

Ministère de l'enseignement supérieur et de recherche scientifique

Université ABDERRAHMANE MIRA - BEJAIA



جامعة بجاية
Tasdawit n Bgayet
Université de Béjaïa

Faculté des Sciences Humaines et Sociales

Département de psychologie et d'orthophonie

Mémoire de Fin de Cycle

En vue de l'obtention de diplôme de Master en psychologie

Option : Psychologie Clinique

Thème :

***La santé mentale des personnes âgées en foyer
après la pandémie de COVID-19***

*Étude clinique de sept (7) cas réalisée au sein du foyer pour personnes
âgées « AIT SALAH LARBI » de la wilaya de Béjaïa*

Réalisé par :

- BOUCHOUL Sofiane

- BOUABIDA Rabah

Encadré par :

Dr : MEKHZEM Kahina

Année universitaire
2024/2025

Remerciement

Avant tout, nous remercions « Dieu Tout-Puissant », qui nous a donné la force, la patience et le courage pour mener ce travail.

Nous remercions également nos parents pour leur soutien, leur amour et leurs encouragements tout au long de nos études.

Un grand merci au Docteur « MEKHZEM Kahina », notre encadrante, pour son accompagnement, ses conseils précieux et sa disponibilité tout au long de l'élaboration de ce mémoire.

Nous exprimons aussi notre gratitude au directeur du foyer pour personnes âgées de la wilaya de Béjaïa, Monsieur « BOUAMARA Lyazid », pour son accueil et pour avoir accepté la réalisation de notre recherche en ce lieu.

Ainsi qu'à Madame « HAMADACHE Farah », psychologue dans ce foyer, qui a supervisé notre encadrement, pour sa bienveillance, les informations et le savoir qu'elle a partagés avec nous.

Et aussi nous exprimons notre profonde gratitude à toutes les cas ayant accepté de participer à notre recherche.

Enfin, nous exprimons notre reconnaissance à l'ensemble des enseignants qui nous ont accompagnés tout au long de notre parcours scientifique et de notre formation.

Dédicace

Je dédie ce travail, avant tout, à mes chers parents :

À ma mère, pour son amour, ses prières et son soutien dans toute ma vie.

À la mémoire de mon père, que Dieu ait son âme, et qui restera à jamais dans mon cœur.

À ma précieuse encadrante, Madame « MEKHZEM Kahina », pour ses conseils et son accompagnement bienveillant.

Également à mon ami et collègue « CHIKHOUNE Fateh », psychologue clinicien au niveau de « L'EPSP de SEDDOUK » pour ses connaissances qu'il a partagées avec moi concernant ce thème de recherche.

À mes chers frères « Walid », et « Nabil », pour leur présence et leur encouragement.

Ainsi, à toute la famille « BOUCHOUL », à laquelle j'ai l'honneur et la fierté d'appartenir.

À mon binôme « Rabah », avec qui j'ai partagé ce chemin.

Et enfin, je le dédie :

À tous ceux qui me connaissent.

À tous ceux qui je connais.

Par : BOUCHOUL Sofiane

Dédicace

Je dédie ce modeste travail à :

Mes parents, chère maman « Fatima » et à la mémoire de mon père « Essaid».

À Mme « MEKHZEM Kahina » et « HAMADACHE Farah » mes deux encadreurs lors de la réalisation de ce travail, je tiens à exprimer ma profonde gratitude, Votre soutien, vos conseils et votre expertise ont été d'une importance capitale pour mener ce projet à bien.

À mon épouse, qui m'a encouragé, soutenu et accompagné avec patience et amour tout au long de ce parcours. Elle mérite bien plus qu'un simple remerciement, car elle a souffert avec moi, m'a porté dans les moments difficiles et est restée à mes côtés tout au long du chemin.

Mes deux précieuse princesses « Aya » et « Ilyne ».

À mes frères et sœurs, ainsi qu'à tous mes nièces et neveux.

À mon binôme « Sofiane ».

À ma belle-mère et mon beau-père

À mes belles-sœurs et beaux-frères, en particulier Khalida et a leurs enfants.

À tous mes amis. Et tous collègues de travail.

À tous mes camarades de Master 2, spécialité Psychologie clinique, promotion 2025, avec lequel j'ai partagé le chemin.

Par : BOUABIDA Rabah

Liste des abréviations

- **APA** : American Psychiatric Association
- **CT-Scan** : Computed Tomography Scan
- **COVID-19** : Coronavirus Disease 2019
- **DSM-5-TR** : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – 5th Edition – Text Revision
- **EDG** : Échelle de Dépression Gériatrique
- **EHPA** : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées
- **EHPAD** : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
- **ELISA** : Enzyme-Linked Immunosorbent Assay
- **FPA** : Foyer pour Personnes Âgées
- **FPAH** : Foyer pour Personnes Âgées et/ou Handicapées
- **IAG** : Inventaire de l'Anxiété Gériatrique
- **OMS** : Organisation Mondiale de la Santé
- **PASA** : Pôle d'Activités et de Soins Adaptés
- **RT-PCR** : Reverse Transcription - Polymerase Chain Reaction
- **SARS-CoV-2** : Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2
- **TCC** : Théorie Cognitivo-Comportementale
- **UHR** : Unité d'Hébergement Renforcé
- **USA** : Unité Spécialisée Alzheimer

Liste des Tableaux

N° du tableau	Titre	Page
Tableau N°01	Les caractéristiques du groupe de la recherche	94
Tableau N°02	Présentation des résultats de l'EDG de cas N°01 (Faroudja)	106
Tableau N°03	Présentation des résultats de l'IAG de cas N°01 (Faroudja)	107
Tableau N°04	Présentation des résultats de l'EDG de cas N°02 (Belkacem)	111
Tableau N°05	Présentation des résultats de l'IAG de cas N°02 (Belkacem)	112
Tableau N°06	Présentation des résultats de l'EDG de cas N°03 (Arezki)	117
Tableau N°07	Présentation des résultats de l'IAG de cas N°03 (Arezki)	118
Tableau N°08	Présentation des résultats de l'EDG de cas N°04 (Chabane)	121
Tableau N°09	Présentation des résultats de l'IAG de cas N°04 (Chabane)	123
Tableau N°10	Présentation des résultats de l'EDG de cas N°05 (Cherif)	126
Tableau N°11	Présentation des résultats de l'IAG de cas N°05 (Cherif)	128

Tableau N°12	Présentation des résultats de l'EDG de cas N°06 (Zahir)	132
Tableau N°13	Présentation des résultats de l'IAG de cas N°06 (Zahir)	133
Tableau N°14	Présentation des résultats de l'EDG de cas N°07 (Kaci)	136
Tableau N°15	Présentation des résultats de l'IAG de cas N°07 (Kaci)	137
Tableau N°16	Récapulatif des résultats des 07 cas à l'EDG et l'IAG	139

Liste des figures

N° de la figure	Titre	Page
Figure N°01	Symptômes fréquents de COVID-19	18
Figure N°02	Fermetures des établissements scolaires aux Nations Unies de la première vague de COVID-19	29
Figure N°03	Les mesures de prévention et de contrôle des infections de COVID-19	31
Figure N°04	Types de médicaments ANTI-COVID-19	33
Figure N°05	Les critères définissent la santé mentale et le trouble psychologique (le trouble mental)	62
Figure N°06	L'impact de la COVID-19 sur les personnes âgées	84

Liste des Annexes

N° de l'annexe	Titre
Annexe N° 01	L'entretien semi-directif
Annexe N° 02	L'échelle de la dépression gériatrique (EDG)
Annexe N° 03	L'inventaire de l'anxiété gériatrique (IAG)
Annexe N° 04	Liste des foyers pour personnes âgées en Algérie

Sommaire

-Remerciement

-Dédicaces

-Liste des abréviations

-Liste des Tableaux

-Liste des figures

-Liste des Annexes

Introduction..... 1

Le cadre général de la problématique

1-La problématique5

2-Les hypothèses de la recherche9

3-L'opérationnalisation des concepts clés.....9

Partie théorique

Chapitre I: La pandémie de COVID-19

Préambule 14

1-Définition de la pandémie de COVID-19 14

2-Historique de la pandémie de COVID-19 15

3- Les symptômes de COVID-19 17

4- Les familles de COVID-19 18

5-L'étiologie de COVID-19 19

6-Diagnostic de COVID-1920

7- Comorbidité de COVID-1922

8- Conséquences de la pandémie de COVID-1924

9- Prise en charge de la pandémie de COVID-1930

Synthèse35

Chapitre II: Les personnes âgées en foyer

Préambule37

1-Définitions des concepts clés.....37

2-Le Vieillissement normal et Vieillissement pathologique39

3-Les problèmes physiques et psychiques des personnes âgées42

4-Histoire et évolution des foyers pour personnes âgées47

5-Le rôle et les tâches des foyers pour personnes âgées50

6-Les types des foyers pour personnes âgées	51
7- Les différents types d'entrées en foyer pour personnes âgées.....	54
8-Les foyers pour personnes âgées et les mesures préventives pendant la pandémie de COVID-19.....	56
Synthèse	58
Chapitre III: La santé mentale	
Préambule	60
1-Définitions des concepts clés.....	60
2-Naissance et évolution historique de notion de la santé mentale	63
3-Les dimensions de la santé mentale.....	65
4-Les déterminants de la santé mentale	66
5- Les troubles de la santé mentale	69
6-La prévention et la promotion de la santé mentale	78
7-La santé mentale des personnes âgées	80
8-La santé mentale des personnes âgées en foyer et la pandémie de COVID-19.....	82
Synthèse	84
Partie pratique	
Chapitre IV: Méthodologie de la recherche	
Préambule	87
1-La pré-enquête	87
2- La méthode de la recherche	89
3-Présentation de lieu de la recherche	91
4-Présentation et caractéristiques du groupe de recherche	92
5-Les outils de la recherche	95
6-Déroulement de la recherche sur le terrain	100
Chapitre V: Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses	
Préambule	103
1-Présentation et analyse des résultats des cas	103
1-1-Présentation et analyse des résultats de cas N°01 (Faroudja)	103
1-2-Présentation et analyse des résultats de cas N°02 (Belkacem).....	109
1-3-Présentation et analyse des résultats de cas N°3 (Arezki).....	114
1-4-Présentation et analyse des résultats de cas N°4 (Chabane).....	119
1-5-Présentation et analyse des résultats de cas N°5 (Cherif)	125
1-6-Présentation et analyse des résultats de cas N°6 (Zahir).....	129
1-7-Présentation et analyse des résultats de cas N°7 (Kaci)	134

2-Discussion des hypothèses.....	139
Synthèse	142
Conclusion	144
Liste bibliographique	
Annexes	
Résumé	

Introduction

L'histoire de l'humanité a connu de nombreuses pandémies qui ont semé la peur à travers le monde. Chaque époque a été marquée par la propagation d'une pandémie particulière, chacune ayant ses propres causes, caractéristiques, modes de transmission et de propagation. Le nouveau coronavirus, connu sous le nom de Coronavirus Disease 2019 (COVID-19), est sans doute l'une des pandémies ayant suscité le plus de terreur dans le monde au XXI^e siècle. Malgré sa récente apparition, il s'est rapidement et dangereusement propagé, devenant un problème de santé mondial depuis son émergence. Ce virus constitue en effet une nouvelle souche jamais identifiée auparavant chez l'être humain. Il cible principalement le système respiratoire, attaque les cellules et les détruit, entravant ainsi leur fonctionnement. Le virus se multiplie à l'intérieur des cellules, entraînant leur mort, ce qui affaiblit le système immunitaire, rendant ainsi l'organisme incapable de résister, menant potentiellement au décès.

La pandémie de COVID-19, a provoqué un bouleversement profond et brutal des sociétés contemporaines. Aucun pays, aucun groupe social n'a été épargné par cette crise aux multiples dimensions. Au-delà des conséquences médicales directes, ce sont nos modes de vie, nos liens sociaux et nos équilibres psychologiques qui ont été mis à l'épreuve de manière inédite. Le confinement, les mesures de distanciation sociale, la fermeture des espaces de vie collective et l'interruption des relations interpersonnelles ont exposé les populations à des formes variées de vulnérabilité, qu'elles soient physiques, économiques, ou psychiques.

Parmi les groupes les plus durement touchés, les personnes âgées ont occupé une place singulière, déjà considérées comme fragiles en raison du vieillissement naturel, elles ont été rapidement identifiées comme une population à risque face aux formes graves du virus, cette vulnérabilité physiologique a conduit à l'adoption de mesures de protection particulièrement strictes, notamment dans les foyers et établissements spécialisés, où résident de nombreux seniors dépendants ou semi-dépendants. Ces lieux, qui devraient être des espaces de sécurité, de vie collective et d'épanouissement, se sont transformés en structures fermées, soumises à des protocoles sanitaires rigoureux : interdiction des visites familiales, confinement en chambre, suspension des activités de groupe, surveillance stricte des interactions entre résidents et personnel.

Si ces mesures préventives ont été mises en place pour limiter la propagation du virus et protéger les personnes les plus vulnérables, elles suscitent néanmoins des interrogations quant à leurs répercussions psychologiques, l'isolement prolongé, la privation

de contacts physiques avec les proches, la diminution des stimulations sociales, la peur constante de la maladie, ainsi que la restriction encore en vigueur qui interdisant aux résidents de sortir seuls, semblent avoir favorisé un climat de solitude et d'insécurité émotionnelle, susceptible d'altérer la santé mentale des personnes âgées en foyer.

La santé mentale, généralement définie comme un état de bien-être dans lequel une personne peut réaliser son potentiel, faire face aux aléas de la vie, travailler de manière productive et contribuer à sa communauté, a été profondément fragilisée chez les résidents des institutions. Le quotidien des résidents s'est peu à peu teinté de monotonie, de silence et d'inquiétude, rompant avec les repères habituels qui structuraient leur bien-être, la perte de liberté, souvent vécue comme une régression, a pu engendrer des sentiments d'abandon, de détresse morale, et a favorisé l'apparition ou l'aggravation des troubles psychiques.

De nombreuses recherches ont mis en évidence, depuis la pandémie, une augmentation significative des troubles dépressifs, des états anxieux, des troubles du sommeil, ainsi qu'un accroissement du sentiment d'isolement social chez les personnes âgées vivant en institution. Dans certains cas, le foyer, auparavant perçu comme un espace de soins et de convivialité, a été vécu comme un lieu d'enfermement et de perte d'autonomie, accentuant le mal-être psychologique.

C'est dans cette optique que notre recherche vise à décrire et comprendre l'état de la santé mentale des personnes âgées résidant en foyer après la pandémie de COVID-19, en lien avec les mesures préventives prises durant cette période et après par rapport au trouble de la dépression et d'anxiété, qui sont considérées comme les principaux troubles affectant cette santé mentale.

Afin de concrétiser notre objectif, nous effectuerons notre stage pratique au sein du foyer des personnes âgées (FPA) de la wilaya de Béjaïa, situé à Sidi Ouali. Notre travail s'appuiera sur la participation d'un groupe des participants, que nous sélectionnerons avec soin selon des critères précis, afin de garantir la pertinence et la fiabilité de nos hypothèses.

Ainsi, pour mener cette étude, nous utiliserons une méthode qualitative, et nous aurons recours à l'entretien clinique semi-directif, ainsi qu'à deux instruments d'évaluation : le premier sera l'échelle de dépression gériatrique (EDG), et le deuxième est l'inventaire de l'anxiété gériatrique (IAG).

Ce travail s'articulera autour de trois parties principales qui sont comme suit :

La première partie constituera le cadre général de la problématique, dans lequel nous présenterons la problématique de notre recherche, les hypothèses, l'opérationnalisation des concepts clés, les objectifs de notre étude, ainsi que l'importance de notre recherche.

Ensuite, la deuxième partie sera la partie théorique, que nous diviserons en trois chapitres, le premier chapitre, intitulé « La pandémie de COVID-19 », traitera de la compréhension de la pandémie, de son histoire, de ses symptômes, des types de familles de coronavirus, de son étiologie, de ses méthodes de diagnostic, de ses conséquences, de sa comorbidité, ainsi que des moyens de prise en charge.

Le deuxième chapitre, intitulé « Les personnes âgées en foyer », abordera la définition de la vieillesse, le vieillissement normal et pathologique, l'identification des problèmes physiques et psychiques des personnes âgées, la notion de personnes âgées en foyer, l'histoire et l'évolution de ces foyers, leurs missions et objectifs, les différents types de foyers, les modalités d'entrée, ainsi que les mesures préventives mises en place pendant la pandémie de COVID-19.

Quant au troisième et dernier chapitre de la partie théorique, intitulé « La santé mentale », nous y définirons tout d'abord la notion de la santé mentale et de trouble mentale, nous décrirons les dimensions et les déterminants de la santé mentale, les facteurs qui l'influencent, les troubles les plus fréquents qui sont la dépression et l'anxiété, ainsi que les stratégies de prévention et de promotion de la santé mentale, et nous étudierons également la santé mentale des personnes âgées en général, puis plus spécifiquement celle des personnes âgées en foyer après la pandémie de COVID-19.

Enfin, la troisième partie, c'est la partie pratique, quant à elle, sera divisée en deux chapitres, le premier, intitulé « La méthodologie de la recherche », exposera la pré-enquête, la méthode utilisée, la présentation du lieu de la recherche, les caractéristiques du groupe de la recherche, les outils d'investigation, ainsi que le déroulement de la recherche.

Le second chapitre, intitulé « Présentation et analyse des résultats et discussion des hypothèses », consistera en une description des situations individuelles des cas, et l'analyse de leurs réponses et la discussion des hypothèses formulées.

Enfin, nous clôturerons par une conclusion, une liste bibliographique rédigée selon les normes de l'association américaine de psychologie (APA) 7^{ème} édition, et des annexes de notre recherche.

Le cadre général de la problématique

1-La problématique

Depuis décembre 2019, la maladie COVID-19 du syndrome respiratoire aigu sévère dû au coronavirus de type 2 (SARS- CoV-2) est apparue à la ville de Wuhan en chine, et devient par la suite une pandémie mondiale. Rapidement, le virus s'est propagé à l'échelle internationale, provoquant une crise sanitaire sans précédent. Les gouvernements du monde entier ont été contraints de mettre en place des mesures strictes telles que le confinement, la distanciation sociale, le port du masque et la fermeture temporaire de nombreuses institutions (Organisation mondiale de la santé, [OMS], 2020).

Cette maladie s'est rapidement propagée, d'abord dans toute la Chine, puis dans tous les pays du monde, provoquant une épidémie mondiale. Le nombre de cas infectés augmente de manière incontrôlable dans le monde avec un taux de mortalité très élevé (Lamara, Merah, Allam, et Djidjik, 2020, p. 17).

Le 11 mars 2020, l'OMS a déclaré que l'épidémie de COVID-19 était devenue une pandémie mondiale, après avoir recensé plus de 121 000 cas à travers le monde. Selon les données de l'OMS en 2021 en date du 5 mai, 153 954 491 cas de COVID-19 avaient été confirmés dans le monde, plus de 3 221 052 personnes étaient décédées, et environ 91 millions étaient guéries, le virus est désormais présent dans tous les pays, parmi les plus touchés, on compte les États-Unis avec 32 123 136 cas, l'Inde avec 20 665 148 cas, le Brésil avec 14 779 529 cas, la France avec 5 590 416 cas, la Turquie avec 4 929 118 cas, et l'Algérie avec 122 999 cas (Sallard, Halloy, Casane, Helden, et Decroly,, 2020, pp. 783-793).

En Algérie, le COVID-19 est apparu après le diagnostic de deux premiers cas , il s'agissait de deux ressortissants Algériens, arrivants de France. Cette contamination s'est produite lors d'une fête de mariage dont laquelle ces deux personnes étaient invitées. À cette occasion, seize membres de la même famille ont été contaminés et ont transmis l'infection vers les autres wilayas (Hannoun, Boughoufalah, Hellal, Meziani, Lazazi, Aït Oubelli, Aouchar, et Rahal, 2020, p. 101).

Dès le 23 mars, des mesures de confinement sont instaurées en Algérie, à la suite d'une réunion du Haut Conseil de Sécurité : un confinement total est imposé à Blida pour une durée de dix jours, renouvelable, tandis qu'un confinement partiel est instauré à Alger, de 19

h à 7 h du matin, avec interdiction de tout rassemblement dépassant deux personnes (Instituts national de la santé publique, 2021).

Le 27 mars 2020, le confinement partiel est élargi à plusieurs autres wilayas : Constantine, Oran, Sétif, Tipaza, Tizi Ouzou, Batna, El Oued, Médéa et Boumerdès. Le 1^{er} avril, cette mesure est étendue à quatre wilayas supplémentaires : Béjaïa, Aïn Defla, Mostaganem et Bordj Bou Arréridj. Le 4 avril, le confinement partiel est généralisé à l'ensemble des wilayas du pays, à l'exception de Blida qui reste sous confinement total (Instituts national de la santé publique, 2021).

Au cours de la troisième semaine de mars 2020, plusieurs mesures de sécurité ont été mises en œuvre pour freiner la propagation du virus. Le port du masque est devenu obligatoire dans les lieux publics à partir du 23 mai 2020, sous peine de sanctions. Les vols vers de nombreux pays ont également été suspendus. Enfin, le 28 juin 2020, le président de la République a annoncé la fermeture complète des frontières du pays jusqu'à la fin de la pandémie (Instituts national de la santé publique, 2021).

La wilaya de Béjaïa a enregistré une progression notable du nombre de cas et de décès, dès février 2020, les premiers cas y ont été confirmés, au 22 avril 2020, Béjaïa comptait 138 cas de COVID-19 confirmés, ainsi que 21 décès liés au virus. Progressivement, la situation épidémiologique a fluctué avec des vagues successives, à l'automne 2020, Béjaïa a connu une baisse hebdomadaire notable de contaminations, enregistrant une diminution de 28 % des nouveaux cas entre début et fin novembre, en réponse à la crise sanitaire, des mesures locales ont été appliquées, telles que la mise en place de dispositifs de confinement partiel, la fermeture des marchés et lieux de culte, ainsi que la sensibilisation renforcée de la population pour le respect des gestes barrières (Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, 2020).

Les personnes âgées ou ces personnes atteintes de maladies chroniques sont les plus touchées par la COVID-19, selon Jahan et Onay (2020), Chez elles le virus peut entraîner des formes graves, voire mortelles, en raison d'un système immunitaire affaibli, ces patients sont davantage exposés à des complications telles que les troubles respiratoires, les défaillances multiviscérales et les hospitalisations prolongées, et la présence de pathologies associées comme le diabète, l'hypertension ou les maladies cardiovasculaires accentue la gravité de l'infection et augmente considérablement le risque de décès, également sur le fait que la propagation rapide du virus, combinée à l'absence de traitement spécifique au début de

la pandémie, a amplifié l'ampleur de la crise sanitaire mondiale (Jahan et Onay, 2020, pp. 228-241).

En effet, les données montrent qu'en 2020 et 2021, le nombre de décès a augmenté par rapport à 2019, avant la pandémie. Cette surmortalité a été particulièrement marquée chez les individus âgés de 65 à 74 ans, de 75 à 84 ans, ainsi que chez ceux de plus de 85 ans (Russeil, 2022, p. 22).

Ces personnes âgées constituent une population fragile, exposée non seulement à un risque accru de complications graves et de décès liés à la COVID-19, mais aussi à une détérioration de leur santé mentale et physique en lien avec l'isolement social et ses conséquences (Russeil, 2022, p. 22).

Selon l'étude de Russeil (2022), la pandémie et les périodes de confinement ont eu un impact significatif sur la vie quotidienne, entraînant notamment une hausse des troubles anxieux et dépressifs, ainsi qu'un renforcement de l'isolement social, et l'isolement et la solitude sont des facteurs reconnus pour augmenter le risque de mortalité chez les personnes âgées. Par ailleurs, l'isolement contribue également à l'aggravation des troubles cognitifs, anxieux et dépressifs, et l'isolement favorise la détérioration des capacités cognitives ainsi que l'intensification des troubles anxieux et dépressifs (Russeil, 2022, p. 22).

Et les personnes âgées vivant en foyer ont aussi été durement touchés et des mesures strictes ont été mises en place pour limiter la propagation du virus, comme le dépistage, l'isolement, les équipements de protection et l'interdiction des visites (OMS, 2020, pp. 8-9), ces mesures ont permis de limiter les infections, mais elles ont aussi entraîné un fort isolement social, une hausse de l'anxiété, de la dépression et une dégradation de l'état psychologique des résidents, en particulier ceux atteints de troubles cognitifs (OMS, 2020, pp. 9-10).

La dépression est un trouble mental qui affecte de nombreuses personnes âgées, en particulier celles vivant en institution, confrontées à divers changements tels que des problèmes de santé et l'absence d'un soutien familial solide. Elle impacte non seulement leur bien-être émotionnel, mais peut également nuire à leur santé physique. Cependant, la dépression n'est pas une composante inévitable du vieillissement car de nombreuses personnes âgées restent satisfaites de leur vie malgré l'avancée en âge (Benamsili, Bedjguelel, et Belhocine, 2019, p. 3).

Pour ce qui est de l'anxiété, Smith et al. (2022) ont mené une étude auprès de 120 résidents vivant en foyer pour personnes âgées. Les résultats ont révélé que 58 % d'entre eux présentaient un niveau d'anxiété allant de modéré à sévère, selon l'échelle d'anxiété de Hamilton. L'anxiété était particulièrement marquée chez les personnes âgées bénéficiant de peu de soutien familial, avec un score moyen de 24,6 (écart-type = 5,3), contre 17,2 (écart-type = 4,7) chez celles recevant des visites régulières. L'étude a également montré que les résidents ayant des antécédents de troubles anxieux avant leur entrée en foyer étaient plus à risque de développer une anxiété sévère (Smith, Johnson, et Lee, 2022, pp. 134-142).

Après la pandémie de COVID-19, une détérioration notable de la santé mentale a été observée chez les personnes âgées vivant en foyer. Selon la recherche de « Van der Roest et al.» (2020) menée aux Pays-Bas sur un échantillon de 193 résidents, 51 % des participants ont présenté des symptômes modérés à sévères de dépression, tandis que 44 % ont montré des signes d'anxiété élevée. L'isolement social, la réduction des activités collectives et la peur d'une nouvelle infection étaient parmi les facteurs les plus fréquemment associés à l'aggravation de la santé mentale. Les auteurs soulignent que l'absence de contacts familiaux physiques pendant les confinements a particulièrement contribué à l'augmentation du mal-être psychologique chez les résidents (Van der Roest, Prins, Steinmetz, Stolte, Van der Velden, et De Vries, 2020, pp. 1569-1570).

Malgré la levée des mesures préventives après la pandémie de COVID-19 en Algérie, l'une de ces mesures préventives prises durant la pandémie de COVID-19 à ce jour n'a pas encore été levée et reste gelée par une décision ministérielle dans les foyers pour les personnes âgées, qui est la restriction des sorties toutes seules pour ces personnes âgées à l'extérieur de ces établissements, c'est ce qui nous amène à choisir ce thème de notre recherche, qui s'intitule « La santé mentale des personnes âgées en foyer après la pandémie de COVID-19 ».

Dans cette recherche, il s'agit de décrire et de mieux comprendre l'état de la santé mentale de ces personnes âgées vivant en foyer après la pandémie de COVID-19, en lien avec les mesures préventives prises durant cette période et celle qui est en vigueur à ce jour par rapport au trouble de la dépression et d'anxiété, qui sont considérées comme les principaux troubles affectant cette santé mentale.

Pour cela, nous cherchons à évaluer l'intensité de la dépression à l'aide de l'EDG, ainsi que celle de l'anxiété grâce à l'IAG, et l'étude vise aussi à analyser le lien entre les niveaux de dépression et d'anxiété observés chez les résidents, à repérer les éléments qui peuvent aggraver ou réduire ces troubles, et à mieux connaître leurs conditions de vie actuelles, et enfin, ce travail cherche à proposer des pistes concrètes pour améliorer l'accompagnement psychologique des personnes âgées en foyer dans ce contexte post-pandémique.

Et cela à travers la formulation de la question problématique suivante :

-Comment est l'état de la santé mentale des personnes âgées en foyer après la pandémie de COVID-19 ?

2-Les hypothèses de la recherche

Pour répondre à notre question, nous avons formulé les hypothèses suivantes :

2-1-Hypothèse générale :

-La santé mentale des personnes âgées en foyer est altérée par le trouble de la dépression et de l'anxiété après la pandémie de COVID-19.

2-2-Hypothèses opérationnelles :

-Les personnes âgées en foyer souffrent d'une dépression sévère sur l'échelle de dépression gériatrique (EDG) après la pandémie de COVID-19.

-Les personnes âgées en foyer souffrent d'une anxiété sévère sur l'inventaire de l'anxiété gériatrique (IAG) après la pandémie de COVID-19.

3-L'opérationnalisation des concepts clés

3-1-La santé mentale

La santé mentale c'est un état de bien-être émotionnel et psychologique qui permet à un individu de penser, ressentir et agir de manière adaptée. Et la santé mentale peut être évaluée à travers des indicateurs tels que le niveau d'anxiété, de dépression, de stress et de satisfaction de vie, mesurés par des outils psychométriques validés par exemple l'EDG, et l'IAG.

3-1-1-La santé mentale altérée

C'est un état dans lequel l'équilibre psychologique d'une personne est compromis, affectant son bien-être émotionnel, cognitif et comportemental, elle se manifeste notamment par la présence de symptômes tels que la dépression et/ou l'anxiété, qui traduisent une souffrance psychique. Une telle altération peut entraîner des difficultés à gérer les émotions, à entretenir des relations sociales harmonieuses ou à faire face aux exigences de la vie quotidienne, elle reflète une diminution des capacités d'adaptation de l'individu face au stress, aux pertes ou aux changements.

3-1-2-La dépression

La dépression est un trouble mental qui se caractérise par une tristesse persistante, une perte d'intérêt ou de plaisir pour les activités habituelles, et une diminution de l'énergie. Elle s'accompagne souvent de sentiments de culpabilité, d'une faible estime de soi, de troubles du sommeil, de troubles de l'appétit et d'une difficulté à se concentrer, la dépression peut être légère, modérée ou sévère, et elle peut avoir un impact important sur la vie personnelle, professionnelle et sociale. Chez les personnes âgées, elle peut être aggravée par l'isolement, les maladies chroniques, ou la perte d'autonomie.

3-1-3-L'anxiété

L'anxiété est une émotion normale en réponse à une situation stressante ou dangereuse, mais lorsqu'elle devient excessive ou incontrôlable, elle devient un trouble. L'anxiété pathologique se manifeste par une peur intense et persistante, des inquiétudes excessives, une agitation, des palpitations, des sueurs, des tremblements et parfois des crises de panique. Chez les personnes âgées, l'anxiété peut être provoquée par des problèmes de santé, des pertes (familiales, amicales) ou des changements de mode de vie comme l'entrée en foyer, elle peut entraîner un repli sur soi et aggraver d'autres troubles psychiques comme la dépression.

3-2-Les personnes âgées

Les personnes âgées sont des individus ayant atteint l'âge de 60 ans et plus, ces individus sont souvent confrontés à des changements biologiques, sociaux et psychologiques, tels que la diminution des capacités physiques, la retraite, la perte de proches, et parfois l'isolement. Cette catégorie de population est aussi plus exposée aux maladies chroniques et aux vulnérabilités psychologiques.

3-3-Les personnes âgées en foyer

Les personnes âgées en foyer sont celles qui vivent dans des établissements spécialisés par exemple les EHPAD, les EHPA, FPA offrant l'hébergement, soins et accompagnement au quotidien, et les personnes âgées résidant de façon permanente dans ces structures, selon les registres administratifs de l'établissement.

3-4-La pandémie de COVID-19

La pandémie de COVID-19 c'est la propagation mondiale du coronavirus SARS-CoV-2 déclarée pandémie par l'OMS en mars 2020, marquée par des mesures préventives sanitaires (confinements, isolements sociaux, restrictions des visites et les sorties en foyer) qui ont eu des répercussions sur la vie quotidienne et la santé mentale des populations, en particulier les personnes vulnérables comme les personnes âgées.

Partie théorique

Chapitre I
La pandémie de COVID-19

Préambule

Les maladies infectieuses représentent l'un des plus grands défis sanitaires auxquels l'humanité est confrontée à travers des siècles, elles entraînent une large propagation des infections et peuvent provoquer des épidémies et des pandémies ayant un impact significatif sur la santé des individus et des communautés.

La pandémie de COVID-19 est un exemple marquant, Cette crise sanitaire sans précédent a perturbé les systèmes de soins, les économies et les modes de vie dans le monde entier, et la déclaration d'états d'urgence ont constitué une réponse collective face à cette menace virale, et les effets de cette pandémie se font encore ressentir aujourd'hui.

À cette fin nous visons dans ce chapitre à mieux comprendre cette pandémie, en explorant son histoire, ses symptômes, ses types de familles, son étiologie, ses méthodes de diagnostic, ses conséquences, sa comorbidité, et sa prise en charge.

1-Définition de la pandémie de COVID-19**1-1-Définition de la pandémie**

Le mot « pandémie » vient du grec ancien : « *pandēmos* », composé de « *pan* », signifiant « tout », et de « *demos* », signifiant « peuple ». Ainsi, étymologiquement, une pandémie désigne une maladie qui concerne toute la population (Last, 2007).

Selon l'OMS, une pandémie est une épidémie qui s'étend sur une large zone géographique, touchant plusieurs pays ou continents et affectant une proportion importante de la population, une pandémie se caractérise par la propagation mondiale d'une nouvelle maladie contre laquelle la population humaine n'a pas d'immunité préalable, entraînant des impacts sanitaires, sociaux et économiques (OMS, 2023, p. 4).

1-2-Définition de COVID-19

Covid-19 fait référence à « Coronavirus Disease 2019 », la maladie provoquée par un virus de la famille des Coronaviridae, le SARS-CoV-2. Cette maladie infectieuse est une zoonose, dont l'origine est encore débattue, qui a émergé en décembre 2019 dans la ville de Wuhan, dans la province du Hubei en Chine. Elle s'est rapidement propagée, d'abord dans toute la Chine, puis à l'étranger provoquant une épidémie mondiale (Keran, 2020).

Le Covid-19 est une maladie respiratoire pouvant être mortelle chez les patients fragilisés par l'âge ou une autre maladie chronique. Elle se transmet par contact rapproché avec des personnes infectées, et pourrait aussi être transmise par des patients asymptomatiques mais les données scientifiques manquent pour en attester avec certitude (Keran, 2020).

Donc, nous pouvons définir la pandémie de COVID-19 comme une crise sanitaire mondiale causée par le virus « SARS-CoV-2 ». Cette maladie infectieuse affecte principalement le système respiratoire, avec des symptômes allant d'une forme légère à modérée chez la plupart des patients. Cependant, les personnes âgées et celles souffrant de maladies chroniques (cardiovasculaires, diabète, affections respiratoires, cancer...etc.) présentent un risque accru de développer des complications graves. La COVID-19 peut toucher toute personne, quel que soit son âge, et entraîner des formes sévères, voire mortelles.

2-Historique de la pandémie de COVID-19

La pandémie de COVID-19 causée par le virus SARS-CoV-2 est apparue en décembre 2019 dans la ville de « Wuhan » en Chine , dès janvier 2020, le virus s'est propagé rapidement à l'échelle mondiale poussant l'OMS à déclarer l'état d'urgence sanitaire internationale le 30 janvier 2020 (Fauci, 2020, p. 10) .

Le 30 janvier 2020, « Tedros Adhanom Ghebreyesus », directeur général de l'OMS, a déclaré que l'épidémie de SARS-CoV-2 constituait une urgence de santé publique de portée internationale. À partir du 25 février, le nombre de cas signalés en Chine est devenu inférieur à celui enregistré dans le reste du monde. Le 11 mars 2020, face à la propagation rapide du virus, l'OMS a recommandé l'adoption de mesures préventives à l'échelle mondiale afin d'éviter la surcharge des services de soins intensifs. Parmi ces mesures figuraient la distanciation physique, l'interdiction des contacts rapprochés (baisers, poignées de main), la suspension des rassemblements et des déplacements non essentiels, ainsi que la promotion du lavage des mains et la mise en quarantaine des personnes infectées (Franck, 2020).

Le même jour, l'OMS a officiellement qualifié l'épidémie de SARS-CoV-2 de pandémie, alors que 118 000 cas étaient recensés dans 114 pays et que 4 291 personnes avaient déjà perdu la vie. Deux jours plus tard, le 13 mars 2020, l'OMS a désigné l'Europe comme nouvel épicode de la pandémie. À la fin du mois, soit le 30 mars, la crise sanitaire

s'étendait à 199 pays et territoires. À cette date, environ 735 000 cas confirmés avaient été enregistrés à travers le monde, bien que le nombre réel soit probablement bien plus élevé en raison du manque de tests et de leur sensibilité limitée. Parmi ces cas, environ 156 000 personnes avaient guéri, tandis que 35 000 étaient décédées. Les pays les plus touchés à ce moment étaient la Chine, l'Italie, les États-Unis, l'Espagne, l'Allemagne, l'Iran et la France (Franck, 2020).

Un mois plus tard, le 29 avril, les chiffres officiels indiquaient que le SRAS-CoV-2 avait contaminé 3 141 942 personnes dans le monde et causé au moins 218 649 décès. Parmi les pays les plus durement touchés figuraient les États-Unis (58 351 morts), l'Italie (27 682), le Royaume-Uni (26 097), l'Espagne (24 147) et la France (24 087). Toutefois, ces chiffres ne représentaient qu'une partie de la réalité, car de nombreux cas n'avaient pas été détectés en raison du manque de tests et de leur efficacité limitée (Franck, 2020).

En Algérie, la pandémie de Covid-19 a fait son apparition le 25 février 2020 avec la confirmation du premier cas positif. La wilaya de Blida, considérée comme l'épicentre de l'épidémie dans le pays, a enregistré une progression constante des cas. Le premier décès lié au virus a été signalé le 12 mars 2020. Après près de quatre mois depuis la détection du premier cas, le taux de guérison atteignait 70 %, tandis que le taux de mortalité s'élevait à 7 %. Entre le 7 avril et le 16 juin 2020, le nombre de patients guéris a considérablement augmenté, passant de 113 à 7 842, soit une multiplication par sept en l'espace de 70 jours. Concernant la répartition des cas par tranche d'âge, les personnes entre 25 à 49 ans représentaient 40,5 % des infections, suivies des plus de 60 ans avec 28,6 %. De plus, les wilayas d'Alger et de Blida concentraient environ 24 % du total des cas confirmés et 34 % des décès depuis le début de la pandémie (Snoussi, 2020, pp. 376-377).

L'Algérie a été confrontée à plusieurs vagues de COVID-19 depuis le début de la pandémie en février 2020. La première vague a débuté en mars 2020, atteignant un pic en avril de la même année. Une deuxième vague s'est manifestée à l'automne 2020, suivie d'une troisième vague plus sévère à l'été 2021, caractérisée par une augmentation significative des cas et des décès. La quatrième vague a été observée en novembre 2021, caractérisée par une augmentation progressive des cas, comme l'a indiqué le Dr Fawzi Derrar, directeur de l'Institut Pasteur d'Algérie. En juillet 2022, une cinquième vague a été signalée, avec une

hausse notable des infections quotidiennes, atteignant près de 100 cas en 24 heures (Khelfaoui, 2022, p. 65).

Ces vagues successives ont exercé une pression considérable sur le système de santé algérien, entraînant des pénuries d'équipements médicaux et une surcharge des infrastructures hospitalières. En réponse, le gouvernement a mis en place diverses mesures, notamment des confinements partiels, la fermeture des frontières et des campagnes de sensibilisation pour encourager la vaccination. Malgré ces efforts, le taux de vaccination restait relativement faible en octobre 2021, avec seulement 10,2 % de la population entièrement vaccinée (Khelfaoui, 2022, p. 65).

3- Les symptômes de COVID-19

L'Organisation mondiale de la santé a annoncé que dans le cas de COVID-19, les symptômes peuvent prendre entre 2 et 14 jours pour apparaître. En règle générale, les symptômes apparaissent 4 à 5 jours après l'exposition au virus, une personne est contagieuse 2-3 jours après l'exposition, même si elle ne présente aucun symptôme. Les personnes sont également contagieuses lorsqu'elles présentent des symptômes (OMS, 2020).

Les symptômes les plus courants lors de cette infection se manifestent par :

- Apparition ou aggravation de toux,
- Essoufflement ou difficulté respiratoire,
- Température égale ou supérieure à 38 °C,
- Sensation de fièvre,
- Frissons,
- Fatigue ou faiblesse,
- Perte de goût ou d'odorat chez certains cas,
- Douleurs musculaires ou courbatures,
- Perte d'odorat ou du goût,
- Maux de tête,
- Symptômes gastro-intestinaux (douleur abdominale, diarrhée, vomissements),

- Malaises intenses,
- Asthénie,
- Anorexie,
- Dyspnée,
- Expectoration. (Chen, Liu, et Guo, 2020, p. 420).

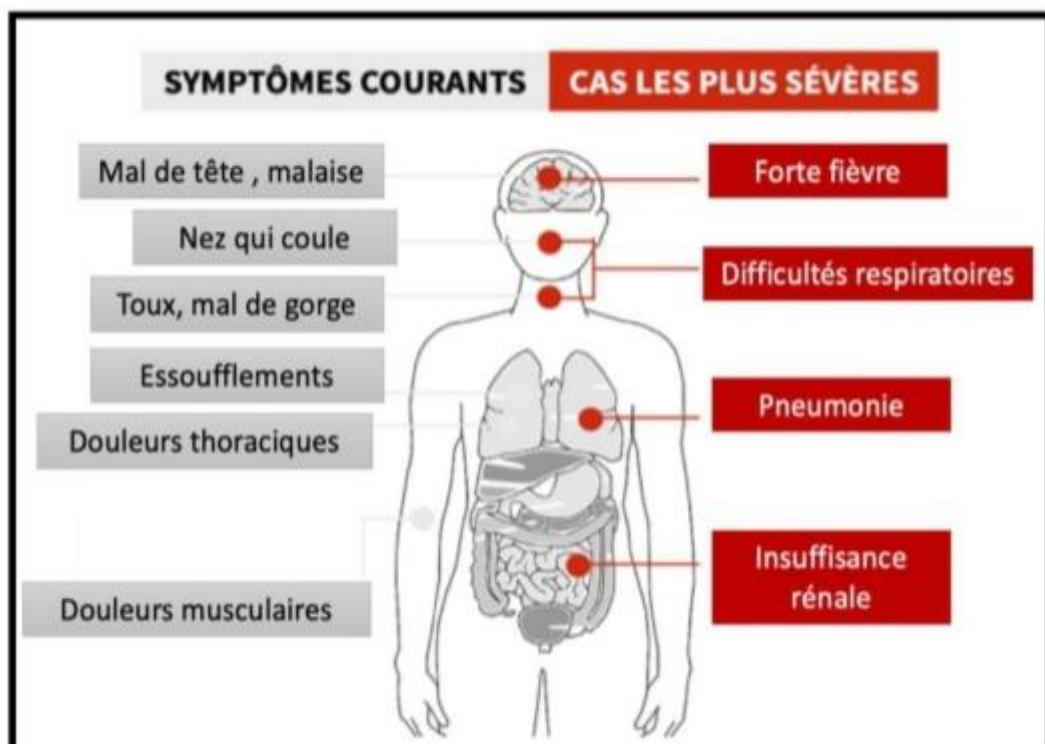


Figure 01 : Symptômes fréquents de COVID-19

(Institut Pasteur de France, 2021).

