

*Université Abderrahmane Mira de Bejaia*

*Faculté des sciences humaines et sociales*

*Département des sciences sociales*

Memoire de fin de cycle  
**Memoire de fin de cycle**

En vue de l'obtention du diplôme de master II en psychologie

Option: Psychologie clinique

*Thème*

**L'effet des troubles de l'humeur sur les comportements  
des personnes âgées**

**cas pratique, étude de sept (7) femmes au centre de  
Dely Ibrahim d'Alger**

Réalisée par:

M<sup>lle</sup> : Harzouz Samira

Encadré par :

M<sup>r</sup> : GHOUAS Yacine

2013 - 2014

## *Remerciements*

*Tous d'abord, j'exprime mes vifs remerciements au bon DIEU le tout puissant de m'avoir accordé les connaissances et de m'avoir donné le courage et la force pour terminer mon travail.*

*Au terme de ce modeste travail je tien à remercier chaleureusement et respectivement tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce modeste mémoire de fin de cycle, à savoir mon promoteur Mr Ghouas Yacine d'avoir accepté de diriger mon travail et d'avoir fourni toutes les facilités nécessaires à son élaboration.*

*Je tien aussi à remercier l'ensemble des enseignants du département des sciences humaines et sociales pour la qualité de formation et d'encadrement qu'ils nous ont donné tout au long de nos études ainsi que les membres du jury pour avoir accepté d'évaluer ce Travail.*

*Mes remerciements vont également à l'ensemble du centre des personnes âgées de Dely Ibrahim d'Alger*

*Mes gratitudes remerciements vont également à toute ma famille pour leurs aides et conseils tout au long de mon cursus.*

# *Dédicace*

*Je dédie ce modeste travail :*

*A celle qui a m'a donnée de l'amour et de l'affection, ma très chère  
mère Ouardia que Dieu me la garde et la bénisse.*

*A celui qui à toujours été mon conseiller moral, mon très cher père  
Mohand que Dieu lui accorde sa bénédiction et le garde pour nous.*

*A mes grands- mères, à mes frères :*

*Amar et sa famille,*

*Kamel, Djamel, Karim et Mourad.*

*A mes sœurs :*

*Salha, Malika, Djidji et leurs familles et*

*Kahina*

*A toute ma famille HARZOUZ.*

*A mes proches amies : Fifi, Imane, Mouna, Sabiha, et Sekoura*

*A tous ceux qui me connaissent de près ou de loin.*

HARZOUZ SAMIRA  
**HARZOUZ SAMIRA**

# SOMMAIRE

<b>Introduction</b> .....	A
---------------------------	---

## **Chapitre I : cadre méthodologique**

1 .Les objectifs et les raisons de l'étude.....	4
2. La problématique.....	5
3. L'hypothèse .....	7
4. Définition des concepts clés.....	8

## **Partie théorique**

### **Chapitre II : Troubles de l'humeur**

Préambule.....	14
1. Définition de l'humeur .....	14
2. Définition de trouble de l'humeur.....	15
3. Les types de troubles de l'humeur.....	16
4. Les causes de troubles de l'humeur.....	20
5. Traitements de troubles de l'humeur.....	22
Conclusion.....	24

### **Chapitre III : Le développement des personnes âgées.**

Préambule.....	27
1. Développement physique.....	27
2. Développement cognitif.....	34
3. Développement de personnalité.....	35
Conclusion.....	44

## **Partie pratique**

### **Chapitre IV : méthodologie de recherche**

Préambule.....	47
1. Pré-enquête.....	47
2. Présentation du lieu de stage.....	47
3. La méthode de recherche.....	51
4. L'échantillonnage.....	52
5. Les techniques utilisées.....	53
Conclusion.....	58

### **Chapitre V : analyse et discussion des résultats**

Préambule.....	60
1. Présentation et analyse des résultats.....	61
2. Discussion des résultats et des hypothèses.....	91
Conclusion.....	92

<b>Conclusion.....</b>	<b>93</b>
------------------------	-----------

Bibliographie

Les annexes

## **Introduction :**

La santé mentale est la composante la plus essentielle que possède l'être humain et on se rend compte de sa valeur lorsqu'on voit une personne souffrir d'un trouble mental où elle sera perturbée dans toutes ses activités.

On parle de perturbation et de bouleversement surtout chez les personnes d'âge avancé à cause de leur sensibilité et leur fragilité.

Les personnes âgées peuvent être touchées par divers troubles mentaux qui peuvent affecter leurs développements tels que les troubles de l'humeur qui peuvent entraver le fonctionnement psychique de ces personnes.

Trouble de l'humeur, un état de perturbation de la thymie qui affecte les tranches d'âges les plus sensibles tels que les adolescents ainsi que les personnes âgées.

Un trouble de l'humeur est le passage anormal d'un état de joie à un état de tristesse qui se reflète sur tous les comportements et les émotions de la personne concernée, et quand cette dernière concerne les personnes d'âge avancé la situation peut s'aggraver en cas de négligence ou manque de compréhension des nouvelles générations.

Pour une meilleure compréhension de ces personnes on s'est rapproché au près des personnes d'âges avancés du **centre des personnes âgées du Dely Ibrahim** où on a fait notre étude sur l'humeur de ces personnes.

A travers notre étude on a essayé d'expliquer la relation entre les troubles de l'humeur et la personnalité des personnes âgées, ainsi que dans notre recherche nous abordons les chapitres suivants :

Le premier chapitre intitulé le cadre méthodologique et contient les raisons du choix du thème, les objectifs de notre recherche, la problématique, les hypothèses et les définitions des concepts clés.



Le deuxième chapitre : les troubles de l'humeur qui se subdivise en :

Définition, leurs causes, leurs types ainsi que leurs traitements.

Le troisième chapitre qui est la personnalité des personnes âgées et qui englobe les aspects du développement à l'âge adulte avancé dont on a adopté le développement physique, cognitif et de la personnalité.

Le quatrième chapitre intitulé la méthodologie de la recherche qui contient les sous parties suivantes : présentation de lieu de notre recherche, la méthode utilisé, l'échantillon étudié, les techniques utilisés dans le terrain de la recherche ainsi que les difficultés rencontrées durant notre étude.

Enfin le dernier et le cinquième chapitre : dans le quel on a présenté les cas et leurs analyse ainsi que la discussions et l'interprétation des résultats.



# CHAPITRE I

## **CADRE METHODOLOGIQUE**

Préambule

- 1-Les raisons du choix du thème.
  - 2-Les objectifs du choix du thème.
  - 3-La problématique.
  - 4-Les hypothèses.
  - 5-Définitions des concepts.
- Conclusion.

**1-Les raisons du choix du thème :**

On a choisi notre sujet d'étude : l'effet des troubles de l'humeur sur les comportements des personnes âgées suite au phénomène du vieillissement au niveau national, qui nous a poussé à essayer de comprendre cette période d'âge, savoir si les moyens matériels et humains mis à leur disposition dans les centres sont favorables pour dépasser les problèmes psychologiques.

Dans les cas pratiques on s'est focalisé sur le sexe féminin à cause de l'hypersensibilité des femmes aux facteurs extérieurs et cette catégorie de troubles ainsi que le nombre diminué de recherches faites sur les personnes âgées en général et le sexe féminin en particulier.

**2-Les objectifs du choix du thème :**

Comme tout travail de recherche scientifique et suit aux raisons précédemment citées, notre objectif ou notre but dans cette recherche est tout d'abord d'essayer de démontrer certaines souffrances des personnes âgées, de transmettre un message afin de comprendre ce que vit cette tranche d'âge, acquérir des connaissances sur le sujet et aussi savoir la raison qui est derrière certains comportements des personnes âgées.

### 3-La problématique :

Considérons la société comme un ensemble cohérent de différentes familles, cette dernière qui forme elle-même un autre ensemble très cohérent d'un nombre d'être humain qui se défère du sexe, de personnalité et d'âge commençant par le nourrisson en arrivons au vieux.

Vieux qui signifie sagesse, connaissance et savoir, vieux ou personnes âgées, le mot qui porte une très grande valeur en général mais en particulier pour une société quelconque, sont la cellule la plus précieuse qui sert à garder la culture, les traditions les coutumes bienfait au haut statut qui ont et au rôle principale qui jouent dans le développement de cette dernière, son avenir et sa civilisation.

Ces personnes qui luttent pour le bien-être des descendants sont des êtres uniques, qui se respectent et qui ont un vécu, des expériences et un savoir à transmettre, et alors quelle récompense pour ces vieux, leurs faire sentir le goût de la vie ou les négliger et les maltraiter sans compter la fragilité qu'ils ont surtout à cette période « la vieillesse : qui est la dernière période de la vie et est l'âge où l'individu prend de plus en plus de distance par rapport à une époque révolue et plus désirable de sa vie, soit la force de l'âge ou les années productrices » (**Elizabeth B Hurlock, 1978, p 310**).

Cette période se caractérise par certains changements physiques et psychologiques dont l'effet sur l'individu déterminera dans une large mesure s'il s'adaptera bien ou non sur les plans personnel et sociale. Il est beaucoup plus probable, cependant, que les caractéristiques de la vieillesse entraînent une mauvaise adaptation et le malheur ce qui entraîne une mauvaise ou des problèmes de l'humeur qui déforment l'état émotionnel de ces personnes ce qui pousse par

suite leurs descendants à croire que leurs grands parents sont arriérés si on peut le dire et sont pas cultivés ni ouverts sans savoir que ces pensées aggravent la situation ou les troubles de ces vieux.

Problème ou trouble de l'humeur (**selon Rod Plotnik 2007, p 286**) « est cet état prolongé de perturbation émotionnelle qui se répercute sur la plus part des pensées et des comportements »

Toutes ces difficultés qui menacent la continuité normale de la vie des personnes âgées infecte ou agit directement ou indirectement sur leur personnalité.

