

**Université Abderrahmane Mira de Bejaia**

**Faculté des sciences humaines et sociales**

**Département des sciences sociales**

**Mémoire de fin d'étude en vue de l'obtention du diplôme de  
master en psychologie**

**Option : psychologie clinique**

# **Thème**

**La souffrance psychologique des personnes âgées  
placées en institution**

**Réalisé par :**

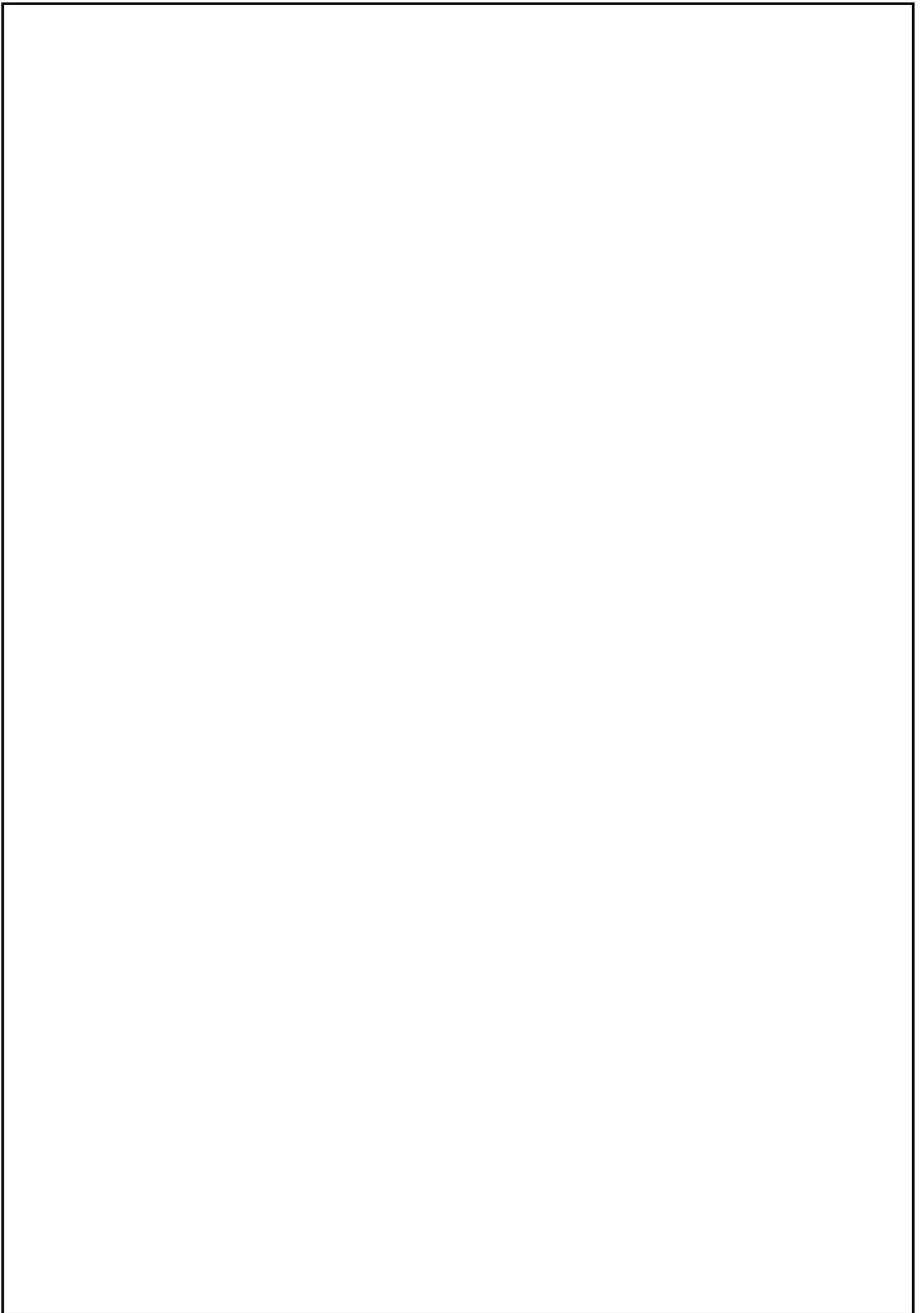
Bedjguelel Dihya

Belhocine Nesrine

**Encadré par :**

Mme Haderbache Lamia

**Année universitaire : 2016/2017**



# Remerciements

*Nous tenons tout d'abord à remercier du fond du cœur notre promotrice Mme Haderbache Lamia, pour sa confiance, sa disponibilité, ses conseils, ses encouragements et son soutien, qui sans elle ce travail de recherche n'aurait pas abouti.*

*Nous remercions également, la psychologue du foyer pour personnes âgées et handicapées, de nous avoir mis en contact avec nos sujets de recherche.*

*Un grand merci à tous nos sujets de recherche, qui nous ont données de leur temps et qui ont fait preuve de bonne volonté.*

*Nous remercions également les membres du jury.*

*Enfin nous remercions tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à ce modeste travail.*

## Dédicaces

*Je souhaite dédier ce modeste travail en premier lieu, à mes chers parents qui, sans eux je n'en serais pas là aujourd'hui, qui m'ont permis de poursuivre mes études, et qui ont toujours été là pour moi.*

*A mon grand frère Massinissa qui ne cesse de m'encourager et à ma petite sœur Cilya qui m'a aidé et qui m'apporte beaucoup de bonheur.*

*A ma très chère grand-mère.*

*A toute ma famille, particulièrement à ma cousine Khadidja qui m'a beaucoup aidée.*

*A mes deux meilleures amies Nesrine ma binôme et Mabrouka, mon amie d'enfance et à son fils Sidali que je considère comme mon petit neveu.*

*A ma promotrice, Mme Haderbache Lamia qui a toujours été là pour nous.*

*A tous mes amis et à tous mes camarades avec qui j'ai passé mes plus belles années.*

*Aux personnes âgées de mon lieu de stage.*

*Et enfin, à toutes les personnes que j'ai croisées tout au long de ce travail.*

***Bedjguelel Dihya***

## **Dédicaces**

*Je dédie ce travail à :*

*Ma très chère maman, et mon très cher papa qui m'ont toujours  
soutenue.*

*A mes sœurs, Souad, Fadila, Lamia, à mes frères et à mes beaux  
frères.*

*A mon fiancé et à ma future belle famille.*

*A ma chère copine et binôme Dihya.*

*A mes neveux, Mounir, Yanis et Samy, et à mes nièces.*

*A toute ma famille.*

*A ma promotrice Mme Haderbache Lamia.*

*A tous mes amis.*

*Enfin, mes dédicaces vont à toutes les personnes âgées placées en  
institution.*

***Belhocine Nesrine***

# Sommaire

<b>Introduction</b> .....	1
---------------------------	---

## Partie théorique

### Chapitre I : La personne âgée placée en institution

Préambule.....	5
----------------	---

#### I) La personne âgée

1) Historique de la vieillesse.....	6
2) Définition des concepts : gériatrie, gérontologie, vieillesse et vieillissement.....	7
3) Les changements physiques et biologiques chez la personne âgée.....	9
4) Les changements psychologiques chez la personne âgée.....	12
5) Psychopathologie de la personne âgée.....	16
6) La personne âgée en Algérie.....	18

#### II) L'institution gériatrique

1) Historique de l'institution.....	20
2) Définition de l'institution.....	22
3) Types d'institutions pour personnes âgées.....	23
4) Le placement en institution.....	24
5) Les différents types d'entrées en institution.....	25
6) L'institution en Algérie.....	26
7) La prise en charge de la personne âgée en institution.....	27
Synthèse.....	28

## **Chapitre II : la souffrance psychologique**

Préambule.....29

**Définition de la notion de souffrance psychologique.....29**

### **I) Dépression**

1) Historique de la dépression.....31

2) Définition de la dépression.....32

3) Symptômes de la dépression.....33

4) Types de dépression .....35

5) Critères diagnostiques d'un épisode dépressif selon la CIM-10.....37

6) Critères diagnostiques du trouble dépressif caractérisé selon le DSM-5.....39

7) Approches théoriques de la dépression.....40

8) Les causes de dépression.....42

9) La dépression chez la personne âgée.....44

10) La dépression en institution.....45

11) Traitements de la dépression.....46

### **II) Qualité de vie**

1) Historique du concept de qualité de vie.....47

2) Définition de la qualité de vie.....49

3) La qualité de vie liée à la santé.....50

4) La qualité de vie liée à l'environnement.....51

5) La qualité de vie globale.....52

6) Indicateurs et domaines de la qualité de vie.....53

7) La qualité de vie des personnes âgées.....54

8) Facteurs objectifs et subjectifs de la qualité de vie des personnes âgées.....54

9) La qualité de vie en institution.....	55
Synthèse.....	57
<b>Problématique et hypothèses.....</b>	<b>58</b>

## **Partie pratique**

### **Chapitre III : La méthodologie de recherche**

Préambule.....	68
1) Limites de la recherche.....	68
2) Raisons du choix du thème.....	68
3) Méthode utilisée dans la recherche.....	69
4) Lieu de recherche.....	70
5) Groupe de recherche.....	71
6) Outils de la recherche.....	73
7) Déroulement de la recherche.....	81
8) Attitude du chercheur.....	85
9) Difficultés de la recherche.....	85
Synthèse.....	85

### **Chapitre IV : Présentation, analyse et discussion des hypothèses**

Préambule.....	87
<b>I) Présentation et analyse des résultats.....</b>	<b>87</b>
<b>II) Discussion des hypothèses.....</b>	<b>146</b>
Synthèse.....	163
<b>Conclusion.....</b>	<b>165</b>

**Liste bibliographique**.....168

**Annexes**

## Liste des tableaux

<b>N° du tableau</b>	<b>Titre</b>	<b>Page</b>
Tableau N°1	Caractéristiques du groupe de recherche	73
Tableau N°2	Grille de calcul du WHOQOL-BREF	79
Tableau N°3	Plus petits et plus grands scores du WHOQOL-BREF en fonction des domaines	80
Tableau N°4	Résultats de Mr Bachir obtenus dans l'EGD	93
Tableau N°5	Résultats de Mr Bachir obtenus dans le WHOQOL-BREF	95
Tableau N°6	Résultats de Mr Bachir obtenus dans le WHOQOL-OLD	97
Tableau N°7	Résultats de Mr Rafik obtenus dans l'EGD	103
Tableau N°8	Résultats de Mr Rafik obtenus dans le WHOQOL-BREF	104
Tableau N°9	Résultats de Mr Rafik obtenus dans le WHOQOL-OLD	106
Tableau N°10	Résultats de Mme Taklit obtenus dans l'EGD.	113
Tableau N°11	Résultats de Mme Taklit obtenus dans le WHOQOL-BREF	115
Tableau N°12	Résultats de Mme Taklit obtenus dans le WHOQOL-OLD	117
Tableau N°13	Résultats de Mr Mouloud obtenus dans l'EGD	124
Tableau N°14	Résultats de Mr Mouloud obtenus dans le WHOQOL-BREF	125
Tableau N°15	Résultats de Mr Mouloud obtenus dans le WHOQOL-OLD	128
Tableau N°16	Résultats de Mr Karim obtenus dans l'EGD	133
Tableau N°17	Résultats de Mr Karim obtenus dans le WHOQOL-BREF	135
Tableau N°18	Résultats de Mr Karim obtenus dans le WHOQOL-OLD	137
Tableau N°19	Résultats de Mr Hamid obtenus dans l'EGD.	141
Tableau N°20	Résultats de Mr Hamid obtenus dans le WHOQOL-BREF	143
Tableau N°21	Résultats de Mr Hamid obtenus dans le WHOQOL-OLD	145
Tableau N°22	Tableau récapitulatif de l'EGD	159
Tableau N°23	Tableau récapitulatif du questionnaire WHOQOL-BREF	159
Tableau N°24	Tableau récapitulatif du questionnaire WHOQOL-OLD	160

## Liste de figures

<b>N° de la figure</b>	<b>Titre</b>	<b>Page</b>
Figure N°1	Organigramme du FPAH de Béjaia	71
Figure N°2	Figure récapitulative du questionnaire WHOQOL-BREF	160
Figure N°3	Figure récapitulative du questionnaire WHOQOL-OLD	160

## Liste des annexes

<b>N° de l'annexe</b>	<b>Titre</b>
Annexe N°1	Guide d'entretien clinique semi-directif
Annexe N°2	Echelle gériatrique de dépression
Annexe N°3	Résultats de l'échelle gériatrique de dépression de Mr Bachir
Annexe N°4	Résultats de l'échelle gériatrique de dépression de Mr Rafik
Annexe N°5	Résultats de l'échelle gériatrique de dépression de Mme Taklit
Annexe N°6	Résultats de l'échelle gériatrique de dépression de Mr Mouloud
Annexe N°7	Résultats de l'échelle gériatrique de dépression de Mr Karim
Annexe N°8	Résultats de l'échelle gériatrique de dépression de Mr Hamid
Annexe N°9	Questionnaire WHOQOL-BREF
Annexe N°10	Résultats du questionnaire WHOQOL-BREF de Mr Bachir
Annexe N°11	Résultats du questionnaire WHOQOL-BREF de Mr Rafik
Annexe N°12	Résultats du questionnaire WHOQOL-BREF de Mme Taklit
Annexe N°13	Résultats du questionnaire WHOQOL-BREF de Mr Mouloud
Annexe N°14	Résultats du questionnaire WHOQOL-BREF de Mr Karim
Annexe N°15	Résultats du questionnaire WHOQOL-BREF de Mr Hamid
Annexe N°16	Questionnaire WHOQOL-OLD
Annexe N°17	Résultats du questionnaire WHOQOL-OLD de Mr Bachir
Annexe N°18	Résultats du questionnaire WHOQOL-OLD de Mr Rafik
Annexe N°19	Résultats du questionnaire WHOQOL-OLD de Mme Taklit
Annexe N°20	Résultats du questionnaire WHOQOL-OLD de Mr Mouloud
Annexe N°21	Résultats du questionnaire WHOQOL-OLD de Mr Karim
Annexe N°22	Résultats du questionnaire WHOQOL-OLD de Mr Hamid



## Liste des abréviations

- CIM : Classification internationale des maladies
- DALY : Disability adjusted life year
- EASF : Enquête algérienne sur la santé de la famille
- EGD : Echelle gériatrique de dépression
- EHPA : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées
- EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
- FPHA : Foyer pour personnes âgées et/ou handicapées
- MAPAD : Maisons d'accueil pour personnes âgées dépendantes
- MARPA : Maisons d'accueil rural pour personnes âgées
- OMS : Organisation mondiale de la santé
- ONS : Office national des statistiques
- TCC : Théorie cognitive et comportementale
- WHOQOL-BREF : World health organization of quality of life-bref
- WHOQOL-OLD : World health organization of quality of life-old

## Introduction

---

La population des vieillards augmente de plus en plus dans le monde, elle constitue une tranche d'âge très importante dans la société. L'avancement en âge fait apparaître une certaine fragilité physique, une dégradation de l'état de santé, un changement dans l'état psychologique et une diminution des relations sociales.

On voit alors apparaître chez la personne âgée, des maladies somatiques et/ou mentales, ces sujets présentent aussi une certaine solitude et un certain isolement, ce qui conduit à une perte d'autonomie. La plupart de ces personnes ont besoin d'être pris en charge et d'être soutenues par leur famille et leurs proches. Toutefois, il y'a des sujets âgés qui n'ont pas de proches qui souhaitent les prendre en charge, alors le seul endroit qui leur reste, c'est l'institution.

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

A coté des changements physiques, psychologiques et la rupture avec la vie sociale chez la personne âgée, le changement de lieu de vie et l'éloignement avec sa famille, peut le conduire à vivre une véritable souffrance psychologique.

Ainsi, la souffrance psychologique est à l'origine d'un trouble mental qui survient après une perte ou un événement douloureux. De ce fait, la souffrance psychologique est une souffrance émotionnelle elle est liée aux émotions, la personne qui souffre psychologiquement manifeste certains symptômes qui sont la tristesse, le mal être et l'isolement.

Etant donné la complexité de la notion, on a opérationnalisé la souffrance psychologique en deux indicateurs cliniques, qui sont : la dépression et la qualité de vie.

## Introduction

---

La dépression est un trouble mental qui touche beaucoup de personnes âgées, et encore plus les personnes âgées placées en institution, par rapport aux changements auxquels doivent faire face, comme les problèmes de santé, en particulier chez ceux qui n'ont pas un entourage familial solide. Par conséquent, la dépression les empêche non seulement d'avoir une vie heureuse mais peut aussi avoir des conséquences sur leur santé et leur forme physique. Toutefois, la dépression peut ne pas faire partie de la vieillesse, la plupart des personnes âgées sont satisfaits de la vie qu'ils ont au cours de celle-ci.

Le deuxième indicateur qu'on a retenu est la qualité de vie, il peut être défini de manière objective par l'état de santé, le statut social, et le niveau de vie où de manière subjective, qui varie d'une personne à une autre, il renvoie à la manière dont une personne conçoit son bien-être, physique, psychologie, social et environnemental. La qualité de vie en institution est souvent perçue de manière négative.

Pour notre travail de recherche qui porte sur « *la souffrance psychologique des personnes âgées placées en institution* », nous avons choisi comme lieu d'étude, le foyer pour personnes âgées et/ou handicapées (FPAH) de Bejaia, qui nous a permis de réaliser notre recherche. Pour la récolte des données, on a choisi l'entretien de recherche semi-directif, l'échelle gériatrique de dépression (EGD) pour l'évaluation de la dépression chez les personnes âgées, et les deux questionnaires, the world health organisation of quality of life-bref (WHOQOL-BREF) et the world health organisation of quality of life-old (WHOQOL-OLD) pour mesurer et évaluer le niveau de la qualité de vie des sujets âgés.

Pour la réalisation de notre travail de recherche, nous avons choisi, l'approche cognitive et comportementale, (TCC) cette approche nous a

permis de mieux décrire et expliquer les comportements des personnes âgées, c'est une approche centrée sur les pensées, les cognitions et les émotions.

Par ailleurs, nous avons choisi le thème de la souffrance psychologique des personnes âgées placées en institution, dans le but de mettre en avant la personne âgée placée en institution, une catégorie de personnes souvent négligée, qui pourtant a le plus besoin d'attention. Cette dernière étant confrontée à un changement de lieu de vie va vivre un grand chamboulement. Ce changement est parfois mal vécu par la personne âgée, entraînant en elle une éminente souffrance psychologique. Notre principal objectif étant donc de définir le niveau de la qualité de vie et le niveau de la dépression chez les personnes âgées placées en institution et cela pour pouvoir apprécier la nature de la souffrance psychologique de ces derniers.

En ce sens, notre travail est composé de quatre chapitres. On a d'abord présenté une introduction. Dans la partie théorique le premier chapitre intitulé : la personne âgée placée en institution, est subdivisé en deux parties, la première partie est centrée sur la personne âgée, où nous avons donné un historique de la vieillesse, définitions des concepts importants, les changements physiques et biologiques chez la personne âgée, les changements psychologiques chez la personne âgée, psychopathologie de la personne âgée et enfin la personne âgée en Algérie.

Dans la deuxième partie du chapitre qui porte sur l'institution gériatrique, nous avons présenté un historique de l'institution, définition de l'institution, le placement en institution, les différents types d'institutions, les différents types d'entrées en institution, l'institution en Algérie et la prise en charge en institution.

Le deuxième chapitre de la partie théorique nommé : la souffrance psychologique est subdivisé en deux parties aussi, la première partie est la dépression, on a cité les points suivants : Historique de la dépression, définition de la dépression, symptômes de la dépression, types de dépression, critères diagnostiques d'un épisode dépressif selon la CIM-10, critères diagnostiques du trouble dépressif caractérisé selon le DSM-5, approches théoriques de la dépression, les causes de la dépression, la dépression chez la personne âgée, la dépression en institution et enfin traitements de la dépression.

Et dans la deuxième partie du deuxième chapitre, consacrée à la qualité de vie, nous avons présenté les points suivants : historique de la qualité de vie, définitions de la qualité de vie, la qualité de vie liée à la santé, la qualité de vie liée à l'environnement, la qualité de vie globale, indicateurs et domaines de la qualité de vie, la qualité de vie des personnes âgées, facteurs objectifs et subjectifs de la qualité de vie des personnes âgées, et la qualité de vie en institution.

Nous avons ensuite présenté, notre problématique et nos hypothèses, en plus des définitions et opérationnalisations des concepts clés. Nous sommes ensuite passés à la partie pratique, le troisième chapitre qui est la méthodologie de la recherche est composé des points suivants : Limites de la recherche, raisons du choix du thème, méthode utilisée dans la recherche, lieu de recherche, groupe de recherche, outils de la recherche, déroulement de la recherche, attitude du chercheur et enfin difficultés rencontrées.

Nous avons consacré notre quatrième chapitre à la présentation, analyse et discussion des hypothèses, la première partie est consacrée à la présentation et analyse des résultats et la seconde partie à la discussion des hypothèses. Par la suite, nous avons présenté la conclusion, la liste bibliographique et les annexes.

# **Partie théorique**

# **Chapitre I : La personne âgée placée en institution**

**Préambule**

Le vieillissement, est un processus naturel auquel est confronté l'individu. Cependant, arriver à l'âge de la vieillesse, la personne présente une certaine fragilité physiologique et psychologique, ce qui l'amène à dépendre des autres et à avoir besoin d'une prise en charge quotidienne. L'institutionnalisation reste parfois la seule solution à la personne âgée et à sa famille n'ayant pas les moyens ou la capacité de la prendre en charge.

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

**I) La personne âgée**

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

**1) Historique de la vieillesse**

Dans les sociétés chrétiennes médiévales du début des temps modernes, la vieillesse n'était pas du tout valorisée. Elle était très probablement dans l'antiquité grecque ou latine puisque les vieillards y constituaient des assemblées de personnages vénérables qui détenaient la sagesse. Mais il n'était pas du tout ainsi dans les sociétés occidentales traditionnelles. Le vieux, c'était d'abord quelqu'un qui ne pouvait plus tout à fait mener la vie de tout le monde. Par conséquent, il devait avoir une vie à lui, une sorte de retraite ; il se retirait du monde (Ph. Ariès, 1983, p.47).

En effet, depuis l'antiquité, la vieillesse a toujours été perçue comme un moment particulier de la vie, mais cela n'a pas conduit les auteurs à s'accorder sur l'âge à partir duquel on devient vieux. Hippocrate, assimilait la vieillesse à l'hiver, il a fait débiter à 56 ans. Aristote, opte pour le seuil des 50 ans. Plus tard, Saint Augustin fait commencer la vieillesse à 60 ans (P. Bourdelais, 1993, p.18).

Au XVIII<sup>e</sup> siècle, l'image du vieillard est reprise de l'antiquité, c'est le noble vieillard à la belle figure. Doté d'une grande dignité, la vieillesse ne le dégrade pas, même s'il est infirme, il sera alors tout simplement assis dans un fauteuil. Il est entouré de gens qui viennent prendre son enseignement. C'est réellement une toute autre représentation : le vieillard devient le patriarche, il apparaît ainsi dans toute la peinture de Greuze. Lorsque sur des gravures populaires américaines un peu naïve on voulait représenter le christ. Au XVIII<sup>e</sup> siècle, on l'y faisait figurer avec des cheveux blancs, signe de dignité et de noblesse. Elle va s'imposer tout au long du XIX<sup>ème</sup> siècle et du début du XX<sup>ème</sup> siècle bien que persiste en dessous, la vieille imagerie du gâteux. Mais ce n'est que très récemment que nous avons vu le noble vieillard basculer du côté de l'hospice tandis qu'une autre attitude devant la vieillesse émergeait,

qui consiste, à la mettre à part et faire en sorte qu'on ne la voit pas. D'ailleurs le vocabulaire, la terminologie est intéressante car autrefois on parlait du noble vieillard, tandis qu'aujourd'hui le mot de vieillard est tout à fait exclu. On parle du troisième âge, on parle de gens d'un certain âge, on parle de gens âgées, mais le mot de vieillard introduit une idée de dégradation (Ph. Ariès, 1983, p.48).

Vers 1830, les vieillards ne cohabitaient pas avec leurs enfants et leurs petits enfants, mais les relations entre les enfants et les grands parents étaient fréquents et sollicitées par toutes les mythologies familiales. La famille impliquait alors une notion pas toujours très explicite, mais très bien ressentie de continuité et cette continuité faisait passer les courants entre les aïeux, les grands parents et les enfants. Cela correspond à l'époque où les vieillards sont devenus plus nombreux (Ibid, p.49).

Dans la génération du XIX<sup>e</sup> siècle, l'âge s'était un petit peu élevé par rapport à l'ancien régime, on devenait barbon plus vieux. Cela se situait, pour les femmes, entre 40 et 50 ans, et pour les hommes, entre 50 et 60 ans. (Ibid, p.50)

Désormais, il est admis que les personnes âgées doivent rester actives jusqu'à leur mort, ce qui devrait contribuer à les réinsérer avec force dans l'ensemble des organisations familiales et sociales (P. Bourdelais, 1993, p.32).

## **2) Définition des concepts : gériatrie, gérontologie, vieillesse et vieillissement**

On a décidé de définir le terme de « *gériatrie* » et « *gérontologie* », la vieillesse dans un sens déficitaire par le dictionnaire de Larousse et une

deuxième définition en fonction de l'âge biologique. Des définitions qui déterminent bien le terme de « *vieillesse* ».

D'autre part, on va définir le vieillissement selon l'OMS qui représente un travail de consensus d'un niveau international. Plus une deuxième définition du grand dictionnaire de la psychologie définie en termes de sénescence.

### 2.1) La gériatrie

C'est la médecine des personnes âgées, comme la pédiatrie et la médecine de l'enfant et de l'adolescent. Elle est une spécialité médicale dans la plupart des pays développés (J-M. Antoine, P. Czernichow, B. Housset & B. Varet, 2010, p.4).

### 2.2) La gérontologie

La gérontologie concerne l'étude du vieillissement dans tous ses aspects, biomédical, socio-économique, culturel, démographique... C'est un champ d'étude situé au carrefour de nombreuses sciences : médecine, sociologie, psychologie, économie, démographie... (Ibid).

Il nous a semblé nécessaire de définir ces deux notions : « *Gériatrie* » et « *Gérontologie* », la première étant une spécialité de la médecine qui est consacrée à la personne âgée et la deuxième notion est un domaine qui étudie la personne âgée dans toutes les sciences.

Dans ce sens, nous allons poursuivre avec la définition de la vieillesse et du vieillissement.

### 2.3) La vieillesse

En terme d'âge la vieillesse est selon le Littré (1876) : « *le dernier âge de la vie, ou la période de la vie humaine, dont on fixe le commencement à la sixième année, mais qui peut être plus au moins retardée ou avancée,*

*suivant la constitution individuelle, le genre de vie et une foule d'autres circonstances » (A. Lhermit, 2014, p.14).*

En terme de déficience, la vieillesse a été définie selon Larousse (2013), comme la : *« dernière période de la vie normale, caractérisée par un ralentissement des fonctions, diminution des forces physiques et fléchissement des facultés mentales qui accompagnent habituellement cette période » (Ibid, p.13).*

#### **2.4) Le vieillissement**

Le vieillissement selon l'OMS est un : *« processus de changement progressif dans les structures biologiques, psychologiques et sociales de l'individu » (C. Fantini-Houwel, M-C. Gély-Nargeot & S. Raffard, 2014).*

Le grand dictionnaire de la psychologie (2011) définit le vieillissement comme : *« l'ensemble des transformations qui affectent la dernière période de la vie et qui constituent un processus de déclin » (Le grand dictionnaire de la psychologie, 2011, p.987).*

Nous retenons par ces définitions que l'âge qui détermine la vieillesse est à partir de 60 ans. La personne âgée est définie par des modifications du côté physique, psychologique et du côté relationnel et social.

En ce sens, le sujet âgé est confronté à des changements physiques où apparaissent de nouvelles maladies et à des changements psychologiques, du côté cognitif, affectif et social. C'est pour cela que nous avons consacré le point suivant à ce sujet.

### **3) Les changements physiques et biologiques chez la personne âgée**

Le processus de vieillissement modifie certains paramètres d'ordre biologique. Son ralentissement s'apprécie à travers des bouleversements

importants au niveau cellulaire fragilisant ainsi l'organisme d'une manière générale. Il paraît, sur le plan somatique, des modifications de l'apparence corporelle, une diminution de l'efficacité intellectuelle, une diminution des forces physiques, une présence ou non d'handicaps moteurs, un changement de la sphère génitale, de profondes modifications biologiques, et un amoindrissement de certaines fonctions sensorielles (P. K'elant, 2010, p.72).

Dans ce qui suit nous allons citer quelques caractéristiques et maladies gériatriques.

### **3.1) La fragilité**

La fragilité est une entité de plus en plus reconnue en gériatrie recouvrant à la fois un syndrome clinique et un processus croissant de vulnérabilité qui prédisposent au déclin fonctionnel. Le concept de fragilité offre la possibilité de mieux comprendre l'hétérogénéité de la population âgée en délaissant l'analyse médicale, pour adapter un modèle plus intégratif, afin d'avoir une meilleure compréhension de la santé du sujet âgé. Le processus de fragilité se développe sous l'action conjuguée du vieillissement physiologique, des habitudes de vie, des changements des déterminants socio-économiques au cours de l'avance en âge et des conséquences des modèles chroniques, la combinaison de ces facteurs entraîne la réduction des réserves physiologiques et l'amenuisement de l'efficacité des rythmes régulateurs assurant l'homéostasie (F.Puisieux, 2012, p.19).

L'état de fragilité apparaît cliniquement lorsque le processus de fragilité atteint un seuil d'insuffisance fonctionnelle. Un sujet âgé fragile est un sujet dont les capacités à faire face à une agression même minime sont réduites et dont l'équilibre est instable. Il s'agit d'un sujet à haut risque de décompensation et de perte d'autonomie à l'occasion d'une pathologie aiguë

d'un effet indésirable d'un médicament ou d'un stress d'ordre socio-affectif (F.Puisieux, 2012, p.20).

### **3.2) Troubles visuels chez la personne âgée**

« *Baisse-vision* » est le terme générique employé pour signifier une déficience importante de la vision, cette déficience limite de façon significative les capacités de voir et d'agir d'une personne. La baisse-vision affecte profondément les habitudes de vie de la personne elle entraîne des incapacités qui limitent les activités habituellement réalisées, ces incapacités touchent des domaines différents selon la localisation de l'atteinte visuelle, et aussi selon les habitudes antérieures de la personne. Le déficit visuels entraînent le plus souvent des conséquences fonctionnelles importantes lorsqu'ils s'associent à d'autres maladies et qu'ils viennent augmenter les conséquences psychologiques et sociales d'un vieillissement pathologique préexistant (C.Holzschuch, 2012, p.22).

La majorité des personnes âgées atteintes de déficience visuelle ont une atteinte de la vision centrale celle-ci est amputée par une tache plus ou moins étendue, plus ou moins opaque (Ibid, p.23).

### **3.3) Trouble de l'audition chez la personne âgée**

La presbyacousie est l'altération de la fonction auditive liée au vieillissement, il s'agit d'une surdité de perception bilatérale d'intensité symétrique, observée à partir de 50 ans, elle est très fréquente aussi de 30% après 60 ans, et de 50% après 85 ans. Le vieillissement génère: une baisse du métabolisme cellulaire des cellules sensorielles ciliées internes et externes de l'origine de corti, des altérations circulatoires et aussi un ralentissement de la transmission symbolique permettant l'identification et l'analyse des bruits (S. kheims & R. Gonthier, 2012).

**3.4) La fonction d'équilibration chez la personne âgée**

Chez le sujet âgé, les troubles de l'équilibre de la marche particulièrement fréquents, relèvent souvent de l'atteinte simultanée de plusieurs structures: diminution de la réflectivité des labyrinthes, atteinte de la capture visuelle, affaiblissement de la sensibilité profonde, augmentation des temps de latence des réponses posturales, involution musculaire, vieillissement ostéoarticulaire, insuffisance des adaptations circulatoires dans la posture érigée. Les effets indésirables de certaines thérapeutiques peuvent être à l'origine de baisse de la performance de la fonction d'équilibration (P.Rochcongar & H.Monod , 2009, p.21).

Comme on l'a vu, la personne âgée est confrontée à des changements physiques qui font apparaître plusieurs maladies, la fragilité, les troubles d'auditions et visuels, les troubles de l'équilibre. De ce point de vu, il est également nécessaire de tenir compte de toutes les modifications du métabolisme qui peuvent aussi bien être d'ordre cardio-vasculaire que pulmonaire. En outre, des changements d'ordre psychologiques, surviennent souvent chez le sujet âgé, c'est ce que nous allons voir dans ce qui suit.

**4) Les changements psychologiques chez la personne âgée**

Le vieillissement, entraîne des remaniements psychologiques chez la personne qui le subit. Des sentiments d'inutilité et d'abandon peuvent se développer chez la personne âgée, d'autant plus lorsqu'elle est déracinée de son environnement familiale lors d'une entrée en institution (V. Caradec, 2010).

J. Thériault (2002), met en exergue l'adaptation que l'individu doit réaliser à propos de sa propre vieillesse et l'anxiété qui peuvent être générée par le fait d'envisager sa mort de manière personnelle. E. Bouteyre et N. Lopez (2005)

signalent également qu'il existe des vulnérabilités antérieures qui vont fragiliser la personne lors de cette étape, et qui vont conditionner la manière de faire face aux difficultés (A. Lhermite, 2014, p.36).

Nous allons présenter ci-dessous, les changements psychologiques qui surviennent lors de la vieillesse, dans différents points de vue, cognitif, psychoaffectif et psychosocial.

#### **4.1) du point de vue cognitif et intellectuel**

Il est bien connu que le processus du vieillissement cognitif dit normal, sans troubles cognitifs apparentés à une maladie neurologique de type dégénérative, s'accompagne d'une diminution de l'efficacité dans quelques domaines de la cognition. Certains processus cognitifs sont préservés tandis que d'autres sont affectés par le vieillissement (J. Lebahar, 2014).

##### **a. La mémoire**

La personne âgée peut manifester quelques troubles de la mémoire, une augmentation du temps requis pour apprendre ou se souvenir, le vieil âge ne conduit pas de façon inéluctable à la démence. La détérioration globale et peu prononcée de la mémoire ou de certaines capacités intellectuelles de la personne qui vieillit normalement ne perturbe pas complètement les activités de la vie quotidienne et laisse place à l'évolution et à l'apprentissage, c'est un processus de sénescence, c'est à dire un vieillissement naturel, en fonction de l'âge (M.Phaneuf, 2007, p.25).

##### **b. Le raisonnement**

Les performances globales diminuent de manière continue en matière de raisonnement déductif. Cette baisse est d'autant plus frappante lorsque le sujet est confronté à la résolution de problèmes complexes, le raisonnement

inductif étant particulièrement affecté par la sénescence (C. Mareau & A. Vanek Dreyfus, 2010, p.192).

### **c. L'attention**

L'attention divisée, qui désigne la capacité à sélectionner des informations significatives au sein d'un flux de messages sensoriels, apparaît nettement touchée par le vieillissement, l'attention concentrée, elle est plus préservée (Ibid).

### **d. Les apprentissages**

On observe une chute généralisée des capacités d'apprentissages dans la sénescence. Celle-ci est due au ralentissement des processus du traitement de l'information qui résulte de la baisse des performances de l'attention et du travail de la mémoire (C. Mareau & A. Vanek Dreyfus, 2010, p.192).

## **4.2) du point de vue psychoaffectif**

Le vieillissement place la personne en situation de remaniement psychoaffectif puisqu'il la confronte à la réalité de la perte d'une manière qui engage pleinement le rapport à soi et au monde.

### **a. Les deuils**

Dont le deuil d'objet qui correspond au travail qui s'effectue après la perte d'un être cher. Du fait de l'avancée de son vieillissement, la personne âgée est plus confrontée à la représentation de sa propre mort et possède moins de possibilités d'effectuer des réinvestissements affectifs. Le deuil de l'identité sociale alors que le sujet occupait une place et des activités qui le valorisaient socialement et faisant partie intégrante de son identité, il se retrouve dépossédé. Découvrant que l'on a plus le même besoin de lui, il doit faire évoluer sa position sociale ce qui s'avère souvent difficile et le deuil du moi

qui correspond à la prise en compte de la mort (C. Mareau & A. Vanek Dreyfus, 2010, p.192, pp.192-193).

**b. L'âgisme**

Il désigne toute forme de discrimination fondée sur l'âge. (Ibid, p.193)

**c. L'infantilisation**

Il se manifeste dans des paroles ou des comportements qui retirent à la personne âgée son statut d'adulte et la ramène de fait à celui d'enfant (Ibid).

**d. La gérontophobie**

C'est la peur de tout ce qui se rapporte au vieillissement ou à la vieillesse. Cette attitude entraîne des comportements négatifs. Il peut s'agir d'un refus de prendre en compte ces spécificités de la personne âgée ou de conduite défensive de surprotection (C. Mareau & A. Vanek Dreyfus, 2010, pp.192-193).

**4.3) du point de vue psychosocial**

L'interruption professionnelle, induit toute une série de changements dans les rapports qu'entretient la personne âgée avec son environnement. Les relations sociales recouvrent un fonctionnement très complexe lors du veuvage. Les relations familiales peuvent être à la fois source du support social et de détresse. Les veufs mentionnent plus d'aspects négatifs dans ce genre de relation que d'aspects positifs (P. K'delant, 2010, p.74).

La qualité du soutien social est importante à ce moment particulier de la vie car elle constitue une source de santé physique et psychologique. D'autant plus que la personne âgée souffre souvent de solitude et d'isolement lorsqu'elle accuse un ensemble de perte (Ibid).

On retrouve donc, chez la personne âgée des changements dans les fonctions cognitives où survient une dégradation de la mémoire et apparaissent des difficultés d'apprentissage, des changements sur le plan affectif où le sujet âgé est confronté à la réalité de la perte, la perte de son statut social, la perte d'être cher et la conscience de l'approche de la mort. Enfin, il est confronté à des changements sur le plan psychosocial, du fait du départ à la retraite et du manque du soutien familial.

Dans ce qui suit, nous allons aborder le point de la psychopathologie de la personne âgée.

## **5) Psychopathologie de la personne âgée**

### **5.1) La démence**

L'OMS définit la démence comme une : « *altération progressive de la mémoire et de l'idéation suffisamment marquée pour handicaper depuis au moins six mois, et d'un trouble d'au moins une des fonctions suivantes : calcul, jugement, altération de la pensée abstraite, praxies, gnosies ou modification de la personnalité* » (A. Quadéri, 2003, pp.33-52).

Le début de la démence viendrait du refus du vieillissement de la personne âgée et son origine dans une phobie de l'image spéculaire, l'image de la vieillesse. La démence est une maladie neurodégénérative du cerveau caractérisée par une détérioration des fonctions cognitives et une perte des neurones. La prévalence de la maladie d'Alzheimer est de 1.5% à 40% (A. Quadéri, 2013, p.60). Plus de 50% des patients vivant en institution souffrent d'une pathologie démentielle (S. Moulias, O. Guérin & V. Peigne, 2008, p.68).

**a. Démence de type d'Alzheimer**

Dans la maladie d'Alzheimer, les troubles proviennent principalement de perturbations neurologiques. (C. Mareau & A. Vanek Dreyfus, 2010, p.202). Cette maladie a du mal à être dépistée car ses débuts sont insignifiants. La personne oublie de plus en plus de faits récents, puis elle oublie des rendez-vous, des visites, des dates et enfin le trouble de mémoire devient totale. Le malade oublie l'identité de ses connaissances, puis l'oublie touche sa famille, et enfin le malade ne connaît plus sa propre identité. On voit apparaître de ses besoins fondamentaux et une désorientation dans le temps et dans l'espace (E. Allègre & J. Gassier, 2011, pp.21-22).

**b. Les démences cérébro-vasculaires**

Ces démences s'installent à la suite d'un infarctus cérébral massif ou d'une série de micro-infarctus. On parle alors de démences par infarctus scénique ou multiples. (C. Mareau & A. Vanek Dreyfus, 2010, p.203).

**c. Les démences toxiques**

Cette catégorie regroupe les dimensions et encéphalopathies alcooliques, ainsi que les manifestations causées par une absorption massive ou continue d'agents chimiques, qui constituent toutes des foies irréversibles (Ibid).