4- Les familles de COVID-19

La famille des coronavirus comprend quatre groupes :

- Les alpha et les beta-coronavirus : qui affectent les mammifères et l'homme en particulier. Les virus alpha sont responsables de pathologies respiratoires et intestinales généralement bénignes chez l'enfant en particulier. Ils se sont adaptés à l'homme depuis longtemps. Parmi les alpha-coronavirus, il y a par exemple le NL63-CoV, un virus saisonnier qui cause des pathologies bénignes.

- Les virus bêta mènent à des différents types de pathologies : soit des pathologies bénignes comme celles provoquées par les virus saisonniers HKU1 et OC43-Cov soit des pathologies sévères comme le SRAS de 2003 et le MERS de 2012 et maintenant le SARS-CoV-2.

- Les gamma- coronavirus : infectent les oiseaux.

- Les delta-coronavirus : affectent les oiseaux et les mammifères. (Cossart, Bach, Corvol, Costagliola, Couvreur, Fagueras, Louvard, Rey, Sansonetti et Valleron, 2020, p. 1).

5-L'étiologie de COVID-19

L'étiologie de la pandémie de COVID-19 repose principalement sur l'identification du SARS-CoV-2, un coronavirus qui aurait émergé pour la première fois dans la ville de Wuhan, en Chine, en décembre 2019. L'hypothèse la plus largement acceptée par la communauté scientifique est une origine zoonotique, c'est-à-dire une transmission du virus de l'animal à l'humain. Selon une étude récente, plusieurs animaux susceptibles d'être des hôtes intermédiaires du virus, tels que le chien viverrin et la civette palmiste masquée, étaient présents sur le marché de Huanan à Wuhan avant l'apparition des premiers cas humains (Débarre, 2024). Cette hypothèse repose sur des analyses génétiques du virus, qui montrent une proximité avec des coronavirus présents chez certaines espèces animales, suggérant une transmission inter-espèce.

Toutefois, une autre hypothèse a été avancée, selon laquelle le SARS-CoV-2 aurait pu résulter d'une fuite accidentelle d'un laboratoire travaillant sur les coronavirus, notamment l'Institut de virologie de Wuhan. Certains rapports des agences de renseignement américaines, comme la CIA, ont estimé que cette possibilité ne pouvait être totalement écartée, bien que leur conclusion soit formulée avec une faible confiance en raison du manque de preuves directes (Associated press, 2025). Cette hypothèse a été renforcée par des préoccupations concernant la sécurité des laboratoires de recherche en virologie et les études sur le « gain de fonction » qui visent à comprendre l'évolution des virus en laboratoire.

À ce jour, l'étiologie précise de la pandémie reste un sujet de débat scientifique, et des recherches supplémentaires sont nécessaires pour identifier avec certitude l'origine du SARS-CoV-2. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) et d'autres institutions continuent

d'enquêter sur les origines du virus, mais l'absence de données concluantes et les tensions géopolitiques compliquent ces investigations.

6-Diagnostic de COVID-19

Le diagnostic est l'acte médical permettant d'identifier la nature et la cause d'une affection chez un patient. Cela s'applique particulièrement à la pandémie de COVID-19. Le diagnostic repose sur des critères épidémiologiques (contact durant la période d'incubation), des symptômes cliniques et des examens biologiques. Plusieurs tests sont disponibles pour identifier la COVID-19, notamment la réaction de transcriptase inverse suivie d'une réaction de polymérisation en chaîne quantitative en temps réel (RT-PCR), les tests rapides immunologiques, la détection d'antigènes viraux et le scanner thoracique (CT-Scan) (Sheikhzadeh, Eissab, Ismaila, et Zourobb, 2020, p. 3).

6-1-RT-PCR en temps réel

Pour confirmer une infection par la COVID-19, l'identification de l'ARN viral du SARSCoV-2 est effectuée à partir d'échantillons prélevés dans les voies aériennes supérieures (nasopharynx ou oropharynx). Ce test cible le gène E de l'enveloppe virale et l'ARN polymérase dépendante de l'ARN (Académie nationale de médecine, 2021).

La RT-PCR permet d'évaluer la charge virale et son évolution dans le temps. Elle est reconnue pour sa spécificité élevée et sa sensibilité acceptable. L'écouvillonnage nasal est la méthode de prélèvement privilégiée pour confirmer la présence du virus, bien que certains patients ne le tolèrent pas. Dans ce cas, un échantillon oropharyngé peut être utilisé pour plus de confort. D'autres types d'échantillons, comme le sang ou les matières fécales, peuvent être analysés, mais ils ne sont pas intégrés au bilan diagnostique de la COVID-19 (Gala, Nyabi, Durant, Chibani, et Bentahir, 2020, p. 229).

6-2-Tests rapides

Plusieurs tests rapides ont été développés afin d'élargir les capacités de diagnostic. Ils reposent principalement sur des tests sérologiques visant à détecter les anticorps anti-SARS CoV-2 ou sur des tests de détection d'antigènes viraux (Jamel eddine, Jebali, Grati, et Ben Ahmed, 2020, p. 17).

a. Tests immunologiques ou sérologiques : Ces tests, réalisés à partir d'un prélèvement sanguin, permettent d'identifier les anticorps spécifiques au SARS-CoV-2

(Immunoglobuline M et Immunoglobuline G). Toutefois, ils sont moins couramment utilisés en raison du délai de production des anticorps, qui commence entre 5 et 8 jours après l'infection. Un résultat positif indique un contact antérieur avec le virus, même en l'absence de symptômes. Parmi ces tests, on retrouve le test ELISA et le test immunochromatographique.

b. ELISA : Ce test immunoenzymatique, qualitatif ou quantitatif, repose sur l'analyse d'un échantillon de sang total, de sérum ou de plasma afin de détecter les anticorps (IgG ou IgM) et les antigènes du virus. Un résultat positif indique la présence de complexes anticorps-antigènes, mis en évidence par fluorescence. Ce test, bien que précis, est réalisé en laboratoire et nécessite un délai d'analyse plus long.

c. Tests immunochromatographiques : Contrairement au test ELISA, ces tests sont plus rapides et peuvent être effectués à l'intérieur ou à l'extérieur d'un laboratoire médical. Ils utilisent un prélèvement sanguin par ponction capillaire et permettent d'obtenir un diagnostic en environ 15 minutes grâce à une réaction chimique, enzymatique ou immunologique détectant les anticorps anti-SARS-CoV-2.

d. Tests de détection d'antigènes viraux : Ces tests sont particulièrement utilisés dans les situations d'urgence ou pour les campagnes de dépistage de masse. Les résultats sont obtenus en 15 à 30 minutes. En cas de résultat négatif, une RT-PCR complémentaire est recommandée, alors qu'un résultat positif ne nécessite généralement pas de confirmation par RT-PCR (Gala et al., 2020, p. 232).

6-3-CT-Scan (scanner thoracique)

Le CT-Scan (scanner thoracique), est une technique d'imagerie médicale utilisant les rayons X pour obtenir des images détaillées des poumons et détecter d'éventuelles anomalies. Dans le cadre du diagnostic de la COVID-19, il permet d'identifier des lésions pulmonaires caractéristiques, telles que les opacités en verre dépoli et les condensations pulmonaires, signes d'inflammation et d'atteinte alvéolaire. Cet examen est particulièrement utile lorsque la RT-PCR donne des résultats faux négatifs, car il offre une sensibilité élevée et peut révéler des anomalies même chez des patients asymptomatiques. Bien qu'il ne remplace pas la RT-PCR, le CT-Scan constitue un outil complémentaire efficace pour affiner le diagnostic et orienter la prise en charge médicale (Zoukal, Nani, et Hassoune, 2020, p. 15-16).

7- Comorbidité de COVID-19

D'après l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), les comorbidités sont des affections médicales préexistantes qui augmentent le risque de développer une forme grave de la COVID-19. Ces affections incluent notamment le diabète, les maladies cardiovasculaires, les maladies respiratoires chroniques et le cancer. Les personnes âgées et celles souffrant de ces comorbidités sont plus susceptibles de présenter des symptômes sévères en cas d'infection par le SARS-CoV-2 (OMS, 2020).

Le diabète est l'une des comorbidités de la COVID-19, il touche plus de 500 millions de personnes dans le monde et est souvent associé à d'autres maladies chroniques comme l'hypertension et les maladies cardiovasculaires. Les patients diabétiques présentent un risque accru d'hospitalisation et de décès après une infection par le SARS-CoV-2. Une méta-analyse de plusieurs études a révélé que les diabétiques avaient 2,79 fois plus de risques d'être admis en soins intensifs et 3,21 fois plus de risques de mortalité. Cette vulnérabilité s'explique par une réponse immunitaire affaiblie et une mauvaise régulation du glucose, qui favorise l'inflammation et les complications respiratoires. De plus, une vaste étude de cohorte menée au Royaume-Uni sur 17 millions de patients a démontré que les diabétiques dont la glycémie n'était pas bien contrôlée présentaient un risque de mortalité encore plus élevé par rapport aux patients dont le diabète était bien pris en charge (OMS, 2020, p. 9).

Les maladies cardiovasculaires constituent également une comorbidité de la COVID-19, elles sont la première cause de mortalité dans le monde et comprennent l'hypertension, l'insuffisance cardiaque, la maladie coronarienne et l'arythmie cardiaque. L'hypertension, en particulier, a été identifiée comme un facteur de risque important, avec une méta-analyse de 12 études indiquant qu'elle augmente de 2,27 fois le risque de développer une forme grave de la COVID-19 et de 3,48 fois le risque de mortalité. De plus, les maladies cardiovasculaires fragilisent le système circulatoire, rendant les patients plus vulnérables à l'inflammation et aux complications thrombotiques provoquées par la COVID-19, ce qui peut entraîner des crises cardiaques ou des accidents vasculaires cérébraux (AVC). Une étude a également démontré que les patients ayant des antécédents d'AVC avaient un risque significativement accru de mortalité après une infection par le SARS-CoV-2 (OMS, 2020, p. 10).

Les maladies respiratoires chroniques sont des autres comorbidité, telles que la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) et l'asthme, sont également associées à une augmentation du risque de formes sévères de la COVID-19. L'OMS considère que toutes les personnes souffrant de maladies respiratoires chroniques sont particulièrement vulnérables à l'infection. Une méta-analyse de 15 études a démontré que les patients atteints de BPCO avaient un risque accru de forme grave (RR, 1,88) et une mortalité plus élevée que ceux qui ne souffraient pas de cette maladie. La BPCO entraîne des dommages pulmonaires irréversibles qui rendent l'échange d'oxygène plus difficile, ce qui aggrave les effets de la COVID-19, une maladie qui attaque principalement le système respiratoire. Concernant l'asthme, les résultats des études sont contradictoires. Une étude de cohorte observationnelle portant sur 20 133 patients a montré que les asthmatiques étaient surreprésentés parmi les patients hospitalisés pour la COVID-19, mais sans risque accru de mortalité. Une autre analyse sur 17,4 millions d'adultes a révélé que l'asthme était associé à un risque de mortalité accru de 25 %. Cette disparité dans les résultats pourrait s'expliquer par des différences dans la sévérité de l'asthme, son contrôle et les traitements administrés (OMS, 2020, pp. 10-11).

Le cancer est une autre comorbidité qui aggrave le risque de complications liées à la COVID-19. En 2018, le cancer était la deuxième cause de décès dans le monde, et il représente un facteur de vulnérabilité important pour les patients infectés par le SARS-CoV-2. Les personnes atteintes de cancers actifs ou récemment diagnostiqués ont un risque accru de développer une forme sévère et de décéder de la maladie. Une étude multicentrique en Chine a montré que les patients atteints de cancer avaient 3,61 fois plus de risques de développer une forme grave de la COVID-19. De plus, une analyse menée au Royaume-Uni a démontré que les personnes ayant un cancer récemment diagnostiqué présentaient un risque de mortalité accru (RR, 1,25), même après ajustement pour d'autres facteurs. Les risques les plus élevés concernent les patients atteints d'hémopathies malignes, ceux en cours de chimiothérapie ou d'immunosuppression, ainsi que ceux souffrant d'un cancer métastasé. La diminution de l'accès aux soins et aux traitements du cancer durant la pandémie a également contribué à une augmentation des risques pour ces patients (OMS, 2020, p. 12).

Enfin, l'obésité est un facteur de comorbidité dominant qui influence la gravité de la COVID-19, elle est associée à un état d'inflammation chronique et à des altérations du métabolisme qui aggravent la réponse immunitaire à l'infection virale. L'excès de graisse

corporelle, en particulier la graisse viscérale, peut comprimer les poumons et rendre la respiration plus difficile, ce qui aggrave les symptômes respiratoires de la COVID-19. Une étude a révélé que les patients obèses avaient jusqu'à 7,36 fois plus de risques de développer une forme sévère de la maladie. De plus, une analyse menée sur 177 000 personnes au Mexique a démontré que l'obésité était un facteur de risque non seulement pour l'admission en soins intensifs, mais aussi pour la mortalité liée à la COVID-19. L'obésité est également souvent associée à d'autres comorbidités comme l'hypertension, le diabète et les maladies cardiovasculaires, qui augmentent encore plus le risque de complications graves (OMS, 2020, p. 7).

8- Conséquences de la pandémie de COVID-19

8-1-Conséquences médicales

La pandémie de COVID-19 a eu des répercussions médicales significatives, à l'échelle mondiale, une étude estime que la surmortalité entre 2020 et 2021 s'élève à 14,9 millions de décès, soit un ratio de 2,75 par rapport aux décès officiellement rapportés liés au COVID-19 (Knutson, Aleshin-Guendel, Karlinsky, Msemburi, et Wakefield, 2022).

Entre mars 2020 et décembre 2021, la France a enregistré environ 95 000 décès supplémentaires par rapport aux attentes, attribués à l'épidémie de COVID-19 (INSEE, 2022).

Selon une enquête de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) menée en 2020, 90 % des pays ont signalé des perturbations dans leurs services de santé, affectant notamment les soins primaires quotidiens et la prise en charge des maladies chroniques. Ces perturbations ont eu des conséquences particulièrement graves pour les populations vulnérables, y compris les personnes âgées et celles atteintes de handicaps (OMS, 2020).

Par ailleurs, des effets à long terme, souvent désignés sous le terme de "COVID long", ont été observés chez un nombre significatif de patients. L'OMS estime qu'entre 10 % et 15 % des personnes infectées développent des symptômes persistants, tels que fatigue, dyspnée et troubles cognitifs, pouvant durer plusieurs mois après l'infection initiale. Une étude publiée en 2024 a confirmé la persistance de déficits cognitifs jusqu'à un an après l'infection, même chez les jeunes adultes en bonne santé ayant développé une forme légère de la maladie (Rosier, 2024).

En outre, la pandémie a mis à l'épreuve les systèmes de santé mondiaux, révélant des faiblesses structurelles et exacerbant les inégalités en matière d'accès aux soins. Les populations les plus précaires ont été davantage exposées au virus et ont subi des conséquences sociales et économiques plus graves, notamment en termes d'insécurité alimentaire et de limitation de l'accès aux services de santé (OMS, 2021).

Les conséquences médicales de la pandémie de COVID-19 en Algérie ont été aussi observées, avec une augmentation significative des cas de pneumonie, d'insuffisance respiratoire aiguë et de détresse respiratoire. Les patients atteints de COVID-19 en Algérie ont également présenté des symptômes tels que la fièvre, la toux, la fatigue et la difficulté à respirer (Benmiloud, Boukabène, Khedim, et Kaddour, 2020, p. 15).

Les maladies cardiaques de la pandémie de COVID-19 en Algérie ont également été diagnostiquées, avec une augmentation significative des cas d'infarctus du myocarde, d'insuffisance cardiaque et d'arythmie cardiaque (Benmiloud et al., 2020, p. 15).

Et la COVID-19 en Algérie a des conséquences neurologiques, avec une augmentation significative des cas d'encéphalite, de méningite et de neuropathie périphérique. Aussi a conduit à des conséquences rénales, avec une augmentation significative des cas d'insuffisance rénale aiguë et de néphropathie (Benmiloud et al., 2020, p. 15).

8-2-Conséquences psychologiques

La pandémie de Covid-19 a entraîné partout dans le monde une dégradation de la santé mentale. (BMCEA,2020, p. 4). Selon l'OMS. Les principaux troubles psychiatriques que développent les patients avec des symptômes prolongés de la Covid-19 sont les troubles anxieux, le trouble de stress post-traumatique, le retentissement affectif et familial, fragilisation des liens devant la chronicisation de l'atteinte, altération de la vie amoureuse et sexuelle, dégradation de l'image de soi, troubles dépressifs, les idées et les conduites suicidaires et le suicide (BMCEA,2020,p. 24).

En Algérie, la pandémie de COVID-19 a eu des conséquences profondes sur la santé mentale, Selon le professeur Madjid Tabti, chef du service de pédopsychiatrie à l'EHS de Chéraga, la pandémie a perturbé la prise en charge des pathologies mentales, entraînant une augmentation significative des cas de stress, de dépression et d'autres troubles psychologiques (Tabti, 2020).

La COVID-19 est un événement stressant qui affecte la santé mentale des individus de manière variable, provoquant une hausse des pathologies psychiatriques et des rechutes chez les patients déjà suivis. De plus, l'isolement social, le deuil et les difficultés financières liés à la pandémie ont exacerbé la peur et l'inquiétude au sein de la population algérienne (Tabti, 2020).

Dans ce contexte, il est essentiel de souligner l'importance de la santé mentale en période de pandémie, comme le note « Sabrina Gahar », maître de conférences en psychologie clinique, les citoyens doivent acquérir des connaissances scientifiques pour maintenir un bon équilibre psychologique et éviter que le stress ou la dépression n'affaiblissent leur système immunitaire (Tabti, 2020).

8-3-Conséquences économiques

La pandémie de COVID-19 a déclenché une crise économique d'une ampleur inédite à l'échelle mondiale. Le 9 mars 2020, les marchés financiers ont subi une chute brutale, marquant le début d'un effondrement économique global. Les pertes estimées à 300 milliards de dollars pour l'économie mondiale (Sinapin, 2020, p. 5), ont mis en évidence la vulnérabilité des systèmes financiers face aux crises sanitaires. L'Agence internationale de l'énergie a également signalé une baisse de 2,5 millions de barils par jour dans la demande de pétrole, accentuant l'instabilité des marchés énergétiques. Les confinements et les restrictions sanitaires ont gravement perturbé les chaînes d'approvisionnement mondiales, entraînant des pénuries de biens essentiels, notamment dans les secteurs pharmaceutique et électronique (Sinapin, 2020, p. 6).

Certains secteurs stratégiques ont été particulièrement touchés par ces perturbations économiques. Le secteur aérien, par exemple, a enregistré des pertes colossales, évaluées à 252 millions de dollars par l'Association internationale du transport aérien (IATA) (Sinapin, 2020, p. 6). Des entreprises de renom, comme Le Cirque du Soleil au Canada, ont dû licencier 2600 employés, tandis que 7000 agents aériens ont perdu leur emploi. Le tourisme a également été durement affecté, notamment en France, où 7 % des recettes touristiques dépendent des visiteurs chinois, un marché qui s'est effondré en raison des restrictions de voyage. De nombreuses petites et moyennes entreprises (PME) ont été fragilisées, obligeant les gouvernements à intervenir massivement. Par exemple, le Brésil a débloqué 147,3 milliards de réais (26 millions d'euros) pour soutenir ses PME (Sinapin, 2020, p. 7).

En Chine, bien que l'impact initial ait été sévère, les experts prévoient une reprise économique plus rapide que dans d'autres régions. Selon le cabinet Oxford Economics, l'effet économique négatif serait significatif mais de courte durée (Sinapin, 2020, p. 9).

Cependant, des industries clés, comme la production d'écrans LCD à Wuhan, ont connu un ralentissement, affectant l'ensemble des chaînes de production mondiales. La pandémie a ainsi révélé à quel point les économies nationales dépendent des échanges mondiaux et a souligné la nécessité de repenser les modèles économiques en favorisant des circuits plus résilients. La fragilité des chaînes d'approvisionnement, les pertes massives d'emplois et l'intervention massive des États montrent que le COVID-19 a non seulement provoqué une crise sanitaire, mais aussi une révolution économique et sociale à l'échelle mondiale (Sinapin, 2020, p. 9).

La pandémie de COVID-19 a profondément marqué l'économie algérienne, bouleversant plusieurs secteurs et transformant le marché du travail. Dès l'instauration des premières mesures de confinement, de nombreuses entreprises ont réduit ou stoppé leurs activités, entraînant une baisse significative du nombre d'emplois et des heures travaillées, en particulier dans le commerce de détail, l'hôtellerie et la restauration. Les travailleurs informels, qui représentent une part importante de l'économie, ont été particulièrement touchés. Sans protection sociale, ils se sont retrouvés dans une situation de précarité encore plus grande (Bensalem, 2021, pp. 347-349).

Les perturbations économiques ont également pesé lourdement sur les entreprises, notamment les PME, dont le chiffre d'affaires a chuté de manière drastique, menaçant leur solvabilité. Le secteur industriel a été confronté à des interruptions dans les chaînes d'approvisionnement, en particulier dans l'électroménager, tandis que les services ont souffert des fermetures de commerces et des restrictions de déplacement. (Bensalem, 2021, pp. 348-350).

Pour atténuer les effets de la crise, le gouvernement a mis en place plusieurs mesures, comme une aide financière de 30 000 DA pour certains travailleurs indépendants et des reports d'impôts et de cotisations sociales (Bensalem, 2021, pp. 350-353).

Et la mise en œuvre de ces aides a été critiquée pour son inefficacité et l'absence d'un système fiable permettant d'identifier les bénéficiaires. De plus, ces mesures n'ont pas couvert tous les secteurs touchés, laissant de nombreux travailleurs sans soutien. La crise a

également fait émerger de nouveaux défis, comme le développement du télétravail, encouragé mais sans cadre juridique clair, ce qui a rendu son application difficile (Bensalem, 2021, p. 354-356).

Par ailleurs, la pandémie a aggravé la pauvreté et conduit à une augmentation du travail des enfants, certaines familles n'ayant d'autre choix que de faire travailler leurs enfants pour subvenir à leurs besoins. La gestion de la crise a révélé des lacunes dans l'organisation du soutien économique et social et le manque de coordination et de données fiables a compliqué la distribution des aides et la protection des emplois (Bensalem, 2021, pp. 357-359).

8-4-Conséquences scolaires et éducatifs :

Au pic de la première vague au monde, 1,5 milliard d'apprenants évoluaient dans des systèmes d'éducation ayant complètement fermé leurs institutions et 166 pays avaient complètement fermé toutes leurs institutions (écoles et universités). L'actuelle pandémie révèle la fragilité de plusieurs systèmes éducatifs.

Le regard global sur la crise a mené la réflexion sur le rôle de l'école sur ce qu'elle est, sur son utilité et sur sa réouverture. L'organisation des nations unies pour l'éducation, la science et la culture (L'UNESCO) soutient que les conséquences de cette crise sont :

- Interruption de l'apprentissage ;
- Enjeux de sécurité alimentaire ;
- Réduction du filet de protection des enfants ;
- Manque de préparation des parents quant à la scolarisation à la maison ;
- Exacerbation des inégalités sociales ;
- Coûts économiques liés à l'arrêt forcé de travail des parents ;
- Risque d'augmentation des taux de décrochage (Hamdi, 2022, p. 183).

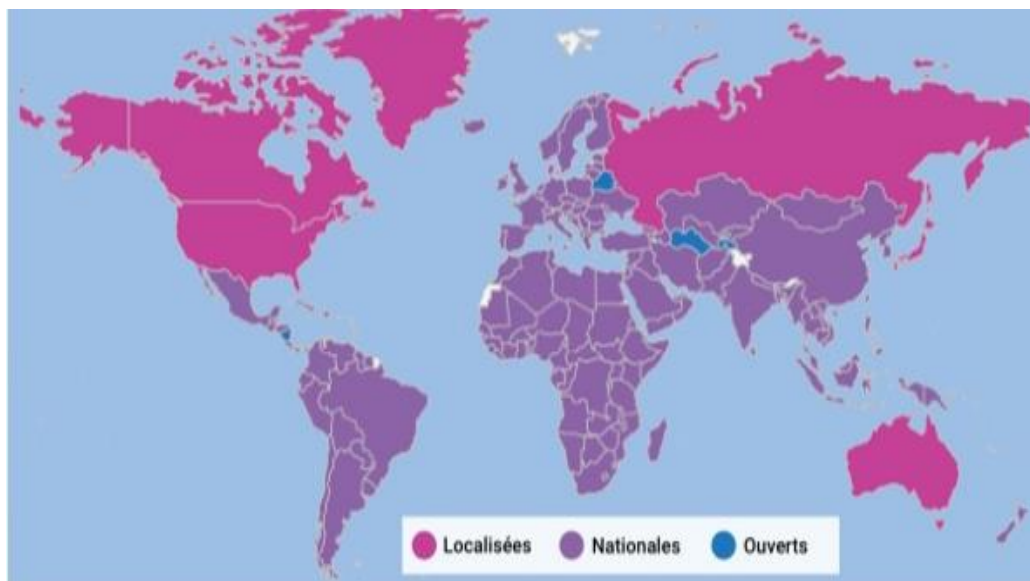


Figure 02 : Fermetures des établissements scolaires aux Nations Unies et dans le monde au pic de la première vague de COVID-19

(Nations Unies, 2020, 15 avril, p. 8).

La pandémie de COVID-19 a entraîné des perturbations aussi dans le système scolaire et éducatif en Algérie. La fermeture des établissements éducatifs dès le 13 mars 2020 a interrompu l'apprentissage des élèves et perturbé leur parcours scolaire (Ministère de la Santé, 2024, p. 17). Lors de la réouverture le 23 octobre 2020, la mise en place d'un protocole sanitaire strict a modifié l'organisation scolaire, imposant des horaires aménagés, la distanciation physique et des règles d'hygiène renforcées (Ministère de la Santé, 2024, p. 18). Ces mesures ont impacté la qualité de l'enseignement, limitant les interactions entre élèves et enseignants. De plus, la crise sanitaire a eu des répercussions psychologiques sur les élèves, entraînant stress, anxiété et difficultés d'adaptation à ces nouvelles conditions d'apprentissage (Ministère de la Santé, 2024, p. 63). Et la participation des élèves à la prévention de la COVID-19, notamment à travers des clubs santé et des campagnes de sensibilisation, a ajouté une dimension éducative supplémentaire mais a aussi alourdi leur charge scolaire (Ministère de la Santé, 2024, p. 69).

On note que, la pandémie de COVID-19 a eu des conséquences négatives dans divers domaines de la vie, y compris sur les plans culturel, sportif et social, ce que nous avons présenté dans cet élément représente quelques-uns des effets les plus significatifs, tant à l'échelle mondiale qu'au niveau de l'Algérie en particulier.

9- Prise en charge de la pandémie de COVID-19

Parmi les prises en charges importants, on trouve ce qui suit :

9-1-Prise en charge préventive

La prise en charge préventive de la pandémie de COVID-19 désigne l'ensemble des mesures mises en œuvre pour limiter la propagation du virus SARS-CoV-2, réduire l'impact de la maladie sur les populations et prévenir les complications sanitaires. Ces mesures s'appuient sur des recommandations scientifiques et techniques, notamment celles de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), et incluent :

- Dépistage et triage pour la détection précoce des cas. Et isolement immédiat des cas suspects ou confirmés dans une zone bien ventilée.
- Précautions contre la transmission par contact, gouttelettes et voie aérienne par hygiène respiratoire et utilisation appropriée du masque, notamment dans les zones de transmission communautaire.
- Nettoyage et désinfection rigoureux de l'environnement.
- Maintien d'une distanciation physique d'au moins un mètre cinquante dans les établissements de santé et les lieux publics, en particulier en intérieur.
- Encouragement des patients à tousser ou éternuer dans leur coude ou un mouchoir jetable.
- Limitation de l'accès aux visiteurs dans les établissements de santé et obligation du port du masque.
- Vaccination des agents de santé, et le dépistage précoce pour identifier les cas suspects.
- Isoler les cas bénins qui nécessite pas l'hospitalisation pour contenir la transmission.
- Se laver fréquemment les mains avec un produit hydro alcoolique. En cas de mains visiblement sales, utiliser de l'eau et du savon et sécher les mains avec des serviettes jetables (OMS, 2023, pp. 25-29).



Figure 03 : Les mesures de prévention et de contrôle des infections de COVID-19 (Ministère de la Santé, 2023, p. 20).

En Algérie, face à la crise sanitaire du Covid-19 et le développement des cas touchant le pays, le gouvernement algérien a pris progressivement une série de mesures de prise en charge préventives visant à contenir la diffusion du virus. Ces mesures ont fait l'objet de deux textes principaux :

➤ Décret exécutif n° 20-69 du 21 mars 2020 relatif aux mesures de prévention et de lutte contre la propagation du Coronavirus (Covid-19), et dont l'objet est de fixer les mesures de distanciation sociale destinées à prévenir et à lutter contre la propagation du COVID-19.

➤ Décret exécutif n° 20-70 du 24 mars 2020 fixant des mesures complémentaires de prévention et de lutte contre la propagation du Coronavirus (Covid-19) et qui a pour objet la mise en place de dispositifs de confinement, de restriction de circulation, d'encadrement des activités de commerce et d'approvisionnement des citoyens, de règles de distanciation ainsi que les modalités de mobilisation citoyenne dans l'effort national de prévention et de lutte contre la propagation de la pandémie du COVID-19 (Hamdi, 2022, p. 188).

9-2-Prise en charge médicale

La pandémie COVID-19, causée par le virus SARS-CoV-2, a bouleversé le monde et mis les systèmes de santé à rude épreuve. Sa prise en charge médicale repose sur une approche adaptée à la gravité des symptômes, allant du traitement symptomatique à domicile jusqu'aux soins intensifs en cas de complications sévères. Pour les formes bénignes, la prise en charge consiste principalement en l'isolement du patient, l'administration d'antipyrétiques pour gérer la fièvre et la douleur, ainsi qu'une hydratation et un repos adéquats. Il est essentiel de surveiller l'évolution des symptômes afin de détecter toute aggravation possible (OMS, 2021, p. 27). Les cas modérés, caractérisés par une pneumonie sans détresse respiratoire grave, nécessitent une surveillance médicale plus étroite. L'oxygénothérapie peut être administrée si nécessaire, et un traitement de soutien est recommandé pour éviter l'aggravation de l'état du patient (OMS, 2021, p. 28).

Pour les cas sévères, marqués par une détresse respiratoire et une saturation en oxygène inférieure à 90 %, l'oxygénothérapie devient une nécessité. L'administration de corticoïdes, tels que la dexaméthasone, est recommandée pour réduire l'inflammation et améliorer les chances de récupération. Une hospitalisation dans un service spécialisé est essentielle pour assurer un suivi rapproché et prévenir les complications (OMS, 2021, p. 32). Les patients en état critique, souffrant d'un syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA) ou d'un choc septique, requièrent une prise en charge en unité de soins intensifs. La ventilation mécanique et, dans certains cas, l'oxygénation par membrane extracorporelle (ECMO) sont des options thérapeutiques essentielles pour améliorer l'oxygénation et stabiliser l'état du patient (OMS, 2021, p. 36).

En plus des traitements directs contre la COVID-19, la prévention des complications est un aspect fondamental des soins. Les anticoagulants sont recommandés pour limiter le risque de thromboses, et une attention particulière est portée aux co-infections et aux maladies sous-jacentes du patient. (OMS, 2021, p. 43). Une fois la phase aiguë de la maladie passée, certains patients peuvent présenter des symptômes persistants, tels qu'une fatigue chronique, des troubles respiratoires ou neurologiques, et des séquelles psychologiques. Un programme de réadaptation comprenant une prise en charge physiothérapeutique, un soutien nutritionnel et un accompagnement psychologique est donc recommandé pour favoriser une récupération optimale (OMS, 2021, pp. 56-68).

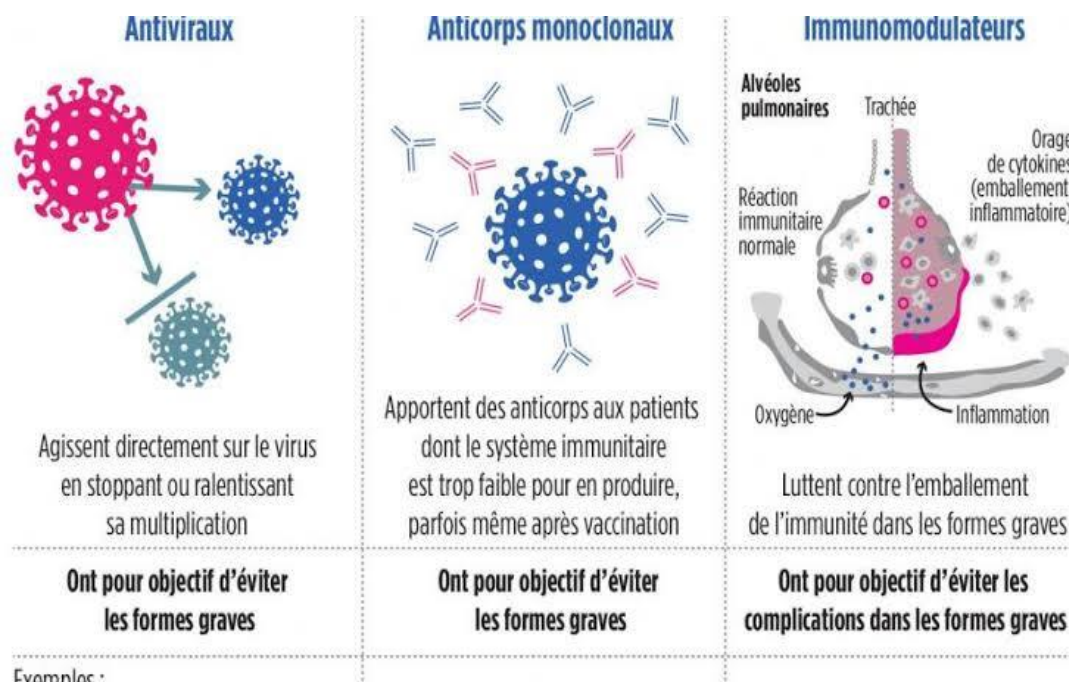


Figure 04 : Types de médicaments ANTI-COVID-19

(OMS, 2021).

L'Algérie, à l'instar d'autres pays a fait le choix d'inscrire l'hydroxy chloroquine dans le protocole de prise en charge, d'abord pour les formes sévères et modérées, puis d'élargir ce traitement à tous les cas de COVID-19 confirmés, y compris bénins, mais également aux cas symptomatiques (Announe, 2020, p. 93).

Les vaccins en Algérie constituent la base de la prévention primaire contre diverses maladies infectieuses. Ils stimulent l'organisme pour développer une défense immunitaire spécifique de la maladie. Les personnes âgées, atteintes de comorbidités, immunodéprimées à très haut risque de développer des formes graves de la COVID-19 ont été les premières autorisées à bénéficier de ces vaccins. Les vaccins ont ensuite été généralisés à toute la population âgée de 12 ans et plus dès la fin du premier trimestre 2021 (Announe, 2020, p. 94).

9-3-Prise en charge psychologique et psychiatrique :

La COVID-19 a affecté la santé mentale des populations à travers le monde, les mesures de confinement, l'isolement social, la peur de la maladie, ainsi que la surcharge des services de santé ont contribué à une augmentation significative des troubles psychologiques et psychiatriques (Santé publique France, 2022, p. 5). Face à cette situation, les services de santé mentale ont dû s'adapter rapidement pour assurer la continuité des soins et proposer des

solutions innovantes telles que la télémedecine, les plateformes de soutien psychologique et le renforcement des structures de prise en charge (HAS, 2020, p. 12).

Les Centres Médico-Psychologiques (CMP), les hôpitaux psychiatriques et les équipes mobiles ont dû revoir leur mode de fonctionnement pour répondre aux nouvelles contraintes sanitaires. Les consultations en présentiel ont été limitées aux situations d'urgence, tandis que les suivis réguliers ont été assurés par des consultations téléphoniques ou en visioconférence, Cette réorganisation a permis de maintenir une continuité des soins tout en réduisant les risques de contamination (HAS, 2020, p. 14).

En outre, les hôpitaux psychiatriques ont dû adapter leurs protocoles pour accueillir les patients atteints de troubles mentaux nécessitant une hospitalisation tout en respectant les mesures de distanciation sociale et d'hygiène (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2021, p. 18).

La télémedecine a joué un rôle clé dans la prise en charge psychologique et psychiatrique durant la pandémie. Elle a permis aux patients d'accéder à des consultations à distance avec des psychiatres et psychologues, réduisant ainsi les obstacles liés au confinement et à la peur de la contamination (Santé publique France, 2022, p. 20).

Les autorités sanitaires algériennes ont également mis en place des lignes téléphoniques d'écoute et de soutien psychologique pour les personnes affectées par la pandémie. De plus, les professionnels de la santé mentale ont utilisé les technologies de l'information et de la communication pour fournir des services de soutien psychologique à distance (HAS, 2020, p. 31).

Face à l'augmentation du stress, de l'anxiété et de la dépression, plusieurs plateformes de soutien psychologique ont été mises en place. En France, des dispositifs comme "Psy COVID" et des lignes d'écoute spécifiques ont été créés pour répondre aux besoins de la population, notamment des soignants et des personnes en détresse psychologique (HAS, 2020, p. 31).

Ces plateformes ont permis un accès immédiat à un soutien psychologique gratuit, offrant des conseils et une orientation vers des structures spécialisées si nécessaire. Les soignants ont été particulièrement exposés à la détresse psychologique en raison de la charge de travail accrue, du manque de ressources et de l'exposition quotidienne à la souffrance et à la mort. Selon une étude menée par la Fédération pour la Recherche sur le Cerveau (2020),

70% des professionnels de santé ont présenté des signes de stress post-traumatique après la première vague de la pandémie. Pour prévenir l'épuisement professionnel, des cellules de soutien psychologique ont été mises en place dans les hôpitaux, incluant des espaces de parole et des consultations spécifiques avec des psychologues et psychiatres (HAS, 2020, p. 32).

Les patients ayant contracté la COVID-19, en particulier ceux atteints de "COVID long", ont présenté des symptômes psychiatriques prolongés tels que des troubles anxieux, des épisodes dépressifs majeurs et des troubles cognitifs. Une prise en charge pluridisciplinaire a été mise en place, combinant des interventions médicales, psychiatriques et psychologiques afin d'aider ces patients à retrouver une qualité de vie optimale (Santé publique France, 2022, p. 36).

Synthèse

La pandémie de COVID-19 a profondément affecté les systèmes de santé et la vie quotidienne à travers le monde. Son apparition en 2019 et sa propagation rapide ont nécessité la mise en place de mesures strictes pour limiter la contagion, entraînant des confinements, des restrictions sociales et une pression énorme sur les infrastructures sanitaires.

Le virus SARS-CoV-2, responsable de la maladie, affecte principalement le système respiratoire, avec des formes sévères chez les personnes âgées et celles souffrant de maladies chroniques.

Au-delà des impacts physiques, la pandémie a incontestablement eu un effet majeur sur la santé mentale, en particulier chez les personnes âgées vivant en institution. C'est cet aspect que nous chercherons à explorer dans les deux autres chapitres.

Chapitre II

Les personnes âgées en foyer

Préambule

L'être humain traverse plusieurs étapes de sa vie, en commençant par l'enfance, puis en passant par l'adolescence, suivie de l'âge adulte, pour finalement atteindre la vieillesse.

La vieillesse est une période naturelle au cours de laquelle des changements physiologiques et psychologiques affectent le mode de vie et peuvent entraîner une perte de certaines capacités motrices ou cognitives.

Cela peut amener certaines personnes âgées à avoir besoin d'une assistance continue, les conduisant ainsi à se tourner vers des établissements spécialisés, tels que les foyers pour personnes âgées, afin de bénéficier d'un environnement sécurisé et adapté à leurs besoins.

Pour cela nous visons dans ce chapitre d'abord à définir la période de la vieillesse et de vieillissement, ainsi les personnes âgées en foyer, puis les foyers des personnes âgées, ensuite on va présenter le vieillissement normal et pathologique, après on va identifier les problèmes physiques et psychiques des personnes âgées, puis l'histoire et l'évolution des foyers pour personnes âgées, les missions et les objectifs de ces foyers, les types de ces foyers, et les différents types d'entrées dans ces foyers, enfin, nous mettrons en lumière les mesures préventives mises en place pour les personnes âgées en foyer pendant la pandémie de COVID-19.

1-Définitions des concepts clés**1-1-La vieillesse**

La vieillesse désigne la dernière étape du cycle de vie, caractérisée par un déclin progressif des capacités physiques, cognitives et parfois sociales. Elle est souvent associée à l'âge avancé, généralement après 65 ans, bien que cette limite puisse varier selon les contextes culturels et scientifiques (OMS, 2021).

La vieillesse est décrite comme un état somato-psychique, c'est-à-dire qu'elle affecte à la fois le corps et l'esprit. Elle se caractérise par deux éléments majeurs : sa relativité et son instabilité (Charazac, 2020, p. 6).

Elle est relative, car il est difficile de la définir avec des critères stricts :

- Relativité chronologique : l'âge de la vieillesse est fixé arbitrairement (par exemple, l'âge de la retraite).
- Relativité sociologique : la vieillesse est parfois définie comme le moment où une personne quitte la vie active, ou lorsqu'elle entre dans la dépendance.
- Relativité individuelle : elle dépend du ressenti personnel face aux changements physiques et mentaux.

Elle est instable, car elle alterne entre des états de crise et de réajustement, un peu comme l'enfance et l'adolescence. La vieillesse oscille ainsi entre autonomie et dépendance, ce qui impacte l'image de soi et le sentiment d'identité (Charazac, 2020, p. 7).

1-2-Le vieillissement

Le vieillissement est un processus continu et multidimensionnel qui englobe des changements biologiques, psychologiques et sociaux tout au long de la vie. Il inclut à la fois des aspects normatifs comme le déclin physiologique et des aspects non normatifs comme les expériences individuelles et culturelles (Ennuyer, 2014, p. 23).