« On croit généralement que tous les vieillards quelle que soit leur personnalité lorsqu'ils étaient jeunes finissent par ressembler à des ogres, méchants, mesquins, coléreux, exigeants, égoïstes, égocentriques et enfin de compte à des créatures impossibles à endurer. D'autre part, on croit généralement que si le vieillard vit assez longtemps sa personnalité redevient semblable à celle de l'enfant à la fin de sa vie et qu'il faut alors le traiter comme un enfant » (**Elizabeth B Hurlock, 1978, p 361-362**).

La personnalité (**selon Henriette Bloch, 2003, p 678**) « est un ensemble de caractéristiques affective émotionnelle dynamique relativement stables et générales de la manière d'être d'une personne dans sa façon de réagir aux situations dans lesquelles elle se trouve. Dans la grande majorité des cas le terme de « personnalité » ne couvre pas les aspects cognitifs de la conduite (intelligence, aptitudes et connaissances). Il concerne toujours les aspects affectifs, émotionnels et dynamiques ».

Grand âge, sensibilité, perturbations, négligence, manque de compréhension par des nouvelles générations c'est ce qui nous a conduit à faire une petite recherche afin d'apprécier cette cellule spécifique afin de pouvoir continuer leurs vie de la

façon la plus normale. Pour cela on a essayé de limiter notre recherche dans ce sujet très vaste et afin de mieux cerner notre sujet on pose la question suivante:

**Est-ce que les gens âgés souffrent de troubles de l'humeur ?**

**Quel est l'influence des troubles de l'humeur sur les comportements des personnes âgées ?**

**4-Les hypothèses de la recherche :**

- Il existe une influence de cette période d'âge sur les troubles de l'humeur.
- Les troubles de l'humeur influent sur les comportements des personnes âgées.

## 5-Définition des concepts :

### 5-1-Humeur :

- ❖ **Selon Norbert Silammy, 2003, p 132** est une disposition affective
- ❖ fondamentale susceptible d'osciller entre les pôles extrêmes du chagrin et de la joie.

L'humeur donne aux émotions leurs colorations affectives. Elle paraît liée à la constitution et dépend d'un mécanisme neurophysiologique contrôlé par le diencéphale (base de cerveau). Des lésions localisées de cette zone entraînent des troubles de l'humeur. D'une façon générale, toutes les atteintes cérébrales, qu'elles soient d'origine traumatique (blessures), infectieuse, tumorale ou autre, peuvent entraîner des modifications de l'humeur

- ❖ **Selon Henriette Bloch et all, 2003, p 432** est un état thymique, fondamentale dominant la vie affective et les réactions émotionnelles d'un individu.

Si le langage populaire parle surtout de bonne ou de mauvaise humeur pour décrire une disposition de l'affectivité et du caractère, les psychiatres à la suite de Falret (1852) ont réservé le terme pour définir une tonalité thymique de base qui peut être perturbé soit dans le sens de l'euphorie, de l'expansivité et de l'excitation dans les états maniaques soit dans le sens d'une diminution, d'une rétroaction et d'une dépression dans les états dépressifs ou mélancoliques.

**Définition opérationnelle:** L'humeur est la disposition affective de base qui donne à l'individu à chaque instant vécu une tonalité agréable ou désagréable oscillant entre le pôle de plaisir et de déplaisir.

## 5-2-Trouble de l'humeur :

- ❖ **Selon Rod Plotnik, 2005, p 286** : est un état prolongé de perturbation émotionnelle qui se répercute sur la plus part des pensées et des comportements.
- ❖ **Selon Serge Tribolet et Mazda Shahidi, 2005, p 125:**

Un troubles de l'humeur est une perturbation de l'état émotionnel qui peut se caractérisé par :

- ✓ L'intensité disproportionnée des émotions par rapport à la situation.
- ✓ La perte de l'harmonisation avec le reste du comportement (les émotions paraissent inadaptées voire discordante), leur significations différentes de celle de la vie psychique normale.

**Définition opérationnelle:** Le trouble de l'humeur est le passage exagérer d'un état de gaieté à un état de tristesse en reflétant ces émotions sur tout les comportements. Comme on peut définir le trouble de l'humeur comme un état anormal des émotions qui passe de la joie à une tristesse ou de sens contraire.

Parmi les troubles de l'humeur on cite

- **L'euphorie** qui est un sentiment profond de joie et de bien-être qui s'exprime par des rires, des gestes...etc.
- **la tristesse**, une réaction à une situation de perte ou d'insatisfaction.
- **la dysthymie** : est un trouble de l'humeur moins grave que la dépression se caractérise par une humeur dépressive chronique un jour sur deux pendant au moins deux ans.
- **La dépression** : elle se caractérise par une humeur dépressive pendant au moins deux semaines eu une perte d'intérêt et de plaisir ainsi qu'au moins quatre de ces facteurs suivants : Diminution ou augmentation de l'appétit ou de sommeil, diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer, indécision,

perte d'énergie, idées suicidaires, sentiments d'abjection ou de culpabilité, un ralentissement psychomoteur et de l'activité psychique

Ces troubles seront mesurés avec notre test qui est l'échelle de dépression de Beck.

### 5-3-La personnalité :

- ❖ **Selon J. Delay et P. Pichot, 1975, p 317 :** Le terme de personnalité dérive du latin « persona » désigne le masque de l'acteur dont est issu également le mot personne. Un des caractères du masque du théâtre antique est sa permanence, sa fixité. Le même masque est porté par l'acteur pendant toute la pièce.
- ❖ **Selon Norbert Sillamy, 2003, p199 :** est un élément stable de la conduite d'une personne, ce qui la caractérise et la différencie d'autrui. Chaque individu a ses particularités intellectuelles, affectives et conatives (relative à la volonté, au tempérament) dont l'ensemble organisé détermine la personnalité.
- ❖ **Selon Sylvie Angel, 2010, p 835:** est un ensemble de caractéristiques affectives, émotionnelles, dynamiques relativement stables et générales de la manière d'être d'une personne dans sa façon de réagir aux situations dans lesquelles elle se trouve.

**Définition opérationnelle:** Tout d'abord la personnalité est un élément stable qui spécifie chaque personne et par le quel on tente de comprendre la façon d'être, de se comporter et de réagir de cette personne.

### 5-4-Personne âgée :

- ❖ **Selon Vincent Caradec, 2008, pp 42-43 :**L'auteur définit la personne âgée selon :

**L'âge chronologique** : En général, c'est l'âge chronologique qui, en raison de sa simplicité, est retenu comme unique indicateur de la variable « âge ». Les personnes âgées sont alors définies comme l'ensemble des 60ans et plus, le seuil s'élevant parfois à 65ans et s'abaissant aussi quelques fois à 50ans.

**Définition opérationnelle:** Une personne âgée est un être humain qui dépasse les 60ans.

**PARTIE**  
**THEORIQUE**



# CHAPITRE II

## *Les troubles de l'humeur*

Préambule.

1-définitions de l'humeur.

2-définitions de troubles de l'humeur.

3-les types de troubles de l'humeur.

4-les causes de troubles de l'humeur.

5-les traitements des troubles de l'humeur.

Conclusion.

## **Préambule**

Les troubles de l'humeur sont l'une des maladies mentales les plus répandues dans la population générale.

Troubles de l'humeur, un terme très vaste qui contient beaucoup de types et de formes, tel que l'euthymie, le trouble bipolaire, la dysphorie, les troubles de l'humeur dus à une affection médicale, les troubles cyclothymiques...etc. mais dans notre recherche on s'intéresse beaucoup plus à la dépression, l'euphorie, la tristesse ainsi que la dysthymie.

Dans ce chapitre on va essayer de définir tout d'abord le terme Humeur et Trouble de l'humeur, de faire un aperçu sur ses types en générale puis chez le sujet âgé, ses causes et enfin ses traitements.

### **1-Définitions de l'humeur :**

#### **A- J. Delay et P. Pichot 1975, p 154:**

L'humeur est la disposition affective fondamentale, riche de toutes les instances émotionnelles instinctives, qui donne à chacun de nos états d'âme une tonalité agréable ou désagréable, oscillant entre deux pôles, l'un pathétique, l'autre apathique.

L'humeur est à la sphère thymique, qui englobe toutes les affections, ce qu'est la conscience à la sphère noétique qui englobe toutes les représentations, elle en est à la fois la manifestation la plus élémentaire et la plus générale.

**B-Norbert Sillamy 2003, p 132:**

L'humeur est une disposition affective fondamentale susceptible d'osciller entre les pôles extrêmes du chagrin et de la joie.

L'humeur donne aux émotions leurs colorations affectives. Elle paraît liée à la constitution et dépend d'un mécanisme neurophysiologique contrôlé par le diencephale (base du cerveau).

**C-Henriette Bloch et al 2003, p 432 :**

État thymique fondamental dominant la vie affective et les réactions émotionnelles d'un individu. Si le langage populaire parle surtout de bonne ou mauvaise humeur pour décrire une disposition de l'affection et du caractère.

Les psychiatres à la suite de **J. P. Falret(1852)** ont réservé le terme pour définir une tonalité thymique de base qui peut être perturbé soit dans le sens de l'euphorie, de l'expansivité et de l'excitation dans les états maniaque soit dans le sens d'une diminution, d'une rétroaction, et d'une dépression dans les états dépressifs ou mélancoliques.

**2-Définitions de trouble de l'humeur :****A-Rod Plotnik 2005, p286:**

Un trouble de l'humeur est un état prolongé de perturbation émotionnelle qui se répercute sur la plupart des pensées et des comportements.

**B-Serge Tribolet et Mazda Shahidi 2005, p125 :**

Un troubles de l'humeur est une perturbation de l'état émotionnel qui peut se caractérisé par :

- ❖ L'intensité disproportionnée des émotions par rapport à la situation.