**5.2) Les troubles alimentaires**

Ils sont nombreux au grand âge, surtout à mesure que l'individu se retrouve seul et dépendant.

L'une des manifestations pathologiques dont l'augmentation apparaît des plus préoccupantes aujourd'hui est celle de l'anorexie du sujet âgé. L'individu se nourrit mal, d'aliments peu énergétiques, et trop peu, ce qui conduit à une malnutrition et une dénutrition. Il ya souvent un refus alimentaire suite a une

situation plus au moins soudaine de dépendance. Ce refus peut être interprété comme une réaction contre l'angoisse de mort et la dépendance associée à la nourriture pour la survie (C. Mareau & A. Vanek Dreyfus, 2010, pp.198-199).

### **5.3) La perte d'autonomie et la dépendance**

La dépendance a été définie comme : « *l'incapacité de subvenir à ses propres besoins sans l'aide d'autrui, l'origine peut être diverse (médicale, psychologique, sociale)* » (Q. Debray, 2005, p.282). Ce qui peut caractériser une personne arrivé à l'étape de la vieillesse.

Quant à l'autonomie, c'est la capacité à se gouverner soi-même. Elle présuppose la capacité de prévoir et de choisir, et la liberté de pouvoir agir, accepter ou refuser en fonction de son jugement. Le choix de la personne âgée doit primer sur ceux de ses proches. Le respect de l'autonomie impose une négociation centrée sur ses souhaits. (Collège national des enseignements de gériatrie, 2010)

## **6) La personne âgée en Algérie**

La part des personne âgée dans la population algérienne des 60 ans et plus a enregistré une légère progression, passant de 8.5% en 2014 à 8.7% en 2015 par rapport à 2014, selon les statistiques, de l'Office national des statistiques (ONS) (<https://www.Aps.dz>).

Aujourd'hui, en Algérie, ils sont 3,6 millions de personnes ayant atteint ou dépassées l'âge de 60 ans. Parmi ces aînés, 2,6 millions sont des retraités et des ayants droit. Près de d'un million d'autres aînés survivent grâce à la générosité des proches et des voisins ainsi qu'aux 3 000 DA par mois que leur verse le gouvernement en guise de la prime AFS (M.Kezzar, 2015).

Parmi les personnes âgées en Algérie, une personne sur quatre est analphabète. Bien que près de la moitié des aînés ne soient pas réticents aux foyers pour personnes âgées, et malgré cette précarité, seuls 3 000 personnes sur plus de 3 millions y vivent (M.Kezzar, 2015).

En ce sens, lors d'une enquête réalisée par le CRASC, sur la base de focus group auprès de 450 personnes âgées de 19 à 60 ans, il a été relevé une perception idéalisée de la famille traditionnelle. Les enquêtés, refusent d'envisager le placement des séniors dans les institutions ce qui constitue pour eux la pire des malédictions. Mais, ils sont conscients que la question des séniors nécessite une réflexion approfondie et un programme de prise en charge raisonné. La majorité des personnes âgées vivent avec au moins un membre de leur famille. 9.4% des hommes sont prises en charge par leurs familles contre 66% des femmes (B. Moutassem-Mimouni, 2013, p.19).

En outre, les séniors peuvent être classés en quatre groupes : le premier est privilégié, fortuné et détient les moyens de production, ou au moins des retraites substantielles, le deuxième est à l'abri dans sa famille, la troisième catégorie est en difficulté soit du fait de l'isolement et de la précarisation, soit du fait de l'extrême pauvreté, et le dernier groupe est constitué des personnes en grande difficulté (Ibid, p.21).

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

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

## **II) L'institution gériatrique**

L'institution gériatrique, reste parfois un dernier issu pour la personne âgée, se trouvant dans un état où elle ne peut plus vivre seule et subvenir à ses besoins personnels. L'institution, devient alors l'endroit où le sujet âgé va être pris en charge et va passer le reste de ses jours.

Dans ce qui suit nous allons, présenté un petit historique de l'institution, sa définition, types d'institutions, placement en institution, les différents types d'entrée en institution, l'institution en Algérie et enfin la prise en charge en institution.

### **1) Historique de l'institution**

Différents types d'établissements se sont développés depuis la fin du XIX<sup>e</sup> siècle pour offrir aux personnes âgées des lieux de fin de vie. Au cours de XIX<sup>e</sup> siècle, le placement des personnes âgées était dans des asiles. Lors de cette période, on assiste à un processus qui voit naître des structures toujours plus spécialisées prenant en charge des catégories de population plus précises, plus affinées (G. Henchozon, 2009, pp.68-75).

Les personnes âgées sont un peu les parents pauvres de ce processus de spécialisations. Une première série d'institutions se met en place en suisse romande dans la seconde partie du XIX<sup>e</sup> siècle. Mais ces établissements, qui sont principalement destinés à une catégorie de la population âgée pauvre et indigente, se heurtent à de nombreuses réticences : on juge peu naturel d'extraire les vieillards du milieu dans lequel ils ont vécu jusqu'alors et on considère qu'il est du devoir des enfants de s'occuper de leurs parents âgés. Les autorités estiment que la prise en charge des personnes âgées est du

ressort des familles ou d'un réseau d'accueil chez les particuliers (G. Henchozon, 2009, pp.68-75).

En 1887, l'asile des vieillards pauvres et malheureux de Lausanne voit le jour. Une différence de taille le distingue d'autres institutions : il est dirigé par une fondation et se trouve en dehors de la tutelle directe des pouvoirs publics. Au cours du XX<sup>e</sup> siècle, les établissements vont se transformer. On passe des asiles de vieux aux maisons de retraite, puis aux établissements médico-sociaux en quelques décennies. Progressivement, ce n'est plus la pauvreté de l'individu qui va déterminer le placement en institution, mais la maladie. Une maison de vieillards n'est plus un asile mais une pension et parfois une clinique spécialisée qui accueille essentiellement des personnes dont la carrière a été bien remplie, qui n'est pas dépourvu de tout revenu (Ibid).

Les premiers établissements fonctionnaient souvent sous la houlette d'un infirmier et employaient du personnel de maison pour effectuer les tâches quotidiennes. Les pensionnaires participent aussi à ces activités. La professionnalisation du personnel est plus lente dans les maisons de retraites que dans les autres institutions d'internements. C'est à partir des années 70 que des infirmiers et parfois des physiothérapeutes et des ergothérapeutes viennent s'ajouter au personnel des établissements (Ibid).

Une nouvelle génération d'établissements, est apparue, la psycho-gériatrie qui a pour objet de soigner, d'apaiser et d'accompagner les personnes âgées qui souffrent de difficultés psychologiques ou de troubles psychiatriques. La spécialisation institutionnelle en psycho-gériatrie a pu prendre des chemins différents selon les établissements. Certains sont d'anciens homes ou maisons de retraites qui se sont dirigés vers la psychiatrie du sujet âgé, au fil de l'évolution des pathologies de leurs résidents. D'autres sont des constructions

plus récentes qui s'articulent autour de concepts architecturaux modernes (G. Henchozon, 2009, pp.68-75).

Désormais, on est bien loin du modèle de la maison de retraite du début du XX<sup>e</sup> siècle, institution charitable offrant le toit et le couvert à des personnes âgées nécessiteuses (Ibid).

## **2) Définition de l'institution**

Selon Kaës (2000), les institutions se définissent comme : « *l'ensemble des formes et structures sociales instituées par la loi et par la coutume* » (P. Chrazac, S-A. Josserand & J-M. Talpin, 2016, p.2). Elles réunissent en proportions variables des fonctions d'ordre social, culturel, économique et politique ainsi que des fonctions psychiques qui régulent l'accomplissement de leur tâche et dans certains cas s'y opposent (Ibid).

Goffman (1968), classe les institutions gériatriques dans les institutions qu'il qualifie de totalitaires. Il définit ce type d'institution comme : « *un lieu de résidence et de travail où un grand nombre d'individus, placés dans la même situation, coupés du monde extérieur pour une période relativement longue, mènent ensemble une vie recluse dont les modalités sont explicitement et minutieusement réglées* » (Ibid, p.3).

Il les range en cinq groupes dont le premier est constitué par : « *les organismes qui se proposent de prendre en charge les personnes jugées à la fois incapables de subvenir à leurs besoins et inoffensives : foyers pour aveugles, vieillards, orphelins et indigents* » (Ibid).

On conclut de ces définitions que, l'institution gériatrique, est un établissement, ou une structure sociale qui accueille des personnes âgées, pour leur assurer une prise en charge complète.

**3) Types d'institutions pour personnes âgées****3.1) Logement foyer**

Un ensemble de logements autonomes, accompagnés d'équipements ou de services collectifs, dont l'usage est facultatif avec paiement d'une redevance. Les immeubles comportent des locaux privatifs et des locaux communs ([http://www.cfdt\\_retraités.fr](http://www.cfdt_retraités.fr)).

**3.2) EhPa et Ehpad**

L'établissement d'hébergement pour personnes âgées (Ehpa) et l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) sont des hébergements collectifs. Ils assurent une prise en charge globale aux personnes âgées. Les établissements peuvent être gérés soit par un établissement public ou une collectivité territoriale, soit par un organisme privé à caractères associatifs ou commerciale. L'Ehpa est destiné aux personnes autonomes ou peu dépendantes (Ibid).

**3.3) Résidence pour retraités**

Se sont des résidences qui sont en dehors des cadres législatifs et réglementaires. Face au manque de place dans les établissements autorisés, des groupes privés ont développé ces formules. Elles offrent en copropriété ou en location des conditions de séjours souvent basées sur la détente et le maintien en forme (Ibid).

**3.4) Mapad et Marpa**

Les Mapad (maisons d'accueil pour personnes âgées dépendantes) sont mise en place à l'initiative de l'assurance vieillesse, qui accueillent des personnes nécessitant l'assistance permanente de personnel paramédical. Les Marpa (maisons d'accueil rural pour personnes âgées), ces structures

accueillent des personnes âgées en perte d'autonomie et en situation de fragilisation ([http://www.cfdt\\_retraités.fr](http://www.cfdt_retraités.fr)).

#### **4) Le placement en institution**

Généralement le placement en institution se caractérise au bout d'un parcours ou les problèmes de santé et ou de comportement se sont accumulés. La personne victime de perte d'autonomie est contrainte vers ce nouveau mode de vie. L'entrée en institution, se fait parfois par manque de famille, par manque de sa disponibilité ou du fait d'un épuisement physique et psychologique (A. Quaderi, 2013, pp.107-108).

Pour le sujet âgé, l'entrée en institution est marquée par une série de frustrations liées aux ruptures imposées avec l'environnement géographique, affectif et social. Un sentiment profond d'abandon risque d'entraîner une attitude de révolte ou d'hostilité ou au contraire de retrait et de soumission (C. Badey-Rodriguez, 2010, p.19).

La personne âgée se trouvant confrontée brusquement à un grand nombre de nouvelles personnes, va manifester très vite des signes de désorientation, son rythme de vie, ses habitudes, ses repères étant bien souvent bouleversés (Ibid).

Pour les proches, l'entrée en institution va susciter chez eux un sentiment de culpabilité renforcé par le soulagement de ne plus avoir à prodiguer quantité de soins à leurs parents. Cette culpabilité, peut se manifester par une attitude agressive envers le personnel et critique vis-à-vis de l'institution. Reste aussi la possibilité de la faute de l'abandon du vieillard à l'institution pour s'épargner la souffrance causée par l'état du parent âgé et par son vécu (C. Badey-Rodriguez, 2010, p.21).

L'entrée en institution marque un réaménagement profond de la dynamique des relations familiales. Tel parent âgé, antérieurement très autoritaire, se trouve en position de dépendance par rapport à ceux envers qu'ils exerçaient son autorité. Les enfants sont souvent conduits à devenir les parents de leurs parents (Ibid, pp.21-22).

## **5) Les différents types d'entrées en institution**

### **5.1) L'entrée volontaire**

L'entrée volontaire est le cas le plus rare. Il s'agit souvent d'une personne qui vit seule. Les raisons invoquées sont souvent la sécurité et le besoin de contact. L'absence des services sociaux va pousser la personne à prendre la décision de rentrer en maison de retraite. Dans ces cas, la décision est mûrement réfléchie, les deuils de la vie passée sont faits. L'adaptation à la vie en institution est favorisée par cette acceptation. Il n'en reste pas moins que l'institutionnalisation risque de provoquer une déstabilisation et entraîner des troubles dépressifs (P. Crône, 2010, p.1).

### **5.2) L'entrée raisonnable**

Il s'agit d'une décision qui se fait en dépit de la volonté de la personne mais qui est poussée par la raison. La personne ne souhaite pas entrer en institution, mais c'est l'entourage social qui est à l'initiative de ce projet. La motivation du placement et le danger ou l'impossibilité imminente à vivre seul, une pathologie handicapante évolutive ou un changement d'équilibre familiale. C'est une décision subie par la personne. Le deuil de sa vie antérieur n'est pas fait et a du mal à s'adapter. Ce qui peut développer un trouble de l'identité évoluant vers un état dépressif (P. Crône, 2010, p.2).

**5.3) L'entrée autoritaire**

Il s'agit du même cas que pour l'entrée raisonnable, mais la personne ne peut se résoudre à quitter sa maison. L'entrée est vécu dramatiquement, aussi bien pour le résident que pour la famille dès leurs arrivée, ces personnes sont en danger de dépersonnalisation, certaines peuvent développer une démence réactionnelle, d'autres une dépression et d'autres expriment de l'agressivité, beaucoup sont sujets aux fugues (P. Crône, 2010, pp.2-3).

**5.4) L'entrée hospitalière**

Il s'agit d'une entrée qui s'adresse à des personnes qui, à la suite d'un grave problème de santé, ne peuvent retrouver ou rester à leur domicile et ne sont pas en état de formuler un souhait (Ibid, p.3).

**6) L'institution en Algérie**

Dans la culture algérienne, mettre un parent dans une maison de retraite est ressenti comme un abandon du parent. La loi qui pénalise les proches qui abandonnent leurs parents renforce la culpabilité. Le nombre de maisons de retraite en Algérie sont très réduite de plus elles sont destinées aux personnes âgées abandonnées. (Y. Haddar, 2011)

L'origine du placement montre que la grande majorité sont soit ramenés par la police ou par la direction de l'action sociale (DAS), soit transférés d'autres centres (B. Moutassem-Mimouni, 2013, p.25).

En Algérie, il existe quarante foyers, la population admise dans ces centres ne s'agit pas toujours de personnes âgées, mais aussi d'handicapés, de cas sociaux et de mères célibataire, il n'ya pas de structures pour ces dernières catégories, alors tous les centres de l'action sociale en héritent. De ce fait, ces institutions en Algérie sont souvent démunies de personnel spécialisé comme

toutes les structures de l'action social qui fonctionnent en grande partie avec des personnels vacataires, filet social, emploi de jeune etc (B. Moutassem-Mimouni, 2013, p.26).

Il n'ya pas de gériatre, les médecins qui sont rarement à temps plein, sont les généralistes. L'institution fait appel à un psychiatre en cas de besoin et c'est un infirmier qui applique les traitements. La gériatrie a du mal à démarrer en Algérie ou depuis les années 2000, les ministres de la santé annoncent la création d'hôpitaux de gériatrie, mais hésitent à les mettre en pratique par peur que les familles délaissent leurs parents malades (Ibid).

### **7) La prise en charge de la personne âgée en institution**

Il existe plusieurs intervenants médicaux en institution pour personnes âgées, dont le médecin généraliste, le médecin psychiatre et le médecin spécialiste. La lutte pour un meilleurs bien être de la personne quelque soit son âge, son degré d'handicap, sa perte d'autonomie est en effet insuffisante (G. Brami, 1997, p.49).

La douleur est l'un des problèmes qui préoccupent la personne âgée, et de manière générale toute les catégories de population, souhaitent, quelque soit la maladie dont ils souffrent ou pourraient souffrir, voir diminuer son intensité (Ibid).

En institution d'après les informations transmises par un gériatre genevois, quatre maladies sur dix sont traités pour leur douleur de façon inadéquate. La douleur des personnes âgées est peu étudiier, puisque moins de 1% des 4000 articles qui sont publiés chaque année sur la douleur concernant le sujet âge, on observe donc une carence dans l'approche fondamentale de ce sujet (Ibid).

Une enquête réalisée à la clinique des sources auprès des personnels soignants a montré que 87% des infirmières s'estiment peu formées à la prise en charge de la douleur (G. Brami, 1997, p.50).

La personne âgée est suivie médicalement en institution par : un examen médical à l'entrée, tous les 30 ou 90 jours, et d'une manière générale, dans les mois qui suivent l'entrée en institution, puis une fois par an, ou à l'apparition d'un problème médical (Ibid, p.52).

## **Synthèse**

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

On va donc consacrer la chapitre suivant à celle-ci où on évoquera deux indices cliniques qui permettront une description d'une éventuelle souffrance psychologique chez les personnes âgées placées en institution, ces derniers sont « *la dépression* » et « *la qualité de vie* ».

# **Chapitre II : la souffrance psychologique**

**Préambule**

La souffrance psychologique, constitue un état de mal être profond, qui peut éventuellement être présent chez les sujets âgés en général et plus particulièrement chez ceux qui sont placés en institution.

Dans notre recherche, on a opté pour deux indicateurs cliniques de la souffrance psychologique, qui sont la dépression et la qualité de vie.

On va donc divisé ce deuxième chapitre en deux parties. La première étant la dépression, nous citerons les points suivants : historique de la dépression, définition de la dépression, symptômes de la dépression, les types de dépression, les critères diagnostiques d'un épisode dépressif selon la CIM-10, les critères diagnostiques du trouble dépressif caractérisé selon la CIM-10, les approches théoriques de la dépression, ses causes, la dépression chez la personne âgée, la dépression en institution et enfin, les traitements de la dépression.

Dans la deuxième partie du chapitre, consacrée à la qualité de vie, nous allons évoquer les points suivants : historique du concept de qualité de vie, définition de celle-ci, la qualité de vie liée à la santé, la qualité de vie liée à l'environnement, la qualité de vie globale, indicateurs et domaines de la qualité de vie, la qualité de vie des personnes âgées, les facteurs objectifs et subjectifs de la qualité de vie des personnes âgées et enfin la qualité de vie en institution.

**Définition de la notion de souffrance psychologique**

La souffrance, est un état mental que ressent tout individu qui éprouve une douleur physique ou mentale prolongée (R. Doron & F. Parot, 1991, p.674).

La souffrance psychologique est définie ainsi : « *C'est une souffrance d'ordre psychique, elle résulte d'un défaut de représentation du monde, du*

*corps, de l'espace et du temps qui empêche toute démarche, toute, dynamique et toute initiative » (Ch. Arbisio, 2003, p.5).*

Dès lors, la souffrance psychique, est une expérience ressentie et un comportement qui exprime un désarroi et un désaccord en rapport avec un conflit interpersonnel (E. Zarifian, 1994, p.64).

Dans ce cadre, la souffrance psychique est parfois si profonde que souhaiter la mort semble la seule solution, la fin de vie peut être moment de grande dépression, augmentant les conflits, les remords et la culpabilité (S.Dolbeault, S. Dauchy, A. Brédart & SM. Consoli, 2007, p.206).

Ainsi, la souffrance psychologique, est un état de mal être et d'émotion négative qui est ressentie par l'individu et qui apparaît suite à un conflit interne ou externe.

Pour opérationnaliser la souffrance psychologique, nous avons retenu deux indicateurs cliniques de cette dernière, qui sont la dépression et la qualité de vie. Nous avons choisi, la dépression parce qu'elle touche souvent les personnes âgées et encore plus celles, placées en institution et parce qu'on ne peut pas parler de souffrance psychologique sans évoquer la dépression. Quant à la qualité de vie, nous l'avons choisie parce que, celle-ci est forte influencée arrivée à l'âge de la vieillesse et surtout en institution. De ce fait, ces deux éléments permettront à coup sur de rendre compte d'une possible souffrance psychologique de nos sujets de recherche.

## **I) Dépression**

La dépression constitue un trouble, qui peut éventuellement toucher la personne âgée surtout en institution. Cette première partie du deuxième chapitre, est cependant consacrée à la dépression.

## 1) Historique de la dépression

La dépression a traversé tous les millénaires de l'histoire humaine. Depuis les travaux les plus anciens des médecins grecs jusqu'à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, il y'a toujours une différence faite entre la maladie dépressive, considérée comme une sorte de folie, et la tristesse normale, similaire à la dépression (J-C. Wakefield & A-V. Horwitz, 2010, p. 73).

Contrairement à d'autres troubles mentaux, la dépression a un long passé, elle constitue sûrement la maladie psychologique la plus facilement repérable dans l'histoire : des descriptions symptomatiques très semblables depuis 2500 ans, et c'est ce que l'historien Stanley Jackson a appelé une « remarquable persistance ». Depuis les premiers textes médicaux de la Grèce antique jusqu'à la précédente version du DSM, la grande tristesse et ses différentes expressions ont souvent été présentées comme le cœur du trouble dépressif, à coté d'autres symptômes associés (Ibid, p.74).

Dés l'antiquité et plusieurs siècles, les conceptions en vigueur identifiaient la dépression sous le terme de mélancolie, et situaient son origine dans les perturbations de l'organisme. Développant sa théorie des humeurs, Hippocrate proposait d'associer l'état mélancolique à un déséquilibre des fluides et plus exactement de l'atrabile, également appelée bile noire. Cette conception restera influente jusqu'à l'avènement de la médecine moderne. Entre temps, elle aura côtoyé d'autres courants, comme par exemple le stoïcisme reliant les maladies aux passions (J. Ledrich, 2011).

I-M. Blackburn et J. Cottraux (2008) situent d'ailleurs les origines de l'approche cognitive dans la mouvance de ce courant. Ils rapportent des écrits de M. Aurèle : « *si quelque objet extérieur te chagrine, ce n'est pas lui, c'est le jugement que tu portes sur lui qui te trouble* » (J. Ledrich, 2011, p.15).

La période du moyen âge sera marquée par un recul des conceptions médicales, au profit d'une considération démoniaque des troubles mentaux. Ainsi, « *mélancolie* » devient « *lypémanie* », « *folie circulaire* » et « *folie à double forme* » pour désigner les psychoses maniaco-dépressive, aujourd'hui également appelées « *troubles bipolaires* ». Il faudra attendre Kraepelin pour que l'emploi du terme « *dépression* » soit généralisé. Bien qu'à cette époque encore, il désigne la phase de tristesse alternant avec la phase d'euphorie des troubles bipolaires, son emploi s'est généralisé à l'ensemble des troubles affectant l'élan vital et se caractérisant par une humeur triste (J. Ledrich, 2011).

## 2) Définition de la dépression

Etymologiquement, le mot *dépression* provient du latin impérial « *depressio* » qui signifie « *enfouissement, affaiblissement* » et est issu du radical de *depressum* supin de *deprimere* « *enfoncer, rabaisser* » (M. Cortinovic, 2010, p.9).

Selon le dictionnaire médical de Masson, la *dépression* est : « *une condition émotionnelle caractérisée par une altération de l'humeur, retentissement psychomoteur avec tristesse* » (J. Palazzolo, 2007, p.18).

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

*déterminée par des facteurs psychologiques individuels, sociaux et génétiques* » (I-M. Blackburne & J. Cottraux, 2001, p.1).

Chez le sujet âgé, la dépression reste un problème de santé associée à une perte d'autonomie, à un déclin fonctionnel, une baisse de la qualité de vie, un accroissement de la mortalité lié aux comorbidités et aux suicides, un fardeau pour les aidants et une charge importante pour les services de santé (A-S. Rigaud & al, 2005, p.264).

On a choisi ces définitions car, elles résument et analysent très bien l'état des sujets souffrants de dépression. La dépression représente une humeur triste, caractérisée par un état émotionnel négatif, qu'on peut percevoir dans les comportements de l'individu où tout simplement dans son discours. Chez la personne âgée, cet état dépressif peut éventuellement être présent, du fait de la perte de l'autonomie, de la perte des liens familiaux et sociaux et surtout à l'entrée en institution.

### **3) Symptômes de la dépression**

Klerman (1988), a rédigé une liste détaillée des symptômes de la dépression :

- 1. Humeur dépressive :** la grande majorité des dépressifs mentionnent un certain degré de tristesse ou se sentent malheureux. Ceci peut varier entre une tristesse légère ou une mélancolie et le profond désespoir. Souvent la personne avoue ressentir solitude, ennui, manque total d'espoir pour l'amélioration de la situation. Les dépressifs considèrent leur situation comme irréversible et peuvent pleurer souvent (G. Kleftaras, 2002).
- 2. Perte de l'intérêt ou du plaisir pour les activités habituelles :** beaucoup de dépressifs semblent perdre la capacité de tirer satisfaction des activités qu'ils avaient l'habitude de considérer plaisantes. Rien ne leur fait plaisir. Des malades dépressifs graves peuvent éprouver une « paralysie de la

volonté » qui se manifeste par l'incapacité de faire la plus simple des choses (G. Kleftaras, 2002).

- 3. Sensation de fatigue et perte d'énergie :** les dépressifs se tendent souvent très fatigués. Le manque de motivation s'accompagne d'un manque d'énergie. Ils se plaignent de faiblesse, de douleurs et d'épuisement. Ils ont une difficulté à commencer une activité et souvent ils ne peuvent pas la terminer. (Ibid)
- 4. Ralentissement du discours, de la pensée et du mouvement :** les dépressifs parlent d'habitude très lentement, ils tardent à répondre aux questions qu'on leur adresse, et quand ils répondent, c'est par un mot ou avec de grandes lacunes. Ils semblent se trouver aux limites de l'épuisement et ils pensent et agissent lentement et sans spontanéité. Les mouvements du corps sont lents et les gestes moindres (Ibid).
- 5. Changement dans l'appétit :** beaucoup de dépressifs n'ont pas d'appétit et perdent du poids. 70% à 80% des dépressifs, souffrent d'anorexie. Un pourcentage bien moins élevé des dépressifs présente une augmentation de l'appétit et prend du poids. (Ibid)
- 6. Perturbation du sommeil :** l'insomnie est un signe fréquent de la dépression. La personne qui se sent souvent épuisée et qui n'a pas de difficulté à s'endormir, se lève quelques heures après et lui est impossible de se redormir. Dans certains cas la perturbation du sommeil prend la forme d'hypersomnie. (Ibid)
- 7. Plaintes somatiques et dysphorie :** souvent les dépressifs se plaignent de douleurs et de différents problèmes organiques. Selon Klerman, les problèmes les plus communs qu'ils présentent sont : céphalée, douleurs en haut du dos et à la nuque, des crampes musculaires, nausée, vomissements, une boule à la gorge, bouche sèche etc (Ibid).
- 8. Excitation :** les dépressifs présentent parfois une agitation excessive, une tension intérieure, un énervement ou une excitation. (Ibid)

- 9. Diminution de désir sexuel :** la perte de l'intérêt pour l'activité sexuelle. (G. Kleftaras, 2002)
- 10. Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer :** le processus mental et l'activité des dépressifs se ralentissent et souvent ils sont accompagnés de problèmes de la mémoire. (Ibid)
- 11. Sentiment et pensées de dévalorisation, de faible estime de soi, d'auto-accusation, de culpabilité et de honte :** les dépressifs semblent se retirer de la vie. Ils expriment souvent des sentiments de culpabilité et des remords pour des défauts ou des échecs du présent ou du passé. La faible estime de soi, qui caractérise les dépressifs, se manifeste par la conviction de la personne qu'elle est et continuera à être un échec et décevant pour son entourage (Ibid).
- 12. Anxiété :** un pourcentage de dépressifs, qui varie entre 60% et 70%, mentionne qu'ils ressentent une anxiété intense et parfois une inquiétude exagérée (Ibid).
- 13. Sentiment d'incapacité, de pessimisme, de désespoir :** le monde comme les dépressifs le perçoivent, est insupportable et ils se sentent impuissants et désespérés (Ibid).
- 14. Idée de mort et de suicide :** beaucoup de dépressifs pensent à la mort et ont des idées récurrentes de mort et de suicide (Ibid).

#### **4) Types de dépression**

##### **4.1) La dépression réactionnelle ou exogène**

Dans la dépression réactionnelle nommée aussi névrotique, le patient est déprimé à l'occasion d'un évènement extérieur. La réaction du sujet est plus douloureuse que chez une autre personne. Elle fait suite à un évènement malheureux qui, au lieu d'engendrer une tristesse normale va aboutir à une vraie dépression. Les aspects cliniques de ce type de dépression sont variés

quant à leurs symptômes et à leur gravité, leur intensité étant généralement moins grande que dans le forme mélancolique. Les idées de suicide sont fréquentes, portant l'aspect d'une quête effective ou d'un sentiment d'échec, qu'il faut savoir reconnaître et soulager. L'anxiété, la fatigue générale, l'adynamie, l'asthénie en sont parfois la seule manifestation et ne doivent pas être seulement traitées par des médicaments symptomatiques (M. Cortinovic, 2010, p.10).

#### **4.2) La dépression endogène**

Elles sont représentées par la dépression mélancolique ou crise de mélancolie s'intégrant dans une psychose maniaco-dépressive unipolaire ou dipolaire. Le sujet s'installe dans la dépression sans cause apparente. S'il s'agit d'une psychose maniaco-dépressive bipolaire, les états dépressifs alternent avec des états maniaques. On ne retrouve aucune cause extérieure. Le traitement de cette forme sera plus difficile et plus long. Elle a souvent une origine génétique (Ibid).

Cette forme de dépression est caractérisée par une douleur morale particulièrement intense. La perte de l'estime de soi et le désir de disparaître peuvent entraîner des idées suicidaires que l'inhibition empêche alors de mettre en acte. Elle peut s'accompagner neurovégétatifs et somatiques : l'anorexie, les troubles du sommeil (Ibid).

#### **4.3) Autres type de dépression**

**La dysthymie :** C'est un état dépressif chronique caractérisé par des symptômes modérés des dépressions, tels que le manque d'appétit ou l'hyperphagie, l'insomnie, ou l'hypersomnie, la baisse d'énergie et l'asthénie, la piètre estime de soi, le manque de concentration, la difficulté à prendre des décisions et le sentiment de désespoir. (J. Palazzolo, 2007, p.36)

**La dépression masquée :** dépression qui ne se manifeste pas nécessairement par une baisse de moral mais plutôt baisse d'énergie, fatigue musculaire, troubles digestifs... (M. Cortinovic, 2010, p.11).

**La dépression saisonnière :** C'est une dépression caractérisée, par un épisode de dépression qui s'installe à l'automne ou au début de l'hiver et dure jusqu'au printemps, de manière cyclique. Trois des éléments présents sont l'hypersomnie, boulimie, et tristesse (Ibid).

**La dépression atypique :** En plus de l'humeur dépressive, s'ajoutent l'hypersomnie, l'hyperphagie et hyperactivité (Ibid).

**La dépression des personnes âgées :** La survenue d'une dépression chez la personne âgée est associée à des problématiques organiques, psychologiques et sociales (P. Thomas & C. Hazif-thomas, 2008, p.141-155).

## **5) Critères diagnostiques d'un épisode dépressif selon la CIM-10**

Selon la CIM-10 (classification internationale des maladies n°10) :

A. Critères généraux d'un épisode dépressif :

1. l'épisode dépressif doit persister au moins deux semaines.
2. absence de symptômes hypomaniaques ou maniaques répondant aux critères d'un épisode maniaque ou hypomaniaque (F30) à un moment quelconque de la vie du sujet.
3. critères d'exclusion les plus couramment utilisés : l'épisode n'est pas imputable à l'utilisation d'une substance psycho-active (F10-19) ou à un trouble mental organique, selon la définition donnée en F00-F9 (CIM-10, 1993, p.76).

B. Présence d'au moins deux des trois symptômes suivants :

1. humeur dépressive à un degré nettement anormal pour le sujet, présente pratiquement toute la journée et presque tous les jours, dans une large mesure non influencée par les circonstances, et persistant pendant au moins deux semaines.
2. diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour les activités habituellement agréables.
3. réduction de l'énergie ou augmentation de la fragibilité. (CIM-10, 1993, p.77).

C. Présence d'au moins un des sept symptômes suivants, pour atteindre un total d'au moins quatre symptômes :

1. perte de la confiance en soi ou de l'estime de soi
2. sentiments injustifiés de culpabilité excessive ou inappropriée
3. pensées de mort ou idées suicidaires récurrentes, ou comportement suicidaire de n'importe quel type
4. diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer, se manifestant par exemple, par une indécision ou des hésitations.
5. modification de l'activité psychomotrice, caractérisée par une agitation ou un ralentissement.
6. perturbation du sommeil de n'importe quel type.
7. modification de l'appétit avec variation pondérale correspondante (Ibid).

**6) Critères diagnostiques du trouble dépressif caractérisé selon le DSM-5**

A. Au moins cinq des symptômes suivants sont présents pendant une même période d'une durée de deux semaines et représentent 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.

1. Humeur dépressive présente quasiment toute la journée, presque tous les jours, signalée par la personne ou observée par les autres.

2. Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités quasiment toute la journée, presque tous les jours.

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

4. Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.

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

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

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

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

9. Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis, tentative de suicide ou plan précis pour se suicider (DSM-5, 2015, p.188).

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

C. L'épisode n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance ou à une autre affection médicale (Ibid).

D. La survenue de l'épisode dépressif caractérisé n'est pas mieux expliquée par un trouble schizoaffectif, une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant ou d'autres troubles spécifiés du spectre de la schizophrénie, ou d'autres troubles psychotiques (Ibid, 189).

E. Il n'ya jamais eu auparavant d'épisode maniaque ou hypomaniaque. (Ibid).

## **7) Approches théoriques de la dépression**

Nous allons présenter trois approches théoriques de la dépression, que nous avons retenu à base du critère chronologique, l'approche psychiatrique, l'approche psycho-dynamique et psychanalytique et l'approche cognitivo-comportementale. C'est cette dernière que nous avons retenu dans notre recherche, une approche centrée sur les cognitions, les émotions et les comportements.

### **7.1) L'approche psychiatrique**

La psychiatrie traite la dépression selon une approche nosographique basée sur la symptomatologie observable du groupe. Le DSM IV-R distingue trois grands critères de diagnostic : les différents épisodes thymiques possibles, les troubles de l'humeur, et la spécification de la sévérité du trouble et son

caractère psychotique ou non. Il distingue donc les troubles dépressifs des troubles bipolaires. Les troubles dépressifs sont catégorisés en troubles dépressifs majeurs, en troubles dysthymiques, et en troubles dépressifs non spécifié. Les troubles bipolaires sont catégorisés en troubles bipolaire I, trouble bipolaire II, troubles cyclothymiques, troubles bipolaires non spécifiés, trouble de l'humeur dus à quelque chose et troubles de l'humeur non spécifiée (S. Zakari, 2013, p.34).

Le diagnostique de dépression demande la présence d'au moins cinq des neuf symptômes qui doivent être présents presque tous les jours, sur une période d'au moins deux semaines. La présence d'un des deux premiers critères, soit l'humeur dépressive ou irritable, soit la diminution marquée de l'intérêt et du plaisir dans toutes ou presque toutes les activités est obligatoire au diagnostique. Les autres signes sont : la diminution ou l'augmentation de l'appétit presque tous les jours, l'insomnie ou l'hypersomnie presque tous les jours, une agitation ou un ralentissement psychomoteur, la fatigue ou une perte d'énergie, culpabilité, les difficultés de pensée ou de concentration ou d'indécision, les pensées de mort répétées et les tentatives de suicide (Ibid, p.35).

### **7.2) L'approche psycho-dynamique et psychanalytique**

Du point de vue psycho-dynamique, la dépression est appréhendée sous le prisme de la perte et du deuil d'un objet, soit interne ou externe au psychisme. (S. Zakari, 2013). La dépression est la fixation à cet état de deuil, cette dernière est l'équivalent pathologique d'un deuil jusqu'alors impossible, l'individu est protégé de l'effondrement mélancolique par sa dépression (C. Chabert, R. Kaès, J. Lanouzière & A. Schiewind, 2005).

Pour Freud, la dépression résulte d'une perte réelle ou imaginaire non élaborée de l'objet aimé. À cette impossibilité d'en faire le deuil succède une

identification narcissique à l'objet. La colère ressentie envers l'objet perdu est alors retournée contre soi et consiste en des tendances auto-agressives. (J. Ledrich, 2011)

### **7.3) L'approche cognitivo-comportementale**

L'origine de la dépression pour Beck, résulte d'un trouble cognitif. Des pensées, qui dans une situation de perte, sont particulièrement à l'œuvre entraînant une distorsion des informations de l'environnement et une attribution de la perte au sujet lui-même. Cette distorsion de la logique de la pensée aboutit à une succession d'erreurs et à une évaluation en erronée, des événements, qui alimente la pensée dépressive (M. Ferreri, F. Ferreri & Ph. Nuss, 2003).

Cependant, la dépression est associée aux troubles des fonctions cognitives se manifestant à travers des pensées dépressives, une dévalorisation de soi-même, une dépréciation du monde extérieur et une vision négative du futur. Les événements de vie positifs sont souvent négligés contrairement aux événements négatifs et douloureux qui sont souvent remémorés. Les schémas cognitifs dysfonctionnels responsables du sens dépressif donné à une expérience vécue, favorisent une déformation des événements de la réalité. La remémoration des événements négatifs favorise la dépression qui se répercute sur les performances intellectuelles du sujet déprimé. La dépression pourrait être due aux traits de la personnalité, à la vulnérabilité d'ordre génétique ou biologique. Ces derniers renforcent les schémas dépressogènes activés par un événement traumatique. Ce stress continu, provoque une anticipation de l'échec personnel et mène aux épisodes dépressifs fréquents, qui tendent à se chroniciser. (C-S. Peretti, 2013)

**8) Les causes de dépression****8.1) Les causes biologiques et non biologiques (métaphysiques)**

Dans les causes métaphysiques, on retrouve deux causes de mal être : des relations conflictuelles avec la famille de la personne ou des idées malsaines aux quelles elle croie. Dans les causes biologiques ou physiques, on peut citer en exemple, une alimentation carencée, un mode de vie trop sédentaire et le manque de soleil pour chercher les causes de la dépression, il faut donc s'intéresser au côté physique et spirituel de la personne (L. Canovi, 2012).

**8.2) Les causes réelles et imaginaires**

Les causes réelles telles que le divorce et le deuil, et les causes imaginaires qui peuvent provenir d'un déséquilibre chimique c'est-à-dire de prédisposition génétique (L. Canovi, 2016).

**8.3) Les causes incontrôlables et contrôlables**

Les causes incontrôlables, sont celles aux quelles la personne n'y peut rien, dont elle est victime tel qu'un tremblement de terre. Quant aux causes contrôlables, elles renvoient à certains tics de langage et attitudes corporelles, comme à force d'exprimer le découragement et l'échec, cela ne fait que l'aggraver (Ibid).

**8.4) Les causes externes et internes**

Les causes internes, renvoient à une souffrance de la personne à cause de ses propres défauts. Les causes externes renvoient à une agressivité venant d'autrui comme par exemple : être persécutées par un voisin agressif. Parfois, la personne prend une cause interne pour une cause externe, en accusant les autres de la rendre malheureuse alors que c'est elle qui se rend malheureuse, et parfois c'est l'inverse, la personne prend une cause externe pour une cause

interne. C'est ce qui arrive lorsqu'une victime de harcèlement moral se croit coupable des torts que l'on a envers elle (L. Canovi, 2016).

### **9) La dépression chez la personne âgée**

Des études ont montré que la proportion des épisodes dépressifs cliniquement avérés était de 9% à 18% dans la population âgée et jusqu'à 30% dans les institutions (C-S. Peretti, 2013, p.5).

La dépression chez le sujet âgé survient rarement de manière isolée. Le plus souvent, elle s'accompagne de comorbidités psychiatriques dont les plus fréquentes sont les troubles anxieux, les troubles de la personnalité et les abus de substance (Ibid).

Les symptômes qu'on peut retrouver chez le sujet âgé sont différents de ceux de chez le sujet jeune. Dans les symptômes de dépression chez le sujet âgé on peut donc citer : l'ennui, la colère, l'isolement, l'instabilité, l'agressivité, la confusion, la démotivation, dépendance, les somatisations, l'hypochondrie, l'angoisse matinale, le repli sur soi, les douleurs de vide intérieur, l'impression d'inutilité d'être, les suicides programmés et des troubles mnésiques allégués (R.Dondelinger & J. Lefevre, 2004).

