supérieur à 65 ans, conformément aux données de l'OMS à ce sujet (âge correspondant à la personne âgée, sujet de notre étude) ;
- Sexe féminin et masculin ;
- Sujets placés en institution ;
- Sujets aptes physiquement et mentalement à participer à l'étude ;
- Sujets informés du but de l'étude et qui ont donné leurs consentements à y participer

4-2- Critères d'exclusion

Afin de limiter les biais de cette étude, nous avons défini également des critères d'exclusion :

- Sujets ayant moins de 65 ans ;
- Sujets non placés en institution ;
- Sujets atteints de troubles mentaux ou de handicaps physiques sévères ;
- Absence ou impossibilité de communication verbale ;
- Refus de participation à la recherche.

Dans ce qui suit, nous allons illustrer dans un tableau les caractéristiques de notre groupe de recherche. Ce tableau comporte les prénoms des cas, que nous avons évidemment modifié afin de préserver l'anonymat des participants dans le cadre respect des règles de l'éthique et de la déontologie de la recherche en psychologie clinique, aussi il porte sur l'âge, la situation matrimoniale, le niveau d'instruction ainsi que la durée de placement.

Tableau n°1 : Caractéristiques du groupe de recherche

| Prénom | Age | Niveau d'instruction | Situation matrimoniale | Durée de placement en institution |
|---------------|------------|-----------------------------|-------------------------------|--|
| Farid | 65ans | Secondaire | Célibataire | 5 ans |
| Fatah | 68ans | Secondaire | Célibataire | 7 mois |
| Salah | 75ans | Secondaire | Célibataire | 7 ans |
| Kamel | 74ans | Analphabète | Veuf | 1 ans |
| Rafik | 65ans | Secondaire | Célibataire | 5 ans |
| Karim | 66ans | Secondaire | Célibataire | 4 ans |
| Hamid | 66ans | Primaire | Célibataire | 13 ans |
| Yamina | 67ans | Primaire | Veuve | 6 ans |

À partir de ce tableau, on remarque que notre groupe de recherche se compose de sept hommes et une femme, sont tous célibataires sauf M. Kamel et Mm Yamina sont veufs. Les sujets ont entre 65 ans et 75 ans. La majorité ont un niveau d'instruction : secondaire et primaire à l'exception de M. Kamel qui est analphabète. Leur durée de placement varie entre 7 mois à 13 ans, donc M. Kamel et M. Hamid sont les plus anciens dans le foyer par rapport aux autres pensionnaires.

On n'a pas pris en considération la durée du placement en institution comme critère de sélection, cela ne veut pas dire qu'il n'est pas un facteur important dans cette étude, mais cela nous a été imposé par la réalité du terrain relative à la non disponibilité des sujets de recherche car beaucoup correspondraient pas à cette recherche.

5- Outils de recherche :

Dans ce qui suit, nous aborderons les outils que nous avons utilisés pour accomplir notre travail de recherche. Nous avons d'abord commencé par l'entretien de recherche, plus

particulièrement, l'entretien de recherche semi-directif, car il nous permet d'avoir un premier contact avec nos sujets de recherche et d'installer une relation de confiance avec eux avant la passation de l'échelle. Aussi, il permet de nous apporter des indices sur le vieillissement ainsi que sur la résilience des sujets. De ce fait, l'entretien de recherche permet de fournir une description des personnes âgées placées en institution.

Par la suite, nous avons enchaîné avec la passation d'un outil psychométrique, qui est l'échelle de Connor Davidson Résilience Scale (CD-RISC) Cet échelle nous permet de mesurer de manière objective la résilience chez les personnes âgées placées en institution, dans le but de confirmer ou d'infirmer notre hypothèse de recherche.

Nous allons à présent les détailler :

5-1- L'entretien de recherche

Tout d'abord, le Petit Robert définit le terme entretien comme une « action d'échanger des paroles avec une ou plusieurs personnes » (Chiland, 2013, p.1).

Par la suite, l'entretien clinique se définit comme « *une rencontre intersubjective, au cours de laquelle c'est une subjectivité qui rencontre une autre subjectivité. Le « je » du consultant entre en relation immédiate avec le « je » du récepteur-clinicien* » (Chouvier & Attigui, 2016, p.24).

Dès lors, l'entretien permet d'obtenir des informations sur la souffrance du sujet, ses difficultés de vie, les événements vécus, son histoire, la manière dont il aménage ses relations avec autrui, sa vie intime, ses rêves, ses fantasmes. Il apparaît donc comme un outil unique si l'on veut comprendre un sujet dans sa spécificité et mettre en évidence le contexte d'apparition de ses difficultés (Bénony & Chahraoui, 1999, pp.11- 12).

De ce fait, l'entretien est processus de communication à travers lequel des interactions naissent entre l'enquêteur et l'enquêté.

En effet, l'entretien est une méthode d'investigation préparée et planifiée. Par cette technique, l'enquêteur cherche des informations sur les opinions, les attitudes, les comportements d'un ou plusieurs individus. Ce prélèvement qualitatif comme le souligne Angers se réalise par l'interrogation directe, « *le chercheur interroge telle personne parce que cette personne possède telle caractéristique, parce qu'elle appartient à telle couche sociale,*

parce qu'elle a connu tel type d'expérience », et les réponses obtenues constituent le fondement de l'entretien (Hamel, 2011, p.33).

Par conséquent, « l'entretien de recherche n'a ni visée diagnostique ni visée thérapeutique. Mais il n'est pas pour autant dénué de but. Il correspond en fait à un plan de travail du chercheur » (Castarède, 2013, p.139).

Dans l'entretien clinique « le psychologue est centré sur la dynamique de la vie psychique du sujet qu'il cherche à saisir à travers des données objectives ainsi qu'en utilisant sa propre subjectivité comme instrument de compréhension en s'appuyant sur les phénomènes de résonance, d'empathie et d'intuition. Il met aussi en œuvre des interventions techniques spécifiques pour comprendre et agir sur la vie psychique du sujet » (Bouvet, 2018, p.14).

Nous avons retenu l'entretien de recherche car nous sommes dans une recherche qualitative, nous avons un petit échantillon et nous voulons explorer des expériences individuelles.

D'ailleurs, les entretiens cliniques de recherche s'inscrivent, de ce fait dans le cadre des entretiens cliniques d'investigation. En effet, leur but étant de produire de la connaissance (Proia-Lelouey, 2012, p. 59).

Toutefois, il existe trois types d'entretiens de recherche en psychologie clinique. On distingue alors, l'entretien non directif, l'entretien directif et l'entretien semi-directif.

Dans l'entretien non directif le participant parle librement d'un thème donné sans que l'enquêteur ne pose de questions. Puis dans l'entretien directif, l'enquêteur pose des questions précises et le participant répond selon des options prédéfinies. Enfin dans l'entretien semi-directif, le chercheur suit un guide d'entretien avec des thèmes précis, mais laisse le participant s'exprimer librement.

En ce qui nous concerne, nous avons retenu l'entretien semi-directif, qui nous a permis de poser des questions semi-directives bien précises et profondes sur chaque axe de notre guide d'entretien et laisser le sujet s'exprimer librement, car nous avons besoin de réponses approfondies et riches, ce qui nous a permis d'avoir un premier aperçu sur le vécu des personnes âgées placées en institution à partir leurs éprouvé.

Ainsi, pour notre étude, nous avons opté pour l'entretien semi-directif, car il nous semble être l'outil le plus appropriée pour atteindre nos objectifs. Ce type d'entretien nous permet de recueillir des informations précises et détaillées sur l'expérience vécue des personnes âgées en institution, tout en laissant aux participants la liberté de développer leurs réponses. Grâce à des questions structurées mais ouvertes, nous pouvons explorer en profondeur les thématiques clés de notre recherche et vérifier nos hypothèses de manière efficace. Cette méthode nous permet ainsi une évaluation globale de la résilience avec une méthodologie qualitative, afin de collecter des données riches et pertinentes pour notre analyse.

Plus précisément, selon Berthier (2010) « *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* ». 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 (Sauvayre, 2010, p.9).

Ensuite, comme nous l'avons cité auparavant, nous avons donc adopté l'entretien de recherche semi-directif muni d'un guide d'entretien. En ce sens, le guide d'entretien peut être défini comme : « *un premier travail de traduction des hypothèses de recherche en indicateurs concrets et de reformulation des questions de recherche en question d'enquête. Le degré de formalisation du guide est en fonction de l'objet d'étude, de l'usage de l'enquête et du type d'analyse que l'on projette de faire* » (Blanchet & Gotman, 2014, p.58).

Dans ce cadre, le projet de l'observation clinique consiste à « *relever des phénomènes comportementaux significatifs, (de) leur donner un sens en les resituant dans la dynamique, l'histoire d'un sujet et dans le contexte* ». Ainsi, le champ de l'observation clinique n'est réduit ni à l'observation des troubles (psychopathologie), ni à l'observation psychanalytique (la réalité psychique). Elle concerne l'ensemble des conduites verbales et non verbales, les interactions, dans leur référence à la subjectivité et l'intersubjectivité (Fernandez & Pardinielli, 2015, p.47).

Par ailleurs, pour collecter les informations suffisamment nécessaires permettant d'enrichir son étude, le chercheur doit se servir de l'observation clinique pendant la passation de l'entretien de recherche semi-directif, car c'est une technique complémentaire qui se

représente comme un appui pour décrire et expliquer les résultats obtenus à partir des autres outils méthodologiques utilisées. Elle est définie comme : « *l'action de regarder avec attention les phénomènes, pour les décrire, les étudier, les expliquer. L'acte d'observation commence par le regard, la perception fine d'un individu dans une situation, une concentration de l'activité psychique sur un objet particulier qu'elle distingue* » (Pardinielli & Fernandez, 2015, p.7).

L'observation est donc une des formes de l'attention, un prolongement de l'attention, laquelle se définit comme une concentration de l'activité psychique sur un objet particulier. Aussi, elle privilégie la dimension expérientielle de l'être humain, le champ de l'observation clinique concerne aussi la socialité, les interactions, les interrelations, mais il concerne surtout l'intériorité du sujet, sa subjectivité. Pour ce qui est de la dimension sociale, c'est l'intersubjectivité que visera l'observation clinique (Ciccone, 1998, pp.33-34).

Nous avons eu recours alors, à l'observation dans notre recherche au cours de l'entretien, pour enrichir les informations apportées, en vue de discuter notre hypothèse. Nous avons notamment observé les mouvements du corps la posture, les expressions faciales, le comportement des yeux, la tension physique et la voix (paralangage).

5-1-2- Entretien avec la personne âgée

L'entretien clinique avec la personne âgée montre régulièrement que les conceptions, croyances et perceptions du psychologue sont à la source de sa capacité à entendre et à être réceptif à la dimension subjective. Par exemple, il ne s'agit pas de vouloir expliquer les difficultés rencontrées par l'âge de la personne, élément apparemment évident mais particulièrement trompeur. Dès lors, il s'agit de concevoir que nous sommes face à une personne avec un appareil psychique qui a une histoire et qui est organisé de façon singulière : en se méfiant de ses propres projections et croyances relatives à la vieillesse ; en étant disponible pour l'inattendu toujours possible ; en accueillant le nouveau comme en toute situation inter- humaine de découverte de l'autre (Bénony & Chahraoui, 1999, p. 97).

Au cours des dernières années, les recherches auprès des personnes âgées se sont multipliées et font une large part à l'entretien. Etant donné que notre étude porte sur les personnes âgées, il nous a donc semblé très important de se renseigner sur les particularités de ce groupe, car il faut le connaître, les personnes du troisième âge possèdent des

caractéristiques propres dont le chercheur doit tenir compte pour obtenir l'information dont il a besoin :

-Les caractéristiques des personnes âgées :

Le chercheur doit écouter, la personne âgée de façon très attentive, en évitant de se laisser envahir par les préjugés et les notions préconçues.

-L'aspect relationnel et contextuel :

L'interrogation des personnes âgées exige un certain nombre de précautions telles que : le respect des habitudes et valeurs, soigner la prise de contact car ces personnes peuvent se montrer réticentes à l'égard de l'entretien prévoir des temps de repos car ces personnes peuvent se fatiguer, être audible, vérifier la compréhension des questions, les répéter si nécessaire accueillir avec sympathie les résonnances pénibles et poser des questions souples et directes (Boutin, 2018, pp.71-72).

5-1-3- Entretien de recherche en institution

Les personnes âgées ne sont pas souvent les demandeuses de l'entretien, ce qui fait que l'on en rencontre assez rarement dans les pratiques libérales ou en CMP, à moins que ce ne soit à la suite d'une hospitalisation. Les demandes directes se font plus fréquemment dans les « Centres mémoire », avec une attente et une offre explicitement centrée sur les troubles cognitifs ; alors les entretiens encadrent et accompagnent les bilans cognitifs. Il en va généralement de même dans les dispositifs de prévention, principalement proposés par les mutuelles à leurs adhérents au moment de leur retraite. Dans tous ces cas, il s'agit d'entretiens peu nombreux et peu étalés dans le temps (Chouvier & Attigui, 2016, p. 188).

Les entretiens s'inscrivent donc le plus souvent dans le cadre du passage du sujet âgé dans une institution. Seront ici distinguées d'une part les hospitalisations de courte ou de moyenne durée, d'autre part les hospitalisations longues et les entrées dans des lieux de vie. Les entretiens lors d'hospitalisation en service de gériopsychiatrie (ou à défaut de psychiatrie) relèvent des pratiques classiques des psychologues avec, nous le verrons plus loin, un certain nombre de spécificités liées à la situation : soutien à domicile, entrée en institution, dépendance motrice et/ou sensorielle et/ou cognitive et/ou affective. Ces entretiens peuvent aussi s'inscrire dans le cadre d'une institution qui devient le lieu de vie du sujet âgé, ce qui comporte toujours une dimension traumatique, même lorsque l'âgé en est demandeur

(en particulier lorsqu'il se vit comme étant en insécurité chez lui, que ce soit à la suite d'une perte, d'une chute, d'une agression...). L'entretien psychologique peut avoir lieu lors de l'entrée du sujet ou ultérieurement, en particulier si apparaissent des difficultés d'adaptation, c'est-à-dire de deuil et d'investissement (Chouvier & Attigui, 2016, p.189).

Le guide d'entretien comprend des axes thématiques à traiter, le chercheur prépare quelques questions à l'avance, celles-ci ne sont pas proposées de manière directive, il s'agit d'avantage de thèmes à aborder que le chercheur connaît bien (Benony & Chahraoui, 1999, p.69).

Dans ce cadre, nous avons élaboré un guide d'entretien semi-directif de 20 questions, réparties sous trois axes (pour l'ensemble des questions voir l'annexe n°1), ce guide est pour nous un aide- mémoire.

La consigne de l'entretien était la suivante : *« Bonjour, je suis étudiante en master 2 en psychologie clinique à l'université de Bejaia. Je me permets de vous solliciter dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude. J'ai choisi de m'intéresser à la résilience de la personne âgée placées en institution, et ce dans le but d'identifier et de décrire votre vécu personnel du placement et de la vieillesse, et de documenter le processus de résilience. Dans ce cadre, je veux m'entretenir avec vous pour vous poser quelques questions. Cette discussion sera anonymisée et ne servira que les besoins de cette recherche. Il n'y pas de bonne ou de mauvaises réponses. Vous avez le droit de refuser de participer à cette recherche ou la possibilité de vous retirer de l'étude, à tout moment, sans justification. Je vous remercie par avance pour le temps que vous m'accordez ».*

En premier lieu, les 4 premières questions de notre guide d'entretien portent sur les informations générales sur le sujet, dans le but de rapporter la biographie du sujet.

Ensuite, trois axes, le premier intitulé *« informations sur le parcours de vie du sujet âgé avant le placement en institution »*, se compose de deux questions dans l'optique de récolter des informations sur leur vie avant le placement, puis, le deuxième axe, intitulé *« informations sur le placement en institution du sujet »*, se compose de quatre questions, l'objectif de cet axe, est de connaître le déroulement de son placement et si celui-ci a été consenti par le sujet ou non. Le troisième axe et le dernier intitulé *« informations sur les manifestations de résilience chez le sujet »* se compose de neuf questions afin d'explorer la résilience. Enfin, nous avons clôturé ce guide d'entretien avec la question : *« avez-vous*

d'autres choses à rajouter qui vous semblent importantes et qu'on n'a pas abordé avec vous ?» pour appréhender ce qui semble important chez nos sujets de recherche et qu'on n'a pas touché directement.

De plus, nous avons effectué des observations aux cours des entretiens menés

L'objectif de toutes les questions de notre guide d'entretien est, de détecter s'il existe ou non une résilience chez les personnes âgées placées en institution. Pour ce faire, on ne s'est pas seulement contenté de notre guide d'entretien clinique semi-directif mais aussi d'une échelle de résilience, que nous allons présenter de ce qui suit :

Pour l'interprétation des données de l'entretien, nous avons retranscrits les témoignages des sujets en veillant à préserver l'intégralité des propos est ensuite en faisant une lecture clinique en se basant sur la théorie adoptée.

6- Echelle de résilience « *Le CD-RISC* »

Nous avons choisi d'utiliser cette échelle afin de compléter les données issues de l'entretien.

En guise de rappel, la résilience représente la capacité d'un individu ou d'un groupe à préserver sa qualité de vie ainsi qu'à continuer à se projeter dans l'avenir en dépit d'événements déstabilisants, de conditions de vie difficiles ou de traumatismes importants (Herrman et al, 2011, Rutter, 2013).

Dans ce cadre, l'évaluation de la résilience a fait l'objet de la conception et de l'adaptation de plusieurs outils psychométriques (Guihard, 2018, p.69).

Parmi ceux-ci, l'échelle d'évaluation de Connor et Davidson (CD-RISC). Nous avons choisi d'utiliser cette échelle pour mesurer la résilience de nos sujets de recherche. Cet outil est valide, performant et adaptable à différentes cultures, ce qui le rend idéal pour les études scientifiques. Sa simplicité d'utilisation permet une analyse à la fois quantitative et qualitative, ainsi qu'une évaluation des facteurs de protection qui contribuent à la résilience. Grâce au CD-RISC, nous avons pu explorer la résilience chez les personnes âgées placées en institutions. De plus, nous avons arrêté notre choix sur cette échelle car elle conçoit la résilience, phénomène étudié dans notre recherche, comme étant multidimensionnel (facteurs

personnels et environnementaux), ce qui correspond à notre approche théorique adoptée (approche intégrative) et à notre vision des choses pour ce travail.

6-1- Présentation et description de l'échelle

Le questionnaire utilisé pour mesurer la résilience est la version francophone de la Connor Davidson Resilience Scale. La version originale en anglais de cette échelle a été développée aux États-Unis par Kathryn Connor et Jonathan Davidson en 2003. L'échelle a été normalisée auprès de 806 participants (65% de femmes et 35% d'hommes) ayant un âge moyen de 43,8 ans et distribuée en 5 groupes :

- 1) Un groupe issu de la population générale,
- 2) Un groupe de patients en unité de soins de première ligne,
- 3) Un groupe de patients externes d'un service de psychiatrie,
- 4) Un groupe de personnes ayant un trouble de l'anxiété généralisée,
- 5) Deux sous-groupes de personnes souffrant de stress post-traumatique.

La CD-RISC a été élaborée à partir d'une recension d'écrits concernant les caractéristiques des personnes résilientes telles que décrites par diverses études s'étant intéressées à ce sujet, entre autres les travaux de Kobasa (1979) et de Rutter (1985).

L'échelle comporte 25 énoncés répartis en 5 catégories de facteurs :

- 1- La compétence personnelle, des standards élevés et la ténacité ; les items (10, 11, 12, 16, 17, 23, 24, 25).
- 2- La confiance en ses propres intuitions, la tolérance aux affects négatifs et les effets fortifiants du stress ; qui comprend 7 items, sont (6, 7, 14, 15, 18, 19, 20).
- 3- L'acceptation positive du changement et les relations interpersonnelles positives ; qui comprend 5 items sont 1,2,4,5,8).
- 4- Le sentiment de contrôle, elle comprend 3 items qui sont : (13,21,22).
- 5- La spiritualité, elle comprend 2 items sont 3 et 9).

6-2- La consigne

« À l'aide de l'échelle ci-dessous, indiquez à quel point chacune des affirmations suivantes s'applique à votre cas. Pour chaque réponse, soyez le plus spontané possible »

6-3- passation et cotation

Cette échelle est autoadministrée par le participant et chaque item est évalué sur une échelle de Likert en 5 points (0 : Pas du tout ; 1 : Rarement ; 2 : Parfois ; 3 : Souvent ; 4 : Pratiquement tout le temps) pour un total sur 100 points. Plus le score obtenu est élevé, plus le niveau de résilience est élevé (Duchesne & All, 2017, p.164).

Connor et Davidson (2003) ont également rapporté que les scores du CD-RISC étaient corrélés avec des mesures de robustesse ou de capacités de résistance et à de faibles niveaux de vulnérabilité au stress perçu suggérant une validité concurrente adéquate.

6-4- Qualités psychométriques

Selon la première étude sur l'élaboration et la validation de la CD-RISC, celle-ci présente une bonne fiabilité. Globalement, elle a produit une cohérence interne élevée ($\alpha=0,89$) et la fiabilité test-re test a révélé un CIC de 0,87 (Patry, 2016, p.29).

La CD-RISC est adéquat sur la base des critères de validité du contenu, de la cohérence interne, de la fiabilité de la reproductibilité de la sensibilité et de l'intelligibilité et bonne sur la base de celui de la validité du concept. Les études récentes corroborent les preuves existantes de la qualité de la mesure de cette échelle (Liebenberg & al, 2017, p.27).

6-5- Interprétation

Le score total calculé par addition, les scores plus élevés indiquent une plus forte résilience (Mboua, 2021, p. 813).

Ce score total varie entre 0 et 100. Les scores les plus élevés indiquent une plus forte résilience.

6-6- CD-RISC et personne âgées

Il est à noter que cette échelle peut être utilisée auprès de la population des personnes âgées. En effet, elle a été validée auprès d'une communauté d'ainés amérindiens (Liebenberg et al, 2017, p. 27).

Pour conclure, la validité de la CD-RISC est solide. Sa validation dans bon nombre de contexte à l'échelle international et pour tout un éventail de groupes d'âge (de 8 à 80 ans) témoigne de la pertinence de notre choix.

7- Le déroulement la recherche

Pour recueillir les informations nécessaires à notre étude, nous avons réalisé deux périodes d'étude : la pré-enquête et l'enquête.

De plus, pour assurer le bon déroulement de notre recherche, nous avons réalisé une préenquête qui est indispensable pour toute notre recherche. Cette étape nous a permis de collecter des informations sur notre population d'étude, d'améliorer et d'enrichir notre guide d'entretien, maîtriser l'application de nos outils de recherche, et d'élaborer notre hypothèse de manière éclairée.