❖ La perte de l'harmonisation avec le reste du comportement (les émotions paraissent inadaptées voire discordante), leur significations différentes de celle de la vie psychique normale.

### **3- les types de troubles de l'humeur :**

#### **A-L' épisode dépressif majeur :**

##### **En générale :**

❖ Elle se caractérise par la présence pendant au moins deux semaines d'une humeur dépressive ainsi que d'une perte d'intérêt et de plaisir. À ses symptômes s'ajoute au moins quatre des suivants :

- ✓ Diminution ou augmentation de l'appétit ou de sommeil.
- ✓ diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer.
- ✓ indécision.
- ✓ perte d'énergie.
- ✓ idées suicidaires.
- ✓ sentiments d'abjection ou de culpabilité (**Rod Plotnik, 2007, p 286**).
- ✓ un ralentissement psychomoteur et de l'activité psychique (**Charlotte Mareau et Adeline Vanel Dreyfus, 2005, p 127**).

#### **Spécificités diagnostiques et cliniques de la dépression chez le sujet âgé :**

❖ Contrairement à une idée trop largement répandue, l'obstacle principal au diagnostic de la dépression chez les sujets âgés tient moins aux particularités de la séméiologie dépressive qu'à l'attitude des médecins face au vieillissement qui ont tendance à assimiler tristesse à vieillesse, surtout après 80 ans. En effet si la douleur morale est moins souvent exprimée sur le mode de la culpabilité, les signes importants

de la dépression que sont le ralentissement, le repli, l'apragmatisation sont trop souvent mis, à tort, sur le compte du grand âge.

❖ l'examen clinique psychiatrique du sujet âgé diffère de celui du sujet plus jeune, essentiellement par sa grande difficulté à exprimer spontanément sa souffrance morale.

❖ **les formes cliniques de la dépression du sujet âgé :**

La dépression du sujet âgé peut prendre différentes formes cliniques dont certaines sont particulièrement caractéristiques de cette tranche d'âge.

✓ **la dépression mélancolique :**

Elle revêt une gravité majeure chez le sujet âgé. Elle se caractérise par une symptomatologie sévère, avec prostration et mutisme pouvant, pour certains, « un syndrome de glissement » (qui est considéré comme un état mélancolique grave, peut être une conséquence d'une maladie somatique, d'un traumatisme ou d'une institutionnalisation causale non acceptée. Après un intervalle de temps avec l'évènement causal. Le syndrome de glissement peut rapidement mettre en jeu le pronostic vital, avec anorexie, refus de soins, agitation, agressivité.

✓ **la dépression avec symptomatologie délirante :**

Les idées délirantes les plus fréquentes sont les idées d'incurabilité qui se présente plutôt comme une perte d'espoir, ou de ruine. Le sujet âgé a une propension à délirer.

✓ **la dépression hostile :**

La dépression hostile est aussi caractéristique du sujet âgé. Elle se manifeste par des troubles du comportement de type caractériel et par de l'agressivité et une agitation hostile.

✓ **plaintes somatique et dépression masquée :**

Chez le sujet âgé, la dépression se présente souvent avec une dimension somatique importante. (Patrick Frémont, Joël Belmin, sans année, pp 12, 14, 15, 16, 24).

**B-L'euphorie:**

❖ Elle correspond à une surexcitation du sujet, ce dernier devient aisément réactif et souvent très agités. Cette attitude qui présente souvent un versant d'exaltation peut révéler une réaction face à des angoisses d'effondrement et de mort (**Charlotte Mareau et Adeline Vanek Dreyfus, 2005, p 199**).

❖ Est une disposition expansive de l'humeur tournée vers la joie.

Est un sentiment intime et profond de bien-être, d'agrément de soi-même, de plénitude psychique et physique et s'exprime par des attitudes (gestes vifs et amples, parler haut, rires) et une mimique exprimant la joie. Cette joie est improductive dans **l'euphorie niaise** ou **béate** où le sujet plutôt ralenti sur le plan psychique et satisfait de tout, facilement admiratif.

La joie est active dans **l'euphorie expansive** associant une hyperactivité psychomotrice qui se traduit par des rires faciles, la mimique rieuse, hilare, les gestes larges, les débordements affectifs, le sentiment que l'entourage n'est pas assez enthousiaste (prosélytisme de l'euphorie), (**Serge Tribolet et Mazda Shahidi, 2005, pp 131-132**).

Autrement dit l'euphorie est un sentiment profond et intime de bien être, l'agrément de soi même de plénitude psychique et physique et s'exprime par des attitudes comme des gestes vifs et encore parler a haute voie, une mimique qui exprime la joie. Cette dernière qui est introductive dans l'euphorie niaise ou béate correspond à une surexcitation du sujet qui devient aisément très agité.

Est une disposition expansive de l'humeur tournée vers la joie, cette joie est active dans l'euphorie expansive qui associe une hyperactivité psychomotrice qui se traduit par des rires faciles, la mimique rieuse, les gestes larges...etc.

**C- la tristesse :**

- ❖ Elle correspond à un détachement, un désintérêt des choses quotidiennes et même de l'existence. Il ya un émoussement affectif, c'est-à-dire que les sentiments n'ont plus de relief et que la colère ou la joie perdent de leur vigueur et de leurs nuances. (**Charlotte Mareau et Adeline Vanek Dreyfus, 2005, pp 199-200**).
- ❖ une variété normale de l'humeur, souvent en réaction à une situation de séparation, perte, insatisfaction, menaçante ou frustrant. Elle reprend aux stimulations du lieu, et existe en l'absence des autres symptômes du syndrome dépressif en particulier les symptômes physiques (**Serge Tribolet et Mazda Shahidi, 2005, p 127**).

Donc la tristesse est une variété normale de l'humeur en réaction à une situation de séparation, perte, insatisfaction qui reprend aux stimulations du lieu, elle correspond à un détachement, un désintérêt des choses quotidiennes et même de l'existence ou les sentiments n'ont plus de relief et que la colère ou la joie perdent de leur rigueur et leurs nuances.

**D- la dysthymie :**

- ❖ la dysthymie est un trouble de l'humeur moins grave que l'épisode dépressif majeur.

Elle se caractérise par une humeur dépressive présente de façon chronique mais non continuelle pendant au moins deux ans.

On dit souvent des personnes atteinte de dysthymie (c'est-à-dire environ 6% de la population) qu'elles ont « le morale à plat » (**Rod Plotnik, 2007, p 286**).

- ❖ Elle se caractérise par une humeur dépressive chronique qui survient plus d'un jour sur deux pendant au moins deux ans. Chez les enfants l'humeur peut être irritable plutôt que déprimée, et la durée minimale requise n'est que d'un an, au cours des périodes d'humeur dépressive au moins deux des symptômes additionnels suivants sont présent:

- ✓ perte de l'appétit ou hyperphagie.
- ✓ insomnie ou hypersomnie.
- ✓ baisse d'énergie ou fatigue.
- ✓ faible estime de soi.
- ✓ difficultés de concentration ou difficultés à prendre des décisions.
- ✓ sentiment de perte d'espoir.

Les sujets peuvent noter la présence marquée de perte d'intérêt et d'autocritique, se considérant souvent comme non intéressants ou incapables.

Au cours de la période de deux ans (un an pour les enfants et adolescents) les intervalles libres de tout symptôme ne durent pas plus de deux mois (**Julien Daniel et all, 2005, p 435**).

C'est-à-dire que la dysthymie se définit par un trouble de l'humeur moins grave que l'épisode dépressif majeur dont le sujet peut noter la présence marquée de perte d'intérêt et d'autocritique, se considère toujours incapable et non intéressant, on dit souvent des personnes atteintes de dysthymie qu'elles ont le morale à plat.

La dysthymie se caractérise par une humeur dépressive chronique qui survient plus d'un jour sur deux pendant au moins 2ans.

#### **4- Les causes des troubles de l'humeur :**

##### **A- les facteurs biologiques :**

Les progrès réalisés ces dernières années dans les connaissances biologiques ont permis de déterminer des anomalies biologiques, objectivées dans les troubles de l'humeur par différents tests ou dosages. H Loo a décrit cinq « 5 » types de facteurs biologiques que l'on retrouve dans ces troubles thymiques : Ils concernent

- ❖ Les monoamines cérébrales, qu'il s'agisse de noradrénaline.

- ❖ De sérotonine ou de dopamine ; les activités enzymatiques dont certaines touchent les monoamines sans leur être spécialement liées.
- ❖ Les systèmes neuroendocriniens.
- ❖ La répartition et les mouvements hydro-électrolytiques.
- ❖ La physiologie de la membrane avec l'apparition récente des notions de sites de liaison et des récepteurs.

Mais c'est surtout la sérotonine qui semble jouer un rôle considérable dans les dysfonctionnements thymiques.

**B Shopsin** a ainsi mis en évidence la relation directe entre l'activité d'un tricyclique, l'imipramine, sur l'état thymique et son activité sur la sérotonine (un neurotransmetteur) dont il facilite la présence au niveau des synapses cérébrales (**Henriette Bloch et al, 1992, pp 787-788**).

**Exemple** : chez les jumeaux monozygotes, dans 80% de cas, quand un jumeau souffre de trouble bipolaire, l'autre en souffre aussi ; en comparaison, le pourcentage des jumeaux dizygotes souffrant tous deux de cette maladie n'est que de 16%.

On peut donc conclure que les facteurs génétiques contribuent à l'apparition de cette maladie. Actuellement, les chercheurs croient que c'est une combinaison de plusieurs gènes défectueux qui produit une prédisposition à éprouver un trouble bipolaire ou une dépression.