Dans les causes de la dépression chez le sujet âgé on retrouve trois facteurs : biologiques, psychologiques et sociaux. Elle est plus fréquente chez les malades souffrant d'affections somatiques graves ou chroniques, en perte d'autonomie ou ayant des déficits sensoriels invalidant. Les changements de vie, les séparations, les deuils, la perte des lieux sociaux et familiaux sont aussi des facteurs favorisant la dépression. Les travaux épidémiologiques montrent ainsi que les sujets à plus faible niveau de revenu et ceux de bas niveau culturel sont plus à risque de dépression que les autres (<http://www.medecine.ups.tise.fr>).

Quant à la prise en charge de la dépression chez le sujet âgé, il est souvent nécessaire de mettre en œuvre un traitement antidépresseur. Cependant, l'utilisation de la psychothérapie peut être nécessaire dans la dépression du sujet âgé résistante. Le traitement doit être bien conduit pendant 6 semaines au minimum avant de remettre en cause le diagnostic de syndrome dépressif. Il convient ensuite de réaliser une nouvelle évaluation des fonctions cognitives, la dépression pouvant annoncer une démence débutante (O. Martinaud & D. Hannequin, 2005, p.797).

La prise en charge globale implique l'amélioration de la qualité de vie et la réduction du risque de rechute. En plus de la mise en place d'aides à domicile, d'une psychothérapie et d'incitation à une participation sociale (Ibid).

### **10) La dépression en institution**

L'entrée en institution devient le synonyme de changement de groupe social. La personne âgée en institution doit faire face à un monde qui lui était probablement inconnu, quittant un environnement familial et amical construit tout au long de sa vie, elle se voit entourée de gens dont le point commun est la dépendance. Et que dire du sentiment de confiance et de compétence lorsque l'on est placé dans l'institution perçoit que l'on est plus capable (Ph. Crone, 2010, p.7).

Tous les éléments de destruction de l'identité sont réunis si ce processus de l'estime de soi n'est pas enrayé, la personne fragilisée dérive vers une dépression et son cortège d'inhibition et d'idées suicidaires, voire une démence réactionnelle (Ibid).

Les personnes âgées qui entrent en institution sont au moins dans un état de dépréciation, il n'est pas rare de les entendre dire qu'elles ne servent à rien, que c'est fini, ou « *à quoi ça sert de vivre* ». L'institution risque de confirmer ces sentiments en prenant totalement en charge ces résidents, en ne laissant

aucune place à l'initiative, en fendant leur personnalité dans le moule de la collectivité. Le regard social qui les entoure ne renvoie que l'image diminuée d'une personne dépendante, du fait, de l'institution (Ph. Crone, 2010, p.7).

## **11) Traitements de la dépression**

### **11.1) Les antidépresseurs et les anxiolytiques**

Les antidépresseurs et les anxiolytiques secrètent de la sérotonine et de la noradrénaline pour remédier aux dépressions. De nos jours, le rituel du deuil n'est pas plus autorisé par notre société qui s'empresse de médicaliser la tristesse naturelle qui suit un deuil. On peut parfois envisager la prescription de psychotropes de manière ponctuelle seulement en cas de danger : suicide, comportement psychotique mettant en danger le patient et/ou son entourage, cette prescription devant absolument être accompagnée et surveillée régulièrement par le prescripteur (M. Cortinovic, 2010, p.15).

### **11.2) La psychothérapie**

Pour traité la dépression, la psychothérapie est recommandée pour les cas de dépression légère à modérée. Elle peut se dérouler en groupe ou en individuel et recourir à différentes méthodes : psychothérapie, cognitivo-comportementale, interpersonnelle, psycho-dynamique ou autres. Le choix du type de psychothérapie repose sur l'objectif à atteindre, la préférence du patient et les compétences du thérapeute. La combinaison de psychothérapie et pharmacothérapie est recommandée dans le cas de dépression modérée à sévère. L'efficacité de la psychothérapie en tant que traitement préventif de la récurrence est plus controversée que celle des antidépresseurs (T. Sanglier, 2011, p.38).

**11.3) L'électrostimulation**

L'électro-convulsivothérapie est recommandée pour les cas de dépression les plus sévère ou lors de dépression résistante aux précédentes alternatives thérapeutiques. Les formes sévères sont les troubles dépressifs présentant des caractéristiques psychotiques, catatoniques ou requérant un rétablissement rapide. C'est une technique bien tolérée, hormis des troubles transitoires de la mémoire et les inconvénients d'une anesthésie générale brève, que l'on peut privilégier dans des populations vulnérables qui présentent des contre-indications médicamenteuses, comme les sujets âgées (Ibid).

Comme on l'a déjà vu, le placement en institution, peut emmener la personne âgée à tomber dans la dépression, du fait de sa perte d'autonomie, de son changement de lieu de vie et de la rupture avec ses proches. Mais il se trouve aussi parfois, que la qualité de vie du sujet âgé soit mise à l'épreuve. La partie qui suit, nous l'avons donc, consacrée à la qualité de vie.

**II. Qualité de vie**

La qualité de vie constitue un élément important pour l'épanouissement de l'individu. Or, à l'avancé de l'âge, l'être humain est emmené à vivre une dégradation de sa qualité de vie, surtout à l'entrée en institution. Dans ce qui suit nous allons alors, présenter les points, que nous avons estimés important pour présenter la qualité de vie.

**1) Histoire du concept de qualité de vie**

Le concept de qualité de vie a été utilisé dans les années 60, pour répondre aux effets pervers de l'industrialisation et de l'urbanisation. Une relation a été établie à cette époque entre environnement, nuisance et qualité de vie. En deux décennies on voit apparaître une perception positive de la qualité de vie

associée à la notion de bien être (D. Bley & N. Vernazza-licht, 1997, pp.17-18).

Le terme de qualité de vie est largement utilisé dans la presse et par la population. Les publicitaires se sont aussi emparés de ce terme, que ce soit pour prôner une marque de voiture ou pour vanter les biens faits d'un concept immobilier. Il s'agit aussi d'un terme utilisé par les décideurs et les politiques en charge de la gestion des affaires de la cité (Ibid).

Le concept de qualité de vie, fréquemment utilisé dans le langage courant par les publicitaires, les responsables politiques, l'est aussi dans des domaines de la santé. La qualité de vie est devenue aujourd'hui un outil opératoire dans les domaines touchant au secteur de la santé et de la maladie. Les recherches s'attachent à mesurer la qualité de vie des personnes malade, en particulier celles atteintes d'une maladie chronique ou en fin de vie. Ce secteur d'étude fait l'objet, souvent sous une forme très quantifiée, de la construction d'une série d'outils pour évaluer la qualité de vie. Cette tendance correspond à une attention plus grande accordée par les médecins au point de vue des patients et à la qualité tout autant qu'à l'efficacité des soins qui leurs sont dispensés (Ibid, p.19).

Le concept de qualité de vie est apparu dans les années 1960 aux états unis (C. Heussy, 2014). « *Il est né de la conjonction d'une modification du pronostic des maladies, de la considération de l'autonomie du patient et d'un besoin d'évaluation médicale* " (C. Brousse & B. Boisaubert, 2007, pp.485-462).

La qualité de vie est devenue un élément important pour l'évaluation de la prise en charge des problèmes de santé par les systèmes de soins, avec l'apparition de cette notion de qualité de vie, il a été convenu de tenir compte également des bénéfices ressentis par les personnes qui ont reçu un traitement.

Depuis le temps la qualité de vie a été considérée comme une dimension essentielle de la santé et un paramètre indispensable, pour évaluer les interventions et les prises en charge des patients et les effets des traitements et d'influencer les politiques et les programmes en matière de santé qui se focalisent sur le bien-être des personnes, les travaux de recherche ont eu l'intérêt d'élargir le regard clinique. La qualité de vie liée à la santé représente une alternative innovante permettant d'éclairer les jugements et les choix médicaux et thérapeutiques tant individuels que collectifs (C. Heussy, 2014, pp.5-6).

Aujourd'hui, on ne peut plus imaginer d'envisager les questions de santé ni de maladie sans les inscrire dans le milieu naturel et social. Si l'on prône la qualité de vie, il faut tenir compte des conditions de l'épanouissement de l'homme dans son environnement (D. Bley, N. Vernazza-licht, 1997, p.19).

## **2) Définition de la qualité de vie**

La qualité de vie, est un concept très large et difficile à définir, qui varie d'une personne à une autre. Il renvoie à la santé sociale, physique et psychologique. Cependant, nous retiendrons ci-dessous quelques définitions de la qualité de vie sur le plan psychologique. La définition de G. Dupuis qui définit, la qualité de vie comme la réalisation des buts et des objectifs, la définition de Vetter et la définition de Hunt et Mac Kenna qui décrivent la qualité de vie selon le bonheur, les besoins et le bien-être.

Selon G. Dupuis et al (1989) : « *la qualité de vie, à un moment donné dans le temps, est un état qui correspond au niveau atteint par une personne dans la poursuite des buts organisés de façon hiérarchique* » (N-E. Boudouda, 2013, p.58).

La qualité de vie renvoie, à l'épanouissement humain, au bonheur, à la santé environnementale, à la satisfaction de vie et au bien être général d'une société (J. Stiglitz, A. Sen & J-P. Fitoussi, 2009).

Vetter et al (1981) l'ont défini ainsi : « *la qualité de vie est le degré de satisfaction qu'un individu ressent par rapport à sa vie et ce qui l'entoure* » (N-E. Boudouda, 2013, p.57).

Enfin, Hunt et Mac Kenna (1993) définissent la qualité de vie comme la capacité à satisfaire les besoins perçus par les individus. Selon cette hypothèse chaque situation pathologique interfère de façon particulière avec la capacité des individus à satisfaire leurs besoins. Si les besoins perçus sont satisfaits, la qualité de vie est augmentée ou n'est pas détériorée, s'ils sont peu satisfaits, la qualité de vie est diminuée (P. Martin & J-M. Azorin, 2004, pp.19-20).

D'après ces définitions, on conclut que la qualité de vie correspond à un bien-être général, à une satisfaction dans tous les domaines de la vie, physique, mental, relationnel et environnementale.

### **3) La qualité de vie liée à la santé**

Le concept multidimensionnel de qualité de vie liée à la santé cherche à appréhender les conséquences de la maladie et de sa prise en charge sur l'individu, sa vie quotidienne, son bien-être et son degré de satisfaction. La qualité de vie liée à la santé recouvre plusieurs domaines de la vie : physique, social et psychologique (N. Roche & T. Similowski, 2007, p.5).

Selon Patrick et Erickson : « *la qualité de vie liée à la santé est la valeur qui est attribué à la durée de la vie en fonction des handicaps, du niveau fonctionnel des, perceptions et des opportunités sociales modifiée par la maladie, les blessures, les traitements ou les politiques de santé* » (J. Pouchot, 2003, p.17).

Ainsi, la qualité de vie liée à la santé renvoie aux aspects de la qualité de vie ou du fonctionnement qui sont tributaires de l'état de santé de la personne. Dans ce cadre, l'OMS définit la santé comme un : « *état global de bien-être physique, mental et social et non pas la simple absence de maladies ou d'infirmité* » (P. Martin & J-M. Azorin, 2004, p22).

Felce et Perry (1995), définissent la qualité de vie liée à la santé, comme un bien-être général qui comprend un ensemble de descripteurs objectifs et d'évaluations subjectives du bien-être physique, matériel, social et émotionnel, associés au développement personnel et à une activité déterminée (V. Chateaux, 2005, p.61).

Dans ce sens, L'élévation de l'espérance de vie, la proportion grandissante de personnes très âgées dans la population, l'amélioration constante des techniques de réanimation ont en même temps vu émerger une nouvelle position paradigmatique dans le champ des soins de santé, qui est la qualité de vie (Ph. Corten, p.1).

#### **4) La qualité de vie liée à l'environnement**

Les premières études ont concerné les secteurs proches des programmes politiques : pollution, nuisances, crimes, délinquance, revenus, confort, indications sociaux...etc. elles se basaient, essentiellement, sur des critères objectifs (Ph. Corten, 1998, pp.922-932).

Dans ce contexte, la qualité de vie est souvent utilisée par les autres comme équivalent de la normalisation. Ce qui veut dire que la personne qui présente un retard mental améliore sa qualité de vie lorsqu'elle habite une résidence intégrée dans la communauté ou publique, lorsqu'elle travaille et lorsqu'elle a de nombreuses relations sociales (J-A. Rondal & A. Comblain, 2001, p.143).

En outre, l'émergence de l'idée de la qualité de vie environnementale et le vieillissement a permis une approche de l'impact de l'environnement tel que les revenus et le lieu de vie sur la qualité de vie de la personne âgée (N-E. Boudouda, 2013, p.58).

### **5) La qualité de vie globale**

La qualité de vie globale ou comme un tout a émergé dans champs de la psychosociologie. Les premières études de Cantril et Bradburn en fin des années 60, sont parties de l'approche du bonheur exprimé supposant une balance entre les affects positifs et les affects négatifs, aboutissant à la constatation qu'il était surtout lié aux affects positifs. Plus tard, Headey a mis en évidence que bien-être et mal-être sont deux variables indépendantes. Ces acteurs soulignent aussi qu'une même situation peut avoir une coloration différente si un support social existe, et s'il ya possibilité de partager ses émotions (Ph. Corten, 1998).

A partir de 1976, Campbell, a introduit un model qui organise le concept de qualité de vie autour de la notion de satisfaction et de domaines de la vie. Andrews, confirmera ensuite le modèle de Campbell et démontra que le bien-être subjectif est un indicateur social valide et pertinent (Ibid).

Selon ces acteurs, la qualité de vie est présentée sous un regard cognitif qui prend en compte la perception de soi, l'environnement et le lien aux autres (N-E. Boudouda, 2013, p.61).

« *La qualité de vie s'articule autour de la qualité de la relation à l'environnement celui-ci étant constitué de l'autre et de la structure* » (R. Vercautern & J. Chapeleau, 1995, p.32).

Cependant les approches de la qualité de vie subjectives avancent un facteur de bien-être lié aux affects, une dimension cognitive exprimée par les

satisfactions, et une valeur attribuée aux divers domaines de la vie en fonction de l'histoire, de la personnalité et des mécanismes d'adaptation de l'individu (Ph. Corten, 1998).

Ainsi, chez les personnes âgées, ce qui est la source du plus d'insatisfaction c'est la santé et du plus de satisfaction c'est leur chez eux (Ibid, p.15).

## **6) Indicateurs et domaines de la qualité de vie**

On retrouve neuf indicateurs principaux de la qualité de vie dont : la santé, le confort matériel, la sûreté et la stabilité politique, la vie familiale, la vie sociale, la localisation climatique et géographique, le taux d'emploi, la liberté politique et enfin l'égalité entre les sexes (J. Ruzevicius, 2013).

Quant, aux domaines de la qualité de vie, ils sont les suivant :

- 1- Etat physique (santé, charges de travail, alimentation...)
- 2- Etat matériel (bien-être, conditions de vie, qualité de l'économie, revenu, pouvoir d'achat...)
- 3- Etat psychologique (émotions, attitudes, valeurs, estime personnelle, satisfaction professionnelle, stress, moral, climat psychologique à l'intérieur de la famille...)
- 4- Education et perfectionnement personnel (enseignement, qualité d'éducation, qualification et approfondissement des connaissances)
- 5- Relations sociales (relation avec les gens, la famille...)
- 6- Possibilités d'épanouissement personnel et loisirs (détente, hobby, création, divertissements)
- 7- Sécurité et environnement (sécurité physique, intégrité physique, juridique et sociale, environnement du travail...). (J. Ruzevicius, 2013)

**7) La qualité de vie des personnes âgées**

La qualité de vie des personnes âgées se trouve principalement déterminée par leur situation de vie, leur participation active à la vie sociale et le soutien social dont elles bénéficient (D. Zimmermann, 2012, p.5).

La majorité des personnes âgées est en forte demande de relations sociales, mais beaucoup d'entre elles connaissent des vies chahutées par les événements de la vie et doivent faire face à l'isolement et à la solitude (C. Van Rompaey, 2003, pp.31-40).

En effet la santé et la maladie interviennent secondairement par le biais de l'autonomie, respectivement de l'incapacité fonctionnelle. La prise en charge médicale influence indirectement la qualité de vie dans la mesure où elle contribue à maintenir ou à rétablir l'autonomie fonctionnelle. L'absence d'autonomie et le besoin important en soins ont une influence négative sur la qualité de vie des personnes âgées (D. Zimmermann, 2012).

Cependant, l'alimentation représente un élément de la qualité de vie et du bien-être par le plaisir sensoriel et psychologique qu'elle procure. Les repas ont souvent une grande valeur sociale et relationnelle et contribuent au sentiment de sécurité et d'ordre (X. Hébuterne, E. Alex, A. Raynaud-Simon & B. Vellas, 2009, p.171).

**8) Facteurs objectifs et subjectifs de la qualité de vie des personnes âgées**

La qualité de vie des personnes âgées est déterminée par des facteurs objectifs comme le niveau de vie, l'état de santé, les activités et loisirs... et des facteurs subjectifs, tels que la satisfaction avec la santé et le sens de la vie. Les recherches précédentes ont été focalisées sur l'état de santé objectif comme déterminant principal de la qualité de vie des personnes âgées. La

littérature récente tend par ailleurs à reconnaître l'importance de la perception subjective qu'ont les personnes âgées de leur situation sociale et médicale selon les standards qui leur sont propres et les comparaisons qu'elles font avec autrui. L'état objectif de santé des personnes âgées ne déterminerait qu'à moitié le degré de satisfaction par rapport à leur santé, puisque celui-ci résulte en grande partie de la comparaison qu'elles font avec l'état de santé d'autres personnes de leur âge (D. Zimmermann-Sloutskis, F. Moreau-Gruet & E. Zimmermann, 2012, p.22).

En ce qui concerne les facteurs objectifs, les personnes âgées d'un niveau social supérieur jouissent d'une meilleure qualité de vie objective et subjective. Cependant, quel que soit le niveau de vie objectif, la perception d'un niveau insatisfaisant en comparaison avec autrui ou de la détérioration de celui-ci, tendrait à diminuer la qualité de vie et être nuisible à la santé. L'analyse de la qualité de vie doit s'intéresser aux inégalités sociales, qui se sont construites tout au long du parcours de vie des individus et persistent au cours de la vieillesse (Ibid).

En effet, la qualité de vie des personnes âgées est certainement influencée par les différences observées au cours des étapes antérieures à la vieillesse. Les antécédents sociaux et les situations défavorables intervenant tout au long du parcours de vie surtout au cours de la vieillesse (Ibid).

### **9) La qualité de vie en institution**

La qualité de vie en institution se réfère aux attentes des personnes âgées hébergées, sur la qualité de la relation avec le personnel, avec la famille et avec les autres résidents, sur la qualité de l'environnement adapté à la dépendance physique et psychique et à la vie en collectivité, la qualité des soins et le respect des besoins ainsi que l'aide à leur satisfaction. En plus de la qualité des repas, des activités et de la citoyenneté (A. Manoukia, 2012).

Le problème de la qualité de vie en institution est réel, d'autant plus si l'on prend en considération les conditions de placement des personnes âgées en institution (N. Lelievre, 2004, p.55).

Laroque (2005), dans son étude sur les conditions d'entrée évoque que : *« 74% des résidents sont satisfaits de leurs situation lorsqu'ils ont décidé de l'entrée, même si cette décision leur a été fortement conseillée. Le chiffre tombe à 60% s'ils ont seulement accepté leur situation et chute à 37% si la famille a décidé pour eux »* (A. Manoukia, 2012).

Cependant, le défi des équipes de soins est à la fois de conserver l'envie de vivre, notamment à l'aide d'un projet de vie et de soins. Le projet de vie doit permettre de maintenir à la personne âgée l'envie de vivre, il tient compte de ses attentes (N. Lelievre, 2004, pp.55-57).

La qualité de vie de la personne âgée ne se limite pas à une appréciation de son état de santé, mais aussi de son intégration à la vie collective de l'établissement. (Ibid). Les personnes qui participent aux activités organisées en institution, jouissent d'une meilleure qualité de vie par rapport à celles qui s'abstiennent seule l'absence de soutien pratique et émotionnel apparait affecter négativement la qualité de vie (D. Zimmermann-Sloutskis, F. Moreau-Gruet & E. Zimmermann, 2012, p.8).

En d'autres termes, il est nécessaire de travailler sur le maintien de la continuité identitaire de chacun, en mettant en place les outils appropriés au travail en équipe, à la circulation des informations, à la coordination et à prendre soin de la personne âgée dans sa globalité (C. Badey-Rodriguez, 2010, p.31).

La qualité de vie représente un élément important dans la vie de tout être humain elle encercle tous les domaines de la vie: physique, psychologique, social et environnemental. La qualité de vie, est mesurable et diffère d'une

personne à une autre selon les objectifs de chacun et selon le sens qu'il donne à la vie.

En effet, la qualité de vie des personnes âgées, est souvent influencée, d'autant plus à l'entrée en institution. Cette dernière, pourrait influencer négativement la qualité de vie de la personne âgée vis à vis de son environnement, de sa vie sociale et de sa santé psychologique et physique.

### **Synthèse**

La souffrance psychologique, est un concept complexe que nous avons opérationnalisé en deux indicateurs. Le premier étant la dépression, un trouble qui comme on l'a déjà vu, touche beaucoup la personne âgées et encore plus à l'entrée en institution. Le deuxième, est la qualité de vie qui se détériore souvent arrivé à l'âge de la vieillesse surtout en institution. Dans ce qui suit nous allons présenter notre problématique puis notre partie pratique où nous allons présenté la méthodologie de la recherche présenter nos cas et discuter nos hypothèses.

# **Problématique et hypothèses**

De la naissance jusqu'à la mort, l'être humain est soumis à passer par toutes les étapes de la vie. Il évolue et se développe tant sur le plan psychologique que physique.

Arriver à la dernière période de la vie qui est la vieillesse, on voit apparaître chez la personne, une certaine fragilité, une diminution de certaines de ses capacités cognitives et motrices.

On peut toute fois trouver des personnes âgées, ayant toutes leurs capacités mentales et physique et étant autonomes et indépendante, comme on peut trouver d'autres ayant perdues leurs fonctions et ayant besoin d'être aidées au quotidien.

Dans ce cadre, la vieillesse a été défini par le grand dictionnaire de la psychologie (2011), comme la : « *dernière période de la vie, correspondant à l'aboutissement normal de la sénescence* » (Le grand dictionnaire de la psychologie, 2011, p.986).

De son côté, selon l'organisation mondiale de la santé (OMS), l'âge moyen s'étend de 45 à 59 ans, celui des personnes âgées de 60 à 74 ans, celui des vieillards de 75 à 90 ans et plus (Ibid).

En outre, le vieillissement correspond à une période : « *caractérisée par un affaiblissement global des fonctions physiologiques et des facultés mentales et par des modifications atrophiques des tissus et des organes* » (Le petit Robert, 2016, p. 2710). Et au : « *fait de devenir vieux ou de s'affaiblir par effet de l'âge* » (Ibid, p. 2711).

Selon l'OMS, entre 2000 et 2050, la proportion mondiale de plus de 60 ans doublera pour passer d'environ 11% à 22%, le nombre absolu de personnes âgées de 60 ans et plus devrait augmenter pour passer de 605 millions à 2

milliards au cours de la même période (OMS, [www.who.int/ageing/about/facts/fr/](http://www.who.int/ageing/about/facts/fr/), 2017).

Ainsi en Algérie, une légère progression des personnes âgées de 60 ans et plus a été enregistrée en 2015, selon l'ONS. En 2015, les personnes âgées de 60 ans et plus représentaient 8,7 % de la population globale de l'Algérie contre 8,5% en 2014 (ONS, [www.tsa-Algerie.com](http://www.tsa-Algerie.com)).

Etant définie, fragile et en perte d'autonomie, il arrive parfois que la personne âgée, se retrouve seule, n'ayant pas un proche pour la prendre en charge ou du moins ne pouvant pas la prendre en charge, dans ce cas l'institutions reste son seul refuge.

De ce fait, le placement en institution, est rarement consenti par le sujet âgé, mais souvent une décision prise par sa famille, il y est contraint et n'a pas d'autres choix que d'être placé.

En effet, d'après T. Darnaut : *« l'entrée en maison de retraite est rarement le fait d'une décision de la personne âgées. Au moment de l'admission, la famille est démunie. Elle a perdu tous ses repères, ses membres ne peuvent dénoncer ni leur souffrance, ni leur culpabilité. Le temps du placement devient alors un temps mort, un temps pendant lequel la famille est dépossédée de son aîné »* (T. Darnaut, 1999, p. 191).

D'après Y. Haddar (2011), dans la culture algérienne, mettre un parent dans une maison de retraite et ressenti comme un abandon du parent. Ce sentiment d'abandon s'accompagne souvent d'une culpabilité. Dans ce sens, la loi qui pénalise les proches qui abandonnent leurs parents renforce cette culpabilité (Y. Haddar, 2011, [Yazidhaddar.over-blog.com](http://Yazidhaddar.over-blog.com)).

Les études, sur les foyers pour personnes âgées et handicapées (CNES 2003, CRASC 2010, M. Benchaïbi 2010, B. Moutassem Mimouni 2012, ect) montrent que malgré l'attachement des familles à leurs séniors, il ya des

facteurs de risque à l'origine de l'admission de ces derniers dans ces centres (B-M. Mimouni, 2013, p.22).

Dans ce cadre, l'institution pourrait être définie comme un lieu ou un établissement d'hébergement pour les personnes âgées, où ils reçoivent une prise en charge telle que la prise en charge médicale, psychologique et psychiatrique.

Des statistiques déclarées par le ministère de la solidarité algérienne, montrent l'existence de 25 institutions réservées aux personnes âgées, avec une capacité d'accueil de 2123 personnes durant l'année 2008 et ce chiffre augmentera en 2009 pour atteindre 39 institutions avec une capacité de 4539 pensionnaires (L.Deghagh, 2012, p.4).

Par ailleurs, on retrouve dans le monde quatre types d'établissements pour personnes âgées: le logement foyer, les résidences pour retraités, l'établissement d'hébergement pour personnes âgées et l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. En Algérie, il n'existe qu'une seule institution qui est la maison pour personnes âgées et handicapées.

En ce sens, le placement en institution peut engendrer une véritable souffrance psychologique chez le sujet âgé. D'autant plus lorsque celui-ci n'a pas réellement consenti à son placement.

En plus, de sa perte d'autonomie, de ses repères et de la rupture avec son environnement géographique, affectif et social, cela va constituer un grand chamboulement dans sa vie qui peut l'emmener à vivre un réel mal être.

Toute fois, la souffrance psychologique constitue, un état mental de mal être et d'épuisement psychique du à des difficultés de la vie, elle est différente d'une personne à une autre, son intensité peut être faible et surmontable

comme elle peut être très forte et difficile à vivre pour la personne qui souffre et pour son entourage.

Cependant, dans le cadre de notre présente recherche, on a opté pour la dépression et la qualité de vie comme indices cliniques et ce pour mieux décrire et comprendre, la souffrance psychologique des personnes âgées placées en institution.

Par ailleurs, la dépression constitue un état de tristesse profonde et d'abattement, une régression de l'humeur. La personne se sentant dévalorisée, sans valeur et n'ayant goût à rien va se renfermer sur elle même. La dépression peut apparaître sous plusieurs symptômes observables qu'on peut apercevoir à partir du sommeil, de l'alimentation et de la santé de la personne souffrante de la dépression. Celle-ci pourrait être provoquée par un événement dur et tragique tel que la perte d'une personne chère, ou n'avoir aucune cause crédible.

Selon l'OMS, la dépression est un problème de santé publique majeur à un niveau mondial, puisqu'elle était classée comme la quatrième pathologie la plus handicapante en lui attribuant 4,4% de la totalité des Disability adjusted life year (DALY) de l'année 2000 et plus de 12% des années de vie avec un invalidité ( T.Sanglier, 2011, p.41).

De ce fait, d'après A. Beck (2005), la personne dépressive a tendance à devenir moins objective, à se penser elle même, à évaluer son environnement et son avenir de façon négative et pessimiste. Elle se trouve inapte, incapable, indésirable ou indigne. Elle perçoit le monde extérieur comme trop hostile, exigeant rempli d'obstacles insurmontable. Elle croit que le future ne lui réserve que déceptions difficultés, échecs et rejets (J. palazzolo, 2007, p.25).

En ce sens, un épisode dépressif majeur affecterait environ 20% à 25% des personnes âgées en maison de retraite indemnes de troubles cognitifs. Un taux

beaucoup plus élevé que celui rencontré chez ceux vivant à leur domicile (H. loo & T. Gallarda, 2000).

Par ailleurs, les traits spécifiques de la dépression de la personne âgée selon Hazif-Thomas et Thomas seraient: l'instabilité, l'agressivité, la colère, la somatisation fréquente, l'hypochondrie, la démotivation, l'ennui, la sensation douloureuse et vide intérieur, le repli sur soi, l'isolement, l'angoisse matinale, la confusion la dépendance, les troubles mnésiques, l'impression d'être inutile et les suicides (C. Hazif.Thomas & P. Thomas, 1998, pp.335-343).

De son côté Brodaty et Coll, évoquent un taux plus élevé de délire, d'agitation, d'appétit perturbé, d'hypersomnie et d'idées de culpabilité. Blazer, a souligné que la perte de l'estime de soi est fréquente chez le sujet âgé en rapport avec son incapacité à subvenir à certains de ses besoins et à sa sécurité (T. Sanglier, 2011, p.45).

En effet, la dépression du sujet âgé est associée à une réduction de l'espérance de vie, au fonctionnement cognitif et mental, à la durée d'hospitalisation, et à la qualité de vie. Cependant, la qualité de vie est un point très important dans l'état psychologique de la personne âgée en institution.

En ce sens, la qualité de vie, est la satisfaction ressentie par une personne de ses besoins, son bien être et son bonheur. Un état général d'un individu à atteindre ses buts et ses objectifs. Une bonne santé est parmi les critères les plus importants pour une bonne qualité de vie.

Ainsi, la qualité de vie est défini par l'OMS comme : « *La perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquelles il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes* » (OMS, 1993, pp.153-159).

La qualité de vie, renvoie donc à l'état de santé physique, psychologique et au statut social et relationnel de l'individu.

Par ailleurs, la qualité de vie des personnes âgées en institution est inévitablement liée à la qualité de l'accompagnement de la fin de vie, à la qualité de soins, à l'épanouissement et à l'adaptation du sujet âgé.

Ainsi, l'enquête algérienne sur la santé de la famille (EASF) a montré qu'avec l'âge les problèmes de santé deviennent multiples et plus chroniques. Les principales maladies qui ont été déclarées par les personnes âgées enquêtées sont l'hypertension artérielle (43,5%), les maladies articulaire (26,4%), les maladies gastriques (18,3 %), la diabète (16,1%), les problèmes de dos (14,9%), les maladies cardio-vasculaire (10,9%), la cataracte (10,6%) et les migraines (11,2%) (K. Bouaziz, 2011).

Par ailleurs, l'absence d'autonomie et le besoin important en soins ont un impact négatif sur la qualité de vie des personnes âgées. En ce sens, on peut s'attendre à trouver une moins bonne qualité de vie parmi les résidents en institution en comparaison avec ceux vivant à leur domicile (D. Zimmermann-Stoutskis, F. Moreau-Gruet & E. Zimmermann, 2012).

Selon D-T. Lee, J.Woo et al (2002), la nécessité d'une prise en charge institutionnelle peut constituer pour la personne âgée un changement négatif pour sa qualité de vie, surtout si son placement est involontaire (Ibid).

On note également que, selon B-M. Mimouni (2013), la prise en charge des personnes âgées dans les institutions algériennes sont inégalement pourvues, elles sont souvent démunies de personnel et il n'y a pas de gériatrie.

Pour la réalisation de notre recherche on a opté pour l'approche cognitivo-comportementale puisque c'est une approche centrée sur les cognitions, les émotions et les comportements et qui consiste à comprendre les problèmes

## **Problématique et hypothèses**

---

actuels et leurs origines, ce qui va nous aider à comprendre, à mesurer et à décrire la dépression et la de la qualité de vie des personnes âgées placées en institution, qui est notre problème de recherche.

Pour évaluer la dépression et la qualité de vie des personnes âgées et pour vérifier nos hypothèses, nous avons choisi d'adopter un guide d'entretien, l'EGD pour la dépression et les deux questionnaires de la qualité de vie qui sont le WHOQOL-BREF et le WHOQOL-OLD.

A partir de ce qu'on a énoncé ci-dessus, nos questions sont formulées de la manière suivante:

### **Question générale :**

Ya-t-il une souffrance psychologique chez les personnes âgées placées en institution ?

### **Questions partielles:**

1-Quel est le niveau de dépression chez les personnes âgées placées en institution ?

2-Quelle est le niveau de qualité de vie chez les personnes âgées placées en institution ?

### **Hypothèse générale:**

Il y a une souffrance psychologique chez les personnes âgées placées en institution.

### **Hypothèses partielles:**

1-Le niveau de dépression chez les personnes âgées placées en institution est grave.

2-Le niveau de qualité de vie chez les personnes âgées placées en institution est faible.

### **Définition des concepts et leur opérationnalisation**

#### **1) Définition des concepts clés de la recherche**

##### **- La personne âgée**

La personne âgée peut être définie comme une personne qui a atteint l'âge de la soixantaine. Elle est caractérisée par une dégradation de son organisme révélant souvent des maladies somatiques et psychologiques.

##### **- L'institution gériatrique**

L'institution est un lieu d'hébergement et de prise en charge médicale, psychologique et sociale pour personnes âgées.

Sanitaire ou sociale, elle est un point de référence autour duquel la vie s'articule dès l'apparition des premiers symptômes de la maladie ou de la perte d'autonomie (G.Brami, 1997, p.21).

##### **- La souffrance psychologique**

La souffrance psychologique, est un état de mal être qui n'est pas forcément révélateur d'une pathologie ou d'un trouble mental et qui peut être réactionnel à des situations éprouvantes et à des difficultés existentielles (ANESM, p.5).

La souffrance psychologique, est donc une situation de mal être qui survient suite à des conditions et à des événements de vie douloureux. Pour mieux apprécier la souffrance psychologique des personnes âgées placées en institution, on a choisi deux indicateurs cliniques qui sont la dépression et la qualité de vie.

### - La dépression

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* » (Grand dictionnaire de la psychologie, 2011, p.256).

### - La qualité de vie

J-L.Kop (1993) définit la qualité de vie comme : « *une satisfaction globale du sujet vis-à-vis du sens général qu'il donne au bien être* » (J-L.Kop, 1993, pp.271-277).

## 2) Opérationnalisation des concepts clés de la recherche

### - La personne âgée

Une personne de plus de 60 ans, vieillesse, sénescence, perte d'autonomie, dépendance, retraite, dégradation de l'organisme, dégradation de la cognition, maladies telles que l'hypertension et le diabète.

### - L'institution gériatrique

Pensionnaires, personnel, service de soin, chambres, réfectoire, médecin, psychologue, prise en charge.

### - La souffrance psychologique

Mal être, détresse, peine, deuil, culpabilité, tristesse, chagrin

### - La dépression

Elle se manifeste par : l'isolement, idées noires, fatigue, abattement, épuisement physique et émotionnel, troubles du sommeil, troubles alimentaires.

### - La qualité de vie

**Qualité de vie positive :** Une bonne santé physique et psychologique, activités et loisirs, vie sociale épanouie, vie affective harmonieuse, épanouissement, une bonne situation matérielle.

## **Problématique et hypothèses**

---

**Qualité de vie négative :** Une mauvaise santé physique et psychologique, aucune activité ni loisir, restriction de la vie sociale, pas de vie affective, souffrance, une mauvaise situation matérielle.

# **Partie pratique**

# **Chapitre III : La méthodologie de recherche**

**Préambule**

La méthodologie est nécessaire pour tout travail de recherche dans toutes les disciplines, afin d'expliquer le déroulement de la recherche et d'illustrer toutes les méthodes et outils que le chercheur a utilisé sur le terrain. Dans ce sens, nous allons à travers ce chapitre présenter l'allure qu'a prit notre travail de recherche. En premier lieu nous exposerons, les limites de la recherche, les raisons du choix du thème, puis nous définirons la méthode utilisée, ensuite nous allons présenter le lieu et le groupe de notre recherche, par la suite nous mettrons en avant les outils de recherche qu'on a employés et leur analyse, nous évoquerons le déroulement de l'enquête, l'attitude du chercheur et enfin les difficultés de la recherche.

**1) Limites de la recherche**

- Limite spatiale : Le foyer pour personnes âgées et/ou handicapées.
- Limite du temps : Du 27 février 2017 au 05 avril 2017.
- Limite du groupe : L'enquête s'est portée sur six personnes âgées.
- Outils : Entretien de recherche, EGD et deux questionnaires complémentaires WHOQOL-BREF et WHOQOL-OLD.
- Approche : TCC

**2) Raisons du choix du thème**

- Une catégorie de personnes qui nous touche particulièrement.
- Une catégorie de personnes négligée dans notre société.
- C'est une réalité, il existe des personnes âgées placées en institution.
- Peu de recherches en psychologie clinique qui portent sur la personne âgée placée en institution en Algérie.

### 3) Méthode utilisée dans la recherche

Nous avons retenu la méthode clinique parce que, c'est une méthode qui va nous emmener à comprendre, et à observer la conduite de nos sujet de recherche et surtout à les étudier de manière singulière.

La méthode clinique envisage : « *la conduite dans sa perspective propre, relever aussi fidèlement que possible la manière d'être et d'agir d'un être humain concret et complet aux prises avec cette situation, chercher à en établir le sens, la structure et la genèse, déceler les conflits qui la motivent et les démarches qui tendent à résoudre ces conflits* » (Kh.Chahraoui & H. Bénony, 2003, p.11). Elle a pour objet l'étude approfondie de cas individuels : des déterminants héréditaires, biographiques, génétiques, de la conduite du sujet observé (M. Grawitz, 2001, p.358).

La méthode clinique utilise l'entretien, les tests, les échelles d'évaluation, le dessin, le jeu, l'observation pour développer l'étude de cas unique. Cette étude de cas est la méthode la plus utilisée en pratique clinique et vise non seulement à donner une description d'une personne, de sa situation et de ses problèmes, mais elle cherche aussi à en éclairer l'origine et le développement, l'anamnèse ayant pour objet de repérer les causes et la genèse de ces problèmes. Il s'agit, pour le psychologue, de comprendre une personne dans sa propre langue, dans son propre univers et en référence à son histoire, indépendamment des aspects de diagnostic. Ce qui favorise le contact affectif, l'expression émotionnelle, la clarification de la demande et du problème, l'émergence de relations entre les faits, les événements passés et présents, etc (Kh. Chahraoui & H. Bénony, 2003, pp.11-12).

Nous avons choisi l'étude de cas, parce que celle-ci vas nous permettre d'observer, de comprendre, de décrire et d'analyser l'état actuel de nos cas, en tenant compte de leur histoire de vie et de leur situation.

L'étude de cas permet le recueil de données concernant un sujet, ces données doivent être riches, diversifiées, subjectives, étendues. Et la production, d'une représentation ordonnée, explicative, qui rende compte des éléments déterminants de l'histoire et de la subjectivité de la personne concernée. Cette représentation doit satisfaire aux principes de totalité et de singularité (J-L.Pedinielli & L.Fernandez, 2015). Par l'étude de cas, le clinicien tente de décrire le plus précisément possible le problème actuel d'un sujet en tenant compte de ses différentes circonstances actuelles et passées (Ibid, p.126).

L'étude de cas permet de regrouper un grand nombre de données issues de méthodes différentes (entretiens, tests projectifs, questionnaires, échelles cliniques, témoignages de proches) afin de comprendre au mieux le sujet de manière globale en référence à lui-même, à son histoire et à son contexte de vie. Il s'agit de mettre en évidence les logiques de l'histoire d'un individu pour comprendre ce qui a conduit à telle ou telle difficulté de vie importante. Cette description précise de la situation complexe d'un sujet permet de formuler des hypothèses sur la nature, les causes, le développement et l'évolution d'un trouble. L'objectif de l'étude de cas est donc d'élaborer des hypothèses (Kh. Chahraoui & H. Bénony, 2003, p.126).