7-1- La pré-enquête

Pour mener à bien le déroulement de notre recherche sur le terrain, nous avons commencé par une préenquête qui est une étape nécessaire, nous permettant d'entamer notre enquête dans de bonne conditions. Nous allons, dans ce qui suit présenter les détails de ces deux étapes importantes (pré enquête et enquête) :

La préenquête est une étape très importante dans la recherche. Elle consiste à essayer sur un échantillon réduit les instruments prévus pour effectuer l'enquête. Si on a des doutes sur telle ou telle variable, ou sur le rendement de telle ou telle technique, on peut explorer de façon limitée le problème à étudier, avant même de préciser définitivement ses objectifs (Grawitz, 2001, p.550).

Ainsi, la pré-enquête permet de tester des pistes, de se familiariser avec le terrain, de s'entraîner à questionner et à écouter, de construire progressivement le guide d'entretien et de le tester. Cette étape est à la fois essentielle pour construire la problématique de la recherche,

élaborer les hypothèses, et choisir les méthodes les plus appropriées à l'objet de recherche (Sauvayre, 2013, p.48).

En effet, cette phase de terrain précoce est cruciale pour la construction d'hypothèses solides et étayées. Elle nous permet de nous immerger dans le sujet d'étude, d'acquérir une compréhension approfondie et de mieux définir les contours de notre projet de recherche.

Notre démarche a débuté par une analyse approfondie de la littérature scientifique sur la résilience chez les personnes âgées placées en institution. Parallèlement, nous avons mené une première exploration de terrain avec un sujet représentatif, cela revient au fait que le groupe de recherche disponible est restreint.

Cette dernière nous a permis d'avoir un bagage pour cerner notre thème de recherche et élaborer notre problématique.

Dans ce cadre, nous avons réalisé notre pré-enquête à partir du mois mars au « *foyer des personnes âgées et handicapées* » FPAH de Bejaia, après bien sûr nous êtes présentées au centre en tant qu'étudiantes 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 préenquête le 03/03/2025 elle a durée deux semaines, reparti sur deux jours par semaine.

Durant notre préenquête, en premier lieu, la psychologue nous a présenté la plupart des pensionnaires, après elle nous a accompagner dans l'exploration du terrain, on a visité le foyer, en parallèle on a parlé avec plusieurs résidents afin de se rapprocher d'eux et on a eu un bon accueil de leur part. On a rencontré le personnel du foyer dont les éducatrices, aides éducatrices, l'éducatrice principale, l'auxiliaire de vie auxquels nous avons posé plusieurs questions dont :

- Pouvez-vous nous parler des pensionnaires ?
- Quelle est leur routine de tous les jours ici dans ce foyer ?
- Quelle a été leur première réaction face au placement ?
- Est-ce-que les pensionnaires aiment les changements, et les nouvelles personnes ?
- Est-ce qu'ils sont tout le temps ici dans le foyer ou ils ont des sorties ?

- Arrivent-ils à s'adapter ici ou non ?
- Est-ce qu'ils ont de bonnes relations avec vous ?

Les réponses ont indiqué que : *« les pensionnaires chacun avec ses caractéristiques, ils ont tous une routine ici, presque la même pour tout le monde, ils mangent, dorment, ils ont une salle de sports où ils pratiquent des activités sportives. Leurs premiers jours ici été un peu difficiles car ils se sont séparés avec leur familles, entourage ...aussi ils étaient agités. Les pensionnaires aiment les changements et les nouvelles figures dans le foyer comme les stagiaires, les membres d'associations. Ils sont presque tout le temps ici mais toutefois ils sortent pour passer des soirées dans les hôtels, ils font des sorties même hors la wilaya de Bejaia. Presque tout le monde arrive à s'adapter ici. Ils ont de bonnes relations avec tout le personnel du foyer ».*

Nous avons ensuite décidé d'entamer la préenquête avec notre sujet, en faisant un entretien exploratoire, semi-directif composé des questions suivantes :

- Comment vous appelez-vous ?
- Quel âge avez-vous ?
- Depuis quand êtes-vous placé dans cette institution ?
- Parlez-nous de votre placement ?
- Parler-nous de votre santé ?
- Parler-nous de vos relations avec le personnel et les autres pensionnaires de cette institution ?
- Parler-nous de votre quotidien ici ?
- Avez-vous des loisirs et des activités préférées ?
- Voulez-vous dire quelque chose qui vous semble important avant de conclure ?

Cela va permettre au sujet de s'exprimer librement, et donc cela va nous permettre d'explorer le vécu de notre sujet de manière la plus exhaustive que possible, et ainsi affiner notre hypothèse et apporter des changements s'il est nécessaire.

Notre consigne de pré enquête été la suivante : *« Bonjour, actuellement étudiante en master psychologie clinique à l'université de Bejaia, je me permets de vous solliciter pour les besoins de mon étude dont l'objectif est d'explorer la résilience chez les personnes âgées placées en institution. Pour cela, je souhaite mener un entretien individuel ou je vous poserai des questions concernant votre vécu de la vieillesse et du placement en institution. Votre participation est libre, volontaire et gratuite. Vous avez la possibilité d'arrêter l'entretien à tout moment si vous le désirez. Les données que je vais recueillir sont strictement confidentielles et l'anonymat est garanti ».*

Avant de commencer notre pré enquête avec notre sujet, on lui a demander son consentement éclairer verbalement on lui disant : *« Acceptez-vous de participer à notre étude qui traite la résilience chez les personnes âgées, et cela resterait confidentiel entre nous ? ».*

-Présentation et analyse des données de l'entretien de recherche semi-directif de Omar

Tableau n°2 : caractéristiques générales du sujet de la préenquête

| Prénom | Age | Niveau d'instruction | Durée du placement |
|---------------|------------|-----------------------------|---------------------------|
| Omar | 70 ans | Analphabète | 2mois |

(Élaboré par nous-même)

Notre sujet de préenquête, est un homme qu'on a appelé Omar âgé de 70 ans, c'est un maçon de profession, il est rentré au foyer depuis deux mois.

D'après l'entretien, que nous avons eu avec le pensionnaire, il a annoncé : *«au début j'étais stressé après « El hamdoulah » j'avais des amis, je sors avec eux, j'ai oublié tout ce qu'il c'est passé ».*

À propos de son parcours avant le placement, Omar a dit : *«je me suis marié la première fois, j'avais une (1) fille et un (1) garçon, après deux ans ma femme est décédée, après cela je me suis remarié une autre femme qui avait 28 ans, avec laquelle j'avais eu deux (2) filles après a causes des problèmes que j'ai eu avec elle, on a divorcé puis mes filles sont restées avec moi, et «ussentzmirgh ara whdi» je les ai confié au centre de garde d'enfants, après cela j'avais personne à mes côtés, donc ils m'ont amené ici », «Après plusieurs années, mes filles ont grandi et se sont mariées»*

Le sujet n'a pas de maladie avant son placement en institution, sa relation avec le personnel et les autres pensionnaires est bonne, il a dit : « *on se respecte* ».

En ce qui concerne son quotidien, il a dit : « *je marche, je lis le coran, j'ai un téléphone j'entends la radio, Hemlagh atas asma ara dasent les associations xedmenagh timeghriwin dagi, j'aime bien les loisirs* ».

Il a ajouté : « *je veux vous parler de mes filles, elles sont magnifiques, elles m'aiment trop et elles veulent m'emmener pour vivre chez eux* »

Présentation des résultats de l'échelle CD-RISC cas de Omar :

Tableau n°3 : tableau des résultats de l'échelle CD-RISC de Omar

| Sous échelles | Score moyen sur le total d'items% | Étendue |
|---|-----------------------------------|---------------|
| Sentiment de compétence (32) | 84% | 27/32 |
| Effets positifs du stress (28) | 71% | 20/28 |
| Acceptation positive des changements (20) | 100% | 20/20 |
| Contrôle (12) | 66% | 8/12 |
| Spiritualité (8) | 100% | 8/8 |
| Total | 83% | 83/100 |

(Élaboré par nous-même)

Le tableau ci-dessous représente les résultats de l'échelle CD-RISC, par ces résultats nous remarquons que Omar a obtenu un score total très élevé avec 83% ce qui signifie un caractère résilient.

À propos de la première sous échelle qui présente le sentiment de compétence, Omar a marqué un sous-score de 27/32 avec un pourcentage de 84%. En répondant sur la dimension presque tout le temps aux items (10, 11, 12, 16, 17, 23, 25). Cependant on note la dimension souvent pour l'item (24). D'après ses réponses, nous déduisons que notre sujet est une personne qui possède une bonne estime de soi, une confiance en soi, avec une croyance en efficacité et compétences personnelles.

Au regard de la deuxième sous échelle, qui correspond aux effets positifs du stress nommé aussi contrôle émotionnel et cognitif sous la pression, Omar a enregistré un sous-score de 20/28 avec un pourcentage de 71 % en répondant à la dimension presque tous les temps pour l'item (7) « *Devoir gérer le stress peut me rendre plus fort(e)* et l'item (18) *Si cela est nécessaire, je peux prendre des décisions difficiles et impopulaires qui affectent les autres.*

Cependant la dimension souvent pour l'item (15) *Je préfère prendre les choses en main pour régler les problèmes plutôt que de laisser les autres prendre toutes les décisions*, aussi pour l'item (19) *Je suis capable de gérer des sentiments déplaisants ou douloureux comme la tristesse, la peur ou la colère*. En outre pour l'item (6) *J'essaie de voir le côté humoristique des choses lorsque je suis confrontée à des problèmes*, aussi pour les items (14) et (20) Omar a répondu par la dimension parfois. Les réponses de Omar expliquent qu'il a une capacité à gérer le stress, aussi une capacité de prendre des décisions difficiles, ainsi il fait épreuve d'une résilience qui émane de la capacité de prendre ces décisions tout seul sans étayage, aussi celle de gérer les sentiments négatifs et pénibles, aussi il possède le sens de l'humour, et il dispose d'une capacité émotionnelle et cognitive dans la régulation des problèmes.

Concernant la troisième sous échelle nommée Acceptation positive des changements, notre sujet a obtenu un sous-score de 20/20 dont le pourcentage 100%, en convenant sur la dimension presque tout le temps aux items (1, 2, 4, 5, 8). Nous constatons que notre sujet de recherche dispose d'une tendance à s'adapter aux changements, et il possède des bonnes relations avec d'autres, et une capacité de gérer toutes les situations qui se présente à lui, comme il possède aussi une capacité de rebondir importante.

Pour la quatrième sous échelle nommée contrôle, Omar a obtenu un sous score de 8/12 dont le pourcentage est 66 % en accordant à l'item (22) *Je sens que je maîtrise ma vie* la dimension presque tout le temps, en revanche pour l'item (13) *en période de stress/crises, je sais où me tourner pour trouver de l'aide*, aussi pour l'item (21) *je sais où je veux aller dans la vie* notre sujet a accordé la dimension parfois. Par cela on constate que Omar est capable de contrôler sa vie, et dans les moments difficiles il a une tendance à savoir où aller pour demander de l'aide.

En parlant de la dernière sous échelle qui présente la spiritualité, Omar a obtenu un sous score de 8/8 pour un pourcentage de 100 %, en accordant à l'ensemble des items (3,9) *Lorsqu'il n'y a pas de solution précise à mes problèmes, parfois le destin ou Dieu peuvent m'aider* et *Bonnes ou mauvaises, je crois que les choses ne se produisent pas sans raisons* la dimension presque tout le temps. Nous pouvons dire alors que le côté spirituel prend une grande importance chez notre sujet, d'ailleurs la spiritualité prend une vaste place dans le processus de résilience.

Synthèse CD- RISC de Omar :

En s'étayant sur le score de l'échelle CD-RISC, nous constatons que Omar a tendance de voir les aspects positifs des épreuves qu'il rencontre dans sa vie, ainsi il a tendance à avoir confiance en ses capacités à résoudre la majorité des obstacles affrontés en donnant une grande importance à l'aspect spirituel. Pour cela nous pouvons dire que Omar possède un profil d'une personne résiliente.

7.2 L'enquête

Nous allons d'abord commencer par exposer des définitions de l'enquête, puis nous allons procéder à la présentation de son déroulement dans notre recherche.

L'enquête est définie comme : « l'ensemble des opérations par lesquelles les hypothèses vont être soumises à l'épreuve des faits, et qui doit permettre de répondre à l'objectif qu'on s'est fixé » (Blanchet & Gotman, 2014, p.35).

Elle « consiste à poser des questions à un vaste échantillon de personnes à propos de leur comportement ou de leurs opinions en utilisant des questionnaires ou de interviews » (Chahraoui & Bénony, 2003, pp.131-132).

L'enquête consiste donc à collecter des données sur un sujet ou un groupe de sujets en utilisant des méthodes de recherche spécifiques. Cela nous permet de répondre à nos questions recherche, et d'explorer les différentes dimensions du sujet étudié.

Dans ce cadre, notre enquête s'est déroulée au foyer des personnes âgées de Béjaia, du 18 mars 2025 au 18 avril 2025, à raison de deux fois par semaine. Mais avant de démarrer notre enquête, nous leur avons demandé leur consentement libre et éclairé pour participer à la recherche. Aussi, nous les avons informés sur l'objectif général de la recherche et sur le respect de la confidentialité des renseignements fournis, tout en insistant sur l'anonymat et que les données recueillies servaient uniquement pour la recherche scientifique.

En effet, « un consentement éclairé implique que le participant doit être informé des buts de la recherche, des risques qu'il encoure (les désagréments possibles) » (Pardinielli & Fantini, 2009, p.387).

Puis, après avoir eu le consentement oral et éclairé des personnes âgées, nous avons commencé au premier abord, par la passation de l'entretien semi-directif muni d'un guide

d'entretien, que nous avons élaboré, et que la promotrice du mémoire a validé. La passation s'est déroulée, comme dans la pré-enquête, dans un bureau des éducateurs du foyer avec toutes les conditions nécessaires. La durée de l'entretien varie d'un sujet à un autre, avec une moyenne d'une heure à une heure et demi.

Nous avons opté pour une rencontre en face à face pour établir une relation de confiance et favoriser la richesse des échanges. De plus, cela permet d'observer les indices non verbaux.

Aussi, il est important de préciser que nous avons fait une traduction de notre guide d'entretien et aussi à l'échelle de mesure, dans la langue maternelle qui est « le kabyle », en tâchons à ne pas modifier le sens des questions et des items de l'échelle, pour les sujets qui ne lisent pas et comprennent pas la langue française, cette décision a été décidée suite à la pré-enquête. Cette traduction a été validée par un spécialiste.

Certains cas nous semblaient être dans la résistance, nous intervenions alors au cours de l'entretien par des relances tel que : « c'est-à-dire », « Mmm », « d'accord », « pourquoi » « Ah oui » « et après ? », Pour avoir plus de détails et encourager le sujet à s'exprimer davantage. En ce qui concerne le recueil des informations transmis par les sujets de recherche, nous avons eu recours à la prise de note sur un bloc-notes préparé à l'avance.

En second lieu, nous avons procédé à la passation de l'outil psychométrique, qui est l'échelle de résilience Le « CD-RISC », que nous avons bien choisi avec notre encadrant afin d'explorer et évaluer la résilience des personnes âgées. La passation de cet outil s'est effectuée en notre présence. Nous leur avons présenté l'outil et nous avons lu les affirmations(items) une par une plusieurs fois et ils répondent, et on note nous-même. Car cette échelle est un peu compliquée pour ces personnes âgées. Nous avons donc suite à la pré-enquête, opté pour une hétéro-passation, au lieu d'une auto-passation.

À La fin de chaque passation de l'entretien semi-directif et de l'échelle, nous avons remercié les sujets pour leur contribution à notre enquête et pour le temps qui nous ont accordé afin de répondre à nos questions de recherche.

Après avoir décrit le déroulement de la pré-enquête et de l'enquête, nous allons aborder dans ce qui suit, l'attitude adopté durant cette étude.

8- Attitude de chercheur

La recherche en psychologie clinique est soumise à des règles éthiques et déontologiques strictes qui garantissent le respect des droits et de la dignité des participants. Les chercheurs doivent obtenir le consentement éclairé des participants, respecter leur droit de retrait, protéger leur anonymat et maintenir le secret professionnel. Ces principes fondamentaux assurent une recherche responsable et éthique.

Dans ce cadre, 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. (Giami, 2009, p33).

À ce propos, en tant que chercheurs, nous avons adopté une attitude de neutralité et de bienveillance, caractérisée par l'empathie et la non-directivité. Nous avons écouté attentivement les participants, en utilisant des signes d'écoute active tels que des hochements de tête et des expressions de validation (« hmm », « d'accord », « oui »), tout en respectant leurs moments de silence. Notre objectif était de permettre aux participants de s'exprimer librement, sans influencer leurs réponses. Nous avons utilisé des relances et des reformulations pour encourager les participants à développer leur discours, sans suggérer ou imposer nos propres opinions.

De plus, nous avons donné une information complète aux participants à cette études, en appliquant le principe du consentement éclairé. L'information fournie a notamment porté sur le type et durée de l'étude, la question et les objectifs posés.

En gros, toutes les rencontres ont débuté par des remerciements pour le temps accordé et par une explication sure :

- La thématique de recherche et ses objectifs
- La confidentialité de l'étude
- Le déroulement de l'étude.

Par ailleurs, nous sommes conscients que certaines thématiques, dont la nôtre, sont délicates à aborder. C'est pour cela que nous avons été prudentes, ouverts, neutres et le plus compréhensibles possible. Nous avons abordé ce thème de façon la plus naturelle possible sans nier son caractère particulier.

Toutefois, nous estimons qu'en recherche, il ne peut y avoir de thème tabou, car les laisser dans l'ombre, ne contribue pas à l'amélioration de la situation.

9- Difficultés de la recherche

Comme dans toute recherche scientifique, le chercheur peut être confronté à certaines difficultés lors de la réalisation de son travail de recherche, mais ces contraintes l'amènent à trouver des solutions adéquates pour les dépasser et mener à bien son étude.

Dans notre cas, nous avons rencontré la difficulté d'accéder à la documentation concernant les études antérieures portant sur la résilience des personnes âgées placées en institutions, notamment en Algérie, et aussi la difficulté de composer un groupe de recherche consistant et homogène car il existe que ce foyer dans la wilaya de Bejaia.

Synthèse

Ce chapitre méthodologique, nous a permis d'organiser 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 outils mobilisés, qui sont l'entretien clinique semi-directif et l'échelle de résilience.

Dans le chapitre suivant, le chapitre IV de ce mémoire, nous allons présenter les cas de notre recherche et discuter les hypothèses.

Chapitre IV

**Présentation, analyse des données et discussion de
l'hypothèse**

Préambule

Dans ce dernier chapitre, nous allons procéder à la présentation et l'analyse des données obtenues par nos sujets, à partir des différents outils de recherche que nous avons utilisée à savoir : l'entretien semi directif et l'échelle de Connor Davidson. Ces deux outils vont nous permettre de confirmer ou d'infirmer l'hypothèse, que nous avons formulé dans la problématique.

En premier lieu, nous allons présenter une analyse détaillée de quatre cas, choisis en raison de la richesse des informations qui nous ont apportés, puis nous passerons aux quatre autres cas de manière plus au moins résumé. Pour ce faire, nous présenterons et analyserons les résultats du guide d'entretien, tout en gardant les intitulés des axes et en mettant à l'intérieur le récit du sujet et son interprétation. Il est à noter également, que certains cas se sont exprimés, en kabyle, nous allons donc, présenter d'abord leurs discours initiaux, après nous allons apporter une traduction en langue française. Ensuite, nous allons passer à la présentation de chaque sous-échelle du CD-RISC et leurs résultats. Puis, procéder à leur interprétation. Enfin, nous allons présenter des synthèses de chaque cas.

En deuxième lieu, nous allons discuter les résultats que nous avons obtenus, par rapport à notre hypothèse, soit en la confirmant ou en l'infirment, et nous allons confronter aux études antérieures et on finira par une synthèse.

I-Présentation et analyse des résultats :

Dans cette première partie, consacrée à la présentation et l'analyse des résultats, nous allons d'abord commencer par les 4 cas, Fatah, Salah, Farid et Karim, puis nous allons continuer avec Kamel, Rafik, Hamid et Yamina.

1-Cas n°1 : Fatah

1.1. Présentation et analyse des données de l'entretien de recherche semi-directif :

Après nous êtes présentée à Fatah, qui nous a accueilli chaleureusement et qui a montré une curiosité à découvrir notre thématique, il nous a permis de lui poser des questions de notre guide d'entretien, notre sujet a dit « *Je répondrai à vos questions avec plaisir, n'hésitez pas de me demander ce que vous voulez savoir* ».

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion de l'hypothèse

Nous l'avons rencontré à 9h de matin dans le bureau. Son entretien a duré 45 minutes, Fatah est âgé de 68 ans, a un niveau secondaire, célibataire, il était un technicien en électro mécanique (TEM).

Axe 1 : Informations sur le parcours de vie du sujet âgé avant le placement en institution :

Fatah, s'est disputé avec son frère à cause de l'héritage, ce dernier a écrit tous les biens à son nom, puis Fatah a quitté la maison et il a vécu dans un garage pendant 10 ans. Pendant ce temps, il a travaillé avec un soudeur pour gagner de l'argent de poche. Il nous a dit : *« je mange, je lis les journaux, je vais au cinéma »*. Après cela, il est parti à Akbou et y resté 17 ans dans la maison de son grand-père.

Axe N° 2 : Informations sur le placement en institution du sujet

Lorsqu'il était à Akbou, il est devenu une charge pour son oncle, pour cette raison qu'il a décidé de quitter la maison de son grand-père et d'entrer au foyer des personnes âgées, il a déclaré qu'il est placé là-bas depuis 7 mois. Lorsque on lui a posé la question sur l'adaptation, il a répondu ainsi : *« Malgré tout, mais Je suis obligé de m'adapter »*.

Axe N° 3 : Informations sur les manifestations de résilience chez le sujet

Concernant sa santé, aujourd'hui, il souffre d'arthrose et de tension artérielle et il n'a aucune autre maladie, son sommeil est un peu perturbé, pour son appétit : il nous a dit : *« A cause de ma maladie, je me réveille, et de temps en temps je perds mon appétit »*. Il a dit : *« Le plus important dans ma vie maintenant, c'est de guérir »*, et ce qui donne du sens et de l'intérêt à sa vie c'est de faire le bien.

En répondant à la question de la routine quotidienne, Fatah dit qu'il dort puis il se réveille, il fait sa toilette puis il prend son petit déjeuner après cela il revient à sa chambre, il bouquine de temps en temps.