### **B- les facteurs neurologiques :**

Des concentrations anormales de certains neurotransmetteurs peuvent perturber les réseaux de neurones du cerveau et, ce faisant, prédisposer aux troubles de l'humeur. Ainsi des études récentes ont montré que les niveaux anormaux et continus de stress font en sorte que le cerveau et la mécanique du corps qui gère le stress deviennent hyperactifs, ce qui a pour effet de perturber les niveaux d'hormones et de neurotransmetteurs, et d'occasionner des épisodes dépressifs.

### **C- Les facteurs psychologiques :**

Les troubles de l'humeur peuvent également être liés à des facteurs psychologiques. Ceux-ci peuvent être des facteurs de la personnalité : estime de soi liée à la réussite, ou estime de soi dépendante de l'approbation sociale, ou encore des facteurs tel qu'un manque d'habilité à gérer le stress ou un faible soutien social (**Rod Plotnik, 2007, p 286**).

Ils peuvent être quelquefois un mouvement de colère que nous avons eu, un désir trompé, un profit perdu, le regret de n'avoir pas obtenu ce que nous avons espéré (<http://www.patristique.org/sites/patristique.org/IMG/pdf/cassien.institutions.livre9.pdf>).

### **5- Traitements des troubles de l'humeur :**

#### **A- Les consultations :**

Les consultations sont thérapeutiques. La relation qui s'instaure entre le patient va permettre non seulement de préciser le diagnostic et d'évaluer les risques, mais aussi de proposer un soutien et un espace relationnel où peuvent s'exprimer les difficultés et les souffrances. C'est également le lieu pour informer clairement le patient et sa famille sur sa pathologie et la conduite de son traitement.

#### **B- La psychothérapie :**

Elle est toujours indispensable. Selon les cas et selon les contextes, il peut s'agir d'un soutien dans le cadre de consultation du médecin généraliste ou du spécialiste, mais aussi de psychothérapies plus « cadrées », dont les modalités sont variables : psychothérapie d'inspiration psychanalytique, thérapies cognitivo-comportementales, thérapies familiales, thérapies systémiques...

**C- La prise en compte des facteurs sociaux familiaux et éducatifs :**

Elle est fondamentale : des interventions sur le milieu familial, des aménagements de scolarité, l'intervention d'un tiers sur le plan éducatif, des liaisons entre les différents partenaires, peuvent jouer un rôle majeur.

**D- Les traitements médicamenteux :****❖ Les antidépresseurs :**

Réservés aux formes moyennes et sévères d'états dépressifs, sont jamais prescrits isolément, mais toujours associés aux interventions psychologiques et familiales. On prescrit toujours un seul antidépresseur en première intention et à dose efficace.

Le traitement antidépresseur n'apportera d'améliorations qu'au bout de 1 à 2 semaines et en moyenne la rémission est obtenue en 4 à 8 semaines.

La durée de traitement sera de 3 à 6 mois à partir du moment où le patient est asymptomatique.

**❖ les anxiolytiques :**

Surtout utilisés dans les formes les plus sévères ou les plus inquiétantes. Sont toujours prescrits de façon brève et avec une surveillance clinique rapprochée.

**❖ Les hypnotiques :**

Ne sont pas utilisés systématiquement, mais uniquement si les troubles de sommeil le justifient, de façon brève et avec une surveillance clinique rapprochée.

**❖ Les neuroleptiques :**

Il peut être nécessaire de les associer aux antidépresseurs dans les cas de dépressions délirantes.

**❖ Les thymorégulateurs:**

Constituent le traitement de fond du trouble bipolaire. Utilisés face à un épisode dépressif sévère associé à des manifestations psychotiques congruentes à l'humeur, mais aussi face à un virage de l'humeur (notamment passage d'un état dépressif à un état maniaque ou hypomaniaque).

**E- L'hospitalisation :**

Indiquée dans les situations suivantes :

- ✓ Urgence (risque suicidaire majeur).
- ✓ épisodes dépressifs sévère.
- ✓ Idées délirantes associées.
- ✓ contexte défavorables (isolement de l'adolescent, refus de soins, nécessité de séparation...).
- ✓ Phase aiguë d'épisode maniaque

**(<http://www.medecine.usp.tlse.fr/dcem4/module11/33.%20TR%20Humeur%20AD O%20II-284.pdf>).**

**Conclusion :**

En résumant on peut dire que malgré les différentes définitions de trouble de l'humeur et ses types, mais on a arrivé dans ce chapitre à traité quelques titres importants tels que les quatre perturbations principales de l'humeur (la dépression, l'euphorie, la tristesse et la dysthymie), ses causes ainsi que ses traitements.



# CHAPITRE III

## ***LE DEVELOPPEMENT DES PERSONNES AGEES***

Préambule.

Les aspects du développement à l'âge adulte avancé

1-Le développement physique.

1-1- Les fonctions physiques.

1-1-1-Cerveau et système nerveux.

1-1-2- Changements sensoriels.

1-1-3-Fonctions motrices.

1-1-4-Santé mentale.

2-Développement cognitif.

2-1-La mémoire.

3-Développement de la personnalité.

3-1-Changement de rôle.

3-2-Perspectives théoriques.

3-3-Développement des relations  
sociales.

3-3-1-Relations familiale.

3-3-2-Relation avec les amis.

Conclusion.

**Préambule :**

Le développement est un important sujet d'étude de plusieurs chercheurs dans tous les domaines mais dans le domaine de la psychologie en particulier où on trouve Elizabeth B Hurlock, Helen Bee, Denise Bayd et beaucoup d'autres qui s'intéressent beaucoup pour ce sujet.

L'étude du développement d'une personne touche tous les plans que se soit affectif, physique, pensée, la mémoire, le langage, la personnalité...etc. Comme elle étudie aussi toutes les étapes et périodes de la vie.

Dans ce chapitre on essaye de faire une petite étude sur les aspects du développement à l'âge adulte avancé, sur le plan physique en premier lieu, en second c'est le plan cognitif et en dernier lieu on trouve le développement de la personnalité.

**Les aspects du développement à l'âge adulte avancé :****1- Développement physique :**

La perte fonctionnelle s'amorce vers l'âge de 40 ans et se poursuit graduellement jusqu'à la fin de la vie comme il se produit une accélération du déclin après l'âge de 75 ou 80 ans, mais cela ne semble pas s'appliquer à tous les systèmes corporels.

**1-1-Fonctions physiques :**

Certains changements graduels entraînent des modifications ou une perte fonctionnelle considérable à l'âge adulte moyen, notamment une altération de la vision et de la masse osseuse chez les femmes. D'autres changements ne provoquent aucune modification fonctionnelle majeure avant 65 ans. Nous allons maintenant aborder ces derniers changements.

### 1-1-1-Cerveau et systèmes nerveux:

Les quatre principaux changements surviennent dans le système nerveux à l'âge adulte sont :

- La réduction de la masse cérébrale
- La perte de substance grise
- La diminution de la densité des dendrites
- Le ralentissement de la vitesse synaptique.

La réduction de la densité dendritique est le changement le plus important qui se produit dans le cerveau.

Les neurologues ont remarqué que les adultes qui ont atteint un degré de scolarité élevé démontrent une atrophie moins marquée du cortex cérébral, durant la période comprise entre 60 et 90 ans, que les adultes qui ont atteint un faible degré de scolarité.

### 1-1-2-changements sensoriels :

Les fonctions sensorielles connaissent un certain déclin à l'âge adulte moyen. Ce déclin s'accroît à l'âge adulte avancé alors que les atteintes à la santé des systèmes sensoriels augmentent.

- **La vision :** La diminution de la contraction de la pupille entraîne, chez les personnes âgées, une plus grande difficulté à bien voir la nuit et à s'adapter à des changements rapides de la lumière : elles sont donc davantage victimes d'éblouissement. Une minorité non négligeable de personnes âgées souffrent de maladies associées aux yeux qui diminuent leur acuité et leur adaptabilité visuelle, telles que les cataractes et le glaucome. Collectivement, ces changements signifient que de plus en plus de personnes âgées doivent s'adapter à des troubles importants de la vision. Certaines recherches indiquent que les personnes d'âge adulte moyen s'adaptent plus facilement aux problèmes de vision que les adultes d'âge avancé. De

plus la perte de la vision a des conséquences plus négatives sur le sentiment de bien-être des personnes âgées.

➤ **Ouïe** : La perte normale de l'ouïe apparaît à l'âge adulte moyen, mais elle ne provoque pas d'incapacité fonctionnelle avant un certain nombre d'années. Les statistiques américaines indiquent que 13 à 14% des adultes d'âge moyen sont atteints d'un affaiblissement de l'ouïe, et que ce taux est multiplié par deux chez les personnes âgées de plus de 65ans. On constate aussi que les hommes présentent plus de troubles auditifs que les femmes. On attribue généralement cette différence sexuelle à une exposition différente au bruit. En effet, parmi les cohortes actuelles d'adultes (dans les pays industrialisés tout au moins), les hommes sont plus nombreux à avoir travaillé dans des environnements où le niveau de bruit était très élevé.

Les déficiences auditives chez les adultes d'âge avancé comprennent divers problèmes dont :

- La capacité de discrimination du langage. Même lorsque l'intensité sonore est suffisante, les adultes âgés ont de la difficulté à différencier les mots qu'ils viennent d'entendre. Par conséquent, les personnes âgées suivent moins bien les conversations lorsqu'il y a un important bruit de fond ou de nombreuses conversations.
- L'acouphène :(Tintement persistant dans les oreilles) L'incidence de ce tintement persistant dans les oreilles augmente avec l'âge, environ 10% des adultes de plus de 65ans souffrent de ce trouble. Certains chercheurs pensent que l'acouphène est attribuable à l'exposition au bruit intense.

Une déficience auditive pose des problèmes de communication dans certaines situations, une personne âgée atteinte de surdité partielle n'est pas nécessairement isolée ni malheureuse. Les déficiences auditives légères et modérées, même non corrigées, n'influent en rien sur la santé sociale, affective ou psychologique des

personnes âgées. Seule une déficience auditive grave entraîne une augmentation des problèmes sociaux ou psychologiques, notamment la dépression.