Le vieillissement est une expérience subjective qui varie d'un individu à l'autre, certains le vivent comme une période de libération ou de réalisation de soi, tandis que d'autres y perçoivent une perte de repères ou d'utilité sociale. Cette phase de vie est aussi marquée par des réaménagements identitaires, où la personne doit intégrer les changements corporels, les pertes éventuelles (comme la retraite, le veuvage, la maladie) et redéfinir son rôle dans la société et dans sa propre vie (OMS, 2021).

1-3-Les personnes âgées en foyer

Les personnes âgées en foyer *«sont des individus qui vivent dans des établissements résidentiels dédiés à la prise en charge des personnes âgées...etc»* (Lemoine et Dufresne, 2020).

Les personnes âgées en foyer se retrouvent dans des établissements où les conditions de vie sont strictement encadrées, en raison de la perte d'autonomie liée à la vieillesse ou à des pathologies. Ces résidents, souvent coupés du monde extérieur, vivent

dans un environnement collectif où les règles et les modalités de vie sont rigoureusement définies (Quaderi, 2013, p. 107).

1-4-Les foyers des personnes âgées

Les foyers des personnes âgées : *«...Sont des établissements offrent des soins médicaux, de l'assistance dans les activités quotidiennes et un environnement sécurisé pour ceux qui ne peuvent plus vivre de manière autonome en raison de la vieillesse ou de conditions médicales. Les foyers peuvent être destinés à des personnes âgées autonomes, semi-autonomes ou dépendantes, et l'objectif principal est de fournir une qualité de vie adaptée aux besoins de chaque résident »* (Lemoine et Dufresne, 2020).

L'institutionnalisation intervient généralement à un stade où les difficultés de santé ou comportementales se sont accumulées, contraignant l'individu à adopter ce mode de vie structuré. Ce placement, parfois motivé par l'absence de soutien familial, l'indisponibilité des proches ou l'épuisement des aidants, marque une transition vers une organisation de vie collective, où la qualité de vie des résidents est continuellement ajustée en fonction de leurs besoins spécifiques (Quaderi, 2013, p. 108).

2-Le Vieillessement normal et Vieillessement pathologique

2-1-Le vieillissement normal :

Le vieillissement normal est un processus naturel et progressif qui touche à la fois le corps, l'esprit et la vie sociale. Il est caractérisé par une grande hétérogénéité c'est-à-dire les performances cognitives ne déclinent pas de manière uniforme. Certaines capacités peuvent se détériorer, tandis que d'autres restent stables, voire s'améliorent, notamment celles liées à l'expérience et à la sagesse acquise au fil des années (Monfort, 2019, p. 5).

Sur le plan physique, le vieillissement normal entraîne des changements graduels mais inévitables. Parmi ceux-ci, on observe une diminution de la force musculaire, une perte de densité osseuse, une réduction de l'élasticité de la peau (apparition de rides), et une baisse des capacités sensorielles, comme l'acuité visuelle et auditive. Ces changements sont liés à des processus biologiques naturels, tels que la diminution de la production de collagène ou la réduction de la régénération cellulaire (Talpin, 2017, p. 60).

Psychologiquement, certaines fonctions cognitives, comme la vitesse de traitement de l'information ou la mémoire de travail, peuvent ralentir avec l'âge. L'intelligence globale,

les compétences sociales et la mémoire à long terme restent généralement bien préservées . Les personnes âgées peuvent également développer une meilleure capacité à gérer les émotions et à résoudre des problèmes complexes grâce à leur expérience de vie (Talpin, 2017, p. 72).

Le vieillissement normal s'accompagne souvent de transformations sociales significatives. La retraite, par exemple, marque un changement majeur dans les rôles sociaux, pouvant entraîner une perte d'identité ou un sentiment d'isolement si la personne ne parvient pas à trouver de nouvelles sources de satisfaction et d'engagement (Talpin, 2017, p. 65). Et de nombreuses personnes âgées maintiennent des liens affectifs solides avec leur famille, leurs amis et leurs réseaux sociaux, ce qui contribue à leur bien-être émotionnel (Monfort, 2019, p. 5).

Avec l'avancée en âge, la question de la mort devient plus prégnante. Les personnes âgées doivent souvent faire un travail psychique pour accepter cette réalité et s'adapter à l'idée de leur propre finitude. Ce processus peut être facilité par un bon équilibre émotionnel et un soutien social adéquat (Talpin, 2017, p. 79).

Le vieillissement normal ne garantit pas un vieillissement réussi. Même en l'absence de troubles majeurs, certaines personnes peuvent ne pas vivre cette étape de manière pleinement satisfaisante, en raison de facteurs tels que l'isolement, le manque de ressources ou des difficultés d'adaptation (Monfort, 2019, p. 5).

On note que le vieillissement normal est un processus naturel, qui affecte le corps, l'esprit et la vie sociale de l'individu. Il présente une très grande diversité dans l'évolution des capacités avec l'âge. Du point de vue physique, un ralentissement progressif des capacités physiologiques peut être observé. Psychologiquement, certaines fonctions cognitives peuvent être altérées, mais l'intelligence globale et le contrôle des mouvements restent souvent préservés. Socialement, la retraite et les changements de rôle peuvent entraîner un certain isolement et doivent être envisagés dans un cadre plus large. Cependant, les relations sociales antérieures peuvent constituer un bon appui pour le bien-être. L'acceptation de la mortalité ou de la fin de vie devient une étape cruciale dans ce processus. Toutefois, un vieillissement normal ne garantit pas nécessairement une vieillesse épanouie ; cela dépend largement du soutien social, des ressources disponibles et de la capacité d'adaptation de la personne âgée.

2-2-Le vieillissement pathologique :

Le vieillissement pathologique se distingue du vieillissement normal par la présence de maladies ou de troubles qui altèrent significativement la qualité de vie et l'autonomie des individus. Ce type de vieillissement est souvent marqué par des pathologies physiques, cognitives ou psychiques qui compliquent le processus naturel de vieillissement (Monfort, 2019, p. 5).

Avec l'âge, le risque de développer des maladies chroniques augmente. Parmi les plus courantes, on trouve les maladies cardiovasculaires (hypertension, infarctus), les cancers, et les troubles neurologiques comme la maladie de Parkinson (Monfort, 2019, p. 5). Ces conditions peuvent entraîner des limitations fonctionnelles importantes, réduisant la capacité des personnes âgées à accomplir les activités quotidiennes de manière autonome (Talpin, 2017, p. 93).

Les maladies neurodégénératives, telles que la maladie d'Alzheimer, représentent l'une des manifestations les plus graves du vieillissement pathologique. Ces démences se caractérisent par une détérioration progressive des fonctions cognitives, affectant la mémoire, le langage, les fonctions exécutives et, à terme, l'autonomie de la personne. Les baisses cognitives importantes associées à ces maladies ont un impact profond sur la qualité de vie des patients et de leurs proches (Talpin, 2017, p. 147).

Le vieillissement pathologique est également associé à des troubles psychiques fréquents. Les troubles dépressifs sont particulièrement répandus, souvent déclenchés par des pertes successives (décès du conjoint, perte d'autonomie, isolement social) (Talpin, 2017, p. 117).

Dans certains cas, des troubles psychotiques d'apparition tardive, comme des délires paranoïaques ou des hallucinations, peuvent survenir, nécessitant une prise en charge psychiatrique spécifique (Talpin, 2017, p. 137).

Le vieillissement pathologique entraîne souvent une souffrance psychique importante et une perte d'autonomie. Les personnes concernées peuvent avoir besoin d'une assistance constante pour les activités de la vie quotidienne, ce qui peut engendrer un sentiment de dépendance et de frustration. Une prise en charge adaptée, incluant des soins médicaux, psychologiques et sociaux, est essentielle pour limiter cette souffrance et améliorer la qualité de vie (Talpin, 2017, p. 138).

On peut dire que le vieillissement pathologique est caractérisé par la présence de maladies chroniques, qu'elles soient physiques comme les maladies cardiovasculaires et les cancers, ou neurodégénératives notamment la maladie d'Alzheimer, ou troubles psychiques comme la dépression ou les syndromes psychotiques tardifs, ainsi que des troubles de la mémoire, du langage, et les capacités exécutives. Ce type de vieillissement est souvent très source de souffrance psychique et physique, et nécessite une prise en charge pluridisciplinaire de la personne âgée (médicale, psychologique, sociale) pour lui permettre de conserver sa dignité et son bien-être.

3-Les problèmes physiques et psychiques des personnes âgées

La vieillesse est une étape de la vie au cours de laquelle la personne âgée est confrontée de nombreux problèmes physiques et psychiques, dans cette optique, nous allons découvrir ci-dessous ces problèmes :

3-1-Les problèmes physiques

Les problèmes physiques des personnes âgées se réfèrent à des difficultés ou des limitations physiques qui affectent la santé et la qualité de vie des personnes âgées. Ces problèmes peuvent inclure des maladies chroniques, des douleurs, des limitations de mobilité, des problèmes de nutrition, et des problèmes de continence (Fuchs-Lacelle, et Lapierre, 2018, p. 16).

Les maladies chroniques sont des affections qui persistent ou récidivent fréquemment et qui nécessitent une prise en charge médicale continue. Chez les personnes âgées, les maladies chroniques sont courantes et peuvent avoir des conséquences importantes sur la qualité de vie et l'autonomie, et les maladies chroniques les plus courantes chez les personnes âgées incluent :

- L'hypertension artérielle est une élévation persistante de la pression artérielle qui peut entraîner des complications cardiovasculaires, telles que l'infarctus du myocarde et les accidents vasculaires cérébraux.
- Le diabète est une maladie métabolique caractérisée par une élévation du taux de sucre dans le sang, qui peut entraîner des complications cardiovasculaires, rénales et nerveuses.

- Les maladies cardiaques, telles que l'infarctus du myocarde et l'insuffisance cardiaque, peuvent entraîner des limitations importantes dans les activités quotidiennes et réduire la qualité de vie des personnes âgées.
- Les maladies respiratoires, telles que la bronchite chronique et l'emphysème, peuvent entraîner des difficultés respiratoires et réduire la capacité physique des personnes âgées.
- Les maladies ostéo-articulaires, telles que l'arthrose et l'ostéoporose, peuvent entraîner des douleurs et des limitations de mobilité, ce qui peut réduire la qualité de vie et l'autonomie des personnes âgées (Collège national des enseignants de gériatrie, 2018, pp. 10-13).

Les douleurs sont un problème courant chez les personnes âgées, pouvant affecter leur qualité de vie et leur autonomie, et les douleurs chez les personnes âgées peuvent être causées par des problèmes articulaires, musculaires ou neurologiques :

- Les douleurs articulaires, telles que l'arthrose, peuvent entraîner des limitations de mobilité et des difficultés à effectuer des activités quotidiennes.
- Les douleurs musculaires, telles que les crampes musculaires, peuvent également être un problème chez les personnes âgées, en particulier celles qui ont des problèmes de santé chroniques ou qui prennent certains médicaments.
- Les douleurs neurologiques, telles que les névralgies, peuvent être causées par des problèmes de santé tels que le diabète ou les maladies neurologiques (Derouiche, Bouaziz, Brulin, Campo, et Piau, 2023, p. 12 ; Rolland et Vellas, 2009, pp. 156-158).

Les douleurs chez les personnes âgées peuvent avoir des conséquences sur leur qualité de vie, notamment en termes de limitations de mobilité, de difficultés à effectuer des activités quotidiennes et de problèmes de santé mentale tels que la dépression et l'anxiété (Collège national des enseignants de gériatrie, 2018, p. 8).

Les problèmes de mobilité sont aussi parmi les problèmes physiques des personnes âgées, les limitations de mobilité peuvent entraîner des difficultés à effectuer des

activités quotidiennes, telles que la marche, le transfert ou les soins personnels (Rolland et Vellas, 2009, p. 150).

Les problèmes de mobilité peuvent également entraîner des conséquences sur la santé des personnes âgées, notamment en termes de risque de chute, de fractures et de déclin fonctionnel. Les personnes âgées qui ont des problèmes de mobilité sont également plus susceptibles de développer des problèmes de santé mentale. Et les interventions de réadaptation, telles que la physiothérapie et l'ergothérapie, peuvent être utiles pour améliorer la mobilité et l'autonomie des personnes âgées (Fuchs-Lacelle et al., 2018, p.19 ; Rolland et Vellas, 2009, p. 151).

Les problèmes de nutrition ils constituent également l'un des problèmes physiques chez des personnes âgées, qui peuvent être causés par des problèmes de santé, des difficultés à mastiquer ou à avaler, ou des problèmes financiers. Les personnes âgées qui ont des problèmes de nutrition sont plus susceptibles de développer des problèmes de santé, tels que la malnutrition, la déshydratation et les carences en nutriments (Derouiche et al., 2023, p. 6).

D'autre part, les problèmes de continence, notamment l'incontinence urinaire, sont très courants chez les personnes âgées, Ce trouble se caractérise par une perte involontaire d'urine, qui peut survenir pendant la journée ou la nuit, plusieurs facteurs peuvent en être à l'origine comme une faiblesse des muscles du plancher pelvien, des infections urinaires fréquentes, des troubles neurologiques (comme la maladie d'Alzheimer ou de Parkinson), ou encore des effets secondaires de certains médicaments, l'incontinence est souvent taboue et mal vécue par les personnes âgées, car elle entraîne un sentiment de honte, une perte d'estime de soi, et peut conduire à l'isolement social (Collège national des enseignants de gériatrie, 2018, pp. 35-37).

3-2-Les problèmes psychiques

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), les problèmes psychiques chez les personnes âgées sont définis comme « *des difficultés psychologiques et psychiatriques ou des troubles mentaux et neurologiques, qui affectent les personnes âgées...etc* » (Luppa, 2012, p. 2).

Et les problèmes psychiques des personnes âgées peuvent être causés par divers facteurs, tels que les changements physiologiques liés à l'âge, les maladies chroniques, les

événements de vie stressants et les facteurs sociaux et environnementaux (Fuchs-Lacelle et al., 2018, p. 12).

On trouve par exemple les troubles de la motivation parmi les problèmes psychiques des personnes âgées et se manifestent par une indifférence affective, intellectuelle et un désengagement face aux échecs. Ce phénomène s'accompagne d'un sentiment d'impuissance et d'une perte d'intérêt pour les activités quotidiennes. Il est souvent aggravé par des pathologies organiques, des troubles musculo-squelettiques, et une fragilité physique accrue, exposant les personnes âgées à un risque élevé de chutes, d'hospitalisations et de décès prématuré. La démotivation est aussi liée à des déficits cognitifs, à la paralysie, à une perte de poids importante, à des troubles endocriniens comme l'hyperthyroïdie, ainsi qu'à des douleurs chroniques et des troubles de la vision (Magnani et Mairesse, 2019).

Un autre problème psychique majeur chez les personnes âgées est le trouble de l'humeur, dont la forme la plus fréquente est la dépression. Chez le sujet âgé, la dépression est souvent difficile à diagnostiquer, car elle peut être confondue avec les effets « normaux » du vieillissement. Elle résulte de l'interaction complexe de facteurs sociaux, psychologiques, biologiques et environnementaux, et reste souvent non reconnue et mal prise en charge, ce qui augmente considérablement le risque de suicide, surtout après 80 ans. Contrairement aux adultes plus jeunes, les états dépressifs chez les personnes âgées sont moins expressifs, mais se manifestent généralement par deux signes principaux : une douleur morale profonde et un ralentissement psychomoteur. D'autres signes évocateurs incluent un sentiment de vide intérieur, des plaintes somatiques, des troubles du comportement et une angoisse persistante (Magnani et Mairesse, 2019 ; Rigaud et al, 2020, p. 8).

La dépression peut également découler d'une prise de conscience douloureuse du déclin intellectuel, entraînant une baisse de l'estime de soi et une désorganisation des mécanismes de défense habituels. Elle peut apparaître au cours de pathologies telles que les démences (en particulier vasculaires), la maladie de Parkinson, la maladie d'Alzheimer ou encore des affections somatiques chroniques. Certaines formes, comme la mélancolie, nécessitent une hospitalisation urgente, notamment lorsqu'il existe un risque de passage à l'acte suicidaire (Dahdouh, 2019, p.7-8).

Les troubles anxieux sont un autre problème psychique chez les personnes âgées, qui touchent environ 10 % de cette population. Ces troubles sont souvent associés à la dépression et se manifestent sous diverses formes, principalement l'anxiété généralisée, les

phobies, les attaques de panique, les troubles obsessionnels compulsifs (TOC), et le stress post-traumatique (ESPT) (Rigaud et al, 2020, p. 21).

Chez les personnes âgées, l'anxiété se manifeste fréquemment par des symptômes physiques : palpitations, difficultés respiratoires, vertiges, troubles digestifs, douleurs musculaires, insomnie,...etc. À cela s'ajoutent des symptômes psychologiques comme l'inquiétude constante, l'angoisse, la peur du malheur, la panique, ou encore des comportements d'évitement, de fuite ou de recherche excessive de réassurance (Magnani et Mairesse, 2019).

Les schizophrénies et délires chroniques représentent un autre trouble psychique important chez les personnes âgées. Les symptômes psychotiques, tels que les hallucinations ou les idées délirantes, sont relativement fréquents dans cette tranche d'âge, non seulement dans le cadre de troubles psychiatriques chroniques comme la schizophrénie ou les troubles délirants, mais aussi au cours de certaines maladies somatiques ou d'épisodes dépressifs sévères. Chez les personnes âgées, il est souvent difficile de distinguer les différents types de psychoses, notamment entre une schizophrénie à début précoce ou tardif et un trouble délirant chronique, car les critères diagnostiques sont flous et l'expression clinique peut être atypique. Pourtant, poser un diagnostic précis est essentiel pour adapter le traitement et en prévoir l'évolution. Lorsqu'un traitement est nécessaire, notamment en cas de délire perturbant la qualité de vie, l'introduction de neuroleptiques doit être faite avec prudence, en tenant compte de la fragilité de la personne et en utilisant des doses (Magnani et Mairesse, 2019 ; Rigaud et al, 2020, p. 19).

Les démences constituent un autre problème psychique chez les personnes âgées, avec la maladie d'Alzheimer (MA) en tête, représentant la forme la plus fréquente. Elle débute de manière insidieuse et évolue progressivement, affectant d'abord la mémoire, puis d'autres fonctions cognitives comme l'orientation, le langage, les capacités visuospatiales et les gestes appris (praxie). Une plainte mnésique (liée à la mémoire) devient préoccupante si elle persiste ou s'accompagne d'autres troubles cognitifs (Magnani et Mairesse, 2019).

Toutefois, il existe d'autres formes de démence qui sont :

➤ Les démences fronto-temporales, souvent marquées par des changements de personnalité et un trouble de l'attention.

- Les démences vasculaires, caractérisées par des atteintes motrices précoces.
- Les démences à corps de Lewy, qui peuvent inclure des hallucinations et des troubles moteurs.
- La démence liée à la maladie de Parkinson, qui est un déclin progressif des fonctions cognitives survenant chez les patients parkinsoniens, affectant la mémoire, l'attention et le raisonnement (Dahdouh, 2019, p.5).

Donc, il faut noter que les problèmes physiques et psychiques chez les personnes âgées sont nombreux, et ceux que nous avons mentionnés font partie des plus importants et des plus répandus chez elle.

4-Histoire et évolution des foyers pour personnes âgées :

Les foyers pour personnes âgées, aussi appelés maisons de retraite, établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), ou résidences pour seniors...etc, ont évolué au fil du temps en fonction des besoins des populations vieillissantes et des transformations sociales (Bourdelaïs, 1993, p. 45).

Dans l'Antiquité, la prise en charge des personnes âgées reposait principalement sur la famille et les institutions religieuses. En Grèce et à Rome, certaines structures d'accueil, souvent gérées par des ordres religieux ou des bienfaiteurs, offraient une assistance aux plus vulnérables, notamment aux vieillards sans ressources (Bourdelaïs, 1993, p. 45).

Au Moyen Âge, les hospices et les monastères jouaient un rôle clé dans la prise en charge des personnes âgées, leur apportant soins et hébergement, bien que ces structures fussent principalement destinées aux pauvres et aux malades (Gutton, 1988, p. 102).

Avec la révolution industrielle et l'urbanisation du XIXe siècle, les solidarités familiales s'affaiblissent, rendant nécessaire la création d'institutions spécifiques pour les personnes âgées. En France, les hospices généraux, initialement destinés à l'assistance aux indigents, sont progressivement transformés en asiles pour vieillards. Cette période marque une première reconnaissance du vieillissement comme un enjeu social nécessitant une prise en charge collective (Minois, 2012, p. 287).

À la même époque, en Europe et en Amérique du Nord, apparaissent des maisons de retraite privées et publiques, souvent gérées par des congrégations religieuses ou des associations philanthropiques (Charpentier, 2008, p. 67).

Au XXe siècle, avec l'amélioration des conditions de vie et l'allongement de l'espérance de vie, le vieillissement de la population devient un défi majeur pour les politiques publiques. Après la Seconde Guerre mondiale, les États mettent en place des systèmes de protection sociale garantissant aux personnes âgées un accès aux soins et à des structures adaptées. En France, les maisons de retraite évoluent avec la création d'établissements médicalisés dans les années 1970, puis des EHPAD à partir des années 2000, intégrant une prise en charge globale incluant le soin, l'hébergement et l'accompagnement social (Peyre, 2019, p. 148).

Depuis les années 2000, on observe une diversification des formes d'hébergement. En plus des EHPAD, des solutions alternatives émergent, telles que les résidences services, les colocations intergénérationnelles ou encore l'habitat inclusif, permettant aux personnes âgées de conserver un maximum d'autonomie (Attias-Donfut et Renaut, 2014, p. 220).

L'histoire des foyers pour personnes âgées en Algérie est étroitement liée aux transformations sociales, économiques et démographiques du pays. Avant l'indépendance en 1962, la prise en charge des aînés reposait essentiellement sur la famille, fondée sur des valeurs culturelles et religieuses prônant la solidarité intergénérationnelle (Bouaziz, 2018, p. 14).

Les familles élargies assuraient un soutien matériel et affectif aux personnes âgées, réduisant ainsi le besoin de structures spécialisées. Cependant, avec l'urbanisation, l'exode rural et la modernisation du mode de vie, la cellule familiale a évolué vers un modèle plus nucléarisé, fragilisant la prise en charge traditionnelle des personnes âgées et exposant un nombre croissant d'entre elles à la précarité et à l'isolement (Moutassem-Mimouni, 2013, p. 19).

Face à cette situation, l'État algérien a progressivement mis en place une prise en charge institutionnelle. Les premiers foyers pour personnes âgées ont vu le jour dans les années 1980, marquant une première intervention formelle en faveur des aînés en détresse. La création de ces établissements a été officialisée par le décret n° 80-82 du 15 mars 1980, qui régissait leur organisation sous l'appellation de « foyers pour personnes âgées et/ou handicapées » (FPAH). Ces structures étaient destinées aux personnes âgées de plus de 65 ans

sans ressources et sans attaches familiales, ainsi qu'aux handicapés moteurs de plus de 15 ans reconnus inaptes au travail. Elles représentaient une solution de dernier recours pour ceux qui ne pouvaient bénéficier d'aucune autre forme d'aide (Bouaziz, 2018, p. 15).

Durant les années 1980 et 1990, le nombre de foyers a progressivement augmenté afin de répondre aux besoins croissants de la population âgée en situation de précarité. En 1962, l'Algérie ne comptait que deux foyers pour personnes âgées. Ce chiffre a connu une augmentation significative au fil des décennies, atteignant 33 établissements en 2011, selon les données du ministère de la Solidarité nationale. Toutefois, cette expansion a été inégalement répartie sur le territoire, avec une concentration dans les grandes villes du nord, tandis que le sud du pays ne disposait que d'un seul établissement, illustrant les inégalités d'accès aux services sociaux (Bouaziz, 2018, pp. 16-17).

L'évolution démographique de l'Algérie a accentué l'urgence de renforcer la prise en charge des aînés. L'espérance de vie, qui était de 45 ans en 1962, a atteint 76 ans en 2010, ce qui a accru les besoins en infrastructures adaptées. Cette transition, couplée aux changements socio-économiques (précarisation, fragmentation des structures familiales), a mis en évidence les limites de la réponse institutionnelle existante (Moutassem-Mimouni, 2013, p. 21).

En 2010, une réforme importante a été introduite avec la promulgation de la loi n°10-12 du 29 décembre 2010, qui a restreint l'admission aux foyers aux seules personnes âgées démunies et sans attaches familiales, en faisant un recours ultime après l'échec de toutes les autres formes d'aides publiques. De plus, elle a renforcé la protection des personnes âgées en criminalisant leur abandon par leur famille. Cette mesure visait à limiter l'institutionnalisation massive des aînés et à encourager des alternatives telles que le maintien à domicile et le placement en famille d'accueil (Moutassem-Mimouni, 2013, pp. 21-22).

Par ailleurs, à partir de 2012, l'appellation « foyers pour personnes âgées et/ou handicapées » (FPAH) a été modifiée pour devenir « foyers pour personnes âgées » (FPA), marquant une volonté de distinguer les prises en charge selon les catégories de bénéficiaires et de recentrer ces établissements sur les besoins spécifiques des aînés (Bouaziz, 2018, p. 18).

En parallèle, des structures alternatives ont vu le jour, notamment les « Diar-Rahma » (maisons de clémence), qui offrent un hébergement temporaire aux personnes âgées sans ressources. Ces établissements, situés principalement dans les grandes

viles comme Alger, Oran et Constantine, permettent un accueil de courte durée pour répondre aux situations d'urgence (Bouaziz, 2018, pp. 17-18).

L'Algérie compte environ 40 foyers pour personnes âgées, mais ce nombre reste insuffisant face aux besoins d'une population vieillissante. Ces établissements font face à plusieurs défis majeurs, notamment le manque de personnel spécialisé, l'insuffisance de capacité d'accueil, et la gestion complexe des foyers, qui accueillent parfois d'autres populations vulnérables comme les handicapés, les sans-abris et les mères célibataires (Moutassem-Mimouni, 2013, pp. 23-24).

Nous signalons que l'année 2012 constitue la dernière statistique concernant le nombre de foyers pour personnes âgées au niveau national en Algérie, qui été présentée par le journal officiel de la république algérienne démocratique et populaire (Voir l'annexe 04).

5-Le rôle et les tâches des foyers pour personnes âgées

Ils sont chargés, notamment :

- D'accueillir les personnes âgées et de leur garantir une prise en charge socio-psychologique appropriée ;
- D'assurer l'hébergement et une alimentation saine et équilibrée ;
- De favoriser les relations avec les familles et l'environnement de l'établissement ;
- De proposer toutes actions favorisant la réinsertion familiale des personnes âgées en situation d'abandon et d'assurer leur accompagnement ;
- D'entreprendre toutes démarches et soutien auprès des familles d'accueil qui désirent accueillir des personnes âgées et de les accompagner dans leur prise en charge ;
- De participer à l'organisation des actions visant le soutien et le bien-être des personnes âgées accueillies, en relation avec les établissements publics concernés et le mouvement associatif ;
- D'assurer les activités occupationnelles visant le bien-être des personnes âgées prises en charge notamment les activités culturelles, sportives, récréatives et de loisirs.
- D'aider les personnes âgées accueillies à préserver et/ou à maintenir leur autonomie par une prise en charge individualisée et des soins adaptés ;

- De développer des activités occupationnelles et des ateliers d'ergothérapie au profit des personnes âgées accueillies visant leur soutien et leur bien-être ;
- De dispenser des soins et des prestations appropriées en relation avec les secteurs concernés ;
- D'apporter un soutien psychologique aux personnes âgées accueillies ;
- De participer à l'organisation d'actions visant le soutien et le bien-être des personnes âgées accueillies, en relation avec les établissements publics concernés et le mouvement associatif ;
- De développer des activités culturelles, sportives de loisirs et récréatives visant le bien-être des personnes âgées accueillies ;
- D'apporter aide, assistance et accompagnement aux personnes âgées accueillies dans toutes démarches visant la prise en charge de leurs problèmes ;
- De favoriser les échanges entre les personnes âgées vivant en institution et les personnes âgées accueillies pendant la journée afin de maintenir le lien social et de lutter contre l'isolement, la solitude, l'oisiveté et la mal-vie auxquels sont confrontées les personnes âgées (Journal officiel de la république algérienne démocratique et populaire, 2012, p. 5).

6-Les types des foyers pour personnes âgées

6-1-En monde :

Dans le monde, il existe plusieurs types des foyers pour personnes âgées, selon leur niveau d'autonomie, leur état de santé et leurs besoins spécifiques. On distingue globalement les structures non médicalisées, les structures médicalisées, les accueils spécialisés pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentées, ainsi que l'hébergement temporaire (le jour ou la nuit) :

➤ Les structures non médicalisées

Sont destinées aux personnes âgées autonomes ou peu dépendantes, on y retrouve les résidences autonomie (anciennement EHPA), qui sont des établissements médico-sociaux gérés souvent par des structures publiques ou associatives. Elles offrent un logement privatif avec des espaces communs et proposent des services comme la restauration ou l'animation. Elles ne sont pas conçues pour accueillir des personnes très dépendantes. Et aussi les

résidences-services seniors, quant à elles, sont généralement privées à but lucratif, elles offrent des logements à acheter ou louer, avec des services à la carte comme le ménage, repas, conciergerie (Coail, 2021, p. 8).

➤ **Les structures médicalisées**

Par exemple les EHPAD (Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes), accueillent des personnes âgées de plus de 60 ans qui ont besoin d'aide pour les actes de la vie quotidienne, parfois de façon importante. Ces établissements proposent un accompagnement global : hébergement, soins médicaux, restauration, animation,...etc. Ils sont autorisés et financés par le « Département et l'Agence Régionale de Santé » (Coail, 2021, p. 9).

➤ **Unités spécialisées pour les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées**

On trouve par exemple les PASA (Pôles d'Activités et de Soins Adaptés) sont des unités de jour au sein des EHPAD qui proposent des activités thérapeutiques aux résidents ayant des troubles modérés du comportement, ou les USA (Unités Spécialisées Alzheimer) sont des unités fermées destinées à des résidents désorientés, avec un environnement sécurisé, ou aussi les UHR (Unités d'Hébergement Renforcé), quant à elles, accueillent des résidents présentant des troubles sévères du comportement. Toutes ces unités elles offrent un hébergement sécurisé avec un accompagnement renforcé et individualisé, en lien avec les familles et les médecins (Coail, 2021, p. 11).

➤ **L'hébergement temporaire (le jour ou la nuit)**

Il permet d'accueillir une personne âgée pour une période déterminée, par exemple en sortie d'hospitalisation ou pour soulager les aidants que ce soit dans le jour ou la nuit. L'accueil de jour permet à une personne âgée de passer la journée dans une structure spécialisée pour participer à des activités et bénéficier de soins, avant de retourner chez elle le soir. L'accueil de nuit fonctionne de façon similaire, en offrant un hébergement de nuit pour les personnes ayant besoin de sécurité ou de surveillance pendant la nuit (Coail, 2021. p. 12).

6-2-En Algérie

En Algérie, il n'existe que les deux types suivants :

6-2-1-Les foyers pour personnes âgées et/ou handicapées (FPAH)

Sont des établissements publics à caractère administratif, dotés de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Ils sont placés sous la tutelle du ministère de la Solidarité nationale, et leur gestion locale est assurée par la Direction de l'action sociale de la wilaya, qui coordonne, évalue et contrôle leur fonctionnement (Bouaziz, 2010, p. 15). Ces structures accueillent principalement des personnes âgées de 65 ans et plus, notamment celles sans ressources ou sans attache familiale, ainsi que des personnes handicapées et infirmes moteurs de plus de 15 ans. Leur mission centrale est d'assurer une prise en charge globale, incluant l'hébergement, une alimentation saine, un accompagnement médico-psycho-social, et la participation à des activités culturelles, religieuses, sportives et récréatives (Journal officiel de la république algérienne démocratique et populaire, 2012, p. 5 ; Bouaziz, 2010, p. 15).

Ces foyers œuvrent aussi à renforcer les liens familiaux des pensionnaires et à encourager leur réinsertion dans leur environnement d'origine, en travaillant notamment avec des familles d'accueil (Bouaziz, 2010, p. 15). Leur organisation interne repose sur un conseil d'administration, présidé par le wali ou son représentant, et un conseil socio-psychologique composé d'un psychologue, d'un médecin et de travailleurs sociaux, dont la mission est de veiller au bien-être et au suivi des résidents (Journal officiel de la république algérienne démocratique et populaire, 2012, p 6-7).

Ces établissements aussi inclure des centres d'accueil de jour pour les personnes âgées vivant encore à domicile mais ayant besoin d'un soutien spécifique. Leur financement provient des subventions de l'État, des collectivités locales, ainsi que de dons ou legs, et leur gestion est encadrée par les règles de la comptabilité publique (Journal officiel de la république algérienne démocratique et populaire, 2012, pp. 5-8).

6-2-2-Les établissements Diar-Rahma (Maisons de clémence) :

Les établissements Diar-Rahma, aussi appelés Maisons de clémence, implantés seulement dans les grandes villes comme Alger, Constantine et Oran, ils relèvent du ministère de la Solidarité nationale et de la Famille. Ces structures ont pour mission d'accueillir de manière temporaire (pour une durée maximale de six mois) des personnes âgées sans revenus

et/ou sans attache familiale, des individus démunis atteints de maladies chroniques, ainsi que des enfants ou adultes vivant dans une situation de précarité sociale ou de détresse psychologique (Bouaziz, 2018, p. 18).

Et toute personne ayant besoin d'une aide urgente et justifiée peut également y être prise en charge, et chaque établissement Diar-Rahma est administré par un conseil d'administration, soutenu par un conseil médico-psychologique, et dirigé par un directeur, les pavillons destinés aux personnes âgées offrent non seulement l'hébergement et la restauration, mais assurent aussi un accompagnement global, avec pour objectif de favoriser leur réinsertion sociale ou familiale (Bouaziz, 2018, p. 19).

Donc, les foyers pour personnes âgées existent sous différentes formes dans le monde, et dans certains pays, le recours des personnes âgées à ces institutions n'est pas un tabou et n'a rien de honteux. Cependant, en Algérie, cela reste perçu comme un tabou en raison de la religion de l'État islamique, et les personnes âgées y ont recours uniquement par nécessité, en raison de circonstances difficiles et inévitables.

7- Les différents types d'entrées en foyer pour personnes âgées

7-1-L'entrée volontaire

Cette entrée volontaire en foyer est le cas le plus rare. Elle concerne généralement des personnes qui vivent seules, souvent après le décès de leur conjoint, et qui ne supportent plus la solitude. Les raisons qui poussent ces personnes à faire ce choix incluent le besoin de sécurité, le désir de contacts sociaux, et des raisons pratiques, comme ne plus savoir cuisiner ou gérer les tâches domestiques. Par exemple, un homme qui, après le décès de sa femme, décide d'entrer en maison de retraite parce qu'il n'a jamais appris à cuisiner et que les services sociaux sont absents dans sa région isolée. Dans ces cas, la décision est généralement réfléchie et les deuils de la vie antérieure sont souvent faits, ce qui facilite l'adaptation à la vie en foyer (Crône, 2010, p. 1).

7-2-L'entrée raisonnable

L'entrée raisonnable en foyer est une décision prise contre la volonté de la personne, mais motivée par des raisons pratiques et de sécurité. Elle est souvent initiée par l'entourage social, familial, le médecin ou les assistants sociaux. Les motivations pour ce type de placement incluent un danger imminent de vivre seul, une pathologie handicapante évolutive, ou un changement d'équilibre familial. Par exemple, une personne âgée sujette aux

chutes ou aux malaises, vivant seule, peut être placée en foyer pour bénéficier d'une surveillance constante. De même, une personne vivant chez ses enfants peut demander à entrer en foyer si la situation familiale se dégrade et que les conflits deviennent insupportables. Dans ces cas, la décision est prise pour le bien de la personne, mais elle est subie par celle-ci. Contrairement à l'entrée volontaire, le deuil de la vie antérieure n'est pas fait, ce qui rend l'adaptation difficile. Ces personnes ont souvent du mal à s'adapter car leur « chez soi » est ailleurs, dans leur domicile antérieur (Crône, 2010, p. 2).

7-3-L'entrée autoritaire

L'entrée autoritaire en foyer est similaire à l'entrée raisonnable, mais elle se distingue par le fait que la personne ne peut se résoudre à quitter sa maison. Les stratégies familiales ou professionnelles pour arriver au placement sont multiples et varient en fonction de la situation de chacun. Ce type d'entrée est souvent vécu dramatiquement, aussi bien par le résident que par sa famille. Par exemple, une personne âgée peut être placée en foyer contre son gré au nom de la sécurité, de la salubrité ou d'autres critères de normalité sociale. Ce type de placement va à l'encontre de la charte des droits des personnes âgées en foyer, qui stipule que nul ne peut être admis sans information, dialogue préalable et accord. Pourtant, dans la réalité, de nombreuses personnes âgées sont détournées de leur vie quotidienne au nom de ces critères (Crône, 2010, p. 2).

7-4-L'entrée hospitalière

L'entrée hospitalière en foyer est une appellation générique qui ne signifie pas forcément une arrivée à l'hôpital. Elle concerne 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 typiques illustrent ce type d'entrée : les personnes grabataires et les personnes désorientées (Crône, 2010, p. 3).

➤ Les personnes grabataires sont clouées au lit suite à une longue maladie invalidante et n'ont plus de conscience apparente de la situation. Le placement est décidé par l'entourage, souvent sur les conseils du médecin de famille, et intervient généralement en état de crise (Crône, 2010, p. 3).

➤ Les personnes désorientées sont incapables de prendre une décision adaptée à cause de leur handicap. L'entrée est justifiée, mais presque jamais préparée,

ce qui peut entraîner de l'agressivité chez la personne désorientée, qui ne comprend pas la situation et la perçoit comme hostile (Crône, 2010, p. 3).

8-Les foyers pour personnes âgées et les mesures préventives pendant la pandémie de COVID-19

Les foyers pour personnes âgées, durant la pandémie de COVID-19, ont été parmi les plus durement touchés à travers le monde, en raison de la concentration élevée de personnes à risque, de la proximité constante entre résidents, et de la difficulté à appliquer certaines mesures barrières dans un contexte de dépendance. Le taux de mortalité dans ces foyers a été particulièrement élevé, représentant parfois plus de 50 % des décès liés à la COVID-19 dans certains pays européens au début de la pandémie (Comas-Herrera, Zalakaín, Litwin, Hsu, Lane, et Fernández, 2020, p. 5).

Face à cette situation, des mesures préventives très strictes ont été instaurées qui sont :

- Interdiction totale ou restriction sévère des visites extérieures.
- Contrôle rigoureux à l'entrée des établissements, mise en isolement préventif des nouveaux entrants.
- Surveillance quotidienne des signes cliniques (température, toux, oxygénation).
- Renforcement du personnel soignant et surtout fourniture d'équipements de protection individuelle (masques FFP2, blouses, gants, visières).
- Des protocoles de désinfection des chambres, des espaces communs et du matériel ont été mis en place avec une fréquence accrue (Guterresse, 2020).

Quant à l'Algérie, la Ministère de la solidarité nationale, de la famille et de la condition de la femme, a émis une note recommandant un ensemble de mesures préventives à mettre en œuvre au sein des foyers pour personnes âgées, à savoir :

1. Renforcer les opérations de nettoyage et de désinfection dans les établissements et espaces communs (chambres, couloirs, sanitaires, etc.).
2. Sensibiliser les usagers et le personnel à l'importance de l'hygiène et de l'application des consignes sanitaires.

3. Mettre à disposition des moyens nécessaires pour assurer une hygiène continue, y compris le matériel de protection individuelle, le savon, les gels désinfectants, etc.
4. Appliquer un dépistage sanitaire pour les nouveaux arrivants.
5. Réaliser un suivi rigoureux pour identifier rapidement les cas suspects parmi les pensionnaires et les orienter vers les structures de santé compétentes.
6. Éviter les déplacements inutiles et les sorties non indispensables des pensionnaires.
7. Reporter les programmes de visites, activités collectives et sorties non urgentes, en coordination avec les services sociaux concernés (Ministère de la solidarité nationale, de la famille et de la condition de la femme, 2020).

À l'échelle mondiale, les campagnes de vaccination contre la COVID-19 ont rapidement priorisé les personnes âgées vivant en institution, considérées comme la population la plus exposée à des formes graves de la maladie. L'Organisation mondiale de la Santé, a d'ailleurs recommandé que les résidents et le personnel de ces établissements soient vaccinés en premier afin de créer un effet barrière dans ces milieux clos (OMS, 2020, p. 8).

Toutefois, ces mesures, bien que cruciales sur le plan sanitaire, ont généré de nombreuses conséquences psychosociales. L'interdiction des visites, la réduction des activités collectives et l'isolement prolongé ont contribué à une augmentation de l'anxiété, de la dépression et du sentiment d'abandon chez les résidents (Sepúlveda-Loyola, Rodríguez-Sánchez, Pérez-Rodríguez, Ganz, Torralba, Oliveira, Rodríguez-Mañas, 2020, p. 939).

Certains ont même développé des syndromes de glissement, phénomène de désengagement psychique et physique souvent fatal chez les personnes âgées isolées. Ces effets ont mis en lumière les tensions constantes entre la protection physique des individus et le respect de leur bien-être mental et social (Sepúlveda-Loyola et al., 2020, p. 941).

Synthèse

Les foyers pour personnes âgées constituent un cadre de vie semi-collectif, conçu pour préserver l'autonomie des résidents tout en leur assurant une sécurité sur les plans médicaux et sociaux. Ils jouent un rôle essentiel dans l'accompagnement du vieillissement, en particulier pour les personnes isolées ou en perte d'autonomie.

Et la crise sanitaire liée à la COVID-19 a fortement affecté ces établissements, en raison de la grande vulnérabilité des personnes âgées face au virus, et des mesures préventives strictes ont été mises en œuvre afin de limiter les risques de contagion.

Ces restrictions, bien que nécessaires, certainement ont engendré une détérioration de la santé mentale chez certains résidents. C'est pour cela dans notre troisième chapitre, nous nous attachons à analyser en profondeur cet aspect.

Chapitre III

La santé mentale

Préambule :

La santé mentale fait partie intégrante du concept de santé globale, et elle n'est pas moins importante que la santé physique, la santé mentale ne se limite pas à l'absence des troubles psychiques (mentales), mais englobe également le bien-être psychologique, la capacité à prendre des décisions et à s'accomplir soi-même.

Comprendre la santé mentale constitue une étape essentielle dans la prévention des troubles mentales et dans la mise en place d'une prise en charge adaptée, en particulier dans des contextes spécifiques comme la vie en foyer des personnes âgées, ou en période de crises mondiales telles que la pandémie de COVID-19, qui a profondément affecté l'équilibre psychique de nombreuses personnes, notamment les personnes âgées.