Concernant ses relations avec les pensionnaires et le personnel de l'institution, il a affirmé : *« On essaie de suivre leur directive il n'y a pas de relations spéciales, avec les pensionnaires, je n'ai aucune relation »*. Il aime pratiquer du sport, la marche, il bouquine, aussi il trouve du plaisir lorsqu'il part voir ses chanteurs préférés.

Face aux difficultés, Fatah préfère être patient et calme au lieu d'être impulsif, aussi il prend le temps pour réfléchir afin de trouver les solutions adéquates.

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion de l'hypothèse

Dans sa réponse à la question qui renvoie à l'avenir notre sujet dit qu'il souhaite être autonome et avoir un petit chez soi il a ajouté : « *L'argent ne fait pas le bonheur mais il est indispensable pour le bien-être* ».

Synthèse de l'entretien de Fatah

D'après les données recueillies à travers cet entretien, Fatah semble présenter des indicateurs, significatifs de résilience, il a réussi à s'autocontrôler et à gérer soi-même lors des difficultés, il semble posséder une capacité de dépasser la souffrance, car il souhaite toujours d'être mieux dans l'avenir.

Dans ce qui suit, nous allons présenter les résultats de l'échelle de CD-RISC obtenus par Fatah.

1.2. Présentation des résultats de l'échelle CD-RISC cas de Fatah :

La passation de l'échelle CD-RISCC s'est faite toujours dans le bureau octroyé à cet effet, en hétéro-passation et cela a duré 30 minutes.

Tableau n°4 : Tableau des résultats de l'échelle CD-RISC

| Sous échelles | Score moyen Sur le total d'item | Étendu |
|---|--|---------------|
| Sentiment de compétence (32) | 90% | 29/32 |
| Effets positifs du stress (28) | 85% | 24/28 |
| Acceptation positive des changements (20) | 60% | 12/20 |
| Contrôle (12) | 66% | 8/12 |
| Spiritualité (8) | 100% | 8/8 |
| Total | 81% | 81/100 |
| Interprétation du score total | Résilience élevée | |

(Élaboré par nous-même)

Le tableau ci-dessous représente les résultats de l'échelle CD-RISC, à partir de ces résultats, Fatah a obtenu un score total élevé avec 81%, ce qui signifie un caractère résilient.

À propos de la première sous échelle qui présente le sentiment de compétence, Fatah a marqué un sous-score de 29/32 avec un pourcentage de 90%. En répondant sur la dimension presque tout le temps aux items : (10, 11, 12, 16, 23). Cependant la dimension souvent pour l'item (17, 24, 25). D'après ces réponses nous déduisons que notre sujet est une personne qui possède une bonne estime de soi, une confiance en soi, une compétence à faire face aux échecs, et est très courageux.

Au regard de la deuxième sous-échelle, qui est correspondante aux effets positifs de stress nommé aussi contrôle émotionnel et cognitif sous la pression, notre sujet a enregistré un sous-score de 24/28 et un, pourcentage de 85% en répondant à la dimension presque tout le temps pour les items (7, 14, 15, 18). Cependant la dimension souvent pour les items (6,19). En revanche pour l'item (20) Fatah a répondu par la dimension parfois, ces réponses expliquent qu'il a une capacité à faire face au stress, il a des capacités à prendre des décisions tout seul sans étayage, il a le sens de l'humour ainsi il parvient à gérer les mauvaises émotions difficiles.

Concernant la troisième sous échelle nommée acceptation positive des changements notre sujet a obtenu un sous-score de 12/20 ans le pourcentage est 60 % en convenant sur la dimension presque tout le temps seulement pour l'item (8) « *J'ai tendance à rebondir après une maladie, une blessure ou d'autres épreuves* » et pour les items (1,2,4,5) notre sujet a répondu par la dimension parfois. Nous constatons que notre sujet a une capacité à rebondir après les entraves et les épreuves difficiles, et une tendance à s'adapter aux changements.

Pour la quatrième sous échelle nommée contrôle, Fatah obtenu un sous score de 8/12 avec un pourcentage de 66 % en accordant à l'item (13) la dimension presque tout le temps cette dernière concerne « *En période de stress crises, je sais ou me tourner pour trouver de l'aide* ». Cependant aux items (21,22) : « *Je sais où je veux aller dans la vie* » « *Je sens que je maîtrise ma vie* » notre sujet a accordé la dimension souvent. À ce titre, nous pouvons dire que Fatah sait où aller dans les moments frustrants et à contrôler sa vie.

En parlant de la dernière sous échelle qui présente la spiritualité, Fatah a obtenu un sous score de 8/8 pour un pourcentage de 100% ; En accordant à l'ensemble des items (3,9) : « *Lorsqu'il n'y a pas de solutions précises à mes problèmes parfois le destin ou dieu peuvent m'aider* » et « *Bonnes ou mauvaises, je crois que les choses ne se produisent pas sans raison* » la dimension presque tout le temps. Nous dirons que l'aspect spirituel prend valeur et une large signification chez notre sujet de recherche.

1.3. Synthèse CD-RISC de Fatah

Nous notons que Fatah a une attitude optimiste face aux défis et il arrive à voir le bon côté des choses même dans les moments difficiles, ainsi qu'une tendance à avoir confiance en ses capacités à résoudre la majorité des obstacles en mettant l'accent sur l'aspect spirituel, pour cela nous pouvons dire que Fatah possède un profil d'une personne résiliente d'après ses résultats et les modalités d'interprétation à l'échelle.

Synthèse générale du cas :

En se référant aux résultats obtenus dans l'entretien de recherche et l'échelle de résilience CD-RISC, Fatah a obtenu un score total de 81% ce qui signifie un niveau de résilience important avec un niveau de sentiment de compétence élevé qui atteint 29/32 points. Et un niveau élevé des effets positifs de stress ou il a enregistré un sous score de 24/28. En plus Fatah a obtenu un sous score de 12/20 qui signifie un degré modéré d'acceptation positive des changements, en ce qui concerne le contrôle, notre sujet a obtenu un sous score modéré de 8/12. En parlant de la spiritualité Fatah a marqué une totalité de sous score de 8/8.

On constate alors que le sujet à un niveau de résilience élevé ce qui lui permet de faire face aux différentes épreuves de vie, ce qui est important pour sa situation en étant placé dans une institution. D'après ses réponses lors de l'entretien, nous pouvons dire que cette résilience a fait de lui une personne optimiste, compréhensive et une personne qui s'autocontrôle dans les situations difficiles, ce qui lui permet d'accepter son placement.

2. Cas n°2 : Salah

2.1. Présentation et analyse des résultats des données de l'entretien semi-directif :

Après nous être présenté à Salah, qui a montré un intérêt pour participer à notre recherche et qui nous a accueilli calmement avec un sourire. On lui a posé les questions de notre guide d'entretien. Nous l'avons rencontré le matin vers 9h30 dans le bureau. Son entretien a duré 45 minutes, Salah est âgé de 75 ans, il est célibataire, a un niveau secondaire, il a travaillé comme instituteur.

Axe 1 : Informations sur le parcours de vie du sujet âgé avant le placement en institution :

Salah, avant son placement, il a travaillé comme enseignant. Il a voyagé en Libye, il est resté là-bas trois ans, après il est resté en France dix ans, après cela il est retourné en

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion de l'hypothèse

Algérie et y resté dans son village une période de 2 ans. Salah nous a dit : « *Lorsque je suis parti en France, je n'avais pas de travail, mais j'ai profité des ouvrages, le côté négatif c'est le côté économique, aussi je n'ai pas de papiers* » il a ajouté : « *Celui qui est sérieux, il ne peut pas vivre soit en Algérie soit en Europe* ». Avant d'entrer en institution Salah souffrait des bronchites aigues il a dit : « *Je suis resté trois mois à Béni Messous après j'ai guéri* ». Après cela il a eu aussi une artériosclérose.

Axe N° 2 : Informations sur le placement en institution du sujet :

Notre sujet était un agent ambulant à Alger il prend de la marchandise, il l'expose à sahat chouhada il a dit : « *Ils m'ont volé là-bas a sahat chouhada* ».

Salah voulait aller en Mauritanie, mais dans sa route lorsqu'il est arrivé à Tindouf, il a rencontré un homme qui lui a dit qu'ils avaient assassiné un capitaine ici à Tindouf, alors tu dois y retourner, pour qu'ils ne t'accusent pas. Après cela Salah a été placé dans le foyer pour personnes âgées, il a dit : « *La raison de mon placement ici c'est le manque d'argent et les paroles des gens* ».

Il ajoute : *J'ai environ 7 ans ici c'est agréable, je me sens très à l'aise, j'ai aucun problème ici*. Notre sujet aime la solitude et la lecture il nous a révélé : « *J'aime rester seul, et j'apprécie les livres et la lecture, d'ailleurs j'ai lu pas mal d'ouvrages* »

Axe N° 3 : Informations sur les manifestations de résilience chez le sujet :

Lorsque on lui a posé la question à propos de sa santé actuellement, Salah nous a répondu ainsi : « *J'ai aucun problème de santé maintenant, j'ai aucun handicap, j'ai un petit souci dans mon pied qui me fait mal de temps en temps à part ça je suis bien* ». Notre sujet n'a aucun problème d'appétit il mange très bien, il ne dort pas bien, à cause de son partenaire de chambre qui fait beaucoup de bruit pendant la nuit. Il se sent en pleine forme et se sent à l'aise car il est sportif.

D'après notre sujet le plus important pour lui dans sa vie dans le foyer c'est la lecture et d'être tout seul accompagné de ses livres. En parlant de sa routine de tous les jours dans l'institution Salah a avoué : « *Chaque matin je fais la marche dans le jardin, après je prends mon café, l'après-midi quelquefois je fais la sieste, d'autres fois je lis, aussi j'aide les autres pensionnaires tous les jours* ».

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion de l'hypothèse

Salah a une bonne relation avec tout le monde que ce soit avec les pensionnaires ou avec le personnel du foyer. A propos du soutien, il nous a dit : « *Je reçois le soutien de la part de ma famille* ».

Lorsqu'on lui a dit de nous parler de ses loisirs, et ses centres d'intérêt il nous a dit qu'il aime le sport et les voyages. Afin de faire face aux difficultés, Salah préfère être toujours seul il a dit : « *L'individualisme est la meilleure stratégie* ».

Pour l'avenir, Salah a dit : « *Je souhaite voyager et visiter plusieurs pays et les découvrir* ».

A la fin de l'entretien, lorsqu'on lui a demandé s'il veut rajouter des choses qui lui semblent importantes, il a accepté en disant : « *Ma famille, mes sœurs et mes frères m'ont demandé d'aller pour vivre avec eux, mais j'ai refusé* ».

Synthèse de l'entretien de recherche de Salah :

Selon les données recueillies à travers l'entretien, Salah semble présenter un caractère résilient, il présente une bonne estime de soi, il semble joyeux, il est curieux, optimiste car il n'a jamais perdu espoir, Salah est bienveillant, il est une personne déterminée.

2.2. Présentation de l'échelle CD-RISC cas de Salah :

Tableau n° 5 : tableau des résultats de l'échelle CD-RISC de Salah

| Sous échelles | Score moyen sur le total d'item | Étendu |
|---|--|---------------|
| Sentiment de compétence (32) | 81% | 26/32 |
| Effets positifs du stress (28) | 67% | 19/28 |
| Acceptation positive des changements (20) | 60 % | 12/20 |
| Contrôle (12) | 83 % | 10/12 |
| Spiritualité (8) | 100 % | 8/8 |
| Total | 75% | 75/100 |
| Interprétation du score total | Résilience élevée | |

(Élaboré par nous-même)

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion de l'hypothèse

Le tableau ci-dessous représente les résultats de l'échelle CD-RISC, par ses résultats nous remarquons que Salah a obtenu un score de 75/100, ce qui signifie un caractère résilient.

A propos de la première sous échelle qui présente le sentiment de compétence, Salah a obtenu un sous-score de 26/32 avec un pourcentage de 81%. En répondant sur la dimension presque tous les temps pour les items (12, 16, 17, 23), et par la dimension souvent pour les items (11,25, 24) et par la dimension parfois pour l'item (10). D'après ses réponses, nous déduisons que notre sujet est optimiste, possède une estime de soi et est une personne qui reste forte malgré les obstacles, et il croit à ses compétences lorsqu'il est confronté aux difficultés.

En ce qui concerne la deuxième sous-échelle, qui est correspondante aux effets de stress, Salah a enregistré un sous-score de 19/28 avec un pourcentage de 67% en répondant à la dimension presque tous les temps pour les items (14,15), et par la dimension souvent pour les items (6,7,19) et par la dimension parfois pour l'item (20) et par la dimension pas du tout pour litem (18) « *si cela est nécessaire, je peux prendre les décisions difficiles et impopulaires qui affectent les autres* ». Selon ses réponses, Salah n'a pas une tendance à gérer le stress ainsi il n'a pas une caractéristique de résilience, car il n'a pas le sens de l'humour aussi il semble ne pas posséder les capacités de régulation des difficultés.

Pour la troisième sous-échelle nommée Acceptation positive des changements, notre sujet a obtenu un score de 12/20 dont le pourcentage est 60%, en convenant sur la dimension presque tout le temps pour les items (5,1), par la dimension parfois pour l'item (8), et par la dimension rarement pour les items (2,4). Nous constatons que notre sujet de recherche s'adapte facilement aux changements, il possède une capacité de gérer les épreuves de la vie.

La quatrième sous-échelle nommée contrôle, Salah a obtenu un score de 10/12 pour un pourcentage de 83%, en accordant aux items (21) « *Je sais où je veux aller dans la vie* » et (22) « *Je sens que je maîtrise ma vie* » la dimension presque tous les temps, et a l'item (13) la dimension parfois. À ce titre, on peut dire que Salah possède un contrôle dans sa vie, et il sait où aller dans cette dernière.

En concluant par la dernière sous-échelle qui présente la spiritualité, Salah a obtenu un sous score de 8/8 pour un pourcentage de 100%, en accordant la dimension presque tous les temps aux items (9,3) « *Bonnes ou mauvaises les choses ne se produisent pas sans raison* », « *Lorsqu'il n'y a pas de solution précise à mes problèmes, parfois Dieu et le destin peuvent*

m'aider ». Nous pouvons dire que le côté spirituel qui est un facteur important de la résilience, est vraiment important dans la vie de notre sujet.

Synthèse CD-RISC de Salah :

En s'étayant sur les résultats obtenus dans l'échelle CD-RISC nous constatons que Salah accepte les changements qui surviennent, aussi il semble posséder une capacité d'adaptation, notre sujet possède d'un potentiel pour gérer les adversités, ce qui lui permet de se construire et d'épanouir après avoir vécu des épreuves difficiles, et il a une forte croyance en Dieu, ces critères font de lui une personne résiliente.

Synthèse générale du cas :

En se référant aux résultats obtenus dans l'échelle de résilience CD-RISC, Salah a obtenu un sous-score total de 75% ce qui signifie un niveau élevé de résilience avec un niveau modéré de sentiment de compétence qui atteint 26/32 points. Et un niveau modéré des effets positifs du stress ou il a obtenu un sous-score de 19/28. Cependant Salah a eu un résultat de 12/20 points ce qui reflète un niveau aussi modéré d'acceptation positive des changements, en ce qui concerne le contrôle Salah a obtenu un sous-score de 10/12. En parlant de la spiritualité Salah a obtenu un sous score de 8/8 qui reflète un niveau très élevé.

On déduit donc que Salah a un niveau de résilience élevé, ce qui lui permet de faire face aux différentes épreuves de la vie, ce qui est important pour son placement dans le foyer des personnes âgées. En analysant ses réponses lors de l'entretien de recherche, nous pouvons dire que cette résilience a fait de lui une personne qui s'adapte et accepte les changements, ainsi qui accepte son placement.

3. Cas n° 3 : Farid

3.1. Présentation et analyse des données de l'entretien de recherche semi-directif :

Monsieur Farid, est un homme de 65 ans, il a un niveau d'instruction secondaire, célibataire, il a été un mécanicien de machines et un vendeur à la boulangerie.

Après nous être présentés à Farid, qui a été très curieux, coopérative et très souriant, il semblait actif et léger, il avait l'air dynamique, le contact avec lui est très facile. Il nous a permis de lui poser les questions de notre guide d'entretien. Nous l'avons rencontré l'après-midi vers 13h dans le bureau, son entretien a duré environ 40 minutes.

Axe 1 : informations sur le parcours de vie du sujet âgé avant le placement en institution

Farid, avant son placement, il consacrait son temps au travail, il avait de bonnes relations avec sa famille, qu'il aidait souvent, il aimait beaucoup son travail ou il a dit : « *lkhedma ynu delhaja l3ali* » (*mon travail est une bonne chose*), lorsqu'il ne travaille pas, il aimait se retrouver avec ses voisins dans son quartier ou aller au café, il aimait les informations sur la politique. Il ne représentait aucune maladie, juste la fatigue car son travail était très dur.

Axe 2 : Informations sur le placement en institution du sujet

Farid a été placé au foyer parce que leur maison est devenue trop petite pour eux lorsque ses frères se sont mariés, il n'y avait plus de chambre pour lui, alors il a décidé de quitter la maison. Il est placé depuis 5 ans. Farid raconte sa réaction face à son placement, il nous a dit : « *tarayi tmara ulac acu akhedmegh uyi3jibara lhal mais lah ghaleb khir nugureni iyellan deg ukham asmi nella nttefagh cv hhhh mais toura dayen delhebs hhhhh* » (je ne peux rien faire contre cela, la situation ne me plait pas, mais Dieu est plus fort, c'est mieux que les problèmes que je vivais à la maison, quand nous sortions, c'était bien mais maintenant c'est devenu une prison).

D'après notre entretien avec notre sujet, Farid a dit : « *je me suis adapté, il nous manque juste un peu de liberté* ».

Axe 3 : Informations sur les manifestations de résilience chez le sujet

Notre sujet ne présente aucun signe de maladie ou de handicap, il est en bonne santé, son sommeil est très bien organisé, son appétit est en désordre quelquefois il ne mange rien. « *tikwal usettegh uma dazuh hacha dekhan d lqahwa , seba uzrighara iwach hhhh* » (parfois, je ne mange presque rien, juste des cigarettes et du café et je ne sais pas pourquoi).

La chose la plus importante pour Farid est la stabilité et la bonne organisation du pays. Il passe son temps à dormir, à regarder la télévision, surtout les actualités politiques, à écouter la radio et à s'asseoir dans le jardin du foyer.

Il a une relation qualifiée de « bonne » avec les pensionnaires, il n'a pas beaucoup de contacts avec eux, s'ils ont besoin de quelque chose, il les aide surtout les plus âgés et les handicapés. Parmi ses activités et loisirs préférées, Farid aime la cuisine traditionnelle, l'achat de beaux vêtements, il aime les sorties et les soirées et tout ce qui touche à la mécanique.

Chapitre IV *Présentation, analyse des données et discussion de l'hypothèse*

Farid utilise la patience comme stratégie pour faire face à ces difficultés et il essaie de gérer ses problèmes de manière calme et réfléchie.

Concernant l'avenir, il souhaite d'avoir une décision propre à lui « *vghigh asedugh lhala aken vghigh neki* » (je veux diriger les choses à ma manière).

Synthèse de l'entretien de recherche de Farid

D'après les données recueillies à travers de cet entretien, Farid semble présenter des signes d'un caractère résilient, et aussi il présente des compétences personnelles, il n'a jamais perdu espoir malgré ces difficultés.

3.2. Présentation de l'échelle CD-RISC cas de Farid

Tableau n°6 : tableau des résultats de l'échelle CD-RISC de Farid

| Sous échelle | Score moyen sur le total d'items | Etendue |
|---|---|----------------|
| Sentiment de compétence (32) | 65% | 21/32 |
| Effets positifs du stress (28) | 67% | 19/28 |
| Acceptation positive des changements (20) | 55% | 11/20 |
| Le contrôle (12) | 91% | 11/12 |
| Spiritualité 8 | 62% | 5/8 |
| Total | 67% | 67/100 |
| Interprétation du score total | Résilience modérée | |

(Élaboré par nous-même)

Le tableau ci-dessous représente les résultats de l'échelle CD-RISC, par ces résultats nous remarquons que Farid a obtenu un score total modéré de 67 %, ce qui signifie une résilience moyenne ou modérée.

A propos de la première sous échelle qui présente le sentiment de compétence, Farid a marqué un sous score de 21/32 avec un pourcentage de 65%. En répondant sur la dimension presque tout le temps pour les items (12, 17, 2). À l'exception l'item (23) « *j'aime les défis*, et litem (24) *je travaille pour atteindre mes objectifs quels que soient les obstacles que je rencontre sur ma route* », a répondu par la dimension souvent, ainsi pour la dimension parfois à l'item (25) et pour l'item (10) « *je fais de mon mieux quel que soit le résultat* » a répondu

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion de l'hypothèse

par la dimension rarement. Nous déduisons que notre sujet est une personne qui possède une bonne estime de soi, une confiance en soi moyenne ainsi qu'une croyance en l'efficacité des compétences personnelles.

Au regard de la deuxième sous échelle, qui correspondent aux effets positifs de stress nommé aussi contrôle émotionnel et cognitif sous la pression Farid a enregistré un sous score de 19/28 avec un pourcentage de 67% en répondant à la dimension presque tout temps pour les items (15, 20,18). Cependant la dimension souvent pour l'item (19), en revanche pour les deux items (6,7) Farid répond parfois par la dimension parfois. Ces réponses expliquent qu'il a une capacité de gérer les situations du stress, ainsi Farid fait épreuve d'une caractéristique de résilience qui renvoie aux ressources affectives de la résilience le sens de l'humeur, ainsi, il possède à gérer les émotions négatives.

Concernant la troisième sous échelle nommée acceptation positive des changements, notre sujet a obtenu un sous score de 11/20 dont le pourcentage de 55%, en convenant sur la dimension presque tout le temps pour les items (5) « *les succès passés me donnent confiance pour gérer de nouvelles difficultés* », et l'item (1) « *même lorsque les choses semblent sans espoir, je n'abandonne pas* ». Ainsi l'item (8) « *j'ai tendance à rebondir après une maladie, une blessure ou d'autre épreuve* » Farid répond par la dimension parfois, et rarement pour l'item (4). Nous constatons que notre sujet de recherche dispose d'une tendance à s'adapter aux changements, et une capacité de résistance aux épreuves de la vie ainsi il possède une capacité de rebondir importante.

Pour la quatrième sous échelle qui est nommée contrôle, Rachid a obtenu un sous score de 11/12 dont le pourcentage de 91% en accordant aux items (13, 21) la dimension presque tout le temps et pour l'item (22) « *je sens que je maîtrise ma vie* » notre sujet à accorder la dimension souvent. À ce titre nous pouvons dire que Farid est apte à contrôler sa vie, il sait ou trouve sa source d'aide dans les moments difficiles.