#### **4) Lieu de recherche**

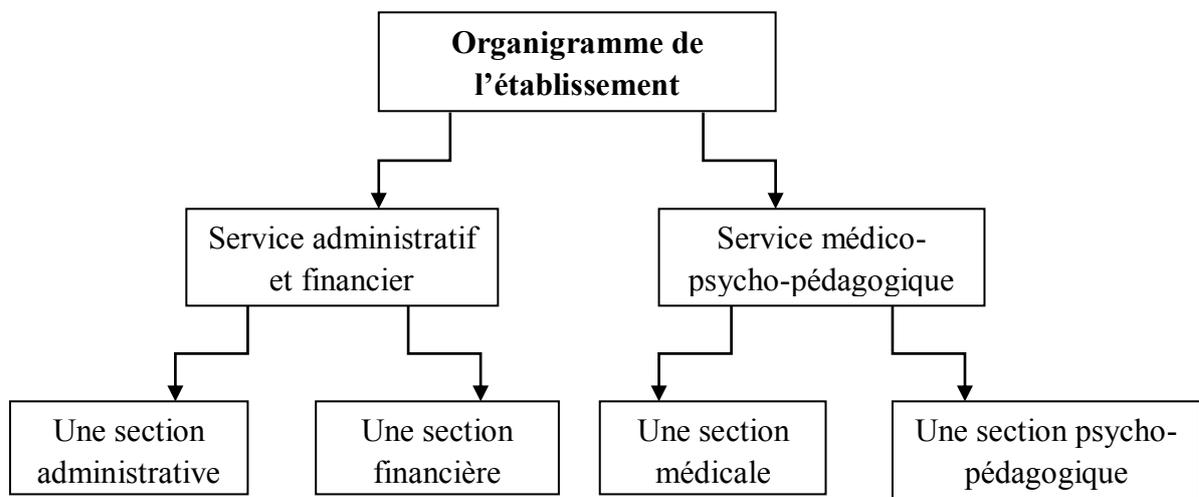
La psychologue nous a donné une copie de l'organigramme de l'établissement où on a effectué notre stage, comprenant toutes les informations sur notre lieu de recherche que nous allons illustrer ci-dessous.

Nous avons effectué notre travail de recherche au FPAH (foyer pour personnes âgées et/ou handicapées) de la wilaya de Béjaia, qui se situe à Sidi ouali. Il a été ouvert le 15 Mars 2003. L'établissement est d'une superficie de 2374 m<sup>2</sup> bâtie et 5722 m<sup>2</sup> d'espace vert d'une capacité d'accueil est de 100

pensionnaires. Il est composé d'un sous sol, d'un bloc d'accueil, d'un bloc administratif, d'un bloc réservé pour l'équipe médico-psycho-pédagogique constitué d'un bureau de l'assistante sociale, d'une salle de consultation, d'une infirmerie, d'un bureau de psychologue clinicien, et d'un bureau des éducateurs et veilleurs de nuit. Il est aussi composé d'un bloc d'hébergement, dont 30 chambres à un lit, 26 chambres à deux lits, quatre sanitaires, deux douches, une salle de séjour, buanderie, salle de prière, salle de sport, cafétéria, une terrasse, cuisine et un réfectoire.

L'établissement accueille, les personnes âgées de plus de 60 ans sans soutien ni ressources et les handicapés moteurs âgés de plus de 15 ans sans soutien familial ni ressources, et reconnus inaptes au travail. En plus des pensionnaires l'établissement accueille des sans domicile fixe.

Figure N°1 : Organigramme du FPAH de Béjaia



### 5) Groupe de recherche

Notre travail de recherche s'est effectué auprès des sujets placés au foyer pour personnes âgées de Béjaia, dépassant 60 ans parce que notre sujet de recherche concerne les personnes âgées. Nous avons effectué notre travail de recherche auprès de six cas dont une femme et cinq hommes âgés entre 61 à 70 ans.

- **Critères d'inclusion**

- Les sujets du groupe de recherche doivent avoir au moins 60 ans en raison des outils de recherche utilisés et parce qu'on a défini la période de la vieillesse à partir de 60ans et cela en se basant sur les rapports de l'OMS.
- Les sujets âgés doivent être placés en institution parce que notre sujet de recherche porte sur les personnes âgées placées en institution.
- Les sujets qui ne sont pas atteints de démence ou de délires, pour qu'ils puissent répondre à nos questions de l'entretien, à l'échelle et aux questionnaires.
- Les sujets qui ne présentent pas des troubles de langage pour une bonne communication avec eux.
- Peu importe la durée finale du placement, parce qu'on considère que ça n'influence pas sur l'état psychologique de la personne âgée, mais on a tenu à prendre les sujets dépassant les deux ans de placement pour pouvoir apprécier et estimer l'impact du placement sur leur vécu.

- **Critères d'exclusion**

- Les sujets ayant moins de 60 ans parce que selon l'OMS ils ne sont pas considérés comme étant des personnes âgées.
- Les sujets atteints de démence ou de délire parce que les questions de notre entretien, l'échelle et les questionnaires que nous avons utilisés ne leur sont pas adaptés.
- Les sujets ayant des troubles du langage parce qu'ils ne peuvent pas échanger avec nous.

Dans ce qui suit, nous allons illustrer et définir dans un tableau les caractéristiques de notre groupe de recherche. Ce tableau contient les prénoms des personnes âgées que nous avons évidemment changés pour l'éthique de la

recherche, leur âge, leur niveau d’instruction, leur situation matrimoniale, leur nombre d’enfant, leur ancien travail et la durée de leur placement.

Tableau n°1 : Caractéristiques du groupe de recherche

<b>Prénoms</b>	<b>Age</b>	<b>Niveau d’instruction</b>	<b>Situation matrimoniale</b>	<b>Nombre d’enfants</b>	<b>Ancien métier</b>	<b>Durée de placement</b>
Bachir	63 ans	Primaire	Divorcé	5 enfants	Maçon	3 ans
Rafik	70 ans	Secondaire	Divorcé	1 enfant	Musicien	4 ans
Taklit	67 ans	Primaire	Divorcée	Sans enfants	Femme de ménage	3 ans
Mouloud	68 ans	Primaire	Célibataire	Sans enfants	Aucun	14ans
Karim	66ans	Secondaire	Divorcé	3 enfants	Comptable	10 ans
Hamid	61 ans	Analphabète	Célibataire	Sans enfants	Mécanicien	2 ans

Dans ce tableau, on remarque que les sujets ont entre 61 ans et 70 ans, la majorité a un niveau primaire à l’exception de Mr Rafik et Mr Karim qui ont un niveau secondaire et Mr Hamid qui est analphabète. Mr Rafik, Mr Bachir, Mm Taklit et Mr Karim sont divorcés et Mr Mouloud et Hamid n’ont jamais été mariés. Quant au nombre d’enfant trois d’entre eux en ont et les trois autres n’en ont pas. Ils ont tous déjà exercé un travail sauf Mr Mouloud en raison de son handicap et enfin le nombre d’années de leur placement dans l’institution varie de deux à 14 ans.

**6) Outils de la recherche**

Dans ce qui suit nous aborderons les outils que nous avons utilisés pour effectuer notre travail de recherche. Nous avons commencé par l’entretien de recherche parce que, celui-ci permet d’avoir un premier contact avec nos sujets de recherche et d’émettre une relation de confiance avec eux.

**6.1) L'entretien de recherche**

Nous avons donc adopté l'entretien de recherche qui est souvent utilisé comme méthode de production de données dans la recherche en psychologie clinique. Il représente un outil indispensable pour avoir accès aux informations subjectives des individus. L'entretien de recherche, n'a pas d'objectif thérapeutique ou diagnostique mais il vise l'accroissement des connaissances dans un domaine choisi par le chercheur. Il est produit à l'initiative du chercheur, contrairement à l'entretien thérapeutique où c'est le sujet qui est en situation de demande (Kh. Chahraoui & H. Bénony, 2003, pp.141-142).

L'entretien de recherche peut être utilisé seul ou être associé à un certain nombre de tests psychologiques, d'échelles cliniques ou à l'observation directe avec les méthodes vidéo (H. Bénony & KH. Chahraoui, 1999, p.61).

**Entretien de recherche avec la personne âgée en institution**

Puisque notre population de recherche concerne les sujets âgés placés en institution, il est donc important de parler de l'entretien de recherche avec la personne âgée en institution.

Dans l'entretien de recherche avec la personne âgée, il est nécessaire de comprendre que nous sommes face à une personne avec un appareil psychique qui a une histoire et qui est organisé de façon singulière en se méfiant de ses propres projections et croyances relatives à la vieillesse, en étant disponible pour l'inattendu et en accueillant le nouveau comme en toute situation interhumaine de découverte de l'autre. Souvent l'atteinte narcissique est grande et interfère avec un changement possible. Il s'agit alors d'éviter de se mettre dans une position de maternage. En institution, la personne a souvent un vécu non exprimé de rejet de la famille entraînant un repli sur sois

qui se manifeste par un isolement vis-à-vis des autres. Une telle situation peut provoquer agressivité, menaces et conflit, d'autant qu'il ya souvent un écart entre le désir et la réalité imposée par la prise en charge (H. Bénony & Kh. Chahraoui, 1999, pp.97-98).

Cependant, il existe trois différents types d'entretien de recherche, dont l'entretien directif, l'entretien non directif et l'entretien semi-directif. Notre choix s'est porté sur ce dernier qui nous a permit de poser des questions semi-directives bien précise et profonde sur chaque axe de notre guide d'entretien et laisser le sujet s'exprimer librement, car nous avons besoin de réponses approfondies et riches ce qui nous a permit d'avoir un première aperçu sur la souffrance psychologique des personnes âgées placées en institution.

Dans l'entretien clinique semi directif, le chercheur dispose d'un guide d'entretien avec plusieurs questions préparées à l'avance mais non formulées d'avance. Le chercheur pose une question puis laisse le sujet associer sur le thème proposé sans l'interrompre. L'aspect spontané des associations est moins présent dans ce type d'entretien dans la mesure où le chercheur propose un cadre et une trame qui permet au sujet de dérouler son récit (Kh. Chahraoui & H. Bénony, 2003, p.143).

De ce fait, l'entretien clinique semi-directif est constitué de plusieurs questions sur un thème précis préparées par le chercheur qui vont le guider dans son entretien avec le sujet. Des questions à partir desquelles le sujet va élaborer un discours et qui apporteront des informations sur le thème du chercheur.

Nous avons fait une analyse qualitative, une lecture clinique des données de l'entretien. C'est à dire que nous avons analysé et interpréter les données en se basant sur la théorie adoptée TCC. Nous avons repris l'intitulé des axes et

rapporter à l'intérieur le récit du sujet, nous avons accompagné cela d'une lecture clinique avec une terminologie cognitivo-comportementale.

Comme nous l'avons vu précédemment l'entretien clinique est toujours associé à un guide d'entretien, celui-ci est subdivisé en axes, chacun de ses axes porte un titre ou une thématique et ouvrent sur un certain nombre de questions relatives à chaque axe.

Le guide d'entretien est un premier travail de traduction des hypothèses de recherche en indicateurs concrets et de reformulation des questions de recherche en questions d'enquête. Le degré de formalisation du guide est en fonction de l'objet d'étude, de l'usage de l'enquête et du type d'analyse que l'on projette de faire (A.Blanchet & A.Gotman, 2014, p.58)

Il comprend des axes thématiques à traiter : le chercheur prépare quelques questions à l'avance, celles-ci ne sont pas posées de manière directive, il s'agit beaucoup plus de thèmes à aborder que le chercheur connaît bien (H. Bénony & Kh. Chahroui, 1999, p.69).

Dans ce sens, nous avons élaboré un guide d'entretien comprenant 33 questions en tout, (pour l'ensemble des questions, voir annexe n°1). Six questions portent sur : « *les informations générales sur le sujet* », l'objectif c'est de rapporter des informations sur la biographie du sujet. Le premier axe intitulé : « *le placement en institution* », est composé de huit questions. L'objectif de cet axe, est de connaître le déroulement de son placement et si celui-ci a été consenti par le sujet ou non.

Notre deuxième axe est intitulé : « *la souffrance psychologique* », contient 19 questions, il est subdivisé en deux sous axes le premier étant : « *la symptomatologie dépressive* », comprenant neuf questions. L'objectif de ce sous axe est de repérer s'il ya présence de signes dépressifs chez le sujet âgé.

Quant à notre deuxième sous axe qui est : « *la qualité de vie* », il est composé aussi de neuf questions. Le but de ce dernier sous axe c'est de repérer si la personne âgée jouit d'une qualité de vie élevée ou au contraire souffre d'une faible qualité de vie, autrement dit ces deux sous axes nous permettront de décrire la souffrance psychologique éventuelle chez le sujet âgé placé en institution.

L'objectif de toutes les questions de notre guide d'entretien est, de détecter s'il existe ou non une souffrance psychologique chez les personnes âgées placées en institution. Pour ce faire on ne s'est pas seulement contenté de notre guide d'entretien clinique semi-directif mais aussi d'une échelle gériatrique de dépression et de deux questionnaires complémentaires de qualité de vie que nous allons présenter dans ce qui suit.

### 6.2) L'échelle gériatrique de dépression

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

L'échelle de dépression gériatrique (Geriatric Depression Scale) est un questionnaire qui se rapporte à la symptomatologie dépressive chez les personnes âgées (J-D. Guelfi, 1996, pp.433-438).

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

Pour ce qui est de la passation le questionnaire de 30 items doit être rempli par le sujet lui-même. Éventuellement, les questions peuvent être lues. Il faut environ 5 à 10 minutes pour répondre aux 30 questions qui concernent ce qu'éprouve la personne au moment où elle est interrogée ou au cours de la semaine écoulée. Si l'on veut procéder à plusieurs évaluations successives, il faut les espacer d'une semaine (S.Moulias, O.Guérin & V.Peigne, 2008, p.137).

À chaque question, le sujet répond «oui» ou «non» en fonction de l'état dans lequel il s'est senti pendant la semaine précédente (HAS, 2014, p.12). Lorsque la réponse est en faveur de l'existence d'une dépression, l'item est coté 1. Pour 20 questions, la réponse «oui» indique une possible dépression, alors que dans les 10 autres (n° 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29, 30), c'est la réponse «non» qui l'indique (J-D. Guelfi, 1996, pp.433-438). Un score de 0 à 10 signifie l'absence de dépression, de 11 à 20 une dépression légère et de 21 à 30 une dépression modérée ou grave (HAS, 2014, p.12).

### **6.3) Le questionnaire WHOQOL-BREF**

On a choisi d'utiliser le questionnaire WHOQOL-BREF, qui va nous permettre d'évaluer la qualité de vie de notre groupe de recherche d'une manière globale dans quatre domaines, santé physique, santé psychologique, relations sociales en environnement.

Le WHOQOL-BREF, version abrégée en 26 items du WHOQOL-100, est un questionnaire d'autoévaluation générique et multidimensionnel. Il contient un item concernant la qualité de vie globale, un item évaluant la santé générale et un item de chacune des 24 facettes du WHOQOL-100. Les quatre grands facteurs recherchés par l'outil concernent : la santé physique, la santé psychologique, les relations sociales, et l'environnement. Le WHOQOL-BREF possède quatre types d'échelles de réponses en cinq points permettant l'évaluation de l'intensité : pas du tout - extrêmement, la capacité : pas du tout

- complètement, la fréquence : jamais - toujours et l'évaluation : très insatisfait/très mauvais - très satisfait/très bon. Ces échelles varient en fonction des items. Il a l'avantage d'être suffisamment compréhensible et rapide à administrer. Par conséquent, il peut être adressé à une population dont les facultés intellectuelles et la capacité à maintenir une attention soutenue sont souvent limitées (X. Saloppé & Th-H. Pham, 2007, p.895).

**La consigne :** « *Les questions suivantes expriment des sentiments sur ce que vous éprouvez actuellement. Aucune réponse n'est juste, elle est avant tout personnelle* » (L. Timotin, 2012, p.99).

Le calcul pour chaque domaine se fait à l'aide d'une grille de calcul élaborée par l'équipe de création du WHOQOL-BREF, avec obtention d'un score transformé de 4 à 20 (Ibid, p.19).

Tableau N°2 : Grille de calcul du WHOQOL-bref

Santé physique = (6-Q3) + (6-Q4) + Q10 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18
Santé psychologique = Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + (6-Q26)
Relation sociale = Q20 + Q21 + Q22
Environnement = Q8 + Q9 + Q12 + Q13 + Q14 + Q23 + Q24 + Q25

(X. Saloppé & Th-H. Pham, 2007, p.897).

Les données brutes calculées à partir de la grille de calcul font l'objet d'une transformation puisque chaque domaine comporte un nombre différent d'items. Pour ramener les scores à une échelle de mesure standard, allant de zéro à 100, il convient d'appliquer la formule présentée à la suite du tableau suivant (Ibid).

Tableau N°3 : Plus petits et plus grands scores du WHOQOL-bref en fonction des domaines

Domaines	Score le plus bas (A)	Score le plus haut (B)	Etendue des scores possibles (B-A)
Santé physique	7	35	28
Santé psychologique	6	30	24
Relation sociale	3	15	12
Environnement	8	40	32
Formule de calcul : $\text{Score transformé} = \frac{(\text{score du patient au domaine} - \text{score le plus bas au domaine})}{\text{score possible au domaine}} \times 100$ .			

(X. Saloppé & Th-H. Pham, 2007, p.897).

#### 6.4) Le questionnaire WHOQOL-OLD

Le WHOQOL-OLD, est un questionnaire complémentaire au WHOQOL-BREF destiné à évaluer la qualité de vie des personnes âgées à partir de 60 ans. Le questionnaire WHOQOL-OLD peut être utilisé auprès des personnes âgées dans les études de service de santé, la recherche clinique et les études de 24 épidémiologiques (A. Leplège & al, 2012, p.78).

Le WHOQOL-OLD, est constitué de questions graduées sous forme d'échelle et regroupées en six dimensions : « *capacité sensorielles* », évalue le fonctionnement sensoriel et l'impact de la perte des capacités sensorielles sur la qualité de vie, « *autonomie* », qui se réfère à l'indépendance dans le grand âge et donc décrit le niveau de capacité à vivre de façon autonome et à prendre soi-même les décisions, « *activités passées, présente et futures* », elle décrit la satisfaction sur les réalisations dans la vie et les choses à venir, « *activités sociales* », qui définit la participations aux activités quotidiennes en particulier en société, la dimension « *mort et fin de vie* », est liée aux angoisses et peurs relatives à la mort et la dimension « *intimité* » qui renvoie à la possibilité d'avoir des relations personnelles et intimes. Chacune des dimensions comporte quatre questions et le score possible peut varier de 4 à

20. Les scores de six dimensions ou les valeurs des 24 questions simples peuvent être combinées pour donner un indice global de qualité de vie (A.Lepège & al, 2012, p.80).

**La consigne :** « *Veillez répondre à toutes les questions s'il vous plaît. Si vous n'êtes pas sûr(e) de la réponse à donner à une question, choisissez celle qui vous paraît la plus juste. Il se pourrait bien que ce soit la première réponse qui vous vienne à l'esprit. Essayez de garder en tête vos propres critères, espoirs, plaisirs et préoccupations. Nous vous demandons de penser aux deux dernières semaines que vous venez de passer*» (Ibid, pp.82-83).

En ce qui concerne la cotation de ce questionnaire, dans chaque question il ya cinq possibilités de 1 à 5. Généralement, les scores élevés (%) correspondent à une qualité de vie élevée et les faibles scores représentent une basse qualité de vie, mais il ya quelques questions (1, 2, 6, 7, 8, 9, 10) qui se calculent de manière négative, c'est-à-dire 1=5, 2=4, 3=3, 4=2, 5=1. Pour calculer le total de pourcentage de WHOQOL-OLD, on fait la somme des 24 questions (1=0% ; 2=25% ; 3=50% ; 4=75% ; 5=100%) et on divise le total sur 24 (S.Hayoune & S.Kheloufi, 2015, p.57).

## **7) Déroulement de la recherche**

### **7.1) La préenquête**

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

Elle permet de collecter des données sur le thème de recherche, d'établir le premier contact avec la population d'étude afin de sélectionner les plus

pertinents et ceux qui répondent aux critères et aux bases du thème de recherche (M.Angers, 2005).

Nous avons réalisé notre préenquête au FPAH de Béjaia après bien sur nous être présentées au centre en tant que stagiaires étudiantes en deuxième année master psychologie clinique, et après avoir eu l'accord du directeur et de la psychologue du centre à qui nous avons exposé notre thème. On a débuté notre préenquête le 27/02/2017 qui a durée trois jours, avec la psychologue qui nous a fournie quelques informations sur les pensionnaires du centre. D'après elle, il ya 60 pensionnaires en tout dont 40 hommes et 20 femmes âgés entre 23 ans et 92 ans. 30% à 40% sont suivis sous un traitement psychiatrique. Leur prise en charge dans le centre consisterait, à un accompagnement dans la vie quotidienne, à veiller à une bonne hygiène corporelle et vestimentaire, à assurer une alimentation équilibrée, un suivi médical et psychologique et loisirs. La psychologue nous a aussi informées, que la majorité des femmes dans le foyer sont analphabètes et quelques hommes avec un bon niveau, ce qui nous a fait comprendre qu'on devait impérativement traduire en langue kabyle nos outils de recherche.

Après avoir discuté avec la psychologue, celle-ci nous a mis en contact au prés de cinq femmes et un homme avec qui nous avons pu continuer notre préenquête. Nous nous sommes présentées et on leur a posé quelques questions de notre guide d'entretien qu'on a traduit en langue kabyle concernant les raisons qui les ont emmenées dans le centre, leur vie dans le centre et des difficultés qu'ils traversent au quotidien.

Tous étaient coopératifs avec nous, une relation de confiance s'était, alors installée. Ils étaient contents de voir de nouvelles personnes surtout pour les femmes qui n'avaient pas le droit de sortir du foyer, elles avaient beaucoup à dire sur leur histoire. On a tout de suite constaté une certaine souffrance à travers leur discours.

Ce qui nous a le plus marqué chez ses personnes qui étaient presque toutes en mauvaise santé physique c'est le soutien et l'assistance qu'ils se font mutuellement, surtout une femme qu'on a trouvé exceptionnellement courageuse elle était toujours là pour aider sa camarade de chambre qui est sur un fauteuil roulant.

Après avoir accompli notre préenquête, nous avons pu préciser nos questions de recherche et nos hypothèses, nous avons aussi constaté qu'on devait reformuler quelques questions de notre guide d'entretien qui étaient mal comprises par les cas que nous avons vu durant celle-ci.

### **7.2) L'enquête**

L'enquête, est l'ensemble des opérations par lesquelles les hypothèses vont être soumises à l'épreuve des faits, et qui doit permettre de répondre à l'objectif qu'on s'est fixé (A. Blanchet & A. Gotman, 2014, p.35). Elle consiste à poser des questions à un vaste échantillon de personnes à propos de leur comportement ou de leurs opinions en utilisant des questionnaires ou des interviews (Kh. Chahraoui & H. Bénony, 2003, p.131-132). L'idée de l'enquête suppose qu'il existe des problèmes, son objectif exige qu'ils soient formulés (M.Grawitz, 2001, p.547).

Notre enquête s'est bien sur déroulée au FPAH de Béjaia du 13 Mars 2017 au 05 avril 2017, deux jours par semaine pour deux heures par jour. Les trois premières séances ont été consacrées à la préenquête.

A la rencontre de nos sujets de recherche tous étaient coopératifs, et ont donné leur accord, on leur a expliqué que tout ce qu'ils nous diront restera confidentiel et que c'est seulement dans le but de faire une recherche. Nous avons formulé la consigne pour l'entretien de recherche en kabyle : « *akednek des questions ghef l'hala ynek (ynem) n'toura, nevgha aghtehedhret* ». (Nous

allons vous poser des questions concernant votre situation actuelle et on aimerait bien que vous répondiez).

En premier lieu nous avons passé l'entretien à deux cas dans le bureau des éducateurs. On a commencé avec Mr Rafik, qui maîtrisait très bien la langue française ce qui a fait qu'on n'a pas eu recours à la traduction puis avec Mr Bachir, on lui a passé l'entretien en kabyle. L'entretien a duré 50 minutes avec Mr Rafik et 25 minutes avec Mr Bachir

Ensuite, par faute de temps et par peur que les sujets ne reviennent plus pour la passation de l'échelle et des deux questionnaires, la psychologue nous a demandées de passer tous les outils de recherche en même temps pour chaque cas.

Durant la deuxième séance nous avons donc donné l'échelle gériatrique de dépression et les deux questionnaires le WHOQOL-OLD et le WHOQOL-BREF à Mr Rafik pour répondre aux questions en lui expliquant les consignes. On a du attendre une semaine plus tard pour continuer avec Mr Bachir parce qu'il était absent.

Pour les autres cas : Mm Taklit, Mr Karim, Mr Mouloud et Mr Hamid, nous avons dû leur passer l'entretien clinique, l'échelle gériatrique de dépression et les deux questionnaires le WHOQOL-OLD et le WHOQOL-BREF traduits en kabyle au même temps. Dans le bureau de la psychologue pour Mme Taklit, Mr Mouloud et Mr Karim et dans le bureau des éducateurs pour Mr Hamid. La passation des outils a duré entre 40 minutes et 1h30min selon les cas. La passation de l'entretien de l'EGD et des deux questionnaires WHOQOL-BREF et WHOQOL-OLD se sont déroulés en langue kabyle pour tous les cas à l'exception de M. Rafik, qui a aussi rempli l'échelle et les questionnaires seul en lui donnant la consigne en français. Pour les autres cas, c'est nous qui leur avons passé l'échelle et les questionnaires en kabyle.

**8) Attitude du chercheur**

La posture du chercheur, est caractérisée principalement par la réflexivité sur sa propre attitude, sur celle de son ou ses interlocuteurs, sur la théorie, la prise en compte des effets suscités par les instruments utilisés sur les données recueillies et sur les personnes qui les produisent. Elle consiste aussi dans la prise en compte de la situation et de la signification des protocoles et des dispositifs de recherche dans la culture dans laquelle se situent les pratiques de recherche (A. Giami, 2009, p.33).

On a adopté une attitude de neutralité, on n'a pas cherché à suggérer des réponses, on n'a pas cherché à l'influencer, on intervenait juste pour relancer, on était plus dans l'écoute du discours, on a respecté les moments de silence et l'éthique de la recherche.

**9) Difficultés de la recherche**

- Difficultés d'accéder à une documentation sur la personne âgée et sur l'institution en Algérie.
- Les questionnaires sont très longs, selon nos sujets.
- Difficultés à traduire en langue kabyle les outils de recherche.
- La durée des séances de stage était limitée par la psychologue.

**Synthèse**

Ce chapitre nous l'avons consacré à la méthodologie qui est nécessaire pour tout travail de recherche. Ce qui nous a servi à organiser et à harmoniser notre travail en expliquant, les limites de la recherche, la méthode qu'on a utilisée, à présenter notre groupe et lieu de recherche, à illustrer les outils qu'on a utilisés dont l'entretien clinique, l'échelle gériatrique de dépression et les deux questionnaires de la qualité de vie, puis en exposant l'évolution de notre recherche, l'attitude du chercheur et enfin les difficultés de la recherche.

Dans le chapitre qui suit nous allons présenter et analyser les cas puis discuter les hypothèses.

**Chapitre IV : Présentation,  
analyse et discussion des  
hypotheses**

### **Préambule**

Dans ce dernier chapitre, nous allons présenter et analyser les résultats que nous avons obtenus dans l'entretien de recherche, dans l'EGD et dans les deux questionnaires WHOQOL-BREF et WHOQOL-OLD. Pour pouvoir ensuite discuter et vérifier nos hypothèses.

## **I. Présentation et analyse des résultats**

### **Cas 1) : Mr Bachir**

#### **1. Présentation et analyse des données de l'entretien clinique semi directif**

Après nous être présentées à Mr Bachir qui était compréhensif et coopératif avec nous, on a pu lui poser les questions de notre guide d'entretien et récolter des informations, en vue de vérifier nos hypothèses.

Mr Bachir est âgé de 63 ans, il a été marié deux fois. Suite à la mort de sa première femme avec qui il a eu quatre filles, il s'est remarié une deuxième fois, de cette union il a eu un garçon puis il a divorcé. Il a quatre frères, deux d'entre eux sont décédés. Mr Bachir a un niveau primaire, il exerçait le travail de maçonnerie.

L'entretien avec Mr Bachir, s'est déroulé en une séance le matin celui-ci avait l'air très fatigué, n'arrêtait pas de bayer et avait du mal à se concentrer avec nous au début. On voyait par les expressions de son visage un réel mal être. Depuis la mort de sa femme celui-ci nous a confié qu'il a perdu goût à la vie, on voit là qu'il a des pensées et des émotions négatives, il n'a pas réussi à faire son deuil. Comme on la vu dans la partie théorique, la personne âgée possède moins de potentiel à effectuer des réinvestissements affectifs.

## **Chapitre IV Présentation, analyse et discussion des hypothèses**

---

### **Axe 1) Le placement en institution**

Avant son placement dans le centre, Mr Bachir vivait seul dans sa maison à la compagne, personne ne s'occupait de lui. D'après lui ça fait trois ans qu'il est placé dans le centre, c'est l'assistance sociale qui l'a emmenée, la raison de son placement à travers son discours est la suivante : « *naattavegh, urezmireghara* ». (J'étais fatigué, je n'en pouvais plus). P. Crone (2010), a distingué différents types d'entrée en institution et on comprend ici que l'entrée de Mr Bachir est une entrée raisonnable, une décision prise par l'entourage social parce que le sujet n'a pas de famille qui souhaite le prendre en charge et ne peut pas vivre seul à cause de sa perte d'autonomie, la personne subie cette décision et a des difficultés à s'adapter ce qui peut engendrer en lui une symptomatologie d'allure dépressive.

Lorsqu'on lui a posé les questions sur ce qu'il pensait de son placement et sur comment il le vit sa réponse était : « *qareghass achu iydiwin gher dha ! uryijiv-ara l'hal* ». (Je me dis, qu'est ce que je fais là ! ça ne me plaît pas d'être ici). On voit là que Mr Bachir, a du mal à s'adapter à son nouvel environnement. Il est affecté par son présent milieu, qui lui apparaît comme insatisfaisant et il le perçoit de manière négative.

### **Axe 2) La souffrance psychologique**

#### **2-1) La dépression**

Lorsqu'on a posé à Mr Bachir, la question sur ce qu'il ressentait depuis son placement, sa réponse était : « *l'wehch, tekhiqegh gheftarwaw* ». (Le manque, mes enfants me manquent). On a observé des signes de tristesse dans ses yeux qui ne trompent pas, une tristesse à cause de la perte des liens avec sa famille qui comme on l'a déjà vu dans la théorie peut favoriser la dépression chez le sujet âgé.

## **Chapitre IV Présentation, analyse et discussion des hypothèses**

---

En lui demandant de nous parler et de nous décrire ses émotions et ses humeurs, Mr Bachir réplique ainsi : « *sehoussayegh urelligh-ara mlih, teqeliqegh, uryiijivara lhal* ». (Je sens que je ne suis pas bien, je suis anxieux, ça ne me plaît pas d'être là). On constate à travers son discours, des affects négatifs. L'affect, est un terme général pour exprimer toutes les nuances du désir, du plaisir et de la douleur, qui entrent dans l'expérience sensible sous forme de ce que l'on appelle les sentiments vitaux, l'humeur et les émotions (H. Ey, P. Bernard & Ch. Brisset, 1989, p.104). Ainsi, on remarque une certaine détresse psychologique et une symptomatologie anxieuse qui est un symptôme révélateur de la dépression. L'anxiété, est une peur diffuse sans raison logique apparente ou alors en démesure, par rapport à la raison évoquée. Elle se manifeste souvent par des symptômes somatiques (J. Palazzolo, 2007, p.1).

Quand on lui a demandé comment il se voyait Mr Bachir nous répond : « *dégoutégh ilkel deg laamriw, dayen* ». (Je suis dégoutée de moi-même, ça y est). On voit là à travers son discours comme un sentiment d'inutilité qu'on retrouve aussi parmi les symptômes de dépression chez le sujet âgée.

Concernant le regard qu'il porte sur les gens, il nous a dit : « *liibadh n'dayi teghiteniyi, widhak n'vera twalighthen teiichen* ». (Les gens qui vivent ici me font de la peine, ceux de dehors je les vois vivre). Qu'on interprète comme une perception négative du placement en institution.

Par rapport à ses regrets, il nous a confié ceci : « *tametouthiw temouth atirhem rebbi, luken snegh luken uraawdheghara zwaj* ». (Ma femme est morte, je n'aurais pas du me remarier une deuxième fois). On déduit à travers son discours qu'il a eu une mauvaise expérience dans son deuxième mariage et que cela ne l'a pas aidé à surmonter la mort de sa première femme, comme un sentiment de culpabilité envers elle. Or, la présence de sentiments injustifiés de culpabilité ou culpabilité excessive et inappropriée est un

## **Chapitre IV Présentation, analyse et discussion des hypothèses**

---

symptôme de dépression, évoqué dans la CIM-10. Mr Bachir, perçoit négativement son deuxième mariage et perçoit positivement son premier mariage.

Lorsqu'on lui a demandé ce qui a changé en lui depuis son placement dans le centre il nous répond par : « *tqelliqegh akther* ». (Je suis encore plus anxieux qu'avant). On constate alors qu'il vit mal son placement et que son changement de lieu de vie ne lui a pas été bénéfique, il n'arrive pas à intégrer les facteurs de son nouvel environnement. D'après la CIF : « *Les facteurs environnementaux constituent l'environnement physique, social et attitudinal dans lequel les gens vivent et mènent leur vie* ». (CIF, 1991, p.177).

En ce qui concerne ses inquiétudes et ses soucis, il nous dit : « *ttagadhegh adhenaattavegh aqvel madhemthegh* ». (J'ai peur de souffrir avant de mourir). Ici on voit qu'il a une crainte et une peur de la mort ce qui est souvent parmi les causes de dépression chez la personne âgée. Il est anxieux à l'idée de souffrir avant sa mort.

Il nous a dit : « *sehoussayegh ça ne va pas w'khllass* ». (Je ne me sens pas bien et c'est tout). On retient ici qu'il a un réel sentiment de mal être exprimé ouvertement et explicitement dans son discours. En lui demandant ce qu'il attendait de l'avenir il nous dit clairement : « *taassagh l'mouth* ». (J'attends la mort). On déduit à travers ses mots des pensées négatives, et une absence d'espoir pour l'avenir.

### **2-2) La qualité de vie**

Lorsqu'on lui a demandé quelles étaient ses habitudes de vie qui ont changées depuis son entrée dans le centre, Mr Bachir nous répond par : « *ligh tefaghegh qetoughed, tattagh, nechrahegh, thoura khaté* ». (Avant je sortais, je faisais les courses, je riais, j'étais joyeux, mais plus maintenant). On

## **Chapitre IV Présentation, analyse et discussion des hypothèses**

---

constate par son discours qu'il n'a plus gout à la vie et que son passé lui manque ce qui a un effet négatif sur sa qualité de vie personnelle.

Concernant son état physique il nous a informées qu'il était un peu fatigué, qu'il avait du cholestérol et qu'il prenait des médicaments pour dormir. Il est sous traitement psychiatrique. On voit donc ici que son état de santé psychologique et physique a une influence négative sur sa qualité de vie somatique et mentale.

Pour ses difficultés quotidiennes, il n'en a aucune il dit : « *ulach d'achu adkhedhmegh, aqlin deg elhebss w'khllass* ». (Il n'ya rien à faire, je suis en prison et c'est tout). On déduit par son discours qu'il n'est pas satisfait de son mode de vie, ni d'ailleurs du milieu où il vit vu qu'il le considère comme une prison, comme N-E.Boudouda (2013) l'a précisé dans sa thèse, le lieu de vie a un impact sur la qualité de vie de la personne âgée. Mr Bachir vit une certaine absence de liberté, une restriction des activités. Selon la CIF : « *Les restrictions de participation désignent les problèmes qu'une personne peut rencontrer pour s'impliquer dans une situation de la vie réelle* » (CIF, 2001, p.14).

En lui posant la question sur comment il trouve la qualité de sa prise en charge dans l'institution, il nous répond clairement ainsi : « *chweya ken ursqumen-ara mlih zeynegh* ». (Moyenne, on n'est pas bien pris en charge). On comprend par là qu'il n'est pas très satisfait de sa prise en charge dans le centre. Or, la qualité de la prise en charge en institution influence beaucoup sur la qualité de vie de la personne âgée et dans ce cas elle l'influence négativement.

Pour ce qui est de sa qualité du sommeil et de son alimentation, Mr Bachir nous dit : « *ganegh bien, settegh chweya* ». (Je dors bien, je mange un peu). Comme nous l'avons signalé précédemment Mr Bachir prend des médicaments pour dormir, et donc c'est avec l'aide des médicaments qu'il

## **Chapitre IV Présentation, analyse et discussion des hypothèses**

---

réussi à avoir un bon sommeil. Or la qualité du sommeil est définie ainsi : « *Fonctions mentales qui produisent le sommeil naturel donnant lieu au repos physique et mental optimal et à la relaxation* » (CIF, 2001, p.53).

Pour ses relations avec les résidents et avec le personnel, il nous dit que ça dépend des gens ya certains avec qui il s'entend et d'autres non. Ce qui est normal dans tout contexte.

Quant à ses passes temps il nous rapporte ceci : « *sbah ganegh, tamedith tefghegh, bdhigh leqraya deg mahw loumiya nessaaday lwaqth* ». (La matinée je dors, l'après midi je sors, j'ai commencé à prendre des cours pour analphabètes, on passe le temps). On remarque que Mr Bachir n'a pas beaucoup d'activité à part les cours qu'on lui donne dans le centre, en disant ça il a manifesté un grand sourire, ce qui signifie qu'il apprécie cette activité. Comme on l'a déjà vu dans la partie théorique, selon D. Zimmermann-Sloutskis et al. (2012), Les personnes qui participent aux activités organisées en institution, jouissent d'une meilleure qualité de vie par rapport à celles qui s'abstiennent.

Alors que quand on lui a demandé ce qu'il aimait faire, Mr Bachir nous répond par : « *aayigh akk, achema uryijive* ». (Je suis épuisé, rien ne me plait). On voit là que Mr Bachir manifeste un désintérêt aux activités.

Lorsqu'on lui a demandé s'il recevait des visites de la part de sa famille, il nous répond : « *Issi ttassentted g'cheher, chehrayen, emmi yussad khetra, itla3iyid deg téléphone* ». (Mes filles viennent une fois par mois, par deux mois, mon fils est venu une fois et il m'appelle par téléphone). On a pu observer des signes de tristesse sur son visage, on comprend donc que ses enfants lui manquent. Par là on constate que sa relation avec ses proches influence négativement sa qualité de vie.

## **Chapitre IV Présentation, analyse et discussion des hypothèses**

### **Synthèse de l'entretien clinique de Mr Bachir**

D'après, les données qu'on a recueillies à travers cet entretien, Mr Bachir présente des indicateurs significatifs d'une possible souffrance psychologique et ce, en se basant sur la présence d'une symptomatologie dépressive et sur des signes d'une mauvaise qualité de vie.

### **2. Présentation et analyse de l'EGD (l'échelle gériatrique de dépression)**

Mr Bachir, a eu un score de 25 points, donnant 16 sur 20 réponses positives et neuf sur 10 réponses négatives cotées 1 en faveur de l'existence d'une dépression. On remarque ici que la plupart de ses réponses annoncent une dépression. Le score de 25 points représente une dépression grave.

Tableau N°4 : Résultats de Mr Bachir obtenus dans l'EGD.

<b>Nombre de réponses positives</b>	<b>Nombre de réponses négatives</b>	<b>Score totale</b>	<b>Niveau de la dépression</b>
16	9	25	Grave

Dans les 10 questions où c'est la réponse négative qui indique une possibilité de dépression, il a répondu par « *non* » dans neuf questions (1, 5, 7, 9, 19, 21, 27, 29, 30), il n'est pas satisfait de sa vie et n'envisage pas l'avenir avec optimisme. Le pessimisme constitue, une orientation générale de la conscience vers le malheur et la faute : l'avenir est bouché, le sujet n'en sortira pas quoiqu'il fasse, il ne lui sera jamais pardonné et rien de bon ne peu lui arriver (H. Ey, P. Bernard & Ch. Brisset, 1989, p.174). Mr Bachir n'est pas de bonne humeur ni heureux la plupart du temps, ne trouve pas que la vie est passionnante, n'a pas beaucoup d'énergie, n'est pas content de se lever le matin, il ne lui est pas facile de prendre des décisions et n'a pas l'esprit aussi

## **Chapitre IV Présentation, analyse et discussion des hypothèses**

---

clair qu'autrefois. Le pessimisme, l'humeur triste, l'inhibition motrice et la défaillance intellectuelle sont généralement des signes de dépression.