➤ **Le goût, l'odorat et le toucher :** L'habilité à discriminer les quatre goûts fondamentaux (salé, sucré, amer et acide) ne semble pas décliner pendant les années de l'âge adulte. Même si les cellules réceptrices des papilles gustatives possèdent une existence éphémère, elles sont constamment remplacées. Cependant d'autres changements affectent le goût des personnes âgées, par exemple la diminution de la sécrétion de salive qui produit une impression de « bouche sèche » chez certains.

Plusieurs personnes âgées affirment aussi que les saveurs semblent moins prononcées, plus fades, que lorsqu'elles étaient plus jeunes, ce qui les porte à assaisonner et surtout à sucrer davantage leurs aliments. Ils sembleraient que cette perte gustative soit plutôt le résultat d'une perte olfactive.

Les changements olfactifs sont plus flagrants. La perte de la sensibilité aux odeurs chez les personnes âgées est beaucoup plus grande chez les hommes que chez les femmes. Comme pour la perte de l'ouïe, la perte olfactive semble présenter une composante environnementale. Ainsi les personnes qui travaillaient en usine présentent une perte olfactive plus importante à l'âge adulte avancé que les personnes qui travaillaient dans un bureau. La perte du goût et de l'odorat peut gâcher de nombreux plaisirs de la vie, mais elle peut également avoir des conséquences directes sur la santé telle que l'hypertension qui est causé par l'incapacité de reconnaître le goût salé.

La perte de la sensibilité au toucher peut aussi provoquer une diminution de la qualité de vie, par exemple la peau des personnes âgées répond moins bien aux stimulations du froid et de la chaleur (**Helen Bee-Denise Boyd, 2003, pp 418...432**).

Donc on peut dire qu'une perte fonctionnelle commence à apparaître vers l'âge de 40ans chez certaines personnes et qui peut se produire une accélération du déclin après les 75ans mais pas chez tous les systèmes, cette perte est causé par certains

changements graduels ; notamment chez les femmes apparait une altération de la vision et de la masse osseuse, mais la perte des fonctions sensoriels apparait aussi à l'âge adulte moyen et gêne de nombreux plaisir de la vie et touche beaucoup plus les hommes que les femmes, cette perte peut avoir des conséquences direct sur la santé telle que l'hypertension et le diabète.

### **Effet des changements physiques sur le comportement :**

❖ **Ralentissement général :** Le principal effet du vieillissement se traduit par une impression générale de ralentissement qui provient de la diminution de la densité dendritique des neurones. L'arthrite, la perte de l'élasticité musculaire ainsi que de nombreux autres changements contribuent également à ce ralentissement. Par exemple les personnes âgées mettent plus de temps à écrire, à attacher leurs chaussures et à s'adapter aux changements de températures ou d'intensité lumineuse. Même les tâches qui font appel au vocabulaire, et qui ne connaissent guère de déclin au fil des ans, sont effectuées plus lentement.

Les activités motrices complexes, comme la conduite automobile, constituent l'un des domaines les plus touchés par le ralentissement dans le fonctionnement quotidien.

Les personnes âgées se brûlent plus souvent en raison des changements altérant leur sensibilité à la température associés au ralentissement général.

❖ **sommeil et alimentation :** Les adultes âgés de plus de 65 ans se réveillent plus souvent pendant la nuit, et leurs périodes de sommeil paradoxal, soit le sommeil le moins profond pendant le quel on rêve, diminuent. Les adultes d'âge avancé se réveillent et se couchent habituellement plus tôt. En outre, étant donné que leurs nuits de sommeil sont discontinues, ils font davantage de siestes pendant la journée pour rattraper le sommeil dont ils ont besoin. Ces changements dans les habitudes de

sommeil et dans l'activité générale semblent associés aux changements touchant le fonctionnement du système nerveux.

Chez les adultes d'âge avancé, la sensation de satiété (une sensation crier par un message chimique acheminé au cerveau quand le taux de sucre dans le sang est augmenté) semble diminuer, ce qui expliquerait pourquoi les personnes âgées ont toujours l'impression d'avoir faim et peuvent parfois manger de façon exagérée.

**L'incapacité physique :** Afin d'évaluer la santé ou l'incapacité d'une personne âgée, on lui demande en général si elle peut effectuer certaines activités quotidiennes simples et complexes, notamment prendre son bain, s'habiller, marcher une courte distance, se déplacer du lit à une chaise, manger, cuisiner, magasiner des objets personnels, faire des petits travaux ménagers, etc. Selon les statistiques Canada « 2000 », l'incapacité la plus courante est liée à la mobilité, c'est-à-dire marcher, porter un objet sur une courte distance ou demeurer debout pendant de longs moments. La seconde incapacité majeure touche l'agilité, c'est-à-dire se pencher, s'habiller, se mettre au lit, saisir ou tenir un objet et prendre sa nourriture ou la couper.

Mais toutes les personnes âgées ne souffrent pas d'une incapacité fonctionnelle, même celles du cinquième âge, loin de là. Approximativement la moitié des personnes de 85 ans et plus mentionnent une limitation quelconque de leurs activités quotidiennes. Cela signifie que la moitié des personnes de cet âge ne présentent pas de tels problèmes. La grande majorité des personnes souffrant d'incapacités décèdent avant l'âge de 85 ans.

Il est important de comprendre que, chez les personnes du cinquième âge qui ne vivent en centre d'hébergement, le degré d'incapacité n'est pas de 100%. Les problèmes physiques ou les maladies qui conduisent le plus souvent à l'incapacité physique sont l'arthrite, l'arthrose et les maladies cardiovasculaires, notamment des formes chroniques de cardiopathies et l'hypertension. Les femmes courent plus de risques d'être atteinte d'arthrite et, jusqu'à un certain point, d'hypertension que les

hommes. C'est pourquoi on remarque que les femmes sont souvent incapables d'effectuer les différentes tâches de la vie quotidienne nécessaires à leur autonomie (Helen Bee-Denise Boyd, 2003, pp 421-422-430)

### 1-1-3-Fonctions motrices :

La combinaison des changements physiques associés au vieillissement produit une diminution de l'endurance, de la dextérité et de l'équilibre. La perte d'endurance survient en grande partie à cause des changements dans les systèmes cardiovasculaire et musculaire. La dextérité est réduite principalement à cause de l'arthrite qui s'installe dans les articulations. Les adultes d'âge avancé éprouvent également plus de difficulté avec les mouvements de motricité fine.

Cependant, cette difficulté apparaît généralement de façon graduelle, exception faite des habiletés qui sont exercées, telle que l'écriture. Il semble que certaines activités de motricité fine, particulièrement celles qui requièrent l'apprentissage de nouveaux mouvements soient difficiles à exécuter pour les adultes d'âge avancé.

La diminution de l'équilibre constitue un autre changement appréciable des fonctions motrices.

- **Santé :** Les changements physiques et les mauvaises habitudes de vie finissent par se retourner contre l'individu et contribuent largement à l'augmentation des troubles de santé et des incapacités après l'âge de 65 ans. Les personnes âgées elles-mêmes sont très conscientes de cette augmentation.

Une mauvaise santé se manifeste de différentes façons. Chez certaines personnes (surtout chez les hommes) elle se traduit par l'apparition et l'évolution rapide d'une maladie mortelle, notamment un cancer ou une crise cardiaque. D'autres (plus souvent chez les femmes) présentent des symptômes de maladie pendant une

plus longue période, et ces symptômes entraînent parfois diverses incapacités physiques, mineures ou majeures.

#### **1-1-4-Santé mentale :**

La grande majorité des cas de démence sont dus à des maladies physiques. Il ne s'agit donc pas vraiment de troubles psychologiques ni de troubles affectifs. La dépression, qui est un trouble psychologique, se traduit parfois par des symptômes de démence, mais la plus part des individus déprimés ne manifestent pas les signes d'une démence prononcée.

#### **Incapacités mentales :**

Le problème de santé mentale à l'âge adulte avancé le plus connu aujourd'hui est sans aucun doute la démence. Ce qu'on appelle la démence est en fait un désordre neurologique engendrant des problèmes au niveau de la mémoire et de la pensée qui perturbent le fonctionnement émotionnel, social et physique de la personne atteinte. Après 70 ans, la démence est habituellement appelée démence sénile. La démence constitue la première cause du déplacement dans un centre d'hébergement des adultes d'âge avancé (**Helen Bee-Denise Boyd, 2003, PP 422...431**).

#### **2-Développement cognitif :**

L'âge adulte avancé peut être considéré comme la période durant la quelle ces capacités commencent à décliner. Chez les adultes du troisième âge (65 à 75ans), ces changements demeurent relativement faibles et certaines capacités, telles que la richesse du vocabulaire, déclinent peu ou pas du tout, par contre, les personnes du quatrième et du cinquième âge présentent un déclin moyen de presque toutes les habiletés intellectuelles. On observe un déclin particulièrement marqué lorsque l'on évalue la vitesse ou les habiletés non exercées.

**2-1-La mémoire :** Les pertes de mémoire sont plus fréquentes avec l'âge. Les adultes âgés ont une capacité de mémorisation équivalente à celle des jeunes adultes (Helen Bee-Denise Boyd, 2003, pp 433,434).

### **3-Développement de la personnalité :**

Les changements physiques et cognitifs qui se produisent à l'âge adulte avancé sont parfois tellement frappants qu'ils font nécessairement l'objet de toutes les discussions portant sur les dernière années de la vie. Les changements qui surviennent dans les rôles et les relations sociales sont probablement tout aussi étonnants. Si le début de l'âge adulte constitue la période où l'on acquiert des rôles complexes qui exigent beaucoup de temps et que l'âge adulte moyen est le moment où l'on redéfinit et réorganise ces rôles, l'âge adulte avancé est la période où l'on doit renoncer à plusieurs de ces rôles.