En parlant de la dernière sous échelle qui présente la spiritualité, Farid a obtenu un sous score de 5/8 pour un pourcentage de 62 %, accordant à l'item (3) « *Lorsqu'il n'y a pas de solution précise à mes problèmes, parfois le destin ou Dieu peuvent m'aider* » par la dimension souvent, et l'item (9) « *Bonne ou mauvaise, je crois que les choses ne se produisent pas sont raison* » la dimension parfois. Nous déduisons que le côté spirituel prend une certaine importance chez notre sujet de recherche, d'ailleurs d'après nos connaissances, la spiritualité est considérée comme un facteur important dans le processus de résilience.

3.3. Synthèse CD-RISC de Farid :

En s'étayant sur le score de l'échelle CD-RISC nous constatons que Farid a tendance légèrement à avoir confiance en ses capacités, à résoudre les obstacles affrontés, mais, il possède une disposition importante à l'aspect spirituel, pour cela nous pouvons dire que Farid fait preuve d'une résilience modérée.

Synthèse générale du cas :

En se référant aux résultats obtenus dans l'entretien de recherche et l'échelle de résilience CD-RISC, Farid a obtenu un score total de 67%, ce qui signifie un niveau de résilience modéré, avec un niveau de compétence moyen qui atteint 21/32 points. Et un niveau modéré des effets positifs de stress nommé aussi contrôle émotionnel et cognitif sous la pression où il a enregistré un sous score de 19/28. Cependant Farid a obtenu un sous score de 11/20 qui signifie un degré important d'acceptation positive des changements, en ce qui concerne le contrôle, Farid a obtenu un sous score élevé de 11/12. En parlant de spiritualité, Farid a marqué le une totalité en a obtenu un sous score de 5/8.

On déduit donc que Farid à un niveau de résilience modéré, malgré tout il est arrivé à faire face aux différentes épreuves de la vie. En analysant ses réponses lors de l'entretien, nous pouvons dire que cette résilience a fait de lui une personne compréhensive pour accepter son placement en institution.

4. Cas n°4 : Rafik

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

Après nous être présenté à Rafik qui nous a donné son consentement, on a commencé l'étude. Durant l'entretien, notre sujet a bien participé à cette rencontre il nous est apparu relaxé et curieux, il a pris du plaisir à parler avec nous et à répondre à nos questions, nous l'avons rencontré l'après-midi vers 13h dans le bureau. Son entretien a durée 1h, Rafik est âgée de 65 ans, célibataire, il a un niveau d'instructions moyen, il a déjà occupé un poste de facteur (agent postal).

Axe 1 : informations sur le parcours de vie du sujet âgé avant le placement en institution

Rafik, avant son placement en institution, avait demandé en mariage une fille qu'il aimait beaucoup, mais les fiançailles ont été rompues, il n'a pas accepté la situation et a commencé

à, consommer des drogues. Il a mené selon lui une vie de luxe, entre la nourriture et les voyages. Il était en bonne santé.

Axe 2 : Informations sur le placement en institution du sujet

La raison qui a déclenché l'entrée de notre sujet en institution est que son frère s'est marié et vit en Allemagne, mais sa femme n'est pas partie avec son mari à cause de problème de papiers, alors elle a demandé à son mari de prendre son beau-frère au foyer des personnes âgées, parce qu'elle ne peut pas s'occuper de lui. Rafik est placé dans le foyer depuis 5 ans. Rafik raconte sa réaction face à son placement, il nous a dit : « *la première fois j'étais bien, mais avec le temps je suis dégouté, mais akhir n thgimith di verra, mais ulac la liberté* » (C'est mieux de rester dehors, mais il n'y a pas de liberté).

D'après notre entretien avec notre sujet, Rafik a dit : « *je me suis très bien adapté ici* ».

Axe 3 : Informations sur les manifestations de résilience chez le sujet

En ce qui concerne la santé de Rafik, il suit un traitement médicamenteux pour lutter contre son addiction aux drogues, à part ça il dit être en bonne santé. Il dort très bien et il mange aussi bien. La seule chose la plus importante pour Rafik est le mariage en disant : « *D zwaj ih vghigh ad s3ough akham, tametut wa ba3degh iyir iberdan ikl wlh* » (C'est le mariage, je veux avoir une maison. Une femme et je vais m'éloigner du mauvais chemin).

Concernant sa routine, il a dit ; je me lève très tôt pendant la prière d'El fadjr, je prends une cigarette, et un café, puis je prends le médicament, je sors de ma chambre je prends un crème, et je reviens à ma chambre, des fois je fais du sport et je mange.

De ce qui est relationnel, Rafik a une très bonne relation avec les pensionnaires et le personnel du foyer, il a dit : « *c'est une relation de respect et je reçois de l'aide de leurs part* ».

Parmi ses loisirs et ses activités préférées, il aime la plage, la marche, les sorties, la musique, les voyages et le domino. Rafik nous a dit : « *lorsque je suis en difficulté, je reste calme et patient jusqu'à ce que cette période difficile passe* ».

Rafik souhaite dans l'avenir, « *saramagh ad zewjagh, ad zalegh wa diligh calme* » (je souhaite me marier, prier et être calme). Notre sujet a ajouté à la fin de l'entretien : « *la seule chose que je veux ajouter c'est de sortir d'ici et d'avoir une vie saine et une liberté inchallah* ».

Synthèse de l'entretien de recherche de Rafik

D'après les données recueillies à travers de cet entretien, Rafik semble présenter des signes d'un caractère résilient, il est une personne dotée d'une grande patience, d'une forte volonté, il n'a jamais perdu espoir malgré ces difficultés.

4.2. Présentation de l'échelle CD-RISC cas de Rafik

Tableau n° 7 : tableau des résultats de l'échelle CD-RISC de Rafik.

| Sous échelle | Score moyen sur le total d'items | Etendue |
|---|---|----------------|
| Sentiment de compétence (32) | 75% | 24/32 |
| Effets positifs du stress (28) | 67% | 19/28 |
| Acceptation positive des changements (20) | 65% | 13/20 |
| Le contrôle (12) | 100% | 12/12 |
| Spiritualité (8) | 100% | 8/8 |
| Total | 76% | 76/100 |
| Interprétation du score total | Résilience élevée | |

(Élaboré par nous-même)

Le tableau ci-dessous représente les résultats de l'échelle CD-RISC, par ces résultats nous remarquons que Rafik a obtenu un score de 76/100, ce qui signifie un caractère résilient élevé.

À propos de la première sous échelle qui présente le sentiment de compétence, Rafik a marqué un sous score de 24/32 avec un pourcentage de 75%. En répondant sur la dimension presque tout le temps pour les items (10, 11,12, 16, 17), et la dimension parfois pour les items (24, 25), à l'exception de l'item (23) j'aime *les défis*, Rafik a répondu sur la dimension pas du tout. Au-delà nous pouvons dire que Rafik est doté d'une confiance en soi solide, il croit en ses capacités personnelles et dispose d'un large éventail de solutions pour faire face aux situations stressantes.

Au regard de la deuxième sous échelle, qui est correspondante aux effets positifs de stress nommé aussi contrôle émotionnel et cognitif sous la pression, Rafik a enregistré un sous score de 19/28 avec un pourcentage de 67%, en répondant à la dimension presque tout le temps pour les items (6,7 15,18). Cependant la dimension souvent pour l'item (20), et la

dimension parfois pour les deux items (19, 14). Ses réponses expliquent qu'il possède un sens de l'humour très élevé ainsi une bonne capacité de gestion des sentiments négatifs, autant il dispose d'une capacité émotionnelle et cognitive qu'il lui permet de prendre des décisions dans des situations délicates, ce qu'il lui offre une bonne capacité de régulation des problèmes.

Concernant la troisième sous échelle nommée acceptation positive des changements, notre sujet a obtenu un sous score de 13/20 dont le pourcentage estimé est 65%, en convenant sur la dimension presque tout le temps pour (2, 4, 5). Cependant pour l'item (1) Rafik a accordé la dimension rarement, ainsi pour l'item (8) il a répondu par la dimension pas de tout. Nous constatons que notre sujet de recherche dispose d'une forte capacité de résister aux épreuves de la vie et de rebondir après avoir vécu des situations délicates, et une capacité modérée à s'adapter aux changements.

Pour la quatrième sous échelle nommée contrôle, Rafik a obtenu un sous score de 12/12 pour un pourcentage estimé de 100%, en accordant aux items (13) « *en période de stress / crises, je sais où me tourner pour trouver de l'aide* », et l'item (21) « *je sais où je veux aller dans ma vie* », et (22) « *je sens que je maîtrise ma vie* », il a accordé la dimension presque tout le temps. D'après ses réponses nous pouvons dire que Rafik est doté d'une vision claire de sa vie, donc il possède la capacité de contrôler sa vie, ainsi il sait trouver des solutions pour surmonter ses crises.

En parlant de la dernière sous échelle qui présente la spiritualité, Rafik a obtenu un sous score de 8/8 points pour un pourcentage de 100%, en convenant sur la dimension presque tout le temps pour l'item (3) « *Lorsqu'il n'y a pas de solution précise à mes problèmes, parfois le destin ou dieu peuvent m'aider* » et l'item (9) « *bonne ou mauvaise, je crois que les choses ne se produisent pas sans raison* ». Nous déduisons que le côté spirituel est parmi les aspects qui a contribué à développer le processus de résilience chez Rafik.

4.3. Synthèse CD-RISC de Rafik

D'après l'ensemble des scores obtenus dans l'échelle CD-RISC, nous déduisons que notre cas dispose d'un potentiel pour gérer les adversités, ce qui lui permet de se construire et se développer de manière harmonieuse malgré les épreuves difficiles. Il présente une capacité d'adaptation réussie, une bonne anticipation et planification, ainsi qu'un sens de l'humour et une croyance en Dieu, ces qualités font de lui une personne résiliente.

Synthèse générale du cas

En se référant aux résultats obtenus dans l'entretien de recherche et l'échelle de résilience CD-RISC, Rafik a obtenu un score total de 76% ce qui signifie un niveau de résilience modéré avec un niveau de sentiment de compétence élevé qui atteint 24/32 points. Et un niveau modéré des effets positifs de stress ou il enregistré un sous score de 19/28. Cependant Rafik a obtenu un sous score de 13/20 qui signifie un degré moyen d'acceptation positive des changements, en ce qui concerne le contrôle, Rafik a obtenu un sous score très élevé de 12/12. En parlant de spiritualité, Rafik a marqué une totalité et en a obtenu un sous score de 8/8.

On déduit donc que Rafik à un niveau de résilience élevée, ce qui lui permet de faire face aux différentes épreuves de la vie. En apercevant ses réponses lors de l'entretien, nous pouvons dire que cette résilience lui a permis de développer une grande compréhension et une capacité à contrôler ses émotions, ce qui l'a aidé à accepter son placement en institution. La spiritualité est très présente.

5. Cas n°5 : Karim

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

Nous avons rencontré Karim dans le bureau, vers 10 h du matin, il a accepté de participer avec nous et de répondre à nos questions d'entretien, la durée de l'entretien est de 40 minutes. Karim a 66 ans, célibataire, il a un niveau de secondaire et il était un agent civil.

Axe n° 1 : Informations sur le parcours de vie du sujet âgé avant le placement en institution :

Lorsque on lui a posé la question qui concerne sa vie avant le placement, Karim nous a répondu ainsi : « *J'étais comme toutes les personnes normales, je travaille, je mange, je dors* ». A propos de son état de santé avant le placement Karim nous a dit « *J'avais quelques complications dans mes reins et mes poumons* ».

Axe n° 2 : Informations sur le placement en institution du sujet :

Concernant la raison de son placement dans le foyer pour personnes âgées, Karim nous a répondu ainsi : *« Il n'y a pas de maison dans laquelle je peux m'installer car ma famille est nombreuse »*.

Karim est placé dans le foyer depuis 4 ans, il a ajouté : *« Je me sens calme et à l'aise ici, être placé ici c'est mieux que d'être dans la rue tout seul »* il ajoute *« je me suis adapté, car J'ai trouvé de l'aide et je n'ai pas de problèmes ici »*.

Axe n° 3 : Informations sur les manifestations de résilience chez le sujet :

En ce qui concerne sa santé, aujourd'hui Karim souffre de la prostate et d'une allergie, lorsque on lui a posé la question sur son sommeil et son appétit il nous a répondu ainsi : *« Dussan »,* (C'est des jours) *« Quelquefois je dors parfois non, je mange bien »*.

Notre sujet a dit : *Le plus important pour moi maintenant c'est que je suis en sécurité, ma routine ici, je me réveille, je fais ma toilette, je prends mon café, puis je reste dans le balcon, le moment du déjeuner, je prends mon repas et je marche »*.

Pour parler de ses relations avec les pensionnaires et les autres membres dans le foyer, Karim a dit : *« Je n'ai pas de relations avec eux, en général mais ce sont des relations normales, une bonne relation voilà, oui il m'aide souvent »*.

Karim nous a exprimé : *« J'aime la plage, voyager, sortir, je suis un bon vivant voilà hhh »*, pour faire face aux difficultés, notre sujet s'est exprimé en disant : *« Je préfère rester calme et m'éloigner pour réfléchir avant d'agir »*.

A la fin de l'entretien, Karim nous a annoncé : *« Pour l'avenir je souhaite posséder une maison propre à moi, construire un foyer, me marier »*.

Synthèse de l'entretien de Karim :

D'après les données recueillies à travers cet entretien, Karim présente des indicateurs d'une résilience, il a accepté son placement dans le foyer, il possède une capacité de faire face aux difficultés et aux épreuves difficiles, et il reste optimiste.

5.2. Présentation de l'échelle CD-RISC de Karim :

Tableau n°8 : tableau des résultats de l'échelle CD-RISC de Karim

| Sous échelles | Score moyen sur le total d'item | Étendu |
|---|---------------------------------|---------------|
| Sentiment de compétence (32) | 75% | 24/32 |
| Effets positifs du stress (28) | 71% | 20/28 |
| Acceptation positive des changements (20) | 85% | 17/20 |
| Contrôle (12) | 75 % | 9/12 |
| Spiritualité (8) | 87% | 7/8 |
| Total | 77% | 77/100 |
| Interprétation du score total | Résilience élevée | |

(Élaboré par nous-même)

Le tableau ci-dessous représente les résultats de l'échelle CD-RISC, par ces résultats on note un score total de 77%, ce qui signifie la présence d'une résilience.

A propos de la première sous échelle qui présente le sentiment de compétence Karim a obtenu un sous-score de 24/32 avec un pourcentage de 75%. En répondant sur la dimension presque tous les temps pour les items (10, 11,12, 17, 24), par la dimension souvent pour litem (25), et par la dimension rarement pour les items (16, 23). De ce fait on constate que Karim possède une confiance en soi suffisante, il croit en ses compétences personnelles, qui lui permettent d'avancer malgré les obstacles.

Au regard de la deuxième sous-échelle qui concerne les effets positifs de stress nommé aussi control émotionnel et cognitif sous la pression, notre sujet a obtenu un sous-score de 20/28 avec un pourcentage de 71% en répondant à la dimension presque tous les temps pour les items (6,7,15), cependant la dimension parfois renvoie aux items (14,18,19,20). Ses réponses expliquent que Karim possède un sens de l'humeur, une capacité de gérer ses propres problèmes tout seul et de prendre des décisions dans des situations particulières.

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion de l'hypothèse

Concernant la troisième sous-échelle nommée adaptation positive des changements, notre sujet a obtenu un sous-score de 17/20 en répondant à la dimension presque tous les temps aux items (1,8) et en accordons la dimension souvent aux items (2,4,5). Nous constatons que notre sujet de recherche dispose d'une tendance à s'adapter aux changements, et une capacité de reprendre et de rebondir après les épreuves difficiles, qui sont des indicateurs de la résilience.

Pour la quatrième sous-échelle nommée contrôle, Karim a obtenu un sous-score de 9/12 avec un pourcentage de 75% en accordant la dimension presque tous les temps à litem (21) « *Je sais où je veux aller dans la vie*, la dimension souvent pour litem (22) « *Je sens que je maîtrise ma vie* et la dimension parfois à litem (13) « *En période de stress crises, je sais ou me tourner pour trouver de l'aide*. D'après ses réponses nous pouvons dire que Karim possède un contrôle sur sa vie et il sait où aller dans cette dernière .

En parlant de la dernière sous-échelle qui présente la spiritualité, Karim a obtenu un sous-score de 7/8 avec un pourcentage de 87%, en accordant à l'item (3) *Lorsqu'il n'y a pas de solution précise à mes problèmes, parfois Dieu et le destin peuvent m'aider* la dimension presque tous les temps, et à la litem (9) *Bonnes ou mauvaises les choses ne se produisent pas sans raison* la dimension souvent. Nous déduisant que parmi les aspects qui ont contribué à développer le processus de résilience de Karim c'est la spiritualité.

Synthèse CD-RISC de Karim :

D'après l'ensemble des scores obtenus dans l'échelle CD-RISC nous déduisant que notre cas montre une capacité à faire face aux difficultés cela lui permet de s'épanouir même après des expériences difficiles, il s'adapte aux changements. Il a un sens de l'humour et une foi religieuse, ce qui indique qu'il est une personne résiliente.

Synthèse générale du cas :

En ce référent aux résultats obtenus dans l'entretien de recherche et l'échelle de résilience CD-RISC, Karim a obtenu un score total de 77% ce qui signifie un niveau de résilience élevé avec un niveau de sentiment de compétence élevé qui atteint 24/32 points. Et un niveau élevé des effets positifs du stress ou il a enregistré un sous-score de 20/28. Cependant Karim a obtenu un sous score élevé de 17/20 ce qui signifie un degré très important d'acceptation positive des changements, en ce qui concerne le contrôle Karim a

obtenu un sous score élevé de 9/12. En parlant de la spiritualité, notre sujet de recherche a obtenu une totalité et en a obtenu un sous score de 7/8.

On déduit donc que Karim à un niveau de résilience élevé, ce qui lui permet de faire face aux différents types d'épreuves, ce qui est important pour son placement. En apercevant ses réponses lors de l'entretien, nous pouvons dire que cette résilience a fait de lui une personne calme et combattante.

6. Cas n°6 : Kamel

6.1. Présentation et analyse des données de l'entretien de recherche semi-directif :

Nous avons passé notre entretien sur Kamel dans un bureau, et nous avons été accueillis avec gentillesse, il nous a permis de poser toutes les questions de notre guide d'entretien, nous l'avons rencontré le matin à 9h, l'entretien à durer 1 heure.

Kamel a 74 ans, veuf, il n'est jamais rentré à l'école (analphabète) et il a été un maçon de profession.

Axe 1 : informations sur le parcours de vie du sujet âgé avant le placement en institution

Kamel, avant son placement en institution, il avait une vie saine avec sa petite famille, il travaillait dans une usine de béton. Kamel est une personne qui aime le calme, il a une belle relation avec sa famille, il aimait sa femme et sa fille unique. Kamel nous a parlé sur un événement négatif qui a changé carrément sa vie, qui est le décès de sa femme, après une longue souffrance avec la maladie. Kamel n'a aucun signe de maladie, juste une petite fracture dans son pied à cause d'un accident de travail.

Axe 2 : Informations sur le placement en institution du sujet

Kamel a été placé au foyer car il n'y a personne pour s'occuper de lui, il nous a dit : « *ulac aniwa yirefden, meqragh uzmireshara wehdi, yelli tezwey, asmi temout tametoutiw tewiyi qimegh ghures 20 gussan qlegh ughalegh sakham uvghighara adazayegh felasen, uydye3jibra lhal* » (je n'ai personne pour prendre soin de moi, je suis devenu vieux et je ne peux pas me débrouiller seul. Ma fille s'est mariée. Lorsque ma femme est morte, elle m'a pris chez elle, je suis resté 20 jours, puis je suis revenu chez moi, je ne suis pas satisfait de ma situation actuelle).

Il a été admis dans le foyer depuis un an, concernant son ressenti vis-à-vis de son placement en institution, il nous a dit qu'il est en malaise, il n'est pas bien, « *uyi3jibara amkan ayi mais terra tmara akhir mi lligh wehdi ttseyigh amek adenamegh dayi hhhh, toussad yelli d wergazis ayawin yidsen ugigh* » (je n'aime pas cet endroit mais Dieu est plus fort. C'est mieux que d'être seul, j'essaie de m'adapter ici, ma fille et son mari sont venu de me chercher mais j'ai refusé).

Pour l'instant, Kamel ne s'est pas encore bien adapté à ce nouvel environnement, mais il essaye de s'adapter car il n'y a pas de choix pour lui.

Axe 3 : Informations sur les manifestations de résilience chez le sujet

Kamel souffre d'un stress et des douleurs au niveau de ses pieds, ils sont tous le temps gonflé et il ne peut pas marcher librement, son sommeil est stable, son appétit est moyenne parfois il n'arrive pas à manger.

Notre sujet de recherche a dit : « *qu'il n'y a pas quelque chose d'important dans sa vie actuelle* » « *ulac hhhhhh siwa alakhir* » (Rien hhhhh que du bien).

Concernant sa routine quotidienne au sein de l'institution, il reste dans sa chambre avec son ami, il regarde la télévision, il sort à la terrasse pour passer du temps, il dort, il fait des rééducations et il prend ses repas. Sa relation est parfaite avec tout le personnel du foyer mais il a dit : « *uttkhaltegh ara tqimagh wehdi,* » (je ne fréquente pas, je reste seul). Parmi ses loisirs préférés les voyages, les fêtes, et la marche.

Kamel préfère rester seul dans sa chambre pour faire face aux difficultés, et il souhaite dans l'avenir quitter le foyer.

Synthèse de l'entretien de recherche de Kamel

D'après les données recueillies à travers cet entretien, Kamel présente des indicateurs d'une résilience, il essaye de s'adapter malgré les difficultés, il possède une capacité de dépasser les événements qu'il a vécus. Nous pouvons dire que l'ensemble des critères font de Kamel une personne résiliente.

6.2. Présentations de l'échelle CD-RISC cas de Kamel

Tableau n°9 : tableau des résultats de l'échelle CD-RISC de Kamel.

| Sous échelle | Score moyen sur le total d'items | Etendue |
|---|----------------------------------|---------------|
| Sentiment de compétence (32) | 90% | 29/32 |
| Effets positifs du stress (28) | 71% | 20/28 |
| Acceptation positive des changements (20) | 55% | 11/20 |
| Le contrôle (12) | 66% | 8/12 |
| La spiritualité (8) | 100% | 8/8 |
| Total | 76% | 76/100 |
| Interprétation du score total | Résilience élevée | |

(Élaboré par nous-même)

Le tableau ci-dessous représente les résultats de l'échelle CD-RISC, par ces résultats nous remarquons que Kamel a obtenu un score total élevé 76%, ce qui signifie un caractère résilient.