À travers cela , nous visons dans ce chapitre à définir premièrement la santé mentale, puis le trouble mental, ensuite nous allons jeter la lumière sur la naissance et l'évolution historique de la santé mentale, puis ses dimensions, ses déterminants, ses troubles et nous concentrons ici sur le trouble de la dépression et de l'anxiété, après on va voir la prévention et la promotion de la santé mentale, et la santé mentale des personnes âgées, enfin la santé mentale des personnes âgées en foyer avec la pandémie de COVID-19 .

1-Définitions des concepts clés**1-1-La santé mentale**

L'Organisation mondiale de la santé (2014), part du principe que : « *il n'y pas de santé sans santé mentale* » (Caria, Gallarda, Gauillard, et Loubières, 2016, p. 5), elle a défini la santé mentale comme suit : « *un état de bien-être qui permet à chacun de réaliser son potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie, de travailler avec succès et de manière productive et d'être en mesure d'apporter une contribution à la communauté* » (Benny, Huot, Lalonde, Landry-Cuerrier, Marinier, et Sergerie, 2016, p. 3).

De plus, la santé mentale est considérée comme la recherche permanente d'un équilibre entre toutes les dimensions de la vie : émotionnelle, psychique, physique, sociale, spirituelle, économique. Elle est influencée par les conditions de vie (logement, activité, ressources,...etc.), les événements marquants de la vie (rencontres, deuils, séparations, etc.), la société dans laquelle nous vivons et nos valeurs personnelles (Caria et al., 2016, p. 5).

L'OMS définit une personne en bonne santé mentale comme « *une personne capable de s'adapter aux diverses situations de sa vie, faites de frustrations et de joies, de moments difficiles à traverser et de problèmes à résoudre...etc.* Bref, posséder une bonne santé mentale, c'est parvenir à établir un équilibre entre tous les aspects de sa vie : physique, psychologique, spirituel, social et économique. Ce n'est pas quelque chose de statique, c'est plutôt quelque chose qui fluctue sur un continuum, comme la santé physique » (Benny et al., 2016, p. 4).

Quant aux Comité de la santé mentale du Québec (1994), « *La santé mentale, définie comme l'état d'équilibre psychique d'une personne à un moment donné, s'apprécie entre autres à l'aide des éléments suivants : le niveau de bien-être subjectif, l'exercice des capacités mentales et la qualité des relations avec le milieu. Elle résulte d'interactions entre des facteurs biologiques, psychologiques et contextuels. Ces facteurs sont en évolution constante et s'intègrent de façon dynamique chez la personne. La santé mentale est liée tant aux valeurs collectives d'un milieu qu'aux valeurs propres à chaque personne. Elle est influencée par des conditions multiples et interdépendantes telles que les conditions économiques, sociales, culturelles, environnementales et politiques. Dans cette perspective, la santé mentale peut également être considérée comme une ressource collective à laquelle contribuent tout autant les institutions sociales et la communauté entière que les personnes prises individuellement* » (Benny et al., 2016, p. 4).

Selon le ministère de la Santé et des Services sociaux du gouvernement du Québec, atteindre et maintenir cet équilibre demande une attention de tous les jours. Les difficultés et les défis de la vie viennent parfois faire pencher la balance d'un côté ou de l'autre. Il faut alors travailler à retrouver le point d'équilibre. Cet équilibre est la base d'une bonne santé mentale (Benny et al., 2016, p. 4).

Donc, on peut dire que la santé mentale est un état global de bien-être qui permet à une personne de se sentir bien, de penser clairement, de gérer ses émotions, d'entretenir des relations saines et de faire face aux difficultés de la vie, elle résulte d'un équilibre entre différents aspects de la vie : le corps, l'esprit, les relations sociales, la vie affective, les croyances personnelles et les conditions matérielles...etc, cet équilibre est influencé par l'environnement, les événements de vie et les ressources personnelles, et la santé mentale n'est pas figée elle évolue en fonction des situations et demande une attention continue et

chacun peut traverser des périodes de fragilité, mais il est possible de retrouver un équilibre en mobilisant ses capacités et son entourage.

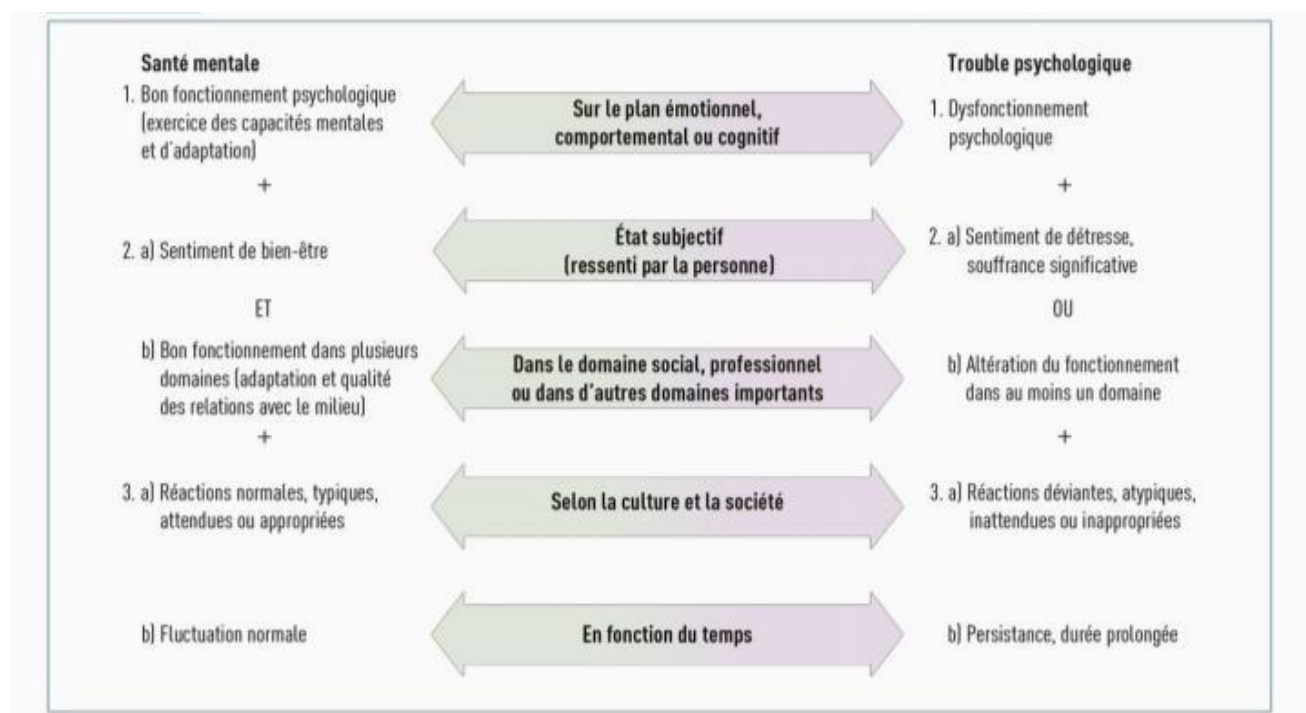


Figure 05 : Les critères définissant la santé mentale et le trouble psychologique (trouble mental)

(Benny et al., 2016, p. 5).

1-2-Le trouble mental

Un trouble mental, ou trouble psychologique, se définit par un ensemble de signes et symptômes qui entraînent une altération de la pensée, de l'humeur ou du comportement, provoquant ainsi une souffrance ou une détresse importante, ainsi qu'un dysfonctionnement dans la vie quotidienne. Ces troubles se manifestent souvent par des réactions atypiques, culturellement inappropriées ou excessives face à des situations de la vie, et leurs symptômes persistent dans le temps. Un trouble mental peut être identifié par la personne elle-même ou par son entourage, et sa prise en charge passe généralement par la consultation d'un professionnel de la santé mentale qui pourra établir un diagnostic et proposer un traitement adapté (Benny et al., 2016. P 4).

Selon le « Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5-TR), un trouble mental est défini comme un syndrome caractérisé par une perturbation cliniquement significative de la cognition, de la régulation émotionnelle ou du comportement,

reflétant un dysfonctionnement dans les processus psychologiques, biologiques ou développementaux sous-jacents au fonctionnement mental (American Psychiatric Association, [APA], 2022).

Et le trouble mental se manifeste par l'ensemble ou certaines des caractéristiques comportementales suivantes :

- Mésadaptation sociale.
- Altération du raisonnement ou du fonctionnement intellectuel.
- Troubles de la pensée, de la mémoire ou de l'orientation.
- Idées délirantes ou troubles de la perception.
- Réactions émotionnelles exagérées, inappropriées ou autrement perturbées.
- Altération du jugement ou trouble du contrôle des impulsions.
- Évaluation irréaliste de soi (DGSPNI, 2011, p1).

2-Naissance et évolution historique de notion de la santé mentale

Dans l'Antiquité, les troubles mentaux étaient souvent attribués à des causes surnaturelles ou magiques. Les sociétés mésopotamienne, égyptienne et hébraïque associaient les manifestations psychiques anormales à la possession par des esprits, des démons ou à la colère divine. Par conséquent, les soins étaient principalement religieux ou spirituels, incluant exorcismes, prières et rituels (Corcos, 2008, pp. 15-16). C'est dans la Grèce antique que l'on trouve les premières tentatives d'explication rationnelle des troubles mentaux. Hippocrate (460–377 av. J.-C.), considéré comme le père de la médecine, introduit une approche naturaliste, en affirmant que la maladie mentale résulte d'un déséquilibre des quatre humeurs du corps (sang, flegme, bile jaune et bile noire). Il recommande une hygiène de vie fondée sur l'alimentation, l'exercice et le repos pour préserver l'équilibre mental (Corcos, 2008, p. 17).

Durant le Moyen Âge, la vision religieuse revient au premier plan : les malades mentaux sont souvent perçus comme des pécheurs ou des possédés, ce qui justifie leur mise à l'écart, parfois même dans des conditions inhumaines. Il faudra attendre le siècle des Lumières pour voir émerger une critique de ces traitements. En France, Philippe Pinel incarne ce tournant humaniste à la fin du XVIIIe siècle. Médecin-chef à Bicêtre puis à la Salpêtrière,

il libère les aliénés de leurs chaînes et introduit une approche basée sur l'observation clinique, la parole, la morale et la bienveillance. Dans son *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*, il affirme que les troubles mentaux doivent être compris comme des maladies de l'esprit, et non comme des fautes ou des dérèglements moraux. Cette démarche marque les débuts d'une psychiatrie moderne, fondée sur la dignité du patient (Pinel, 1801, pp. 33-40).

Au XIXe siècle, le concept de « santé mentale » commence à émerger, notamment avec l'introduction de l'idée d'hygiène mentale, d'abord aux États-Unis. En 1843, William Sweetser emploie cette expression dans son ouvrage « *Mental Hygiene* » pour désigner les moyens de prévenir les troubles mentaux par l'éducation, la gestion du stress, et une vie équilibrée. Cette approche préventive annonce les futures politiques de santé publique (Pinel, 1801, pp. 33-40).

Au début du XXe siècle, le mouvement d'hygiène mentale prend de l'ampleur grâce à Clifford Beers, un ancien patient en institution psychiatrique, qui publie un témoignage poignant (*A Mind That Found Itself*, 1908). Il milite pour des traitements plus humains et fonde en 1909 le « *National Committee for Mental Hygiene* » aux États-Unis, préfigurant les futures organisations de santé mentale (OMS, 2001).

L'Organisation mondiale de la santé (OMS), fondée en 1948, inscrit dès sa constitution la santé mentale comme une composante essentielle de la santé globale. Elle la définit comme un « *état de complet bien-être physique, mental et social* », affirmant que la santé ne se résume pas à l'absence de maladie, cette définition élargie place la santé mentale au cœur des préoccupations de santé publique et ouvre la voie à des approches intégratives, prenant en compte les facteurs biologiques, psychologiques, sociaux et environnementaux (OMS, 2001).

En France, dans les années 1960, la politique de sectorisation psychiatrique vise à offrir des soins de proximité et à désinstitutionnaliser la prise en charge, en créant des structures ancrées dans les territoires. Cela traduit un changement de paradigme : la santé mentale devient une question collective, dépendant aussi du contexte social, économique et culturel. C'est ce que rappellent des auteurs contemporains comme Marie-Rose Moro, spécialiste de la psychiatrie transculturelle, pour qui la santé mentale n'est pas un état figé, mais un équilibre dynamique entre l'individu et son environnement. Elle insiste sur la nécessité de prendre en compte les représentations culturelles, les liens familiaux, les ruptures

migratoires et les conditions de vie dans l'évaluation de la santé psychique. Ainsi, le concept de santé mentale a connu une profonde transformation de l'exclusion à l'intégration, de la maladie à la prévention, et de l'individu isolé à une conception holistique, systémique et culturelle du bien-être mental (Moro, 2002, pp. 51-52).

3-Les dimensions de la santé mentale

La santé mentale structuré autour de quatre grandes dimensions interdépendantes : la santé mentale positive, les troubles psychiques, la détresse psychologique et les troubles du comportement. Cette approche permet de mieux comprendre la complexité de la santé mentale et d'adapter les interventions en fonction des situations vécues par les individus (Junique, 2022, p. 8).

La première dimension, appelée santé mentale positive, fait référence à la capacité de l'individu à bien fonctionner dans sa vie personnelle, sociale et professionnelle. Elle ne se résume pas à l'absence de maladie mentale, mais englobe un ensemble de compétences et de ressources personnelles : sentiment de bien-être, confiance en soi, capacité à gérer ses émotions, à faire face aux difficultés, à établir des relations positives avec autrui et à s'épanouir dans ses activités quotidiennes. Cette dimension repose sur des fondements comme l'estime de soi, la résilience, le sentiment d'appartenance et l'autonomie. Favoriser la santé mentale positive constitue un levier puissant de prévention, car elle renforce les ressources internes de la personne face aux aléas de la vie (Junique, 2022, pp. 8-18).

La deuxième dimension concerne les troubles psychiques, qui désignent des pathologies mentales reconnues, telles que la dépression, les troubles anxieux, la schizophrénie ou encore les troubles bipolaires. Ces troubles affectent durablement les pensées, les émotions, les comportements ou les relations sociales de la personne. Ils peuvent entraîner une souffrance psychique importante et une altération significative de la qualité de vie. Leur prise en charge repose généralement sur une approche médicale, psychothérapeutique et parfois sociale, selon la gravité et les besoins spécifiques du patient. L'identification et le diagnostic précoces des troubles psychiques sont essentiels pour éviter leur aggravation (Junique, 2022, pp. 8-18).

La troisième dimension, celle de la détresse psychologique, désigne un état de souffrance émotionnelle souvent réactionnel à un événement de vie difficile, comme un deuil, une séparation, une perte d'emploi ou une maladie. Contrairement aux troubles psychiques, la

détresse n'est pas nécessairement chronique ni pathologique, mais elle peut représenter un facteur de risque si elle persiste dans le temps sans soutien approprié. Elle se manifeste par des signes tels que la tristesse, l'anxiété, la perte d'énergie, l'irritabilité ou l'isolement. Bien qu'elle puisse être transitoire, la détresse psychologique requiert une attention particulière, car elle peut évoluer vers un trouble mental si elle n'est pas prise en compte (Junique, 2022, pp. 8-18).

Enfin, la quatrième dimension renvoie aux troubles du comportement, qui se traduisent par des manifestations visibles de mal-être psychologique. Il peut s'agir d'actes agressifs, d'agitation, de repli sur soi, de conduites à risque (consommation excessive d'alcool ou de drogues, mises en danger répétées), ou encore de perturbations du comportement alimentaire ou sexuel. Ces troubles sont souvent l'expression d'une souffrance interne et peuvent concerner différents âges de la vie, en particulier l'enfance, l'adolescence ou la vieillesse. Ils peuvent être le symptôme d'un trouble psychique sous-jacent ou simplement le signe d'un déséquilibre émotionnel temporaire, nécessitant une évaluation professionnelle et parfois une prise en charge adaptée (Junique, 2022, pp. 8-18).

Donc, on peut dire que la santé mentale ne se limite pas à la simple absence de trouble, mais se déploie sur un continuum allant du bien-être psychologique à la souffrance intense, et prendre en compte ces quatre dimensions permet de proposer des stratégies de prévention, d'accompagnement et de soins adaptées à la diversité des situations rencontrées dans la population.

4-Les déterminants de la santé mentale

4-1-Les déterminants individuels

Les déterminants individuels désignent l'ensemble des traits personnels, affectifs et cognitifs qui influencent la manière dont une personne perçoit, ressent et réagit face aux événements de la vie. Ils comprennent l'histoire de vie, le tempérament, le niveau de résilience (capacité à rebondir face à l'adversité), l'estime de soi, les expériences précoces, ou encore les habiletés d'adaptation. Une personne ayant vécu dans un environnement sécurisant pendant l'enfance, développant un attachement sécure, est généralement plus à même de réguler ses émotions à l'âge adulte. À l'inverse, des traumatismes précoces ou un développement émotionnel fragilisé peuvent augmenter le risque de troubles psychiques, notamment anxieux ou dépressifs.

Ces facteurs internes façonnent la stabilité émotionnelle, la confiance en soi, la capacité de régulation du stress et les mécanismes de défense face aux situations difficiles (Berger, Desseilles, et Morandi, 2012, pp. 29-38).

4-2-Les déterminants sociaux

Englobent les conditions matérielles et relationnelles dans lesquelles vivent les individus, ainsi que les dynamiques sociales qui influencent leur quotidien. Le niveau d'éducation, l'emploi, les revenus, le type de logement, mais aussi la qualité des relations interpersonnelles sont autant d'éléments déterminants. Une personne vivant dans un environnement soutenant, avec des relations sociales riches et stables, a plus de chances de maintenir une bonne santé mentale. En revanche, la précarité, les violences domestiques, la discrimination raciale ou de genre, ainsi que l'isolement social favorisent l'apparition de troubles psychiques. Les inégalités sociales produisent des contextes de vie défavorables, générant un stress chronique, une insécurité permanente, voire un sentiment d'impuissance face aux institutions (MINDS, 2023, pp. 14-18 ; Berger et al., 2012, pp. 31-34).

4-3-Les déterminants économiques

Les déterminants économiques font référence à la situation financière des individus, à la stabilité économique et aux politiques sociales influençant l'accès aux ressources. La pauvreté, en tant qu'expérience d'exclusion, impacte fortement la santé mentale. Elle est souvent associée à des logements insalubres, un accès limité aux soins, une alimentation insuffisante et un sentiment d'abandon. Les personnes vivant dans la précarité sont confrontées à des stress constants (dettes, instabilité professionnelle, peur de perdre un toit) qui favorisent l'anxiété, les troubles du sommeil et la dépression. Les politiques publiques jouent ici un rôle crucial : les coupes budgétaires, les restrictions des aides sociales ou la fermeture de services psychiatriques peuvent aggraver la détresse psychique des personnes vulnérables. Inversement, des politiques inclusives et solidaires favorisent une meilleure santé mentale collective (MINDS, 2023, pp. 19-21 ; Berger et al., 2012, pp. 36-37).

4-4-Les déterminants environnementaux

Les déterminants environnementaux concernent l'environnement physique dans lequel les individus vivent, incluant les infrastructures, la qualité de l'air, le bruit, la verdure ou la sécurité. Le cadre de vie influence directement le bien-être psychique. Vivre dans un espace lumineux, calme, avec des espaces verts et un bon voisinage favorise la détente, la stabilité émotionnelle et le sentiment de sécurité. À l'inverse, les milieux urbains bruyants, surpeuplés, pollués, marqués par l'insécurité ou un manque d'espaces sociaux, ont des effets délétères sur la santé mentale. L'accès à des environnements naturels (parcs, forêts, rivières) est associé à une diminution de l'anxiété, à une meilleure concentration et à une réduction du stress physiologique (MINDS, 2023, pp. 22-24).

4-5-Les déterminants liés à la petite enfance et à l'éducation

Ces déterminants incluent les expériences vécues durant la petite enfance ainsi que la qualité de l'éducation reçue à la maison ou à l'école. Les premières années de vie sont fondamentales pour le développement du cerveau, de la régulation émotionnelle et des capacités sociales. Un environnement familial sécurisant, des parents sensibles aux besoins de l'enfant, et une éducation bienveillante favorisent le développement de l'empathie, de l'estime de soi et de la résilience. À l'inverse, les violences, les négligences, les séparations brutales ou les ruptures affectives précoces sont des facteurs de risque de troubles émotionnels durables. L'école peut agir en tant que lieu de protection, à condition qu'elle développe les compétences psychosociales des élèves et lutte contre les violences scolaires (MINDS, 2023, pp. 25-27 ; Berger et al., 2012, pp. 35-36).

4-6-Les déterminants culturels et communautaires

Ces déterminants se réfèrent aux croyances, aux normes culturelles, au sentiment d'appartenance et à la participation à une vie communautaire. Le fait de partager des valeurs, des traditions ou une spiritualité peut renforcer le sentiment d'identité et offrir un soutien moral et social précieux. L'appartenance à une communauté permet souvent de se sentir reconnu, soutenu, et écouté. Ces éléments agissent comme des facteurs de protection. À l'inverse, être marginalisé en raison de ses origines culturelles, de sa langue, de sa religion ou de son orientation sexuelle peut produire un isolement social, de la honte ou de la détresse psychologique. Enfin, l'organisation des systèmes de soins, les politiques publiques et les crises sociales (pandémies, guerres, crises migratoires) influencent les possibilités d'accès à

un soutien psychologique de qualité
(MINDS, 2023, pp. 28-30 ; Berger et al., 2012, pp. 37-38).

5- Les troubles de la santé mentale

La santé mentale est affectée par de nombreux troubles qui ont un impact négatif sur le fonctionnement quotidien de l'individu et sur sa capacité à s'adapter aux exigences de la vie, nous allons ici présenter les principaux de ces troubles, et qui apparaissent particulièrement chez la personne âgée, comme suit :

5-1-Troubles neurocognitifs majeurs et légers

Les troubles neurocognitifs (TNC) sont centraux en psychogériatrie, le DSM-5-TR distingue les TNC légers, avec une atteinte modérée des fonctions cognitives sans altération majeure de l'autonomie, des TNC majeurs, correspondant à la démence, caractérisée par une perte d'autonomie. Les causes fréquentes incluent la maladie d'Alzheimer, la démence vasculaire, à corps de Lewy ou fronto-temporale (APA, 2022, pp. 593-602).

5-2-Troubles psychotiques

Chez la personne âgée, les troubles psychotiques peuvent résulter d'une schizophrénie à début précoce qui persiste, ou apparaître tardivement (psychose tardive après 60 ans). Ils présentent souvent des symptômes différents de ceux des jeunes adultes, comme une prévalence moindre des hallucinations. Le délire aigu (ou état confusionnel) n'est pas un trouble psychotique selon le DSM-5-TR, mais il est fréquent chez les aînés, souvent causé par une affection médicale aiguë, et se manifeste par une désorientation, une altération de la conscience et parfois des idées délirantes (APA, 2022, pp. 119-153).

5-3-Troubles obsessionnels-compulsifs (TOC) et apparentés

Les troubles obsessionnels-compulsifs (TOC) peuvent persister jusqu'à un âge avancé, même si leur fréquence tend à diminuer avec l'âge. Chez les personnes âgées, les obsessions portent souvent sur la santé ou la peur de l'oubli, et les compulsions se manifestent par des vérifications répétées. Ces comportements peuvent être confondus avec un début de démence. La thésaurisation pathologique est également fréquente, surtout après des pertes affectives, et peut entraîner isolement, insalubrité et risques domestiques (APA, 2022, pp. 237-263).

5-4-Troubles liés aux traumatismes et au stress (TSPT)

Les personnes âgées sont vulnérables au trouble de stress post-traumatique, en lien avec des événements anciens (guerre, deuils) ou récents (pandémies, hospitalisation). Le TSPT se manifeste souvent de manière atypique : douleurs chroniques, troubles du sommeil, irritabilité ou retrait social. La pandémie de COVID-19 a été un facteur aggravant, réactivant des traumatismes passés ou en générant de nouveaux (APA, 2022, pp. 349-374).

5-5-Troubles dissociatifs

Les troubles dissociatifs comme les amnésies dissociatives ou les états de dépersonnalisation peuvent survenir après un stress ou un traumatisme. Leur diagnostic est difficile car ils peuvent être confondus avec une démence, leur évolution est généralement réversible et non progressive, ce qui les différencie des troubles neurocognitifs (APA, 2022, pp. 339-348).

5-6-Troubles à symptomatologie somatique

Les plaintes somatiques inexpliquées sont courantes chez les personnes âgées. Le trouble à symptomatologie somatique se caractérise par une focalisation excessive sur des symptômes physiques sans cause médicale identifiable. Ces plaintes (douleurs, vertiges, fatigue) masquent souvent une dépression ou un trouble anxieux. Leur expression peut être influencée par la culture, l'alexithymie ou les représentations liées au vieillissement (APA, 2022, pp. 309-338).

5-7-Troubles du comportement alimentaire (TCA)

Bien que souvent associés à la jeunesse, les TCA existent aussi chez les personnes âgées. L'anorexie mentale peut survenir après un deuil, une dépression ou un début de démence, et parfois être une forme passive de suicide. Des préoccupations corporelles excessives liées au vieillissement (perte de poids, image du corps) peuvent aussi engendrer des comportements alimentaires anormaux, souvent banalisés par l'entourage (APA, 2022, pp. 333-348).

5-8-Troubles du sommeil

Les troubles du sommeil sont très fréquents chez les personnes âgées (près de 50 %), incluant l'insomnie chronique, les parasomnies, ou le syndrome d'apnées du sommeil. Ces troubles impactent la qualité de vie et sont souvent aggravés par des douleurs chroniques, la

solitude ou des effets secondaires médicamenteux. Les troubles du rythme circadien, comme le syndrome de phase avancée du sommeil (APA, 2022, pp. 427- 470).

La santé mentale est affectée aussi par le trouble de la dépression et d'anxiété, qui occupent une place prépondérante, pour cela, dans ce qui suit nous présenterons ces deux troubles de manière détaillée et chez la personne âgée en particulier, comme suit :

5-9-La dépression

Selon le dictionnaire de psychologie la dépression est une « *Maladie mentale caractérisée par une modification profonde de l'état thymique de l'humeur dans le sens de la tristesse, de la souffrance morale et du ralentissement psychomoteur. S'accompagnant parfois d'anxiété, la dépression entretient chez le patient une impression douloureuse d'impuissance globale, de fatalité désespérante et parfois l'entraîne à des ruminations subdélirantes à thème de culpabilité, d'indignité, d'autodépréciation, pouvant le conduire à envisager le suicide et parfois à le réaliser* » (Bloch, 2002, p. 256).

La dépression est une maladie des sentiments, du ressenti, dont le degré peut varier beaucoup d'une personne à l'autre. Elle peut aller d'une tristesse inhabituelle, mais ponctuelle, à un désespoir absolu marqué par un sentiment d'impuissance et un abattement extrêmes. Lors d'une dépression sévère, même les fonctions du corps sont affectées (Trickett, 2013, p. 19).

La dépression dite nerveuse est un abaissement durable et plus ou moins invalidant de l'humeur, laquelle devient pathologique et par conséquent digne de soins elle entraîne un ralentissement de l'esprit, des troubles du sommeil, de l'appétit, de la sexualité (Lemoine, 2001, p. 21).

Selon le « DSM-5-TR » le trouble dépressif majeur est le plus connu. Il se caractérise par un ou plusieurs épisodes dépressifs majeurs, d'une durée d'au moins deux semaines. Ces épisodes comprennent des symptômes tels qu'une humeur dépressive presque toute la journée, une perte marquée d'intérêt ou de plaisir, des troubles du sommeil, des modifications de l'appétit, une fatigue excessive, des difficultés de concentration, un sentiment de culpabilité ou de dévalorisation, et parfois des idées suicidaires. L'intensité des symptômes peut aller de modérée à sévère, avec ou sans éléments psychotiques, et les critères diagnostiques de ce trouble dépressif majeur (trouble dépressif caractérisé) d'après le « DSM-5-TR » sont comme suit :

A. Cinq (ou plus) des symptômes suivants ont été présents durant la même période de deux semaines, représentant un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir.

Remarque : Ne pas inclure les symptômes clairement attribuables à une autre condition médicale.

1. Humeur dépressive présente la majeure partie de la journée, presque tous les jours, indiquée soit par un ressenti subjectif (par exemple : se sent triste, vide, sans espoir), soit par une observation faite par autrui (par exemple : paraît en larmes).
(**Remarque :** chez les enfants et les adolescents, l'humeur peut être irritable.)
2. Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités, la majeure partie de la journée, presque tous les jours (indiquée soit par un récit subjectif, soit par une observation).
3. Perte de poids significative en l'absence de régime ou prise de poids (par exemple : changement de plus de 5 % du poids corporel en un mois), ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours.
(**Remarque :** chez les enfants, prendre en compte un retard de prise de poids.)
4. Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.
5. Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (observable par les autres, non simplement des sensations subjectives d'agitation ou de ralentissement).
6. Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.
7. Sentiment de dévalorisation ou culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (non simplement des reproches envers soi-même ou de la culpabilité liée au fait d'être malade).
8. Diminution de la capacité à penser ou à se concentrer, ou indécision, presque tous les jours (selon un récit subjectif ou une observation faite par autrui).
9. Pensées récurrentes de mort (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan spécifique, tentative de suicide ou plan spécifique pour se suicider.

B. Les symptômes causent une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

C. L'épisode n'est pas attribuable aux effets physiologiques d'une substance ou d'une autre condition médicale.

Remarque : Les critères A à C définissent un épisode dépressif majeur.

Remarque : Les réactions à une perte significative (par exemple : deuil, ruine financière, pertes liées à une catastrophe naturelle, maladie grave ou invalidité) peuvent inclure des sentiments de tristesse intense, une rumination liée à la perte, de l'insomnie, une perte d'appétit et de poids, comme noté dans le critère A, ce qui peut ressembler à un épisode dépressif. Bien que ces symptômes puissent être compréhensibles ou jugés appropriés à la perte, la présence d'un épisode dépressif majeur en plus de la réaction normale à une perte importante doit être considérée avec soin. Cette décision nécessite inévitablement un jugement clinique fondé sur l'histoire de la personne et les normes culturelles d'expression de la détresse dans un contexte de perte.

D. Aucun épisode dépressif majeur n'est mieux expliqué par un trouble schizo-affectif, ni superposé à une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant ou à d'autres troubles spécifiés ou non spécifiés du spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques.

E. Il n'y a jamais eu d'épisode maniaque ou d'épisode hypomaniaque.

Remarque : Cette exclusion ne s'applique pas si tous les épisodes de type maniaque ou hypomaniaque sont induits par une substance ou attribuables aux effets physiologiques d'une autre condition médicale (APA, 2022, pp. 183-184).

En plus de cette dépression majeure, il existe d'autres types de dépression, à savoir :

- **Le trouble disruptif avec dysrégulation de l'humeur :** ce type concerne principalement les enfants et les adolescents. Il se manifeste par une irritabilité chronique et des accès de colère sévères, fréquents et disproportionnés par rapport à la situation. Ce diagnostic a été introduit pour éviter le surdiagnostic de trouble bipolaire chez les jeunes qui présentent une instabilité émotionnelle persistante (APA, 2022, p. 178).
- **Le trouble dépressif persistant, aussi appelé dysthymie :** se définit par une humeur dépressive chronique présente presque tous les jours pendant au moins deux ans (ou un an chez l'enfant et l'adolescent). Les symptômes sont généralement moins intenses que dans le trouble dépressif majeur, mais ils durent

beaucoup plus longtemps, ce qui engendre une souffrance importante et une altération du fonctionnement au quotidien (APA, 2022, p. 193).

- **Le trouble dysphorique prémenstruel** : affecte certaines femmes durant la phase lutéale du cycle menstruel, c'est-à-dire avant les règles. Il se manifeste par une humeur dépressive, une irritabilité marquée, une labilité émotionnelle, de l'anxiété, une tension physique et des troubles du sommeil. Ces symptômes s'atténuent ou disparaissent après le début des règles, mais peuvent avoir un impact important sur la vie personnelle et professionnelle (APA, 2022, p. 197).

- **Le trouble dépressif induit par une substance ou un médicament** : est diagnostiqué lorsque les symptômes dépressifs apparaissent à la suite directe de l'utilisation d'une substance psychoactive, d'un médicament ou lors d'un sevrage. Ce diagnostic suppose que la substance en question soit connue pour causer ce type de symptômes et que ceux-ci ne soient pas mieux expliqués par un trouble dépressif indépendant (APA, 2022, p. 201).

- **Le trouble dépressif dû à une autre condition médicale** : est posé lorsque la dépression est directement attribuable à une affection médicale générale, comme l'hypothyroïdie, la maladie de Parkinson, un accident vasculaire cérébral, ou une tumeur cérébrale. Ce diagnostic nécessite un lien clair entre la pathologie organique et les symptômes dépressifs (APA, 2022, p. 206).

- **Enfin, les catégories « trouble dépressif spécifié » et « trouble dépressif non spécifié »** : sont utilisées lorsque les symptômes ne répondent pas complètement aux critères d'un des troubles précédents, mais provoquent une détresse ou une perturbation significative. La forme "spécifiée" permet au clinicien de préciser pourquoi les critères complets ne sont pas remplis, tandis que la forme « non spécifiée » est utilisée lorsque cette précision n'est pas possible ou pas nécessaire (APA, 2022, pp. 210-219).

La dépression est le trouble le plus fréquent dans la population âgée. Sa prévalence est de 10% pour les personnes âgées en bonne santé physique, de 15 à 20% chez les personnes hospitalisées et de 30% chez celles vivant en institution. Malgré cette fréquence élevée, elle reste souvent sous-diagnostiquée et insuffisamment prise en charge. Ses répercussions sont multiples : perte d'autonomie, déclin des capacités fonctionnelles,

diminution de la qualité de vie, augmentation du risque de mortalité, notamment en raison des comorbidités ou du suicide, sans oublier la charge émotionnelle pour les aidants et le poids économique pour le système de santé. Le diagnostic de la dépression chez la personne âgée peut toutefois s'avérer complexe, car certains symptômes peuvent être confondus avec les effets du vieillissement normal ou avec ceux liés à des maladies somatiques ou à des traitements médicamenteux. Par exemple, la tristesse n'est considérée comme pathologique que si elle s'accompagne d'une perte d'intérêt marquée, d'anhédonie et d'un ralentissement psychomoteur. De même, une perte d'intérêt devient préoccupante lorsqu'elle est mal vécue, qu'elle dépasse ce qui serait attendu au vu de l'état physique ou cognitif de la personne, ou qu'elle survient de façon brutale. Enfin, une perte d'appétit est évocatrice de dépression si elle s'associe à un amaigrissement notable et à des troubles du sommeil récents ou aggravés (Rigaud, Lenoir, et Hugonot-Diener, 2020, p. 8).

L'évolution de la dépression est variable : elle peut être épisodique, récurrente ou chronique. Chez les personnes âgées, elle est souvent associée à une évolution plus lente, un risque accru de rechute, ainsi qu'à un impact délétère sur la qualité de vie et l'autonomie. Si elle n'est pas traitée, la dépression peut conduire à une détérioration cognitive, à une majoration du risque suicidaire, à un isolement social et à une augmentation de la morbidité et de la mortalité (Rigaud et al., 2020, p. 10).

La prise en charge thérapeutique de la dépression repose sur une approche multimodale. Elle combine un traitement pharmacologique (notamment les antidépresseurs comme les ISRS, IRSN ou tricycliques) et une prise en charge psychothérapeutique (TCC, thérapie interpersonnelle, etc.). Chez le sujet âgé, une attention particulière doit être portée au métabolisme des médicaments, aux interactions médicamenteuses et aux comorbidités. La psychothérapie, adaptée à l'âge et au profil cognitif du patient, constitue un complément essentiel au traitement médicamenteux. D'autres interventions non médicamenteuses, telles que les programmes de stimulation cognitive, les activités physiques adaptées et les approches psychoéducatives, peuvent également être bénéfiques (Rigaud et al., 2020, pp. 13-16).

5-10- L'anxiété

D'après le dictionnaire de la psychologie l'anxiété est définie comme un état d'alerte psychique caractérisé par une attente plus ou moins consciente d'un danger indéfini, accompagné de manifestations somatiques (sueurs, palpitations, etc.) et comportementales

(agitation, évitement). L'anxiété diffère de la peur par l'absence d'objet clairement identifié. Elle peut être normale (réaction à une situation stressante) ou pathologique (excessive, chronique, non liée à une cause identifiable) (Bloch, 2002, p. 52).

L'anxiété est une émotion primaire universelle, caractérisée par un sentiment de tension intérieure, d'inquiétude ou de danger imminent, souvent sans menace réelle immédiate. Elle se manifeste de manière variable selon les individus : elle peut être modérée et motrice (par exemple, en préparation à un examen ou un événement important), ou devenir envahissante et invalidante, en particulier lorsqu'elle se fixe sur des situations spécifiques (peur de parler en public, peur des animaux, peur d'être malade, etc.) (Palazzolo, 2018, p. 21).

Lorsque l'anxiété dépasse un certain seuil d'intensité et de durée, elle devient pathologique. Elle interfère alors significativement avec la vie quotidienne de la personne, pouvant générer des symptômes physiques comme des palpitations, sueurs, tremblements, oppression thoracique, ou encore des difficultés à respirer ou à déglutir. Dans ces cas, l'anxiété ne constitue plus une simple réaction d'adaptation, mais un trouble psychique nécessitant une prise en charge thérapeutique (Palazzolo, 2018, p. 21).

Et l'anxiété comporte plusieurs types qui sont comme suit :

- **L'anxiété de séparation** : est défini par une peur excessive et inappropriée de la séparation d'une figure d'attachement. Cette anxiété va au-delà de ce qui est attendu pour le niveau de développement de l'individu, et se manifeste par une détresse importante lors de la séparation, des cauchemars, ou encore un refus de sortir de chez soi sans la personne d'attachement. Le mutisme sélectif, quant à lui, correspond à une incapacité persistante de parler dans certaines situations sociales, alors que la personne parle normalement dans d'autres contextes. Il débute souvent durant l'enfance et interfère avec le fonctionnement scolaire ou social (APA, 2022, p. 217).

- **La phobie spécifique** : se manifeste par une peur intense et irrationnelle déclenchée par un objet ou une situation bien définie (animaux, avions, sang, etc.). La personne adopte des comportements d'évitement ou endure l'exposition avec une forte détresse (APA, 2022, p. 225).

- **L'anxiété sociale (ou phobie sociale) :** est caractérisée par une peur marquée d'être jugé, observé ou humilié dans des situations sociales. Cela peut conduire à un évitement des interactions sociales, au point de nuire à la vie professionnelle ou affective (APA, 2022, p. 230).
- **Le trouble de panique :** se traduit par la survenue récurrente d'attaques de panique inattendues, accompagnées de symptômes somatiques intenses (palpitations, tremblements, peur de mourir, etc.). Il s'accompagne souvent d'une anxiété anticipatoire et de comportements d'évitement (APA, 2022, pp. 235-236).
- **L'agoraphobie :** est souvent liée au trouble de panique : elle désigne une peur marquée des lieux ou situations d'où il pourrait être difficile de s'échapper ou d'obtenir de l'aide en cas de malaise (transports publics, foules, espaces ouverts ou fermés) (APA, 2022, p. 246).
- **Le trouble d'anxiété généralisée (TAG) :** est défini par une anxiété excessive concernant plusieurs domaines de la vie quotidienne (santé, travail, finances...) pendant au moins six mois. Cette anxiété est difficile à contrôler et s'accompagne de symptômes tels que la fatigue, la difficulté de concentration, l'irritabilité, la tension musculaire et des troubles du sommeil (APA, 2022, p. 251).

Chez les personnes âgées, les troubles anxieux représentent une problématique fréquente, avec une prévalence estimée entre 6 % et 33 % selon les études. Le tableau clinique peut être typique, combinant des manifestations psychiques (inquiétude, appréhension, sentiment d'insécurité) et physiques (tachycardie, sueurs, vertiges, troubles digestifs). Toutefois, chez les sujets âgés, les manifestations sont souvent atypiques, prenant la forme de plaintes somatiques (notamment d'allure hypochondriaque) ou de troubles cognitifs, en particulier des troubles de la mémoire. Les préoccupations récurrentes portent sur l'avenir, les finances ou encore la peur de l'abandon (Rigaud et al., 2020, p. 21).

Des troubles du comportement peuvent également apparaître, tels que l'inhibition ou, au contraire, l'agitation psychomotrice, voire des fugues. Les troubles anxieux sont souvent associés entre eux et coexistent fréquemment avec d'autres pathologies somatiques

ou psychiatriques, notamment la dépression et les conduites addictives (benzodiazépines, alcool) (Rigaud et al., 2020, p. 22).

La prise en charge des troubles anxieux repose sur une approche globale, chez les personnes âgées elle commence par le dépistage et le traitement des pathologies somatiques ou psychiatriques associées. Des mesures hygiéno-diététiques sont recommandées : maintien d'un bon rythme de sommeil, alimentation équilibrée, réduction de la consommation d'alcool, de tabac et de caféine, et pratique d'une activité physique régulière. Le traitement repose sur des approches psychothérapeutiques (notamment les thérapies cognitivo-comportementales), la relaxation, la sophrologie ou la balnéothérapie, selon le type d'anxiété. Les antidépresseurs, en particulier les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS), sont recommandés en première intention, et les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSN) en deuxième intention. L'efficacité du traitement est évaluée après 12 semaines, avec une poursuite recommandée de 6 à 12 mois en cas de réponse favorable. Les benzodiazépines peuvent être utilisées à court terme, à la plus faible dose possible, en cas d'anxiété aiguë ou d'insomnie, mais leur prescription doit rester exceptionnelle et limitée dans le temps, et de nouvelles approches, comme la thérapie cognitivo-comportementale assistée par réalité virtuelle, ont montré leur efficacité dans la prise en charge de cas complexes comme le syndrome de Diogène (Rigaud et al., 2020, pp. 24-25).

6-La prévention et la promotion de la santé mentale

La prévention de la santé mentale cherche à réduire l'apparition ou l'aggravation de troubles psychiques. Cela inclut des troubles fréquents comme la dépression, l'anxiété, les conduites addictives ou encore les troubles du comportement. L'objectif est d'agir en amont, avant que la pathologie ne s'installe ou qu'elle ne s'aggrave. Pour cela, les programmes de prévention s'appuient sur la connaissance des facteurs de risque par exemple la pauvreté, isolement social, faible estime de soi...etc, et des facteurs de protection comme le soutien social ou les compétences psychosociales...etc), il existe trois types principales de prévention sont décrits qui sont comme suit :

➤ **La prévention universelle** : concerne l'ensemble de la population, sans distinction de risque. Elle vise à promouvoir le bien-être psychologique et à prévenir l'apparition de troubles mentaux de manière globale. Les actions menées à ce

niveau sont généralement éducatives et informatives, comme les campagnes de sensibilisation sur la santé mentale, la lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques, ou encore les programmes d'éducation émotionnelle dans les écoles. L'objectif est de renforcer les facteurs de protection comme le soutien social, les compétences psychosociales, la gestion du stress chez tous les individus, quels que soient leur âge ou leur situation sociale (Shankland, Saïas, et Friboulet, 2009. pp. 67–68).