Dans les 20 questions où la réponse positive favorise la dépression, Mr Bachir a répondu par « *oui* » dans 16 questions (2, 3, 4, 6, 8, 11, 12, 13, 16, 17, 18, 20, 22, 23, 24, 26) ce qui démontre une probabilité de dépression nous résumons ses réponses en ceci : Mr Bachir a renoncé à un grand nombre de ses activités, il a le sentiment que sa vie est vide, s'ennui souvent, il est souvent préoccupé par des pensées qui reviennent sans cesse. L'humeur dépressive s'accompagne souvent d'une remémoration douloureuse avec une hypermnésie sélective des fautes passées (J.Cottraux, 2011, p.206). Il craint un mauvais présage pour l'avenir, se sent souvent nerveux au point de ne pouvoir tenir place, il préfère rester seul dans sa chambre plutôt que d'en sortir, il est inquiet de l'avenir, il a souvent le cafard, se sent inutile, il ressasse beaucoup le passé, il a des difficultés à entreprendre de nouveaux projets, il est désespéré de sa situation présente, il pense que la situation des autres est meilleure que la sienne et que les autres ont plus de chance que lui et enfin, il est souvent irrité par des détails. Par son mode de réponse on déduit qu'il a des pensées et des émotions négatives et qu'il présente une dépression sévère.

### **Synthèse de l'EGD**

D'après les résultats qu'on a obtenus dans l'EGD qu'on a effectué avec Mr Bachir, on déduit qu'il est souvent d'humeur triste, désespéré, inquiet et pessimiste, il a obtenu un score de 25 point, ce qui laisse croire qu'il a un niveau de dépression grave.

## Chapitre IV Présentation, analyse et discussion des hypothèses

### 3. Présentation et analyse du questionnaire WHOQOL-BREF

Tableau N°5 : Les résultats de Mr Bachir obtenus dans le WHOQOL-BREF

Domaines	Calculs	Score brut au domaine	Score transformé %	Niveau
Santé physique	(6-1) + (6-4) +1+5+1+1	15	28.57%	Faible
Santé psychologique	1+1+2+2+1+ (6-4)	9	12.5%	Faible
Relations sociales	4+1+4	9	50%	Moyen
Environnement	4+3+3+5+1+2+3+4	25	53.12%	Moyen

Dans le domaine de la santé physique, Mr Bachir obtient un score brut de 15 points, transformé en un score de 28.57% considéré comme un score faible qui représente une faible qualité de vie physique.

Dans le domaine de la santé psychologique, il obtient un score brut de neuf points transformé en un score de 12.5% analysé comme un score faible qui représente une faible qualité de vie psychologique.

Pour les relations sociales, il obtient un score brut de neuf points transformé en un score de 50% indiquant un score moyen qu'on interprète en une moyenne qualité de vie sociale.

Dans le domaine environnemental, il obtient un score brut de 25 points transformé en un score de 53.12% qui renvoi à un score moyen, représentant une qualité de vie environnementale moyenne.

Dans le domaine physique, il répond insatisfait par son état de santé, à la question n°3, « *La douleur physique vous empêche t'elle de faire ce dont vous avez envie ?* » par : « *pas du tout* ». Par contre, il a beaucoup besoin d'un traitement médical quotidien et n'a pas du tout assez d'énergie dans sa vie quotidienne. Mr Bachir est très satisfait de son sommeil, vu qu'il prend des somnifères, et il n'est pas très satisfait de sa capacité à effectuer les taches de

## **Chapitre IV Présentation, analyse et discussion des hypothèses**

---

la vie quotidienne. Renvoyant à ses réponses et au score de 28.57% d'un niveau faible, on déduit que sa qualité de vie physique est néanmoins mauvaise.

Dans le domaine psychologique, Mr Bachir évalue sa qualité de vie comme « *très faible* », il répond par : « *pas du tout* » à la question n°5, « *Aimez vous votre vie ?* » et à la question n°6 « *Estimez vous que votre vie a un sens ?* ». Il répond par : « *un peu* » à la question n°7, « *Etes vous capable de vous concentrer ?* », et à la question n°11 « *Acceptez-vous votre apparence physique ?* ». Il est très insatisfait de lui et a très souvent des sentiments négatifs. Par ses réponses, on comprend qu'il n'est pas du tout satisfait de sa vie, qu'il a une vision négative de lui-même et présente des émotions négatives, ce qui nous emmène à croire que Mr Bachir a une très mauvaise qualité de vie psychologique, obtenant un score de 12.5% d'un niveau faible.

Dans le domaine des relations sociales Mr Bachir est satisfait du soutien de ses amis. En revanche, il est insatisfait de son lieu de vie. Comme l'ont affirmé R. Vercautern et J. Chapeleau (1995) : « *La qualité de vie s'articule autour de la qualité de la relation à l'environnement celui-ci étant constitué de l'autre et de la structure* ». Il obtient donc, un score de 50% c'est-à-dire une qualité de vie relationnelle moyenne.

Dans le domaine de l'environnement contenant huit items, Mr Bachir se sent beaucoup en sécurité dans sa vie quotidienne, il répond par « *modérément* » à la question n°9 « *Vivez-vous dans un environnement sain ?* » et à la question n°12 « *Avez-vous assez d'argent pour satisfaire vos besoins ?* ». Il conçoit, avoir extrêmement accès aux informations nécessaires pour sa vie quotidienne. Par contre, il n'a pas du tout souvent l'occasion de pratiquer des loisirs, il est insatisfait de son lieu de vie et ni satisfait ni insatisfait de son accès aux services de santé. Enfin, il répond être satisfait de son moyen de transport. De par ces réponses et de son score moyen de

## **Chapitre IV Présentation, analyse et discussion des hypothèses**

53.12% obtenu dans ce domaine, on constate une qualité de vie environnementale moyenne.

### **Synthèse du WHOQOL-BREF**

En s'appuyant sur les résultats obtenus dans le questionnaire WHOQOL-BREF, on conclut que Mr Bachir a obtenu un score de 28.57% dans le domaine de la santé physique et un score 12.5% dans le domaine de la santé psychologique, vu son état de santé, sa maladie psychiatrique et ses sentiments négatifs et donc il a une qualité de vie physique et psychologique d'un niveau faible. Il a obtenu un score de 50% dans le domaine des relations sociales, un niveau moyen et un score de 53.12% dans le domaine environnemental, un niveau moyen.

### **4. Présentation et analyse du questionnaire WHOQOL-OLD**

Tableau N°6 : Résultats de Mr Bachir obtenus dans le WHOQOL-OLD

Score	Niveau
48.95%	Faible

Mr Bachir a obtenu un score de 48.95% dans le questionnaire de la qualité de vie WHOQOL-OLD, un niveau faible qui signifie une mauvaise qualité de vie.

Dans les questions qui se calculent de manière négative (1, 2, 6, 7, 8, 9, 10), Mr Bachir a répondu aux questions (1, 2, 7 et 10) par : « *pas du tout* », à la huitième il a répondu « *un peu* » et « *entièrement* » à la question n°6 et à la question n°9. On constate donc que la diminution et la perte de l'usage de ses sens n'affectent pas du tout sa vie quotidienne et ses possibilités de participer à des activités, il a un peu peur de mourir, il est extrêmement préoccupé par la

## **Chapitre IV Présentation, analyse et discussion des hypothèses**

---

façon dont il va mourir et a extrêmement peur de souffrir avant de mourir. Un sentiment qui touche beaucoup les personnes âgées.

A la question n°3, « *Avez-vous la liberté de prendre vous-même les décisions vous concernant* » il répond par : « *un peu* ». Dans les questions (4, 11, 12, 13, 14) portant sur, le contrôle de son avenir, sur la capacité de faire les choses qu'il voudrait faire, sur l'occasion de continuer à accomplir des choses dans la vie, sur le sentiment d'être reconnu dans la vie comme il le mérite et sur l'impression d'avoir assez de choses à faire chaque jour, il répond par : « *pas du tout* ». Des réponses qui favorisent une mauvaise qualité de vie. Et il répond par : « *modérément* » à la question n°5 « *Avez-vous l'impression que les personnes qui vous entourent respectent votre liberté ?* ».

Il répond par : « *satisfait* » aux questions (15 et 18), il est satisfait de ce qu'il a accompli dans sa vie et est satisfait des opportunités qu'il a de prendre part à des activités collectives par contre il répond par « *insatisfait* » aux questions (16 et 17), il est insatisfait de la façon dont il passe son temps et de son niveau d'activité. Il répond « *très heureux* » à la question n°19 « *Etes vous heureux des projets et des perspectives qui se présentent à vous ?* », « *très bon* » à la question n°20 sur le fonctionnement de ses sens, « *modérément* » à la question n°21 « *Dans quelle mesure ressentez vous de la camaraderie dans votre vie* », « *un peu* » à la question n°22 « *Dans quelle mesure ressentez vous de l'amour dans votre vie* » et « *beaucoup* » aux questions (23 et 24) qui portent sur les occasions d'aimer et d'être aimé.

### **Synthèse du WHOQOL-OLD**

D'après les données recueillies dans le WHOQOL-OLD, on constate que Mr Bachir a une faible qualité de vie, il présente une peur de la mort et n'a pas d'activités et de loisirs, il a obtenu un score de 48.95%.

### **Synthèse générale du cas**

En se référant aux résultats obtenus dans l'entretien clinique, Mr Bachir présente une inadaptation à son environnement, une tristesse, une symptomatologie anxieuse et une mauvaise santé physique et psychologique. Dans l'EGD il a obtenu un score de 25 points, qui signifie une dépression d'un niveau grave. Dans le questionnaire WHOQOL-BREF, Mr Bachir a obtenu un score de 28.57% dans le domaine de la santé physique et un score 12.5% dans le domaine de la santé psychologique qui représente une qualité de vie physique et psychologique faible. Il a obtenu un score de 50% dans le domaine des relations sociales, et un score de 53.12% dans le domaine environnemental, ce qui signifie une qualité de vie sociale et environnementale d'un niveau moyen. Et dans le questionnaire WHOQOL-OLD, Mr Bachir a obtenu un score de 48.95% qui signifie une qualité de vie d'un niveau faible. On déduit donc, que Mr Bachir vit une souffrance psychologique avec un niveau grave de dépression et un niveau faible de qualité de vie.

### **Cas 2) : Mr Rafik**

#### **1. Présentation et analyse des données de l'entretien clinique semi directif de Mr Rafik**

Mr Rafik, est âgé de 70 ans, divorcé et issu d'une fratrie de 10 frères et sœurs. Il a été marié trois fois, avec des femmes qui selon lui ne correspondaient pas à ce qu'il voulait, il n'a qu'un seul garçon qui habite à Paris issu de sa troisième union. Il a un niveau secondaire, et a travaillé comme préparateur en pharmacie, il a aussi été musicien. Mr Rafik s'exprime très bien en français, donc on n'a pas eu recours à la traduction du guide d'entretien avec lui.

## **Chapitre IV Présentation, analyse et discussion des hypothèses**

---

Physiquement Mr Rafik était bien apprêté, les cheveux en place, une bonne mine, souriant, il dégageait une certaine joie de vivre.

### **Axe 1) Le placement en institution**

La vie de Mr Rafik était selon lui bien jusqu'à ce qu'il soit traduit en justice par ses voisins et qu'il soit menacé de mort. Il nous a confié : « *J'étais dehors, j'avais acheté une maison que j'ai ensuite vendue, et c'est là que je suis tombé dans la misère. D'Oran à Sidi-belaabasse, puis à Sétif où je dormais dehors dans la forêt* ».

Cela fait quatre ans que Mr Rafik est placé dans l'institution, il vivait dans la forêt à Béjaia. Il nous a dit que c'est un homme qu'il ne connaissait pas qui l'a emmené dans le centre, la raison de son placement est bien sur parce qu'il n'avait pas de maison ou vivre. On a compris qu'il vivait bien son placement et que celui-ci n'a pas eu un effet négatif sur sa vie, à travers ses mots : « *m'lih, bien, ça va, on est deux par chambre* ».

### **Axe 2) La souffrance psychologique**

#### **2-1) La dépression**

Lorsqu'on a demandé à Mr Rafik quel était son ressenti depuis son placement, celui-ci nous répond par : « *Je ressens du bien être physique et moral* ». On comprend par son discours qu'il est satisfait de son placement, qu'il est heureux et qu'il ressent du bien-être. Le bien-être, est un terme général englobant la totalité des domaines de la vie humaine, ses aspects physiques, psychiques et sociaux, qui concourent à ce que l'on peut appeler une : vie heureuse (CIF, 2001, p.221).

En lui demandant de nous parler de ses émotions et de ses humeurs, il nous a avoué : « *je ne parle pas avec beaucoup de gens, je suis passionné de lecture* ». On remarque ici, qu'il a ignoré la question, c'est quelqu'un qui

## **Chapitre IV Présentation, analyse et discussion des hypothèses**

---

maitrise ses émotions et ne les montre pas. La maitrise des émotions est définie de la sorte : « *Fonctions mentales qui contrôlent l'expérience et la démonstration de l'affect* » (CIF, 2001, p. 56). En outre, de part son discours on voit que c'est quelqu'un de solitaire, et que le contact social avec autrui est limité.

Il nous dit : « *nchouf rouhi bien, j'ai eu beaucoup de chance dans la vie, j'ai tout vu* ». Mr Rafik a une vue positive et une acceptation de lui-même, en nous disant : « *je me vois bien, je me sens jeune* », on voit que c'est quelqu'un qui a une bonne estime soi. Chez la personne âgée, une bonne estime de soi correspond à un fonctionnement satisfaisant des ajustements adaptatifs face aux événements de vie (N. Martin, 2016, p.3). Pour le regard qu'il porte sur les gens il nous dit clairement : « *je n'aime pas les islamiste, les barbus...* ». On a compris par la suite de son récit que les gens qui l'ont traduit en justice étaient selon lui : « *des islamiste* », et que c'est pour ça qu'il porte un regard négatif et méfiant, envers cette catégorie de gens.

Concernant ses regrets, il dit : « *je n'ai aucun regret, il ne faut jamais avoir de regret* ». A travers son discours on voit que c'est une personne satisfaite de sa vie et qui n'a pas de remords. En lui demandant ce qui a changé en lui depuis son placement, il nous répond : « *Avant j'étais maigre, je me porte mieux maintenant* ». On remarque alors une amélioration de son état somatique, Mr Rafik est satisfait, son placement ne lui a apporté que du positif. Sa seule inquiétude est sa retraite qu'il attend avec impatience.

En lui demandant comment il se sentait, il nous dit : « *je me sens bien, je suis heureux* ». On voit clairement à travers ses dires, qu'il ne présente aucun indicateur de dépression, avec plein de pensées positives. Quand on lui a demandé ce qu'il attendait de l'avenir, il nous répond : « *J'ai de l'espoir, j'envisage d'acheter une petite maison à la compagne avec ma retraite* ». On voit là une personne qui envisage l'avenir avec optimisme, chose que

## **Chapitre IV Présentation, analyse et discussion des hypothèses**

---

beaucoup de personnes âgées n'ont pas. L'optimisme est défini ainsi : « *fonctions mentales qui produisent un tempérament enjoué, dynamique et plein d'espoirs, par opposition à triste, sombre et sans espoir* » (CIF, 2001, p.51). On remarque qu'il arrive à investir le futur armé de projets pour lui.

### **2-2) La qualité de vie**

En lui demandant ce qui a changé dans ses habitudes depuis son entrée dans le centre Mr Rafik réplique : « *je me sens plus sereins, tranquille, je sors en ville, je vois les gens...* ». On constate ici que son placement dans le centre n'a fait qu'améliorer sa qualité de vie sur presque tous les plans.

En ce sens son état de santé physique est bon, il ne prend aucun médicament, il dit : « *je suis au top* ». Quant à ses difficultés il nous dit : « *la misère sexuelle* ». La sexualité influence beaucoup sur la qualité de vie des personnes âgées. En institution le droit à la vie privée est insuffisamment respecté du fait des représentations négatives de la part des familles et des professionnels (Module interpersonnel de santé publique, 2014, p.2).

En revanche Mr Rafik est très satisfait de la qualité de la prise en charge dans le centre. Concernant son sommeil et son alimentation il nous dit « *je mange et je dors comme un roi* ». Pour ses rapports avec les autres résidents et le personnel, il nous dit : « *je ne suis pas aimé, je préfère être seul* ». Or, la qualité de vie en institution renvoie beaucoup à la qualité de la relation avec les résidents et avec le personnel.

Sa principale occupation c'est la lecture qu'il aime beaucoup. Il nous a avoué qu'il aimait penser, faire du jardinage, et qu'il adorait les plantes. On retrouve là une personne qui a quand même des loisirs, ce qui favorise sa qualité de vie. Mr Rafik ne reçoit aucune visite de la part de ses proches ce qui pourrait avoir impact négatif sur sa qualité de vie.

## Chapitre IV Présentation, analyse et discussion des hypothèses

A la fin, il nous a rajoutées : « *Je suis heureux* ». Et nous a dit qu'il était content de nous avoir rencontrées et d'avoir discuté avec nous.

### Synthèse de l'entretien de recherche de Mr Rafik

De par les mots qu'il a employé et des signes que nous avons observé, Mr Rafik ne présente pas de souffrance psychologique, une absence de signes dépressifs, et une bonne qualité de vie en générale.

### 2. Présentation et analyse de l'EGD de Mr Rafik

Mr Rafik, a eu un score de cinq points, donnant quatre sur 20 réponses positives et une sur 10 réponses négatives cotées 1 en faveur de l'existence d'une dépression. Le score de 5 points représente une absence de dépression.

Tableau N°7 : Résultats de Mr Rafik obtenus dans l'EGD

Nombre de réponses positives	Nombre de réponses négatives	Score totale	Niveau de la dépression
4	1	5	Absence de dépression

Dans les 20 questions où la réponse positive favorise la dépression, Mr Rafik a répondu par « *oui* » dans quatre questions (2, 6, 12, 28), il a renoncé à un grand nombre de ses activités, il est préoccupé par des pensées qui reviennent sans cesse, il préfère rester seul dans sa chambre plutôt que d'en sortir et refuse souvent les activités proposées.

Dans les 10 questions où la réponse négative favorise aussi la dépression, il a répondu par : « *non* » à une seule question n°29, « *Vous est-il facile de prendre des décisions ?* ».

On remarque donc que la plus part des réponses de Mr Rafik indiquent une absence de dépression, il est satisfait de sa vie, n'a pas le sentiment que sa vie est vide, ne s'ennui pas souvent, envisage l'avenir avec optimisme, il est de

## **Chapitre IV Présentation, analyse et discussion des hypothèses**

bonne humeur la plupart du temps, ne craint pas un mauvais présage pour l'avenir, il est heureux la plupart du temps, n'a pas souvent besoin d'aide, pense qu'il est merveilleux de vivre à notre époque, trouve la vie passionnante, a beaucoup d'énergie, est content de se lever le matin et a l'esprit aussi clair qu'autre fois. Mr Rafik est donc normal d'après ses réponses, et a plein de pensées positives.

### **Synthèse de l'EGD**

En nous remettant aux données récoltées dans l'EGD de Mr Rafik a une satisfaction de sa vie, est optimiste et est heureux, il a obtenu un score de cinq points, on conclut donc, un niveau absent de dépression.

### **3. Présentation et analyse du questionnaire WHOQOL-BREF**

Tableau N°8 : Les résultats de Mr Rafik obtenus dans le WHOQOL-BREF

Domaines	Calculs	Score brut au domaine	Score transformé %	Niveau
Santé physique	$(6-1) + (6-1) + 4+5+5+5$	29	78.57%	Elevé
Santé psychologique	$5+5+4+5+5+ (6-1)$	29	95.83%	Elevé
Relations sociales	$5+2+2$	9	50%	Moyen
Environnement	$4+2+1+4+4+2+4+4$	25	53.12%	Moyen

Dans le domaine de la santé physique, Mr Rafik obtient un score brut de 29 points transformé en un score de 78.57% considéré comme un score élevé qui représente une qualité de vie physique élevée.

Dans le domaine de la santé psychologique, il obtient un score brut de 29 points transformé en un score de 95.83% analysé comme un score élevé qui représente qualité de vie psychologique élevée.

## **Chapitre IV Présentation, analyse et discussion des hypothèses**

---

Pour les relations sociales, il obtient un score brut de neuf points transformé en un score de 50% indiquant un score moyen qu'on interprète en une qualité de vie sociale moyenne.

Dans le domaine environnemental, il obtient un score brut de 25 points transformé en un score de 53.12% qui renvoi à un score moyen, représentant une qualité de vie environnementale moyenne.

Dans le domaine de la santé physique il répond par : « *pas du tout* » à la question n°3, « *La douleur physique vous empêche t'elle de faire ce dont vous avez envie ?* », et à la question n°4, « *Avez-vous besoin d'un traitement médical quotidiennement ?* » et répond par : « *beaucoup* » à la question n°10, « *Avez-vous assez d'énergie dans votre vie quotidienne ?* » et par : « *très satisfait* » aux questions (16, 17, 18) qui portent sur le sommeil, la capacité à effectuer les taches de la vie quotidienne et sur l'activité professionnelle. On constate donc qu'il est en très bonne santé physique ce qui nous emmène à croire qu'il a une très bonne qualité de vie physique.

Dans le domaine de la santé psychologique, il répond par : « *extrêmement* » aux questions (5, 6, 11) qui portent sur les émotions positives de la vie, sur le sens de la vie et sur l'acceptation de l'apparence physique. Il répond par : « *beaucoup* » à la question n°7, « *Etes vous capable de vous concentrer ?* ». Pour la question n°19, il est très satisfait de lui. Et pour la question n°26, « *Avez-vous souvent des sentiments négatifs tels que la mélancolie, le désespoir, l'anxiété ou la dépression ?* », il répond par : « *jamais* ». On conçoit donc que Mr Rafik présente des cognitions et des émotions positives, toutes ses réponses reflètent une certaine stabilité psychologique. La stabilité psychique est définie ainsi : « *Fonctions mentales qui produisent un tempérament d'humeur égale, calme et maîtrisé, par opposition à irritable, soucieux, dispersé et ombrageux* ». (CIF, 2001, p.51).

## **Chapitre IV Présentation, analyse et discussion des hypothèses**

Dans le domaine des relations sociales, Mr Rafik est très satisfait de ses relations avec les autres. En revanche, il est insatisfait de sa vie sexuelle et du soutien de ses amis. Ce qui le conduit à un score de 50% qu'on interprète comme une qualité de vie relationnelle moyenne.

Dans le domaine de l'environnement il répond par : « *beaucoup* », aux questions (8, 13, 14) qui portent sur la sécurité, sur l'accès aux informations nécessaires pour sa vie quotidienne et sur ses occasions de pratiquer des loisirs. Et coche la réponse « *un peu* » à la question n°9, « *Vivez vous dans un environnement sain ?* ». Il répond, « *pas du tout* » à la question n°12 « *Avez-vous assez d'argent pour satisfaire vos besoins ?* ». Il répond être insatisfait de son milieu de vie et il est satisfait de son accès aux services de santé et de son moyen de transport.

### **Synthèse du WHOQOL-BREF**

On conclut, que Mr Rafik présente une qualité de vie physique et psychologique élevée, avec un score élevé de 78.57% et de 95.83%. Une moyenne qualité de vie sociale et environnementale avec un score moyen de 50% et de 53.12%.

## **4. Présentation et analyse du questionnaire WHOQOL-OLD**

Tableau N°9 : Résultats de Mr Rafik obtenus dans le WHOQOL-OLD

Score	Niveau
65.62%	Elevé

Mr Rafik a obtenu un score de 65.62% dans le questionnaire de la qualité de vie WHOQOL-OLD, un niveau élevé qui signifie une qualité de vie élevée.

## **Chapitre IV Présentation, analyse et discussion des hypothèses**

---

Dans les questions qui se calculent de manière négative (1, 2, 6, 7, 8, 9, 10), Mr Rafik répond aux questions (1, 2, 8, 10) qui portent sur la diminution et la perte de l'usage de ses sens, sur la peur de mourir et sur les difficultés du fonctionnement de ses sens par : « *pas du tout* », ce qui favorise une bonne qualité de vie. Il répond par : « *modérément* », à la sixième et septième question qui portent sur sa préoccupation par la façon dont il va mourir et sur l'appréhension de ne pas pouvoir contrôler sa mort. Et répond par : « *extrêmement* » à la question n°9 « *Avez-vous peur de souffrir avant de mourir ?* », on constate alors qu'il a peur de souffrir avant de mourir, un sentiment de peur qui envahi souvent l'être humain arrivé à l'âge de la vieillesse.

Mr Rafik répond « *extrêmement* » à la troisième et quatrième question qui portent sur la liberté de prendre des décisions le concernant et sur le contrôle de l'avenir. Il répond « *beaucoup* » à la cinquième question, « *Avez-vous l'impression que les personnes qui vous entourent respectent votre liberté ?* ». Dans les questions (11, 12, 14), qui portent sur sa capacité de faire les choses qu'il voudrait faire, sur l'occasion de continuer à accomplir des choses dans sa vie et sur son impression d'avoir assez de choses à faire chaque jour. Il répond par : « *entièrement* ». On remarque, que se sont toutes des réponses qui sont en avantage à une bonne qualité de vie. Par contre, il n'a pas du tout le sentiment d'être reconnu dans la vie comme il le mérite, et il répond par : « *très insatisfait* » aux questions (15, 16, 17, 18) qui portent sur ce qu'il a accompli dans sa vie, sur la façon dont il passe son temps, sur le niveau d'activité et sur les opportunités qu'il a de prendre part à des activités collectives. On remarque ici des pensées négatives par rapport à son passé et ses occupation qui ne favorisent pas sa qualité de vie. Dans les questions qui suivent on remarque des réponses positives, dans la question n°19 « *Etes vous heureux des projets et des perspectives qui se présentent à vous ?* », où il

## **Chapitre IV Présentation, analyse et discussion des hypothèses**

---

répond par : « *très heureux* ». Dans la n°20 où il qualifie le fonctionnement de ses sens comme « *bon* », dans les questions (21, 23, 24) qui portent sur la camaraderie et sur l'amour il répond « *beaucoup* ». Et « *extrêmement* » à la question n°22 « *Dans quelle mesure ressentez vous de l'amour dans votre vie ?* ».

### **Synthèse du WHOQOL-OLD**

D'après les données recueillies dans le WHOQOL-OLD, Mr Rafik a eu un score de 65.62%. On constate que Mr Rafik a une qualité de vie élevée.

### **Synthèse générale du cas**

En se référant aux résultats obtenus dans l'entretien clinique l'EGD, Mr Rafik présente des émotions et des pensées positives qu'on remarque à travers son discours : « *Je ressens du bien être physique et moral* ». Il a un bon sommeil et une bonne alimentation de par son discours : « *je mange et je dors comme un roi* ». Dans le WHOQOL-BREF, on a déduit qu'il avait une qualité de vie physique et psychologique élevée, avec un score élevé de 78.57% et de 95.83% et une moyenne qualité de vie sociale et environnementale avec un score moyen de 50% et de 53.12%. Et dans le WHOQOL-OLD, il a eu un score de 65.62% donc, une qualité de vie élevée. On déduit alors, que Mr Rafik ne présente pas d'indicateurs de souffrance psychologique puisque il a niveau absent de dépression et une qualité de vie élevée.

### Cas 3) : Mme Taklit

#### 1. Présentation et analyse des données de l'entretien clinique semi directif de Mme Taklit

Madame Taklit, est âgée de 67 ans, divorcée, et n'a pas eu d'enfants. Elle a trois frères, celle-ci a un niveau primaire. Quand elle était plus jeune, elle a travaillé comme femme de ménage.

Mme Taklit nous avait l'air un peu réservée au début, mais dès que nous nous sommes présentées à elle et lui avons expliqué notre but à travers notre entretien, une relation de confiance s'est de suite installée.

#### Axe 1) : Le placement en institution

La vie de Mme Taklit avant son placement dans le centre se résumait en disputes avec sa famille, elle était en quelque sorte malmenée par cette dernière. Elle nous a avoué : « *feqaagh ken wahi d'wayethma, d'elkhalath wayethma, lant pas d'accord didhi, ghuchentiya, itchour wuliw ken ussighed gher dha* ». (Je me disputais tout le temps avec mes frères et mes belles sœurs, elles ne s'entendaient pas avec moi, elles me détestent, j'avais le cœur plein je me suis dirigée ici). Cela fait trois ans qu'elle est placée dans le centre, elle vivait chez son frère, elle est venue seule dans le centre parce qu'elle ne s'entendait pas avec sa belle sœur.

En lui demandant ce qu'elle pensait de son placement, elle nous répond en sanglotant : « *n'demegh idyussan, adiyer rebbi ken anda aradnruh inayid gma atendedemet* ». (Je regrette d'être venue, que dieu nous envoie quelque part où aller, mon frère m'a prévenu que j'allais regretter). On voit qu'elle vit mal son placement en nous disant : « *souffrigh* ». (Je souffre). Qu'elle n'arrive pas à trouver sa place et à s'adapter dans le centre.

## Chapitre IV Présentation, analyse et discussion des hypothèses

---

### Axe 2) : La souffrance psychologique

#### 2-1) La dépression

On constate que Mme Taklit vit un réel mal être dans l'institution. Elle nous a avouées qu'elle vivait encore plus mal son placement depuis l'entrée d'une SDF qui se dispute avec toutes les pensionnaires. Elle dit : « *Ass amenzou chwya ma toura terweyagh ilkel tina* ». (Les premiers jours ça allait mais maintenant celle-ci nous a complètement perturbés). En lui demandant de nous parler de ses émotions et de ses humeurs, elle nous répond : « *Asma atekchem yeweth pensionnaire am netath am nekki wateqel adtcommander felli d'achu mazel ?* ». (Lorsqu'une pensionnaire comme moi vient me donner des ordres qu'en reste t-il ?). On voit ici qu'elle est vraiment perturbée et troublée par la présence de cette femme.

En lui demandant comment elle se voyait, elle nous répond en baissant la tête : « *uretwaligh-ara imaniw am zik* ». (Je ne me vois plus comme avant). On a compris ici qu'elle a une représentation et une perception négative de sa propre image. Or, un sentiment de faible valeur de soi va le plus souvent de pair avec la dépression (N. Martin, 2016, p. 3). En revanche, elle nous dit s'entendre avec tout le monde et qu'elle apprécie tous les pensionnaires à l'exception de la femme dont on parlé précédemment.

Concernant ses regrets elle nous a dit : « *n'demegh imi doussigh gher dayi, daya ghef achou indemegh* ». (Je regrette d'être venue ici, c'est tout ce que je regrette). On constate ici qu'elle a du mal à s'adapter avec le mode de vie de l'institution surtout qu'au par avant, elle avait l'habitude de sortir.

En ce sens Mme Taklit, est devenue très anxieuse depuis son entrée dans le centre, celle-ci nous avoue en pleurant : « *qlegh teqelliqegh bzaf, tqelliqegh deg ayethma imi urdetsassenara gher ghuri, gma inayid adtendemet, toura dtidhets isaa lheq* ». (Je suis devenue très anxieuse, anxieuse parce que mes

## **Chapitre IV Présentation, analyse et discussion des hypothèses**

---

frères ne viennent pas me voir, mon frère m'avait dit que j'allais regretter, et c'est vrai il avait raison). Parmi les symptômes de la dépression que Klerman (1988), a mentionnés on retrouve l'anxiété qui est un : « *Etat émotionnel de tension nerveuse, de peur, fort mal différencié, et souvent chronique* ». (Grand dictionnaire de la psychologie, 2011, p.70). On remarque aussi qu'elle vit un déchirement du lien familial ce qui peut souvent manifester une dépression chez la personne âgée placée en institution.

Ses inquiétudes et ses soucis sont résumés en ces mots : « *tsagadhegh amek aradythetrou, uretehibigh-ara asma adiiyet hed ghefelli, yerna tetsqeliqeyi thina dayi* ». (J'ai peur de ce qui va m'arriver, je n'aime pas lorsque quelqu'un me dispute, en plus celle qui est ici me rend nerveuse). On retrouve ici une certaine inquiétude de son avenir, ce qui est fréquent chez les personnes âgées et aussi on constate que c'est une personne très sensible qui se renferme souvent sur elle-même.

En lui demandant comment elle se sentait dans l'instant présent, elle nous répond avec un grand sourire : « *toura imi hedregh didhwent sehousseyegh bien* ». (Maintenant que je vous parle je me sens bien). On voit que c'est quelqu'un qui a besoin d'être écouté et qui a besoin d'attention, on constate qu'elle n'a pas souvent l'occasion de parler comme elle le souhaite.

Pour son avenir, elle souhaite sortir du centre et se trouver un toit. On voit quand même que Mme Taklit garde un certain degré d'espoir pour son avenir.

### **2-2) La qualité de vie**

Ce qui a changé dans ses habitudes depuis son entrée dans le centre, c'est les visites qu'elle faisait en mosquée et qu'elle ne fait plus parce qu'elle est soumise aux règlements du centre, elle nous dit ça en ayant les larmes aux yeux. On voit que c'est quelque chose, qui lui tient vraiment à cœur et aussi la

## **Chapitre IV Présentation, analyse et discussion des hypothèses**

---

prière qu'elle faisait en mosquée. On constate, une rupture avec sa vie sociale et avec ses habitudes ce qui affecte négativement sa qualité de vie.

Mme Taklit, est atteinte de crises épileptiques et prend un traitement. Pour son quotidien, elle n'a aucune difficulté. Elle nous dit qu'elle est à moitié satisfaite de la prise en charge dans le centre.

Quand à son sommeil et son alimentation elle nous dit : « *tiswiine ganegh tiswiine khaté, lmakla daghen helkegh le colon urezmiregh-ara adhetchegh koulech, tisswiine teghimagh icher* ». (Ya des jours où je dors bien et des jours non, pour la nourriture j'ai un problème de colon, je ne peux pas tout manger, des fois je reste sans manger). Sa privation de repas est une atteinte à sa qualité de vie, or X.Hébuterne et al (2009), indique que l'alimentation est un élément important de la qualité de vie et du bien être.

Pour ses rapports avec les autres résidents et avec le personnel, Mme Taklit, indique : « *tmissefhamegh didhsen ikel hacha tina ighiheqren, teteksassen lmakla itemgharin eni yeweth tekathits maté meskint... ikhedamen eni lan tmissfamegh lan khaté* ». (Je m'entends avec tout le monde sauf celle qui nous rabaisse, elle enlève la nourriture aux vieilles, ya une vieille qu'elle frappe carrément... Le personnel ya ceux avec qui je m'entends et d'autres non). Elle a de bons rapports avec les autres pensionnaires sauf la femme dont elle nous a déjà parlées plusieurs fois, On voit que celle-ci affecte beaucoup sa vie, on comprend alors, que sa qualité de vie relationnelle est quand même atteinte.

Ses occupations sont limitées à la prière et à la lecture du coran, ce qu'elle aime beaucoup faire. Une certaine stratégie de coping alors apparait en investissant la prière et la lecture du coran. Les stratégies de coping désignent : « *L'ensemble des processus qu'un individu interpose entre lui et l'événement perçu comme menaçant, pour maîtriser, tolérer ou diminuer*

## **Chapitre IV Présentation, analyse et discussion des hypothèses**

*l'impact de celui-ci sur son bien-être physique et psychologique* » (I. Paulhan, 1992, p.545).

Mme Taklit, ne reçoit aucune visite de la part de sa famille, mis à part ses neveux qui venaient avant, mais qui pendant un an ne viennent plus lui rendre visite, parce que selon elle, ils sont occupés par leur travail. On remarque, une rupture des liens familiaux qui pèse sur son vécu dans le centre, ce qui nous fait penser que la qualité des relations avec ses proches est mauvaise.

### **Synthèse de l'entretien clinique de Mme Taklit**

Après nous être entretenues et d'après les données qu'on a recueillies, Mme Taklit présente un réel mal être, une certaine souffrance psychologique avec une symptomatologie dépressive et une mauvaise qualité de vie.

## **2. Présentation et analyse de l'EGD**

Mme Taklit, a eu un score de 23 points, donnant 14 sur 20 réponses positives et neuf sur 10 réponses négatives cotées 1 en faveur de l'existence d'une dépression. Le score de 23 points représente une dépression grave.

Tableau N°10 : Résultats de Mme Taklit obtenus dans l'EGD.

Nombre de réponses positives	Nombre de réponses négatives	Score totale	Niveau de la dépression
14	9	23	Grave

Dans les 20 questions où la réponse positive favorise la dépression (2, 3, 6, 12, 13, 16, 17, 18, 20, 22, 23, 24, 25, 28) Mme Taklit répond par « *oui* », elle a renoncé à un grand nombre de ses activités, elle a le sentiment que sa vie est vide, elle est souvent préoccupée par des pensées qui reviennent sans cesse, elle préfère rester seule dans sa chambre plutôt que d'en sortir, elle est inquiète de l'avenir, elle a souvent le cafard, elle a le sentiment d'être inutile,

## **Chapitre IV Présentation, analyse et discussion des hypothèses**

---

elle ressasse beaucoup le passé, elle est désespérée de sa situation présente, pense que la situation des autres est meilleure que la sienne et que les autres ont plus de chance qu'elle, elle est souvent irritée par des détails, elle éprouve souvent le besoin de pleurer. Comme on l'a déjà vu, d'après Klerman (1988) Les dépressifs considèrent leur situation comme irréversible et peuvent pleurer souvent. Mme Taklit, refuse souvent les activités proposées. Une diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités, est parmi les symptômes d'un trouble dépressif caractérisé cité dans le DSM-5 (DSM-5, 2015, p.188). On constate donc, plusieurs signes de dépression chez Mme Taklit, comme les sentiments et émotions négatives, l'isolement, des images et des pensées négatives du passé qui lui reviennent.

Dans les 10 questions où c'est la réponse négative qui indique une possibilité de dépression, les questions (1, 5, 7, 9, 15, 19, 27, 29, 30) Mme Taklit a répondu par « non », elle n'est pas satisfaite de sa vie, n'envisage pas l'avenir avec optimisme. Selon J.Cottraux (2011) : « *le pessimisme du dépressif efface les moments heureux du passé pour ne projeter devant lui que le déroulement fautif et répétitif d'un avenir sans intérêt* » (J.Cottraux, 2011, p.206). Elle n'est pas de bonne humeur ni heureuse la plupart du temps, ce sont des sentiments négatifs qui caractérisent souvent les dépressifs. Elle ne pense pas qu'il est merveilleux de vivre à notre époque, ne trouve pas que la vie est passionnante, elle n'est pas contente de se lever le matin, il ne lui est pas facile de prendre des décisions et n'a pas l'esprit aussi clair qu'autrefois.

### **Synthèse de l'EGD**

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

## Chapitre IV Présentation, analyse et discussion des hypothèses

### 3. Présentation et analyse du questionnaire WHOQOL-BREF

Tableau N°11 : Les résultats de Mme Taklit obtenus dans le WHOQOL-BREF

Domaines	Calculs	Score brut au domaine	Score transformé %	Niveau
Santé physique	(6-1) + (6-4)+2+ 3+4+2	18	39.28%	Faible
Santé psychologique	2+2+3+3+3+ (6-2)	17	45.83%	Faible
Relations sociales	3+1+2	6	25%	Faible
Environnement	2+2+3+2+1+4+3+4	21	40.62%	Faible

Dans le domaine de la santé physique, Mme Taklit obtient un score brut de 17 points transformé en un score de 39.28% considéré comme un score faible qui représente une faible qualité de vie physique.

Dans le domaine de la santé psychologique, elle obtient un score brut de 17 points transformé en un score de 45.83% analysé comme un score faible qui représente une faible qualité de vie psychologique.

Pour les relations sociales, elle obtient un score brut de six points transformé en un score de 25% indiquant un score faible qu'on interprète en une faible qualité de vie sociale.

Dans le domaine environnemental, elle obtient un score brut de 21 points transformé en un score de 40.62% qui renvoi à un score faible, représentant une qualité de vie environnementale d'un niveau faible.