À propos de la première sous échelle qui présente le sentiment de compétence, Kamel a marqué un sous-score de 29/32 avec un pourcentage de 90%. En répondant sur la dimension presque tout le temps pour les items (10, 11,16,17,25), et la dimension souvent pour les items (12, 23, 24). Au-delà nous pouvons dire que Kamel possède une confiance en soi, il a des Compétences personnelles élevés.

Au regard de la deuxième sous échelle, qui est correspondante aux effets positifs de stress nommé aussi contrôle émotionnel et cognitif sous la pression, Kamel a enregistré un sous score de 20/28 avec un pourcentage de 71%, en répondant à la dimension presque tout le temps pour les items (6, 15) et pour les items (14,19) il a répondu par la dimension souvent Cependant la dimension parfois renvoie aux items (7,18, 20). Kamel, possède une capacité à gérer ses émotions, il parvient à prendre des décisions dans des situations difficiles pour résoudre des problèmes.

Concernant la troisième sous échelle nommée acceptation positive des changements, notre sujet a obtenu un sous score de 11/20 dont le pourcentage estimé et 55%, en convenant sur la dimension presque tout le temps pour l'item (8). J'ai tendance à rebondir après une maladie, une blessure ou d'autres épreuves » cependant pour les items (2,4,5) Kamel a

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion de l'hypothèse

accordé la dimension parfois. Cependant pour l'item (1) « *je suis capable de m'adapter lorsque les changements surviennent* » Kamel a accordé la dimension rarement. Nous constatons que notre sujet de recherche a niveau modéré à s'adapter aux changements, et une capacité de résistance limitée face aux épreuves de la vie.

Pour la quatrième sous échelle nommée contrôle, Kamel a obtenu un sous score de 8/12 pour un pourcentage estimé 66%, en accordant à l'items (13) « *En période de stress/crises, je sais où me tourner pour trouver de l'aide* » la dimension presque tout le temps et aux items (21) « *Je sais où je veux aller dans la vie* » et l'item (22) « *Je sens que je maîtrise ma vie* » Kamel a accordé la dimension rarement. D'après ses réponses nous pouvons dire que Kamel possède une capacité de contrôler sa vie, ainsi il maîtrise parfois ses crises en trouvant de meilleures solutions.

En parlant de la dernière sous échelle qui présente la spiritualité, Kamel a obtenu un sous score de 8/8 points pour un pourcentage de 100%, encordant à des items (3) « *Lorsqu'il n'y a pas de solution précise à mes problèmes, parfois le destin ou dieu peuvent m'aider* » la dimension presque tout le temps et a l'item (9) « *Bonnes ou mauvaises, je crois que les choses ne se produisent pas sans raison* » la dimension presque tout le temps. Nous déduisons que Kamel un niveau très élevé de spiritualité tellement il a une croyance forte en Dieu.

Synthèse générale du cas

D'après l'ensemble des scores obtenus dans l'échelle CD-RISC nous déduisant que notre cas dispose d'un potentiel pour gérer les adversités, ce qui lui permet de se construire et de se développer positivement dans les situations difficiles.

Par ailleurs à l'échelle de résilience CD-RISC, Kamel a obtenu un score total de 76%, ce qui signifie un niveau de résilience important et élevé avec un niveau de sentiment de compétence remarquable qui atteint 29/32 points. Et un niveau élevé des effets positifs de stress nommé aussi contrôle émotionnel et cognitif sous la pression où elle a enregistré un sous-score de 20/28. Cependant Kamel obtenu un sous score de 11/20 qui signifie un degré modéré d'acceptation positive des changements, en ce qui concerne le contrôle, Kamel a tenu un sous score modéré de 8/12. En parlant de la spiritualité Kamel a marqué un sous-score élevé de 8/8 point. On déduit donc, que Kamel un niveau de résilience important et un degré de la résilience remarquable qui permet pour lui d'accepter malgré tout son placement en institution.

7. Cas n° 7 : Hamid

7.1. Présentation et analyse des données de l'entretien de recherche semi-directif :

Nous nous sommes présentés à Hamid, il a accepté de faire avec nous l'entretien et de répondre à nos questions et il a montré un grand intérêt pour notre thématique, il nous a donné toutes les réponses pour notre entretien, nous l'avons rencontré l'après-midi vers 13h dans le bureau, son entretien a duré environ de 45 minutes.

Hamid, âgé de 66 ans, a un niveau d'instruction primaire, célibataire, il travaillait comme ouvrier agricole dans une ferme.

Axe 1 : informations sur le parcours de vie du sujet âgé avant le placement en institution

Hamid, avant son placement en institution, vivait avec son père et sa belle-mère, après avoir perdu sa mère étant jeune. Il vivait dans un environnement difficile, ou son père le frappait, ainsi que la femme de son père. Il n'aimait pas rentrer chez lui. Un jour, lors d'une dispute avec son père, il s'est enfui de la maison et n'est jamais revenu, il dormait dans un vieux garage et travaillait dans une ferme. Lors de la fête de l'aïd, Hamid est retourné chez lui pour se réconcilier avec son père, mais ce dernier a refusé et non seulement il l'a chassé de la maison, mais aussi renvoyé de son travail. Sa santé est fragile en raison d'un accident de voiture.

Axe 2 : Informations sur le placement en institution du sujet

La raison qui a conduit Hamid a entré au foyer est qu'il a été victime d'un accident de voiture en 2009, il a été heurté alors qu'il marchait sur le trottoir, et il est resté un mois en réanimation, après sa guérison, il a été placé dans le foyer des personnes âgées. Il est admis dans le foyer depuis 13 ans. Lorsque on a lui posé la question sur son ressenti vis à vis de son placement, Hamid a dit : « *uyi3jibara lhal dagi, vghigh adoughalegh gh tmourt iw* » (je ne me plais pas ici, je veux retourner dans mon village » il ajouta : « *akham agi l3alit akhir mayel qimegh deg ugaraj* »(cette maison est bonne, c'est mieux que de vivre dans un garage) .Concernant son adaptation, notre sujet de recherche a dit : « *awndinigh la vérité kan noumegh chwiya kn machi atas, tikwal sehugh aqlin g kham imgharen, mais tikwal tnadigh amek adefgheg syagi* » (je vous dis la vérité, je me suis un peu habitué mais pas beaucoup,

parfois j'oublie que je suis dans une maison de retraite, mais parfois je cherche un moyen de sortir d'ici).

Axe 3 : Informations sur les manifestations de résilience chez le sujet

Hamid, nous a parlé de sa santé actuelle, il nous a informé qu'il souffre d'une douleur aiguë dans la jambe et l'épaule, et d'un traumatisme à cause de l'accident qu'il a vécu ainsi d'une perte auditive partielle. Concernant son sommeil et son appétit, Hamid dort et mange bien. La chose importante dans sa vie : « *atili lqana3a yar imdanen, wa tqerbet ghur rebi* » (que les gens soient convaincus et se rapprochent de Dieu).

Hamid, mène une vie équilibrée entre le repos, l'alimentation, la prière et la lecture du Coran. De plus, il aide les personnes âgées en incapacité, et participe également au nettoyage de lieu.

De ce qui est relationnel, Hamid, possède une très bonne relation avec le personnel du foyer « *netqesir nettem3awan, takeghqsen ayen hwajen labuda s3igh uletma g fransa tawiyid kulech* » (on plaisante ensemble, on s'entraide, je leur donne ce dont ils ont besoin, car j'ai ma sœur en France qui me fournit tout) mais avec les pensionnaires il dit : « *uttkhalategh ara atas imgharen* » (je n'ai pas beaucoup de contact avec les âgées). Hamid aime beaucoup l'agriculture, il l'a trouvé comme un centre d'intérêt. Il se repose sur la patience pour faire face aux difficultés de sa vie. Pour l'avenir, Hamid souhaite avoir une maison et être stable.

Nous concluons cet entretien en lui donnant la parole à dire, s'il y a quelque chose à rajouter qui lui semble importante et que n'avons pas abordé avec lui, il nous a répondu « *s3edagh bezaf g dunitiw, imdukaliw muten inghaten traktur, les terroristes tnughen l3ibad zati ,ihiih nchallah gh siwa alkhir adyillin gher zat* » (j'ai vécu beaucoup de choses dans ma vie, mes amis sont morts après avoir été heurté par un tracteur, les terroristes pendant les années noires tuaient les gens devant moi ihiih inchallah que l'avenir soit meilleur).

Synthèse de l'entretien de recherche de Hamid

D'après les données recueillies à travers de cet entretien, Hamid semble présenter malgré tous des indicateurs significatifs d'une présence d'une résilience. Il possède une capacité de dépasser sa souffrance et de surmonter son traumatisme, ainsi il nous semble que les croyances religieuses sont présentes dans ce cas. Nous pouvons dire que l'ensemble de ces critères font de Hakim une personne résiliente.

7.2. Présentations de l'échelle CD-RISC cas de Hamid

Tableau n°10 : tableau des résultats de l'échelle CD-RISC de Hamid.

| Sous échelle | Score moyen sur le total d'items | Etendue |
|---|---|----------------|
| Sentiment de compétence (32) | 100% | 32/32 |
| Effets positifs du stress (28) | 71% | 20/28 |
| Acceptation positive des changements (20) | 45% | 9/20 |
| Le contrôle (12) | 100% | 12/12 |
| Spiritualité 8 | 100% | 8/8 |
| Total | 78% | 78/100 |
| Interprétation du score total | Résilience élevée | |

(Élaboré par nous-même)

Le tableau ci-dessous représente les résultats de l'échelle CD-RISC, par ces résultats nous remarquons que Hamid a obtenu un score total élevé, ce qui signifie un caractère résilient.

À propos de la première sous échelle qui présente le sentiment de compétence, Hamid a marqué un sous score de 32/32 avec un pourcentage de 100%. En répondant sur la dimension presque tout le temps aux items (10, 11, 12, 16, 17, 23, 24, 25). D'après ces réponses, nous déduisons que notre sujet est une personne qui possède une bonne estime de soi, une confiance en soi suffisante, avec une croyance en efficacité personnelle.

Au regard de la deuxième sous échelle, qui correspond aux effets positifs de stress nommé aussi contrôle émotionnel et cognitif sous la pression, Hamid a enregistré un sous score de 20/28 avec un pourcentage de 78%, en répondant à la dimension presque tout le temps aux items, (7, 14, 15), et répondant à souvent pour l'item (19) « *je suis capable de gérer des sentiments déplaisants ou douloureux comme la tristesse, la peur ou la colère* ». Cependant, les items (18, 20) a répondu par la dimension parfois, et pour l'item (6) « *j'essaie de voir le côté humoristique des choses lorsque je suis confrontée à des problèmes* », il a répondu par la dimension rarement. Hamid démontre une bonne capacité à gérer ses émotions négatives, il parvient à prendre des décisions dans des situations difficiles pour résoudre des problèmes.

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion de l'hypothèse

Concernant la troisième sous échelle nommée acceptation positive des changements, notre sujet a obtenu un sous score de 9/20 dont le pourcentage estimé est 45% en convenant sur la dimension presque tout le temps pour l'item (2). Cependant pour les items (5,8) à accorder la dimension parfois, et pour l'item (1) « *je suis capable de m'adapter lorsque les changements surviennent* », il a répondu par la dimension rarement, et pour l'item (4), Hamid a répondu par la dimension pas de tout. Nous constatons que notre sujet de recherche dispose une tendance modérée à s'adapter aux changements, et une capacité de résistance limitée face aux épreuves de la vie.

Pour la quatrième sous échelle qui nommée contrôle, Hamid a obtenu un sous score de 12/12 dont le pourcentage de 100% en convenant sur la dimension presque tout le temps pour les items (13, 21, 22). D'après ses réponses, nous pouvons dire que Hamid par accès il sait où il va aller dans la vie, donc il possède une capacité très élevée de contrôler sa vie, ainsi il se maîtrise souvent en moment de stress.

En parlant de la dernière sous échelle qui présente la spiritualité, Hamid a obtenu un sous score de 8/8 pour un pourcentage de 100 %, accordant à l'item (3) « *Lorsqu'il n'y a pas de solution précise à mes problèmes, parfois le destin ou Dieu peuvent m'aider* », la dimension presque tout le temps et l'item (9) « *Bonne ou mauvaise, je crois que les choses ne se produisent pas sont raison* » a répondu par la dimension presque tout le temps. Nous déduisons que le côté spirituel est parmi les facteurs qui ont développé le processus de résilience de Hamid.

Synthèse CD-RISC de Hamid :

Les résultats de l'échelle DC-RISC montrent que Hamid possède un profil résilient marqué par une attitude positive face aux épreuves, une confiance en ses capacités à résoudre les problèmes et une forte implication spirituelle. Pour cela, nous pouvons dire que Hamid possède un profil d'une personne résiliente.

Synthèse générale du cas :

En se référant aux résultats obtenus dans l'entretien de recherche et l'échelle de résilience CD-RISC, Hamid a obtenu un score total de 78% ce qui signifie un niveau de résilience important avec un niveau de sentiment de compétence très élevée qui atteint une totalité de 32/32 points, ainsi un niveau élevé des effets positifs de stress nommé aussi contrôle émotionnel et cognitif sous la pression où il a enregistré un sous score de 20/28. En

plus Hamid a obtenu un sous score de 9/20 qui signifie un degré modéré d'acceptation positive des changements, en ce qui concerne le contrôle Hamid a obtenu un sous score élevé de 12/12. En parlant de la spiritualité Hamid a marqué une totalité en obtenant un sous score de 8/8 on déduit donc, que Hamid a un niveau de résilience élevé ce qui lui permet de faire face aux différents épreuves et difficultés de la vie, ce qui est bénéfique pour sa vie en institution. En apercevant ses réponses lors de l'entretien, nous pouvons dire que cette résilience a fait de lui une personne compréhensive et capable de contrôler ses propres émotions et d'accepter son placement en institution.

8. Cas n°8 : Yamina

8.1. Présentation et analyse des résultats des données de l'entretien de recherche semi-directif :

Après nous être présentée à Yamina qui a accepté de participer à notre recherche, elle a répondu à toutes les questions de notre entretien. Yamina est une femme âgée de 67 ans qui a un niveau primaire, elle est veuve et femme au foyer.

Axe n° 1 : Informations sur le parcours de vie du sujet âgé avant le placement en institution :

Lorsque on lui a posé la question qui concerne sa vie avant le placement, Yamina nous a répondu ainsi : *Ligh t3ichegh d tmettut n baba, omba3d zwgegh, 3acegh d wergaz-iw ussan n lferh ligh bien dides ghas akn uns3ara derya lwahi, après imouth wergaziw qimghed whdi* (Je vivais avec la femme de mon père, puis je me suis mariée, J'ai vécu des jours heureux avec mon mari, J'étais heureuse avec lui, même si nous n'avions pas d'enfants ensemble, après mon mari est décédé et je me suis retrouvée seule).

Yamina avant son placement était malade, elle avait l'hyperthyroïdie, le diabète et un problème d'arthrose.

Axe n° 2 : Information sur le placement en institution du sujet :

Après la mort de son mari, Yamina n'avait personne, ses parents sont décidés, donc elle est restée une période chez sa voisine avec laquelle elle avait des problèmes, donc c'est la cause de son placement. Elle est placée dans le foyer depuis 6 ans.

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion de l'hypothèse

Pour rapporter son ressenti vis-à-vis de son placement, Yamina nous a dit : « *Durant les premiers jours, mon cœur était inquiet, je me sentais seule, mais avec le temps et ma nièce vient toujours pour me voir, les sentiments que j'avais les premiers temps sont disparus* ».

Yamina s'est adaptée dans le foyer, elle nous a dit : *Tura dayen numegh dayi* (Maintenant je me suis adaptée ici).

Axe n° 3 : Informations sur les manifestations de résilience chez le sujet :

Concernant sa santé aujourd'hui, Yamina nous a répondu : « *Je suis malade, je souffre de cholestérol, d'arthrose, de rhumatisme, d'hypertension artérielle, et du diabète* ».

A propos de son sommeil et de son appétit, elle nous a dit : « *Avant je ne dors pas, mais maintenant je dors, j'ai de l'appétit je mange bien* ».

Lorsque on lui a posé la question sur ce qui est important maintenant, elle a répondu en disant : « *C'est Dieu qui est le plus important* ».

Elle a continué en parlant de sa routine dans le foyer : *Stegh, ganegh, salegh lquran, tzalagh, tq3idegh ussu ynu* (Je mange, je dors, j'entends le couran, je prie et j'organise mon lit)

Sa relation avec les autres (pensionnaires, personnel) dans le foyer est bonne elle a dit : « *Je reçois du soutien de leur part, l'infirmière me donne mes médicaments, les éducatrices m'aident aussi* ».

Quant à ce qu'elle préfère faire, Yamina nous a dit : *Lukan zmergh ilaq khdmegh dayi wahi dywat* (Si je pouvais, je travaillerais ici avec les autres). Pour faire face aux difficultés, Yamina prie toujours et elle écoute souvent le couran.

Pour l'avenir, Yamina nous a confié : *Gher zat bghigh adruhgh ad3lgh l3umera inchaalah* (À l'avenir, je voudrais faire la Omra, si Dieu le veut).

Synthèse de l'entretien de recherche de Yamina :

D'après les données recueillies à travers cet entretien, Yamina présente des indicateurs d'une présence d'une résilience, elle a réussi à s'adapter dans son nouvel environnement, elle possède une capacité de dépasser les émotions négatives, nous pouvons dire que l'ensemble de ces critères font de Yamina une personne résiliente.

8.2. Présentation des résultats de l'échelle CD-RISC de Yamina :

Tableau n°11 : tableau des résultats de l'échelle CD-RISC de Yamina.

| Sous échelles | Score moyen sur le total d'item | Étendu |
|---|--|---------------|
| Sentiment de compétence (32) | 75% | 24/32 |
| Effets positifs du stress (28) | 82% | 23/28 |
| Acceptation positive des changements (20) | 80% | 16/20 |
| Contrôle (12) | 91% | 11/12 |
| Spiritualité (8) | 100% | 8/8 |
| Total | 80% | 80/100 |
| Interprétation du score total | Résilience élevée | |

(Élaboré par nous-même)

Le tableau ci-dessous représente les résultats de l'échelle CD-RISC, par ces résultats nous remarquons que Yamina a marqué un score total trop élevé à 80%, ce qui signifie une résilience élevée.

A propos de la première sous échelle qui présente le sentiment de compétence, Yamina a marqué un sous-score de 24/32 avec un pourcentage de 80%. En répondant sur la dimension presque tous les temps pour les items (11,12,16) et par la dimension souvent pour les items (10, 17) en revanche elle a répondu pour les items (23, 24, 25) par la dimension parfois. Nous déduisant que notre sujet est une personne qui possède une bonne estime de soi et une croyance en efficacité des compétences personnelles.

Au regard de la deuxième sou-échelle qui est correspondante aux effets positifs de stress, Yamina a enregistré un sous-score de 23/28 points avec un pourcentage de 82% en répondant à la dimension presque tous les temps pour les items (7, 14, 15) et à la dimension souvent pour les items (18, 19, 20). Cependant la dimension parfois pour litem (6). Ainsi Yamina fait épreuve d'une caractéristique de résilience qui renvoie aux ressources affectives de la résilience, elle possède à gérer les émotions pénibles, et elle possède une capacité de régulation des problèmes.

Concernant la troisième sous-échelle nommée Adaptation positive des changements, notre sujet obtenu un sous-score de 16/20 avec n pourcentage de 80%, en convenant sur la

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion de l'hypothèse

dimension presque tous les temps pour les items (1,2,4) et sur la dimension parfois pour les items (5,8). Nous constatons que notre sujet de recherche a une capacité de s'adapter aux changements, et une capacité de résistance face aux épreuves de la vie, qui sont des signes importants de la résilience.

Pour la quatrième sous-échelle nommée contrôle, Yamina a obtenu un sous score de 11/12 avec un pourcentage de 91% en accordant aux items (21, 22) la dimension presque tous les temps et pour l'item (13) « *En période de stress/crises, je sais ou me tourner pour trouver de l'aide* » la dimension souvent. A ce titre, nous pouvons dire que Yamina apte de contrôler sa vie, et elle sait où trouver sa source d'aide dans les moments difficiles.

En parlant de la dernière sous-échelle qui présente la spiritualité, Yamina a obtenu un sous-score de 8/8 avec un pourcentage de 100%, en accordant à l'ensemble des items (3,9) « *Lorsqu'il n'y a pas de solution précise à mes problèmes, parfois Dieu et le destin peuvent m'aider Bonnes ou mauvaises les choses ne se produisent pas sans raison* » la dimension souvent la dimension presque tous les temps. Nous déduisons que le côté spirituel prend une place très importante dans la vie de notre sujet, la chose qui a renforcé la présence d'une résilience chez elle.

Synthèse CD-RISC de Yamina

D'après l'ensemble des scores obtenus dans l'échelle CD-RISC nous déduisant que notre cas dispose d'un potentiel pour gérer les adversités, aussi elle possède d'une capacité d'adaptation de réussite en dépit de circonstances difficiles, et ayant une croyance en Dieu ces critères font d'elle une personne résiliente.

Synthèse générale du cas

En ce référent aux résultats obtenus dans l'échelle de résilience CD-RISC, Yamina a obtenu un score total de 80% Ce qui signifie un niveau de résilience élevée avec un niveau de sentiment de compétence qui atteint 24/32 points. Avec un score de 23/28 points des effets positifs du stress, cependant Yamina a obtenu un score qui atteint 16/20 points de l'acceptation positive des changements, aussi elle a obtenu un score important du contrôle qui atteint 9/12 points. Enfin notre sujet a obtenu un score très élevé de spiritualité qui atteint 8/8 points.

En se basant sur les résultats obtenus dans l'entretien de recherche, Yamina possède des capacités de dépasser les souffrances et les épreuves difficiles ainsi d'une adaptation lors des changements comme, aussi elle accorde une importance énorme pour le côté spirituel, ce qui fait d'elle une personne résiliente, un critère qui est important pour sa situation de placement en institution.

II. Discussion de l'hypothèse

Après avoir présenté et analysé les résultats de nos huit cas, nous arrivons à la dernière partie de ce chapitre, ou nous allons discuter notre hypothèse pour pouvoir répondre à notre question de notre problématique, et ce dans le but d'affirmer ou d'infirmer notre hypothèse. En guise de rappel, notre objectif est d'étudier la présence de la résilience chez les personnes âgées placées en institution. Pour ce faire, nous nous sommes appuyés sur les données obtenues de deux outils de recherche que nous avons utilisés, à savoir l'entretien de recherche semi directif et l'échelle de résilience Connor David Resilience Scale CD-RISC. Nous présentons ici les résultats obtenus à partir des cas que nous avons étudiés. En commençant par présenter l'hypothèse en guise de rappel pour le lecteur :

Hypothèse : Oui, il existerait une résilience chez les personnes âgées placées en institution.