### **3-1- Changements de rôles :**

Les changements physiques et cognitifs qui touchent l'âge adulte avancé entraînent de nombreux changements de rôles au cours de cette période. Certains changements de rôles sont cependant dus à l'âgisme, une forme de discrimination. Les rides et les cheveux gris sont souvent à l'origine de jugements négatifs concernant les compétences des personnes âgées. Plus une personne a l'air vieux, plus des stéréotypes à son sujet sont négatifs, et les femmes âgées sont plus souvent victimes de ces stéréotypes que les hommes âgés. Par conséquent, les adultes d'âge avancé peuvent être injustement forcés d'abandonner certains rôles au profit d'adultes plus jeunes.

De façon surprenante, les adultes d'âge avancé sont plus susceptibles que les jeunes adultes de colporter de tels stéréotypes associés à l'âge. En fait, certaines données de recherche donnent à penser que les adultes d'âge avancé seraient plus souvent victimes de préjugés de la part de leurs pairs que de la part de jeunes adultes. De plus, les croyances entretenues par un adulte d'âge avancé au sujet de sa propre

compétence ou de son attrait sont tout aussi importantes dans sa décision de se retirer de certains rôles que les préjugés des autres.

Les rôles que l'on continue à assumer à l'âge avancé sont beaucoup moins importants et comportent moins de responsabilité ou d'attentes (**Helen Bee-Denise Boyd, 2003, P 444**).

Les changements physiques et cognitifs qui touchent les adultes avancé entraînent des préjugés et des stéréotypes concernant les capacités de cette tranche mais les plus touché sont les femmes.

### **3-2-Perspectives théoriques :**

Si l'on peut décrire les changements de la personnalité au début de l'âge adulte comme une « individuation » et ceux de l'âge adulte moyen comme un « adoucissement », comment peut-on qualifier ceux qui se produisent à l'âge adulte avancé.

#### **3-2.1-Développement psychosocial d'Erikson :**

Erikson a nommé le huitième et le dernier stade du développement psychosocial, le stade de l'intégrité ou du désespoir. Il pensait que l'atteinte de l'intégrité, c'est-à-dire le sentiment d'avoir eu une vie remplie et utile, commençait à l'âge adulte moyen, mais qu'elle caractérisait davantage l'âge adulte avancé. Pour atteindre l'intégrité, l'adulte d'âge avancé doit s'accepter tel qu'il est et tel qu'il a été. Il doit aussi accepter la mort et son caractère inéluctable. Erikson stipule que l'échec dans l'atteinte de ce stade à l'âge adulte avancé se traduit par un sentiment de désespoir, en raison du peu de temps qui reste pour faire des changements avant la mort (**Helen Bee-Denise Boyd, 2003, p** ).

La vieillesse selon Erikson se caractérise soit par l'intégrité du Moi ou par le désespoir. Lorsque les réalisations de l'individu répondent à ses attentes antérieures, de sorte que l'écart entre son Moi réel et l'idéal de ce Moi est faible, il connaît ce

qu'Erikson appelle l'intégrité du Moi et il se trouve raisonnablement heureux et satisfait de lui-même et de ses réalisations.

En revanche, la personne âgée qui a l'impression de ne pas avoir été à la hauteur de ses attentes sombre dans le désespoir parce qu'elle se rend compte que d'année en année, ses chances d'atteindre ses buts deviennent de plus en plus minces. (**Elizabeth B Hurlock, 1978, p 363**).

### **3-2.2-Approche de Butler : réminiscence et rétrospection :**

La réminiscence fait partie des tâches du développement de l'âge adulte avancé et constitue une condition de l'atteinte de l'intégrité. Ainsi, pour qu'une personne adopte un point de vue positif sur sa vie, il serait essentiel qu'elle se penche sur son passé, qu'elle évalue ses expériences et ses conflits non résolus et qu'elle fasse un bilan de sa vie qui lui procure un sentiment de satisfaction ; la rétrospection selon Robert Butler.

L'objectif de la réminiscence chez la personne âgée est de communiquer et de transmettre leur expérience aux adultes plus jeunes. En fait, les personnes âgées qui considèrent la réminiscence comme faisant partie d'un processus intergénérationnel l'utilisent plus souvent que les personnes âgées qui ne partagent pas cette opinion.

Plusieurs études ont démontré que cette approche peut améliorer la satisfaction de vivre chez les personnes âgées qui demeurent en centre d'hébergement. De plus, des thérapies qui s'appuient sur la structure de la réminiscence ont connus de succès dans le traitement de la dépression chez les personnes âgées.

### **3-2.3-Approche du vieillissement réussi :**

On dit que le concept du vieillissement réussi est un paradigme, car il comporte des modèles et des exemples d'un vieillissement réussi. Plutôt que de présenter une théorie du développement, le paradigme du vieillissement réussi propose une manière de réfléchir à l'âge adulte avancé et d'observer la façon dont les décisions et les comportements du passé favorisent la qualité de vie.

- **Demeurer alerte et en bonne santé :** Les habitudes de vie saines adoptées tout au long de la vie favorisent le vieillissement réussi, de même que les réactions particulières des individus aux maladies qu'ils contractent au cours de leur vieillesse. Les personnes qui croient pouvoir atteindre les objectifs visés semblent les plus disposées à suivre les conseils de leur médecin pour recouvrer un fonctionnement optimal. Il n'est pas surprenant de voir que ce sont ces personnes qui profitent le mieux de la réadaptation.
- **Maintenir ses habiletés cognitives :** Le maintien du fonctionnement cognitif chez les personnes âgées semble être associé à l'instruction. Les personnes qui présentent le moins grand déclin cognitif sont les plus scolarisées, les personnes d'âge avancé peuvent croire qu'elles ne sont pas capables d'apprendre aussi bien que les jeunes personnes et, par conséquent, elles conservent leurs routines. Cependant, selon les neuropsychologues, cette réticence face à l'apprentissage pourrait effectivement favoriser le déclin cognitif
- **S'engager socialement :** L'interdépendance sociale et la participation à des activités productives sont très importantes dans le vieillissement réussi. Par exemple, les personnes qui résident dans des foyers pour personnes âgées se disent plus satisfaites de leur vie quand elles ont des rapports fréquents avec leur famille et leurs amis. De la même manière, chez les personnes âgées qui présentent des incapacités, la fréquence des rapports avec la famille et les amis est associée à une diminution du sentiment de solitude.

Les personnes âgées qui jouissent d'une bonne santé sont naturellement les plus disposées à s'engager socialement.

- **Rester productif :** La participation à un réseau social peut être une manière importante de rester productif, particulièrement pour les adultes d'âge avancé qui sont à la retraite. Certains adultes d'âge avancé demeurent productifs en s'engageant dans de nouveaux projets, comme des cours de musique, des cours de peinture ou de sculpture. Les artistes d'âge avancé affirment que la pratique

de l'art les aide à rester en bonne santé, ainsi la productivité créative peut aider les adultes d'âge avancé à rester optimistes, ce qui favorise la bonne santé physique.

**Se sentir satisfait de vivre :** La satisfaction de vivre, ou le sentiment de bien-être, est un aspect important du vieillissement réussi. La perception qu'une personne a de sa situation constitue un facteur important lié à la satisfaction de vivre. La satisfaction personnelle par rapport au soutien social et au revenu joue également un rôle considérable (**Helen Bee-Denise Boyd, 2003, pp 444...449**).

**Erikson** a nommé le dernier stade du développement le stade de l'intégrité et du désespoir car le vieux aura l'un de ces deux sentiments et pour avoir l'intégrité le vieux doit s'accepter tel qu'il est et tel qu'il a été, mais **Butler** voit qu'on ne pourra pas atteindre l'intégrité sans évaluer notre vie et l'un des conditions de cette intégrité est la réminiscence car elle renforce communication entre les générations, cependant **le paradigme du vieillissement réussi** insiste que .les personnes âgées doivent continuer leurs vie de la même façon qu'il étaient plus jeunes et cela en demeurons en bonne santé, avoir la volonté d'apprendre, être sociale en participant à des activités productives et des nouveaux projets et bien sûr être satisfait de leurs vies.

**Tableau N° 01 :**

**Indicateurs de la satisfaction de vivre à l'âge adulte avancé :**

<b>Facteurs démographiques</b>	
Revenu/Classe sociale	Les personnes très pauvres sont moins heureuses et moins satisfaites de leur vie « la richesse est comme la santé, son absence peut porter la misère, mais le fait d'être riche n'est pas une garantie de bonheur »

Etudes	Les personnes qui ont un degré de scolarité élevé sont légèrement plus satisfaites que les autres, mais la différence est minime.
Sexe	Malgré la plus grande fréquence de douleurs et souffrances chez les femmes âgées il n'y a pas de différences entre les sexes sur le plan de la satisfaction de vivre ou de bonheur.
Situation de famille	Les personnes mariées déclarent éprouver une plus grande satisfaction.
<b>Qualités personnelles</b>	
Personnalité	Les personnes extraverties et celles qui présentent une faible tendance à la névrose éprouvent une plus grande satisfaction devant la vie
Sentiment de maîtrise	Plus le sentiment de maîtrise est grand, plus le degré de satisfaction est élevé. Le degré objectif de maîtrise peut diminuer avec l'âge.
Interactions sociales	Les personnes qui ont un plus grand nombre de relations sociales, particulièrement les relations intimes et de soutien, éprouvent une plus grande satisfaction.
Santé	Les personnes qui ont une meilleure perception de leur santé sont plus

	satisfaites.
Religion	Les personnes croyantes se disent également satisfaites.
Changements de vie négatifs	Plus une personne âgée a vécu récemment des changements de vie négatifs, plus elle risque de présenter un faible degré de satisfaction.