Dans le domaine physique, elle est ni satisfaite ni insatisfaite de sa santé, elle répond à la question n°3 « *La douleur physique vous empêche t'elle ce dont vous avez envie ?* » par « *pas du tout* », et à la question n°4 « *Avez-vous*

## **Chapitre IV Présentation, analyse et discussion des hypothèses**

---

*besoin d'un traitement médical quotidiennement ?* » par « *beaucoup* », à la dixième question « *Avez-vous assez d'énergie dans votre vie quotidienne ?* » elle répond par « *un peu* », à la question n°16, elle répond, ni satisfaite ni insatisfaite de son sommeil et enfin elle répond à la question n°17 « *Etes vous satisfaite de votre capacité à effectuer les taches de la vie quotidienne ?* » par : « *satisfaite* ». On constate par ses réponses qu'elle a une mauvaise qualité de vie physique.

Dans le domaine psychologique, elle considère sa qualité de vie comme ni faible ni bonne, elle répond à la question n°5 « *Aimez vous votre vie ?* » et n°6 « *Estimez vous que votre vie a du sens ?* » par : « *un peu* ». A la question n°7 « *Etes vous capable de vous concentrer ?* » et n°11 « *Acceptez vous votre apparence physique ?* », elle répond par « *modérément* », à la question n°19 « *Etes vous satisfaite de vous ?* » elle a répondu par : « *ni satisfaite/ni insatisfaite* » et à la question n°26 « *Avez-vous souvent des sentiments négatifs tels que la mélancolie, le désespoir, l'anxiété ou la dépression ?* » elle répond par « *parfois* ». D'après ses réponses Mme Taklit, n'a pas une bonne qualité de vie psychologique, ce qui nous fait déduire qu'elle a une faible qualité de vie psychologique.

Dans le domaine des relations sociales, Mme Taklit n'est ni satisfaite ni insatisfaite de ses relations avec les autres et elle est insatisfaite du soutien de ses amis. Ce qui fait que sa qualité de vie sociale est faible.

Dans le domaine environnemental, elle répond aux questions (8, 9, 13) qui portent sur la sécurité, la sainteté de l'environnement où elle vit et sur l'accès aux informations nécessaires pour sa vie quotidienne, par : « *un peu* », « *modérément* » à la question n°12 « *Avez-vous assez d'argent pour satisfaire vos besoins ?* » et « *pas du tout* » à la question n°14 « *Avez-vous souvent l'occasion de pratiquer des loisirs ?* ». Elle est satisfaite de son lieu de vie et son moyen de transport. Elle répond « *ni satisfaite/ni insatisfaite* » à la

## **Chapitre IV Présentation, analyse et discussion des hypothèses**

question n°25 « *Etes vous satisfaite de votre moyen de transport ?* ». L'environnement a une grande influence sur la qualité de vie de l'être humain, il est défini comme l'ensemble des conditions extérieures à un organisme, et de nature à l'influencer (R. Doron & F. Parot, 1991, p.263). De par ses réponses, on déduit qu'elle a une faible qualité de vie environnementale.

### **Synthèse du WHOQOL-BREF**

A partir des résultats obtenus et de leurs analyses, on conclut que Mme Taklit, a une faible qualité de vie physique avec un score de 39.28%, une faible qualité de vie psychologique avec un score de 45.83%, une faible qualité de vie sociale avec un score de 25% et une faible qualité de vie environnementale avec un score de 40.62%, ce qui signifie que la qualité de vie de Mme Taklit est d'un niveau faible.

### **4. Présentation et analyse du questionnaire WHOQOL-OLD**

Tableau N°12 : Résultats de Mme Taklit obtenus dans le WHOQOL-OLD

Score	Niveau
45.83%	Faible

Mme Taklit a obtenu un score de 45.83% dans le questionnaire de la qualité de vie WHOQOL-OLD, un niveau faible qui signifie une faible qualité de vie.

Dans les questions qui se calculent de manière négative (1, 2, 6, 7, 8, 9, 10), Mme Taklit répond aux questions (1, 2, 6, 8, 10) qui portent sur la mesure dont la diminution de l'usage de ses sens affecte-elle sa vie quotidienne et ses possibilités à participer à des activités, sur sa préoccupation de la façon dont elle va mourir, sur la peur de mourir et sur la mesure des difficultés de fonctionnement de ses sens affectent-elle ses possibilité de contact et

## **Chapitre IV Présentation, analyse et discussion des hypothèses**

---

d'échange avec les autres par : « *un peu* » et par : « *pas du tout* » aux questions n°7 « *Appréhendez vous de ne pas pouvoir contrôler votre mort ?* » et n°9 « *Avez-vous peur de souffrir avant de mourir ?* ».

Aux questions (3, 5, 11, 14, 21, 22, 23), qui portent sur la liberté, sur la capacité à faire les choses voulus, sur le nombre de choses à faire chaque jour, sur la camaraderie, sur le sentiment de l'amour et sur les occasions d'aimer, elle a répondu par : « *un peu* », et par : « *pas du tout* » aux questions (4, 12, 13) qui portent sur le contrôle de la vie, sur l'occasion de continuer à accomplir des chose dans la vie et sur le sentiment d'être reconnu dans la vie comme elle le mérite. Aux questions (15, 16), qui portent sur la satisfaction de ce qu'elle a accompli dans sa vie, et sur ses passes temps elle répond par : « *ni satisfaite/ni insatisfaite* », elle répond par : « *insatisfaite* » aux questions (17, 18), qui portent sur le niveau d'activité et sur les opportunités de prendre part à des activités collectives. Or, comme on l'a cité dans la partie théorique, d'après N. Lelievre (2004), la qualité de vie de la personne âgée ne se limite pas à une appréciation de son état de santé, mais aussi de son intégration à la vie collective de l'établissement. Elle répond : « *heureuse* » à la question n°19 « *Etes vous heureuses des projets et des perspectives qui se présentent à vous ?* », « *ni bon, ni mauvais* » à la question n°20 « *Comment qualifierez-vous le fonctionnement de vos sens ?* » et enfin « *modérément* » à la question n°24 « *Dans quelle mesure avez-vous l'occasion d'être aimé ?* ».

### **Synthèse du WHOQOL-OLD**

Par les résultats obtenus dans le questionnaire WHOQOL-OLD, Mme Taklit a obtenu un score faible de 45.83%, elle n'a pas la liberté de faire ce dont elle a envie, elle n'a pas de loisirs et ne participe pas à des activités collectives, on conclut que Mme Taklit a un niveau faible de qualité de vie.

### **Synthèse générale du cas**

En se référant aux résultats obtenus dans l'entretien clinique, Mme Taklit présente des signes de dépression tels que la tristesse et les pensées négatives et des signes d'une faible qualité de vie du fait de ne pas faire les activités qu'elle souhaite et du fait de ne pas s'entendre avec une pensionnaire. Dans l'EGD, elle a obtenu un score de 23 points, un niveau grave de dépression. Dans le WHOQOL-BREF, elle a obtenu un score de 39.28% dans le domaine de la santé physique, un score de 45.83% dans le domaine de la santé psychologique, un score de 25% dans le domaine des relations sociales et un score de 40.62% dans le domaine de l'environnement. Enfin dans le WHOQOL-OLD elle a obtenu un score de 45.83%. On déduit que Mme Taklit vit une souffrance psychologique avec un niveau grave de dépression et un niveau faible de qualité de vie. Par conséquent, son placement en institution a un impact négatif sur son vécu.

### **Cas 4) : Mr Mouloud**

#### **1. Présentation et analyse des données de l'entretien clinique semi directif de Mr Mouloud**

Monsieur Mouloud, est âgé de 68 ans et n'a jamais été marié. Il a été élevé par sa tante après la mort de sa mère, il a cinq frères et quatre sœurs, il a un niveau primaire et n'a jamais exercé un travail.

Mr Mouloud a un handicap moteur de son coté droit suite à un accident qu'il a eu lorsqu'il était plus jeune. C'est quelqu'un qui pratique sa religion qui a foie en dieu, c'est une personne drôle, qui aime rire et il était très bavard. Au début, il était un peu méfiant, il nous a demandé pourquoi on était là, ce qu'on lui voulait... Mais après lui avoir expliqué pourquoi on voulait s'entretenir avec lui, il a tout de suite accepté de participer à notre recherche.

## **Chapitre IV Présentation, analyse et discussion des hypothèses**

---

### **Axe 1) : Le placement en institution**

Après la mort de sa mère à l'âge de trois ans, son père s'est remarié avec une autre femme. Mr Mouloud a été élevé par sa tante, après la mort de celle-ci, il s'est retrouvé seul, sans repères et ne sachant pas où aller. Mr Mouloud s'est alors dirigé dans l'ancien centre où il dit avoir vécu 16 ans, puis a été placé dans le FPAH à son ouverture en 2003 où il a été placé pendant 14 ans. Il dit avoir vécu la misère après la mort de sa tante avec sa belle mère qui était d'ailleurs la raison de son placement.

En lui demandant ce qu'il pensait de son placement et de comment il le vivait, il nous répond : « *trajough ghir lmouthni* ». (Je n'attends que la mort). Il ajoute qu'il voudrait sortir du centre et vivre comme tout le monde. On constate qu'il vit mal son placement, une certaine inadaptation à son lieu de vie est alors constatée.

### **Axe 2) La souffrance psychologique**

#### **2-1) La dépression**

Son ressenti depuis son placement est résumé en ces mots : « *Sehoussayegh twathegh ghes debza, lmisérya teqwa felli, zay zay* ». (Je sens qu'on me frappe à coup de point, la misère m'envahit, c'est lourd lourd). Par son discours on constate un sentiment de précarité et d'instabilité, accompagné d'émotions négatives. « *Les émotions sont caractérisées par des sensations physiques de plaisir ou de déplaisir correspondant à des modifications physiologiques en réponse à des stimuli environnementaux. Cependant, l'organisme ne répond pas passivement et en fonction des caractéristiques des stimulations auxquelles il se trouve exposé. Sa perception des événements dépend de ses expériences antérieures et de l'état physique dans lequel il se trouve à ce moment précis. La transformation de l'émotion – phénomène physique – en affect – phénomène mental (plaisir, tristesse, anxiété, peur,*

## Chapitre IV Présentation, analyse et discussion des hypothèses

---

dégoût, colère) – dépend de l'interprétation de la situation mais non de la situation par elle-même » (J. Cottraux, 2011, p.5).

En l'interrogeant sur ses émotions et ses humeurs, il répond : « *saa chweya saa makanch khlass. Wina ureyaacghn-ara gar imawlan-is, d'achu l'hayat idiqimen ? Walou, teqimed hacha tazalith* ». (Des fois ça va un peu des fois pas du tout. Celui qui n'a pas vécu auprès de ses parents, qu'est-ce qui lui reste ? Rien, il ne reste que la prière). On déduit par son discours, qu'il n'a pas vraiment élaboré les histoires pénibles de son passé, du rejet de sa famille, entraînant en lui une détresse qui est définie comme un : « *sentiment de délaissement, d'abandon, ressenti dans une situation critique, nécessitant une aide extérieure et/ou amenant un sujet à demander de l'aide, un secours social ou psychologique* » (Grand dictionnaire de la psychologie, 2011, p.264). Et on constate, un recours à la religion comme une forme de stratégie de coping, lui permettant de faire face à la situation pénible. Selon Lazarus et Folkman (1984), le coping est actuellement défini comme : « *l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, réduire ou tolérer les exigences internes ou externes qui menacent ou dépassent les ressources d'un individu* » (I. Paulhan, 1992, p. 545).

Mr Mouloud, se voit fatigué et vieux, il a une image négative de sa personne, ce qui est fréquent chez les personnes âgées et pourrait être un signe de dépression. En lui demandant quel regard il porte sur les gens, il nous répond : « *Lan twalighthen cheghel louhouche lan laaline* ». (Il y a ceux que je vois comme des monstres, et ceux qui sont bien). On comprend, qu'il a été déçu par beaucoup de gens ce qui explique sa vision négative sur autrui.

Concernant ses regrets il nous dit : « *ndemegh machi ghef yeweth l'haja, l'hayatnegh dtamerzayth... Tchan-iyi idhrimen-iw, naniy-id adknezwedj umbaa tchan-iyi idhrimen-iw* ». (J'ai plein de regrets, ma vie est amère... On m'a volé mon argent, on m'avait dit qu'ils allaient me marier puis ils m'ont

## **Chapitre IV Présentation, analyse et discussion des hypothèses**

---

volé mon argent). On comprend ici, que Mr Mouloud a vécu des événements de vie douloureux et des expériences négatives, qui ont fait qu'aujourd'hui, il est devenu très méfiant avec les gens et a des pensées négatives.

Ce qui a changé en lui depuis son placement, c'est qu'il est devenu plus croyant ce qui selon lui l'a aidé à surmonter ses peines et à être plus persévérant. A propos de ses inquiétudes et de ses soucis, il nous dit : « *tqelqegh ghef zman yuaar, ghef dounith, asma adtetélet liibadh bien nekni aqlagh deg la misère* ». (Je suis inquiet de la vie qui est dure, lorsque tu vois les gens heureux et nous nous somme dans la misère). On comprend ici que l'avenir lui fait peur et qu'il n'est pas satisfait de son mode de vie, il a aussi montré une anticipation anxieuse : « *Sentiments de nervosité, ou de tension en réaction à diverses situations, soucis fréquents à propos des effets négatifs d'expériences passées désagréables et de possibilités futures négatives, éprouve des sentiments de peur ou d'appréhension face à l'incertitude, s'attend au pire. La tendance anxieuse est une facette de la dimension de personnalité appelée affectivité négative* » (DSM-5, 2015, p.962).

En lui demandant comment il se sentait maintenant, il nous répond qu'il se sentait bien, parce qu'il prie, il lit le coran et qu'il a foi en dieu. On remarque que la religion l'aide à surmonter ses peines, elle a un effet positif dans sa vie et lui procure un sentiment de bien être et de sécurité, ce que les autres personnes ne lui donnent pas.

Ses attentes de l'avenir sont résumées en ces termes : « *t'menigh adhefghegh deg sayi mais lah ghaleb... luken ufigh kra n'tawil adhefghegh w'adhzewdjegh* ». (Je souhaite sortir d'ici... Si j'avais les moyens je serais sorti et je me serais marié). On voit que Mr Mouloud, a une projection de l'avenir, il garde quand même un espoir de sortir du centre et de se trouver une femme.

## **Chapitre IV Présentation, analyse et discussion des hypothèses**

---

### **2-2) La qualité de vie**

Il dit ne pas avoir des habitudes qui ont changé depuis son placement dans le centre. Concernant sa santé physique, il n'a aucune maladie à part son handicap moteur qu'il a eu à l'âge de trois ans suite à une chute, il ajoute à cela qu'il n'a aucune difficulté à effectuer ses tâches quotidiennes, il s'est habitué à tout faire tout seul.

Pour la qualité de sa prise en charge dans le centre, il dit être moyennement satisfait. Au sujet de son sommeil et de son alimentation, il dit être satisfait, il dort bien et mange bien.

En lui posant la question sur ses rapports avec les autres résidents et avec le personnel, il nous répond : « *weyak-ayi ilkel d'les apaches, urhedregh-ara didhsen, d'elmounafiqin ilkel... Widhak iykhedmen dayi ça va teqessiregh didhsen* ». (Ce sont tous des apaches, je ne parle pas avec eux, ce sont tous des hypocrites... Le personnel ça va je discute avec eux). Le côté relationnel a une grande importance dans la qualité de vie, on remarque que Mr Mouloud a quand même de bons rapports avec le personnel du centre, ce qui nous fait penser qu'il est épanoui de ce côté là. Toutefois, il indique une mauvaise relation interpersonnelle, concernant les autres pensionnaires, ce qui indique éventuellement une certaine vision négative des gens.

Ses occupations sont résumées en ces termes : « *deg ass teffaghegh, ass ldjemaa truhegh gher ldjamaa, tzalagh* ». (En journée je sors et les vendredis je pars à la mosquée, je fais ma prière).

Mr Mouloud aime rigoler, rendre visite à sa famille de temps à autre mais surtout, il aime aller à la mosquée faire la prière. Mr Mouloud, est quelqu'un qui utilise beaucoup l'humour. Une sous-estimation des aspects négatifs de la situation, une stratégie génératrice d'émotions positives efficace pour abaisser la tension émotionnelle (I. Paulhan, 1992, p.551).

## **Chapitre IV Présentation, analyse et discussion des hypothèses**

Il reçoit la visite de la part de ses quatre frères, chaque mois à deux mois. La relation avec la famille constitue un élément important pour une bonne qualité de vie.

### **Synthèse de l'entretien clinique de Mr Mouloud**

D'après les informations recueillies avec Mr mouloud, on conclut qu'il existe des signes éventuels indiquant une certaine souffrance psychologique en lui, il présente des manifestations de dépression, et une qualité de vie médiocre mais il fait face à sa souffrance par la prière qui est une sorte de coping.

## **2. Présentation et analyse de l'EGD**

Mr Mouloud, a eu un score total de 12 points, donnant neuf sur 20 réponses positives et trois sur 10 réponses négatives cotées 1 en faveur de l'existence d'une dépression. Le score de 12 points représente une dépression légère.

Tableau N°13 : Résultats de Mr Mouloud obtenus dans l'EGD

Nombre de réponses positives	Nombre de réponses négatives	Score totale	Niveau de la dépression
9	3	12	Léger

Dans les 20 questions où c'est la réponse « *oui* » qui favorise la dépression, Mr Mouloud a répondu à neuf questions (2, 3, 10, 17, 20, 22, 23, 24, 25) par « *oui* ». Il a renoncé à un grand nombre de ses activités, il a le sentiment que sa vie est vide, il a souvent besoin d'aide, il a le sentiment d'être désormais inutile, il a des difficultés à entreprendre de nouveaux projets, désespère de sa situation présente, il pense que la situation des autres est meilleure que la sienne et que les autres ont plus de chance que lui, il est souvent irrité par des détails, et il éprouve souvent le besoin de pleurer. On remarque que, Mr Mouloud éprouve des pensées et des émotions négatives. Les fonctions

## Chapitre IV Présentation, analyse et discussion des hypothèses

émotionnelles sont définies en tant que des : « *Fonctions mentales spécifiques associées au sentiment et à la composante affective du processus mental* » (CIF, 2001, p. 55).

Dans les 10 questions où c'est la réponse négative « *non* » qui favorise la dépression, il a répondu à trois questions (19, 21, 30) par « *non* ». Il ne trouve pas que la vie est passionnante, n'a pas beaucoup d'énergie et n'a pas l'esprit aussi clair qu'autrefois.

### Synthèse de l'EGD

D'après les résultats qu'on a obtenus dans l'EGD qu'on a effectué avec Mr Mouloud. On a soulevé qu'il avait des pensées et des émotions négatives, il a obtenu un score de 12 point. On déduit alors, qu'il a un niveau de dépression léger.

### 3. Présentation et analyse du questionnaire WHOQOL-BREF

Tableau N°14 : Les résultats de Mr Mouloud obtenus dans le WHOQOL-BREF

Domaines	Calculs	Score brut au domaine	Score transformé %	Niveau
Santé physique	$(6-2) + (6-2) + 2+4+3+1$	18	39.28%	Faible
Santé psychologique	$2+4+3+2+3+ (6-3)$	17	45.83%	Faible
Relations sociales	$3+1+2$	6	25%	Faible
Environnement	$4+2+2+2+3+3+1+4$	21	40.62%	Faible

Dans le domaine de la santé physique, Mr Mouloud obtient un score brut de 18 points transformé en un score de 39.28% considéré comme un score faible qui représente une faible qualité de vie physique.

## **Chapitre IV Présentation, analyse et discussion des hypothèses**

---

Dans le domaine de la santé psychologique, il obtient un score brut de 17 points transformé en un score de 45.83% analysé comme un score faible qui représente une faible qualité de vie psychologique.

Pour les relations sociales, il obtient un score brut de six points transformé en un score de 25% indiquant un score faible qu'on interprète en une faible qualité de vie sociale.

Dans le domaine environnemental, il obtient un score brut de 21 points transformé en un score de 40.62% qui renvoi à un score faible, représentant une faible qualité de vie environnementale.

Dans le domaine de la santé, Mr Mouloud dans les questions (3, 4 et 10) qui portent sur la douleur physique, sur le besoin de traitement médical quotidien et sur l'énergie, il a répondu « *un peu* », dans la question n°16, « *Etes vous satisfait de votre sommeil ?* », il répond par « *satisfait* », pour la question n°17, « *Etes vous satisfait de votre capacité à effectuer les taches de la vie quotidienne* », Mr Mouloud a répondu par : « *ni satisfait ni insatisfait* », à la question n°18, « *Etes vous satisfait de votre capacité à effectuer votre activité professionnelle ?* », il a répondu par « *très insatisfait* ».

Dans le domaine de la psychologie, Pour la question n°5, « *Aimez vous votre vie ?* » Mr Mouloud a répondu : « *un peu* », dans la question n°6, « *Estimez vous que votre vie a du sens ?* », il a répondu par « *beaucoup* ». A la question n°7, « *Etes vous capable de vous concentrer ?* », il a répondu « *modérément* », dans la question n°11, « *Acceptez vous votre apparence physique ?* » il répondu par « *un peu* ». Dans la question n°19, « *Etes vous satisfait de vous ?* » et dans la question n°20, « *Etes vous satisfait de vos relations avec les autres* » il répond par : « *ni satisfait ni insatisfait* ». A la question n°26, « *Avez-vous souvent des sentiments négatifs tels que la*

## **Chapitre IV Présentation, analyse et discussion des hypothèses**

---

*mélancolie, le désespoir, l'anxiété ou la dépression ?* » il a répondu par : « *assez souvent* ».

Dans le domaine des relations sociales, à la question n°20, « *Etes vous satisfait de vos relations avec les autres ?* », il répond par « *ni satisfait ni insatisfait* ». Il répond par « *insatisfait* » à la question n°22, « *Etes vous satisfait du soutien de vos amis* ». A la question n°23 « *Etes vous satisfait de votre lieu de vie ?* », il répond par « *ni satisfait ni insatisfait* ».

Dans le domaine de l'environnement, Mr Mouloud a répondu « *beaucoup* », à la question n°8, « *Vous sentez vous en sécurité dans votre vie quotidienne ?* ». Pour les questions (9, 12, 13), qui portent sur la sainteté de son environnement, sur l'argent et sur l'accès aux informations nécessaires concernant sa vie, il a répondu par : « *un peu* ». A la question n°14, « *Avez-vous souvent l'occasion de pratiquer des loisirs ?* » et n°23, « *Etes vous satisfait de votre lieu de vie ?* » il a répondu par : « *ni satisfait ni insatisfait* ». A la question n°24, « *Etes vous satisfait de votre accès aux services de santé ?* », il a répondu « *très insatisfait* ». En fin, il répond satisfait de son moyen de transport.

### **Synthèse du WHOQOL-BREF**

En s'appuyant sur les résultats obtenus par Mr Mouloud dans le questionnaire WHOQOL-BREF, on déduit qu'il a eu un score de 39.28% dans le domaine de la santé physique, un score de 45.83% dans le domaine de la santé psychologique, un score de 25% dans le domaine des relations sociales et un score de 40.62% dans le domaine de l'environnement. Tous des score faibles qui renvoient à une faible qualité de vie dans les quatre domaines.

## Chapitre IV Présentation, analyse et discussion des hypothèses

### 4. Présentation et analyse du questionnaire WHOQOL-OLD

Tableau N°15 : Résultats de Mr Mouloud obtenus dans le WHOQOL-OLD

Score	Niveau
57.29%	Moyen

Mr Mouloud a obtenu un score de 57.29% dans le questionnaire de la qualité de vie WHOQOL-OLD, un niveau moyen qui signifie une qualité de vie moyenne.

Dans les questions (1, 2, 6, 8, 9, 10) qui portent sur la diminution et la perte de l'usage de ses sens, sur la mort, et sur les difficultés du fonctionnement de ses sens, Mr Mouloud a répondu par : « *pas du tout* ». Pour les questions (5, 7, 11, 14, 22, 24) qui portent sur la liberté, sur la mort, sur sa capacité de faire des choses qu'il voudrait faire, sur la quantité de choses qu'il a à faire chaque jour, et sur l'amour, il a répondu : « *un peu* ». Pour la question n°3, « *Avez-vous la liberté de prendre vous-même les décisions vous concernant ?* », il a répondu « *beaucoup* ». A la question n°4, « *Avez-vous l'impression de contrôler votre avenir ?* », il a répondu « *pas du tout* ».

Pour les questions (13, 21, 23) qui portent sur la camaraderie et sur l'amour il a répondu « *modérément* », dans les questions (15, 18) qui portent sur ce qu'il a accompli dans sa vie, sur le niveau d'activité et sur les opportunités qu'il a de prendre part à des activités collectives, il répondit « *ni satisfait ni insatisfait* ». A la question n°16, « *Etes-vous satisfait de la façon dont vous passez votre temps ?* », il a répondu « *satisfait* ». Pour la question n°17, « *Etes-vous satisfait avec votre niveau d'activité ?* » il a répondu « *insatisfait* ». A la question n°19, « *Etes-vous heureux des opportunités que vous avez de prendre part à des activités collectives* » il a répondu par : « *ni*

## **Chapitre IV Présentation, analyse et discussion des hypothèses**

---

*heureux ni malheureux* ». Et à la question n°20, qui porte sur le fonctionnement de ses sens, il a répondu « *très bon* ».

### **Synthèse du WHOQOL-OLD**

D'après les données récoltées dans le WHOQOL-OLD, Mr Mouloud a obtenu un score de 57.29%, ce qui signifie qu'il a une qualité de vie moyenne.

### **Synthèse générale du cas**

En se référant aux résultats obtenus dans l'entretien clinique, Mr Mouloud a des émotions négatives, il a vécu des expériences négatives et des événements douloureux, qu'on a pu remarquer par son discours : « *saa chweya saa makanch khlass. Wina ureyaacghn-ara gar imawlan-is, d'achu l'hayat idiqimen ? Walou, teqimed hacha tazalith* ». (Des fois ça va un peu des fois pas du tout. Celui qui n'a pas vécu auprès de ses parents, qu'est-ce qui lui reste ? Rien, il ne reste que la prière).

Dans l'EGD, il a obtenu un score de 12 points qui signifie une dépression légère. Dans le questionnaire WHOQOL-BREF, il a eu un score de 39.28% dans le domaine de la santé physique, un score de 45.83% dans le domaine de la santé psychologique, un score de 25% dans le domaine des relations sociales et un score de 40.62% dans le domaine de l'environnement. Tous des score faibles qui renvoient à une faible qualité de vie dans les quatre domaines. Et dans le questionnaire WHOQOL-OLD, il a obtenu un score de 57.29%, qui signifie une qualité de vie moyenne.

### **Cas 5) : Mr Karim**

#### **1. Présentation et analyse des données de l'entretien clinique semi directif**

Après nous être présentées à Mr Karim et après avoir eu son accord, on a pu commencer à lui poser les questions de notre guide d'entretien. Mr Karim est âgé de 66 ans, il est divorcé et a deux filles et un garçon qui vivent avec leur mère, il a six frères et quatre sœurs. Mr Karim a un niveau d'instruction secondaire, il a travaillé comme comptable.

Mr Karim est quelqu'un de souriant et gentil, il n'était pas très bavard, il avait du mal à se concentrer avec nous, à répondre et à assimiler nos questions, il répond après de longs silences et nous a pas donné des réponses riches. En ce sens, parmi les symptômes de la dépression déjà cités dans la partie théorique et selon Klerman (1988), on retrouve, le ralentissement du discours, de la pensée et du mouvement : les dépressifs parlent d'habitude très lentement, ils tardent à répondre aux questions qu'on leur adresse, et quand ils répondent, c'est par un mot ou avec de grandes lacunes. Ils semblent se trouver aux limites de l'épuisement et ils pensent et agissent lentement et sans spontanéité. Les mouvements du corps sont lents et les gestes moindres.

##### **Axe 1) Le placement en institution**

Mr Karim était chômeur, et vivait seul après s'être séparé de sa femme. Cela fait 10 ans qu'il est placé dans le centre, avant son placement, il vivait dans la maison de son père, il dit qu'il se débrouillait seul. C'est son cousin qui l'a emmené dans le centre, il était consentant. Les raisons de son placement, étaient parce qu'il n'avait pas d'argent. En lui demandant ce qu'il pensait de son placement et comment il le vivait, il nous répond : « *sehoussayegh imaniw deg l'hebs* ». (Je sens que je suis en prison). On voit

## **Chapitre IV Présentation, analyse et discussion des hypothèses**

---

qu'il n'est pas satisfait de son lieu de vie, qu'il considère comme une prison, qu'on interprète comme un sentiment d'enfermement et d'absence de liberté.

### **Axe 2) La souffrance psychologique**

#### **2-1) La dépression**

En lui demandant de nous parler de son ressenti depuis son placement, de ses émotions et de ses humeurs, et de comment il se voyait, Mr Karim était un peu inhibé et silencieux, puis nous dit : « *wina uryelan-ara deg teswiith lkhir... wina urykhedmen-ara, achou l'khir deg achou iyela ?* ». (Celui qui n'est pas dans un instant de bonheur... celui qui ne travaille pas, dans quel bien être il est). Pour le regard qu'il porte aux gens il nous répond : « *twalighthen normal, widhak iyitehibine tehibighthen* ». (Je porte un regard normal, j'aime ceux qui m'aiment).

Concernant ses regrets, il répond après un long silence : « *mandemegh, achu adkhedhmegh ?* ». (Si je regrette, qu'est ce que je vais faire). On remarque une certaine inhibition avec notre sujet. L'inhibition, est une sorte de frein qui ralentit et empêche l'élan de la pensée douloureusement concentrée dans la mélancolie (H. Ey, P. Bernard & Ch. Brisset, 1989, p.109). En lui demandant, ce qui a changé en lui de puis son placement, il répond : « *abhal aqlin deg l'hebss* ». (On dirait que je suis en prison). Il nous dit : « *je suis bien ça va* », en lui demandant comment il se sentait. Concernant l'avenir, il nous dit : « *uretaassagh-ara uma d'azuh* » (Je n'attends rien). On voit un certain désespoir chez Mr Karim. Le sentiment de perte d'espoir est un critère diagnostique du trouble dépressif persistant (DSM-5, 2015, p.197). On constate aussi, une anesthésie des affects. Les affects sont définis comme, l'ensemble de comportements observables qui expriment un état émotionnel subjectivement éprouvé (émotion). Des exemples courants

## **Chapitre IV Présentation, analyse et discussion des hypothèses**

---

d'affects sont la tristesse et la colère. L'affect se rapporte à des modifications et à des fluctuations de l'état émotionnel (DSM-5, 2015, p.961).

### **2-2) La qualité de vie**

Mr Karim a du diabète et prend des médicaments, le diabète est défini par un taux de sucre très élevé dans le sang en rapport avec une carence absolue ou relative en insuline (M. Popelier, 2006, p.93). Il dit n'avoir aucune difficulté dans son quotidien et trouve bien la qualité de sa prise en charge dans le centre. Il dit prendre des médicaments, pour dormir ce qui est en relation avec son mal être, il ne réussit à dormir qu'avec des médicaments. Pour son alimentation il dit : « *tiswiine siigh l'appétit tiswiine ulach, c'est des jours* ». (Des fois j'ai un bon appétit et des fois non).

Pour ses rapports avec les résidents et avec le personnel du centre, il nous dit : « *wehdhi ken, uretmisefhamegh d'hed, widhak iykhedmen dayi, laalin, ils sont bien* ». (Je reste seul, je ne m'entends avec personne, pour le personnel, ils sont biens). De par son isolement et son mal entente avec les autres résidents, on remarque qu'il n'ya pas d'investissement des relations interpersonnelles chez Mr Karim. Pour ses occupations, il dit : « *tezigh ken, qeragh le journal* ». (Je tourne en rond, je lis le journal). Mr Karim, ne sort jamais du centre et ne participe à aucune activité proposée dans le centre. Or, d'après D. Zimmermann-Sloutskis et al. (2012), Les personnes qui participent aux activités organisées en institution, jouissent d'une meilleure qualité de vie par rapport à celles qui s'abstiennent. En lui demandant ce qu'il aimait faire, il nous répond qu'il aimait dormir. On comprend alors, qu'il trouve dans le sommeil un refuge, pour oublier son mal être, c'est une sorte de défense définie comme : « *Toute conduite ou mécanisme psychologique par lequel le sujet se soustrait ou se met à l'abri d'une stimulation, situation ou représentation aversive* » (R. Doron & F. Parot, 1991, p.186). Mr Karim

## **Chapitre IV Présentation, analyse et discussion des hypothèses**

reçoit la visite de son fils qui vient chaque mois, et a eu deux fois la visite d'une de ses filles. A la fin, il ajoute : « *On a un cœur blasé* ».

### **Synthèse de l'entretien clinique de Mr Karim**

D'après, les données qu'on a recueillies dans l'entretien clinique, Mr Karim présente des signes indicateurs d'une possible souffrance psychologique et ce, en se basant sur la présence d'une symptomatologie dépressive et sur des indices d'une mauvaise qualité de vie.

### **2. Présentation et analyse de l'EGD (l'échelle gériatrique de dépression)**

Mr Karim a eu un score total de 26 points, donnant 16 réponses sur les 20 réponses positives et 10 sur les 10 réponses négatives cotées 1 en faveur de l'existence d'une dépression. Le score de 26 points représente une dépression grave.

Tableau N°16 : Résultats de Mr Karim obtenus dans l'EGD

Nombre de réponses positives	Nombre de réponses négatives	Score totale	Niveau de la dépression
16	10	26	Grave

Dans les 20 questions où la réponse positive favorise la dépression, Mr Karim a répondu par « *oui* » dans 16 questions (2, 3, 4, 6, 8, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 20, 22, 23, 26, 28). Il a renoncé à un grand nombre de ses activités, il a le sentiment que sa vie est vide, s'ennuis souvent, il est souvent préoccupé par des pensées qui lui reviennent sans cesse, craint un mauvais présage pour l'avenir, préfère rester seul dans sa chambre plutôt que d'en sortir, il est inquiet de l'avenir, pense que sa mémoire est plus mauvaise que celle de la plupart des gens. On peut retrouver un déficit de la mémoire, ce déficit peut

## **Chapitre IV Présentation, analyse et discussion des hypothèses**

---

expliquer les mauvaises performances intellectuelles du dépressif, toutes les étapes du traitement de l'information peuvent être altérées chez le dépressif (J. Cottraux, 2001, p. 167). Mr Karim a souvent le cafard, se sent désormais inutile, il ressasse beaucoup le passé, il a des difficultés à entreprendre de nouveaux projets, désespère de sa situation présente, pense que la situation des autres est meilleure que la sienne et que les autres ont plus de chance que lui, il a du mal à se concentrer et refuse souvent les activités proposées.

Dans les 10 questions où c'est la réponse négative qui indique une possibilité de dépression, il a répondu par « *non* » dans toutes les questions. Il n'est pas satisfait de sa vie, n'envisage pas l'avenir avec optimisme, n'est pas de bonne humeur ni heureux la plupart du temps, il ne pense pas qu'il est merveilleux de vivre à notre époque, ne trouve pas que la vie est passionnante, n'a pas beaucoup d'énergie. Comme on l'a vu dans la partie théorique, d'après la CIM-10, la réduction de l'énergie ou l'augmentation de la fatigabilité est un symptôme d'un épisode dépressif léger. Mr Karim, n'est pas content de se lever le matin, il ne lui est pas facile de prendre des décisions et n'a pas l'esprit aussi clair qu'autrefois.

On remarque par ses réponses dans cette échelle que Mr Karim, présente des sentiment, des émotions et des affects négatifs qui renvoient à une symptomatologie dépressive grave.

### **Synthèse de l'EGD**

D'après les résultats qu'on a obtenus dans l'EGD qu'on a effectué avec Mr Karim, on a pu constater qu'il présentait des émotions négatives telles que, le pessimisme et le sentiment d'inutilité. Il a eu un score de 26 points, on conclut alors, qu'il a un niveau de dépression grave.

## Chapitre IV Présentation, analyse et discussion des hypothèses

### 3. Présentation et analyse du questionnaire WHOQOL-BREF

Tableau N°17 : Les résultats de Mr Karim obtenus dans le WHOQOL-BREF

Domaines	Calculs	Score brut au domaine	Score transformé %	Niveau
Santé physique	(6-4) + (6-4) +2+2+2+1	11	14.28%	Faible
Santé psychologique	1+2+2+1+2+ (6-5)	9	12.5%	Faible
Relations sociales	2+1+2	5	16.66%	Faible
Environnement	2+2+2+3+2+3+4+1	19	34.37%	Faible

Dans le domaine de la santé physique, Mr Karim obtient un score brut de 11 points transformé en un score de 14.28% considéré comme un score faible qui représente une faible qualité de vie physique.

Dans le domaine de la santé psychologique, il obtient un score brut de neuf points transformé en un score de 12.5% analysé comme un score faible qui représente une faible qualité de vie psychologique.

Pour les relations sociales, il obtient un score brut de cinq points transformé en un score de 16.66% indiquant un score faible qu'on interprète en une faible qualité de vie sociale.

Dans le domaine environnemental, il obtient un score brut de 19 points transformé en un score de 34.37% qui renvoi à un score faible, représentant une faible qualité de vie environnementale.

Dans le domaine de la santé physique il a répondu a la question n°3, « *La douleur physique vous empêche t'elle de faire ce dont vous avez envie ?* » par « *beaucoup* ». Dans la question n°4 « *avez-vous besoin d'un traitement médical quotidiennement ?* » il a répondu par « *beaucoup* ». Dans la question n°10, « *avez-vous assez d'énergie dans votre vie quotidienne ?* » il a répondu

## **Chapitre IV Présentation, analyse et discussion des hypothèses**

---

par « *un peu* ». Il a répondu par « *insatisfait* » aux questions qui portent sur le sommeil, ainsi que sur la capacité à effectuer les tâches de la vie quotidienne.

Dans le domaine de la santé psychologique, il a répondu par « *pas du tout* » à la question, « *aimez-vous votre vie ?* » ainsi qu'à la question, « *acceptez-vous votre apparence physique ?* ». Il a répondu par « *un peu* » aux questions « *estimez-vous que votre vie a du sens ?* » et « *êtes-vous capable de vous concentrer ?* ». Il a répondu à la question n°19 « *êtes-vous satisfait de vous ?* » par « *insatisfait* ». Il a répondu à la question n°26 « *Avez-vous souvent des sentiments négatifs tels que la mélancolie, le désespoir, l'anxiété ou la dépression* » par « *tout le temps* ».

Dans le domaine des relations sociales, il a répondu par « *insatisfait* » aux questions (20, 22) qui portent sur la satisfaction de ses relations avec les autres, ainsi que la satisfaction du soutien de ses amis.

Dans le domaine de l'environnement il a répondu par « *un peu* » aux questions « *vous sentez-vous en sécurité dans votre vie quotidienne ?* », « *vivez-vous dans un environnement sain ?* », « *avez-vous assez d'argent pour satisfaire vos besoins ?* » et « *avez-vous souvent l'occasion de pratiquer des loisirs ?* ». A la question n°13, « *avez-vous accès aux informations nécessaires pour votre vie quotidienne ?* », il a répondu : « *modérément* ». Il a répondu à la question n°23 « *êtes-vous satisfait de votre lieu de vie ?* » par « *ni satisfait ni insatisfait* ». Il a répondu à la question n°24 « *êtes-vous satisfait de votre accès aux services de santé ?* » par « *satisfait* ». Et a répondu à la question n°25 « *êtes-vous satisfait de votre moyen de transport ?* » par « *insatisfait* ».

### **Synthèse du questionnaire WHOQOL-BREF**

En s'appuyant sur les résultats obtenus dans le questionnaire WHOQOL-BREF, on conclut que Mr Karim a une faible qualité de vie physique,

## **Chapitre IV Présentation, analyse et discussion des hypothèses**

psychologique, sociale et environnementale, avec un score de 14.28% dans le domaine de la santé physique, un score de 12.5% dans le domaine de la santé psychologique, un score de 16.66% dans le domaine des relations sociales et un score de 34.37% dans le domaine de l'environnement.

### **4. Présentation et analyse du questionnaire WHOQOL-OLD**

Tableau N°18 : Résultats de Mr Karim obtenus dans le WHOQOL-OLD

Score	Niveau
36.45%	Faible

Mr Karim a obtenu un score de 36.45% dans le questionnaire de la qualité de vie WHOQOL-OLD, un niveau faible qui signifie une faible qualité de vie.