La discussion commencera par la présentation du tableau qui récapitule les résultats de la recherche.

Tableau n°12 : Récapitulatif des résultats des cas à l'échelle CD-RISC

| Sujet de recherche | Sentiment de compétence (32) | Effets positifs de Stress (28) | Acceptation positive des changements (20) | Contrôle (8) | Spiritualité (8) | Score total (100) | Le niveau |
|--------------------|------------------------------|--------------------------------|---|--------------|------------------|-------------------|---------------|
| Fatah | 29/32 | 24/28 | 12/20 | 8/12 | 8/8 | 90/100 | Elevé |
| Salah | 26/32 | 19/28 | 12/20 | 10/12 | 8/8 | 75/100 | Elevé |
| Farid | 21/32 | 19/28 | 11/20 | 11/12 | 5/8 | 67/100 | Modéré |
| Karim | 24/32 | 20/28 | 17/20 | 9/12 | 7/8 | 77/100 | Elevé |
| Kamel | 29/32 | 20/28 | 11/20 | 8/12 | 8/8 | 76/100 | Elevé |
| Rafik | 24/32 | 19/28 | 13/20 | 12/12 | 8/8 | 76/100 | Elevé |
| Hamid | 32/32 | 20/28 | 9/20 | 12/12 | 8/8 | 78/100 | Elevé |
| Yamina | 24/32 | 23/28 | 16/20 | 11/12 | 8/8 | 80/100 | Elevé |

(Élaboré par nous-même)

Le tableau ci-dessous représente le tableau récapitulatif des résultats obtenus par nos sujets de recherche, nous constatons d'après ces résultats que ces personnes âgées sujets de notre recherche, possèdent un niveau de résilience élevé sauf une personne âgée qui est Farid qui a un niveau modéré. Nous constatons également que les facteurs de résilience diffèrent d'un sujet à un autre mais la spiritualité semble être un facteur commun et dominant.

Nous allons maintenant passer à la discussion cas par cas :

Cas n°1 : Fatah

D'après les informations que nous avons assemblées dans l'entretien semi-directif de recherche, nous pouvons dire que Fatah possède une capacité de gérer les difficultés qu'il rencontre dans sa vie. En analysant ses dires, nous distinguons une présence d'une capacité d'adaptation ainsi qu'une vision optimiste « *Malgré tout, mais je suis obligé de m'adapter* », « *le plus important dans ma vie maintenant c'est de guérir* ».

Par ailleurs, à l'application de l'échelle de résilience CD-RISC Fatah a obtenu un score total élevé de 81%, ce qui signifie un caractère résilient, nous déduisant que Fatah a fait recours à des ressources internes ou il a obtenu des scores élevés dont : le sentiment de

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion de l'hypothèse

compétence ou il a enregistré un sous score de 90%, les effets positifs du stress ou il a enregistré un score de 85%, et la spiritualité ou elle a eu un sous score de 100%.

D'après l'analyse des données obtenues dans l'entretien de recherche semi-directif et l'échelle CD-RISC, nous pouvons confirmer l'hypothèse.

Cas n°2 : Salah

D'après les informations que nous avons obtenus de l'entretien semi-directif de recherche, nous pouvons dire que Salah trouve des ressources et une capacité qui lui ont permis de s'adapter aux différents changements qui parviennent, il a une estime de soi qui lui permet de s'étayer sur lui-même sans avoir recours aux autres, aussi il dispose d'un regard positif pour son avenir, c'est ce qui apparaît dans ses dires : *« J'ai environ 2 mois ici c'est agréable, je me sens très à l'aise, je n'ai aucun problème ici, Ma famille, mes sœurs et mes frères m'ont demandé d'aller vivre avec eux, mais j'ai refusé, Je souhaite voyager et visiter plusieurs pays et les découvrir »*. Selon Manciaux, 2001 Une personne résiliente est une personne qui se développe bien qui continue à se projeter dans l'avenir, en présence d'événements, de vie difficiles, de traumatismes sévères.

Par ailleurs, à l'application de l'échelle CD-RISC Salah a obtenu un score total de 75%, ce qui signifie un caractère résilient, nous déduisant que Salah recours à des ressources internes ou il a obtenu des scores élevés dont : le contrôle ou il a enregistré un sous score de 83% et la spiritualité ou il a obtenu un sous score de 100%.

D'après l'analyse des données obtenues dans l'entretien de recherche semi-directif et l'échelle CD-RISC, nous pouvons à présent affirmer notre hypothèse.

Cas n°3 : Farid

D'après les informations que nous avons obtenus de l'entretien semi-directif de recherche, nous pouvons dire que Farid ne trouve pas vraiment des ressources et une capacité pour s'adapter aux différents changements qui parviennent dans sa vie en institution, en analysant ses dires que nous distinguons un manque de l'aspect spirituel et le sentiment de compétence ainsi qu'une mauvaise maîtrise de ses émotions en disant *« je me suis adapté, elle nous manque juste la liberté » « la situation ne me plaît pas, mais plus fort »*.

Par ailleurs, à l'application de l'échelle de résilience CD-RISC Farid a obtenu un score total de 67%, ce qui signifie un niveau de résilience modéré, nous indiquons que Farid fait

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion de l'hypothèse

recours à des ressources internes ou il obtenu des scores élevés dont ; effets positifs du stress ou il a enregistré des sous scores de 67%, et le contrôle ou il a eu un sous score de 91%, ainsi la spiritualité, il a obtenu un sous score modéré de 5/8 points.

D'après l'analyse des données obtenues dans l'entretien de recherche semi-directif et l'échelle CD-RISC, nous pouvons à présent affirmer notre hypothèse, mais nous insistons sur le fait que la résilience est là, mais à un niveau modéré.

Cas n°4 : Rafik

D'après les informations que nous avons assemblées dans l'entretien semi-directif de recherche, nous pouvons dire que Rafik trouve des ressources et une capacité pour s'adapter aux différents changements qui se produisent dans sa vie en institution. En analysant ses dires, nous distinguons une acceptation positive des changements ainsi qu'une bonne maîtrise de ses émotions, et une adaptation aux changements dans les moments de détresse en disant *« je me suis adapté ici »*.

Par ailleurs à l'échelle de résilience CD-RISC, Rafik a obtenu un score total de 76 % ce qui signifie un niveau de résilience important avec un niveau de de contrôle très élevé qui atteint 12/12 points. Il semble maîtriser tous ses sentiments, et la spiritualité, il a obtenu un score de 100%. Il semble maîtriser ses sentiments de compétence qui atteignent un score de 75%.

D'après l'analyse des données obtenues dans l'entretien de recherche semi-directif et dans l'échelle de résilience CD-RISC, on confirme notre hypothèse pour ce cas.

Cas n°5 : Karim

D'après les informations que nous avons obtenues de l'entretien semi-directif de recherche, Karim trouve des ressources et une capacité qui lui permet de s'adapter aux différents changements qui se produisent dans sa vie. En analysant ses dires, nous distinguons une présence d'une capacité d'accepter les nouvelles situations, aussi il possède une compétence de gérer ses propres émotions et de faire face aux difficultés, aussi il est optimiste : *« Je me sens calme et aise ici, être placé ici c'est mieux que d'être dans la rue tout seule, Je préfère de rester calme et s'éloigner pour réfléchir avant d'agir, Pour l'avenir je souhaite posséder une maison propre à moi, construire un foyer, me marier »*.

Par ailleurs à l'échelle de résilience CD-RISC, Karim a obtenu un score total de 77% qui signifie un niveau de résilience important, Karim a obtenu un élevé dans l'acceptation positive des changements 85% ce qui signifie une adaptation pour toutes les situations. Aussi il a eu un score élevé de spiritualité 87%, ce qui signifie l'acceptation de destin de Dieu.

D'après l'analyse des données obtenues dans l'entretien de recherche semi-directif et dans l'échelle de résilience CD-RISC, Karim à un niveau de résilience élevé, pour ce cas on peut confirmer notre hypothèse.

Cas n°6 : Kamel

D'après les informations que nous avons obtenues de l'entretien semi-directif de recherche, nous pouvons dire que Kamel trouve des ressources et une capacité qui lui permet de s'adapter aux différents changements qui se produisent dans sa vie en institution. En analysant ses dires, nous distinguons une présence d'une capacité de contrôle ainsi une bonne maîtrise de ses émotions tout en restant optimisé dans les moments de détresse *« Je n'aime pas cet endroit, mais Dieu est meilleur, mieux quand j'étais seul, j'essaie de s'adapter ici » « rien, que de bonheur »*. Dans ce sens, l'adaptation aux situations adverses par le développement des capacités qui mettent en jeu des ressources internes et externes désigne un caractère résilient.

Par ailleurs, à l'application du l'échelle de résilience CD-RISC Kamel a obtenu un score total élevé de 76%, ce qui signifie un caractère résilient, nous déduisant que Kamel a recours à des ressources internes ou elle obtenu des scores élevés dont : le sentiment de compétence ou il a enregistré des sous scores de 90%, et la spiritualité ou il a eu un sous score de 100%.

D'après l'analyse des données obtenues dans l'entretien de recherche semi-directif et l'échelle CD-RISC, nous pouvons à présent affirmer notre hypothèse.

Cas n° 7 : Hamid

D'après les informations que nous avons récoltées dans l'entretien de recherche semi-directif, Hamid présent une résilience élevée, ce qui lui permet de trouver des ressources et une capacité qui lui permet de s'adapter aux différents changements qui se produisent dans sa vie en institution. En analysant ses dires, nous distinguons une présence d'une capacité de contrôle ainsi une bonne maîtrise de ses émotions tout en restant optimisé dans les moments de détresse *« parfois j'oublie que je suis dans une maison de retraite » « on plaisante*

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion de l'hypothèse

ensemble, on s'entraide, je leur donne ce dont ils besoins ». Selon Michael Rutteur (2010), être résilient, c'est la capacité de bien fonctionner malgré la confrontation au stress, à l'adversité, et aux situations défavorables.

Par ailleurs à l'échelle de résilience CD-RISC, Hamid a obtenu un score total de 78%, ce qui signifie un niveau de résilience important, cependant Hamid a obtenu un sous score de 32/32 qui signifie un degré élevé de sentiments de compétence. En parlant de la spiritualité Hamid a marqué un sous score élevé de 8/8 points tellement il croit au destin de dieu, ainsi Hamid a obtenu un score élevé de 100% de contrôle.

D'après l'analyse des données obtenues dans l'entretien de recherche semi-directif et dans l'échelle de résilience CD-RISC, on confirme notre hypothèse pour ce cas.

Cas n° 8 : Yamina

D'après les informations que nous avons obtenus de l'entretien semi-directif de recherche, nous pouvons dire que Yamina trouve des ressources et une capacité qui lui ont permis de s'adapter aux changements et de faire face aux épreuves de la vie, et une large présence de l'aspect spirituel dans sa vie : ce qu'on peut voir en analysant ses dires *Dans les premiers jours, mon cœur était inquiet, je me sentais seule, mais avec le temps et ma nièce vient toujours pour me voir, les sentiments que j'avais les premiers temps sont disparu, C'est Dieu qui est le plus important, A l'avenir, je voudrais faire la Omra, si Dieu le veut.*

Par ailleurs, à l'application de l'échelle de résilience CD-RISC Yamina a obtenu un score total de 80%, ce qui signifie un caractère résilient, elle a obtenu des scores élevés dont : effets positifs du stress ou elle a enregistré 82%, et acceptation positive des changements avec un score de 80%, le contrôle ou elle a eu un score élevé de 91% et la spiritualité ou elle a obtenu un score très élevé qui atteint les 100%.

D'après l'analyse des données obtenues dans l'entretien de recherche semi-directif et l'échelle CD-RISC, nous pouvons à présent affirmer notre hypothèse.

Confrontation de nos résultats avec les résultats des études antérieures :

Ensuite, des études concernant les personnes âgées ont été effectuées dans le monde et en Algérie. Entre autres nous allons comparer les résultats de notre recherche avec ces études

antérieures que nous allons présenter, en commençons par celle de Ariane qui a réalisé une étude sur « *La résilience des personnes âgées face aux mutations urbaines dans les villages reliques Atchan* » en 2023, Houphouët-Boigny. Les résultats révèlent que face aux pressions urbaines pour continuer d'exister socialement, les personnes du troisième âge prennent appui sur les ressources mises à disposition par leurs communautés religieuses en l'occurrence les églises catholiques, méthodistes et harristes socialement reconnus dans leurs villages. Ces églises via des services pastoraux ordinaires ajustés aux personnes âgées, contribuent à atténuer les difficultés existentielles auxquelles elles se font face au quotidien. Dans le cas des sujets de notre recherche, on constate que Yamina et Hamid possèdent le facteur spirituel qui a contribué à atténuer les difficultés qu'ils rencontrent dans leur vie quotidienne dans le foyer et pendant les premiers jours de leur placement.

Aussi, dans l'étude menée par Amro et Abassi, portant sur « *la résilience psychologique chez les personnes âgées souffrant d'insuffisance rénale lors de la propagation du virus corona* » effectuée en 2022 on opte pour la méthode qualitative. Les résultats ont démontré que les personnes âgées souffrant d'insuffisance rénale, ont un très bon niveau de résilience face à la propagation du virus corona, malgré l'anxiété et la peur remarquée sur leurs visages. Les résultats de cette étude sont en adéquation avec les nôtres, d'une manière générale, car la plupart des cas de notre recherche ont un très bon niveau de résilience face à leur placement en institution, malgré leur éloignement de leur familles, leur entourage, et leur anxiété vis-à-vis de leur placement.

De plus, Duarte a réalisé une étude sur l'ergothérapie et la résilience de la personne âgée vivant en EHPAD en 2016, la méthodologie est basée sur les entretiens semi-directifs. Les résultats ont indiqué que les ergothérapeutes sollicitent des facteurs de résilience par leur compétence à évaluer et à adapter l'activité aux résidents. De ce fait ces résultats sont en concordance avec les résultats de notre étude de fait que le personnel du foyer renforce les facteurs de résilience chez les pensionnaires par leur encouragement, leur soutien et leur aide.

Encore, Mekddem et Mosbaiyah ont réalisé une étude intitulée « *résilience psychologique des personnes âgées et sa relation avec le niveau de qualité de vie* » en 2012 à l'Université de Khemis Miliana, Ain Defla. Les résultats ont indiqué qu'il existe des différences statistiques significatives dans le niveau de résilience psychologique chez les personnes âgées de Ain Defla est élevé ; tandis que le niveau de qualité de vie est moyen. Les résultats de cette

Chapitre IV Présentation, analyse des données et discussion de l'hypothèse

étude concordent avec nos résultats de nos sujets ont des niveaux de résilience différents en termes des scores obtenus lors de l'évaluation de leurs résiliences.

On peut conclure que nos résultats concordent avec les résultats des études antérieurs que nous venons de présenter.

Après avoir achevé cette discussion, on passe à une synthèse des éléments importants

Synthèse :

La résilience est la capacité de l'individu à répondre au stress d'une manière adaptative. En s'appuyant sur l'analyse de l'entretien clinique semi-directive et l'échelle de résilience CD-RISC, nous déduisons que malgré que le placement en institution soit perçu comme une perte d'autonomie et de liberté pour les personnes âgées mais tous les sujets présentent un caractère résilient d'un niveau différent d'un cas à un autre, et ils sont arrivés à surmonter cet événement et ils possèdent un potentiel qui leur permet de s'adapter à cette institution malgré les difficultés rencontrées. Donc la résilience diffère d'un cas à un autre. En effet, ils ont pu gérer leurs émotions négatives tout en restant optimistes et en gardant une bonne perception de l'avenir. Ce qui signifie que nos sujets ont un comportement adaptatif. Par ailleurs, la résilience de nos sujets âgés est assurée surtout grâce aux Personnel du foyer (éducatrice, psychologue, auxiliaire de vie, les visiteurs, et même leurs familles), mais aussi grâce à leurs caractéristiques individuelles et à leur attachement important à la spiritualité qui est un facteur de soutien pour eux.

En ce sens, comme nous l'avons déjà vu dans notre chapitre théorique la résilience de la personne âgée, est la capacité de faire face aux conséquences de stress et un mécanisme utile pour l'ainé pour la résolution de problèmes tant émotionnels que pratiques (Adréansen, 2009).

Pour conclure, nous pouvons à présent confirmer notre hypothèse stipulant qu'il existerait une résilience chez les personnes âgées placées en institution.

Dans ce qui suit, nous allons présenter une conclusion puis une liste des références selon les normes APA (7 éd) et une liste des annexes et un résumé.

Conclusion

Conclusion

Au cours des dernières années, l'espérance de vie a considérablement augmenté dans la plupart des pays, offrant la possibilité à un nombre croissant d'individus de vivre longtemps.

L'augmentation continue du nombre de personnes âgées dans la population mondiale suscite des préoccupations croissantes. En effet, vivre longtemps n'est plus le seul enjeu, mais plutôt vivre une vie longue et autonome, sans être grevée par la dépendance. Malheureusement, l'avancement en âge est souvent accompagné de la perte d'autonomie et de l'apparition de certaines maladies physiques et psychologiques, qui peuvent considérablement affecter la qualité de vie des personnes âgées. Les personnes âgées constituent une tranche d'âge importante dans la société, riche d'expériences, de sagesse et de contributions potentielles. Cependant, la manière dont la société traite ces personnes est cruciale pour leur bien-être et leur intégration.

En Algérie, la norme sociale veut que la plupart des personnes âgées vivent auprès de leurs enfants et continuent leur vie de manière « habituelle ». Toutefois, certaines personnes âgées ne peuvent pas rester au sein de leur famille, soit en raison de problèmes de santé, de la perte d'autonomie, ou encore parce qu'elles n'ont pas de famille capable de les accueillir et de subvenir à leurs besoins. Dans ces situations, ces personnes sont hébergées dans des établissements spécialisés, où elles bénéficient d'une assistance complète.

L'entrée en institution peut donc être le résultat de l'absence de la famille, d'un renoncement de la part des proches de la personne, du fait de se retrouver sans abri, d'insécurité et de perte d'autonomie.

Par conséquent, cette entrée en institution peut engendrer alors chez la personne âgée, une certaine anxiété, une difficulté d'adaptation et une souffrance psychologique dans les premiers temps de son placement. Avec le temps et l'adaptation au changement et avec le nouvel environnement, l'âgé commence à accepter et à intérioriser sa situation nouvelle qui lui permet de s'intégrer avec les nouvelles personnes (Le personnel, les autres pensionnaires ...) et de dépasser les difficultés des premiers temps de son placement, tout cela reflète la résilience qui fait référence à leurs capacités de faire face aux défis et aux changements liés au vieillissement avec force et adaptation.

Dans le cadre de notre recherche, nous avons étudié la résilience chez les personnes âgées placées en institution. Dans ce travail, la résilience des personnes âgées en institution se

réfère à la capacité des résidents à faire face aux difficultés liées au vieillissement et à l'adaptation à un nouvel environnement.

Notre étude, s'est basée sur un groupe de huit cas, composé de personnes âgées de plus de 65 ans et plus, au foyer des personnes âgées et handicapés de Bejaia, afin d'explorer et d'étudier leur résilience.

Afin de parvenir à notre objectif de recherche, ainsi qu'à vérifier notre hypothèse, nous avons opté pour une approche méthodologique basée sur la méthode clinique. Cette méthode repose sur une étude approfondie et détaillée des sujets, en s'appuyant sur deux outils de recherche, à savoir : l'entretien de recherche semi directif et l'échelle de résilience CD-RISC. L'utilisation de ses deux outils d'investigation nous a permis de vérifier notre hypothèse.

D'après les résultats de notre recherche, nous n'avons constaté que notre hypothèse formulée ainsi : « *Oui, il existerait une résilience chez les personnes âgées placées en institution* » a été confirmée pour tous les sujets de notre étude. Fatah, Salah, Rafik, Karim, Yamina et Hamid ont présenté un niveau de résilience élevé, ce qui suggère qu'ils développent des stratégies efficaces pour faire face aux défis liés à leur placements et à leur vieillesse. Cependant, il convient de noter qu'un participant, Farid a affiché une résilience légèrement moins importante par rapport aux autres.

En effet, le cas Fatah a obtenu un score total de 81/100 dans l'échelle CD-RISC, qui représente un caractère très résilient, de même pour Yamina qui a obtenu un score total de 80/100 et qui a montré lors de l'entretien des indicateurs de résilience. De plus, Hamid a obtenu un score total de 78/100, ce qui lui permet de trouver des ressources et une capacité qui lui permet de s'adapter aux différents changements qui surviennent dans sa vie.

En outre, Karim, Rafik, Kamel et Salah ont présenté un score élevé de résilience, ce qui signifie qu'ils possèdent des ressources et des capacités pour s'adapter aux différents changements qui se produisent dans leurs vies en institution. En revanche, lors de l'entretien et d'après l'échelle de CD-RISC, Farid a obtenu un score total de 67/100 qui signifie un niveau modéré de résilience.

Ainsi, la résilience dans le vieillissement n'élimine pas le stress et les pertes, mais facilite une guérison, en fournissant un sens et un sentiment de paix. Bien que vieillir ne confère pas automatiquement la sagesse ou la capacité d'adaptation, les personnes âgées ne sont privées de résilience, c'est ce qu'a démontré notre étude.

Toutefois, il nous semble nécessaire de nous exempter de toutes généralisation, du fait que notre recherche ne s'est portée pas que sur l'étude de quelques cas. Il nous semble également que, bien que notre groupe soit restreint, les résultats qualitatifs obtenus et observés en permet de mieux explorer et connaître de près la résilience des personnes âgées.

Ces résultats mettent en évidence, en guise de recommandations, l'importance cruciale de fournir un soutien et un accompagnement aux personnes âgées. Il est important d'accompagner et d'aider les personnes âgées ce qui leur permettra de faire face aux défis liés à leur placement dans l'institution et de maximiser leur bien être global.

A cet effet une nécessité d'encourager les interactions et le personnel, organiser des événements sociaux et de visites de proches. Il serait souhaitable d'adapter les soins médicaux et la routine quotidienne aux besoins spécifiques de chaque personne âgée, ainsi que de proposer des activités qui tiennent compte des intérêts et des capacités de chacun, comme les ateliers d'art, les jeux, des lectures. On note aussi qu'il est important d'offrir un soutien émotionnel et psychologique pour aider les résidents à gérer les défis de la vie en institution. Il serait souhaitable également de former le personnel pour qu'ils comprennent les besoins et les défis des personnes âgées.