➤ **Critiques du paradigme du vieillissement réussi :** Les critiques du paradigme du vieillissement réussi affirment que ce concept peut être trompeur car ce paradigme pourrait devenir un nouveau genre de stéréotypes de l'âgisme qui qualifierait d'incompétents les adultes d'âge avancé qui présentent les incapacités. Ces critiques affirment que, pour beaucoup de personnes âgées, l'absence d'optimisme, de volonté d'adaptation, de soutien social ou de participation à des activités stimulantes sur le plan intellectuel peut réduire leurs limites physiques.

Ainsi ces critiques soulignent que représente ce paradigme qui donne à l'individu une fausse impression de contrôle de tous les effets du vieillissement (**Helen Bee-Denise Boyd, 2003, p 450**).

### 3-3- Développement des relations sociales :

Les deux éléments qui ont attiré notre attention lorsque nous analysons les modèles des relations à l'âge adulte avancé sont :

Premièrement, on remarque la continuité des modèles de relations établies au cours des périodes précédentes. Les femmes étendent leur réseau d'amies intimes et jouent leur rôle d'organisatrice familiale ; les hommes comptent encore sur leur femme comme confidente.

Deuxièmement, il est étonnant d'observer cette continuité, malgré le vieillissement considérable du réseau social des personnes âgées. La majorité des femmes âgées sont veuves ; les amis, les frères et les sœurs des personnes âgées meurent les uns après les autres. Cependant la plupart des personnes âgées s'adaptent d'une manière remarquablement efficace à ces changements et conservent des contacts sociaux tout au long de leur vie. Elles rendent visite à leurs parents et amis, vont à l'église ou participent à d'autres activités. Le facteur qui limite le plus souvent les activités sociales à l'âge adulte avancé est une invalidité physique, plutôt que la mort du conjoint ou des proches.

### **3-1-1-Relations familiales :**

La famille et en particulier les enfants et les petits-enfants, forment le centre de la vie sociale des personnes âgées, surtout des veuves. Certaines données confirment ce point de vue, mais curieusement, d'autres l'infirmement. Les personnes âgées décrivent leurs liens affectifs intergénérationnels comme étant chaleureux et importants ; la plupart mentionnent un sentiment de solidarité et la présence d'un soutien familial. Ces liens affectifs sont exprimés notamment par des contacts réguliers entre les personnes âgées et les membres de leur famille

### **Relation avec les enfants adultes :**

Les relations entre les parents âgés et leurs enfants ne se limitent pas à un simple échange de services. Une partie importante des interactions est autant de nature sociale que fonctionnelle. De plus la majorité des personnes âgées décrivent en termes positifs leurs relations avec leurs enfants devenus adultes. La plus part d'entre eux ne voient pas seulement leurs enfants par obligation ou devoir, mais aussi parce qu'ils trouvent ces contacts agréables.

Effets de ces relations : Certaines études indiquent que les relations intimes et harmonieuses entre les adultes d'âge avancé et leurs enfants constituent plus que tout autre, le facteur déterminant de la satisfaction de vivre chez les adultes d'âge avancé. D'autres études, au contraire, notent que les adultes âgés qui voient souvent leurs enfants ou qui affirment avoir avec eux des relations positives ne se décrivent pas comme des personnes plus heureuses ou en meilleure santé que ceux qui ont des contacts moins fréquents ou moins positifs avec leurs enfants. Dans ces études, les adultes d'âge avancé affirment qu'ils apprécient le contact régulier avec leurs enfants, mais ce contact ne semble pas accroître leur satisfaction de vivre ou améliorer leur santé. De plus, des études démontrent que les personnes âgées sans enfant semblent aussi heureuses et s'adaptent aussi bien à l'âge adulte avancé que les personnes âgées qui ont des enfants.

La qualité de vie d'une personne âgée peut être améliorée par de bonnes relations régulières avec ses enfants adultes, mais que celles-ci ne constituent pas une condition nécessaire.

### **3-3-2-Relation avec les amis :**

À l'âge adulte avancé, la plupart des amis intimes sont des amis de longue date qui appartiennent à la même cohorte, il semble que le nombre d'amis diminue après l'âge de 65ans. Cependant, l'amitié gagne en importance au fur et à mesure qu'elle diminue en nombre. En outre, les contacts avec les amis, contrairement aux contacts avec les membres de la famille, semble avoir un effet marquant sur la satisfaction de vivre, sur l'estime de soi et sur le sentiment de solitude à l'âge adulte avancé. On observe ces effets chez les personnes âgées mariées, mais plus particulièrement chez les personnes âgées célibataires.

À l'âge adulte avancé, les amis nous tiennent compagnie, nous font rire et participent à nos activités. Dans une étude Canadienne les amis occupaient la

deuxième place, après le conjoint, comme source de camaraderie chez les personnes de plus de 65ans (**Helen Bee-Denise Boyd, 2003, pp 451...455**).

Malgré la mort du conjoint, enfants ou parents les personnes âgées s'adaptent à ces changements et conservent les relations sociales, ils trouvent un grand plaisir en passant leurs temps avec leurs enfants qui jouent un grand rôle pour assurer l'optimisme de leurs parents âgés, même si le nombre d'amis diminue avec le temps mais l'amitié gagne toujours d'importance car ces amis sont de la même génération et participent aux mêmes activités.

### **Conclusion :**

Puisque la famille joue un rôle primordial dans la construction de la personnalité d'un enfant et l'âge adulte avancé est considéré comme l'enfance car les comportements des sujets âgés sont comme ceux des enfants.

Sans compter la situation mentale dans laquelle ces personnes âgées vivent qui est en état de perturbation à cause des conflits de génération et des troubles psychiques qui touchent cette tranche d'âge, une personne âgée a tout à fait besoin de soutien familial afin de ressentir qu'il est en toute sécurité dans le but de pouvoir vivre en bon état moral et de santé.

**PARTIE  
PRATIQUE**



# **LA METHODOLOGIQUE DE LA RECHERCHE**

Préambule

1-Pré-enquête

2-présentation de lieu de stage

3-La méthode utilisée

4-L'échantillonnage

5-Les techniques utilisées

Conclusion

**Préambule :**

Ce chapitre est relatif à la méthodologie de la recherche qu'on a consacré pour montrer les différentes étapes suivi dans notre recherche afin d'améliorer et d'élargi notre travail. Dans ce chapitre on va présenter le lieu d'étude, la méthode utilisé (la méthode descriptive), l'échantillonnage (la population mère et la population d'étude), les techniques utilisées (la pré-enquête, un entretien et une échelle de dépression) ainsi que les difficultés rencontrées durant notre recherche.

**1- La pré-enquête :**

Avant d'entamer notre enquête on a préparé nos questions d'entretien et on s'est adressé vers le centre des personnes âgées afin de savoir la possibilité de reprendre chez ces gens âgés.

Cette pré-enquête est faite au sein du centre des personnes âgées de Dely Ibrahim d'Alger, où on a rencontré quelques sujets avec qui on a discuté sur la réalité et le but de notre recherche, mais malgré que ces sujets ont été coopératives avec nous mais on a rencontré des difficultés de compréhension puisqu'on a des sujets illettrés surtout des difficultés de la langue où on a essayé de traduire les questions en arabe et de les faciliter au maximum afin de pouvoir faire comprendre nos questions à ces vieilles.

À la fin de notre pré-enquête on a réussi à récolté quelques informations sur la situation des sujets qui nous a permis d'avoir des idées sur l'enchaînement des questions et aussi nous a aidé à choisir notre échantillonnage.

**2-Présentation du lieu d'étude:****2-1-Historique :**

Le centre a été ouvert par la wilaya d'Alger en 1963 pour accueillir les personnes démunies et sans domicile fixe.

En 1968, il devint centre féminin pour accueillir les mères célibataires et divorcées avec enfants.

En 1980, création du foyer pour personnes âgées ou handicapées. (Décret 80 /82 du 15/03/1980).

Les mères célibataires et divorcées avec enfants, ne remplissant pas les conditions, ont bénéficié de logements dans les wilayas d'Alger et de Blida, et les malades mentaux furent transférés vers les hôpitaux psychiatriques d'Alger, Oran, Tizi ouzou et Blida.

**2-1-2Dénomination** : Foyer pour personnes âgées, est un établissement public à caractère administratif.

Date de mise en fonctionnement :

- Créé en vertu du décret N° 80 – 82 du 15 Mars 1980.
- Statut : N° 80 -82 du 15 Mars 1980.
- Décret régissant l'établissement : décret N° 12-113 du 7 Mars 2012 (abrégeant l'ancien décret)

**Implantation de l'établissement** : Route Larbi Boukena (Ex Monument), Dely-Ibrahim mitoyen au SAMU social, Alger.

**Personnel encadreur** : **-Personnel administratif et de soutien :**

- Administration : 09
- Soutien : Titulaire : 23, contractuel : 28.
- Agents prévention et sécurité : 04.

**-Personnel technique et pédagogique:**

- 02 psychologues dont une détachée sur le ministère.
- 01 éducateur en chef.
- 03 éducateurs spécialisés.

- 01 assistante sociale.
- 01 médecin de la santé publique.
- 02 infirmiers.

### **Prise en charge :**

#### **A/ Hygiène :**

- Bain quotidien des pensionnaires grabataires et 03 fois par semaine pour les valides et handicapés moteurs.
- Toilette quotidienne.

#### **B/Prise en charge médicale :**

- Assurée par le médecin généraliste de l'établissement.
- Une consultation une fois par semaine assurée par un médecin psychiatre.
- Bilans et radios.
- Hospitalisation.
- Evacuation sur d'autres structures hospitalières spécialisées pour consultations.
- Rééducation fonctionnelle.