Il a répondu par, « *pas du tous* » dans les questions n°8 « *avez-vous peur de mourir?* », n°9 « *avez-vous peur de souffrir avant de mourir ?* », n°11 « *dans quelle mesure êtes-vous capable de faire les choses que vous voudriez faire ?* », n°12 « *avez-vous suffisamment l'occasion de continuer a accomplir des choses dans votre vie ?* » et n°14 « *avez-vous l'impression d'avoir assez de choses a faire chaque jour ?* ».

Il a répondu par « *un peu* », aux questions n°1, « *dans quelle mesure la diminution de l'usage de vos sens affecte-t-elle votre vie quotidienne ?* », n°2 « *la perte de l'usage de vos sens affecte-t-elle vos possibilités de participer a des activités ?* », n°4 « *avez-vous l'impression de contrôler votre avenir ?* », n°10 « *dans quelle mesure des difficultés de fonctionnement de vos sens affectent-elles vos possibilités de contact et d'échange avec les autres ?* » et n°13 « *avez-vous le sentiment d'être reconnu dans la vie comme vous le méritez ?* ».

## **Chapitre IV Présentation, analyse et discussion des hypothèses**

---

Dans la question n°3 « *avez-vous la liberté de prendre vous-même les décisions vous concernant ?* » il a répondu par « *modérément* ». Il a répondu par « *beaucoup* », aux questions n°6 « *êtes-vous préoccupé par la façon dont vous allez mourir ?* » et n°7, « *appréhendez-vous de ne pas pouvoir contrôler votre mort ?* ». A la question n°21 « *dans quelle mesure ressentez-vous de la camaraderie dans votre vie ?* » Il a répondu par « *très insatisfait* ».

Il a répondu par « *insatisfait* », aux questions n°16 « *êtes-vous satisfait de la façon dont vous passez votre temps ?* », n°17 « *êtes-vous satisfait avec votre niveau d'activité ?* », n°18 « *êtes-vous satisfait des opportunités que vous avez de prendre part a des activités collectives ?* » , n°19 « *êtes-vous heureux des projets et des perspectives qui se présentent a vous ?* », n°22 « *dans quelle mesure ressentez-vous de l'amour dans votre vie ?* », n°23 « *dans quelle mesure avez-vous des occasion d'aimer ?* », et n°24 « *dans quelle mesure avez-vous l'occasion d'être aimé ?* ».

Dans la question n°15, « *êtes-vous satisfait de ce que vous avez accompli dans votre vie ?* » ainsi que la n°20, « *comment qualifierez-vous le fonctionnement de vos sens ?* », il a répondu par « *ni satisfait ni insatisfait* ».

### **Synthèse du WHOQOL-OLD**

D'après les données recueillies dans le WHOQOL-OLD, on constate que Mr Karim a une faible qualité de vie avec un score de 36.45%.

### **Synthèse générale du cas**

En se référant aux résultats obtenus dans l'entretien clinique, Mr Karim a présenté des émotions et des pensées négatives, il s'isole beaucoup et ne fait aucune activité qu'on comprend bien par son discours : « *tezigh ken, qeragh le journal* ». (Je tourne en rond, je lis le journal). Dans l'EGD, il a obtenu un

## **Chapitre IV Présentation, analyse et discussion des hypothèses**

---

score de 26 points et présente des signes de dépression et donc une dépression grave.

Dans le WHOQOL-BREF, on a conclut que Mr Karim a une faible qualité de vie physique, psychologique, sociale et environnementale, avec un score de 14.28% dans le domaine de la santé physique, un score de 12.5% dans le domaine de la santé psychologique, un score de 16.66% dans le domaine des relations sociales et un score de 34.37% dans le domaine de l'environnement. Et enfin dans le WHOQOL-OLD, il a eu un score faible de 36.45% et donc une faible qualité de vie. On déduit alors, que Mr Karim vit une souffrance psychologique avec un niveau grave de dépression et une faible qualité de vie.

### **Cas 6) : Mr Hamid**

#### **1. Présentation et analyse des données de l'entretien clinique semi directif**

Après nous être présentées à Mr Hamid et après avoir eu son accord, on a pu commencer à lui poser les questions de notre guide d'entretien.

Mr Hamid, est âgé de 61 ans, n'a jamais été marié, et il a deux frères et deux sœurs. Il n'a pas été à l'école et il a travaillé comme mécanicien.

Mr Hamid a un fonctionnement inhibé, il ne parle pas beaucoup et ses réponses étaient directes et précises. Ce qui a fait que notre entretien avec lui n'a duré qu'une dizaine de minute.

#### **Axe 1) Le placement en institution**

Avant son placement Mr Hamid travaillait, vivait avec sa mère et ses frères, après la mort de sa mère, ses frères ont pris la maison. Cela fait deux ont qu'il est placé dans le centre, c'est sa mère et ses frères qui s'occupaient de lui. Il

## **Chapitre IV Présentation, analyse et discussion des hypothèses**

---

est venu seul dans le centre, parce que selon lui, il n'y a pas de place à la maison, il dit vivre bien son placement.

### **Axe 2) La souffrance psychologique**

#### **2-1) La dépression**

En lui demandant, quel était son ressenti depuis son placement, il répond : « *ça va, aqvel m'adkechmogh akhir* ». (Ca va, j'étais mieux avant que je rentre). En lui demandant de nous parler de ses émotions et de ses humeurs, il répond : « *ça va* », selon lui il porte un regard ordinaire sur les gens. Son seul regret c'est de ne pas s'être marié. Il dit que rien n'a changé en lui depuis son placement, n'a pas d'inquiétudes, ni de soucis et il se sent bien. Concernant ses attentes de l'avenir, il dit : « *tmenigh adhafegh akham w'adzewjogh* ». (Je souhaite trouver une maison et me marier). La recherche d'un toit et d'un conjoint est synonyme d'une souffrance de solitude et d'un besoin de sentiment de sécurité interne.

#### **2-2) La qualité de vie**

Pour ce qui a changé dans ses habitudes depuis son placement, il répond : « *ligh khedmogh, ligh tefaghegh d'imdoukal-iw* ». (Avant je travaillais, je sortais avec mes copains). On constate qu'il vit une rupture avec sa vie sociale, ce qui arrive souvent aux personnes âgées arrivées à la retraite, un indice d'une mauvaise qualité de vie sociale. Pour sa santé physique, il dit que tout va bien. Il n'a aucune difficulté dans son quotidien.

Pour la qualité de sa prise en charge dans le centre, il dit être satisfait. Concernant son sommeil, il prend des médicaments pour dormir, et pour son alimentation, il mange bien. Il dit avoir de bons rapports avec les autres résidents et avec le personnel. Concernant ses occupations, il dit sortir le

## **Chapitre IV Présentation, analyse et discussion des hypothèses**

matin et l'après-midi. Il reçoit la visite de ses frères chaque deux mois. On voit une certaine rupture des liens avec sa famille.

### **Synthèse de l'entretien clinique de Mr Hamid**

D'après, les données qu'on a recueillies dans l'entretien clinique, Mr Hamid ne présente pas des signes de souffrance psychologique par son discours. Il ne présente pas une symptomatologie dépressive mais, présente quelques indices d'une mauvaise qualité de vie.

### **2. Présentation et analyse de l'EGD (l'échelle gériatrique de dépression)**

Mr Hamid, a eu un score de neuf points, donnant huit sur 20 réponses positives et une sur 10 réponses négatives cotées 1 en faveur de l'existence d'une dépression. Le score de 9 points représente une absence de dépression.

Tableau N°19 : Résultats de Mr Hamid obtenus dans l'EGD.

Nombre de réponses positives	Nombre de réponses négatives	Score totale	Niveau de la dépression
8	1	9	Absence de dépression

Dans les 20 questions où la réponse positive favorise la dépression, Mr Hamid a répondu par « oui » dans huit questions (2, 3, 6, 12, 18, 20, 23, 26), il a renoncé à un grand nombre de ses activités, il a le sentiment que sa vie elle est vide, il est préoccupé par des pensées qui reviennent sans cesse il préfère rester seul dans sa chambre plutôt que d'en sortir, il ressasse beaucoup le passé, il pense que la situation des autres est meilleure que sa situation et que les autres ont plus de chance que lui, et que il du mal à se concentrer.

## Chapitre IV Présentation, analyse et discussion des hypothèses

Dans les 10 questions où la réponse négative favorise aussi la dépression, il a répondu par : « *non* » à une seule question n°30, " Avez-vous l'esprit aussi clair qu'autrefois ? ".

On remarque donc que la plus part des réponses de Mr Hamid indiquent une absence de dépression, il est satisfait de sa vie, il envisage l'avenir avec optimisme, il est de bonne humeur la plupart de temps, il craigne pas un mauvais présage pour l'avenir, il est heureux la plupart du temps, il n' a pas besoin d'aide, il se sentez pas souvent nerveux, l'avenir lui inquiète pas, il pense pas que sa mémoire est plus mauvaise que celle de la plupart des gens, il pense que il est merveilleux de vivre à notre époque, il n' a pas souvent le cafard, il n'a pas le sentiment d'être désormais inutile, il trouve que la vie est passionnante, il a beaucoup d'énergie, il est pas souvent irrité par des détails, il éprouve pas souvent le besoin de pleurer, est content de se lever le matin, il refuse pas des activités proposées, et il prend des décisions facilement.

### Synthèse de l'EGD

En nous remettant aux données récoltées dans l'EGD de Mr Hamid, on conclut une absence de dépression.

### 3. Présentation et analyse du questionnaire WHOQOL-BREF

Tableau N°20 : Les résultats de Mr Hamid obtenus dans le WHOQOL-BREF

Domaines	Calculs	Score brut au domaine	Score transformé %	Niveau
Santé physique	$(6-1) + (6-1) + 3+4+5+1$	23	57.14%	Moyen
Santé psychologique	$3+2+3+2+4+ (6-1)$	19	54.16%	Moyen
Relations sociales	$4+1+5$	10	58.33%	Moyen
Environnement	$4+3+3+4+3+3+4+4$	28	62.5%	Elevé

## **Chapitre IV Présentation, analyse et discussion des hypothèses**

---

Dans le domaine de la santé physique, Mr Hamid obtient un score brut de 23 points transformé en un score de 57.14% considéré comme un score moyen qui représente une qualité de vie physique moyenne.

Dans le domaine de la santé psychologique, il obtient un score brut de 19 points transformé en un score de 54.16% analysé comme un score moyen qui représente une qualité de vie psychologique moyenne.

Pour les relations sociales, il obtient un score brut de dix points transformé en un score de 58.33% indiquant un score moyen qu'on interprète en une qualité de vie sociale moyenne.

Dans le domaine environnemental, il obtient un score brut de 28 points transformé en un score de 62.5% qui renvoi à un score élevé, représentant une qualité de vie environnementale élevée.

Dans le domaine de la santé physique il répond par : « *pas du tout* » à la question n°3, « *La douleur physique vous empêche t'elle de faire ce dont vous avez envie* » et à la question n°4, « *Avez-vous besoin d'un traitement médical quotidiennement ?* ». Il répond par : « *modérément* » à la question n°10, « *Avez-vous assez d'énergie dans votre vie quotidienne ?* », et par : « *satisfait* » aux questions (16, 18) qui portent sur le sommeil, et à la capacité à effectuer les activités professionnelles, et par « *très satisfait* » à la question n°17

Dans le domaine de la santé psychologique il répond par : « *modérément* » aux questions (5, 7) qui portent sur les émotions positive de la vie, et « *Etes vous capable de vous concentrer ?* ». Pour les questions (6, 11) qui portent sur, le sens de la vie et sur l'acceptation de l'apparence physique, il répond par « *un peu* ». Pour la question n°19, il est satisfait de lui. Et pour la question n°26, « *Avez-vous souvent des sentiments négatifs tels que la*

## **Chapitre IV Présentation, analyse et discussion des hypothèses**

*mélancolie, le désespoir, l'anxiété ou la dépression ?*», il répond par : « *jamais* ».

Dans le domaine des relations sociales Mr Hamid, est satisfait de ses relations avec les autres et du soutien de ses amis.

Dans le domaine de l'environnement il répond par : « *beaucoup* », aux questions (8, 13,) qui portent sur la sécurité, sur l'accès aux informations nécessaires pour sa vie quotidienne. Il répond « *modérément*» aux questions (9, 12, 14), « *Vivez vous dans un environnement sain ?* », « *Avez-vous assez d'argent pour satisfaire vos besoins ?* » et « *Avez-vous souvent de pratiquer des loisirs ?* »

### **Synthèse du WHOQOL-BREF**

On conclut, que Mr Hamid présente une qualité de vie physique, psychologique, sociale moyenne et une qualité de vie environnementale élevée. Avec un score de 57.14% dans le domaine de la santé physique, un score de 54.16% dans le domaine de la santé psychologique, un score de 58.33% dans le domaine des relations sociales et un score de 62.5% dans le domaine de l'environnement.

## **4. Présentation et analyse du questionnaire WHOQOL-OLD**

Tableau N°21 : Résultats de Mr Hamid obtenus dans le WHOQOL-OLD

Score	Niveau
58.33%	Moyen

Mr Hamid a obtenu un score de 58.33% dans le questionnaire de la qualité de vie WHOQOL-OLD, un niveau moyen qui signifie une qualité de vie moyenne.

## **Chapitre IV Présentation, analyse et discussion des hypothèses**

---

Dans les questions (1, 2, 9, 11), qui portent sur la diminution et la perte de l'usage de ses sens, sur la peur de mourir et sur les difficultés du fonctionnement de ses sens, la peur de souffrir avant de mourir, et sur sa capacité de faire des choses qu'il voudrait faire, Mr Hamid répond par : « *pas du tout* ». Il répond « *modérément* » Aux questions (3, 5, 6, 10, 12, 13, 14, 21, 22, 23, 24) qui portent sur la liberté, sur la mort, sur les difficultés du fonctionnement de ses sens, sur l'occasion de continuer à accomplir des choses dans sa vie, sur l'impression d'avoir assez de choses à faire chaque jour, sur la camaraderie et sur l'amour. A la quatrième, et la septième qui portent sur le contrôle de son avenir et sur le contrôle de sa mort, Mr Hamid répond par : « *un peu* ». Dans la huitième question qui porte sur la peur de mourir il répond par : « *extrêmement* ». Dans les questions (15, 16) qui portent sur ce qu'il a accompli dans sa vie, sur la façon dont il passe son temps, il répond par : « *ni satisfait, ni insatisfait* ». Dans les questions (17, 18) qui portent sur le niveau d'activité et sur les opportunités qu'il a de prendre part à des activités collectives, il répond par : « *satisfait* ». Dans la question n°19 « *Etes vous heureux des projets et des perspectives qui se présentent à vous ?* », il répond par : « *heureux* ». Dans la n°20, il qualifie le fonctionnement de ses sens comme « *bon* ».

### **Synthèse du WHOQOL-OLD**

D'après les données recueillies dans le WHOQOL-OLD, on constate que Mr Hamid a une qualité de vie moyenne avec un score de 58.33%.

### **Synthèse générale du cas**

En se référant aux résultats obtenus dans l'entretien clinique Mr Hamid n'a pas montré de signes d'une symptomatologie dépressive. Dans l'EGD, il a obtenu un score de neuf points c'est-à-dire une absence d'un état dépressif. Dans le WHOQOL-BREF, Mr Hamid a présente une qualité de vie physique,

## **Chapitre IV Présentation, analyse et discussion des hypothèses**

---

psychologique, sociale moyenne et une qualité de vie environnementale élevée. Avec un score de 57.14% dans le domaine de la santé physique, un score de 54.16% dans le domaine de la santé psychologique, un score de 58.33% dans le domaine des relations sociales et un score de 62.5% dans le domaine de l'environnement. Et dans le WHOQOL-OLD, on a pu constater que Mr Hamid a une qualité de vie moyenne avec un score de 58.33%. Ce qui nous fait croire que Mr Hamid ne présente pas de souffrance psychologique avec une absence de dépression et une qualité de vie moyenne.

## **II. Discussion des hypothèses**

Dans cette partie de notre quatrième chapitre, nous allons discuter nos hypothèses pour répondre aux questions de notre problématique. Afin, d'affirmer ou d'infirmer les trois hypothèses partielles que nous avons formulées précédemment. Notre objectif, étant de déterminer et de décrire la souffrance psychologique des personnes âgées placées en institution, en décrivant et évaluant le niveau de dépression, et de qualité de vie de ces personnes et de déterminer l'impact qu'a eu leur placement sur leur vécu.

Pour répondre à nos questions de recherches et vérifier nos hypothèses, nous avons utilisé, un entretien clinique de recherche, l'échelle gériatrique de dépression et les deux questionnaires complémentaires WHOQOL-BREF et WHOQOL-OLD.

### **Hypothèse N°1 : Le niveau de dépression chez les personnes âgées placées en institution est grave**

Pour vérifier cette première hypothèse, nous nous sommes appuyées sur les résultats de l'entretien semi-directif de recherche et de l'échelle gériatrique de dépression, pour évaluer la dépression des personnes âgées en institution, dans le but d'infirmer ou de confirmer cette hypothèse.

## **Chapitre IV Présentation, analyse et discussion des hypothèses**

---

### **Cas 1) : Mr Bachir**

d'après les informations que nous avons rassemblées dans l'entretien semi-directif de recherche, notre sujet présente une symptomatologie anxieuse, des pensées, des émotions et une affectivité négatives caractérisées par un sentiment de mal être, de tristesse, de culpabilité et d'inutilité. L'affectivité négative est définie comme des expériences fréquentes et intenses de niveaux élevés d'une large gamme d'émotions négatives et de leurs manifestations comportementales et interpersonnelles (DSM-5, 2015, pp.961-962). Qu'on a perçu à travers son discours : « *sehoussayegh urelligh-ara mlih, teqeliqegh, uryiijivara lhal* ». (Je sens que je ne suis pas bien, je suis anxieux, ça ne me plaît pas d'être là), « *dégoutégh ilkel deg laamriw, dayen* ». (Je suis dégoûtée de moi-même, ça y est). Il vit une inadaptation à son milieu de vie qu'il perçoit de manière négative, selon ses dires, Mr Bachir présente une symptomatologie d'allure dépressive.

Dans l'EGD, Mr Bachir a obtenu un score total de 25 points qui représente une dépression grave.

D'après l'analyse des données obtenues dans l'entretien clinique et dans l'EGD, on affirme notre première hypothèse pour ce premier cas, à savoir que le sujet présente bien un niveau grave de dépression.

### **Cas 2) : Mr Rafik**

En se référant aux résultats de l'entretien clinique, Mr Rafik ne présente pas de signes dépressifs de par son discours : « *Je ressens du bien être physique et moral* », « *je me vois bien, je me sens jeune* », « *je me sens bien je suis heureux* ». Notre sujet a plein de pensées, d'émotions et de sentiments positifs comme la joie, le bonheur, et l'épanouissement.

## **Chapitre IV Présentation, analyse et discussion des hypothèses**

---

Dans l'EGD, Mr Rafik a eu un score total de cinq points qui est représenté comme une absence de dépression.

D'après l'analyse des données récoltées dans l'entretien clinique et dans l'EGD, on infirme notre première hypothèse pour ce deuxième cas, c'est-à-dire que le sujet présente une absence de dépression.

### **Cas 3) : Mme Taklit**

En nous référant aux résultats de l'entretien clinique, Mme Taklit présente plein d'émotions négatives, Elle un sentiment d'inquiétude, de tristesse et de regret, et a une perception négative de sa propre image qu'on constate dans son discours : « *uretwaligh-ara imaniw am zik* ». (Je ne me vois plus comme avant). Elle vit un déchirement familial qui est manifesté par un réel mal être et par une présence d'une symptomatologie anxieuse qu'on perçoit à travers son discours : « *qlegh teqelliqegh bzaf, tqelliqegh deg ayethma imi urdetsassenara gher ghuri, gma inayid adtendemet, toura dtidhets isaa lheq* ». (Je suis devenue très anxieuse, anxieuse parce que mes frères ne viennent pas me voir, mon frère m'avait dit que j'allais regretter, et c'est vrai il avait raison).

Dans l'EGD, Mme Taklit présente une douleur morale. La douleur morale, est faite de sentiments forts et vagues, d'ennui, de dégoût, de découragement, de désespoir et de regrets (H. Ey, P. Bernard & Ch. Brisset, 1998, p.173). Elle a eu un score total de 23 points qui signifie une dépression grave. On confirme donc notre première hypothèse, à savoir que ce sujet présente une grave dépression.

### **Cas 4) : Mr Mouloud**

A la suite des données récoltées dans l'entretien clinique, on conclut que Mr Mouloud a des sentiments négatifs, « *l'hayatnegh dtamerzayth* ». (Ma vie est amère) il a une peur de l'avenir, la peur est définie comme une réponse

## **Chapitre IV Présentation, analyse et discussion des hypothèses**

---

émotionnelle à la perception d'une menace ou d'un danger imminents (DSM-5, 2015, p.974). Une douleur morale qu'on perçoit à travers son discours : « *Sehoussayegh twathegh ghes debza, lmisérya teqwa felli, zay, zay* ». (Je sens qu'on me frappe à coup de point, la misère m'envahit, c'est lourd, lourd). Pour soulager ses peines, il s'est rapproché de la religion ce qui l'aide à surmonter sa douleur morale. Dans ce cas le recours à la religion est une sorte de coping qui l'aide à faire face à la situation présente. Dans l'EGD, Mr Mouloud a obtenu un score total de 12 points, qui signifie une dépression légère.

A partir de nos résultats dans l'entretien clinique et dans l'EGD, on infirme notre première hypothèse pour ce cas, c'est-à-dire que le sujet ne présente pas une grave dépression.

### **Cas 5) : Mr Karim**

En nous référant à l'entretien clinique, Mr Karim présente un manque d'énergie, un affaiblissement et une fatigue définie comme un état généralement associé à un affaiblissement ou à l'épuisement des ressources physiques et/ou mentales d'un individu (DSM-5, 2015, p.967). Aussi un ralentissement de son discours et de sa pensée, avec des silences répétés. Il a plein de pensées et d'émotions négatives et un certain désespoir qu'on a pu constater à travers ses dires : « *wina uryelan-ara deg teswiith lkhir... wina urykhedmen-ara, achou l'khir deg achou iyela ?* ». (Celui qui n'est pas dans un instant de bonheur... celui qui ne travaille pas, dans quel bien être il est), « *uretaassagh-ara uma d'azuh* » (Je n'attends rien de l'avenir). Ce qui nous fait supposer, que Mr Karim présente une symptomatologie dépressive.

Dans l'EGD, il a obtenu un score de 26 points qui désigne une dépression grave. On confirme donc notre première hypothèse pour ce cas, c'est-à-dire que le sujet présente une dépression d'un niveau grave.

## **Chapitre IV Présentation, analyse et discussion des hypothèses**

---

### **Cas 6) Mr Hamid**

En fonction des résultats de l'entretien clinique, on a constaté que les réponses de Mr Hamid étaient très limitées et directes, nous n'avons pas remarqué une symptomatologie dépressive à travers son discours. Il a obtenu un score de neuf points qui signifie une absence de dépression. Nous avons donc infirmé notre hypothèse pour ce cas, c'est-à-dire que le sujet ne présente pas un niveau grave de dépression.

Nous constatons alors que, notre première hypothèse, à savoir le niveau de dépression des personnes âgées placées en institution est grave, est confirmée pour trois de nos cas, Mr Bachir, Mme Taklit et Mr Karim. En revanche, nous l'avons infirmée pour Mr Mouloud qui présente une dépression légère et pour Mr Rafik et Mr Hamid qui présentent une absence de dépression. Nous passons donc, à la discussion de notre deuxième hypothèse : le niveau de la qualité de vie des personnes âgées placées en institution est faible.

### **Hypothèse N°2 : Le niveau de la qualité de vie des personnes âgées placées en institution est faible**

Pour vérifier cette deuxième hypothèse, nous nous sommes étayées sur les résultats de l'entretien semi-directif de recherche et des deux questionnaires complémentaires le WHOQOL-BREF et le WHOQOL-OLD, pour évaluer la qualité de vie des personnes âgées en institution, dans le but d'infirmier ou de confirmer cette hypothèse.

### **Cas 1) Mr Bachir**

En nous référant à l'entretien de recherche, on a pu constater que, sa qualité de vie personnelle est affectée, à travers ses paroles : « *ligh tefaghegh qetoughed, tattagh, nechrahegh, thoura khaté* ». (Avant je sortais, je faisais les courses, je riaais, j'étais joyeux, mais plus maintenant). En plus, de sa

## **Chapitre IV Présentation, analyse et discussion des hypothèses**

---

qualité de vie physique et psychologique, par rapport à son affaiblissement, son cholestérol. Il considère son milieu de vie comme une prison, il est donc insatisfait de son lieu de vie, et son insatisfaction de prise en charge dans le centre porte atteinte à sa qualité de vie environnementale. Mr Bachir, n'a pas beaucoup d'activités et on a pu constater que sa relation avec ses proches est détériorée.

Dans le questionnaire WHOQOL-BREF, notre sujet a obtenu un score de 28.57% dans le domaine de la santé physique, considéré comme un score faible qui représente une faible qualité de vie physique, 12.5% dans le domaine de la santé psychologique, analysé comme un score faible qui représente une faible qualité de vie psychologique, 50% dans le domaine des relations sociales indiquant un score moyen qu'on interprète en une moyenne qualité de vie sociale, et 53.12% dans le domaine de l'environnement, qui renvoi à un score moyen, représentant une qualité de vie environnementale moyenne. Dans le questionnaire WHOQOL-OLD, il a obtenu un score de 48.95% qui est un score faible, qui correspond à une faible qualité de vie.

Ce qui nous fait confirmer notre deuxième hypothèse, Le niveau de la qualité de vie chez les personnes âgées placées en institution est faible.

### **Cas 2) : Mr Rafik**

A partir des informations récoltées dans l'entretien de recherche, tout porte à croire que Mr Rafik a une bonne qualité de vie, mis à part sa qualité de vie relationnelle qui est atteinte. Il a une bonne santé physique et psychologique, il est satisfait de son sommeil et de son alimentation et a des loisirs, qu'on voit bien à travers son discours : « *je mange et je dors comme un roi* », « *je suis au top* ». Mr Rafik projette de sortir du foyer et s'acheter une maison.

Dans le questionnaire WHOQOL-BREF, notre sujet a eu un score de 78.57% dans le domaine de la santé physique, considéré comme un score

## **Chapitre IV Présentation, analyse et discussion des hypothèses**

---

élevé qui représente une qualité de vie physique élevée, dans le domaine de la santé psychologique il a eu un score de 95.83% analysé comme un score élevé qui représente une qualité de vie psychologique élevée, un score de 50% dans le domaine des relations sociales indiquant un score moyen qu'on interprète en une qualité de vie sociale moyenne et un score de 53.12% qui renvoi à un score moyen, représentant une qualité de vie environnementale moyenne. Dans le questionnaire WHOQOL-OLD, il a obtenu un score de 65.62%, un niveau élevé qui signifie une qualité de vie élevée.

On conclut alors, que notre hypothèse est infirmée pour ce cas, c'est-à-dire que le sujet ne présente pas une qualité de vie d'un niveau faible.

### **Cas 3) : Mme Taklit**

En nous basant, sur les données récoltées dans l'entretien de recherche, Mme Taklit vit une rupture avec ses anciennes activités et avec sa vie sociale, elle est atteinte de crise épileptiques ce qui affecte son quotidien. Une perturbation de son sommeil et une privation de repas, peut porter atteinte à son état physique et psychologique. Mme Taklit a de bon rapport avec tout le monde, mis a part une pensionnaire, qu'on constate à travers ses dires : « *tmissefhamegh didhsen ikel hacha tina ighiheqren, teteksassen lmakla itemgharin eni yeweth tekathits maté meskint... ikhedamen eni lan tmissfamegh lan khaté* ». (Je m'entends avec tout le monde sauf celle qui nous rabaisse, elle enlève la nourriture aux vieilles, ya une vieille qu'elle frappe carrément... Le personnel ya ceux avec qui je m'entends et d'autres non). Et vit mal sa rupture avec sa famille ce qui affecte sa qualité de vie relationnelle. Mme Taklit souhaite se trouver un toit et sortir de centre.

Dans le questionnaire WHOQOL-BREF, notre sujet obtient un score de 39.28% dans le domaine de la santé physique, considéré comme un score faible qui représente une faible qualité de vie physique, un score de 45.83%

## **Chapitre IV Présentation, analyse et discussion des hypothèses**

---

dans le domaine de la santé psychologique analysé comme un score faible qui représente une faible qualité de vie psychologique, un score de 25% dans le domaine des relations sociales indiquant un score faible qu'on interprète en une faible qualité de vie sociale et un score de 40.62% dans le domaine de l'environnement qui renvoi à un score faible, représentant une faible qualité de vie environnementale. Dans le questionnaire WHOQOL-OLD, notre sujet a obtenu un score de 45.83%, un niveau faible qui signifie une faible qualité de vie.

D'après l'analyse des données récoltées dans l'entretien clinique et dans les deux questionnaires le WHOQOL-BREF et le WHOQOL-OLD, on confirme notre deuxième hypothèse pour ce cas, Le niveau de la qualité de vie des personnes âgées placées en institution est faible.

### **Cas 4) : Mr Mouloud**

Dans les informations récoltées dans l'entretien clinique, on perçoit que Mr Mouloud n'a pas de bons rapports avec les autres résidents, son état physique est atteint à cause de son handicap, il dit être satisfait de la prise en charge dans le centre, de son sommeil et de son alimentation et même de sa relation avec sa famille qui lui rendent visite et à qui il rend visite de temps à autre.

Dans le WHOQOL-BREF, Mr Mouloud a obtenu un score de 39.28% dans le domaine de la santé physique, considéré comme un score faible qui représente une faible qualité de vie physique, un score de 45.83% dans le domaine de la santé psychologique, analysé comme un score faible qui représente une faible qualité de vie psychologique, un score de 25% dans le domaine des relations sociales, indiquant un score faible, qu'on interprète en une faible qualité de vie sociale et un score de 40.62% dans le domaine de l'environnement, qui renvoi à un score faible, représentant une faible qualité

## **Chapitre IV Présentation, analyse et discussion des hypothèses**

---

de vie environnementale. Dans le WHOQOL-OLD, il obtient un score de 57.29%, un niveau moyen qui signifie une qualité de vie moyenne.

On infirme donc notre deuxième hypothèse pour ce cas, à savoir que Mr Mouloud ne présente pas une qualité de vie faible.

### **Cas 5) : Mr Karim**

D'après les données récoltées dans l'entretien clinique, Mr Karim n'a pas une bonne santé physique, il a des difficultés à dormir et prend donc des somnifères, il n'a pas de bonnes relations avec les résidents, qu'on a pu constater à travers son discours : «*wehdhi ken, uretmisefhamegh d'hed, widhak iykhedmen dayi, laalin, ils sont bien* ». (Je reste seul, je ne m'entends avec personne, pour le personnel, ils sont biens). Il reste souvent seul et ne participe à aucune activité proposée dans le centre.

Dans le questionnaire WHOQOL-BREF, il obtient un score de 14.28% dans le domaine de la santé physique, considéré comme un score faible qui représente une faible qualité de vie physique, un score de 12.5% dans le domaine de la santé psychologique, analysé comme un score faible qui représente une faible qualité de vie psychologique, un score de 16.66% dans le domaine des relations sociales, indiquant un score faible qu'on interprète en une faible qualité de vie sociale et un score de 34.37% dans le domaine de l'environnement, qui renvoi à un score faible, représentant une faible qualité de vie environnementale. Dans le WHOQOL-OLD, notre sujet a obtenu un score de 36.45%, un niveau faible qui signifie une faible qualité de vie.

Nous affirmons alors notre hypothèse selon laquelle le niveau de la qualité de vie des personnes âgées placées en institution est faible, pour ce cas.

### **Cas 6) : Mr Hamid**

## **Chapitre IV Présentation, analyse et discussion des hypothèses**

---

D'après les résultats de l'entretien clinique, Mr Hamid vit une rupture avec sa vie sociale qu'on a constatée à travers son discours : « *ligh khedmegh, ligh tefaghegh d'imdoukal-iw* ». (Avant je travaillais, je sortais avec mes copains). Il est sous traitement psychiatrique, ce qui porte atteinte à sa qualité de vie psychologique. Il souhaite se trouver une femme et une maison. Or, la maison représente un lieu singulier de réconfort et de sécurité. Famille et maison sont presque synonymes, le mot maison est donné comme équivalent de famille (A. Eiguier, 2013, p. 1). A part ça, on a compris, qu'il était satisfait, dans ses rapports avec les autres.

Dans le questionnaire WHOQOL-BREF, il a obtenu un score de 57.14% dans le domaine de la santé physique, considéré comme un score moyen qui représente une qualité de vie physique moyenne, un score de 54.16% dans le domaine de la santé psychologique, analysé comme un score moyen qui représente une qualité de vie psychologique moyenne, un score de 58.33% dans le domaine des relations sociales, indiquant un score moyen qu'on interprète en une qualité de vie sociale moyenne et un score de 62.5% dans le domaine de l'environnement, qui renvoie à un score élevé, représentant une qualité de vie environnementale élevée. Dans le questionnaire WHOQOL-OLD, il a obtenu un score de 58.33%, un niveau moyen qui signifie une qualité de vie moyenne. Nous infirmons donc notre hypothèse pour ce cas, à savoir le niveau de la qualité de vie de ce sujet est moyen.

Nous concluons donc que notre deuxième hypothèse a été confirmée pour trois de nos sujets de recherche Mr Bachir, Mme Taklit et Mr Karim et infirmée pour Mr Rafik qui a eu un niveau élevé de la qualité de vie et pour Mr Mouloud et Mr Hamid qui ont eu un niveau moyen de la qualité de vie. Dans ce qui suit, nous allons présenter des tableaux et des figures récapitulatifs des résultats des trois outils psychométrique utilisés et discuter

## **Chapitre IV Présentation, analyse et discussion des hypothèses**

notre hypothèse générale : il ya une souffrance psychologique chez les personnes âgées placées en institution.

**Hypothèse générale : Il y a une souffrance psychologique chez les personnes âgées placées en institution**

Tableau N°22 : Tableau récapitulatif de l'EGD

Prénoms	Bachir	Rafik	Taklit	Mouloud	Karim	Hamid
Score	25	5	23	12	26	9
Niveau	Grave	Absence de dépression	Grave	Léger	Grave	Absence de dépression

Tableau N°23 : Tableau récapitulatif du questionnaire WHOQOL-BREF

Prénoms	Bachir	Rafik	Taklit	Mouloud	Karim	Hamid
Score au domaine de la santé physique	28.57%	78.57%	39.28%	39.28%	14.28%	57.14%
Niveau	Faible	Elevé	Faible	Faible	Faible	Moyen
Score au domaine de la santé psychologique	12.5%	95.83%	45.83%	45.83%	12.5%	54.16%
Niveau	Faible	Elevé	Faible	Faible	Faible	Moyen
Score au domaine des relations sociales	50%	50%	25%	25%	16.66%	58.33%
Niveau	Moyen	Moyen	Faible	Faible	Faible	Moyen
Score au domaine de l'environnement	53.12%	53.12%	40.62%	40.62%	34.37%	62.5%
Niveau	Moyen	Moyen	Faible	Faible	Faible	Elevé

## Chapitre IV Présentation, analyse et discussion des hypothèses

Figure N°2 : Récapitulatif du questionnaire WHOQOL-BREF

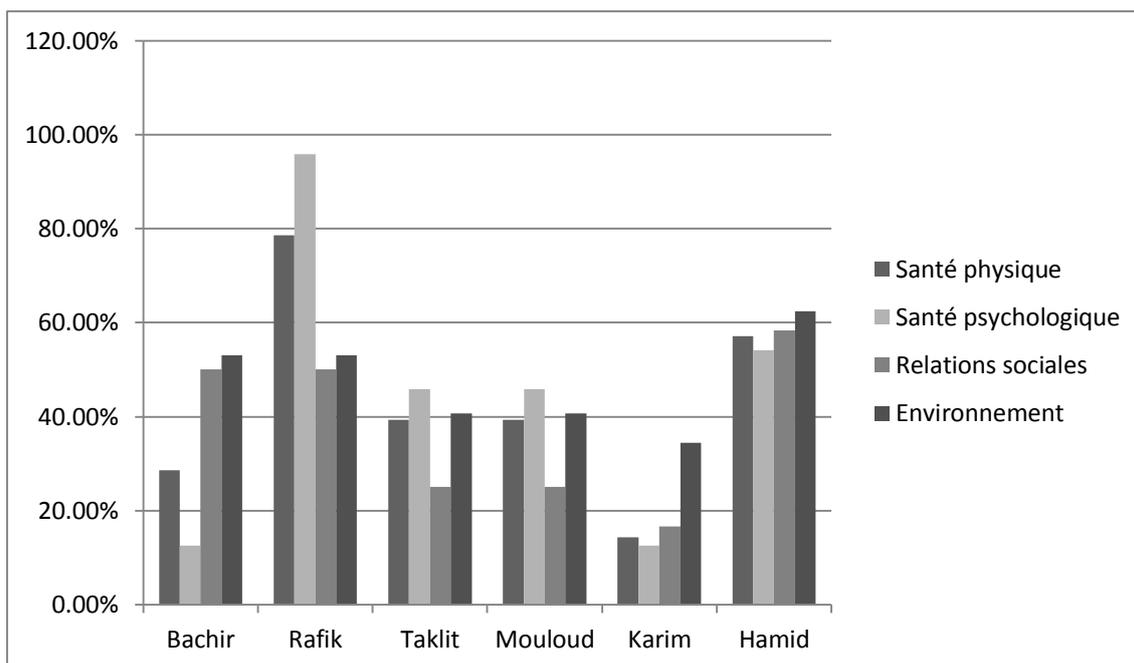
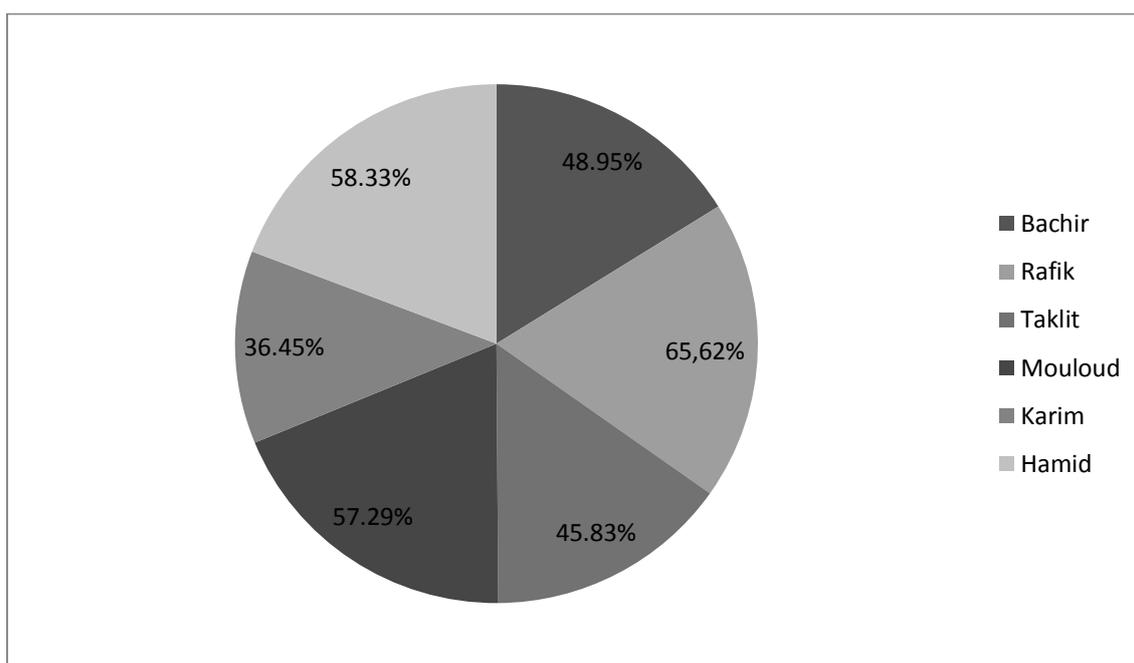


Tableau N°24 : Tableau récapitulatif du questionnaire WHOQOL-OLD

Prénoms	Bachir	Rafik	Taklit	Mouloud	Karim	Hamid
Score	48.95%	65.62%	45.83%	57.29%	36.45%	58.33%
Niveau	Faible	Elevé	Faible	Moyen	Faible	Moyen

Figure N°3 : Récapitulatif du questionnaire WHOQOL-OLD



## **Chapitre IV Présentation, analyse et discussion des hypothèses**

---

### **Cas 1) : Mr Bachir**

A travers les résultats de l'entretien de recherche, nous avons pu constater que Mr Bachir présentait une humeur dépressive, comme on l'a vu dans la partie théorique l'humeur dépressive est parmi les symptômes de la dépression, selon Klerman (1988), la grande majorité des dépressifs mentionnent un certain degré de tristesse ou se sentent malheureux. On a pu constater des pensées, des émotions et des affects négatifs caractérisés par un sentiment de mal être, de tristesse, de culpabilité et d'inutilité. Dans l'EGD, il a eu un score de 25 points, il est souvent d'humeur triste, désespéré, inquiet et pessimiste, qui représente une dépression grave.