Pour conclure, nous espérons à partir de cette étude, avoir pu mettre en lumière la résilience chez les personnes âgées placées en institution. On peut dire que cette étude a permis d'ouvrir une brèche pour de futures investigations sur cette population, qui suscite l'intérêt de peu de chercheurs, mais qui mérite d'être étudiée et être mise en avant. C'est pour cela que nous encourageons les étudiants et les chercheurs à explorer ce sujet dans ses différents angles. Nous proposons des thématiques suivantes que nous estimons intéressantes à étudier ultérieurement :

- Les stratégies d'optimisation de la résilience des personnes âgées placées en institution ;

- Etude pilote du vécu des personnes âgées placées en institutions.

Liste des références

- Alami, S., Desjeux, D., & Garabuau-Moussaoui, I. (2019). Les méthodes qualitatives (3ed). Presses universitaires de France.
- Alaphilippe, D., & Bailly, N. (2013). Psychologie du sujet âgé. Broché.
- Allègre, E & Gassier, J. (2011). 85 fiches d'animation pour les personnes âgées. Masson.
- Anaut, M. (2005). Le concept de résilience et ses applications cliniques. Recherche en soins infirmiers, 82, 4-11.
- Anaut, M. (2008). La résilience. Surmonter les traumatismes (2éd). Armand Colin.
- Anaut, M. (2015). Psychologie de la résilience (3ed). Armand Colin.
- Aquino, J-P. (2016). Guide pratique du vieillissement. Elsevier Masson.
- Ariès, Ph. (1983). Histoire de la vieillesse. In Communications, 37, 47-54.
- Badey-Rodriguez, C. (2003). Psychologue en maison de retraite. Gérontologie et société, 26 (104), pp.69-77.
- Baraquin, N., Beaudart, A & all. (2011). Dictionnaire de philosophie. Armand colin.
- Bareche, Z & Nini, M.-N. (2021). Résilience et Personnes Agées. Revue des sciences humaines, 8 (1), 1112-9255.
- Belmin, J. (2009). Gériatrie pour le praticien (3 e éd). Masson
- Belmin, J., Almelberti, F. & all. (2005). L'infirmier et les soins aux personnes (2 e éd). Masson.
- Bickerstaff-charron, J. (2006). Le sens que revêt l'expérience de vivre en milieu institutionnel pour des personnes âgées. Thèse de doctorat en psychologie. Université de Québec à Montréal.
- Blanchet, A., & Gotman, A. (2014). L'enquête et ses méthodes : l'entretien (2 éd.). Armand Colin.
- Boddaert, J. (2018). Gériatrie (4 e éd). Masson.
- Bouaziz, K. (2018). Structures d'accueil pour personnes âgées en Algérie et dispositifs de soutien aux aînés démunis. Cahier de sociologie, 3 (1), 13-31.
- Bouaziz, K., (2015). Structures d'accueil pour personnes âgées en Algérie. Cahier de sociologie, 3 (1), 13-31.
- Boudouda, N. (2013). Les immigrés maghrébins à preuve du vieillissement : concept de soi et qualité de vie. Thèse de doctorat en psychologie. Université de Bordeaux 2.
- Boukhatmi, F. (2020). Évaluation du statut matrimonial et du risque de poly- médication chez

- les personnes âgées hospitalisées à Sidi Bel-Abbés. Thèse du doctorat. Université de Djillali Liabés.
- Boutin, G. (2018). L'entretien de recherche qualitatif, théorie et pratique (2ed). Presses de l'université du Québec.
- Bouvet, C. (2018). 18 grandes notions de la pratique de l'entretien clinique. Dunod.
- Belmin.J. (2006). Gériatrie
- Bonnet.A. Fernandez. L, (2017) 23 grandes notions de psychopathologie : Enfants, adolescent, adulte et personnes âgées (2 éd). Dunod
- Castarède, M.-F. (2013). L'entretien clinique à visée de recherche. Dans C. Chiland (dir.) l'entretien clinique (pp.139-171). PUF.
- Chahraoui, K. & Benony, H. (2003). Méthodes, évaluation et recherches en psychologie Clinique. Dunod.
- Chahraoui, K., & Bénony, H. (1999). L'entretien clinique. Dunod.
- Charazac, P. (2020). Psychogériatrie en 24 notions (3éd). Dunod.
- Charazac, P. (2015). Aide-mémoire psychogériatrie : en 24 notions. (2éd).
- Chardon, Ch-L. (2021). La vie psychique de la personne âgée démente. Dunod.
- Charron, C., Dumet, N., & all. (2020). Les 500 mot de la psychologie. Dunod.
- Chiland, C. (2013). L'entretien clinique. PUF.
- Chopard – Verne, M. (2020). L'éthique de l'hospitalité en maison de retraite. Publibook.
- Chouvier, B., & Attigui, P. (2016). L'entretien clinique (2 e éd). Armand colin.
- Ciccone, A. (1998). L'observation clinique. Dunod.
- Clément, J-P. (2020). Psychiatrie de la personne âgée. Médecine Sciences Publications
- Collège national des enseignants de gériatrie (CNEG) (2010). Vieillesse (2 e éd). Masson.
- Crône, ph. (2010). L'animation des personnes âgées en institution- aides-soignants et animateur (2 e éd). Masson.
- Cyrułnik, B. & Duval, P. (2006). Psychanalyse et résilience. Odile Jacob. Doron, R., Parot, F. (2012). Dictionnaire de psychologie. PUF.
- Cyrułnik, B., & Jorland, G. (2012). Résilience Connaissances de base. Odile Jacob.
- Caradec, R. (2001). Sociologie de la vieillesse et du vieillissement. Nathan
- Deghagh, O-L. (2012). La maltraitance des personnes âgées. Thèse de doctorat en psychologie. Université Mentouri-Constantine.
- Delage, M. Lejeune, A & Delahaye, A. (2017). Les mécanismes d'adaptation et la résilience

- chez les patients. Dans M, Delage (Dir), Pratiques du soin et maladies chroniques graves. De Boek Supérieur.
- Doron, R., & Parot. F. (2012). Dictionnaire de psychologie. PUF.
- Duarte, C (2016). L'ergothérapie et la résilience de la personne âgée vivant en EHPAD. Thèse de doctorat en psychologie. Université de Rouen.
- Dorange, M. (2005). Entrée en institution et parole de vieux. *Gérontologie et société*, 123-140.
- Donnio, M. (2005). L'entrée en établissement d'hébergement. *Gérontologie et société*, 73-91.
- Fantini-Hauwel, C., & Christine, M & all. (2020). Psychologie et psychopathologie de la personne âgée vieillissante. Dunod.
- Fantini-Hauwel, C., & Christine, M & all. (2014). Psychologie et psychopathologie de la personne âgée vieillissante. Dunod.
- Feillet, R., Héas, S. & all. (2011). Corps et identité au grand âge : l'exercice corporel ou son abandon comme analyseur de la lutte contre la vulnérabilité. *Nouvelles pratiques sociales*, 24(1), 21-35.
- Fernandez, L., Bonnet, A. (2017). 23 grands notions de psychopathologie (2 e éd). Dunod.
- Gauthier, B. (2009). Recherche sociale : de la problématique à la collecte des données. Presses de l'Université du Québec.
- Giacomino, S. (2014). L'entrée en institution des personnes âgées : Comment se passe la transition ? thèse de doctorat en psychologie. Université de Neuchâtel.
- Giami, A. (2009). La posture clinique dans la recherche en psychologie et en sciences humaines. Dans S. Ionescu & A. Blanchet (dir.), *Méthodologie de la recherche en psychologie clinique* (pp.33-50). PUF.
- Gonnet, G., & Koffi., J, M. (2010). Résilience. L'Harmattan.
- Grawitz, M. (2001). Méthode des sciences sociales (11 éd.). Dalloz.
- Guihard, G. & all. (2018). Evaluer la résilience des étudiants en santé en France : adaptation et mesure de l'invariance de l'échelle CD-RISC 10. *Mesure et évaluation en éducation*, 41(2), 67-96.
- Hamel, N. (2011). Procédure et normes scientifique de l'élaboration de questionnaire d'enquête : Cas des mémoires de magistère de FLE. Thèse de doctorat en psychologie. Université Mohamed Kheider Biskra.
- Henrard, J-C. (2002). Les défis du vieillissement : la vieillesse n'est pas une maladie (société et santé). Édition la découverte et Syros.

- Henriette, Bloch, et al (1999). Dictionnaire de psychologie. Larousse.
- [https : //www.service-public.fr](https://www.service-public.fr). Consulter le 23/05/2025 à 12 15.
- <https://ww.ea-lateleassistance.com>. Consultez-le 13/02/ à 10 :45.
- <https://www.aps.dz>. Consulter le 19/04/2025 à 11 :30.
- <https://www.insee.fr/fr/statistiques>. Consulté le 9/03/2025 à 11 :45
- <https://www.linternaute.fr/dictionnaire/fr>) consulté le 06/02/2025 à 18 :09.
- <https://www.ONS.dz>. Consulter le 17/03/ 2025 à 12 :00.
- <https://www.unfpa.org>. Consulter le 03/04/2025 à 22 :45.
- <https://www.who.int.consulter> le 18/03/2025 à 19 :07.
- Ionescu, S. (2016). Résiliences ressemblances dans la diversité. Odile Jacob.
- Jeanguiot, N. (2012). Vieillesse. Dans M. Formarier et L. Jovic (Dir), Les concepts en sciences infirmières (pp.299-301). Association de Recherche en Soins Infirmiers.
- Labro, C., Mevel, J. (2009). Thèse dans dictionnaire. Hachette.
- Lafore, R. (2020). L'aide et l'action sociale en France. Dress.
- Lavarde, A-M. (2008). Guide méthodologique de la recherche en psychologie. De Boeck.
- Le Rouzo, M-L, (2008). La personne âgée : psychologie du vieillissement. Bréal.
- Lhermit, A. (2014). Ethique des soins aux personnes âgées : La capacité à consentir et traitement involontaire. Thèse de doctorat en psychologie Université de Toulouse 2, France.
- Liebenberg, Everfair, Joubert, Foucault. (2017). Comprendre les éléments et les indicateurs fondamentaux de la résilience. Revue Exhaustive de la littérature. Centre pour la promotion Agence de la santé publique.
- Lighezzolo, J. & De Tychey, C. (2004). La résilience : se reconstruire après le traumatisme. In Press.
- Lithfous, S., Després, O & all. (2018). Le vieillissement neurodégénératif : méthode de diagnostic différentiel. Elsevier Masson.
- Louchard-chardon, Ch. (2021). La vie psychique de la personne âgée démente. Dunod.
- Lebrun, p. (2008) clinique de l'institution : Ce que peut la psychanalyse pour la vie collective. Erés.
- Maccluso, G. (2008). Le stress chez les personnes âgées. L'harmattan.
- Manciaux, M. (2001). La résilience Un regard qui fait vivre. Études, 395(10), 321-330.
- Mantovani, J. & Rolland, C & all. (2008). Étude sociologique sur les conditions d'entrée en institution des personnes âgées et les limites du maintien à domicile. Dress.
- Masten, A.S, & Barnes, A.J. (2018). Resilience in children: developmental perspectives.

- Children (Basel) 5, E98.
- Mboua, E. (2021). *Ethique du développement pour le progrès en Afrique*. Harmattan.
- Mehta, M., Whyte, E., Lenze, E., & Hardy, S. (2008). Dépressive symptômes in late life: Associations with apathy, resilience and disability vary between young-old and old-old. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23(3), 238-243.
- Merah, A., Hamouda N-E. (2018). Retraite et niveau de vie des chefs de ménages âgées de 60ans et plus. *Revue des sciences Économiques, de Gestion et Sciences Commerciales*, 11(2), (pp.406-420).
- Michallet, B. (2009). Résilience : perspective historique, défis théoriques et enjeux cliniques. *Frontières*, 22(1-2), 10–18
- Minois, G. (1987). *Histoire de la vieillesse en occident*. Fayard.
- Mouhoum, L-H. (2010). Les personnes âgées en Algérie. Dans D. verba (du). *Interventions sociale et rôle de l'état* (pp. 69-75). Presses de l'EHESP.
- Moutassem Mimouni, B. (2013). Les personnes âgées en Algérie et en Maghrib. *Revue insaniyat*, 59,11-32.
- N'ADA, P. (2015). *Recherche et méthodologie en sciences sociales et humaines*. L'Harmattan.
- Oumoussa, D. (2013). Maltraitance, à l'encontre de personnes âgées résidentes en institution. *Revue Cahier de sociologie*, 2335-152.
- Oumoussa, D. (2014). De l'éthique à la démarche de qualité de vie en établissement pour personnes âgées. *Revue Cahier de sociologie*, 2353-0529.
- Oumoussa, D. (2016). De l'éthique à la démarche de qualité de vie en établissements pour personnes âgées. *الاجتماعية للدراسات الحكمة مجلة*, 2 (4), 4-11.
- Pedinielli, J.-L., & Fantini, L. (2009). Éthique en psychologie clinique. Dans S. Ionescu. A.Blanchet (dir.), *Méthodologie de la recherche en psychologie clinique* (pp.381-396). PUF.
- Pedinielli, J.-L., & Fernandez, L. (2015). *L'observation et l'étude de cas* (3éd.). Armand Colin.
- Ploton, L. (2001). *La personne âgée : son accompagnement médical et psychologique et la question de la démence, chronique sociale*. Chronique Sociale Editions.
- Ploton, L. (2014). Résilience et grand âge. Dans *approches non-médicamenteuses de la maladie d'Alzheimer*, 13-14/11/2014.
- Poirier-Coutansais, F. (2012). Éthique, éthique des soins. Dans M. Formarier & L. Jovic (dir.) *Les concepts en sciences infirmières* (2 e éd.). Association de Recherche en Soins Infirmiers.

- Poussin, G. (2012). La pratique de l'entretien clinique (4 e éd). Dunod.
- Proia-Lelouey, N. (2012). L'entretien en psychologie clinique. Editions In Press.
- Puisieux, P. (2012). Le livre de l'interne. Lavoisier S.A.S.
- Quaderi, A., (2013). Psychologie du vieillissement. Armand Colin.
- Ribes, G. (2006). Résilience et vieillissement. *Reliance*, 21 (3), 12-18.
- Ribes, G. (2014). Sexualité et vieillissement comprendre et anticiper les évolutions (2 e éd). Chronique sociale.
- Rioufol, M-O. (2010). L'aide-soignant en service de gériatrie. Soins et besoins affectifs. Elsevier Masson.
- Royansky, D.G.T. (1982). Vers une histoire comparée de la vieillesse : le tournant des mentalités américaine et française. In M. Garden, J.P. Goubert, A-E. Imhoff, & Bideau (dir.) le vieillissement. Presse universitaire de Lyon.
- Rutter, M. (1999). Resilience Concepts and Findings: Implications for Family Therapy. *Journal of Family Therapy*, 2,119-144, [http ;//dx.doi.org/10.1111/1467-6427.00108](http://dx.doi.org/10.1111/1467-6427.00108).
- Sauvayre, R. (2013). Les méthodes d'entretien en science sociale. Dunod.
- Soris, C. (2015). Dictionnaire pratique du travail social (2 e éd). Dunod.
- Talpin, J.-M. (2017). Psychologie clinique du vieillissement normal et pathologique (2 e éd). Armand Colin.
- Tisseron, S. (2017). La résilience. Presses Universitaires de France.
- Vincent, C. (2001). Sociologie de la vieillesse et du vieillissement. Ed Nathan.

Annexes

AnnexeN°1 : Guide d'entretien semi-directif :

Informations générales sur le sujet âgé

- 1- Quel est votre prénom ?
- 2- Quel est votre âge ?
- 3- Quel est votre niveau d'instruction ?
- 4- Quelle est votre situation matrimoniale ?
- 5- Quel est votre profession avant le placement ?

Axe n°1 : Informations sur le parcours de vie du sujet âgé avant le placement en institution

- 6- Pouvez-vous nous parler de votre vie avant votre entrée en institution et nous préciser le différents évènements, positifs et négatifs, et expériences vécus au cours de la vie ?
- 7- Pouvez-vous nous parler de votre état de santé avant votre placement ?

Axe n°2 : Informations sur le placement en institution du sujet

- 8- Pour quelle raison vous avez été placé en institution ? Quel évènement a déclenché cette décision ?
- 9- Depuis combien de temps êtes-vous placé dans ce foyer ?
- 10- Pouvez-vous nous rapporter votre ressenti vis-à-vis de votre placement en institution ? Comment diriez-vous que vous avez vécu l'institutionnalisation ?
- 11- Rapportez-nous votre adaptation à ce nouvel environnement ?

Axe n° 3 : Informations sur les manifestations de résilience chez le sujet

- 12- Parlez-nous de votre santé aujourd'hui ? Souffrez-vous d'une maladie de longue durée ou de handicap ?
- 13- Parlez-nous de votre sommeil, de votre appétit et de comment vous sentez vous ?
- 14- Qu'est ce qui est important pour vous dans cette vie actuelle ? Ou Qu'est ce qui

donne du sens et de l'intérêt à votre vie actuelle ici ?

15- Parlez-nous de votre routine quotidienne et dites-nous comment se passe la vie de tous les jours ici pour vous ?

16- Parlez-nous de votre relation avec l'équipe, le personnel et les autres pensionnaires de cette institution ? Recevez-vous un soutien de leurs parts ou de quelqu'un d'autres ?

17- Parlez-nous de vos loisirs, de vos centres d'intérêts et de vos activités préférées ?

18- Quelles sont les stratégies que vous utilisez pour faire face aux difficultés ?

19- Que désirez-vous pour l'avenir ?

20- Avez-vous des choses qui vous semblent importantes et qu'on n'a pas abordé avec vous ?

Annexe N° 2 : Echelle de résilience Connor Davidson Resilience Scale (CD-RISC)

À l'aide de l'échelle ci-dessous indiquer à quel point chacune des affirmations suivantes s'applique à votre cas. Pour chaque réponse, soyez le plus spontané possible.

| Pas de tout | Rarement | Parfois | Souvent | Presque tout le temps |
|-------------|----------|---------|---------|-----------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

| | |
|--|--|
| 1) Je suis capable de m'adapter lorsque des changements surviennent. | |
| 2) J'ai au moins une relation proche et sûre qui m'aide lorsque je suis stressée. | |
| 3) Lorsqu'il n'y pas de solution précise à mes problèmes, parfois le destin ou Dieu peuvent m'aider. | |
| 4) Je peux gérer toutes les situations qui se présentent à moi. | |
| 5) Les succès passés me donnent confiance pour gérer de nouvelles difficultés. | |
| 6) J'essaie de voir le côté humoristique des choses lorsque je suis confronté à des problèmes. | |
| 7) Devoir gérer le stress peut me rendre plus fort (e). | |
| 8) J'ai tendance à rebondir après une maladie, une blessure ou d'autre épreuves. | |
| 9) Bonne ou mauvaises, je crois que les choses ne se produisent pas sans raison. | |
| 10) Je fais de mon mieux quel que soit le résultat. | |
| 11) Je crois pouvoir atteindre mes objectifs même s'il y a des obstacles. | |
| 12) Même lorsque les choses semblent sans espoir, je n'abandonne pas. | |
| 13) En période de stress/crises, je sais où me tourner pour trouver de l'aide. | |
| 14) Sous pression, je reste concentré (e) et je réfléchis clairement. | |
| 15) Je préfère prendre les choses en main pour régler les problèmes plutôt que de laisser les autres prendre toutes les décisions. | |
| 16) Je ne suis pas facilement découragé (e) par l'échec. | |
| 17) Je me considère comme une personne forte lorsque je suis conforté e aux défis et aux difficultés de la vie. | |
| 18) Si cela est nécessaire, je peux prendre des décisions difficiles et impopulaires qui affectent les autres. | |
| 19) Je suis capable de gérer des sentiments déplaisants ou douloureux comme la tristesse, la peur ou la colère. | |
| 20) Lorsqu'on fait face aux problèmes de la vie, il est parfois nécessaire d'agir | |

| | |
|--|--|
| intuitivement sans savoir pourquoi. | |
| 21 Je sais où je veux aller dans la vie. | |
| 22) Je sens que je maîtrise ma vie. | |
| 23) J'aime les défis. | |
| 24) Je travaille pour atteindre mes objectifs quels que soient les obstacles que je rencontre sur ma route | |
| 25) Mes réussites me procurent de la fierté. | |

(Audery, 2015, p.84)

Annexe N° 3 : Résultat de l'échelle CD-RISC de Fatah

À l'aide de l'échelle ci-dessous indiquer à quel point chacune des affirmations suivantes s'applique à votre cas. Pour chaque réponse, soyez le plus spontané possible.

| Pas de tout | Rarement | Parfois | Souvent | Presque tout le temps |
|-------------|----------|---------|---------|-----------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

| | |
|--|---|
| 1) Je suis capable de m'adapter lorsque des changements surviennent. | 2 |
| 2) J'ai au moins une relation proche et sûre qui m'aide lorsque je suis stressée. | 2 |
| 3) Lorsqu'il n'y pas de solution précise à mes problèmes, parfois le destin ou Dieu peuvent m'aider. | 4 |
| 4) Je peux gérer toutes les situations qui se présentent à moi. | 2 |
| 5) Les succès passés me donnent confiance pour gérer de nouvelles difficultés. | 2 |
| 6) J'essaie de voir le côté humoristique des choses lorsque je suis confronté à des problèmes. | 3 |
| 7) Devoir gérer le stress peut me rendre plus fort (e). | 4 |
| 8) J'ai tendance à rebondir après une maladie, une blessure ou d'autre épreuves. | 4 |
| 9) Bonne ou mauvaises, je crois que les choses ne se produisent pas sans raison. | 4 |
| 10) Je fais de mon mieux quel que soit le résultat. | 4 |
| 11) Je crois pouvoir atteindre mes objectifs même s'il y a des obstacles. | 4 |
| 12) Même lorsque les choses semblent sans espoir, je n'abandonne pas. | 4 |
| 13) En période de stress/crises, je sais où me tourner pour trouver de l'aide. | 4 |
| 14) Sous pression, je reste concentré (e) et je réfléchis clairement. | 4 |
| 15) Je préfère prendre les choses en main pour régler les problèmes plutôt que de laisser les autres prendre toutes les décisions. | 4 |
| 16) Je ne suis pas facilement découragé (e) par l'échec. | 4 |
| 17) Je me considère comme une personne forte lorsque je suis conforté e aux défis et aux difficultés de la vie. | 3 |
| 18) Si cela est nécessaire, je peux prendre des décisions difficiles et impopulaires qui affectent les autres. | 4 |
| 19) Je suis capable de gérer des sentiments déplaisants ou douloureux comme la tristesse, la peur ou la colère. | 3 |

| | |
|---|---|
| 20) Lorsqu'on fait face aux problèmes de la vie, il est parfois nécessaire d'agir intuitivement sans savoir pourquoi. | 2 |
| 21 Je sais où je veux aller dans la vie. | 3 |
| 22) Je sens que je maîtrise ma vie. | 3 |
| 23) J'aime les défis. | 4 |
| 24) Je travaille pour atteindre mes objectifs quels que soient les obstacles que je rencontre sur ma route | 3 |
| 25) Mes réussites me procurent de la fierté. | 3 |