➤ **La prévention sélective** : s'adresse à des groupes spécifiques identifiés comme étant plus exposés à des facteurs de risque psychosociaux. Il peut s'agir par exemple des adolescents vivant dans des familles marquées par la violence, des personnes en situation de précarité socio-économique, des migrants confrontés à l'isolement culturel, ou encore des soignants exposés à un stress professionnel chronique. Ces publics ne présentent pas encore de troubles psychiques déclarés, mais leur environnement ou leur vécu les rend plus vulnérables. Les actions de prévention sélective consistent à intervenir précocement pour soutenir ces groupes à risque, par le biais d'accompagnements ciblés, de groupes de soutien, de médiation, de dépistage précoce ou de renforcement de l'accès aux services de santé mentale (Shankland et al., 2009, pp. 67–68).

➤ **La prévention indiquée** : concerne les personnes qui montrent déjà des signes précoces de détresse psychique ou de souffrance mentale, sans que cela ne constitue encore un trouble psychiatrique pleinement diagnostiqué. L'objectif ici est d'agir rapidement pour éviter l'aggravation de la situation ou la chronicisation des symptômes. Ce type de prévention s'appuie souvent sur un repérage précoce effectué par les professionnels de santé ou du secteur social, et sur des interventions individualisées : entretiens de soutien, suivi psychologique, prise en charge thérapeutique adaptée, ou orientation vers des structures spécialisées. La prévention indiquée se situe à la frontière entre la prévention et le soin, et joue un rôle essentiel dans la réduction des hospitalisations ou des situations de crise (Shankland et al., 2009, pp. 67–68).

À l'inverse, la promotion de la santé mentale ne se limite pas à prévenir les troubles, elle vise à renforcer activement le bien-être mental, même chez les personnes qui ne présentent aucun symptôme. Selon la définition de l'OMS (1986), promouvoir la santé,

c'est « permettre aux populations d'améliorer leur santé en leur donnant davantage de contrôle sur celle-ci » (Shankland et al., 2009, pp. 68–69).

Dans le cadre de la santé mentale, cela signifie développer les ressources individuelles et collectives par exemple la résilience, capacités de communication, affirmation de soi, gestion du stress...etc, tout en tenant compte de l'environnement global (conditions de vie, accès aux services, soutien communautaire) (Shankland et al., 2009, pp. 68–69).

Le fait que la promotion de la santé mentale repose sur une approche positive et participative, en valorisant les forces et les compétences des individus, plutôt que de se concentrer uniquement sur les déficits ou les symptômes. Cela peut impliquer une collaboration entre divers secteurs : santé, éducation, associations locales, institutions sociales...etc. Cette approche est écologique et holistique, c'est-à-dire qu'elle considère la personne dans son ensemble et dans son contexte social, culturel et environnemental (Shankland et al., 2009, pp. 68–69).

Donc, comme synthèse on peut dire que, la prévention cherche à éviter le mal, tandis que la promotion cherche à développer le bien-être, dans l'ensemble, ces deux démarches contribuent à une vision globale de la santé mentale, où l'on agit à la fois sur les risques et sur les ressources.

7-La santé mentale des personnes âgées

Chez la personne âgée, la santé mentale est souvent associée à un vieillissement réussi, c'est-à-dire une capacité à s'adapter aux changements liés à l'âge, à relever de nouveaux défis et à entretenir des liens sociaux (Dubé, 2006, pp. 30-33).

La santé mentale chez la personne âgée repose sur un ensemble complexe de facteurs psychologiques, sociaux et physiques qui interagissent étroitement. L'un des fondements essentiels réside dans la capacité de l'individu à faire preuve de flexibilité face aux aléas de la vie. Avec l'avancée en âge, les personnes âgées sont confrontées à de nombreuses pertes : diminution des capacités physiques, décès de proches, éloignement familial, changements de statut social...etc. Face à ces réalités, la capacité d'adaptation devient une ressource clé. Il ne s'agit pas simplement de s'ajuster passivement, mais de répondre activement aux défis du quotidien tout en maintenant une implication dans la vie sociale et personnelle (Dubé, 2006, pp. 30-33).

Dans cette perspective, une bonne santé mentale chez les aînés se manifeste par une aptitude à vivre ses émotions de manière saine et équilibrée. La personne âgée en bonne santé mentale reconnaît ses ressentis, les exprime de façon appropriée et les régule avec maturité. Ce fonctionnement émotionnel harmonieux favorise un jugement clair et réfléchi, essentiel pour faire face aux prises de décisions fréquentes que le vieillissement impose (choix médicaux, financiers, relationnels, etc.). De plus, des relations sociales positives et stables constituent un autre pilier important : elles nourrissent l'estime de soi, offrent un soutien affectif et préviennent l'isolement, souvent facteur de détresse psychique (Dubé, 2006, pp. 30-33).

Le bien-être psychologique de la personne âgée est aussi étroitement lié à certaines dimensions personnelles fondamentales. Une vision réaliste et bienveillante de soi, intégrant aussi bien ses qualités que ses limites, favorise l'acceptation de soi. Cette acceptation n'est pas synonyme de résignation, mais plutôt d'une reconnaissance lucide de ce que l'on est devenu avec le temps. L'autonomie est également cruciale : pouvoir agir selon ses valeurs et convictions personnelles, sans subir constamment les influences ou décisions des autres, permet de préserver un sentiment de contrôle et de dignité. L'entretien de relations humaines enrichissantes, la capacité à gérer son environnement de manière compétente, la présence d'un but de vie – même symbolique – ainsi que le désir de continuer à se développer intérieurement participent tous à une santé mentale solide et durable (Dubé, 2006, pp. 30-33).

Par ailleurs, il est important de considérer les facteurs de base qui soutiennent cette santé mentale qui est l'absence de pathologies chroniques lourdes ou invalidantes, comme les troubles neurodégénératifs, est bien sûr souhaitable. Cependant, il est tout aussi crucial que les besoins fondamentaux soient satisfaits : une alimentation saine, un logement stable et sécurisant, un accès aux soins et aux loisirs adaptés. Ces éléments contribuent directement au bien-être, à l'autonomie fonctionnelle et à la qualité de vie. Le maintien d'une image de soi positive, malgré les stigmates sociaux liés à la vieillesse, joue également un rôle majeur dans la prévention du repli sur soi et de la dévalorisation personnelle (Dubé, 2006, pp. 30-33).

La santé mentale de la personne âgée s'appuie sur une articulation entre plusieurs dimensions (une connaissance et une acceptation de soi solides, la capacité à faire des choix personnels en accord avec ses valeurs, un engagement dans des activités gratifiantes et porteuses de sens comme l'entraide, le bénévolat, ou les projets collectifs), et une perception

objective de la réalité, ce dernier point qui permet à l'individu de rester en prise avec le monde, tout en évitant les distorsions cognitives souvent sources de souffrance, l'entretien de relations chaleureuses, empreintes de bienveillance, ainsi que l'autonomie dans la gestion des problèmes du quotidien, témoignent d'un vieillissement actif et harmonieux. Ces différents aspects traduisent une santé mentale vivante, en évolution, et non figée, malgré les pertes ou les transformations inhérentes à l'âge avancé (Dubé, 2006, pp. 30-33).

Donc, on peut dire que la santé mentale chez la personne âgée se manifeste par la capacité à s'adapter aux changements liés à l'âge, à accepter les pertes, à conserver une certaine autonomie et à maintenir des relations sociales satisfaisantes, elle inclut également une bonne gestion des émotions, un jugement sain, une image de soi positive, ainsi qu'un sentiment de maîtrise sur sa vie, et avoir un but continuer à se développer personnellement, s'engager dans des activités valorisantes, et percevoir la réalité de façon lucide sont aussi des éléments essentiels d'un vieillissement mentalement sain.

8-La santé mentale des personnes âgées en foyer et la pandémie de COVID-19

La pandémie de COVID-19 a eu un impact particulièrement néfaste sur la santé mentale des personnes âgées en générale, principalement en raison des mesures de distanciation physique imposées pour limiter la propagation du virus. Ces restrictions, bien qu'essentielles sur le plan sanitaire, ont contribué à un isolement social accru, notamment chez les personnes âgées vivant seules ou ayant une faible maîtrise des outils numériques. Ce manque d'interactions sociales et cette exclusion du monde digital ont souvent conduit à un sentiment de solitude, d'anxiété et de dépression. Ainsi, la santé mentale de cette population s'est trouvée fortement fragilisée par l'isolement, soulignant l'importance de repenser les dispositifs d'accompagnement et de soutien psychologique en situation de crise sanitaire (Nations Unies, 2020).

La pandémie de COVID-19 a profondément affecté la santé mentale des personnes âgées vivant en foyer. Compte tenu de leur vulnérabilité accrue face au virus, ces résidents ont été soumis à des mesures de protection strictes : suspension des visites familiales, confinement prolongé dans les chambres, arrêt des activités collectives et réduction drastique des interactions sociales...etc. Ces restrictions ont créé un isolement relationnel sévère, entraînant des conséquences psychologiques notables telles que la

solitude, l'anxiété, la tristesse et un sentiment d'abandon durable. Une enquête menée en milieu rural révèle que de nombreux résidents ont vécu cette période comme une mise à l'écart douloureuse, marquée par une perte de repères et un épuisement émotionnel (Mutualité Sociale Agricole, 2022, pp. 7-9).

Ce bouleversement du quotidien dans les foyers, habituellement perçus comme des espaces de vie collective, a intensifié les troubles psychiques déjà présents et favorisé l'apparition de nouveaux symptômes. Près de 41 % des personnes âgées interrogées dans un rapport ont indiqué une nette détérioration de leur état psychologique pendant la pandémie, avec une aggravation de la dépression, de l'anxiété et du sentiment de solitude, accentuée par l'absence de contact physique avec leurs proches. Cette situation a également été marquée par la peur omniprésente de la contamination, les décès successifs au sein des établissements, ainsi que la rupture des repères quotidiens, éléments ayant contribué à un mal-être croissant chez les résidents (Petits Frères des Pauvres, 2021, p. 15-18).

Dans les institutions, une augmentation des troubles anxieux, des symptômes dépressifs et une détérioration cognitive plus rapide ont été fréquemment observées. Le confinement prolongé, combiné à un manque de stimulation cognitive et sociale, a accéléré la perte d'autonomie chez de nombreuses personnes âgées. Les soignants ont signalé une intensification des troubles du comportement, ainsi qu'une aggravation des troubles psychiatriques antérieurs, notamment chez les personnes atteintes de démences ou de maladies chroniques. Ce contexte a mis en lumière les limites des dispositifs de soutien psychologique en institution, souvent insuffisamment préparés à faire face à une telle crise sanitaire (Centre hospitalier la chartreuse, 2020, p. 3-4).

Des outils spécifiques ont néanmoins été mobilisés pour tenter d'atténuer les effets de l'isolement et préserver un minimum de lien social. Des initiatives ont été mises en place pour maintenir les relations avec l'extérieur, notamment par appels vidéo, correspondances écrites ou visites à distance. Il a aussi été recommandé de maintenir des activités régulières et encadrées, même en situation de confinement, pour limiter les effets désorientant de l'isolement. En parallèle, les professionnels ont été encouragés à maintenir un suivi psychologique individualisé, malgré les contraintes sanitaires, afin de prévenir les risques de décompensation mentale (Commission de la santé mentale du Canada, 2021, pp. 6-7).

La pandémie a révélé avec force la fragilité psychique des personnes âgées en institution et souligné la nécessité d'intégrer pleinement la santé mentale dans les protocoles

de soins en contexte de crise. L'expérience vécue dans les foyers a démontré que la protection physique ne peut se faire au détriment du bien-être psychologique, et que la lutte contre l'isolement doit désormais faire partie intégrante de la prise en charge globale des aînés (Commission de la santé mentale du Canada, 2021, pp. 6-7).



Figure 06 : L'impact de la COVID-19 sur les personnes âgées

(Nations Unies, 2020, p. 5).

Synthèse

La santé mentale désigne un état de bien-être dans lequel une personne peut réaliser son potentiel, faire face aux stress normaux de la vie, travailler de manière productive et contribuer à sa communauté. Chez les personnes âgées vivant en foyer après la pandémie de COVID-19, la santé mentale peut être particulièrement vulnérable en raison des facteurs liés à l'isolement social, à la peur de la maladie, ou par les mesures préventives prises à cette période, ces conditions de vie peuvent accroître le risque de troubles tels que la dépression, l'anxiété ou les troubles neurocognitifs qui affectent et influencent la santé mentale en générale.



Partie pratique

Chapitre IV

Méthodologie de la recherche

Préambule

Dans toute démarche de recherche scientifique, l'adoption d'une méthodologie constitue le cadre fondamental permettant au chercheur de suivre une trajectoire cohérente et systématique tout au long des différentes étapes de son étude, allant de la définition précise de la problématique à la formulation des hypothèses, en passant par la collecte et l'analyse des données, et enfin l'interprétation des résultats pour aboutir à des conclusions solides et objectives. Et la méthodologie de recherche repose sur un ensemble de procédés scientifiques rigoureux, garantissant ainsi la fiabilité, la validité et la neutralité des résultats obtenus.

Dans ce contexte, ce chapitre présente la méthodologie choisie pour notre étude, en détaillant le type de la méthode employée, la présentation de lieu de la recherche, ainsi que les caractéristiques du groupe de notre recherche, les instruments de collecte des données, et enfin le déroulement de notre recherche sur le terrain.

1-La pré-enquête

La pré-enquête en recherche scientifique, souvent appelée étude pilote ou phase exploratoire, est une étape préliminaire qui permet de préparer et de tester les éléments clés d'une enquête, elle offre l'opportunité de vérifier la pertinence des questions posées, d'évaluer la compréhension des participants et d'ajuster le protocole de recherche avant de passer à l'étape de l'enquête (Paillé et Mucchielli, 2016, p.78).

Elle cherche de valider les outils de collecte de données, d'identifier les éventuels biais méthodologiques et de s'assurer de la faisabilité de la recherche. Cette phase permet également de tester les hypothèses de recherche, d'affiner les variables étudiées et de s'assurer que les méthodes choisies sont adaptées au contexte de l'étude (Paillé et Mucchielli, 2016, p.78).

La pré-enquête sert à mieux comprendre le sujet d'étude en le replaçant dans son contexte général (sociologique, économique, historique, psychologique). Elle aide aussi à formuler des hypothèses générales (Salès-Wuillemin, 2006, p. 8).

Concernant notre recherche sur « La santé mentale des personnes âgées en foyer après la pandémie de COVID-19 », nous avons mené une pré-enquête au « foyer pour personnes âgées de la wilaya de Béjaïa », situé à Sidi Ouali, après avoir obtenu l'accord du directeur du foyer, ainsi que de la psychologue du foyer en sa qualité de responsable de notre

encadrement dans cette pratique de la recherche. Nous avons utilisé l'entretien semi-directif préliminaire et administré l'EDG, ainsi que l'IAG à deux personnes âgées de sexes différents (une femme et un homme), après avoir obtenu leur consentement éclairé.

Le cas « A » s'agit d'une dame âgée de 85 ans, résidant en FPA de Béjaïa depuis 17 ans. Elle a été mariée quatre fois, mais tous ses mariages ont échoué (divorce), et elle n'a aucun enfant, femme au foyer, elle n'a exercé aucun métier et ne possède aucun niveau scolaire. Cette situation l'a conduite à vivre dans cet établissement. Nous avons réalisé avec elle un entretien le 02/03/2025, d'une durée d'une heure et vingt minutes. Et le 05/04/2025, nous lui avons administré l'EDG, ce qui a duré 23 minutes, et les résultats ont montré qu'elle souffrait d'une dépression sévère avec un score de « 20 », le même jour, nous avons commencé la passation de l'IAG, mais elle a exprimé de la fatigue, ce qui nous a amenés à interrompre ce inventaire de l'anxiété gériatrique, nous l'avons repris l'après-midi, et à la fin de l'évaluation, les résultats ont révélé qu'elle souffrait d'une anxiété sévère avec un score de « 14 ».

Le cas « B » c'est un homme âgé de 62 ans, résident dans ce foyer depuis 15 ans. Il est célibataire et a un niveau scolaire équivalent à la quatrième année moyenne. Ancien employé à l'hôpital comme agent de sécurité, il a perdu son emploi à la suite d'un accident de la route ayant entraîné une incapacité physique. Après le décès de ses parents, qui prenaient soin de lui, et en raison de l'exiguïté du logement qu'il partageait avec ses frères mariées, il a choisi d'entrer volontairement dans cet établissement. L'entretien avec lui a été réalisé le 02/03/2025, pendant 45 minutes, en date de 05/03/2025, nous lui avons fait passer l'EDG, et le résultat a montré qu'il souffre d'une dépression modérée avec un score de « 12 ». Après cette échelle, nous lui avons fait passer l'IAG, puisqu'il nous a indiqué qu'il pouvait continuer et qu'il n'était pas fatigué, le résultat a montré qu'il souffre d'une anxiété sévère avec un score de « 11 ».

Ces deux cas, nous ont permis de vérifier que notre enquête principale est réalisable, ils ont montré que les outils choisis (l'entretien semi-directif, l'EDG, et l'IAG) sont bien compris par les personnes âgées et adaptés à leur situation, et les résultats obtenus nous donnent une première idée sur l'état mental des résidents après la pandémie, ils confirment l'importance de poursuivre l'enquête avec un plus grand nombre de participants pour mieux comprendre la santé mentale des personnes âgées vivant en foyer.

Lors de la réalisation de notre recherche, nous avons rencontré une difficulté par rapport au manque de temps dans la pratique, car travailler avec les personnes âgées nécessite plus de temps et de patience, et malheureusement, le temps dont nous disposions était limité, et en particulier notre stage pratique s'est déroulé pendant le mois de Ramadan, période durant laquelle les horaires étaient réduits dans le FPA, ce qui a rendu la tâche plus difficile.

2- La méthode de la recherche

La méthode de la recherche c'est l'ensemble des démarches logiques et systématiques mises en œuvre par le chercheur pour étudier un phénomène, résoudre un problème ou produire de nouvelles connaissances. Elle repose sur une démarche scientifique rigoureuse pour tirer des conclusions vérifiables. Cette méthode permet de garantir l'objectivité, la validité et la reproductibilité des résultats obtenus. Ainsi, la méthode de recherche constitue une véritable colonne vertébrale du travail scientifique, orientant chaque étape du processus vers l'élaboration de savoirs fiables et utiles. En sciences sociales et humaines, la méthode de la recherche peut être quantitative (fondée sur la mesure et l'analyse statistique), qualitative (visant à comprendre en profondeur les comportements ou les significations), ou mixte (combinant les deux) (N'Da, 2015, pp. 97-166).

Dans le cadre de notre étude intitulée « La santé mentale des personnes âgées en foyer après la pandémie de COVID-19 », nous avons adopté « une méthode clinique descriptive, basée sur l'étude de cas dans l'approche qualitative ». Cette méthode nous permet une exploration approfondie et individualisée des situations psychologiques vécues par les résidents, en tenant compte de la singularité de chaque personne et du contexte institutionnel.

2-1- L'approche qualitative

La méthode qualitative est une approche de recherche largement utilisée dans les sciences humaines et sociales, elle vise principalement à comprendre un phénomène humain ou social dans sa complexité, tel qu'il est vécu et perçu par les individus, s'intéresse à des faits particuliers et cherche à donner du sens à une réalité concrète. Le chercheur part d'une situation réelle comportant un phénomène spécifique qu'il souhaite explorer, sans chercher à le prouver ou à le contrôler. L'objectif est de produire des significations, de décrire, d'interpréter et d'analyser en profondeur les éléments observés dans leur contexte. Cette méthode repose généralement sur une démarche inductive, qui consiste à partir des données

recueillies pour faire émerger des concepts ou formuler des théories. Les données produites sont de nature descriptive, non chiffrée, et permettent au chercheur de mieux comprendre des phénomènes sociaux mal connus, en tenant compte de la richesse des expériences humaines (Assié, 2013, p. 5 ; N'Da, 2015, pp. 21-22).

2-2-La méthode clinique

La méthode clinique est une démarche fondamentale en psychologie clinique qui vise à comprendre l'individu dans sa singularité, en tenant compte de son histoire, de sa subjectivité et de son contexte de vie. Elle repose sur une approche idiographique, c'est-à-dire centrée sur l'étude approfondie d'un seul sujet, par opposition aux méthodes quantitatives qui recherchent des lois générales. Cette méthode se base essentiellement sur l'observation, l'entretien clinique, l'analyse de cas, et parfois l'utilisation d'outils psychométriques. L'entretien clinique, souvent libre ou semi-directif, permet au psychologue d'accéder au discours du sujet, à ses affects, ses représentations et son vécu. L'objectif est d'élaborer une compréhension globale du fonctionnement psychique du sujet, dans une perspective à la fois diagnostique et thérapeutique. Le clinicien adopte une posture d'écoute empathique et de neutralité bienveillante, tout en intégrant sa propre subjectivité dans la relation. Historiquement, Sigmund Freud est l'un des pionniers de cette méthode avec ses célèbres études de cas, comme celles d'Anna O. ou du Petit Hans (Freud, 1909/2010). En France, des auteurs comme Daniel Lagache (1949) ont contribué à institutionnaliser la méthode clinique dans le champ universitaire en insistant sur la nécessité d'une compréhension approfondie du sujet dans sa totalité. Ainsi, la méthode clinique se distingue par son souci de saisir l'humain dans sa complexité et son unicité, en articulant théorie et pratique dans un cadre éthique et rigoureux (Paillé e Mucchielli, 2016).

2-3-La méthode descriptive

La description consiste à observer et à analyser un phénomène afin d'en déterminer la nature, les caractéristiques et les éventuelles relations entre ses composantes. Elle peut représenter l'objectif principal d'une étude ou constituer une étape initiale dans un processus de recherche plus approfondi. Dans les deux cas, elle permet de produire une représentation fidèle et détaillée de la réalité observée. Cette démarche exige une méthode rigoureuse afin d'assurer la validité et la fiabilité des données collectées. Elle peut également s'appuyer sur des hypothèses qui orientent l'observation et facilitent l'interprétation des informations recueillies (Assié, 2013, p. 4).

2-4-L'étude de cas

L'étude de cas est une stratégie clé en recherche qualitative. Contrairement à une approche comparative qui analyse plusieurs cas à la fois, l'étude de cas se concentre sur un seul cas ou un petit nombre de cas choisis pour leur pertinence. Ce cas peut être une personne, un groupe, une communauté, une institution ou une situation sociale spécifique. L'objectif est de comprendre en profondeur et dans leur complexité les différents aspects du cas étudié, en tenant compte de son contexte naturel (Assié, 2013, p. 10).

Cette méthode permet de recueillir à la fois des données qualitatives et quantitatives sur les dimensions personnelles, sociales, institutionnelles ou environnementales du phénomène étudié. Le but principal n'est pas de généraliser les résultats à d'autres situations, mais plutôt d'approfondir la compréhension du cas choisi et de mettre en lumière les dynamiques sociales qui le traversent (Assié, 2013, p. 10 ; Paillé et Mucchielli, 2016).

L'étude de cas utilise divers outils de collecte d'informations : entretiens (individuels ou en groupe), observation, analyse de documents et de données statistiques. Elle peut aussi s'appuyer sur des archives, des registres officiels ou des notes personnelles. En combinant ces différentes sources, le chercheur peut construire une description détaillée et nuancée du cas, et ainsi produire une analyse riche, fidèle à la réalité vécue. C'est une approche particulièrement utile pour explorer les phénomènes sociaux complexes et pour comprendre comment les individus ou les groupes interagissent dans des contextes spécifiques (Paillé et al., 2016).

3-Présentation de lieu de la recherche

Il s'agit de « foyer pour personnes âgées » (FPA) de la wilaya de Béjaïa « AIT SALAH LARBI », qui située précisément dans la région de Sidi Ouali, c'est un établissement social relevant du Ministère de la Solidarité nationale, de la Famille et de la Condition de la femme, représenté par la Direction de l'Action Sociale et de la Solidarité de la wilaya de Béjaïa.

Le centre établi par le décret exécutif n° 53/01 du 12 février 2001, a été officiellement inauguré le 27 avril 2003 à l'occasion de la journée nationale des personnes âgées par le « Dr. Djamel Ould Abbes », en sa qualité de Ministre de l'Emploi et de la Solidarité nationale.

À l'origine, cet établissement portait la dénomination de « foyer pour personnes âgées et/ou handicapées », puis à partir de 2012, son nom a été changé pour devenir « foyer pour personnes âgées », afin de mieux recentrer sa mission sur les besoins spécifiques des aînés.

Sa superficie totale est de 12258 m², dont environ 2 374 m² de surface bâtie, avec une capacité d'accueil de 120 résidents, actuellement, le nombre de résidents est de 39 personnes, dont 32 hommes et 7 femmes, le foyer dispose d'un personnel important pour assurer les services : 23 employés permanents, 25 employés contractuels à temps plein, et 14 autres à temps partiel.

L'établissement est structuré en plusieurs blocs fonctionnels. Il comprend un sous-sol, un bloc d'accueil, un bloc administratif, ainsi que d'un bloc spécialement réservé à l'équipe médico-psychopédagogique, comprenant le bureau de l'assistante sociale, une salle de consultation, une infirmerie, un bureau pour le psychologue clinicien, ainsi qu'un bureau destiné aux éducateurs et veilleurs de nuit. Le bloc d'hébergement, quant à lui, se compose de 30 chambres individuelles et de 26 chambres doubles. Il dispose également de quatre sanitaires, deux douches, une salle de séjour, une buanderie, une salle de prière, une salle de sport, une cafétéria, une terrasse, une cuisine et un réfectoire. Et il contient également un jardin avec de nombreux arbres ainsi que des animaux comme des chèvres, des poules, des lapins.

Le foyer dispose de moyens de communication, notamment un téléphone (034-16-56-73) et un fax (034-16-56-75), il possède également un code postal propre qui est : 12558.

4-Présentation et caractéristiques du groupe de recherche

Notre groupe de recherche est composé de 07 personnes parmi les 39 résidents en foyer des personnes âgées de la wilaya de Béjaïa, le choix de ce nombre et de cet échantillon a été une réponse à nos critères d'inclusion et d'exclusion. Où se trouve :

- ✓ 12 personnes ont moins de 60 ans.
- ✓ 03 personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer.
- ✓ 02 personnes âgées sont des sourds-muets.
- ✓ 07 personnes âgées sont arrivées après la pandémie de COVID-19.

- ✓ 02 personnes âgées ne pas souhaiter de participer à notre recherche.
- ✓ 06 personnes âgées présentent un délire et un discours incohérent, et ne peuvent pas participer à notre recherche.

Les critères de sélection pour notre groupe de recherche sont comme suit :

- **Critères d'inclusion :**

- Les personnes âgées résidant dans le FPA.
- Ayant séjourné dans le foyer pendant la période de la pandémie de COVID-19 et durant la mise en œuvre des mesures préventives instaurées à cette époque.
- Personnes âgées de 60 ans et plus.
- Les personnes âgées en capacité de communiquer et de répondre à un entretien et les échelles.
- Le consentement éclairé des participants.

- **Critères d'exclusion :**

- Les personnes âgées présentant un trouble neurocognitif majeur (par exemple la maladie d'Alzheimer à un stade avancé), empêchant la participation.
- Personnes âgées ayant des difficultés linguistiques majeures et aussi les sourds-muets qui entravant la compréhension des outils.
- Résidents arrivés après la pandémie (donc n'ayant pas vécu les mesures liées au COVID-19 dans le foyer).
- Le genre.

Concernant les caractéristiques du groupe de notre recherche, voici le tableau ci-dessous :

Tableau 01 : Les caractéristiques des éléments de groupe de la recherche

Les cas	Genre	Age	Situation familiale	Niveau d'instruction	Ancien profession	Durée de séjour en foyer des personnes âgées
Ferroudja	Féminin	63 ans	Veuve	Aucun	Femme au foyer	8 ans
Belkacem	Masculin	77 ans	Divorcé	Aucun	Agriculteur	11 ans
Arezki	Masculin	71 ans	Veuf	L'école primaire	Maçon	13 ans
Chabane	Masculin	69 ans	Célibataire	Première année moyenne	Serveur de restauration	10 ans
Cherif	Masculin	75 ans	Veuf	Aucun	Chauffeur de camion	17 ans
Zahir	Masculin	72 ans	Célibataire	L'école primaire	Aide-maçon	7 ans
Kaci	Masculin	72 ans	Célibataire	Aucun	Sans profession	20 ans

N.B : Nous avons modifié les vrais noms de ces cas afin de préserver leur anonymat et leur confidentialité.

5-Les outils de la recherche

5-1-L'entretien clinique de recherche de type semi-directif

5-1-1-L'entretien clinique

Tout d'abord, le terme « clinique » a un sens large en médecine (toute action au contact du malade) et un sens plus étroit en psychologie, centré sur l'analyse du fonctionnement psychique global, que la personne soit malade ou non. En psychologie clinique, on cumule souvent les deux sens : comprendre la souffrance psychique dans une visée d'aide, en mobilisant des moyens psychologiques (Bouvet, 2022, p. 13).

En psychologie, l'entretien clinique est une forme spécifique d'entretien qui s'inscrit dans la relation d'aide. Il a pour but de comprendre et d'accompagner psychologiquement un sujet, qu'il souffre ou non de troubles psychiques. Il peut être utilisé dans le cadre de bilans, de psychothérapies, de soutien ou encore à des fins de recherche. L'entretien clinique est principalement réalisé par un psychologue clinicien, mais aussi par d'autres professionnels (psychiatres, infirmiers sous supervision). Le psychologue s'appuie sur des outils objectivants (tests, questionnaires), mais aussi sur sa propre subjectivité (empathie, résonance, intuition, sens clinique), qu'il observe en position méta pour comprendre le vécu du sujet (Bouvet, 2022, p. 13-15).

5-1-2- L'entretien de recherche

L'entretien de recherche est une méthode pour recueillir des données verbales dans le cadre d'une recherche auprès d'un ou plusieurs individus, il se distingue des autres outils comme le questionnaire ou l'observation par la richesse et la profondeur du discours qu'il permet de recueillir.

Cet entretien peut être utilisé à différents moments d'une recherche :

- Au début, dans une visée exploratoire, afin d'élaborer une problématique ou des hypothèses
- En cours d'étude, comme outil principal de recueil de données pour confirmer ou infirmer des hypothèses
- Ou encore en complément d'une recherche déjà menée, pour mieux interpréter certains résultats (Barbillon, 2012, pp. 9-14).

La conduite de l'entretien de recherche nécessite une attention particulière à son déroulement : choix du lieu et du moment, formulation d'une question inaugurale ouverte, utilisation de relances et de reformulations pour soutenir le discours du participant, tout en gardant une posture neutre et non intrusive (Barbillon, 2012, pp. 29-36).

L'analyse de l'entretien de recherche passe par une retranscription fidèle, une lecture flottante du corpus, un découpage thématique et éventuellement une codification des données, selon des approches qualitatives, quantitatives, ou mixte (Barbillon, 2012, pp. 47-60).

5-1-4- L'entretien semi-directif :

C'est un entretien qui permet d'allier la structuration du discours et liberté d'expression pour le participant, il nécessite une connaissance préalable de l'objet de recherche, que le chercheur aura acquise soit par une revue de littérature, soit par des entretiens exploratoires. À partir de cette connaissance, il élabore un guide d'entretien regroupant les différentes thématiques à explorer. Ce guide n'est pas un questionnaire figé, mais un outil souple que l'enquêteur utilise comme repère pour s'assurer que les thématiques importantes sont abordées (Barbillon, 2021, pp. 20-24).

Il comporte généralement trois parties : une consigne de présentation (avec le rappel du cadre éthique, de l'anonymat et de l'objectif de la recherche), une question inaugurale ouverte et générale, puis l'ensemble des thèmes et sous-thèmes à explorer, classés des plus accessibles aux plus sensibles (Barbillon, 2021, pp. 20-24).

L'entretien semi-directif se distingue par le fait que les questions sont adaptées au fil de l'échange, et que le chercheur utilise principalement des techniques de relance, de reformulation, et des questions ouvertes pour permettre au participant de développer sa pensée. Ce type d'entretien est particulièrement recommandé pour tester des hypothèses tout en conservant une certaine richesse qualitative dans les données (Barbillon, 2021, pp. 20-24).

Le guide d'entretien ne doit pas être un obstacle à l'écoute active ; il sert de soutien, non de script rigide, et la construction du guide doit être cohérente avec la problématique et les objectifs de la recherche, et ils conseillent de le tester en amont pour s'assurer de sa clarté et de sa pertinence (Barbillon, 2021, pp. 20-24).

Notre guide d'entretien est composé de 5 axes, chaque axe contient des questions en lien avec notre thème de recherche, qui sont comme suit :

- **Axe 1 : Informations personnelles.**
- **Axe 2 : La vie personnelle avant l'entrée en foyer.**
- **Axe 3 : Raisons d'installation en foyer et modalités d'entrée.**
- **Axe 4 : La santé mentale en foyer pendant la pandémie de COVID-19.**
- **Axe 5 : La santé mentale en foyer après la pandémie de COVID-19.**

Après avoir présenté le premier outil de notre recherche, nous allons présenter dans ce qui suit le deuxième outil qui est « L'échelle de dépression gériatrique (EDG) ».

5-2- L'échelle de dépression gériatrique (EDG)

5-2-1-Définition et origine

L'EDG est un outil d'auto-évaluation standardisé, spécifiquement conçu pour mesurer la présence et la sévérité des symptômes dépressifs chez les personnes âgées. Son format, simple et adapté, permet de tenir compte des particularités cognitives et physiques propres au vieillissement. Elle se présente sous la forme d'un questionnaire autoadministré de 30 items à réponse binaire (oui/non), facilitant ainsi la compréhension et la complétion même chez des sujets avec des capacités cognitives réduites (Thomas, Hazif-Thomas, Clément, et Burrough, 2008).

Cette échelle a été développée en 1982 par « Yesavage et ses collègues » à l'Université de Stanford, en réponse à la nécessité d'un outil fiable et spécifique pour évaluer la dépression dans une population âgée. Avant la création de l'EDG, les instruments disponibles n'étaient pas toujours adaptés aux particularités cliniques du vieillissement, notamment en raison des symptômes physiques communs aux maladies somatiques et à la dépression, qui pouvaient fausser les résultats. « Yesavage » et son équipe ont donc conçu l'EDG pour minimiser cette confusion, en privilégiant des questions ciblant les aspects émotionnels et cognitifs de la dépression (Thomas et al., 2008).

5-2-2-Mode de passation

Le questionnaire comprend 30 questions, auxquelles la personne interrogée doit répondre par « oui » ou « non », en fonction de ce qu'elle ressent actuellement ou de ce qu'elle a ressenti durant la semaine précédente. Il peut être rempli directement par le sujet

lorsque ses capacités le permettent, ou bien administré oralement par un professionnel comme le psychologue, en cas de difficultés visuelles, de fatigue ou de troubles cognitifs légers. La passation est rapide, généralement entre 5 et 10 minutes. Pour assurer la fiabilité des résultats en cas de réévaluation, il est conseillé d'attendre au moins une semaine entre deux administrations (Thomas et al., 2008, p. 1).

5-2-3-Cotation

La cotation repose sur une logique simple : une réponse est considérée comme « en faveur d'un état dépressif » lorsqu'elle correspond à un signe de souffrance psychologique. Pour 20 items, la réponse « oui » indique un symptôme dépressif et vaut 1 point. Pour les 10 autres items (numéros 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29 et 30), c'est la réponse « non » qui révèle une humeur dépressive, et elle est également cotée 1 point. Les réponses contraires à la symptomatologie dépressive reçoivent 0 point (Thomas et al., 2008, p. 1).

5-2-4-Interprétation

Un total compris entre 0 et 10 est généralement interprété comme ne traduisant pas d'état dépressif. Un score allant de 11 à 30 suggère la présence d'une dépression, nécessitant une exploration clinique plus approfondie. Bien que l'EDG ne permette pas de poser un diagnostic psychiatrique formel, elle constitue un outil fiable de dépistage, validé par des études démontrant sa sensibilité et sa spécificité, et son interprétation doit toujours prendre en compte le contexte global de la personne (état de santé, autonomie, cognition, environnement social et affectif).

Selon Yesavage et al. (1982), les seuils d'interprétation sont les suivants :

- Un score de 0 à 9 indique une dépression normale (Absence de dépression).
- Un score de 10 à 19 indique une dépression modérée.
- Un score de 20 à 30 indique une dépression sévère.

(Thomas et al., 2008, pp. 2-3).

Après avoir présenté le deuxième outil de notre recherche, nous allons présenter dans ce qui suit le troisième outil qui est « L'inventaire de l'anxiété gériatrique (IAG) ».

5-3-L'inventaire de l'anxiété gériatrique (IAG)

5-3-1-Définition et origine :

L'IAG est un outil psychométrique pour mesurer les symptômes d'anxiété chez les personnes âgées, a été élaboré pour tenir compte des particularités liées au vieillissement, notamment la complexité de différencier les manifestations anxieuses des symptômes physiques ou cognitifs courants chez les seniors (Champagne, 2016, p. 11).

L'IAG, développé en 2007 par une équipe dirigée par « Nancy A. Pachana », répondait à un besoin clinique et de recherche important qui est disposer d'un questionnaire fiable, simple et adapté à la population âgée. Les approches antérieures d'évaluation de l'anxiété se révélaient souvent inadaptées, car elles incluaient des items trop complexes, des questions à connotation trop médicale, ou des formulations qui prêtaient à confusion avec d'autres troubles fréquents chez les seniors, comme la dépression ou les maladies somatiques, l'IAG a ainsi été créé à partir d'une sélection rigoureuse d'items, validés sur des échantillons composés de personnes âgées vivant en milieu communautaire ainsi que de patients suivis en milieu psychiatrique gériatrique, afin d'assurer sa pertinence et sa validité clinique. L'inventaire est composé de 20 affirmations auxquelles la personne âgée doit répondre par « D'accord » ou « Pas d'accord », ce format simple permet une passation rapide et une interprétation aisée, ce qui est un avantage important dans les services cliniques où le temps est souvent limité (Champagne, 2016, p. 11).

5-3-2-Mode de passation

L'IAG est conçu pour être auto-administré, c'est-à-dire que la personne âgée lit les affirmations et répond par « D'accord » ou « Pas d'accord », lorsque nécessaire notamment en cas de difficultés visuelles ou cognitives, un professionnel de santé peut administrer oralement le questionnaire, la passation est rapide généralement moins de 10 minutes, ce qui facilite son intégration dans les pratiques cliniques (Pachana, Byrne, Siddle, Koloski, Harley et Arnold, 2007, p. 2).

5-3-3-Cotation

La cotation s'effectue en attribuant 1 point à chaque réponse « D'accord » lorsqu'elle indique un signe d'anxiété, cependant une réponse « Pas d'accord », qui ne traduit pas d'anxiété, vaut 0 point. Le score total, obtenu en additionnant les points des 20 items,

varie entre 0 et 20. Plus ce score est élevé, plus il témoigne d'un niveau d'anxiété sévère chez la personne âgée (Pancha et al., 2009, p. 7-8).

5-3-4-Interprétation

Le score obtenu permet de classifier le niveau d'anxiété selon la version canadienne-française (IAG-FC) de l'inventaire comme suit :

- Un total entre 0 à 8 correspond à une anxiété normale.
- Un total entre 9 et 10 correspond à une anxiété modérée.
- Un total entre 11 à 20 correspond à une anxiété sévère.

Cette interprétation aide à orienter la prise en charge clinique et à suivre l'évolution du trouble au fil du temps (Champagne, 2016, p. 36).

6-Déroulement de la recherche sur le terrain

Notre recherche s'est déroulée du 01 mars 2025 jusqu'au 16 avril 2025, c'est à dire d'une période de 45 jours, de deux jours par semaine (Dimanche et mercredi). L'étude a eu lieu au sein de FPA de la wilaya de Béjaïa, durant cette période, nous avons pu entrer en contact avec plusieurs résidents de l'établissement dans le cadre de notre étude portant sur la santé mentale des personnes âgées en foyer après la pandémie de COVID-19.

Au total, nous avons travaillé avec neuf (09) cas. Deux de ces cas ont été rencontrés dans le cadre d'une étude exploratoire, qui nous a permis de tester nos outils et de nous adapter au terrain. Les sept (07) autres cas ont été inclus dans l'étude principale. Ces personnes nous ont été recommandées par la psychologue de foyer, à qui nous avons expliqué notre sujet, nos objectifs et les outils que nous comptons utiliser et les critères d'inclusion et d'exclusion.

Lors de la rencontre de chaque cas, nous nous présentons comme des chercheurs en psychologie et nous leur demandons simplement de bien vouloir participer avec nous.

La rencontre avec les participants s'est faite dans deux lieux, selon leur confort et leur disponibilité, certaines personnes ont eu lieu dans le cabinet de psychologue, tandis que d'autres ont été menés directement dans la chambre du résident, de façon individuelle. Cela nous a permis de respecter le rythme de chaque personne et de garantir un cadre calme et confidentiel.

Nous avons commencé le travail avec chaque participant par un entretien, la durée de cet entretien variait d'une personne à l'autre, mais ne dépassait jamais deux heures. Cet échange avait pour but de mieux comprendre l'état psychologique et mentale de la personne et de recueillir des informations qualitatives sur son vécu.

Après l'entretien, nous avons administré deux instruments : l'EDG et l'IAG, ces deux instruments ont été administrés à des moments différents pour ne pas fatiguer les participants, nous avons appliqué un seul instrument par jour, le temps nécessaire pour chaque instrument dépendait aussi de la personne et de son état du jour.

Tout au long de notre recherche sur le terrain, nous avons obtenu le consentement des participants, nous avons préservé leur anonymat et nous avons toujours respecté leur rythme et leur volonté de participer.

Synthèse

Nous concluons que suivre une méthodologie de recherche dans une étude scientifique est indispensable, permet au chercheur d'organiser et de définir les étapes nécessaires dans sa recherche, et cette méthodologie varie d'une étude à une autre et d'un objectif à un autre.

Et la phase de la présentation, l'analyse des résultats et la discussion des hypothèses constitue l'une des étapes importantes de la méthodologie de la recherche, c'est ce que nous allons savoir en détails sur notre recherche dans le chapitre suivante.