Dans le questionnaire WHOQOL-BREF, Mr Bachir a obtenu un score de 28.57% dans le domaine de la santé physique et un score 12.5% dans le domaine de la santé psychologique, vu son état de santé, et ses sentiments négatifs et donc il a une qualité de vie physique et psychologique d'un niveau faible. Il a obtenu un score de 50% dans le domaine des relations sociales, un niveau moyen et un score de 53.12% dans le domaine environnemental, un niveau moyen. Et dans le WHOQOL-OLD, il présente une peur de la mort et n'a pas d'activités ni de loisirs, il a obtenu un score de 48.95% un niveau faible de la qualité de vie. Nous concluons alors que, Mr Bachir présente des signes éventuels d'une souffrance psychologique.

### **Cas 2) : Mr Rafik**

D'après les données récoltées dans l'entretien de recherche, l'EGD et dans les deux questionnaires, Mr Rafik ne présente pas de signes dépressifs, et a une bonne qualité de vie en générale. Il est une satisfait de sa vie, est optimiste et est heureux, il présente une absence de dépression et une qualité de vie élevée.

## **Chapitre IV Présentation, analyse et discussion des hypothèses**

---

Nous concluons, que Mr Rafik ne présente pas une souffrance psychologique, il a une personnalité et un tempérament qui lui permettent de dépasser la situation dans laquelle il est. Les fonctions du tempérament et de la personnalité sont des : « *Fonctions mentales générales du caractère constitutionnel de l'individu qui le font réagir d'une certaine manière à des situations, y compris l'ensemble des caractéristiques mentales qui distinguent l'individu des autres* ». (CIF, 2001, p.5).

### **Cas 3) : Mme Taklit**

En nous référant, aux résultats de l'entretien de recherche, Mme Taklit présente un réel mal être, une certaine souffrance psychologique avec une symptomatologie dépressive et une mauvaise qualité de vie. Dans l'EGD, nous avons constaté qu'elle était envahie par des émotions et des pensées négatives, elle est désespérée et pessimiste. Elle a obtenu un niveau de dépression grave. Dans le questionnaire WHOQOL-BREF et le WHOQOL-OLD on a constaté une faible qualité de vie A partir de ces résultats, Mme Taklit présente une souffrance psychologique.

### **Cas 4) : Mr Mouloud**

D'après, les données récoltées dans l'entretien de recherche, l'EGD, et les deux questionnaires WHOQOL-BREF et WHOQOL-OLD, Mr Mouloud, présente quand même une souffrance psychologique pour laquelle il fait face à travers la religion et la rigolade qui sont une stratégie de coping.

### **Cas 5) : Mr Karim**

En nous référant, aux résultats de l'entretien de recherche, à l'EGD et aux deux questionnaires WHOQOL-BREF et WHOQOL-OLD, Mr Karim a une souffrance psychologique, qu'on a conclu à partir de ses discours et à partir du score élevé dans l'EGD et des scores faibles dans les deux questionnaires.

## **Chapitre IV Présentation, analyse et discussion des hypothèses**

---

### **Cas 6) : Mr Hamid**

D'après, les données récoltées dans l'entretien clinique, l'EGD, et les deux questionnaires WHOQOL-BREF et WHOQOL-OLD, Mr Hamid ne présente pas de signes éventuels de souffrance psychologique.

### **Synthèse**

Comme on l'a vu dans la partie théorique, d'après Ph. Corten (1998) le facteur de bien-être lié aux affects, est une dimension cognitive exprimée par les satisfactions, et une valeur attribuée aux divers domaines de la vie en fonction de l'histoire, de la personnalité et des mécanismes d'adaptation de l'individu. Ce qui fait que nous sommes arrivées à des résultats différents pour l'ensemble de nos cas.

Mr Bachir, et Mr Karim présentent une symptomatologie dépressive et ont une faible qualité de vie et donc vivent une souffrance psychologique. L'histoire de vie de Mr Bachir peut expliquer son état actuel, la perte de sa première épouse, qui depuis l'a fait sombrer dans la dépression. Pour Mr Karim, celui-ci n'arrive pas à s'adapter à son nouvel environnement, qu'il considère comme une prison, une absence de liberté et aussi sa situation socio-économique qui est d'ailleurs, la raison de son placement. Ces deux cas n'ont pas de projection de l'avenir. Or comme on l'a déjà vu dans la partie théorique, d'après N. Lelievre (2004), le projet de vie doit permettre de maintenir à la personne âgée l'envie de vivre, il tient compte de ses attentes.

Pour Mr Mouloud et Mme Taklit, on a pu constater une souffrance psychologique avec un niveau léger de dépression et un niveau moyen de qualité de vie pour Mr Mouloud et un niveau grave de dépression et un niveau faible de la qualité de vie, pour Mme Taklit. Ces deux cas ont un point commun, on a vu qu'ils utilisaient tous les deux des stratégies de coping, une caractéristique personnelle qui leur permet de faire face à leur situation qui

## **Chapitre IV Présentation, analyse et discussion des hypothèses**

---

sont, les croyances religieuses. L'événement revêt le sens d'une épreuve imposée par Dieu et que l'on doit accepter (I. Paulhan, 1992, p. 549).

Mme Taklit, Mr Mouloud, et Mr Hamid ont une projection de l'avenir, ils projettent de se trouver un toit une maison, un refuge qui va leur donner un sentiment de sécurité interne. D'après les résultats de l'entretien de recherche, de l'EGD et des deux questionnaires de la qualité de vie, Mr Hamid n'a pas présenté de signes de souffrances psychologiques.

Avec Mr Rafik, nous n'avons pas constaté une souffrance psychologique, une absence de dépression et un niveau élevé de la qualité de vie. Mr Rafik a des caractéristiques personnelles et des fonctions intellectuelles nécessaires pour pouvoir surmonter la situation dans laquelle il se trouve. Les fonctions intellectuelles sont définies ainsi : « *Fonctions mentales générales nécessaires pour comprendre et intégrer de façon constructive les diverses fonctions mentales, y compris toutes les fonctions cognitives et leur développement au cours de la vie* » (CIF, 2011, p.50).

Comme on l'a déjà vu, on constate que l'ensemble de nos cas vivent une absence d'intérêt de la part de leurs proches du fait, du peu de visites, on constate une certaine rupture des liens qui influence sur leur vécu.

## Conclusion

---

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

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

L'entrée en institution, peut donc être le résultat d'un renoncement de la part des proches de la personne, du fait de se retrouver seule, d'un manque de moyens, d'insécurité ou de dépendance et de perte d'autonomie.

Cette entrée en institution peut engendrer alors chez la personne âgée, une certaine souffrance psychologique, très souvent une symptomatologie dépressive et une dévalorisation de la qualité de vie.

Pour la vérification de nos hypothèses de recherche portant sur les deux indicateurs de la souffrance psychologique cités ci dessus, nous avons eu recours à l'entretien clinique de recherche semi-directif, à l'échelle gériatrique de dépression, et aux deux questionnaires complémentaires de la qualité de vie, le WHOQOL-BREF et WHOQOL-OLD. Ces outils de recherche ont été appliqué pour les six cas de notre recherche, dans le but de confirmer ou d'infirmier nos hypothèses.

## Conclusion

---

Après la collecte et l'analyse des données, nous avons relevé des manifestations d'une souffrance psychologique chez quatre de nos sujets de recherche (Mr Bachir, Mme Taklit, Mr Mouloud, Mr Karim). On a pu confirmer, notre première hypothèse selon laquelle, le niveau de dépression chez les personnes âgées placées en institution est grave. Pour trois de nos cas, Mr Bachir, Mme Taklit et Mr Karim qui ont obtenu un niveau grave de dépression. En revanche, nous avons infirmé cette première hypothèse pour nos trois autres cas, Mr Rafik et Mr Hamid, qui ont eu une absence de dépression et Mr Mouloud qui a eu un niveau léger de dépression.

Pour notre deuxième hypothèse, selon laquelle le niveau de la qualité de vie des personnes âgées placées en institution est faible. Nous l'avons confirmée pour Mr Bachir, Mme Taklit et Mr Karim qui ont eu un niveau faible de qualité de vie. Et infirmée pour Mr Rafik qui a eu un niveau élevé de qualité de vie et pour Mr Mouloud et Mr Hamid avec un niveau moyen de qualité de vie.

Dès lors, on constate que l'entrée en institution, peut vraiment engendrer une souffrance psychologique chez les personnes âgées, du fait de la rupture des liens familiaux et du changement du milieu de vie.

Nous souhaitons qu'à partir de ce travail, nous avons pu mettre en lumière la souffrance psychologique des personnes âgées placées en institution. Cependant, c'est une étude de cas qu'on a effectuée dans une seule institution, les résultats que nous avons obtenus ne peuvent pas être généralisés. Nous devons rester très modestes car, il se peut qu'il y'ait des choses qui nous ont échappées.

Le sujet des personnes âgées placées en institutions en Algérie, est un sujet qui mérite d'être étudié et d'être mis en avant, c'est pour cela que nous allons présenter quelques thématiques que nous estimons nécessaires à étudier

## **Conclusion**

---

ultérieurement : le vécu psychologiques des personnes âgées placées en institutions, la qualité des liens familiaux chez les personnes âgées placées en institution ou le devenir psychologique des personnes âgées placées en institution.

# Liste bibliographique

### Ouvrages

1. Allègre, E & Gassier, J. (2011). 85 fiches d'animation pour les personnes âgées. Paris : Masson.
2. Angers, M. (2005). Initiation pratique à la méthodologie. Paris : Dunod.
3. Antoine, J-M et al. (2010). Vieillesse (2). Paris : Masson.
4. Arbisio, Ch. (2003). Détresse sociale, souffrance psychique : l'enjeu du sujet. Belgique : Presses universitaires de Namur.
5. Badey-Rodriguez, C. (2010). Les personnes âgées en institution : vie ou survie (6). Paris : Seli Arslan.
6. Bénony, H & Chahraoui, Kh. (1999). L'entretien clinique. Paris : Dunod.
7. Blanchet, A & Gotman, A. (2014). L'enquête et ses méthodes : l'entretien (2). Paris : Armand Colin.
8. Blackburn, I-M & Cottraux, J. (2001). Psychothérapie cognitive de la dépression. Paris : Masson.
9. Bourdelais, P. (1993). L'âge de la vieillesse, Paris : Odile Jacob.
10. Brami, G. (1997). La qualité de vie dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées. Paris : Berger-Levrault.
11. Canovi, L. (2012). Marre de la vie ? Tuez la dépression avant qu'elle ne vous tue !. Luxembourg : Le phare.
12. Canovi, L. (2016). Mentalpax Antidépresseur naturel sous forme de livre préconisé dans le traitement de l'anxiété, des idées noires, de la dépression et des autres diagnostics psy. Luxembourg : Le phare.
13. Caradec, V. (2010). Sociologie de la vieillesse et du vieillissement (2). Paris : Armand Colin.
14. Chabert, C, Kais, R, Lazouzière, J & Schniewind, A. (2005). Figures de la dépression. Paris : Dunod.
15. Chahraoui, Kh & Bénony, H. (2003). Méthodes, évaluation et recherches en psychologie clinique. Paris : Dunod.

## Références bibliographiques

---

16. CIF. (2001). Classification internationale du fonctionnement du handicap et de la santé. Genève : Organisation Mondiale de la Santé.
17. CIM-10. (1993). Critères diagnostiques pour la recherche. Genève : OMS.
18. Collège national des enseignants de gériatrie. (2010). Vieillesse (2). Paris : Masson.
19. Cottraux, J. (2001). Les thérapies comportementales et cognitives (3). Paris : Masson.
20. Cottraux, J. (2011). Les psychothérapies comportementales et cognitives (5). Paris : Elsevier Masson.
21. Cortinovis, M. (2010). La dépression en médecine traditionnelle chinoise. Paris : Ecole Imhotep.
22. Crone, Ph. (2010). L'animation des personnes âgées en institution : Aides-soignants et animateurs (2). Paris : Masson.
23. Darnaud, Th. (1999). L'entrée en maison de retraite. Paris : ESF éditeur.
24. Debray, Q. (2005). Protocoles de traitements des personnalités pathologiques – approche cognitivo-comportementale. Paris : Masson.
25. Dolbeault, S, Dauchy, S, Brédart, A & Consoli, S-M. (2007). La psycho-oncologie. Paris : John Libbey Eurotext.
26. Dondelinger, R & Lefevre, J. (2004). Module 5 « Vieillesse » Gériatrie. Paris : Vernazobres-Grego.
27. DSM-5. (2015). Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Elsevier Masson.
28. Eiguer, A. (2013). L'inconscient de la maison. Paris : Dunod.
29. Ey, H, Bernard, P & Brisset, Ch. (1989). Manuel de psychiatrie (6). Paris : Masson.
30. Fantini-Hauwel, C, Gély-Nargeot, M-C & Raffard, S. (2014). Psychologie et psychopathologie de la personne âgée vieillissante. Paris : Dunod.
31. Ferreri, M, Ferreri, F & Nuss, Ph. (2003). La dépression au féminin. Paris : John Libbey Eurotext.

## Références bibliographiques

---

32. Giami, A. (2009). La posture clinique dans la recherche en psychologie et en science humaine, in Lonescu, S & Blanchet, A, Méthodologie de la recherche en psychologie clinique, pp. 33-52. Paris : Puf.
33. Grawitz, M. (2001). Méthodes des sciences sociales (11). Paris : Dalloz.
34. Hébuterne, X & al. (2009). Traité de nutrition de la personne âgée. Paris : Springer-Verlag.
35. Holzschuch, Ch. (2012). Gériatrie et basse-vision pratique interdisciplinaires (2). Marseille : Solal.
36. Kleftaras, G. (2002). La dépression : Approche cognitive et comportementale. Paris : L'Harmattan.
37. Lelievre, N. (2004). Statut juridique de la personne âgée en établissement de soins et maison de retraite. Paris : Heures de France.
38. Mareau, C et Vanek Dreyfus, A. (2010). L'indispensable de la psychologie. France : Studyrama.
39. Manoukian, A. (2012). Les soignants et les personnes âgées (5). Paris : Lamarre.
40. Moulias, S, Guérin, O & Peigne, V. (2008). Gériatrie. Paris : Elsevier Masson.
41. Palazzolo, J. (2007). Dépression et anxiété. Mieux les comprendre pour mieux les prendre en charge. Paris : Masson.
42. Pardiniell, J-L & Fernandez. (2015). L'observation clinique et l'étude de cas (3). Paris : Armand colin.
43. Perett, C-S. (2013). Comprendre et soigner la dépression. Paris : Masson.
44. Phaneuf, M. (2007). La maladie d'Alzheimer et la prise en charge infirmière (2). Paris : Elsevier Masson.
45. Popelier, M. (2006). Le diabète. Paris : Le cavalier bleu.
46. Pouchot, J. (2003). Mesures de qualité de vie en rhumatologie. Paris : Springer-Verlag.
47. Puisieux, P. (2012). Le livre de l'interne. Paris : Lavoisier S.A.S.

## Références bibliographiques

---

48. Quaderi, A. (2013). Psychologie du vieillissement. Paris : Armand Colin.
49. Rheims, S & Gonthier, R. (2012). Neurologie-Gériatrie (2). France : Pradel.
50. Rigaud, A-S et al. (2005). Troubles psychiques des personnes âgées, Paris : Masson.
51. Rochcongar, P & Monod, H. (2009). Médecine du sport (4). Paris : Elsevier Masson.
52. Seematter-Bagnoud, L et al. (2009). Le futur de longévité en suisse. Neuchâtel : Office fédéral de la statistique.
53. Stiglitz, J, Sen, A & Fitoussi, J-P. (2009). Richesse des nations et bien être des individus. Paris : Odile Jacob.
54. Wakefield, J-C & Horwitz, A-V. (2010). Tristesse ou dépression ? Comment la psychiatrie a médicalisée nos tristesses. Belgique : Mardaga.
55. Zarifian, E. (1994). Des paradis plein la tête. Paris : Odile Jacob.
56. Zimmermann-Sloutskis, D, Moreau-Gruet, F & Zimmermann, E. (2012). Comparaison de la qualité de vie des personnes âgées vivant à domicile ou en institution. Neuchâtel : Obsan.

### Articles

57. Aries, ph (1983). Une histoire de la vieillesse. In *Communications*, 1(37), 47-54.
58. Bouteyre, E & Lopez, N. (2005). Le passage à la retraite: une mise à l'épreuve des capacités de résilience. In *psychologie et neuropsychiatrie du vieillissement*, 3 (1), 43-51.
59. Brousse, C & Boisaubert, B. (2007). La qualité de vie et ses mesures. In *La revue de médecine interne*, 28, 458-462.
60. Corteb, Ph. (1998). Le concept de qualité de vie vu à travers la littérature anglo-saxonne. In *l'information psychiatrique*, 9, 922-932.

## Références bibliographiques

---

61. Guelfi, J-D. (1996). L'évaluation clinique standardisée en psychiatrie, éditions médicales Pierre Fabre, tome II. In Échelle d'auto-évaluation de l'humeur, 433-438.
62. Hazif-Thomas, C & Thomas, Ph. (1998). Dépression de la personne âgée : des tableaux cliniques souvent atypique. In La revue de gériatrie, 23, 335-343.
63. Kop, L-K. (1993). La mesure du bien être subjectif chez les personnes âgées. In la Revue européenne de psychologie appliquée, 43 (4), 271-277.
64. Leplège, A. (2012). Un nouvel instrument destiné à mesurer la qualité de vie des personnes âgées : le WHOQOL-OLD version française. In la revue de médecine interne, 34, 78-84. Paris : Elsevier Masson.
65. Martin. N. (2016). Qualité de vie et estime de soi de personnes âgées autonomes résidant dans un habitat intermédiaire. In pratiques psychologiques, 17.
66. Moutassem-Mimouni, B. (2013). Les personnes âgées en Algérie et au Maghreb : enjeux de leur prise en charge. In Insaniyat, 59, 11-32.
67. Paulhan, I. (1992). Le concept de coping. In L'année psychologique, 4 (92), 545-557.
68. Quaderi, A. (2003). La psychanalyse au risque d la démence. Le pari pascalien dans la clinique du dément. In la revue cliniques méditerranéennes, 67, 33-52.
69. Ruzevicius, J. (2013). Qualité de vie : notion globale et recherche en la matière. In International Business: Innovations, Psychology, Economics, 4 (2), 7-20.
70. Saloppé, X & Pham, Th-H. (2007). Impact des troubles mentaux sur la qualité de vie perçue par des patients issus d'un hôpital psychiatrique sécuritaire. In psychiatrie légale, 33, 892-901. Paris : L'Encéphale.

## Références bibliographiques

---

71. Thomas, Ph & Hazif-Thomas, C. (2008). Des nouvelles approches de la dépression de la personne âgée. In *Gérontologie et société* 126 (31), 141-155.
72. Van Damme, P. (2002). Gestaltt dépression et regression. In *Société française de Gestalt*, 23 (2), 109-126.
73. Van Rompaey, Ch. (2003). Vieillesse et exclusion sociale. In *Solitude et vieillissement*, 6, 31-40.

### Thèses et mémoires

74. Boudouda, N-E. (2013). Les immigrés maghrébins à l'épreuve du vieillissement : Concept de soi et qualité de vie. Thèse de doctorat en psychologie. Université de Lorraine, Nancy, France.
75. Chateaux, V. (2005). Perception de l'asthme par les enfants et leurs parents, impact sur la qualité de vie et l'adhérence d'enfants asthmatiques. Thèse de doctorat en psychologie. Université Metz Paul Verlaine, France
76. Deghagh, O-L. (2012). La maltraitance des personnes âgées. Mémoire de magister en psychologie. Université Mentouri-Constantine, Algérie.
77. Hayoune, S & Kheloufi, S. (2015). La qualité de vie des personnes âgées placées en institution. Mémoire de master en psychologie. Université Abderrahmane Mira de Béjaia, Algérie.
78. K'delant, P. (2010). Le trouble du deuil persistant chez la personne âgée : évaluation et étude des effets de la personnalité. Thèse de doctorat en psychologie. Université Nancy 2, France.
79. Lebahar, J. (2014). Etude de la variabilité interindividuelle du contrôle cognitif chez la personne âgée : Formes et apports prédictifs. Thèse de doctorat en psychologie. Université Rennes 2, France.

## Références bibliographiques

---

80. Ledrich, J. (2011). L'humeur dépressive sous l'angle des cognitions spécifiques et des écarts entre les soins. Thèse de doctorat en psychologie. Université de Nancy, France.
81. Lhermit, A. (2014). Ethique des soins aux personnes âgées : La capacité à consentir et traitement involontaire. Thèse de doctorat en psychologie. Université de Toulouse 2, France
82. Sanglier, T. (2011). Comparaison de la prise en charge de la dépression chez le sujet âgé et l'adulte non âgé par l'utilisation de systèmes administratifs automatisés. Thèse de doctorat en épidémiologie. Université Claude Bernard Lyon, France.
83. Timotin, L. (2012). Impact des comorbidités, de la qualité du sommeil et de la fragilité psycho-sociale sur la qualité de vie des personnes âgées. Thèse de doctorat en médecine. Université Joseph Fourier Grenoble, France.
84. Zakari, S. (2013). Syndrome d'épuisement scolaire et dépression à l'adolescence. Thèse de doctorat en psychologie. Université de Strasbourg, France.

### Rapports

85. Anesm. Prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée. 2014. Paris : Saint-Denis.
86. HAS. Repérage et évaluation des facteurs de risque de dépression chez les séniors de 55 ans et plus. 2014. Paris : Saint-Denis.

## Références bibliographiques

---

### Cours

87. Cosmao, Ch, Deleurme, N, Fredouille, A-M & al. (2014). Vie affective et sexuelle dans les institutions pour personnes âgées et comportements des professionnels : l'apport de la promotion de la santé. Module interprofessionnel de santé publique. EHESP. Groupe n°26.

### Dictionnaires

88. Bloch.H & al. (2011). Le grand dictionnaire de la psychologie. Paris : Larousse.

89. Doron. R & Parot. F. (1991). Dictionnaire de psychologie. Paris : Puf.

90. Le Petit Robert de la langue française. (2016). Paris: Le Robert.

### Article de journal

91. Kezzar, M. (04-10-2015). Avoir 60 ans et... vieillir en Algérie. Journal liberte.

### Sites internet

92. Algérie presse service. L'Algérie enregistre une légère progression des personnes âgées en 2015 repéré à : [www.aps.dz](http://www.aps.dz). Consulté le 22/02/2017.

93. <http://www.Cfdt-retraités.fr/les-differents-types-d'établissementpourpersonnes-âgée>. Consulté le 21/03/2017.

94. OMS. [www.who.int/ageing/about/facts/Fr/](http://www.who.int/ageing/about/facts/Fr/). Consulté le 20/02/2017.

95. ONS. [www.tsa-Algérie.com](http://www.tsa-Algérie.com). Consulté le 20/02/2017.

96. <http://www.medecine.ups.tise.fr>. Consulté le 16/03/2017.

97. Bley, D & Vernazza-licht, N. 1997. [www.ecologie-humaine.eu.pdf](http://www.ecologie-humaine.eu.pdf). Consulté le 03/04/2017.

98. Haddar, Y. (2011). Vieillesse en Algérie. yazidhadda.over.blog.com.

# **Annexes**

## Résumé

Cette recherche porte sur la souffrance psychologique des personnes âgées placées en institution. Nous avons réalisé notre étude dans le foyer pour personnes âgées et handicapés de Béjaia. Notre objectif principal à travers cette recherche, est de décrire et d'expliquer la souffrance psychologique de ses personnes, en investissant deux indicateurs cliniques de la souffrance psychologique : la dépression et la qualité de vie. Nous nous sommes alors interrogées sur le niveau de la dépression et de la qualité de vie des personnes âgées placées en institution.

Pour la réalisation de notre travail de recherche, nous avons utilisé un entretien clinique semi-directif, l'échelle gériatrique de dépression et les deux questionnaires complémentaires de la qualité de vie le WHOQOL-BREF et le WHOQOL-OLD. Cette étude a révélé la présence d'une souffrance psychologique chez quatre de nos sujets de recherche. Dont, Mr Bachir, Mme Taklit et Mr Karim avec un niveau grave de dépression et un niveau faible de qualité de vie, et Mr Mouloud, avec un niveau de dépression léger et un niveau moyen de qualité de vie. Quant aux deux autres cas, Mr Rafik et Mr Hamid, il a été révélé qu'ils ne présentaient pas de souffrance psychologique avec une absence de dépression et un niveau élevé de qualité de vie pour Mr Rafik et un niveau moyen pour Mr Hamid.

**Mots clés :** Personne âgée, institution, souffrance psychologique, dépression, qualité de vie.

## Summary

This research focuses on the psychological distress of institutionalized elderly people. We conducted our study in Bejaia infirmary. Our main objective through this research is to describe and explain the psychological suffering of its people, investing two clinical indicators of psychological suffering: depression and quality of life. We then inquired about the level of depression and the quality of life of institutionalized elderly people.

To carry out our research, we used a semi-directive clinical interview, the geriatric depression scale and the two complementary questionnaires of quality of life WHOQOL-BREF and WHOQOL-OLD. This investigation revealed the presence of psychological distress in four of our research subjects. Mr Bachir, Mrs Taklit and Mr Karim with a severe level of depression and a low quality of life, and Mr Mouloud, with a low level of depression and an average level of quality of life. As for the other two cases, Mr Rafik and Mr Hamid, it was revealed that they did not present psychological suffering with an absence of depression and a high quality of life for Mr Rafik and an average level for Mr Hamid.

**Keywords:** Elderly, institution, psychological suffering, depression, quality of life.

## **Annexes**

---

### **Annexe N°1 : Guide d'entretien clinique semi-directif**

#### **Information générale sur le sujet**

- 1- Quel âge avez-vous ?
- 2- Quelle est votre situation matrimoniale ?
- 3- Avez-vous des enfants ? Si oui, Combien ? Ou vivent-ils ?
- 4- Avez-vous des frères et sœurs ? Si oui, Combien ?
- 5- Quel est votre niveau d'instruction ?
- 6- Avez-vous déjà exercé un travail ? Si oui, Lequel ?

#### **Axe 1) : Le placement en institution**

- 7- Parlez nous de votre vie avant le placement.
- 8- Depuis combien de temps êtes-vous placé dans ce centre ?
- 9- Ou viviez-vous avant votre placement dans ce centre ?
- 10- Qui est-ce qui s'occupait de vous ?
- 11- Qui est-ce qui vous a emmené dans ce centre ? Etiez-vous consentant ?
- 12- Quelles étaient les raisons de votre placement dans ce centre ?
- 13- Que pensez-vous de votre placement ?
- 14- Comment vivez-vous votre placement ?

#### **Axe 2) : La souffrance psychologique**

##### **2-1) La dépression**

- 15- Quel est votre ressenti depuis votre placement ?
- 16- Parlez-nous de vos émotions et de vos humeurs.
- 17- Comment vous-voyez vous ?
- 18- Quel regard portez-vous sur les gens ?
- 19- Avez-vous des regrets concernant votre vie antérieure ? Si oui, Lesquels ?

## **Annexes**

---

- 20- Qu'est-ce qui a changé en vous depuis votre placement ?
- 21- Parlez nous de vos inquiétudes et de vos soucis.
- 22- Comment vous sentez-vous maintenant ?
- 23- Qu'attendez-vous de l'avenir ?

### **2-2) La qualité de vie**

- 24- Qu'est-ce qui a changé dans vos habitudes de vie depuis votre entrée dans ce centre ?
- 25- Pouvez-vous nous parler de votre état de santé physique actuelle ? Suivez-vous un traitement ? Si oui, Lequel ?
- 26- Quelles sont vos difficultés quotidiennes ?
- 27- Comment trouvez-vous la qualité de votre prise en charge dans cette institution ?
- 28- Parlez-nous de votre sommeil et de votre alimentation.
- 29- Pouvez-vous nous décrire vos rapports avec les autres résidents de ce centre et avec le personnel ?
- 30- Comment est-ce que vous occupez votre temps ?
- 31- Qu'est-ce que vous aimez faire ?
- 32- Recevez-vous des visites de la part de votre famille ? Si oui, A quelle fréquence ? Si non, Pourquoi ?
- 33- Avez-vous des choses à rajouter ?

## Annexes

### Annexe N°2 : Echelle gériatrique de dépression

1 - Etes-vous satisfait(e) de votre vie?	oui	non*
2 - Avez-vous renoncé à un grand nombre de vos activités?	oui*	non
3 - Avez-vous le sentiment que votre vie est vide?	oui*	non
4 - Vous ennuyez-vous souvent?	oui*	non
5 - Envisagez-vous l'avenir avec optimisme?	oui	non*
6 - Etes-vous souvent préoccupé(e) par des pensées qui reviennent sans cesse?	oui*	non
7 - Etes-vous de bonne humeur la plupart du temps?	oui	non*
8 - Craignez-vous un mauvais présage pour l'avenir?	oui*	non
9 - Etes-vous heureux la plupart du temps?	oui	non*
10 - Avez-vous souvent besoin d'aide ?	oui*	non
11 - Vous sentez-vous souvent nerveux(se) au point de ne pouvoir tenir en place?	oui*	non
12 - Préférez-vous rester seul(e) dans votre chambre plutôt que d'en sortir?	oui*	non
13 - L'avenir vous inquiète-t-il?	oui*	non
14 - Pensez-vous que votre mémoire est plus mauvaise que celle de la plupart des gens?	oui*	non
15 - Pensez-vous qu'il est merveilleux de vivre à notre époque?	oui	non*
16 - Avez-vous souvent le cafard ?	oui*	non
17 - Avez-vous le sentiment d'être désormais inutile?	oui*	non
18 - Ressassez-vous beaucoup le passé?	oui*	non
19 - Trouvez-vous que la vie est passionnante?	oui	non*
20 - Avez-vous des difficultés à entreprendre de nouveaux projets?	oui*	non
21 - Avez-vous beaucoup d'énergie?	oui	non*
22 - Désespérez-vous de votre situation présente?	oui*	non
23 - Pensez-vous que la situation des autres est meilleure que la vôtre et que les autres ont plus de chance que vous?	oui*	non
24 - Etes-vous souvent irrité(e) par des détails?	oui*	non
25 - Eprenez-vous souvent le besoin de pleurer?	oui*	non
26 - Avez-vous du mal à vous concentrer?	oui*	Non
27 - Etes-vous content(e) de vous lever le matin?	oui	non*
28 - Refusez-vous souvent les activités proposées?	oui*	Non
29 - Vous est-il facile de prendre des décisions?	oui	non*
30 - Avez-vous l'esprit aussi clair qu'autrefois?	oui	non*

Chaque réponse marquée \* vaut un point.

Arcand M & Hébert R. (1997). Précis pratique de gériatrie. Québec : Edisem.

## Annexes

### Annexe N°9 : Questionnaire WHOQOL-BREF

1	Comment évaluez-vous votre qualité de vie ?	Très faible <input type="checkbox"/>	Faible <input type="checkbox"/>	ni faible ni bonne <input type="checkbox"/>	bonne <input type="checkbox"/>	très bonne <input type="checkbox"/>
---	---	---	------------------------------------	--	-----------------------------------	--

2	Etes-vous satisfait(e) de votre santé ?	très insatisfait(e) <input type="checkbox"/>	insatisfait(e) <input type="checkbox"/>	ni satisfait(e) ni insatisfait(e) <input type="checkbox"/>	satisfait(e) <input type="checkbox"/>	très satisfait(e) <input type="checkbox"/>
---	---	---	--	---	--	---

	Pas du	un	modérément	beaucoup	Extrêmement	
3	La douleur physique vous empêche t'elle de faire ce dont vous avez envie ?	<input type="checkbox"/>				
4	Avez-vous besoin d'un traitement medical quotidiennement ?	<input type="checkbox"/>				
5	Aimez-vous votre vie ?	<input type="checkbox"/>				
6	Estimez-vous que votre vie a du sens ?	<input type="checkbox"/>				
7	Etes-vous capable de vous concentrer ?	<input type="checkbox"/>				
8	Vous sentez-vous en sécurité dans votre vie quotidienne ?	<input type="checkbox"/>				
9	Vivez-vous dans un environnement sain ?	<input type="checkbox"/>				
10	Avez-vous assez d'énergie dans votre vie quotidienne ?	<input type="checkbox"/>				
11	Acceptez-vous votre apparence physique ?	<input type="checkbox"/>				
12	Avez-vous assez d'argent pour satisfaire vos besoins ?	<input type="checkbox"/>				
13	Avez-vous accès aux informations nécessaires pour votre vie quotidienne ?	<input type="checkbox"/>				
14	Avez-vous souvent l'occasion de pratiquer des loisirs ?	<input type="checkbox"/>				

## Annexes

	très difficilement	difficilement	assez facilement	facilement	très facilement
15 Comment arrivez-vous à vous déplacer ?	<input type="checkbox"/>				

	très insatisfait(e)	insatisfait(e)	ni satisfait(e) ni insatisfait(e)	satisfait(e)	très satisfait(e)
16 Etes-vous satisfait(e) de votre sommeil ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 Etes-vous satisfait(e) votre capacité à effectuer les tâches de quotidienne ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	très insatisfait(e)	insatisfait(e)	ni satisfait(e) ni insatisfait(e)	satisfait(e)	très satisfait(e)
18 Etes-vous satisfait(e) de votre capacité à effectuer votre activité professionnelle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 Etes-vous satisfait(e) de vous ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 Etes-vous satisfait(e) de vos relations avec les autres ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 Etes-vous satisfait(e) de votre vie sexuelle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 Etes-vous satisfait(e) du soutien de vos amis ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23 Etes-vous satisfait(e) de votre lieu de vie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24 Etes-vous satisfait(e) de votre accès aux services de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25 Etes-vous satisfait(e) de votre moyen de transport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	jamais	parfois	assez souvent	très souvent	tout le temps
26 Avez-vous souvent des sentiments négatifs tels que la mélancolie, le désespoir, l'anxiété ou la dépression ?	<input type="checkbox"/>				

(L. Timotin, 2012, pp.99-100).

## Annexes

### Annexe N°16 : Questionnaire WHOQOL-OLD

- 1) F 25.1 Dans quelle mesure la diminution de l'usage de vos sens (l'ouïe, la vue, le toucher, le goût, l'odorat) affecte-t-elle votre vie quotidienne ?

Pas du tout	Un peu	modérément	beaucoup	énormément
1	2	3	4	5

- 2) F 25.3 La perte de l'usage de vos sens (l'ouïe, la vue, le toucher, le goût, l'odorat) affecte-t-elle vos possibilités de participer à des activités ?

Pas du tout	Un peu	modérément	beaucoup	énormément
1	2	3	4	5

- 3) F 26.1 Avez-vous la liberté de prendre vous-même les décisions vous concernant ?

Pas du tout	Un peu	modérément	beaucoup	extrêmement
1	2	3	4	5

- 4) F26.2 Avez-vous l'impression de contrôler votre avenir ?

Pas du tout	Un peu	modérément	beaucoup	extrêmement
1	2	3	4	5

- 5) F26.4 Avez-vous l'impression que les personnes qui vous entourent respectent votre liberté ?

Pas du tout	Un peu	modérément	beaucoup	extrêmement
1	2	3	4	5

- 6) F26.2 Etes-vous préoccupé(e) par la façon dont vous allez mourir ?

Pas du tout	Un peu	modérément	beaucoup	extrêmement
1	2	3	4	5

- 7) F29.3 Appréhendez-vous de ne pas pouvoir contrôler votre mort ?

Pas du tout	Un peu	modérément	beaucoup	extrêmement
1	2	3	4	5

- 8) F 29.4 Avez-vous peur de mourir ?

Pas du tout	Un peu	modérément	beaucoup	extrêmement
1	2	3	4	5

## Annexes

9) F 29.5 Avez-vous peur de souffrir avant de mourir ?

Pas du tout	Un peu	modérément	beaucoup	extrêmement
1	2	3	4	5

10) F25.4 Dans quelle mesure des difficultés de fonctionnement de vos sens (l'ouïe, la vue, la gout, l'odorat, le toucher) affectent-elles vos possibilités de contact et d'échange avec les autres ?

Pas du tout	Un peu	modérément	beaucoup	entièrement
1	2	3	4	5

11) F26.3 Dans quelle mesure êtes-vous capable de faire les choses que vous voudriez faire ?

Pas du tout	Un peu	modérément	très	entièrement
1	2	3	4	5

12) F 27.3 Avez-vous suffisamment l'occasion de continuer à accomplir des choses dans votre vie ?

Pas du tout	Un peu	modérément	beaucoup	entièrement
1	2	3	4	5

13) F 27.4 Avez-vous le sentiment d'être reconnu(e) dans la vie comme vous le méritez ?

Pas du tout	Un peu	modérément	beaucoup	entièrement
1	2	3	4	5

14) F 28.4 Avez-vous l'impression d'avoir assez de choses à faire chaque jour ?

Pas du tout	Un peu	modérément	beaucoup	entièrement
1	2	3	4	5

15) F 27.5 Êtes-vous satisfait(e) de ce que vous avez accompli dans votre vie ?

Très insatisfait(e)	Insatisfait(e)	Ni satisfait(e), ni insatisfait(e)	Satisfait(e)	Très satisfait(e)
1	2	3	4	5

16) F28.1 Êtes-vous satisfait(e) de la façon dont vous passez votre temps ?

Très insatisfait(e)	Insatisfait(e)	Ni satisfait(e), ni insatisfait(e)	Satisfait(e)	Très satisfait(e)
1	2	3	4	5

## Annexes

17) F 28.2 Etes-vous satisfait(e) avec votre niveau d'activité ?

Très insatisfait(e)	Insatisfait(e)	Ni satisfait(e), ni insatisfait(e)	Satisfait(e)	Très satisfait(e)
1	2	3	4	5

18) F28.7 Etes-vous satisfait(e) des opportunités que vous avez de prendre part a des activités collectives ?

Très insatisfait(e)	Insatisfait(e)	Ni satisfait(e), ni insatisfait(e)	Satisfait(e)	Très satisfait(e)
1	2	3	4	5

19) F27.1 Etes-vous heureux (se) des projets et des perspectives qui se présentent a vous ?

Très malheureux(se)	Malheureux(se)	Ni heureux(se) , ni malheureux(se)	Heureux(se)	Très heureux(se)
1	2	3	4	5

20) F 25.2 Comment qualifierez-vous le fonctionnement de vos sens (l'ouïe, la vue, le gout, l'odorat, le toucher ) ?

Très mauvais	Mauvais	Ni bon, ni mauvais	bon	Très bon
1	2	3	4	5

21) F30.2 Dans quelle mesure ressentez-vous de la camaraderie dans votre vie ?

Pas du tout	Un peu	modérément	beaucoup	énormément
1	2	3	4	5

22) F 30.3 Dans quelle mesure ressentez-vous de l'amour dans votre vie ?

Pas du tout	Un peu	modérément	beaucoup	extremement
1	2	3	4	5

23) F 30.4 Dans quelle mesure avez-vous des occasions d'aimer ?

Pas du tout	Un peu	modérément	beaucoup	entièrement
1	2	3	4	5

24) F 30.7 Dans quelle mesure avez-vous l'occasion d'etre aimé(e) ?

Pas du tout	Un peu	modérément	beaucoup	entièrement
1	2	3	4	5

(A. Leplège & al, 2012, pp.83-84).