Annexe N° 4 : Résultat de l'échelle CD-RISC de Salah

À l'aide de l'échelle ci-dessous indiquer à quel point chacune des affirmations suivantes s'applique à votre cas. Pour chaque réponse, soyez le plus spontané possible.

| Pas de tout | Rarement | Parfois | Souvent | Presque tout le temps |
|-------------|----------|---------|---------|-----------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

| | |
|--|---|
| 1) Je suis capable de m'adapter lorsque des changements surviennent. | 4 |
| 2) J'ai au moins une relation proche et sûre qui m'aide lorsque je suis stressée. | 2 |
| 3) Lorsqu'il n'y pas de solution précise à mes problèmes, parfois le destin ou Dieu peuvent m'aider. | 4 |
| 4) Je peux gérer toutes les situations qui se présentent à moi. | 2 |
| 5) Les succès passés me donnent confiance pour gérer de nouvelles difficultés. | 4 |
| 6) J'essaie de voir le côté humoristique des choses lorsque je suis confronté à des problèmes. | 3 |
| 7) Devoir gérer le stress peut me rendre plus fort (e). | 3 |
| 8) J'ai tendance à rebondir après une maladie, une blessure ou d'autre épreuves. | 2 |
| 9) Bonne ou mauvaises, je crois que les choses ne se produisent pas sans raison. | 4 |
| 10) Je fais de mon mieux quel que soit le résultat. | 2 |
| 11) Je crois pouvoir atteindre mes objectifs même s'il y a des obstacles. | 3 |
| 12) Même lorsque les choses semblent sans espoir, je n'abandonne pas. | 4 |
| 13) En période de stress/crises, je sais où me tourner pour trouver de l'aide. | 2 |
| 14) Sous pression, je reste concentré (e) et je réfléchis clairement. | 4 |
| 15) Je préfère prendre les choses en main pour régler les problèmes plutôt que de laisser les autres prendre toutes les décisions. | 4 |
| 16) Je ne suis pas facilement découragé (e) par l'échec. | 4 |
| 17) Je me considère comme une personne forte lorsque je suis conforté e aux défis et aux difficultés de la vie. | 4 |
| 18) Si cela est nécessaire, je peux prendre des décisions difficiles et impopulaires qui affectent les autres. | 0 |
| 19) Je suis capable de gérer des sentiments déplaisants ou douloureux comme la tristesse, la peur ou la colère. | 3 |

| | |
|---|---|
| 20) Lorsqu'on fait face aux problèmes de la vie, il est parfois nécessaire d'agir intuitivement sans savoir pourquoi. | 2 |
| 21 Je sais où je veux aller dans la vie. | 4 |
| 22) Je sens que je maîtrise ma vie. | 4 |
| 23) J'aime les défis. | 4 |
| 24) Je travaille pour atteindre mes objectifs quels que soient les obstacles que je rencontre sur ma route | 3 |
| 25) Mes réussites me procurent de la fierté. | 3 |

Annexe N° 5 : Résultat de l'échelle CD-RISC de Farid

À l'aide de l'échelle ci-dessous indiquer à quel point chacune des affirmations suivantes s'applique à votre cas. Pour chaque réponse, soyez le plus spontané possible.

| Pas de tout | Rarement | Parfois | Souvent | Presque tout le temps |
|-------------|----------|---------|---------|-----------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

| | |
|--|---|
| 1) Je suis capable de m'adapter lorsque des changements surviennent. | 4 |
| 2) J'ai au moins une relation proche et sure qui m'aide lorsque je suis stressée. | 4 |
| 3) Lorsqu'il n'y pas de solution précise à mes problèmes, parfois le destin ou Dieu peuvent m'aider. | 3 |
| 4) Je peux gérer toutes les situations qui se présentent à moi. | 1 |
| 5) Les succès passés me donnent confiance pour gérer de nouvelles difficultés. | 4 |
| 6) J'essaie de voir le côté humoristique des choses lorsque je suis confronté à des problèmes. | 2 |
| 7) Devoir gérer le stress peut me rendre plus fort (e). | 2 |
| 8) J'ai tendance à rebondir après une maladie, une blessure ou d'autre épreuves. | 2 |
| 9) Bonne ou mauvaises, je crois que les choses ne se produisent pas sans raison. | 1 |
| 10) Je fais de mon mieux quel que soit le résultat. | 1 |
| 11) Je crois pouvoir atteindre mes objectifs même s'il y a des obstacles. | |
| 12) Même lorsque les choses semblent sans espoir, je n'abandonne pas. | 4 |
| 13) En période de stress/crises, je sais où me tourner pour trouver de l'aide. | 4 |
| 14) Sous pression, je reste concentré (e) et je réfléchis clairement. | |
| 15) Je préfère prendre les choses en main pour régler les problèmes plutôt que de laisser les autres prendre toutes les décisions. | 4 |
| 16) Je ne suis pas facilement découragé (e) par l'échec. | |
| 17) Je me considère comme une personne forte lorsque je suis conforté e aux défis et aux difficultés de la vie. | 4 |
| 18) Si cela est nécessaire, je peux prendre des décisions difficiles et impopulaires qui affectent les autres. | 4 |
| 19) Je suis capable de gérer des sentiments déplaisants ou douloureux comme la tristesse, la peur ou la colère. | 3 |

| | |
|---|---|
| 20) Lorsqu'on fait face aux problèmes de la vie, il est parfois nécessaire d'agir intuitivement sans savoir pourquoi. | 4 |
| 21 Je sais où je veux aller dans la vie. | 4 |
| 22) Je sens que je maîtrise ma vie. | 3 |
| 23) J'aime les défis. | 3 |
| 24) Je travaille pour atteindre mes objectifs quels que soient les obstacles que je rencontre sur ma route | 3 |
| 25) Mes réussites me procurent de la fierté. | 2 |

Annexe N° 6 : Résultat de l'échelle CD-RISC de Rafik

À l'aide de l'échelle ci-dessous indiquer à quel point chacune des affirmations suivantes s'applique à votre cas. Pour chaque réponse, soyez le plus spontané possible.

| Pas de tout | Rarement | Parfois | Souvent | Presque tout le temps |
|-------------|----------|---------|---------|-----------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

| | |
|--|---|
| 1) Je suis capable de m'adapter lorsque des changements surviennent. | 1 |
| 2) J'ai au moins une relation proche et sûre qui m'aide lorsque je suis stressée. | 4 |
| 3) Lorsqu'il n'y pas de solution précise à mes problèmes, parfois le destin ou Dieu peuvent m'aider. | 4 |
| 4) Je peux gérer toutes les situations qui se présentent à moi. | 4 |
| 5) Les succès passés me donnent confiance pour gérer de nouvelles difficultés. | 4 |
| 6) J'essaie de voir le côté humoristique des choses lorsque je suis confronté à des problèmes. | 4 |
| 7) Devoir gérer le stress peut me rendre plus fort (e). | 4 |
| 8) J'ai tendance à rebondir après une maladie, une blessure ou d'autre épreuves. | 0 |
| 9) Bonne ou mauvaises, je crois que les choses ne se produisent pas sans raison. | 4 |
| 10) Je fais de mon mieux quel que soit le résultat. | 4 |
| 11) Je crois pouvoir atteindre mes objectifs même s'il y a des obstacles. | 4 |
| 12) Même lorsque les choses semblent sans espoir, je n'abandonne pas. | 4 |
| 13) En période de stress/crises, je sais où me tourner pour trouver de l'aide. | 4 |
| 14) Sous pression, je reste concentré (e) et je réfléchis clairement. | 2 |
| 15) Je préfère prendre les choses en main pour régler les problèmes plutôt que de laisser les autres prendre toutes les décisions. | 4 |
| 16) Je ne suis pas facilement découragé (e) par l'échec. | 4 |
| 17) Je me considère comme une personne forte lorsque je suis conforté e aux défis et aux difficultés de la vie. | 4 |
| 18) Si cela est nécessaire, je peux prendre des décisions difficiles et impopulaires qui affectent les autres. | 4 |
| 19) Je suis capable de gérer des sentiments déplaisants ou douloureux comme la tristesse, la peur ou la colère. | 2 |

| | |
|---|---|
| 20) Lorsqu'on fait face aux problèmes de la vie, il est parfois nécessaire d'agir intuitivement sans savoir pourquoi. | 3 |
| 21 Je sais où je veux aller dans la vie. | 4 |
| 22) Je sens que je maîtrise ma vie. | 4 |
| 23) J'aime les défis. | 0 |
| 24) Je travaille pour atteindre mes objectifs quels que soient les obstacles que je rencontre sur ma route | 2 |
| 25) Mes réussites me procurent de la fierté. | 2 |

Annexe N° 7 : Résultat de l'échelle CD-RISC de Karim

À l'aide de l'échelle ci-dessous indiquer à quel point chacune des affirmations suivantes s'applique à votre cas. Pour chaque réponse, soyez le plus spontané possible.

| Pas de tout | Rarement | Parfois | Souvent | Presque tout le temps |
|-------------|----------|---------|---------|-----------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

| | |
|--|---|
| 1) Je suis capable de m'adapter lorsque des changements surviennent. | 4 |
| 2) J'ai au moins une relation proche et sûre qui m'aide lorsque je suis stressée. | 3 |
| 3) Lorsqu'il n'y pas de solution précise à mes problèmes, parfois le destin ou Dieu peuvent m'aider. | 4 |
| 4) Je peux gérer toutes les situations qui se présentent à moi. | 3 |
| 5) Les succès passés me donnent confiance pour gérer de nouvelles difficultés. | 3 |
| 6) J'essaie de voir le côté humoristique des choses lorsque je suis confronté à des problèmes. | 4 |
| 7) Devoir gérer le stress peut me rendre plus fort (e). | 4 |
| 8) J'ai tendance à rebondir après une maladie, une blessure ou d'autre épreuves. | 4 |
| 9) Bonne ou mauvaises, je crois que les choses ne se produisent pas sans raison. | 3 |
| 10) Je fais de mon mieux quel que soit le résultat. | 4 |
| 11) Je crois pouvoir atteindre mes objectifs même s'il y a des obstacles. | 4 |
| 12) Même lorsque les choses semblent sans espoir, je n'abandonne pas. | 4 |
| 13) En période de stress/crises, je sais où me tourner pour trouver de l'aide. | 2 |
| 14) Sous pression, je reste concentré (e) et je réfléchis clairement. | 2 |
| 15) Je préfère prendre les choses en main pour régler les problèmes plutôt que de laisser les autres prendre toutes les décisions. | 4 |
| 16) Je ne suis pas facilement découragé (e) par l'échec. | 1 |
| 17) Je me considère comme une personne forte lorsque je suis conforté e aux défis et aux difficultés de la vie. | 4 |
| 18) Si cela est nécessaire, je peux prendre des décisions difficiles et impopulaires qui affectent les autres. | 2 |
| 19) Je suis capable de gérer des sentiments déplaisants ou douloureux comme la tristesse, la peur ou la colère. | 2 |

| | |
|---|---|
| 20) Lorsqu'on fait face aux problèmes de la vie, il est parfois nécessaire d'agir intuitivement sans savoir pourquoi. | 2 |
| 21) Je sais où je veux aller dans la vie. | 4 |
| 22) Je sens que je maîtrise ma vie. | 3 |
| 23) J'aime les défis. | 1 |
| 24) Je travaille pour atteindre mes objectifs quels que soient les obstacles que je rencontre sur ma route | 4 |
| 25) Mes réussites me procurent de la fierté. | 3 |

Annexe N° 8 : Résultat de l'échelle CD-RISC de Kamel

À l'aide de l'échelle ci-dessous indiquer à quel point chacune des affirmations suivantes s'applique à votre cas. Pour chaque réponse, soyez le plus spontané possible.

| Pas de tout | Rarement | Parfois | Souvent | Presque tout le temps |
|-------------|----------|---------|---------|-----------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

| | |
|--|---|
| 1) Je suis capable de m'adapter lorsque des changements surviennent. | 1 |
| 2) J'ai au moins une relation proche et sûre qui m'aide lorsque je suis stressée. | 2 |
| 3) Lorsqu'il n'y pas de solution précise à mes problèmes, parfois le destin ou Dieu peuvent m'aider. | 4 |
| 4) Je peux gérer toutes les situations qui se présentent à moi. | 2 |
| 5) Les succès passés me donnent confiance pour gérer de nouvelles difficultés. | 2 |
| 6) J'essaie de voir le côté humoristique des choses lorsque je suis confronté à des problèmes. | 4 |
| 7) Devoir gérer le stress peut me rendre plus fort (e). | 2 |
| 8) J'ai tendance à rebondir après une maladie, une blessure ou d'autre épreuves. | 4 |
| 9) Bonne ou mauvaises, je crois que les choses ne se produisent pas sans raison. | 4 |
| 10) Je fais de mon mieux quel que soit le résultat. | 4 |
| 11) Je crois pouvoir atteindre mes objectifs même s'il y a des obstacles. | 4 |
| 12) Même lorsque les choses semblent sans espoir, je n'abandonne pas. | 3 |
| 13) En période de stress/crises, je sais où me tourner pour trouver de l'aide. | 4 |
| 14) Sous pression, je reste concentré (e) et je réfléchis clairement. | 3 |
| 15) Je préfère prendre les choses en main pour régler les problèmes plutôt que de laisser les autres prendre toutes les décisions. | 4 |
| 16) Je ne suis pas facilement découragé (e) par l'échec. | 4 |
| 17) Je me considère comme une personne forte lorsque je suis conforté e aux défis et aux difficultés de la vie. | 4 |
| 18) Si cela est nécessaire, je peux prendre des décisions difficiles et impopulaires qui affectent les autres. | 2 |
| 19) Je suis capable de gérer des sentiments déplaisants ou douloureux comme la tristesse, la peur ou la colère. | 3 |

| | |
|---|---|
| 20) Lorsqu'on fait face aux problèmes de la vie, il est parfois nécessaire d'agir intuitivement sans savoir pourquoi. | 2 |
| 21 Je sais où je veux aller dans la vie. | 1 |
| 22) Je sens que je maîtrise ma vie. | 1 |
| 23) J'aime les défis. | 3 |
| 24) Je travaille pour atteindre mes objectifs quels que soient les obstacles que je rencontre sur ma route | 3 |
| 25) Mes réussites me procurent de la fierté. | 4 |

Annexe N°9 : Résultat de l'échelle CD-RISC de Hamid

À l'aide de l'échelle ci-dessous indiquer à quel point chacune des affirmations suivantes s'applique à votre cas. Pour chaque réponse, soyez le plus spontané possible.

| Pas de tout | Rarement | Parfois | Souvent | Presque tout le temps |
|-------------|----------|---------|---------|-----------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

| | |
|--|---|
| 1) Je suis capable de m'adapter lorsque des changements surviennent. | 1 |
| 2) J'ai au moins une relation proche et sûre qui m'aide lorsque je suis stressée. | 4 |
| 3) Lorsqu'il n'y pas de solution précise à mes problèmes, parfois le destin ou Dieu peuvent m'aider. | 4 |
| 4) Je peux gérer toutes les situations qui se présentent à moi. | 0 |
| 5) Les succès passés me donnent confiance pour gérer de nouvelles difficultés. | 2 |
| 6) J'essaie de voir le côté humoristique des choses lorsque je suis confronté à des problèmes. | 1 |
| 7) Devoir gérer le stress peut me rendre plus fort (e). | 4 |
| 8) J'ai tendance à rebondir après une maladie, une blessure ou d'autre épreuves. | 2 |
| 9) Bonne ou mauvaises, je crois que les choses ne se produisent pas sans raison. | 4 |
| 10) Je fais de mon mieux quel que soit le résultat. | 4 |
| 11) Je crois pouvoir atteindre mes objectifs même s'il y a des obstacles. | 4 |
| 12) Même lorsque les choses semblent sans espoir, je n'abandonne pas. | 4 |
| 13) En période de stress/crises, je sais où me tourner pour trouver de l'aide. | 4 |
| 14) Sous pression, je reste concentré (e) et je réfléchis clairement. | 4 |
| 15) Je préfère prendre les choses en main pour régler les problèmes plutôt que de laisser les autres prendre toutes les décisions. | 4 |
| 16) Je ne suis pas facilement découragé (e) par l'échec. | 4 |
| 17) Je me considère comme une personne forte lorsque je suis conforté e aux défis et aux difficultés de la vie. | 4 |
| 18) Si cela est nécessaire, je peux prendre des décisions difficiles et impopulaires qui affectent les autres. | 2 |
| 19) Je suis capable de gérer des sentiments déplaisants ou douloureux comme la | |

| | |
|---|---|
| tristesse, la peur ou la colère. | 3 |
| 20) Lorsqu'on fait face aux problèmes de la vie, il est parfois nécessaire d'agir intuitivement sans savoir pourquoi. | 2 |
| 21 Je sais où je veux aller dans la vie. | 4 |
| 22) Je sens que je maîtrise ma vie. | 4 |
| 23) J'aime les défis. | 4 |
| 24) Je travaille pour atteindre mes objectifs quels que soient les obstacles que je rencontre sur ma route | 4 |
| 25) Mes réussites me procurent de la fierté. | 4 |

Annexe N°9 : Résultat de l'échelle CD-RISC de Yamina

À l'aide de l'échelle ci-dessous indiquer à quel point chacune des affirmations suivantes s'applique à votre cas. Pour chaque réponse, soyez le plus spontané possible.

| Pas de tout | Rarement | Parfois | Souvent | Presque tout le temps |
|-------------|----------|---------|---------|-----------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

| | |
|--|---|
| 1) Je suis capable de m'adapter lorsque des changements surviennent. | 4 |
| 2) J'ai au moins une relation proche et sûre qui m'aide lorsque je suis stressée. | 4 |
| 3) Lorsqu'il n'y pas de solution précise à mes problèmes, parfois le destin ou Dieu peuvent m'aider. | 4 |
| 4) Je peux gérer toutes les situations qui se présentent à moi. | 4 |
| 5) Les succès passés me donnent confiance pour gérer de nouvelles difficultés. | 2 |
| 6) J'essaie de voir le côté humoristique des choses lorsque je suis confronté à des problèmes. | 2 |
| 7) Devoir gérer le stress peut me rendre plus fort (e). | 4 |
| 8) J'ai tendance à rebondir après une maladie, une blessure ou d'autre épreuves. | 2 |
| 9) Bonne ou mauvaises, je crois que les choses ne se produisent pas sans raison. | 4 |
| 10) Je fais de mon mieux quel que soit le résultat. | 3 |
| 11) Je crois pouvoir atteindre mes objectifs même s'il y a des obstacles. | 4 |
| 12) Même lorsque les choses semblent sans espoir, je n'abandonne pas. | 4 |
| 13) En période de stress/crises, je sais où me tourner pour trouver de l'aide. | 3 |
| 14) Sous pression, je reste concentré (e) et je réfléchis clairement. | 4 |
| 15) Je préfère prendre les choses en main pour régler les problèmes plutôt que de laisser les autres prendre toutes les décisions. | 4 |
| 16) Je ne suis pas facilement découragé (e) par l'échec. | 4 |
| 17) Je me considère comme une personne forte lorsque je suis conforté e aux défis et aux difficultés de la vie. | 3 |
| 18) Si cela est nécessaire, je peux prendre des décisions difficiles et impopulaires qui affectent les autres. | 3 |
| 19) Je suis capable de gérer des sentiments déplaisants ou douloureux comme la tristesse, la peur ou la colère. | 3 |

| | |
|---|---|
| 20) Lorsqu'on fait face aux problèmes de la vie, il est parfois nécessaire d'agir intuitivement sans savoir pourquoi. | 3 |
| 21 Je sais où je veux aller dans la vie. | 4 |
| 22) Je sens que je maîtrise ma vie. | 4 |
| 23) J'aime les défis. | 2 |
| 24) Je travaille pour atteindre mes objectifs quels que soient les obstacles que je rencontre sur ma route | 2 |
| 25) Mes réussites me procurent de la fierté. | 2 |

La résilience chez les personnes âgées placées en institution

Résumé :

Cette présente étude porte sur « *La résilience chez les personnes âgées placées en institution* ». Elle a pour objectif l'exploration et l'évaluation de la résilience chez cette catégorie. Elle s'est déroulée au foyer des personnes âgées et handicapées (FPAH) de Bejaia (Algérie), auprès de huit cas âgés entre 65 ans à 75 ans. Pour réaliser cette étude, nous avons adopté la méthode clinique et l'étude de cas, et nous avons utilisé l'entretien de recherche semi directif et l'échelle de résilience Connor-Davidson Résilience Scale (CD-RISC) pour mesurer la résilience. Les résultats de cette recherche ont révélé qu'il existe une résilience chez tous nos sujets, mais à des niveaux différents. La CD-RISC a démontré une résilience élevée chez sept de nos sujets et une résilience modérée pour un sujet.

Mots-clés : Résilience, personnes âgées, placement, institution.

Resilience in Elderly Individuals Placed in Institutions

Abstract:

This study, titled « *Resilience in elderly individuals placed in institutions aimed to explore and evaluate resilience in the elderly* ». It was conducted at the Home for the Aged and Handicapped (FPAH) in Bejaia, (Algeria), with eight participants aged between 65 and 75. We used the clinical method and case studies, employing semi-directive research interviews and the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) to measure resilience. The findings revealed that all subjects exhibited resilience, though at varying levels. The CD-RISC showed high resilience in seven subjects and moderate resilience in one subject.

Keywords: Resilience, elderly, placement, institution.

المرونة النفسية لدى كبار السن المقيمين في مراكز رعاية المسنين

ملخص:

تركز هذه الدراسة على "المرونة النفسية لدى كبار السن المقيمين في مراكز رعاية المسنين". وتهدف إلى استكشاف وتقييم المرونة في هذه الفئة. أجريت الدراسة في دار لرعاية المسنين وذوي الإعاقة (FPAH) في بجاية، الجزائر، على ثماني حالات تتراوح أعمارهم بين 65 و75 عامًا. لإجراء هذه الدراسة، اعتمدنا منهجًا عياديًا ومنهج دراسة حالة، باستخدام مقابلة بحثية شبه منظمة ومقياس كونور-ديفيدسون للمرونة (CD-RISC) لقياس المرونة. كشفت نتائج هذا البحث عن وجود مرونة لدى جميع المشاركين، ولكن بمستويات متفاوتة. أظهر مقياس CD-RISC مرونة عالية لدى سبعة منهم، ومرونة متوسطة لدى شخص واحد.

الكلمات المفتاحية: المرونة النفسية، كبار السن، الإقامة، مركز رعاية المسنين.