Chapitre V

Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

Préambule

La présentation, l'analyse des résultats et la discussion des hypothèses est une étape clé de toute une recherche scientifique, permet d'abord d'exposer les résultats obtenus à partir des données recueillies, puis de les examiner pour vérifier si les hypothèses posées au départ sont confirmées ou pas .

Pour cela, nous visons dans ce chapitre à présenter et à analyser les résultats issus dans notre enquête qui été menée auprès des personnes âgées en foyer après la pandémie de COVID-19 pour comprendre la santé mentale de ces personnes par rapport au trouble de la dépression et de l'anxiété en lien avec les mesures préventives prises en cette période dans ce lieux et la mesure préventive qui est toujours en vigueur à ce jour qui consiste l'interdiction de ces personnes de sortir seules hors de ce foyer, afin de confirmer ou infirmer nos hypothèses formulées.

1-Présentation et analyse des résultats des cas

1-1-Présentation et analyse des résultats de cas N°01 (Faroudja)

➤ Présentation du cas

Il s'agit de Mme « Faroudja », vit dans le FPA de la wilaya de Béjaïa depuis 8 ans, elle a 63 ans, sans niveau d'instruction, elle est veuve, et n'a pas d'enfants. Femme au foyer, elle n'a jamais exercé de profession, elle s'occupe uniquement de sa maison, et elle n'a pas de retraite. Elle souffre du diabète, de l'hypercholestérolémie et de goitre, actuellement elle est suivie par un endocrinologue et diabétologue, et sur le plan psychologique elle souffre de stress, elle est aussi suivie par un psychiatre, et des séances de consultation aussi chez la psychologue du foyer.

➤ Analyse de l'entretien :

Au début, « Faroudja » était hésitante de parler avec nous et de participer à l'entretien de notre recherche. D'ailleurs, elle a dit : « *Je ne sais pas ce que vous voulez ni ce que je dois vous raconter.¹* », mais après l'intervention de la psychologue du foyer qui lui a expliqué la situation, elle a décidé de participer avec nous et s'est calmée.

¹ « Uzrigh ara dachu tebgham nagh dachu awendehkugh ».

Chapitre V : Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

Avant son entrée en FPA, elle vivait avec son mari dans une maison louée en ville. Elle garde un souvenir très affectueux de sa vie d'avant, en particulier de sa enfance au village, elle a dit : « *C'étaient les plus beaux jours de ma vie, j'aimerais pouvoir revenir à cette période.*² », elle décrit sa relation conjugale comme harmonieuse, malgré les tensions avec la famille de son mari, elle déclare : « *Ils m'ont épuisée avec leurs problèmes, même ma belle-mère va chez les sorciers pour nous faire divorcer.*³ ».

« Faroudja » est entrée au FPA de Béjaïa par nécessité, après le décès de son mari, elle s'est retrouvée seule et incapable de payer le loyer de la maison que son mari avait louée, ce sont ses frères qui payaient le loyer pour elle au début, puis ils l'ont prise chez eux. Elle a vécu pendant 7 mois en alternance chez eux, elle a expliqué son entrée par une situation d'abandon familial, elle a dit : « *Je vivais ainsi chez eux, puis ils se sont lassés de moi et ont décidé de m'amener ici au foyer des personnes âgées, aucun d'eux ne me contacte par téléphone ou ne vient à moi, sauf ma sœur mariée, mais elle ne peut pas me prendre chez elle car son mari a refusé.* », et elle a ajouté : « *C'est la mort qui m'a rendue comme ça, m'a enlevé tout ce que j'aimais, d'abord mes parents, puis mon mari, s'ils étaient encore là, je ne serais jamais venue ici ni devenue comme ça.*⁴ ».

Le jour de son arrivée au foyer reste un événement traumatique pour elle, a dit : « *J'ai été choquée, complètement bouleversée quand mon frère m'a dit qu'il allait m'emmenner au foyer des personnes âgées.*⁵ », elle décrit sa première nuit comme « *les ténèbres*⁶ », ajoutant : « *Je n'ai pas fermé l'œil la première nuit, et mon taux de sucre n'arrêtait pas de monter, je n'étais pas bien.*⁷ ».

Depuis cela, sa relation avec les autres résidents du foyer et le personnel reste distante par un isolement social, elle a dit : « *Je préfère rester seule dans ma chambre, je ne dérange personne et personne ne me dérange.*⁸ ».

² « *Lan d ussan akk igelhan g lhayatiw temenigh lukan ad ughalegh gh leweqt nni* ».

³ « *Neghaneyi s lmachakil nsen uma tamghartiw tetruhu gh iderwichen i wakken aghtesevru* ».

⁴ « *Ligh zedghegh ghursen umb3ad 3eyan degi disidined après ayedawin gh uxxam imgharen uma yiwen degsen uydila3i g telephone nagh ad iruh ghurri gherda hacha uletma idiseqsayen fellli ma3na utezmir ara aytawi nakhater iguma wergazis ad zedghegh ghursen* ».

⁵ « *Ligh chukigh nehewalegh imi ydinna gema akma wigh akham imgharen* ».

⁶ « *Detlam* ».

⁷ « *Udeqmich ara titiw g itt amenzu uma desekriw italli uligh ara bein* ».

⁸ « *Thibigh ad qimegh imaniw g tekhamet yiwen uyidirunjay udirunjayegh yiwen* ».

Chapitre V : Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

Pendant la pandémie de COVID-19, « Faroudja » a affirmé que des mesures préventives strictes ont été mises en place, et un sentiment de peur a été ressenti durant cette période, elle a dit : « *Nous avons peur ici, et des mesures préventives strictes ont été mises en place. Nous ne sortions pas du foyer, nous portions toujours des masques et il y avait des désinfections régulières, nous avons vraiment eu peur.*⁹ », et à propos de la relation avec les autres résidents du foyer et le personnel pendant la pandémie, elle a dit : « *Personne ne restait avec les autres, on ne sortait pas, on ne s'asseyait ni dans le jardin ni dans la cour, on allait seulement à la cuisine pour manger, puis on retournait dans notre chambre.*¹⁰ ».

Après la pandémie de COVID-19, « Faroudja » est restée dans la même état de son santé, elle est toujours avec son traitement et ses maladies, par rapport à son état psychologique, elle a dit : « *J'ai pas vu une amélioration de mon état psychologique après corona, le stress est toujours en moi.*¹¹ ».

Et « Faroudja », après la pandémie, n'a pas trouvé un rythme de vie satisfaisant, ce qui ressort dans ses paroles : « *Je reste souvent dans ma chambre, je ne participe pas aux activités, je n'ai pas envie, je ne parle pas beaucoup avec les autres résidents, mon rythme c'est juste me lever, manger, et retourner dans la chambre, je n'ai pas trouvé de plaisir dans la vie ici.*¹² ».

Pour ce qui concerne ses souhaits pour améliorer son bien-être mental en foyer, elle a dit : « *Je souhaite que ma famille me rende visite et pouvoir sortir un peu pour me distraire en dehors de ce foyer.*¹³ ».

⁹ « *Nekhle3 dayi uma churut nni ighdkhedmen akken bezaf unetefegh ara, nekhedem toujours tikmamin, adizanfikti, wlh nugad mlih dayi.* ».

¹⁰ « *Yiwen uritghamay gh wayet, untefegh, uneteghamay g Jardin, unetghamay g la cour, netruhu kan gh tkuzinet anech après ad nughal gh tekhamet.* ».

¹¹ « *Uzrigh arak tanefsitiw bein, après corona lsetrass toujours atan degi.* ».

¹² « *Tghamayegh toujours g tekhamtiw, uzedigh ara g les activités ulach afud, uhedreggh ara hawla d weyet rytemiw ad kreggh, ad chegh, ad ughalegh gh tekhamet, ulach akk afud dayi g kham ayi.* ».

¹³ « *Temenigh win iyifka lhal ad itass ghuri, d lukan zemreggh daghen ad fghegh chweya adbuhragh g verra.* ».

- **Synthèse de l'entretien**

« Faroudja » est socialement isolée et psychologiquement altérée par les mesures préventives strictes mises en place durant la pandémie de COVID-19, ainsi que celle maintenue après la crise, qui est l'interdiction des sorties seules, ont eu un impact négatif sur sa santé mentale, ses paroles traduisent un mal-être persistant, marqué par le stress, la solitude et une perte d'intérêt pour la vie en foyer.

- **Présentation des résultats de l'EDG**

Tableau N°02 : Présentation des résultats de l'EDG de cas N°01 (Faroudja)

L'interprétation de l' EDG	Normal (absence de dépression)	Dépression modérée	Dépression sévère
Les normes	0 à 9	10 à 19	20 à 30
Le score obtenu	/	18	/

- **Analyse des résultats de l'EDG**

Le score de 18 obtenu par « Faroudja » à l'EDG indique une dépression modérée, ce qui se reflète clairement dans ses réponses à l'échelle, elle répond "non" à la satisfaction de sa vie (item 1), ce qui traduit un désenchantement profond, en cohérence avec son sentiment d'abandon, son veuvage et son entrée contrainte au FPA. Elle déclare avoir renoncé à de nombreuses activités (item 2), ce qui reflète son retrait social et son désintérêt pour les activités proposées. Elle éprouve le sentiment que sa vie est vide (item 3) et s'ennuie souvent (item 4), confirmant un vide existentiel et une rupture du lien social. Son absence d'optimisme face à l'avenir (item 5) traduit une perte d'espoir, renforcée par la solitude et la chronicité de ses maladies. Elle est également envahie par des pensées récurrentes (item 6), ce qui reflète une rumination mentale qui est l'un des caractéristiques des troubles dépressifs. Bien qu'elle déclare être de bonne humeur dans (l'item 7), ce contraste peut s'expliquer par des mécanismes défensifs ou une fluctuation de l'humeur, Elle craint l'avenir (item 8) et se dit malheureuse (item 9), ce qui confirme un état émotionnel négatif persistant. À (l'item 10), elle affirme ne pas avoir besoin d'aide pour ses activités, ce qui pourrait indiquer une relative autonomie physique, mais cela ne contrebalance pas son mal-être psychique. Elle ne se sent

Chapitre V : Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

pas agitée (item 11), ce qui oriente davantage vers une dépression apathique que mélancolique. Elle préférerait rester seule dans sa chambre (item 12), signe d'un isolement social volontaire mais douloureux, renforcé par son sentiment de rejet familial. Elle n'est pas inquiète pour l'avenir (item 13), ce qui peut refléter une résignation, plutôt qu'un véritable apaisement. Elle considère que sa mémoire est dégradée (item 14), ce qui est fréquent chez les personnes âgées déprimées, où l'on parle souvent de troubles cognitifs fonctionnels liés à la dépression. Elle trouve qu'il n'est pas merveilleux de vivre aujourd'hui (item 15), ce qui traduit une perception négative de l'époque actuelle, renforcée par son isolement. Elle déclare avoir souvent le cafard (item 16) et manquer d'énergie (item 21), ce qui correspond aux symptômes classiques de la dépression (tristesse, fatigue, ralentissement). Elle désespère de sa situation (item 22), sentiment renforcé par sa phrase : « C'est la mort qui m'a enlevé tout ce que j'aimais ». Elle a du mal à démarrer de nouveaux projets (item 20), ne trouve pas de plaisir à se lever le matin (item 27), et refuse souvent les activités proposées (item 28), ce qui traduit une anhédonie profonde, typique des épisodes dépressifs. Elle trouve difficile de se concentrer ou de prendre des décisions (item 30), signe de ralentissement cognitif associé à la dépression, et elle nie certains symptômes comme l'irritabilité, les pleurs, ou la nervosité, ce qui peut indiquer une forme de dépression intériorisée, sans expression émotionnelle extérieure marquée.

➤ Présentation des résultats de l'IAG

Tableau N°03 : Présentation des résultats de l'IAG de cas N°01 (Faroudja)

L'interprétation de l'IAG	Anxiété normale	Anxiété modérée	Anxiété sévère
Les normes	0 à 8	9 à 10	11 à 20
Le score obtenu	/	/	11

- **Analyse des résultats de l'IAG**

« Faroudja » présente un score de 11 sur 20 à l'IAG, ce qui correspond à un niveau d'anxiété sévère. Ce score élevé témoigne d'une inquiétude généralisée et persistante, en lien avec son vécu personnel et sa situation actuelle en foyer.

Dès le premier item « Faroudja » confirme une inquiétude omniprésente, cette anxiété semble profondément enracinée dans son expérience d'abandon et dans le contexte des mesures préventives liées à la pandémie de COVID-19, encore celle en vigueur aujourd'hui. Son isolement familial, le manque de visites et l'absence de sécurité affective renforcent ce climat anxiogène.

Elle affirme également ne pouvoir s'empêcher de s'inquiéter, même pour des choses insignifiantes (item 9), ce qui indique un état d'hypervigilance émotionnelle, cette tendance à la rumination est typique chez les personnes ayant subi des ruptures affectives importantes, comme l'entrée en foyer après le décès de son mari une transition qu'elle a qualifiée de traumatisante, cela explique aussi sa réponse positive à (l'item 14) (« J'anticipe toujours le pire»), révélateur d'un biais pessimiste dans l'anticipation des événements futurs.

« Faroudja » se décrit elle-même comme étant de nature inquiète (item 8) et nerveuse (item 13), ce qui confirme un trait de personnalité anxieux. Sur le plan somatique, elle mentionne des douleurs abdominales liées à l'inquiétude (item 12) et des nœuds à l'estomac (item 18), manifestations corporelles fréquentes chez les personnes âgées souffrant d'anxiété chronique. Elle répond également positivement à l'item 4 (« Il m'est difficile de me détendre»), illustrant une tension psychique constante.

Elle reconnaît rater des opportunités en raison de son anxiété (item 19) et se sentir fréquemment bouleversée (item 20), ce qui montre que l'anxiété nuit non seulement à son bien-être émotionnel, mais aussi à sa capacité d'action au quotidien.

Cependant, un certain décalage apparaît dans ses réponses : elle minimise certains aspects de sa souffrance en répondant négativement à des items tels que « Je crois que mes inquiétudes perturbent ma vie » (item 16) ou « Je me sens fragile » (item 15). Cette dissonance pourrait témoigner d'une difficulté à reconnaître pleinement l'impact de son anxiété, ou d'un mécanisme de défense visant à préserver une image valorisante de soi malgré la souffrance intérieure.

➤ Synthèse de cas N°01 (Feroudja)

« Feroudja » présente un profil marqué par l'isolement social, une rupture affective douloureuse et un repli sur soi persistant, elle révèle un attachement profond à sa vie antérieure, vécue comme une période de stabilité et de bonheur et aujourd'hui est perdue. L'entrée en FPA, vécue comme un abandon, a laissé une empreinte émotionnelle forte, accentuée par l'absence de contacts familiaux et la monotonie du quotidien, et depuis la pandémie de COVID-19, son état psychologique s'est dégradé, elle évite les interactions sociales, ne participe plus aux activités proposées et décrit sa vie comme vide de sens, cette détresse psychique est renforcée par l'absence de perspectives, la restriction des sorties et le sentiment d'enfermement. Malgré cela, certains éléments de son discours traduisent une lucidité conservée et un désir de changement exprimé par le souhait de renouer avec l'extérieur, et la santé mentale de cette résidente a été fortement affectée après la pandémie de COVID-19 par un trouble anxieux sévère et un trouble dépressif modéré, en raison des mesures préventives mises en place durant la crise de COVID-19 et de la restriction de sortie seule qui est toujours en vigueur à ce jour en foyer.

1-2-Présentation et analyse des résultats de cas N°02 (Belkacem)

➤ Présentation du cas

« Belkacem » est un homme âgé souffrant d'une déficience auditive partielle en raison de son âge avancé. Il a 77 ans. Il réside en FPA de la wilaya de Béjaïa depuis 11 ans. Il était agriculteur, actuellement est retraité, il a une petite pension mensuelle. Divorcé et père de trois enfants (un fils et deux filles). Il souffre du diabète en tant que maladie chronique, ainsi que des douleurs musculaires. Et il ne présente aucun trouble psychologique.

➤ Analyse de l'entretien

« Belkacem » présente un parcours de vie marqué par l'isolement affectif, suite à un divorce survenu à l'âge de 30 ans, en raison d'un manque de compréhension entre lui et sa femme, il nous a dit : « *Je ne m'entendais pas avec elle, alors je l'ai divorcée.¹⁴* », avant leur séparation, ils menaient une vie heureuse avec leurs trois enfants, lui travaillait et elle s'occupait des tâches de la maison.

¹⁴ « *Umsefhamegh ara dides i3edda vrighas* ».

« Belkacem », possédait plusieurs terrains d'agriculteurs, des moutons, des oliviers et des arbres fruitiers. Lui et sa femme s'occupaient ensemble de tout cela, il a dit : « *On vivait comme tout le monde, ma femme m'aide dans mon travail agricole, elle me respectait et je la respectais.*¹⁵ ».

Son entrée au foyer n'a pas été un choix volontaire, mais une nécessité imposée par l'usure physique et l'abandon social, il affirme : « *Je n'avais personne pour s'occuper de moi*¹⁶ », ce qui met en évidence une solitude extrême et un manque de soutien familial, ce sentiment est renforcé lorsqu'il dit avec amertume : « *Mes enfants ne m'aiment pas, c'est pour cela qu'ils ne s'intéressent pas à moi.*¹⁷ ».

Malgré cela, « Belkacem » affirme : « *Je suis heureux ici en foyer des personnes âgées.*¹⁸ », cela présente sa résilience, et son effort pour trouver un équilibre dans un nouvel environnement, il entretient de bonnes relations avec les autres résidents et le personnel, ce qui a compense partiellement l'absence de liens familiaux pour lui.

Cependant, la pandémie de COVID-19 a constitué une période difficile pour lui, il évoque cette pandémie avec ce qui suit : « *Nous étions très inquiets et nous ne savions pas ce qui allait se passer ensuite, et j'avais peur de mourir à cause de cela.*¹⁹ », ce qui signifie que « Belkacem » présente un état de la peur de la mort et une perte de repères, il admet aussi : « *Je me mettais souvent en colère, même pour des raisons insignifiantes.*²⁰ », il a ajouter : « *nous ne sortons pas, nous ne parlons pas entre nous, nous sommes vraiment déprimés.*²¹ ».

Depuis la fin de la pandémie, « Belkacem », dit avoir retrouvé une forme de stabilité, a dit : « *Dieu merci, ma santé est bonne.*²² », malgré la persistance de douleurs physiques et de son diabète, il semble tirer profit du suivi médical régulier.

¹⁵ « *Net3ich am medden akk, tametutiw tet3awaneyi g lkhudma ynu n tfelaht, tetqadareyi teqadaregt* ».

¹⁶ « *Use3igh hedd ad iqum yessi* ».

¹⁷ « *Lwachuliw uyethibin ara fanehta usentuqi3 ara lme3na degi* ».

¹⁸ « *Ferhegh dayi g kham imgharen* ».

¹⁹ « *Nella netqeleq, unezrara dachu ad yedrun après, ligh ugadegh ad methegh zeges* ».

²⁰ « *Ligh feq3e3 toujours, uma felehwayej timechtah* ».

²¹ « *Untefegh ara, uneheder ara wigaranegh, wlh nella n déprimi akk* ».

²² « *Hmdlh sehaynew telha* ».

Chapitre V : Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

Sur le plan émotionnel, il a exprimé un besoin de renouveau, il souhaite des activités culturelles, musicales, et des sorties pour rompre la monotonie il a dit : « *Ces sorties comme celles d'avant le COVID me manquent beaucoup, nous avons l'habitude de pouvoir sortir seuls et d'aller où nous voulions mais maintenant ce n'est plus possible, sincèrement nous en avons marre de cette situation.*²³ ».

• Synthèse de l'entretien

« Belkacem » est un homme âgé marqué par une longue solitude affective après un divorce et un éloignement familial, il a été contraint d'entrer en FPA en raison de sa dépendance physique. Bien qu'il affirme aujourd'hui s'être adapté, son discours montre qu'il a été profondément affecté par les mesures préventives de la pandémie de COVID-19, notamment le confinement et l'isolement, ces événements ont eu un impact négatif durable sur sa santé mentale.

➤ Présentation des résultats de l'EDG

Tableau N°04 : Présentation des résultats de l'EDG de cas N°02 (Belkacem)

L'interprétation de l'EDG	Normal (absence de dépression)	Dépression modérée	Dépression sévère
Les normes	0 à 9	10 à 19	20 à 30
Le score obtenu	/	19	/

• Analyse des résultats de l'EDG

« Belkacem » obtient un score de 19 sur 30 à l'EDG, indiquant une dépression modérée, Il répond négativement à (l'item 1), ce qui traduit une vision négative de son quotidien, il dit avoir abandonné de nombreuses activités (item 2), trouve sa vie vide (item 3) et s'ennuie souvent (item 4), témoignant d'un manque d'intérêt généralisé et d'anhédonie, il ne voit pas l'avenir positivement (item 5) et rumine fréquemment (item 6), indiquant une tendance dépressive persistante.

²³ « *Wlh tufghiwin nni uqvel COVID nekhaq felasent, nella uqvel nezmer anefegh imanenegh , netruhu anda nevgha me3na tura unezmir ara , seh kan wlh ne3ya g lhala ayi* ».

Chapitre V : Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

Il se décrit toutefois de bonne humeur (item 7), ce qui peut être un mécanisme de défense ou refléter une lueur de stabilité affective. Cependant, il a peur de l'avenir (item 8), et ne se sent pas heureux la plupart du temps (item 9), il ne demande pas d'aide pour ses activités (item 10), ce qui montre une autonomie physique, se dit nerveux (item 11), qui présente un état d'irritabilité.

Il préfère rester seul dans sa chambre (item 12) et ne s'inquiète pas de l'avenir (item 13), signes de désengagement social et d'abattement psychologique. Il pense que sa mémoire est mauvaise (item 14), ce qui pourrait être un symptôme dépressif plutôt qu'un trouble cognitif objectif. Il ne trouve pas la vie actuelle merveilleuse (item 15) et éprouve souvent du cafard (item 16), qui sont des signes d'un mal-être profond.

Cependant, il ne se sent pas inutile (item 17) ni obsédé par le passé (item 18), et il trouve encore la vie passionnante (item 19), ce qui montre une certaine résilience. Il admet avoir du mal à commencer de nouveaux projets (item 20), ne pas se sentir plein d'énergie (item 21), et se sentir sans espoir (item 22), ce qui renforce le tableau dépressif.

Il ne pense pas que les autres ont plus de chance que lui (item 23), n'est pas souvent irrité (item 24), et ne pleure pas fréquemment (item 25), ce qui pourrait suggérer une dépression masquée ou inhibée. Il ne signale pas de problèmes de concentration (item 26), mais n'est pas motivé à se lever le matin (item 27), et refuse souvent les activités (item 28). Il prend encore des décisions (item 29), mais n'a pas l'impression d'avoir l'esprit clair (item 30), qui confirmant une plainte cognitive subjective.

➤ Présentation des résultats de l'inventaire de l'IAG

Tableau N°05 : Présentation des résultats de l'IAG de cas N°02 (Belkacem)

L'interprétation de l'IAG	Anxiété normale	Anxiété modérée	Anxiété sévère
Les normes	0 à 8	9 à 10	11 à 20
Le score obtenu	/	10	/

- **Analyse des résultats de l'IAG**

« Belkacem » présente une anxiété modérée avec un score de 10 sur 20, reflète un vécu émotionnel marqué par l'inquiétude, la solitude et une forme d'usure psychique liée à l'âge et aux événements de vie. À (l'item 1), il reconnaît vivre dans une forte inquiétude, ce qui fait écho à son discours sur la peur de l'abandon, la solitude affective et la crainte de la mort durant la pandémie. Il affirme également avoir des difficultés à prendre des décisions (item2), dues à la perte de repères sociaux et familiaux. Et « Belkacem » ne se sent pas souvent agité (item 3), ce qui témoigne d'une certaine capacité d'adaptation et d'apaisement dans son environnement actuel en foyer, il reconnaît qu'il lui est difficile de se détendre (item 4), et cela s'exprime par ses réactions de colère fréquentes durant la pandémie, son sentiment d'enfermement, et le manque d'activités extérieures.

Il ne considère pas que ses inquiétudes l'empêchent de profiter de la vie (item 5), ce qui laisse penser qu'il parvient encore à tirer du plaisir de certaines relations humaines au foyer, malgré la distance familiale. À (l'item 6), il reconnaît qu'un rien le dérange, ce qui traduit une hypersensibilité accrue amplifiée par le stress chronique et le manque de stimulation. Il ne se décrit pas comme constamment « nerveux » ou « avec les nerfs en boule » (item 7), ni comme submergé par ses inquiétudes (items 16 et 17), ce qui montre qu'il conserve un certain contrôle émotionnel. Il se définit toutefois comme étant de nature inquiète (item 8), ce qui est cohérent avec son discours et son attitude générale.

Il ne s'inquiète pas excessivement pour des détails (item 9), ce qui indique une anxiété centrée sur des enjeux concrets (santé, relations, confinement), plutôt qu'un trouble anxieux généralisé. Il admet ressentir souvent de la nervosité (item 10), notamment durant les périodes de crise sanitaire. Il ne semble pas avoir d'anxiété causée par ses propres pensées (item 11), ni de manifestations somatiques telles que douleurs abdominales (item 12), ce qui montre une relative séparation entre sa vie émotionnelle et ses ressentis physiques. Il se considère comme une personne nerveuse (item 13) et avoue anticiper le pire (item 14), deux réponses cohérentes avec ses expériences vécues, notamment la pandémie et le sentiment d'abandon.

Il exprime se sentir souvent fragile (item 15), ce qui renvoie à son état de santé (diabète, douleurs physiques) et à sa vulnérabilité psychique. Toutefois, il ne pense pas que ses inquiétudes perturbent sa vie (item 16), ni qu'elles l'accablent (item 17), ce qui reflète sa

résilience. Il ne présente pas non plus de symptômes physiques d'anxiété (item 18), ne se dit pas privé d'opportunités à cause de l'inquiétude (item 19), mais affirme se sentir souvent bouleversé (item 20), notamment en lien avec l'absence de sorties seules, l'ennui et la perte de lien social depuis la pandémie.

➤ Synthèse de cas N°2 (Belkacem)

« Belkacem » est dans un état de santé mentale s'est dégradé après la pandémie de COVID-19, déjà fragilisé par un isolement affectif lié à un divorce et à l'éloignement de ses enfants, il a été fortement impacté par les mesures préventives mises en place durant la pandémie, comme le confinement, la coupure des liens sociaux et la suspension des activités collectives. Ces conditions ont contribué à l'apparition chez lui d'un trouble anxieux modéré, ainsi que des signes de trouble dépressif modéré, exprimés à travers un discours centré sur la solitude, la colère, la perte d'intérêt et la peur de la mort, malgré ces difficultés, « Belkacem » montre des signes de résilience, il affirme se sentir relativement bien dans le foyer, entretient de bonnes relations avec les autres résidents et le personnel, et exprime le désir de reprendre des activités sociales et culturelles.

1-3-Présentation et analyse des résultats de cas N°3 (Arezki)

➤ Présentation du cas

Monsieur « Arezki » est un homme âgé de 71 ans. Il a effectué sa scolarité primaire durant la période coloniale française. Veuf et père de trois filles, il réside depuis 13 ans en FPA de la wilaya de Béjaïa.

Ancien maçon aujourd'hui à la retraite, Monsieur « Arezki » a connu une trajectoire familiale marquée par des épisodes de souffrance et de remaniements. De son premier mariage, il a eu une fille avec laquelle il entretient de bonnes relations. Cependant, la gestion conjointe de sa vie professionnelle, exigeante en déplacements fréquents sur divers chantiers à travers le pays, et la surveillance de sa fille après le décès de sa mère (qui est son épouse) a représenté une source importante de stress et de déséquilibre pour lui, cette situation a contribué à une forme de détresse, l'amenant à se remarier dans l'espoir d'un nouvel équilibre affectif et familial.

De cette seconde union, sont nées deux filles. Toutefois, cette nouvelle relation n'a pas permis d'apaiser les tensions, des divergences de mode de vie ont rapidement émergé,

tandis que Monsieur « Arezki » devait souvent s'absenter pour son travail, son épouse insistait fréquemment pour retourner vivre chez ses propres parents pendant plusieurs jours, ce qui ne convenait pas à Monsieur « Arezki », ces différends ont mené à une séparation.

Après le divorce, ses filles ont été confiées à l'aide sociale à l'enfance (DAS), où elles ont été placées jusqu'à leur adolescence, avant de se marier. Aujourd'hui, elles sont en bons termes avec leur père et entretiennent un contact régulier avec lui.

Sur le plan spirituel, Monsieur « Arezki » est un homme pieux, ayant récemment accompli une Omra. Sur le plan somatique, il souffre de tuberculose et d'hypertension artérielle, pathologies pour lesquelles il suit un traitement médical adapté. Quant à sa santé psychologique elle est jugée globalement bonne.

➤ Analyse de l'entretien :

Avant son entrée en FPA, « Arezki » vivait seul depuis longtemps, il témoigne d'un attachement profond avec sa famille surtout avec sa défunte épouse (sa première épouse), il était très heureux avec elle, il a dit : « *Que Dieu ait son âme, elle était une épouse exemplaire, elle a beaucoup souffert avec moi, je suis très triste pour elle aujourd'hui.*²⁴ », et il a même pleuré. Il a décrit son quotidien par son travail en France, tandis que sa femme et ses filles étaient restées ici avec sa famille, en particulier avec sa mère et ses frères.

Monsieur « Arezki » réside au foyer depuis plusieurs années. Il y est entré par nécessité, en raison de son isolement et de la difficulté à gérer seul son quotidien avec l'âge.

À son arrivée, il a éprouvé de la tristesse et une forme d'angoisse, mais il a rapidement su s'adapter, il affirme aujourd'hui être à l'aise dans cet environnement et entretenir de bonnes relations avec les autres résidents ainsi qu'avec le personnel, il a dit : « *Dieu merci, je vais bien ici, je ne dérange personne, je gère mes affaires moi-même et je n'ai besoin de personne, ma relation avec tout est respectueuse.*²⁵ », et il reconnaît que la transition n'a pas été facile au début mais avec le temps il a retrouvé un équilibre de vie.

Durant la pandémie de COVID-19, il dit avoir vécu une période particulièrement difficile marquée par la peur par rapport aux mesures de confinement strictes d'ailleurs

²⁴ « *Atirhem rebbi nchlh, tella tametut d wawal, ten3etab mlih didi, heznegh mlih felas assa* ».

²⁵ « *Hamdlh t3ichegh bein dayi, udirunjayegh hedd, khedmegh lechghaliw imaniw uhwajegh hedd, l3alaqaynu d meden akk s lmeqadra* ».

a dit : « *C'était comme si le temps s'arrêtait. On ne savait pas quand ça allait finir.*²⁶ », il se sentait isolé et inquiet pour sa santé, et les interactions avec les autres résidents et le personnel dans cette période il a confirmé qu'étaient limitées, il a dit : « *personne ne se comporte avec les autres sauf en cas de nécessité.*²⁷ », il n'a pas bénéficié d'un accompagnement psychologique durant cette période, malgré il avoue avoir ressenti parfois de la colère et de la frustration.

Depuis la fin de la pandémie, Monsieur « Arezki » affirme que son état de santé général est stable. Il souffre de douleurs liées à l'âge, mais bénéficie d'un suivi médical régulier au foyer.

Sur le plan psychologique, il dit se sentir mieux, moins stressé, plus apaisé, et heureux de pouvoir à nouveau interagir avec les autres résidents. Il a retrouvé un rythme de vie satisfaisant grâce à la levée de certaines restrictions comme le confinement, il ne ressent pas aujourd'hui le besoin d'un soutien psychologique, et il a affirmé que pour son soutien psychologique il privilège la prière plutôt que l'aide d'un psychologue, où il a dit : « *Je n'ai pas besoin de parler à un psychologue, parce que je suis une personne qui vénère le Dieu, cela me suffit car je me sens en sécurité lorsque je prie.*²⁸ ».

« Arezki » exprime le souhait que des sorties culturelles ou des activités de loisirs soient organisées pour renforcer son bien-être ici en foyer, il a dit : « *si on organisait plus des sorties ou des choses pour nous distraire, ça me ferait du bien parce que rester enfermé tout le temps, ce n'est pas une vie.*²⁹ ».

• Synthèse de l'entretien

Monsieur « Arezki » a vécu un parcours marqué par la perte de repères familiaux, ce qui a progressivement mené à son isolement et à son entrée en FPA. Malgré des débuts difficiles, il a su s'adapter et reconstruire un équilibre de vie satisfaisant au sein de l'institution. Très attaché à sa famille et à sa spiritualité, cette dernière joue un rôle clé dans

²⁶« *Amaken ihbes lweqt une3lim aweq ad tfakk* ».

²⁷« *Wa ur item3amal d wayet hacha ma yerra lhal akk* ».

²⁸« *Uhwajegh ara ad hedreggh d upsyhologue nakhater nekk d l3ebed i3ebden rebbi, anechta ichat yi nakhater asma d zalegh thusugh imaniw g laman* ».

²⁹« *Ma yella 3elend tufgha nagh lehwayej usgunfu wlh bein nakhater aneqim kan akka nkunfini g yiwen umkan machi d lhayat* ».

Chapitre V : Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

sa stabilité émotionnelle, la pandémie de COVID-19 a été une période éprouvante, marquée par la peur et l'isolement. Bien qu'il n'ait bénéficié d'aucun soutien psychologique, il a affronté cette période seul, Sa foi, son autonomie et ses bonnes relations sociales agissent comme des facteurs de protection solides.

➤ Présentation de l'EDG

Tableau N°06 : Présentation de l'EDG de cas N°03 (Arezki)

L'interprétation de l'EDG	Normal (absence de dépression)	Dépression modérée	Dépression sévère
Les normes	0 à 9	10 à 19	20 à 30
Le score obtenu	06	/	/

• Analyse des résultats de l'EDG

Le score total « Arezki » est de 6 sur 30, ce qui indique une absence de dépression selon l'interprétation standard de l'échelle, en analysant ses réponses, on remarque une cohérence avec les éléments cliniques relevés dans l'entretien. Tout d'abord, il répond « Oui » à la première question, déclarant être satisfait de sa vie, ce qui s'aligne avec son discours, il affirme s'être adapté au foyer et avoir retrouvé un équilibre. Cependant, il admet avoir abandonné plusieurs centres d'intérêt (item 2), ce qui est compréhensible compte tenu de l'évolution de son âge, des effets du veuvage, et de l'environnement institutionnel qui limite les possibilités d'activités diversifiées.

Il ne perçoit pas sa vie comme vide (item 3), ni marquée par l'ennui ou l'inutilité, ce qui reflète une certaine stabilité psychologique, son état d'esprit reste globalement positif malgré quelques difficultés. Il manifeste une forme de vigilance ou de préoccupation vis-à-vis de l'avenir (item 6) notamment mise en lumière pendant la période de pandémie où il a ressenti de la peur, de la colère et de l'isolement ce qui peut expliquer cette réponse affirmative à une question négative. Il n'éprouve cependant ni désespoir, ni idées noires, et il nie les affirmations concernant le fait de se sentir sans valeur ou oublié (items 12, 22, 23).

Chapitre V : Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

L'une des réponses les plus marquantes est à (l'item 17), où il affirme ne pas se sentir plein d'énergie, ce qui traduit une fatigue générale liée à l'âge et à ses maladies chroniques (hypertension, tuberculose). Il exprime aussi avoir ressenti de la tristesse ou de la nervosité à certains moments (item 24), notamment pendant le confinement, où il a vécu une expérience d'isolement et de frustration sans soutien psychologique, cela reflète une réactivité émotionnelle ponctuelle, mais non pathologique.

Dans l'ensemble, Monsieur « Arezki » montre une personne âgée bien adaptée à la vie en foyer, avec un attachement à ses valeurs spirituelles, un bon équilibre émotionnel, et une capacité de résilience. Il ne manifeste pas de symptômes typiques d'une dépression, même s'il reconnaît certaines pertes et difficultés. Sa stabilité actuelle semble renforcée par la pratique religieuse, le respect de son autonomie et le besoin de lien social, comme en témoigne son souhait de participer à des sorties et activités culturelles, ces éléments peuvent être des facteurs de protection face au risque de dépression.

➤ Présentation des résultats de l'IAG

Tableau N°07 : Présentation des résultats de l'IAG de cas N°03 (Arezki)

L'interprétation de l'IAG	Anxiété normale	Anxiété modérée	Anxiété sévère
Les normes	0 à 8	9 à 10	11 à 20
Le score obtenu	01	/	/

• Analyse des résultats de l'IAG

Monsieur « Arezki » obtient un score de 01 sur 20 à l'IAG, ce qui indique une absence d'anxiété, ses réponses montrent une grande stabilité émotionnelle et une tranquillité psychique générale, cohérentes avec ce qu'il a exprimé lors de l'entretien. En effet, il a nié ressentir des symptômes tels que l'inquiétude excessive, l'agitation, l'anticipation négative ou encore les peurs irrationnelles, qui sont des manifestations fréquentes chez les personnes âgées souffrant d'anxiété. L'unique réponse cotée « 1 » (à l'item 14) suggère une

préoccupation ponctuelle et d'anxiété résiduelle liée à un événement passé tel que la pandémie de COVID-19, qu'il a décrite comme une période difficile et marquée par la peur et l'isolement. Toutefois, cette réponse isolée ne suffit pas à indiquer un trouble anxieux. Bien au contraire, le reste des réponses témoigne d'un état d'esprit calme et serein, renforcé par sa foi religieuse, sa capacité d'adaptation à la vie en foyer et ses relations positives avec l'entourage. Ce résultat souligne également que Monsieur « Arezki », malgré son âge avancé, ses pertes affectives et ses problèmes de santé physique, fait preuve de résilience psychologique et ne semble pas affecté par une anxiété envahissante dans son quotidien.

➤ Synthèse de cas N°3 (Arezki)

L'étude du cas de Monsieur « Arezki » met en évidence un profil psychologique globalement sain et équilibré, en dépit des facteurs de vulnérabilité liés à l'âge, à la perte du conjoint, aux maladies chroniques et à l'expérience de confinement durant la pandémie. Les résultats de l'entretien, conjugués aux données issues de l'EDG et de l'IAG, confirment l'absence de trouble dépressif ou anxieux chez ce résident. Son discours est structuré, cohérent et empreint de lucidité. Il semble avoir trouvé dans sa pratique spirituelle un facteur protecteur et une forme de régulation émotionnelle efficace. Sa situation illustre bien que, malgré les risques psychosociaux liés à l'institutionnalisation et aux crises sanitaires, certains individus parviennent à maintenir une santé mentale stable, grâce à des ressources internes solides, un vécu de vie riche, et une capacité d'adaptation remarquable.

1-4-Présentation et analyse des résultats de cas N°4 (Chabane)

➤ Présentation du cas

Monsieur « Chabane » a 69 ans, il est célibataire. Il a poursuivi ses études jusqu'en première année du collège, il réside ici dans FPA de la wilaya de Béjaïa depuis 10 ans, et a travaillé comme serveur de restauration et n'a aucun revenu mensuel. Il a une bonne santé physique, sur le plan psychologique, il est suivi par la psychologue du foyer.

➤ Analyse de l'entretien :

Avant d'entrer en foyer, Monsieur « Chabane », vivait chez ses frères, mais il ne s'y sentait pas bien, il a dit : « *Avec les femmes de mes frères, c'était souvent des disputes, je me sentais de trop.*³⁰ », ces paroles montrent un climat familial tendu et un sentiment d'exclusion, il évoque aussi sa mère avec beaucoup d'émotion, il a dit : « *Ma mère, elle m'aimait, elle me comprenait. Quand elle est morte, j'ai tout perdu.*³¹ ».

Sur le plan de ses activités, il explique : « *Je travaillais parfois comme serveur de restauration, quand je trouvais, le reste du temps, j'étais au quartier, je regardais le foot.*³² », ce qui montre que la vie de « Chabane » est marquée par l'instabilité financière.

Concernant son entrée en foyer, Monsieur « Chabane » a dit : « *Je suis ici depuis dix ans, c'est moi qui ai demandé à venir, je ne pouvais plus vivre là-bas.*³³ », il exprime ici un choix volontaire, mais fait dans un contexte de souffrance et de rejet.

Sa vie en foyer est marquée par la solitude et le repli sur soi et une adaptation progressive, il a dit : « *Au début, c'était dur, je pleurais parfois, je ne parlais à personne, maintenant, ça va un peu mieux, je parle un peu avec les gens ici, j'aime bien regarder le foot à la télé, ça me détend.*³⁴ ».

Pendant la pandémie de COVID-19, son vécu a été très lourd traduisent par un grand sentiment d'enfermement et d'angoisse, il a dit : « *C'était comme une prison, on ne sortait pas, on ne voyait personne, j'avais peur tout le temps.*³⁵ », il montre une perte d'intérêt, un isolement relationnel profond, il ajoute : « *Les journées étaient longues, je ne parlais à personne, même la télé ne me faisait plus plaisir.*³⁶ ».

³⁰ « *Akk d lkhalat wayetma toujours d lehmun thusugh imaniw d zyada* ».

³¹ « *Imma themleyi, tfehmeyid, gmi temut iruh yi kulech* ».

³² « *Ligh khedmegh tiswi3in daservur, lweqt idegran aqlin g kartyi teferijegh lmatch* ».

³³ « *Aqlin 3echresenin g mi ligh dayi, d nekk igdumundin ad ruhegh gherda, dayen uzmiregh ara ad 3ichegh dinna* ».

³⁴ « *G tazewara yu3er lhal, tetrugh tiswi3in, uhedreghe d hedd, tura cv chweya hedreghe d weyat dayi, thibeghe ad ferjreghe le foot g la télé stahlayeghe s yes* ».

³⁵ « *Astinit d lheves, unetefeghe, unezer hedd, ligh tqelqeghe toujours* ».

³⁶ « *Ussan lan kumilit, uhedreghe d hedd, uma d la télé uytughi3 ara dges* ».

Chapitre V : Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

Après la fin de la pandémie, il a dit : « *Je me sens un peu mieux, mais je suis fatigué, j'ai du mal à retrouver l'envie*³⁷. », « Chabane » pour lui la pandémie de COVID-19 n'est jamais partie, il a dit : « *On ne sort toujours pas seules, c'est comme la pandémie, nous en avons vraiment assez ici*.³⁸ », il a décrit son état psychologique comme suit : « *Honnêtement, je suis très abattu, chaque jour est le même, les mêmes personnes, les mêmes situations, nous avons besoin de changement*.³⁹ ».

• Synthèse de l'entretien

Monsieur « Chabane », il évoque avec émotion le souvenir de sa mère, seule figure de réconfort. Son parcours professionnel est marqué par une précarité économique, ayant exercé des petits emplois sans stabilité. À son arrivée au foyer, il a traversé une période difficile d'adaptation, marquée par la solitude et le repli sur soi. Il mentionne une légère amélioration au fil du temps, grâce à quelques interactions sociales et des activités simples comme regarder le football. La pandémie de COVID-19 a fortement aggravé son mal-être, vécue comme une période d'enfermement, d'angoisse et d'isolement extrême. Même après la crise sanitaire, il continue de ressentir un profond abattement et une lassitude face à la monotonie quotidienne du foyer, exprimant un besoin de changement.

➤ Présentation des résultats de l'EDG

Tableau N°08 : Présentation des résultats de l'EDG de cas N°04 (Chabane)

L'interprétation de l'EDG	Normal (absence de dépression)	Dépression modérée	Dépression sévère
Les normes	0 à 9	10 à 19	20 à 30
Le score obtenu	/	/	21

³⁷ « *Thusugh lhagh chweya, me3na a3yigh, ulach lenvi* ».

³⁸ « *Unetefegh ara imanenegh toujours am la vague nni aqlagh toujours neqim dayi* ».

³⁹ « *Seh kan digutigh heznegh kul ass dwin kan, d l3ibad nni kan, d lhala nni kan , nevgha changement* ».

- **Analyse des résultats de l'EDG**

« Chabane » obtient un score total de 21 sur 30 à l'EDG, ce qui correspond à un niveau de dépression sévère. Il répond positivement à (l'item 1), et cela est dû à son acceptation de sa présence dans le FPA. En revanche, sa réponse à (l'item 2) indique un désengagement important de ses loisirs et routines habituels, ce retrait est renforcé par les (items 3 et 4), qui sont révélateurs d'un sentiment de vide existentiel et d'un ennui constant.

À (l'item 5), il nie se sentir souvent joyeux, signalant une anhédonie, c'est-à-dire une perte de la capacité à ressentir du plaisir. (L'item 6) montre qu'il est préoccupé par l'avenir, traduisant une forme d'anxiété anticipatoire. Il indique aussi ne pas être heureux la plupart du temps (item 7), ni ressentir le plaisir de vivre (item 8), ce qui illustre une humeur dépressive persistante.

Aux (items 9 et 10), il nie se sentir sans défense, mais ne trouve pas merveilleux de vivre aujourd'hui, ce qui indique un désintérêt pour le présent. Il continue à affirmer, à (l'item 11), ne pas trouver la vie merveilleuse, et à (l'item 12), préfère rester enfermé plutôt que sortir, qui est signe d'isolement social et de retrait relationnel.

Il confirme souvent avoir le cafard (item 13), tout en niant se sentir énergique (item 14). À (l'item 15), il dit ne pas avoir perdu l'intérêt pour les activités, ce qui semble contradictoire, mais il reste minoritaire dans le contexte général. À (l'item 16), il répond « Non », ce qui indique qu'il n'est pas particulièrement pessimiste sur son avenir proche, qui est un signe résiduel de lucidité ou de déni.

Il se sent cependant inutile (item 17) et dit que sa vie actuelle est sans espoir (item 18), ce qui montre une perte du sens et de la valeur personnelle. Il affirme ne plus avoir d'intérêt pour ses activités (item 19) et avoir moins d'énergie qu'avant (item 20), qui sont deux éléments caractéristiques de l'apathie et du ralentissement psychomoteur.

Aux (items 21 et 22), il déclare ne plus se sentir heureux dans la vie et pense que sa situation est sans espoir, traduisant un désespoir profond. Il répond « Non » à (l'item 23) (concernant des problèmes de mémoire), ce qui laisse penser que ses fonctions cognitives sont relativement préservées. Les (items 24 et 26) sont également cotés 0, ce qui montre qu'il ne se sent pas aussi bien que d'autres ni en perte d'appétit, ce qui peut être interprété comme quelques ressources somatiques préservées.

Chapitre V : Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

(L'item 25) montre qu'il pleure souvent, ce qui souligne une souffrance émotionnelle manifeste. Il répond « Oui » à (l'item 27), indiquant qu'il aime encore être en compagnie des autres, ce qui laisse entrevoir un besoin de lien social, bien que limité. Il nie que la plupart des gens sont mieux lotis que lui (item 28), mais affirme tout de même que sa situation est difficile, et les (items 29 et 30) révèlent qu'il se sent souvent vide et moins en forme, ce qui conclut le profil par une impression d'épuisement général et d'abattement global, et les 21 items cotés positivement dans le profil de Monsieur « Chabane » traduisent une dépression sévère, combinant anhédonie, repli social, tristesse persistante, désespoir, et fatigue psychique.

➤ **Présentation des résultats de l'IAG**

Tableau N°09 : Présentation des résultats de l'IAG de cas N°04 (Chabane)

L'interprétation de l'IAG	Anxiété normale	Anxiété modérée	Anxiété sévère
Les normes	0 à 8	9 à 10	11 à 20
Le score obtenu	/	/	16

• **Analyse des résultats de l'IAG**

L'analyse de l'IAG de « Chabane » révèle un niveau d'anxiété élevé, avec un score de 16 sur 20, ce qui indique une anxiété sévère. La majorité de ses réponses confirment un état de tension psychique persistant. Il déclare vivre constamment dans l'inquiétude (item 1), avoir des difficultés à prendre des décisions (item 2) et se sentir souvent agité (item 3), ce qui peut être mis en lien avec son passé instable, son isolement social, et le contexte stressant de la pandémie. Il indique également qu'il lui est difficile de se détendre (item 4) et que ses inquiétudes nuisent à son bien-être quotidien (item 5), comme le montre son repli sur soi et sa plainte d'une routine pesante.

« Chabane » montre une hypersensibilité aux petites choses (item 6), se sent souvent tendu et « avec les nerfs en boule » (item 7), ce qui traduit une anxiété généralisée. Il ne se

considère pas comme une personne anxieuse de nature (item 8), mais cette réponse semble contradictoire avec ses autres affirmations, suggérant peut-être une absence de conscience de l'intensité de ses symptômes. Il indique s'inquiéter même pour des choses insignifiantes (item 9), se sentir nerveux régulièrement (item 10) et avoir des pensées anxiogènes (item 11), des éléments qui traduisent un état de vigilance excessive et de préoccupation constante.

Il ne rapporte pas de douleurs abdominales liées à l'anxiété (item 12), ce qui indique que son anxiété est plus psychologique que somatique. Il se reconnaît comme nerveux (item 13) et admet anticiper toujours le pire (item 14), ce qui est typique des personnes ayant perdu leurs repères. Il ne se dit pas souvent fragile physiquement (item 15), ce qui peut refléter un état physique encore relativement préservé. En revanche, il pense que ses inquiétudes perturbent sa vie (item 16), qu'elles l'accablent (item 17), et qu'elles lui ont déjà fait rater des occasions (item 19), ce qui montre l'impact concret de l'anxiété sur sa qualité de vie.

Il ne présente pas de symptômes somatiques majeurs comme une boule au ventre (item 18), ce qui suggère que l'expression de son anxiété reste principalement cognitive et émotionnelle. Il avoue se sentir souvent bouleversé (item 20), ce qui résume l'ensemble de son mal-être (solitude, sentiment d'oubli, vie monotone, manque de perspectives).

➤ Synthèse de cas N°4 (Chabane)

Le cas de Monsieur « Chabane » met en évidence une altération marquée de la santé mentale, en lien direct avec les conséquences psychosociales de la pandémie de COVID-19 et un vécu institutionnel difficile. Son score à l'EDG (21/30) indique une dépression sévère, caractérisée par une anhédonie, une perte de sens, une faible estime de soi et un retrait social. Parallèlement, l'IAG (score de 16/20) révèle une anxiété sévère, avec des préoccupations excessives, une agitation psychique et une incapacité à se projeter sereinement. Ces indicateurs traduisent une souffrance psychologique intense, inscrite dans un contexte de solitude, de monotonie institutionnelle et d'absence de perspectives.

1-5-Présentation et analyse des résultats de cas N°5 (Cherif)

➤ Présentation du cas

Monsieur « Cherif », réside en FPA de la wilaya de Béjaïa depuis 17 ans, âgé de 75 ans, sans niveau d'instruction, est veuf et père d'une fille unique mariée. Il travaillait comme chauffeur de camion en France, et il bénéficie d'une retraite, et souffre d'une anémie ainsi que d'une maladie chronique entraînant un gonflement et une rougeur persistante des jambes appelée (L'insuffisance veineuse chronique). Il ne présente aucun trouble psychologique, mais il est actuellement suivi par la psychologue du foyer.

➤ Analyse de l'entretien :

Avant l'entrée en FPA, Monsieur « Cherif » est un homme qui a connu des moments difficiles, surtout après la mort de son épouse, il est allé vivre chez sa fille, mais il s'est vite senti que c'est une grande charge sur elle, quand il dit : « *Je suis un poids pour eux, je ne veux pas faire les problèmes à ma fille avec son mari à cause de moi.*⁴⁰ », ce qui l'a poussé à entrer en ce foyer pour ne pas déranger sa famille et sa fille surtout.

Au début, il a eu du mal à s'adapter, il dit : « *Je ne dormais pas les premières nuits, je ne faisais que penser.*⁴¹ », ce qui montre qu'il était très inquiet et triste.

Il s'isole beaucoup, parle peu aux autres résidents, et ne fait pas confiance au personnel, il a dit dans ce contexte : « *Je n'ai pas besoin d'eux, Ils sont tous hypocrites.*⁴² », cela montre qu'il essaie de rester indépendant, mais aussi qu'il a du mal à accepter l'aide des autres.

Pendant la pandémie de COVID-19, « Cherif » a vécu une période très difficile, il était confiné, sans visites, ce qui a renforcé sa solitude, il le dit clairement : « *durant cette période, ma fille Elle me manquait, mais je ne pouvais pas la voir.*⁴³ », Cela montre une grande souffrance affective liée à la séparation familiale.

⁴⁰ « *Nekk d taekemt fellasen, ur bghigh ara as d3elegh lmachakil i yelli d urgazis yef ljaliw* ».

⁴¹ « *Udan nni imezwura ur ganegh ara tkhemimegh kan* ».

⁴² « *Ur tnuhwajegh ara dimnafqeyen akk* ».

⁴³ « *G la période ayi ligh chedhagh illi ma3na uzmiregh ara atezreggh* ».

Chapitre V : Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

Il évitait les autres résidents et refusait l'aide du personnel, il voulait tout gérer seul, il a dit : « *Je n'ai pas besoin d'eux, je gère mes affaires moi-même.*⁴⁴ ».

Après la pandémie, son état psychologique s'est un peu amélioré, il dit : « *Je suis plus tranquille maintenant qu'avant.*⁴⁵ », mais il parle aussi d'un sentiment de vide, a dit : « *Je m'inquiète de temps en temps, je pense que c'est à cause du vide.*⁴⁶ », cela indique qu'il ressent encore une solitude intérieure, même si elle est moins forte.

Il continue à éviter les activités sociales, mais accepte le contact ponctuel avec la psychologue, il a dit : « *Ça me fait un peu de bien.*⁴⁷ ».

Enfin, il exprime un besoin important par rapport à sa vie en foyer, il a dit : « *Je veux juste qu'on me laisse tranquille, mais j'aimerais aussi sortir seul de temps en temps.*⁴⁸ ».

• Synthèse de l'entretien

« Chérif » a été fortement affecté par la perte de contact avec sa fille unique, particulièrement durant la période du COVID-19. Cette séparation, renforcée par les mesures de confinement et l'interdiction des visites, a eu des effets profonds sur son équilibre psychologique. Même après la pandémie, il reste sensible à ces restrictions, notamment l'impossibilité de sortir, ce qui entretient chez lui un sentiment de vide et de solitude.

➤ Présentation des résultats de l'EDG

Tableau N°10 : Présentation des résultats de l'EDG de cas N°05 (Cherif)

L'interprétation de l'EDG	Normal (absence de dépression)	Dépression modérée	Dépression sévère
Les normes	0 à 9	10 à 19	20 à 30
Le score obtenu	/	14	/

⁴⁴ « *Uhnuhwajegh ara khedmegh lechghalatiw s yimaniw* ».

⁴⁵ « *Aqlin tranquille tura fimar* ».

⁴⁶ « *Teqeliqegh gar lweqt d wayet chukegh f lajala n le vide* ».

⁴⁷ « *Yetajayi ad husegh bein* ».

⁴⁸ « *Bghigh kan ad qimegh wehdi, daghen ad fghegh wehdi g lweqt gher wayed* ».

- **Analyse des résultats de l'EDG**

Le score de 14 obtenu par Monsieur Cherif à l'EDG révèle un état dépressif modéré, à (l'item 1), il répond « Non », ce qui traduit une insatisfaction générale, en lien avec son sentiment d'isolement et son statut de résident en foyer. Cette perception se renforce à (l'item 2), où il répond « Oui », indiquant un désengagement affectif et social. Cela est visible dans son retrait des activités du foyer et son manque d'intérêt pour le lien avec les autres résidents. À (l'item 4), sa réponse positive met en lumière un sentiment de vide existentiel, qui se confirme lorsqu'il dit dans l'entretien : « Je pense que c'est à cause du vide ». À (l'item 5), il répond « Non », ce qui montre une baisse de vitalité typique d'un état dépressif, corroborée par sa passivité dans le foyer.

Ses réponses aux (items 6 et 7), suggèrent la présence d'anxiété, d'inquiétudes constantes et d'un sentiment d'impuissance, renforçant l'idée d'une dépression accompagnée de troubles anxieux. À (l'item 15), sa réponse « Oui » confirme sa tendance au repli, déjà observée dans son évitement des autres et son isolement volontaire. (l'item 16 et l'item 17) pointent un regard pessimiste sur sa condition et un sentiment d'infériorité sociale, probablement en lien avec son sentiment d'être un « poids » pour sa fille. À (l'item 18), il répond également « Oui », ce qui traduit un manque d'élan vital, voire une forme de résignation. (L'item 19 et l'item 21) soulignent une désorganisation sociale et une indécision psychique, éléments typiques d'un état dépressif chronique. À (l'item 27), il répond également positivement, ce qui peut être relié à une diminution des capacités attentionnelles, souvent présente dans les formes modérées de dépression chez les personnes âgées. À (l'item 30), il répond « Oui », confirmant une vision négative de lui-même et du monde, avec une perte d'estime de soi, renforcée par ses propos sur la méfiance envers les autres et son sentiment d'être mal compris.

➤ Présentation des résultats de l'IAG

Tableau N°11 : Présentation des résultats de l'IAG de cas N°05 (Cherif)

L'interprétation de l'IAG	Anxiété normale	Anxiété modérée	Anxiété sévère
Les normes	0 à 8	9 à 10	11 à 20
Le score obtenu	/	/	12

• Analyse des résultats de l'IAG

L'IAG montre que « Chérif » présente un score de 12 sur 20, ce qui indique une anxiété sévère. Son parcours de vie, marqué par le veuvage, la séparation d'avec sa fille, et une perte progressive de ses repères familiaux, explique en grande partie ce niveau élevé d'anxiété. À (l'item 1), il admet vivre dans l'inquiétude, ce qui reflète son sentiment récurrent de solitude et de vide intérieur. Il nie avoir des difficultés à prendre des décisions (item 2) ou se sentir souvent agité (item 3), probablement parce qu'il garde une volonté d'autonomie et de contrôle, bien qu'il exprime une forte méfiance à l'égard des autres.

Il dit avoir du mal à se détendre (item 4), être facilement dérangé (item 6) et souvent tendu (item 7), ce qui traduit un fond anxieux constant. Il se considère également comme une personne de nature inquiète (item 8) et nerveuse (item 13), ce qui est cohérent avec ses propos sur son besoin de solitude, son évitement des autres et ses pensées fréquentes sur le passé et l'avenir. Il affirme ressentir une peur anticipée du pire (item 14), et que ses inquiétudes perturbent sa vie quotidienne (item 16), en lien avec la peur de déranger sa fille, les souvenirs douloureux et le repli qu'il entretient. Il exprime également des sensations physiques d'anxiété (item 18), ce qui peut être accentué par sa maladie chronique (insuffisance veineuse), bien qu'il nie que ses inquiétudes lui aient fait rater des occasions (item 19), sans doute parce qu'il mène une vie retirée depuis longtemps.

Il n'indique pas que ses inquiétudes l'empêchent de profiter des plaisirs (item 5) ou qu'il s'inquiète de choses insignifiantes (item 9), ce qui suggère une anxiété ciblée sur des

enjeux réels (santé, relations familiales, autonomie). Il rejette l'idée de fragilité émotionnelle (item 15) et de surcharge émotionnelle (item 17), ce qui pourrait être une défense contre la dépendance ou une minimisation de ses souffrances. Toutefois, il affirme se sentir souvent bouleversé (item 20), ce qui résume un état de tension émotionnelle chronique, renforcé par l'isolement, la perte de liens, et les restrictions sociales imposées par la pandémie.

Les réponses de Monsieur « Chérif » traduisent un état d'anxiété installé, principalement lié à son vécu d'abandon, à sa maladie chronique et à une solitude affective durable, aggravée par les mesures sanitaires. Bien qu'il cherche à préserver son indépendance, son discours révèle un besoin d'écoute et de lien, qu'il exprime timidement à travers son attachement à la psychologue du foyer.

➤ Synthèse de cas N°5 (Cherif)

Le cas de « Chérif » met en évidence une altération significative de la santé mentale, consécutive à l'isolement prolongé et aux restrictions liées à la pandémie de COVID-19. Son score à l'EDG (14/30) révèle un épisode dépressif modéré, marqué par une baisse du moral, une perte partielle d'intérêt et un repli affectif. L'évaluation de l'anxiété gériatrique à l'IAG (12/20) indique une anxiété sévère, traduisant une tension psychique persistante liée au veuvage, à l'éloignement familial et au sentiment d'abandon.

1-6-Présentation et analyse des résultats de cas N°6 (Zahir)

➤ Présentation du cas

Monsieur « Zahir » réside dans le FPA de la wilaya de Béjaïa depuis 7 ans, âgée de 72 ans, Il n'a aucun niveau d'instruction. Célibataire, il ne s'est jamais marié, il a été fiancé une seule fois, mais cela s'est soldé par un échec à cause de la pauvreté. « Zahir » n'a pas de retraite de son ancien travail en tant aide-maçon. Actuellement, il est en fauteuil roulant suite à une crise cardiaque qu'il a subie, Il souffre de diabète. Sur le plan psychologique, il est suivi par la psychologue du foyer. Il convient de signaler que « Zahir » est une personne réservée, il ne parle pas beaucoup et lors de notre entretien avec lui, ses réponses étaient toujours limitées.

➤ Analyse de l'entretien

Avant son entrée en FPA, « Zahir » vivait dans une petite cabane dans la rue, après avoir perdu ses parents, il a été expulsé de la maison familiale par ses oncles et ses frères, et s'est retrouvé seul, il travaillait alors comme aide-maçon, gagnait sa nourriture quotidienne et retournait le soir dans sa cabane.

Son admission en foyer est survenue après avoir subi une crise cardiaque, qui l'a rendu dépendant d'un fauteuil roulant, ne trouvant personne pour s'occuper de lui, il a décidé de se réfugier ici, il a exprimé sa tristesse face à sa situation comme suit : « *Je suis un homme inutile, personne ne peut tirer profit de moi.*⁴⁹ ».

La vie en foyer, lui inspire un sentiment de perte d'espoir, il déclare : « *Il n'y a rien ici qui donne de la joie, chacun s'occupe de ses affaires, que ce soit les employés ou les résidents, personne ne te regarde ni ne te prend en pitié.*⁵⁰ ».

« Zahir » est une personne solitaire, il ne parle à personne, n'aime pas s'asseoir avec les autres, et n'interagit avec personne au sein de foyer, il résume cela en une phrase : « *J'aime rester seul.*⁵¹ ».

Il décrit sa vie par cette expression : « *C'est une vie traîtresse.*⁵² », qu'il explique ainsi que cette vie a tout pris, même le bonheur.

Durant la pandémie de COVID-19 « Zahir » témoigne que la pandémie a été difficile à vivre en foyer, lorsqu'il a dit : « *C'était comme être en prison.*⁵³ », il exprime clairement le sentiment d'enfermement qu'il a ressenti. Ne plus pouvoir sortir, ne plus voir personne, même les soignants qui ne restaient pas longtemps avec lui, a renforcé cette impression d'isolement, il a dit : « *On ne voyait plus personne, on ne sortait plus.*⁵⁴ ».

⁴⁹ « *Nekk d l3ebd ur nesei lfayda, yiwen ur yezmir ad yesfaydi zggi* ».

⁵⁰ « *Ulaç dagi ayen iseferhen, yal yiwen yelhad s lechghalis, ama d ixeddamen ney d imezday ayi, yiwen ukiditalay, yiwen utetghitet* ».

⁵¹ « *Hemlegh ad qimegh imaniw* ».

⁵² « *Dunit ayi tsehzan* ».

⁵³ « *Amaken g lhebes* ».

⁵⁴ « *Unzer hed akk, unetefegh ara* ».

Les restrictions comme la suppression des visites ou les repas pris seuls dans la chambre ont été très mal vécues, il a dit : « *Je me sentais enfermé dans cette chambre.*⁵⁵ », Il a aussi connu une grande solitude, une tristesse profonde, et une peur réelle d'être oublié, comme il le dit : « *J'avais peur que personne ne se rende compte si je mourais.*⁵⁶ », Il explique aussi que les autres résidents évitaient de se parler, par peur du virus, et que le personnel, stressé, faisait son travail rapidement sans trop d'échanges il a dit : « *Chacun était dans son coin, ils faisaient vite leur travail.*⁵⁷ ».

Après la pandémie, les choses ne se sont pas améliorées pour lui, il dit : « *Je me sens encore plus fatigué. Mon corps est là, mais ma tête est ailleurs.*⁵⁸ », Cela montre qu'il reste marqué par ce qu'il a vécu, il ne ressent pas d'amélioration émotionnelle : « *Je me sens toujours inutile et seul.*⁵⁹ », pour lui, rien n'a changé.

Il ne participe plus aux activités, reste seul, et n'a plus d'envie, a dit : « *Je ne participe à rien. Je n'ai plus le goût de faire quoi que ce soit.*⁶⁰ ».

Son souhait aujourd'hui est de se sentir sa valeur aux yeux des autres et de faire des sorties seules, il a dit : « *J'aimerais juste qu'on me parle, qu'on m'écoute. Qu'on me fasse sentir que je compte encore pour quelqu'un.*⁶¹ », et il ajoute avec douceur : « *Et de Sortir un peu seul, comme avant, pour prendre le soleil.*⁶² ».

➤ Synthèse de l'entretien

« Zahir » est un résident isolé, vivant dans un état de retrait social constant. Son discours révèle un grand désespoir, une perte d'intérêt pour la vie, et une image de soi fortement dévalorisée. La pandémie de COVID-19 a renforcé son isolement et ses souffrances psychologiques, et les mesures préventives toujours en vigueur dans le foyer semblent entretenir un mal-être durable, sans signe d'amélioration depuis la fin de la crise sanitaire.

⁵⁵ « *hulfay ttwahbehegh g texxamta* ».

⁵⁶ « *Ugadey yiwen uyita3dal lqima ma yella mutey* ».

⁵⁷ « *Yal yiwen g ukhjitit, khedmen chghal nsen s tghawla* ».

⁵⁸ « *Thusugh imaniw a3yigh ljesaw atan da ma3na l3eqliw anda nniḍen* ».

⁵⁹ « *Thusugh daymen ulach nfe3 dgi daghen imaniw kan* ».

⁶⁰ « *Ur tparticipayegh gh kra, us3igh arak lgu ad khdmegh kra* ».

⁶¹ « *Bghigh kan ayedsawalen meden, aydeslen, wa ydsveynen belli mazal seiḍ azal garasen* ».

⁶² « *Wa ad fghegh chweya am zik iwaken ad detfegh itij* ».

➤ Présentation des résultats de l'EDG

Tableau N°12 : Présentation des résultats de l'EDG de cas N°06 (Zahir)

L'interprétation de l'EDG	Normal (absence de dépression)	Dépression modérée	Dépression sévère
Les normes	0 à 9	10 à 19	20 à 30
Le score obtenu	/	/	24

• Analyse des résultats de l'EDG

Monsieur « Zahir » obtient un score très élevé de 24 sur 30 à l'EDG, ce qui indique une dépression sévère. Ses réponses aux items montrent une souffrance psychique intense. Par exemple, il répond « Oui » aux items indiquant un sentiment de tristesse persistante (item 2), une perte d'intérêt pour les activités (items 3, 4, 6, 10, 12, 14, 16, 17, 18), et un désengagement social (items 22, 23, 25). Il confirme également des pensées négatives sur lui-même et sur sa vie, telles que « Je suis un homme inutile » (item 1) et « Je me sens fatigué » (items 20, 21), illustrant un profond manque d'estime de soi et un sentiment d'épuisement mental. De plus, il exprime un désespoir marqué et un pessimisme face à l'avenir (items 5, 7, 9, 15, 19), ainsi qu'une difficulté à trouver du plaisir ou de la joie dans sa vie (items 29, 30). Son isolement affectif est également manifeste, puisqu'il indique préférer rester seul (item 13) et se sentir délaissé (item 11). Ces réponses corroborent ses déclarations lors de l'entretien où il décrit une vie vide, un fort sentiment d'abandon familial et social, ainsi qu'une souffrance exacerbée par les conditions d'isolement imposées durant la pandémie de COVID-19, l'ensemble de ces items dessine un profil clinique typique de la dépression sévère, caractérisée par une tristesse envahissante, un retrait social, une perte d'espoir et une altération majeure de la qualité de vie.

➤ Présentation des résultats de l'IAG

Tableau N°13 : Présentation des résultats de l'IAG de cas N°06 (Zahir)

L'interprétation de l'IAG	Anxiété normale	Anxiété modérée	Anxiété sévère
Les normes	0 à 8	9 à 10	11 à 20
Le score obtenu	/	/	15

• Analyse des résultats de l'IAG

Le score de 15 sur 20 obtenu par « Zahir » à l'IAG révèle une anxiété sévère, en accord avec le tableau clinique qu'il présente. Il affirme vivre constamment dans l'inquiétude (item 1), éprouver des difficultés à prendre des décisions (item 2), et se sentir souvent agité (item 3), ce qui reflète une forte tension psychique. Son parcours de vie fait d'abandon familial, de précarité, et d'isolement prolongé constitue un terrain propice au développement de l'anxiété. Il reconnaît que ses inquiétudes affectent sa qualité de vie (item 5), qu'il se sent nerveux (item 7), et qu'il est de nature inquiète (item 8), des propos en accord avec ses déclarations sur son manque d'espoir et son désintérêt pour la vie en foyer.

Bien qu'il dise qu'il n'a pas de mal à se détendre (item 4) ni que de petites choses le dérangent (item 6), ces réponses peuvent être interprétées comme une forme de résignation, ou une minimisation de son état. En revanche, il confirme une grande nervosité (item 10), des pensées anxieuses (item 11), des douleurs somatiques liées au stress (item 12), et une anticipation pessimiste du futur (item 14). Il exprime également une image négative de lui-même, se considérant fragile (item 15), inutile et seul, ce qui renforce le diagnostic d'anxiété aggravée par un vécu dépressif. Il estime que ses inquiétudes perturbent son quotidien (item 16) et souffre aussi de symptômes physiques comme un nœud à l'estomac (item 18), ce qui traduit une somatisation de son anxiété.

« Zahir » ne pense pas que ses inquiétudes l'aient empêché de saisir des opportunités (item 19), ce qui peut s'expliquer par un désengagement total de la vie sociale depuis

longtemps, il avoue se sentir souvent bouleversé (item 20), ce qui résume bien l'intensité de sa détresse, son comportement repli sur soi, refus d'interaction, absence d'envie ainsi que ses paroles pleines de désespoir, confirment la présence d'un état anxieux intense et durable, renforcé par la crise sanitaire et l'isolement qu'il a vécus durant et après la pandémie.

➤ Synthèse de cas N°6 (Zahir)

Le cas de « Zahir » témoigne d'une altération majeure de la santé mentale, marquée par une dépression sévère (24/30) et une anxiété également sévère (15/20). L'entretien révèle un isolement profond, une perte totale d'intérêt pour la vie, un désengagement affectif et social, ainsi qu'une vision de soi profondément négative. La pandémie de COVID-19, avec ses mesures restrictives, a amplifié ce vécu de solitude, de rejet et de désespoir.

1-7-Présentation et analyse des résultats de cas N°7 (Kaci)

➤ Présentation du cas

« Kaci » est une personne âgée de 72 ans. Sans niveau d'instruction. Célibataire, il n'a aucun métier et n'a jamais travaillé de sa vie et il n'a pas de retraite. Il est entré en FPA de la wilaya de Béjaïa depuis 20 ans. « Kaci » est aveugle depuis sa naissance. Il ne présente aucune maladie chronique, ni trouble psychologique.

➤ Analyse de l'entretien

« Kaci », avant d'entrer en FPA, vivait avec son frère marié et leur vieille mère, ils s'occupaient de lui en raison de son handicap visuel, après le décès de sa mère, son frère l'a emmené ici, au foyer, car sa femme refusait de s'occuper de lui, dans cette situation lors de l'entretien « Kaci » a exprimé ce sentiment d'abandon il a dit : « *Ils m'ont tous rejeté à cause de mon handicap. Si j'avais la vue, cela ne serait jamais arrivé.*⁶³ », son entrée en foyer s'est faite sur un mode contraint, ce qu'il décrit de manière douloureuse : « *J'étais très triste ce jour-là, je ne pensais qu'à ma situation.*⁶⁴ ».

Sur le plan relationnel, il entretient de bonnes interactions avec le personnel soignant, par contre, ses rapports avec les autres résidents sont conflictuels, il évoque des situations de marginalisation et d'abus, il a dit : « *Ma relation avec les autres résidents est*

⁶³ « *Janeyi akk imid lhandicapi, lukan twaligh anechta jamais aydidru* ».

⁶⁴ « *Asseni heznegh mlih, tkhemimegh kan f lhala ynu* ».

mauvaise, ils me méprisent, profitent de ma cécité pour me voler, même au réfectoire, ils prennent ma part de repas.⁶⁵ », Kaci résume son expérience en foyer des personnes âgées en ces termes : « Il n'y a pas de joie ici, je suis humilié.⁶⁶ ».

La pandémie de COVID-19 a intensifié ce malaise, il a vécu cette période comme un véritable enfermement, il a dit : « *On nous interdisait presque tout, j'étais enfermé, sans visites, je me sentais encore plus seul que d'habitude.⁶⁷ »*, Les mesures préventives, mal comprises et mal adaptées à sa déficience visuelle, d'ailleurs a dit : « *Pour moi, qui ne vois pas, c'était très confus, je dépendais d'eux pour tout. J'avais l'impression d'être en prison.⁶⁸ »*.

D'après la fin de la pandémie, « Kaci » ne remarque pas de véritable amélioration dans son état psychologique, il déclare : « *Je suis toujours fatigué, je dors mal, Je me sens vidé, et déprimé.⁶⁹ »*, « Kaci » ajoute : « *Je reste souvent seul, je n'ai pas de vrai rythme, juste des repas et le lit.⁷⁰ »*, cela reflète une vie monotone, sans activités adaptées à sa cécité.

« Kaci » il ne bénéficie pas d'un accompagnement individualisé, ce qui renforce son repli sur lui-même, le manque d'interactions sociales et d'activités accessibles contribue à un affaiblissement de son lien social. Et « Kaci » à montrer un manque d'information et de repères clairs dans le foyer, il a dit : « *Je ne sais pas à qui m'adresser.⁷¹ »*.

Et ses attentes pour améliorer sa santé mentale en foyer il a dit : « *J'aimerais qu'on me parle, qu'on m'écoute, Je veux juste me sentir comme une personne normale, et ils nous emmènent en sorties.⁷² »*.

⁶⁵ « *L3alaqa ynu d weyat chweyat kan heqren yi , tprufutin g derghel idreghegh akka iwaken ayakren uma g tkuzinet tawin lhegiw n lmakla »*.

⁶⁶ « *Ur isefrah kra dayi twahqregh »*.

⁶⁷ « *Hermenagh presque kulech, nella netwahbes, ulach les visites, husigh imaniw kter»*.

⁶⁸ « *Nekk ghuri win ur netwali ara i ara d chwal atas felas, tekely felasen deg yal taghawsa, hulfay amzun ligh di lhebs»*.

⁶⁹ « *Thulfugh atas fechlegh, ur ganegh ara mlih, vidigh, diprimigh »*.

⁷⁰ « *Tghamayegh s watas imaniw, ulach rythme just lmakla susu »*.

⁷¹ « *Uzrigh ara menhu taba3egh »*.

⁷² « *Bghigh aydhedren, ayedselen, vghigh kan ad husegh imaniw am l3ibad normal, yerna aghsufughen »*.

- **Synthèse de l'entretien**

« Kaci » est une personne aveugle et marginalisée au sein du foyer. Il souffre d'une injustice sociale manifeste, souvent victime d'abus de la part des autres résidents. Déjà affecté par le rejet familial, il a vécu la période du COVID-19 comme un enfermement extrême, aggravé par son handicap sensoriel. Après la pandémie, son état psychologique reste fragile, marqué par la solitude, l'absence de repères et le manque d'un accompagnement adapté à ses besoins spécifiques.

- **Présentation des résultats de l'EDG**

Tableau N°14 : Présentation des résultats de l'EDG de cas N°07 (Kaci)

L'interprétation de l'EDG	Normal (absence de dépression)	Dépression modérée	Dépression sévère
Les normes	0 à 9	10 à 19	20 à 30
Le score obtenu	/	13	/

- **Analyse des résultats de l'EDG**

Le score de 13 sur 30 obtenu par Monsieur « Kaci » à l'EDG indique une dépression modérée, à (l'item 1), il répond « Non », ce qui indique une insatisfaction générale, signe classique de mal-être dépressif. Il répond « Oui » à (l'item 3), traduisant une perte d'intérêt, fréquente dans les états dépressifs. (L'item 5). À (l'item 9), il confirme se sentir ennuyé la plupart du temps, indiquant une hypoactivité mentale et affective. À (l'item 10), il reconnaît préférer rester à la chambre plutôt que de sortir, ce qui est révélateur d'un repli sur soi. De même, (l'item 12) témoigne d'un pessimisme marqué. (L'item 17), exprime une baisse de l'estime de soi. À (l'item 20), il affirme avoir moins d'énergie qu'auparavant, ce qui rejoint les signes somatiques fréquents dans les troubles dépressifs. Les (items 21, 22 et 25) soulignent respectivement une baisse de motivation, un sentiment de vide, et un manque de plaisir dans les activités. (L'item 26), lui aussi validé, signale une difficulté à prendre des décisions, symptôme courant de ralentissement psychique. L'items 29 vient renforcer la notion d'isolement social volontaire ou subi, tandis que la non-validation d'autres items plus

Chapitre V : Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

graves comme la perte complète d'envie de vivre ou l'expression de pensées suicidaires montre que la dépression reste modérée, non sévère.

L'ensemble de ces réponses dessine un tableau de dépression réactive et situationnelle, étroitement liée à son isolement social, à son handicap visuel et à des conditions de vie peu adaptées à ses besoins spécifiques. Il verbalise d'ailleurs un ressenti d'humiliation de la part d'autres résidents et un manque de reconnaissance, ce qui alimente ses symptômes. La pandémie de COVID-19 a probablement agi comme un facteur aggravant, en limitant encore davantage les interactions et en accentuant son sentiment de dépendance.

Malgré ce tableau clinique préoccupant, Monsieur « Kaci » ne valide pas les items les plus graves comme ceux relatifs à l'anhedonie totale (perte de toute capacité à ressentir du plaisir), à l'isolement extrême ou aux idées de mort, ce qui suggère qu'il existe une capacité de résilience et un potentiel de récupération si un accompagnement psychologique et social adapté lui est proposé.

➤ Présentation des résultats de l'IAG

Tableau N°15 : Présentation des résultats de l'IAG de cas N°07 (Kaci)

L'interprétation de l'IAG	Anxiété normale	Anxiété modérée	Anxiété sévère
Les normes	0 à 8	9 à 10	11 à 20
Le score obtenu	/	09	/

• Analyse des résultats de l'IAG

Le score de 9 sur 20 obtenu par « Kaci » à l'IAG indique une anxiété modérée, ce qui correspond à un état de mal-être psychique significatif, il reconnaît vivre dans l'inquiétude (item 1), avoir des difficultés à prendre des décisions (item 2) et à se détendre (item 4), ce qui reflète un climat d'insécurité intérieure, nourri par son vécu d'abandon familial et de marginalisation dans le foyer. Il se dit souvent tendu (item 7), nerveux (item 10), et admet se

sentir fréquemment bouleversé (item 20), des signes qui confirment une instabilité émotionnelle ancrée dans la solitude et le manque de reconnaissance.

En revanche, il ne se perçoit pas comme agité (item 3), ni facilement dérangé (item 6), et il rejette les affirmations liées à l'inquiétude pour des détails (item 9) ou à la tendance à ruminer (item 11). Cela suggère une anxiété centrée sur des problèmes concrets (absence de soutien, injustices vécues) plutôt qu'un trouble anxieux généralisé. Il ne se considère pas comme une personne naturellement inquiète (item 8) ni nerveuse de caractère (item 13), ce qui peut être interprété comme une perception partielle ou défensive de son état psychologique. Il ne présente pas non plus de manifestations somatiques (item 12), ni d'anticipation pessimiste marquée (item 14), bien qu'il exprime clairement un mal-être général et un sentiment d'abandon.

« Kaci » affirme se sentir fragile (item 15) et pense que ses inquiétudes ont un impact sur sa vie quotidienne (item 16). Il parle également de douleurs liées à l'anxiété (item 18), ce qui peut être lié à son isolement, à son manque d'activités et à l'absence d'un accompagnement personnalisé. Il nie que ses inquiétudes l'empêchent de saisir des opportunités (item 19), ce qui peut s'expliquer par une vie déjà restreinte par son handicap visuel et une exclusion sociale installée de longue date. Globalement, l'anxiété de « Kaci » semble être liée à un sentiment profond d'exclusion, d'injustice et de non-considération, renforcé par la pandémie et les mesures sanitaires qui ont coupé les rares liens humains existants.

➤ Synthèse de cas N°7 (Kaci)

La santé mentale de Monsieur « Kaci » apparaît significativement altérée, marquée par une dépression modérée et une anxiété modérée, son état psychologique est le reflet d'une souffrance liée à l'exclusion sociale, au rejet familial, à la cécité, et à un environnement institutionnel inadapté à ses besoins spécifiques. La pandémie de COVID-19 a exacerbé ce sentiment d'enfermement et d'abandon, aggravant son mal-être psychique. Bien que ses troubles n'atteignent pas une intensité sévère, ils traduisent une détresse réelle et persistante, susceptible d'évoluer défavorablement sans intervention. « Kaci » exprime le besoin d'un accompagnement individualisé, d'activités adaptées, et de reconnaissance sociale, éléments essentiels à une éventuelle amélioration de son bien-être. Ce cas met en lumière l'impact délétère des mesures sanitaires prolongées sur les résidents en situation de handicap.

Chapitre V : Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

Après avoir présenté et analysé les sept (07) cas, nous passons dans ce qui suit à la discussion des hypothèses.

2-Discussion des hypothèses :

D'après la collecte et l'analyse des données des cas, on constate que (Voir le tableau ci-dessous) :

Tableau 16 : Récapulatif des résultats des 07 cas à l'EDG et l'IAG

Numéro du cas	Prénom du cas	Niveau de dépression sur l'EDG	Niveau d'anxiété sur l'IAG	Résultats
01	Feroudja	Modérée	Sévère	Troubles concomitants, intensité différente
02	Belkacem	Modérée	Modérée	Troubles concomitants, intensité modérée
03	Arezki	Absente	Absente	Aucun trouble de dépression et d'anxiété
04	Chabane	Sévère	Sévère	Troubles concomitants, intensité sévère
05	Cherif	Modérée	Sévère	Troubles concomitants, intensité différente
06	Zahir	Sévère	Sévère	Troubles concomitants, intensité sévère
07	Kaci	Modérée	Modérée	Troubles concomitants, intensité modérée

✓ Hypothèses opérationnelles :

-Les personnes âgées en foyer souffrent d'une dépression sévère sur l'échelle de dépression gériatrique (EDG) après la pandémie de COVID-19 : Donc, par rapport au trouble de la dépression, après l'analyse des résultats de l'EDG pour chaque cas, on note que (6/7) de ces cas présentent une dépression, selon laquelle nous avons un seul cas qui ne présente pas de dépression, il s'agit du cas N°03 (Arezki), et quatre cas souffrent d'une dépression modérée qui sont le cas N°01 (Feroudja), le cas N°02 (Belkacem), le cas N°05 (Cherif) et le cas N°07 (Kaci). Deux cas seulement souffrent d'une dépression sévère qui sont le cas N°04 (Chabane) et le cas N°06 (Zahir). Ainsi, nous en déduisons que les résultats obtenus la majorité des cas souffrent d'une dépression modérée, à partir de cela, nous infirment la première de nos hypothèses opérationnelles, selon laquelle les personnes âgées en foyer présentent une dépression sévère sur l'échelle de dépression gériatrique (EDG) après la pandémie de COVID-19, en effet la majorité d'entre elle (6/7) montrent une dépression de degré variable allant de modérée à sévère.

-Les personnes âgées en foyer souffrent d'une anxiété sévère sur l'inventaire de l'anxiété gériatrique (IAG) après la pandémie de COVID-19 : En ce qui concerne le trouble de l'anxiété, après l'analyse des résultats de l'IAG sur nos cas, nous en déduisons qu'un seul cas ne présente aucun signe d'anxiété, il s'agit du cas N°03 (Arezki), et deux cas souffrent d'une anxiété modérée qui sont le cas N°2 (Belkacem) et le cas N°07(Kaci), et quatre cas souffrent d'une anxiété sévère qui sont le cas N°01 (Feroudja), le cas N°04 (Chabane), le cas N° 05 (Cherif) et le cas N°06 (Zahir), à partir de cela nous confirmons notre deuxième hypothèse opérationnelle , qui stipule que les personnes âgées en foyer présentent une anxiété sévère sur l'inventaire de l'anxiété gériatrique (IAG) après la pandémie de COVID-19.

✓ Hypothèse générale :

-La santé mentale des personnes âgées en foyer est altérée par le trouble de la dépression et de l'anxiété après la pandémie de COVID-19 : À travers l'étude de nos hypothèses opérationnelles , nous confirmons que le trouble de l'anxiété et de la dépression sont apparus chez l'ensemble de nos six cas, et qu'ils sont présents de manière concomitante chez chaque personne, ils se sont manifestés avec une forte intensité chez deux cas qui sont le cas N°04 (Chabane), et le cas N°06 (Zahir), ils sont également apparus de façon

Chapitre V : Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

concomitante avec une intensité modérée chez les cas N°07(Kaci), et N°2 (Belkacem), ils ont été présents ensemble mais avec des intensités différentes chez les cas N°01 (Feroudja) et N° 05 (Cherif), ils ont aussi été absents ensemble uniquement dans le cas N°03 (Arezki), Ainsi, nous concluons que notre hypothèse générale selon laquelle : « La santé mentale des personnes âgées en foyer est altérée par le trouble de la dépression et de l'anxiété après la pandémie de COVID-19 » est confirmée.

En effet, les résultats obtenus dans le cadre de cette recherche confirment largement les constats formulés par les études antérieures concernant les répercussions psychologiques de la pandémie de COVID-19 sur les personnes âgées vivant en foyer. L'analyse des cas étudiés met en évidence une prévalence notable de la dépression et de l'anxiété, avec des intensités variant de modérées à sévères dans la majorité des situations observées. Ces troubles se manifestent par une tristesse persistante, une perte d'intérêt, une irritabilité, des troubles du sommeil, ainsi qu'un sentiment d'insécurité et de solitude. Cette réalité rejoint les conclusions de Van der Roest et al. (2020), dont l'étude réalisée aux Pays-Bas a révélé que plus de la moitié des résidents d'institution présentaient des symptômes dépressifs d'intensité modérée à sévère (51 %), tandis que 44 % souffraient d'une anxiété élevée. Ces chiffres s'expliquaient par l'isolement social imposé, la peur constante de la contamination, et la réduction significative des interactions sociales et des activités collectives au sein des établissements.

Les travaux de Smith et al. (2022) renforcent cette perspective en mettant en lumière le rôle du soutien familial dans la régulation émotionnelle des personnes âgées. Selon ces auteurs, les niveaux d'anxiété étaient significativement plus élevés chez les résidents bénéficiant de peu de visites ou de contacts avec leurs proches, un constat qui trouve un écho direct dans notre étude, et plusieurs résidents interrogés ont exprimé une forte détresse liée à l'absence prolongée de leurs proches durant et après la pandémie, ce qui semble avoir contribué à une aggravation de leur état psychique, le manque de soutien affectif, la rupture du lien intergénérationnel et l'absence de perspectives positives ont nourri chez eux un sentiment d'abandon et de vulnérabilité accrue. Ces éléments confirment que le facteur relationnel joue un rôle déterminant dans la santé mentale des personnes âgées, et que sa perturbation prolongée, comme cela a été le cas durant la crise sanitaire, a des conséquences psychologiques majeures.

Enfin, comme l'indique Russeil (2022), l'isolement social et la solitude chronique sont des facteurs particulièrement délétères pour la santé mentale des personnes âgées, en contribuant non seulement à l'émergence de troubles anxieux et dépressifs, mais aussi à leur chronicisation, ce phénomène a été clairement observable dans notre population d'étude, où les effets de la pandémie continuent de se faire sentir, notamment à travers la persistance de certaines mesures restrictives comme la limitation des sorties ou des visites.

Synthèse

Nous concluons que à travers l'analyse des résultats de notre recherche, nous avons pu discuter nos hypothèses opérationnelles et notre hypothèse générale, cela nous a permis ainsi de répondre à notre question problématique, qui dit : « Comment est l'état de la santé mentale des personnes âgées en foyer après la pandémie de COVID-19 ? », et la réponse précise à cette question sera présentée dans la conclusion, après ce chapitre directement.

Conclusion

Conclusion

En conclusion, nous constatons à travers notre recherche que la pandémie de COVID-19 a eu un impact négatif sur les personnes âgées en foyer, tant sur leur santé physique que psychique, comme l'ont montré plusieurs études menées à travers le monde.

Sur le plan physique, de nombreux résidents ont souffert de la diminution des activités physiques, du manque d'exposition à l'air libre et parfois de soins médicaux retardés, ce qui a contribué à l'affaiblissement de leur condition générale.

Sur le plan psychique, les conséquences ont été encore plus marquées, par rapport à la mise en place des mesures préventives strictes, telles que l'isolement social, la suspension des visites familiales et l'interdiction de sortie, a provoqué chez plusieurs personnes âgées un sentiment profond d'abandon, de solitude et d'insécurité, ces conditions ont favorisé l'apparition ou l'aggravation de plusieurs troubles mentaux.

Même après la pandémie, nous observons encore aujourd'hui l'application d'une des ses mesures sanitaires préventives qui est : « l'interdiction pour les personnes âgées en foyer de sortir seules à l'extérieur de ces établissements » à l'échelle nationale en Algérie, ce qui a contribué à l'altération de leur santé mentale, en particulier à travers l'apparition de trouble de la dépression et le trouble de l'anxiété.

La dépression s'est manifestée chez plusieurs résidents par une perte d'intérêt, un repli sur soi, une tristesse persistante, des troubles du sommeil et de l'appétit, ainsi qu'un sentiment de vide, ces symptômes traduisent un mal-être profond, souvent aggravé par l'isolement social et l'absence de contacts familiaux.

L'anxiété, quant à elle, s'est révélée encore plus marquée, elle s'est traduite par des tensions physiques, une agitation, des inquiétudes excessives concernant l'avenir, ainsi que des troubles de concentration et de sommeil, dans certains cas, cette anxiété a atteint un niveau de sévérité élevé, impactant fortement la qualité de vie des personnes âgées.

À travers notre étude, nous avons pu constater que la santé mentale s'est altérée par l'anxiété que par la dépression, atteignant dans la plupart des cas un niveau de sévérité préoccupant.

À partir de cela, nous pouvons répondre à notre question problématique, qui s'intitule : « Comment est l'état de la santé mentale des personnes âgées en foyer après la pandémie de COVID-19 ? ».

Nous répondons que l'état de la santé mentale des personnes âgées en foyer après la pandémie de COVID-19 est altérée, en particulier par l'apparition de trouble de la dépression et le trouble de l'anxiété, et ce en raison des mesures préventives strictes qui ont été appliquées durant la période de la pandémie, ainsi que de celles qui restent encore en vigueur aujourd'hui, (l'interdiction pour les personnes âgées en foyer de sortir seules à l'extérieur de ces établissements), Ces restrictions ont engendré un isolement prolongé, une perte de repères et une diminution des interactions sociales, affectant profondément leur santé mentale.

Enfin, nous appelons les autorités à prendre en considération cette mesure préventive encore en vigueur dans « les foyers pour personnes âgées (FPA) » à ce jour, malgré la fin de la pandémie de COVID-19, et de prendre en considération la santé mentale de ces résidents en renforçant les sorties et les promenades, comme cela se faisait avant la pandémie, étant donné qu'il s'agit de l'un des éléments essentiels au maintien de leur équilibre et bien-être mental.

Et nous proposons comme des perspectives de recherche en lien avec notre thème intitulé « La santé mentale des personnes âgées en foyer après la pandémie de COVID-19 » ce qui suit :

- La santé mentale et le confinement des personnes âgées en foyer après la pandémie de COVID-19.
- La santé mentale des personnes âgées en foyer et la solitude post-pandémique.
- L'influence de la dépression sur la santé mentale des personnes âgées en foyer après la pandémie de COVID-19.
- L'influence de l'anxiété sur la santé mentale des personnes âgées en foyer après la pandémie de COVID-19.

Liste bibliographique

Liste bibliographique

- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.; DSM-5-TR). American Psychiatric Publishing.
- Announe, A., (2020). COVID-19: Situation épidémiologique et évolution en Algérie. *Revue Algérienne d'Allergologie*, 5(1), 92-99.
- Assié, G. R., & Kouassi, R. R. (2013). *Cours d'initiation à la méthodologie de recherche*. École pratique de la Chambre de commerce et d'industrie – Abidjan. https://uomustansiriyah.edu.iq/media/lectures/8/8_2020_05_15!01_44_44_AM.pdf
- Associated Press. (2025). *The CIA believes COVID most likely originated from a lab but has low confidence in its own finding*. AP News. <https://apnews.com/article/9ab7e84c626fed68ca13c8d2e453dde1>
- Attias-Donfut, C., & Renaut, S. (2014). *Vieillir en France: Enjeux et défis d'une société vieillissante*. Presses Universitaires de France.
- Barbillon, P., & Le Roy, M. (2012). *Petit manuel méthodologique de l'entretien de recherche: De la problématique à l'analyse*. Éditions L'Harmattan.
- Benamsili, L., Bedjguelel, D., & Belhocine, N. (2019). À propos de la souffrance psychologique des personnes âgées placées en institution en Algérie. *Revue des Sciences Sociales*, 5(2), 1-20.
- Benmiloud, S., Boukabène, A., Khedim, A., & Kaddour, A. (2020). Les conséquences cardiaques de la pandémie de COVID-19 en Algérie. *Revue algérienne de cardiologie*, 21(2), 15-20.
- Benny, M., Huot, A., Lalonde, J.-A., Landry-Cuerrier, J., Marinier, L., & Sergerie, M.-A. (2016). *Santé mentale et psychopathologie: Une approche biopsychosociale* (2e éd.). Groupe Modulo.
- Bensalem, K. (2021). *Impact de la pandémie du COVID-19 sur le marché du travail algérien*. Université Abdelhamid Ibn Badis – Mostaganem.
- Berger, M., Deseilles, M., & Morandi, X. (2012). *La santé mentale: Vers un bien-être global*. De Boeck Supérieur.

- Bloch, H. (2002). *Le grand dictionnaire de la psychologie*. Larousse.
- Bouaziz, K. (2018). Structures d'accueil pour personnes âgées en Algérie et dispositifs de prise en charge socio-sanitaire des aînés démunis. *Cahiers de Sociologie*.
- Bouvet, C. (2022). *Les 18 grandes notions de la pratique de l'entretien clinique* (3e éd. revue et actualisée). Dunod.
- Bourdelaïs, P. (1993). *L'âge de la vieillesse: Histoire du vieillissement de la population*. Odile Jacob.
- Caria, A., Gallarda, T., Gauillard, J., & Loubières, C. (2016). *Santé mentale et vieillissement*. Psycom.
- Centre Hospitalier La Chartreuse. (2020). *Santé mentale et COVID-19: Retours d'expérience*. <https://www.ch-lachartreuse-dijon-cotedor.fr/wpcontent/uploads/2020/08/News-Sant%C3%A9-Mentale-Retours-dexp%C3%A9rience-1.pdf>
- Champagne, A. (2016). *Qualités psychométriques de la version canadienne-française du Geriatric Anxiety Inventory* (Mémoire de doctorat). Université Laval.
- Charazac, P. (2020). *Aide-mémoire psychogériatrie en 24 notions* (3e éd.). Dunod.
- Charpentier, M. (2008). *Histoire des institutions sociales en France*. Armand Colin.
- Chen, Y., Liu, Q., & Guo, D. (2020). Coronavirus émergents. *Journal de virologie médicale*, 92(4), 418–423.
- Coail, C. (2021). *Guide des structures d'accueil pour personnes âgées de 60 ans et plus*. Département des Côtes d'Armor.
- Collège National des Enseignants de Gériatrie. (2018). *Gériatrie* (4e éd.). Elsevier Masson.
- Comas-Herrera, A., Zalakaín, J., Litwin, C., Hsu, A. T., Lane, N., & Fernández, J.-L. (2020). *Mortality associated with COVID-19 outbreaks in care homes: Early international evidence* (International Long-Term Care Policy Network Report). London School of Economics. <https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/04/Mortality-associated-with-COVID-21-April-1.pdf>
- Commission de la santé mentale du Canada. (2021). *La COVID-19 et les personnes ayant une grave maladie mentale*. <https://commissionsantementale.ca/wp->

content/uploads/2021/10/La-COVID-19-et-les-personnes-ayant-une-grave-maladie-mentale.pdf

-Corcos, M. (2008). *Histoire de la psychiatrie*. Presses Universitaires de France.

-Cossart, P., Bach, J.-F., Corvol, P., Costagliola, D., Couvreur, P., Fagueras, O., Louvard, D., Rey, F., Sansonetti, P., & Valleron, A.-J. (2020). *COVID-19: le virus et la maladie*. Académie des Sciences. 1-5. <https://www.academie-sciences.fr/>

-Crône, P. (2010). *L'animation des personnes âgées en institution: Aides-soignants et animateurs* (2e éd.). Elsevier Masson.

-Dahdouh, A. (2019, novembre). *Les troubles psychiatriques du sujet âgé*. Service des urgences psychiatriques, CHU d'Oran, Faculté de médecine d'Oran.

-Débarre, F. (2024). Covid-19: une étude précise la présence à Wuhan, en 2019, d'animaux potentiellement vecteurs du SARS-CoV-2. *Le Monde*. https://www.lemonde.fr/sciences/article/2024/09/19/covid-19-une-etude-precise-la-presence-a-wuhan-en-2019-d-animaux-potentiellement-vecteurs-du-sars-cov2_6324407_1650684.html

-Derouiche, A., Bouaziz, G., Brulin, D., Campo, E., & Piau, A. (2023). *Empowering health in aging: Innovation in undernutrition detection and prevention through comprehensive monitoring* (pp. 6-8). arXiv. <https://arxiv.org/abs/2312.13660>

-Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits. (2011, octobre). Chapitre 15 – Santé mentale. Dans *Guide de pratique clinique du personnel infirmier en soins primaires*. Gouvernement du Canada.

-Dubé, D. (2006). *Humaniser la vieillesse*. Éditions Multi Monde.

-Ennuyer, B. (2014). *Les malentendus de la dépendance: De la protection sociale à l'accompagnement des personnes âgées*. Dunod.

-Fauci, A. S. (2020). Covid-19: Lessons learned and future directions. *New England Journal of Medicine*, 383(12), 10-15.

-Fédération pour la Recherche sur le Cerveau (FRC). (2020). *L'impact du confinement sur la santé mentale*. <https://www.frcneurodon.org/informer-sur-la-research/actus/limpact-du-confinement-sur-la-sante-mentale/>

- Franck, N. (2020). *Covid-19 et détresse psychologique: 2020, l'odyssée du confinement*. Odile Jacob.
- Fuchs-Lacelle, S., & Lapierre, S. (2018). Les problèmes de nutrition chez les personnes âgées. *Revue francophone de gérontologie et de gériatrie*, 19(2), 15-20.
- Gala, J., Nyabi, O., Durant, J., Chibani, N., & Bentahir, M. (2020). Méthodes diagnostiques du COVID-19. *Louvain Médical*, 139(5-6), 228-235.
- Gutton, J.-P. (1988). *La société et les pauvres en Europe (XVIe-XVIIIe siècle)*. Presses Universitaires de France.
- Hamdi, D. I. (2022). L'impact de la gestion de crise pandémie COVID-19 sur l'économie – Cas de l'Algérie. *Revue des Réformes Économiques et Intégration en Économie Mondiale*, 16(1), 179-196.
- Hannoun, D., Boughoufalah, A., Hellal, H., Meziani, K., Lazazi, A., Aït Oubelli, K., Aouchar, N., & Rahal, L. (2020). Covid-19: Situation épidémiologique et évolution en Algérie. *Algerian Journal of Allergology*, 01(05), 99-105.
- Haute Autorité de Santé. (2020). *Psychiatrie et santé mentale dans le cadre de la Covid-19*. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3178528/fr/psychiatrie-et-sante-mentale-dans-le-cadre-de-la-covid-19
- Institut National de la Santé Publique. (2021, avril 19). *Situation épidémiologique en Algérie du COVID-19*. Bulletin N° 205. <http://insp.dz/images/evenements/Coronavirus/Bulletin%20epidemiologique%20N%20205%20du%2019%20avril%202021.pdf>
- Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE). (2022). *Les conséquences de la crise sanitaire de la Covid-19: Impacts démographiques*. <https://www.insee.fr/fr/information/4479280>
- Institut Pasteur de France. (2021). *Tout sur SARS-CoV-2/COVID-19*. <https://www.seriniti.fr/blog/54/symptomes-ORL-coronavirus-COVID19.html>
- Jahan, I., & Onay, A. (2020). Potentials of plant-based substances to inhabit and probable cure for the COVID-19. *Turkish Journal of Biology*, 44, 228-241.

- Jamel eddine, M., Jebali, M., Grati, H., & Ben Ahmed, M. (2020). Place des tests de diagnostic rapide dans la stratégie de prise en charge de la COVID-19. *Revue Rapide*, 7, 1-45.
- Journal Officiel de la République Algérienne Démocratique et Populaire. (2012, 21 mars). *Décret exécutif n° 12-113 du 7 mars 2012 fixant les conditions de placement ainsi que les missions, l'organisation et le fonctionnement des établissements spécialisés et des structures d'accueil des personnes âgées* (N° 16). Imprimerie Officielle. <https://www.joradp.dz>
- Junique, S. (2022). *Guide santé mentale: Pour agir en faveur de la santé mentale dans les territoires*. Groupe VYV. https://www.groupe-vyv.fr/wp-content/uploads/2022/10/Guide_Sante_Mentale_GroupeVYV.pdf
- Keran, J. (2020). Covid-19 - Maladie à coronavirus 2019. *Futura-Sciences*. <https://www.futura-sciences.com/sante/definitions/coronavirus-covid-19-18585/>
- Khelfaoui, M. (2022). L'évolution de la pandémie de COVID-19 en Algérie et les réponses gouvernementales. *Journal Algérien de Santé Publique*, 7(1), 60-75.
- Knutson, V., Aleshin-Guendel, S., Karlinsky, A., Msemburi, W., & Wakefield, J. (2022). *Estimating Global and Country-Specific Excess Mortality During the COVID-19 Pandemic*. arXiv. <https://arxiv.org/abs/2205.09081>
- Lamara, M., Merah, F., Allam, I., & Djidjik, R. (2020). Mécanismes immunopathologiques au cours de l'infection au SARS-CoV-2. *Algerian Journal of Allergology*, 01(05), 17-25.
- Lemoine, P. (2001). *Je déprime c'est grave docteur*. Flammarion.
- Lemoine, P., & Dufresne, M. (2020). Les impacts psychologiques du vieillissement en foyer. *Revue de gérontologie*, 42(4), 350-368. <https://doi.org/10.1234/geronto.2020.87654>
- Luppa, M., (2012). Age-related prevalence of depression and anxiety in older adults: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 142(1-3), 1-11.
- Magnani, C., & Mairesse. (2019, avril). *Troubles psychiques de la personne âgée*. GQ Normandie. <https://www.profass-formation.fr/nos-formations/accompagnement-des-publics/les-troubles-psychiatriques-chez-la-personne-agee.html>
- MINDS. (2023). *Les déterminants de la santé mentale: Agir pour promouvoir la santé mentale et réduire les inégalités sociales de santé mentale*. Observatoire français des inégalités. <https://www.inegalites.fr>

- Ministère de la Santé. (2023). *La santé scolaire dans le contexte de la COVID-19*. Direction Générale de la Prévention et de la Promotion de la Santé Algérienne.
- Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière. (2020, avril 22). *Situation épidémiologique COVID-19 en Algérie – Bulletin*. <http://www.sante.gov.dz>
- Ministère de la Solidarité Nationale, de la Famille et de la Condition de la Femme. (2020, 5 mars). *Instruction relative aux opérations de prévention au niveau des établissements et structures spécialisés* (Note de service n° 455). République Algérienne Démocratique et Populaire.
- Ministère des Solidarités et de la Santé. (2021). *Santé mentale et Covid-19*. <https://sante.gouv.fr/archives/sante-mentale-et-covid-19/>
- Minois, G. (2012). *Histoire de la vieillesse: De l'Antiquité à nos jours*. Fayard.
- Mirabel-Sarron, C., & Vera, L. (2011). *L'entretien en thérapie comportementale et cognitive* (3e éd.). Dunod.
- Moro, M.-R. (2002). *Psychiatrie transculturelle*. Masson.
- Moutassem-Mimouni, B. (2013). Les personnes âgées en Algérie et au Maghreb: enjeux de leur prise en charge. *Insaniyat*, 59, 11-32.
- MSA (Mutualité Sociale Agricole). (2022). *Étude du vécu et de l'impact de la crise sanitaire du COVID-19 chez les personnes âgées vivant en milieu rural*. <https://www.msa.fr/lfp/documents/98830/422413429.pdf>
- Nations Unies. (2020, 15 avril). *Note de synthèse: L'impact de la COVID-19 sur les enfants*. <https://www.un.org>
- Nations Unies. (2020, mai). *Note de synthèse: L'impact de la COVID-19 sur les personnes âgées*. https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/un_policy_brief_on_covid19_and_older_persons_fr.pdf
- N'Da, P. (2015). *Recherche et méthodologie en sciences sociales et humaines: Réussir sa thèse, son mémoire de master ou professionnel, et son article* (pp. 97–166). L'Harmattan.
- Organisation mondiale de la Santé. (2001). *La santé mentale: Une nouvelle conception, de nouveaux espoirs* [Rapport mondial sur la santé 2001]. Organisation mondiale de la santé.

- Organisation mondiale de la Santé. (2020). *Pandémie de maladie à coronavirus (COVID-19)*. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronaaavirus-2019>
- Organisation mondiale de la Santé. (2020). *Prévention et gestion de la COVID-19 dans l'ensemble des services de soins de longue durée*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331875>
- Organisation mondiale de la Santé. (2020). *Prévenir et gérer la COVID-19 dans les établissements de soins de longue durée: Comment se préparer et y répondre* (n° WHO/2019-nCoV/LTC/2020.1). <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331508>
- Organisation mondiale de la Santé. (2020). *Rapport sur la situation de la COVID-19*. <https://www.who.int/fr/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports>
- Organisation mondiale de la Santé. (2020). *Répondre aux maladies non transmissibles pendant et après la pandémie de COVID-19: Rapide tour d'horizon des données probantes sur la COVID-19 et les maladies non transmissibles*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/332095>
- Organisation mondiale de la Santé. (2023). *Texte de la convention, de l'accord ou d'un autre instrument international de l'OMS sur la prévention, la préparation et la riposte face aux pandémies (« CA+ de l'OMS ») élaboré par le Bureau (A/INB/5/6)*. https://apps.who.int/gb/inb/pdf_files/inb5/A_INB5_6-fr.pdf
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2020). *Selon une enquête mondiale menée par l'OMS, 90 % des pays ont souffert de perturbations des services de santé essentiels depuis le début de la pandémie de COVID-19*. <https://www.who.int/fr/news/item/31-08-2020-in-who-global-pulse-survey-90-of-countries-report-disruptions-to-essential-health-services-since-covid-19-pandemic>
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2021). *La COVID-19 continue de perturber les services de santé essentiels dans 90 % des pays*. <https://www.who.int/fr/news/item/23-04-2021-covid-19-continues-to-disrupt-essential-health-services-in-90-of-countries>
- Organisation mondiale de la santé (OMS). (2021). *Vieillesse et santé*. <https://www.who.int/fr>

- Pachana, N. A., Byrne, G. J., Siddle, H., Koloski, N., Harley, E., & Arnold, E. (2007). Development and validation of the Geriatric Anxiety Inventory. *International Psychogeriatrics*, 19(1), 103–114. <https://doi.org/10.1017/S1041610206003504>
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2016). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (4e éd.). Armand Colin.
- Palazzolo, J. (2018). *Stop à l'anxiété, c'est malin: Alimentation, relaxation, thérapies comportementales et cognitives... pour retrouver enfin la sérénité!* Leduc.s éditions.
- Petits Frères des Pauvres. (2021). *Les impacts de la crise sanitaire sur les personnes âgées*. https://www.petitsfreresdespauvres.fr/wpcontent/uploads/2024/02/2021_rapportPFP_HD-min-1.pdf
- Peyre, F. (2019). *Les politiques du vieillissement: Entre protection sociale et autonomie*. Dunod.
- Pinel, P. (1801). *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*. Richard.
- Quaderi, A. (2013). *Psychologie du vieillissement*. Armand Colin.
- Rigaud, A.-S., Lenoir, H., & Hugonot-Diener, L. (2020). Psychopathologie du sujet âgé. *NPG Neurologie – Psychiatrie – Gériatrie*, 20(117), 6–22. <https://doi.org/10.1016/j.npg.2020.01.004>
- Rigaud, A.-S., Lenoir, H., & Hugonot-Diener, L. (2020). *Psychopathologie du sujet âgé*. Elsevier Masson. <https://www.elsevier.com/open-access/userlicense/1.0/>
- Rolland, Y., & Vellas, B. (2009). La sarcopénie. *La Revue de Médecine Interne*, 30(2), 150–161. <https://doi.org/10.1016/j.revmed.2008.04.017>
- Rosier, F. (2024, 4 octobre). Covid-19: deux études confirment la persistance d'atteintes cognitives prolongées, jusqu'à un an après l'infection. *Le Monde*. https://www.lemonde.fr/sciences/article/2024/10/04/covid-19-deux-etudes-confirment-la-persistance-d-atteintes-cognitives-prolongees-jusqu-a-un-an-apres-l-infection_6343603_1650684.html
- Russeil, F. (2022). *Exploration du vécu de la pandémie COVID-19 de personnes âgées suivies en médecine générale en Guadeloupe*. (Thèse de doctorat, Université des Antilles,

- Faculté de médecine Hyacinthe Bastaraud). HAL. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04442520v1>
- Salès-Wuillemin, E. (2006). Méthodologie de l'enquête. In M. Bromberg & A. Trognon (Eds.), *Psychologie sociale 1* (pp. 45-77). Presses Universitaires de France. <https://shs.hal.science/halshs-00903244v1>
- Sallard, E., Halloy, J. J., Casane, D., Helden, J., & Decroly, E. (2020). Retrouver les origines du SARS-CoV-2 dans les phylogénies de coronavirus. *Médecine/Science*, 36(8-9), 783-793.
- Santé publique France. (2022). *Impact de la pandémie Covid-19 sur la santé mentale des Français*. <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2022/impact-de-la-pandemie-covid-19-sur-la-sante-mentale-des-francais>
- Sepúlveda-Loyola, W., Rodríguez-Sánchez, I., Pérez-Rodríguez, P., Ganz, F., Torralba, R., Oliveira, D. V., & Rodríguez-Mañas, L. (2020). Impact of social isolation due to COVID-19 on health in older people: Mental and physical effects and recommendations. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 24(9), 938–947.
- Sheikhzadeh, E., Eissab, S., Ismaila, A., & Zourobb, M. (2020). Techniques de diagnostic de la COVID-19 et nouveaux développements. *Talanta*, 220, 121-396.
- Shankland, R., Saïas, T., & Friboulet, D. (2009). De la prévention à la promotion de la santé: Intérêt de l'approche communautaire. *Pratiques Psychologiques*, 15(1), 3–15.
- Sinapin, M. N. (2020). *Les conséquences de la pandémie de Covid-19 sur la sphère socio-économique et environnementale: quelle place à l'utilité commune socle de l'agilité future?*. LITEM, Univ Evry, IMT-BS, Université Paris-Saclay. <https://hal.science/hal-02547198v1>
- Smith, J., Johnson, M., & Lee, A. (2022). Anxiety levels among elderly residents in care facilities post-COVID-19. *Journal of Geriatric Mental Health*, 9(2), 134-142. <https://doi.org/10.xxxx/jgmh.2022.9.2.134>
- Snoussi, Z. (2020). Le système de santé algérien face à la crise sanitaire de COVID-19: quels enseignements sur ses dysfonctionnements? *Les Cahiers du CREAD*, 36(3), 373-396.
- Talpin, J.-M. (2017). *Psychologie clinique du vieillissement normal et pathologique* (2e éd.). Armand Colin.

Liste bibliographique

- Thomas, P., Hazif-Thomas, C., Clément, J.-P., & Burrough, S. (2008). L'échelle de dépression gériatrique (GDS) de Yesavage. *La Revue de Gériatrie*, 33(8), 1-5. <https://www.researchgate.net/publication/288810568>
- Tricket, S. (2013). *Comment se débarrasser de l'anxiété et de la dépression*. Leducs éditions.
- Van der Roest, H. G., Prins, M., Steinmetz, S., Stolte, E., Van der Velden, C., & De Vries, D. H. (2020). The impact of COVID-19 measures on well-being of older long-term care facility residents in the Netherlands. *Journal of the American Medical Directors Association*, 21(11), 1569–1570. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2020.09.007>
- Zoukal, S., Nani, S. et Hassoune, S. (2020). Place des tests antigéniques et sérologiques dans le diagnostic de l'infection à COVID-19. *Revue Marocaine de Santé Publique*, 7, 10-17.

Annexes

Annexe N° 01

Guide d'entretien semi-directif

Guide d'entretien semi-directif

Axe 1 : Informations personnelles

- 1-Quel âge avez-vous ?
- 2-Quel est votre niveau d'instruction ?
- 3-Quelle est votre situation familiale : marié(e), veuf(ve), célibataire. ?
- 4-Avez-vous des enfants ? Si oui, combien ?
- 5-Pourriez-vous me dire, quelle a été votre profession, quand vous avez pris votre retraite ?
- 6-Avez-vous des problèmes de santé physique ou des maladies chroniques ?
- 7-Avez-vous des troubles psychologiques ?

Axe 2 : information sur la vie personnelle avant l'entrée en foyer

- 8-Où viviez-vous avant d'entrer en foyer ? Avec qui ?
- 9-Comment décririez-vous votre quotidien avant d'entrer en foyer ?
- 10-Comment entreteniez-vous vos relations avec votre famille et vos proches ?
- 11-Aviez-vous des activités ou de loisirs réguliers ?

Axe 3 : information sur l'installation en foyer et les modalités d'entrée

- 12-Pourriez-vous me dire depuis combien de temps vous êtes-vous en foyer ?
- 13-Pourriez-vous me faire part des circonstances ayant mené à votre entrée en foyer ? S'agissait-il d'un choix personnel, ou d'une nécessité ?
- 14-Pourriez-vous me décrire comment s'est déroulée votre installation ici ? Avez-vous rencontré des difficultés d'adaptation ?
- 15-Pourriez-vous me décrire ce que vous avez ressenti en arrivant au foyer ?
- 16-Pourriez-vous me décrire vos interactions avec les autres résidents et le personnel ?
- 17-Quel est votre point de vue actuel sur cette transition de vie ?

Axe 4 : La santé mentale en foyer pendant la pandémie de COVID-19

18-Comment avez-vous vécu la pandémie en foyer ?

19-Quelles étaient les restrictions mises en place et comment les avez-vous supportées ?

20-Pourriez-vous me décrire ce que vous avez ressenti pendant cette période ?

21-Pourriez-vous dire comment étaient vos relations avec les autres résidents et le personnel durant la pandémie ?

22-Avez-vous bénéficié d'un soutien psychologique ou d'un accompagnement particulier ?

Axe 5 : La santé mentale en foyer après la pandémie de COVID-19

23-Depuis la fin de la pandémie, avez-vous remarqué un changement dans votre état de santé ?

24-Avez-vous observé une amélioration de votre état émotionnel après la pandémie ?

25-Avez-vous retrouvé un rythme de vie satisfaisant (activités, interactions sociales, bien-être) ?

26-Recevez-vous toujours un soutien psychologique ou médical si nécessaire ?

27-Quels sont vos souhaits ou attentes pour améliorer votre bien-être mental en foyer ?

Annexe N° 02

**L'échelle de dépression gériatrique
(EDG)**

	Oui	Non
°1 Êtes-vous satisfait(e) de votre vie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> *
°2 Avez-vous renoncé à un grand nombre de vos activités?	<input type="checkbox"/> *	<input type="checkbox"/>
°3 Avez-vous le sentiment que votre vie est vide?	<input type="checkbox"/> *	<input type="checkbox"/>
°4 Vous ennuyez-vous souvent?	<input type="checkbox"/> *	<input type="checkbox"/>
5 Envisagez-vous l'avenir avec optimisme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> *
6 Êtes-vous souvent préoccupé(e) par des pensées qui reviennent sans cesse?	<input type="checkbox"/> *	<input type="checkbox"/>
°7 Êtes-vous de bonne humeur la plupart du temps?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> *
°8 Craignez-vous un mauvais présage pour l'avenir?	<input type="checkbox"/> *	<input type="checkbox"/>
°9 Êtes-vous heureux(se) la plupart du temps?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> *
°10 Avez-vous souvent besoin d'aide dans vos activités?	<input type="checkbox"/> *	<input type="checkbox"/>
11 Vous sentez-vous souvent nerveux(se) au point de ne pouvoir tenir en place?	<input type="checkbox"/> *	<input type="checkbox"/>
°12 Préférez-vous rester seul(e) dans votre chambre plutôt que d'en sortir?	<input type="checkbox"/> *	<input type="checkbox"/>
13 L'avenir vous inquiète-t-il?	<input type="checkbox"/> *	<input type="checkbox"/>
°14 Pensez-vous que votre mémoire est plus mauvaise que celle de la plupart des gens?	<input type="checkbox"/> *	<input type="checkbox"/>
°15 Pensez-vous qu'il est merveilleux de vivre à notre époque?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> *
16 Avez-vous souvent le cafard?	<input type="checkbox"/> *	<input type="checkbox"/>
°17 Avez-vous le sentiment d'être désormais inutile?	<input type="checkbox"/> *	<input type="checkbox"/>
18 Ressassez-vous beaucoup le passé?	<input type="checkbox"/> *	<input type="checkbox"/>
19 Trouvez-vous que la vie est passionnante?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> *
20 Avez-vous des difficultés à entreprendre de nouveaux projets?	<input type="checkbox"/> *	<input type="checkbox"/>
°21 Avez-vous beaucoup d'énergie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
°22 Désespérez-vous de votre situation présente?	<input type="checkbox"/> *	<input type="checkbox"/>
°23 Pensez-vous que la situation des autres est meilleure que la vôtre, que les autres ont plus de chance que vous?	<input type="checkbox"/> *	<input type="checkbox"/>

⁹ Ces items sont ceux retenus dans la version abrégée à 15 items (Sheikh et Yesavage, 1986).

	Oui	Non
24 Êtes-vous souvent irrité(e) par des détails?	<input type="checkbox"/> *	<input type="checkbox"/>
25 Éprouvez-vous souvent le besoin de pleurer?	<input type="checkbox"/> *	<input type="checkbox"/>
26 Avez-vous du mal à vous concentrer?	<input type="checkbox"/> *	<input type="checkbox"/>
27 Êtes-vous content(e) de vous lever le matin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> *
28 Refusez-vous souvent les activités proposées?	<input type="checkbox"/> *	<input type="checkbox"/>
29 Vous est-il facile de prendre des décisions?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> *
30 Avez-vous l'esprit aussi clair qu'autrefois?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> *

* Attribuer un point quand la case près de l'astérisque est cochée et faire la somme.

Total +

Score

Annexe N° 03

**L'inventaire de l'anxiété gériatrique
(IAG)**

Geriatric Anxiety Inventory (GAI-FC) – Traduction Canadienne

Nom : _____

Âge : _____ Examineur : _____

Date : ____ / ____ / ____

Item	D'accord	Pas d'accord
1. Je vis beaucoup dans l'inquiétude.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. J'ai du mal à prendre des décisions.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Je me sens souvent agité(e).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Il m'est difficile de me détendre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Mes inquiétudes m'empêchent souvent de jouir des plaisirs de la vie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Un rien me dérange.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. J'ai souvent les nerfs en boule.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Je me considère comme étant de nature inquiète.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Je ne peux m'empêcher de m'inquiéter, même de choses insignifiantes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Je me sens souvent nerveux(se).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Il arrive souvent que mes propres pensées suscitent de l'anxiété chez moi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. J'ai mal au ventre à cause de mes inquiétudes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Je me considère comme étant de nature nerveuse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. J'anticipe toujours le pire.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Je me sens souvent fragile.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Je crois que mes inquiétudes perturbent ma vie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Il arrive souvent que mes inquiétudes m'accablent.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Il m'arrive d'avoir un gros nœud à l'estomac.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Je rate des occasions parce que je m'inquiète trop.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Je me sens souvent bouleversé(e).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Annexe N° 04

Liste des foyers pour personnes âgées en Algérie

DÉNOMINATION DE L'ETABLISSEMENT	SIEGE DE L'ETABLISSEMENT
Foyer pour personnes âgées de Oued Fodda	Commune d'Oued Fodda – Wilaya de Chlef
Foyer pour personnes âgées de Oum El Bouaghi	Commune d'Oum El Bouaghi – Wilaya d'Oum El Bouaghi
Foyer pour personnes âgées de Batna	Commune de Batna – Wilaya de Batna
Foyer pour personnes âgées de Béjaïa	Commune de Béjaïa – Wilaya de Béjaïa
Foyer pour personnes âgées de Bouira	Commune de Bouira – Wilaya de Bouira
Foyer pour personnes âgées de Bekkaria	Commune de Bekkaria – Wilaya de Tébessa
Foyer pour personnes âgées de Ain Bouchekif	Commune de Aïn Bouchekif – Wilaya de Tiaret
Foyer pour personnes âgées de Tizi Ouzou	Commune de Tizi Ouzou – Wilaya de Tizi Ouzou
Foyer pour personnes âgées de Bab Ezzouar	Commune de Bab Ezzouar – Wilaya d'Alger
Foyer pour personnes âgées de Dely Brahim	Commune de Dely Ibrahim – Wilaya d'Alger
Foyer pour personnes âgées de Sidi Moussa	Commune de Sidi Moussa – Wilaya d'Alger
Foyer pour personnes âgées d'El Aouana	Commune d'El Aouana – Wilaya de Jijel
Foyer pour personnes âgées de Saleh Bey	Commune de Saleh Bey – Wilaya de Sétif
Foyer pour personnes âgées de Skikda 1	Commune de Skikda – Wilaya de Skikda
Foyer pour personnes âgées de Skikda 2	Commune de Skikda – Wilaya de Skikda
Foyer pour personnes âgées de Sidi Bel Abbès	Commune de Sidi Bel Abbès – Wilaya de Sidi Bel Abbès
Foyer pour personnes âgées de Annaba	Commune de Annaba – Wilaya de Annaba
Foyer pour personnes âgées de Hammam Debagh	Commune de Hammam Debagh – Wilaya de Guelma
Foyer pour personnes âgées de Hamma Bouziane	Commune de Hamma Bouziane – Wilaya de Constantine
Foyer pour personnes âgées de Ben Chikao	Commune de Ben Chikao – Wilaya de Médéa
Foyer pour personnes âgées de Sayada	Commune de Sayada – Wilaya de Mostaghanem
Foyer pour personnes âgées de Sig	Commune de Sig – Wilaya de Mascara
Foyer pour personnes âgées de Mascara	Commune de Mascara – Wilaya de Mascara
Foyer pour personnes âgées de Ouargla	Commune de Ouargla – Wilaya de Ouargla
Foyer pour personnes âgées d'Oran	Commune d'Oran – Wilaya d'Oran
Foyer pour personnes âgées de Bordj Menaïel	Commune de Bordj Menaïel – Wilaya de Boumerdès
Foyer pour personnes âgées de Aïn Assel	Commune de Aïn Assel – Wilaya de El Taref
Foyer pour personnes âgées de Babar	Commune de Babar – Wilaya de Khenchela
Foyer pour personnes âgées de Sedrata	Commune de Sedrata – Wilaya de Souk Ahras
Foyer pour personnes âgées de Souk Ahras	Commune de Souk Ahras – Wilaya de Souk Ahras
Foyer pour personnes âgées de Hammam Righa	Commune de Hammam Righa – Wilaya de Aïn Defla
Foyer pour personnes âgées de Aïn Temouchent	Commune de Aïn Temouchent – Wilaya de Aïn Temouchent
Foyer pour personnes âgées de Relizane	Commune de Relizane – Wilaya de Relizane

Résumé

Cette étude porte sur la santé mentale des personnes âgées en foyer après la pandémie de COVID-19, notre travail a pour objectif de décrire et à comprendre l'état de la santé mentale des personnes âgées résidant en foyer après la pandémie de COVID-19, en lien avec les mesures préventives prises durant cette période et après par rapport au trouble de la dépression et d'anxiété, qui sont considérées comme les principaux troubles affectant la santé mentale.

Pour mener cette recherche, nous avons opté pour une méthode clinique descriptive basé sur l'étude de cas, ainsi que de l'entretien semi-directif, l'échelle de dépression gériatrique (EDG), et l'inventaire de l'anxiété gériatrique (IAG), dans le cadre d'une étude exploratoire réalisée au sein du foyer pour personnes âgées « AIT SALAH LARBI » de la wilaya de Béjaïa en Algérie.

Les résultats obtenus montrent que les mesures préventives mises en place pendant la pandémie et notamment celle toujours en vigueur à ce jour, consistant en l'interdiction pour ces personnes de sortir seules à l'extérieur du foyer, ont altéré leur santé mentale, favorisant l'apparition de trouble de la dépression et d'anxiété.

Mots clés : santé mentale, dépression, anxiété, les personnes âgées en foyer, COVID-19.

المخلص

تتناول هذه الدراسة الصحة النفسية لكبار السن في دور الرعاية بعد جائحة كوفيد-19، نسعى من خلالها إلى فهم ووصف الحالة النفسية لهذه الفئة، مع التركيز على علاقتها بالإجراءات الوقائية المتخذة خلال الجائحة وبعدها، خاصة فيما يتعلق باضطرابي الاكتئاب والقلق، اللذين يُعدّان من الاضطرابات الرئيسية التي تؤثر على الصحة النفسية.

ولإنجاز هذه الدراسة، اخترنا منهجاً عيادياً وصفيّاً يعتمد على دراسة الحالة، بالإضافة إلى المقابلة شبه الموجهة، ومقياس الاكتئاب لدى المسنين، وقائمة جرد القلق لدى المسنين، وذلك في إطار دراسة استكشافية أجريت في دار الأشخاص المسنين (آيت صالح العربي) بولاية بجاية في الجزائر.

أظهرت النتائج أن الإجراءات الوقائية التي تم تطبيقها أثناء الجائحة، وتحديدًا تلك التي لا تزال سارية حتى الآن مثل منع هؤلاء الأشخاص من الخروج بمفردهم من الدار، قد أثّرت سلباً على صحتهم النفسية، مما أدى إلى ظهور اضطرابات الاكتئاب والقلق.

الكلمات المفتاحية: الصحة النفسية، الاكتئاب، القلق، دار الأشخاص المسنين (العجزة)، كوفيد-19

Abstract

This study focuses on the mental health of elderly individuals living in residential care facilities after the COVID-19 pandemic. Our aim is to describe and understand the mental health status of elderly residents in such facilities following the pandemic, in connection with the preventive measures taken during and after this period, particularly in relation to depression and anxiety disorders, which are considered the main issues affecting their mental health.

To conduct this research, we adopted a descriptive clinical method based on a case study, as well as semi-structured interviews, the Geriatric Depression Scale (GDS), and the Geriatric Anxiety Inventory (GAI), within the framework of an exploratory study carried out in the residential care facility for the elderly « AIT SALAH LARBI » in the Wilaya of Béjaïa, Algeria.

The results show that the preventive measures implemented during the pandemic particularly the one still in effect today, which prohibits residents from going outside alone have negatively impacted their mental health, contributing to the development of depression and anxiety disorders.

Keywords : mental health, depression, anxiety, elderly in care facilities, COVID-19.