#### **C/Prise en charge sociale :**

- Enquête sociale.
- Démarches administratives au profit des pensionnaires.
- Réinsertion des pensionnaires auprès de leurs familles.

#### **D/Prise en charge psychopédagogique :**

- La psychologue : Assure les consultations et soutiens psychologiques ; entretien clinique, technique d'écoute, psychothérapie de soutien et relaxation.
- Encadre les étudiants des universités.

- Les éducateurs participent à l'élaboration et l'exécution des programmes d'activité occupationnelle telle que la broderie, la couture, crochet et activité culinaire, tissage, peinture sur tissu, coiffure et jardinage.

### **Les ateliers existants :**

- Jardinage.
- Activités sportives (pratiqué dans une salle de sport équipée en matériel adapté).
- Activité culinaires.
- Couture.
- Divertissement : Contes, musique et après midis récréatifs.
- Alphabétisation.
- Animation culturelle.
- Sorties (excursions, thermalisme, marché, réception etc.).

**Superficie du BATI** : 2000 M<sup>2</sup>.

**Nature du patrimoine** : Domanial.

**Nombre de chambres** : 24 chambres de 04 lits.

**Mission** : Accueille les personnes âgées plus de 65 ans sans soutien familial ni ressources ainsi que les handicapées et infirme moteur âgées de plus de 15ans sans soutien familial ni ressources et reconnues inaptes à une rééducation professionnelle.

### **2-1-3 Critères d'admission :**

- Les personnes âgées plus de 65 ans sans soutien familial ni ressources.
- Les handicapés et infirmes moteurs âgées de plus de 15 ans sans soutien familial ni ressources et reconnues inaptes à une rééducation.

**Capacité d'accueil** :      **Théorique** : 100      **Réel** : 73

**Régime** : Internat      **Liste d'attente** : 07

### **Nombre de malades chroniques :**

- Hypertendus : 21.
- Diabétiques : 07.
- Epileptiques : 04.

### **3-La méthode utilisée :**

**La méthode** : est un ensemble de démarches que met en œuvre un chercheur, pour découvrir et vérifier des connaissances, ou un praticien pour résoudre un problème concret à partir des connaissances existantes (**Henriette Bloch & all, 2003, p 467**).

Est l'ensemble des étapes et procédés suivi par le chercheur afin d'atteindre l'objectif de la recherche.

#### **3-1-La méthode descriptive:**

Les recherches en psychologie clinique font principalement appel aux méthodes descriptives qui englobent l'étude du cas, l'observation systématique ou naturaliste, la méthode normative développementale et l'enquête.

Elles interviennent en milieu naturel et tentent de donner à travers cette approche une image précise d'un phénomène ou d'une situation particulière.

L'objectif de cette approche n'est pas d'établir des relations de cause à effet, comme c'est le cas dans la démarche expérimentale mais plutôt d'identifier les

composantes d'une situation donnée et, parfois, de décrire la relation qui existe entre ces composantes (Khadija Chahraoui, Hervé Bénony, 2003, p 125).

La méthode utilisée durant notre recherche est la méthode descriptive, on a choisi cette méthode car l'utilisation de cette dernière nous a permis de connaître la réalité psychique dont la quelle vivaient ces personnes âgées

#### 4-L'échantillonnage :

##### 4-1-La population mère :

- **Tableau N° 02 :** Présentation de nombre des résidentes dans le foyer pour personnes âgées de Dely Ibrahim Alger.

##### Population mère par tranches d'âge et type d'handicap :

Type d'handicaps Tranches d'âges	Valide	polyhandicapées	Handicapées moteur	Malades mentales	Handicapées mentales	Handicapées sensorielles	Séniles	total
De 51 à 60 ans	00	02	03	09	04	01	00	19
De 61 à 70 ans	03	01	03	04	00	01	00	12
De 71 à 80 ans	06	02	01	08	00	00	00	17
De 81 à 90 ans	01	01	01	00	00	00	02	05
De 91 ans et plus	01	00	00	00	00	00	01	02
Total	11	06	08	21	04	02	03	55

Notre population mère est de sexe féminin et se compose de 55 cas entre 51 ans et 100 ans.

**4-2-L'échantillon :**

➤ **Tableau 03 :** La présentation de l'échantillon.

Les cas	Le nom	L'âge	Situation familiale	Niveau d'instruction
1 <sup>ier</sup> cas	Alia M	65 ans	célibataire	Illettrée
2 <sup>ème</sup> cas	Khadîdja H	77 ans	Divorcée	Primaire
3 <sup>ème</sup> cas	Nadia C	72 ans	Veuve	Primaire
4 <sup>ème</sup> cas	Ghania z	65 ans	Célibataire	illettrée
5 <sup>ème</sup> cas	Louiza M	70 ans	Divorcée	Illettrée
6 <sup>ème</sup> cas	Fatma C	67 ans	Veuve	Lycée
7 <sup>ème</sup> cas	Ghania G	85 ans	Veuve	Lycée

D'après ce tableau on remarque que notre population d'étude se compose de sept (7) cas qui sont tous du sexe féminin, sont entre 65 ans et 85 ans qu'on a choisi premièrement suite à notre sujet d'étude qui se centre sur cette tranche d'âge, puis à quelques caractéristiques telles que leurs situation stressante et triste ainsi que leur vie bouleversée.

**5-Les techniques utilisées:**

Pour mieux cerner notre étude on a utilisé quelques techniques telle que l'étude de cas, l'entretien qui nous a permis d'avoir accès aux informations subjective de notre échantillon d'étude, analyse de cas et échelle de dépression de Beck.

**5-1-L'étude de cas :**

Dans notre recherche on a adopté la méthode d'étude de cas qu'on peut définir comme :

L'étude de cas fait partie des méthodes descriptives et historiques. Elle consiste en une observation approfondie d'un individu ou d'un groupe d'individus. L'étude de cas est naturellement au cœur de la méthodologie clinique.

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 de survenue actuelles et passées. Pour cela, il rassemble un grand nombre de données issues des entretiens avec le sujet mais également d'autres sources, bilans d'exams psychologiques, témoignages des proches et des soignants.

L'étude de cas ne s'intéresse pas seulement aux aspects sémiologiques mais tente de resituer le problème d'un sujet dans un contexte de vie où sont pris en compte différents niveaux d'observation et de compréhension. De l'ensemble de ces données descriptives, le clinicien essaie de suggérer des hypothèses sur l'origine de la conduite.

L'étude de cas sert à accroître les connaissances concernant un individu donné et permet de regrouper un grand nombre de données issues de méthodes différentes afin de comprendre au mieux le sujet de manière globale en référence à lui-même (**Khadija Chahraoui, Hervé Bénony, 2003, pp 125- 126**).

### **5-2- L'entretien clinique:**

L'entretien n'est pas un interrogatoire mais une écoute, le sujet doit être placé, le plus possible, à l'aise.

Les conditions matérielles (temps, lieu, distance) ou affective (disponibilité, authenticité, empathie) revêtent une importance extrême. La durée peut aller de quelques minutes à une heure, mais il ne convient de ne jamais dépasser cette limite. Le patient doit disposer de la liberté d'organiser spontanément son mode d'expression relationnelle. Bien sûr, le patient à nous eu entretenir quand il veut et comme il veut (**J. Bergeret, 2004, p 01**) .

L'objectif principal de l'entretien clinique est d'obtenir des informations sur le fonctionnement psychique du sujet dans sa globalité et son individualité (**Khadija Chahraoui, Hervé Bénony, 2003, p 32**).

Notre entretien clinique se compose d'informations personnelles en premier lieu et de deux (2) axes

Le premier axe est divisé en deux pôles, l'humeur qui se compose de douze (12) questions et les comportements des personnes âgées qui se compose de quatre (4) questions

Le deuxième axe concerne l'investissement de l'objet et relation avec la famille qui est composé de six (6) questions

**5-3-Une échelle :** Notion concernant la mesure en psychologie et utilisée lorsque ce qui est mesuré est ordonnable en une suite de niveaux se succédant progressivement (**Henriette B & all, 2003, p 254**).

Est un ensemble des modalités ou des valeurs observables d'une certaine variable.

En ce qui concerne l'échelle des troubles de l'humeur on a le MDQ (Mood Disorder Questionnaire) mais comme on n'a pas trouvé son manuel on a choisie l'échelle de dépression de Beck car ses axes sont approximatifs à ceux de notre recherche comme la tristesse, les pleurs, les modifications de l'appétit et dans les attitudes de sommeil...etc.

### **L'échelle de dépression de Beck :**

L'inventaire de dépression de Beck (« Beck Depression Inventory », BDI), a été publié pour la première fois en 1961 par le psychiatre Aaron T. Beck et révisé en 1996 (BDI-II) pour tenir compte notamment des critères diagnostiques actuels de la dépression. L'utilisation de ce test est répandue dans la recherche et la pratique médicales et psychologiques.

Il est un questionnaire d'auto-évaluation destiné à mesurer la sévérité de la dépression chez les sujets à partir de 16 ans. Il est composé de 21 items, il a été élaboré pour évaluer les symptômes correspondants aux critères diagnostiques des troubles dépressifs selon le DSM- IV.

**a) Utilisation clinique :**

Bien que le BDI-II soit facile à administrer et à coter, seul des professionnels possédant une bonne expérience clinique devraient l'interpréter. Le psychologue devra respecter rigoureusement les principes éthiques qui régissent l'utilisation de tests. La dépression pouvant être accompagnée de risque suicidaire chez les patients psychiatriques, le clinicien doit être très attentif aux résultats di BDI-II afin de proposer des interventions thérapeutiques appropriées si cela s'avère nécessaire (Beck & all, 1961, p 6).

**b) Considérations générales :**

L e BDI-II est facile à administrer. La passation doit être effectuée dans un endroit bien éclairé et suffisamment calme pour que le sujet puisse se concentrer. Il est préférable d'évaluer, avant la passation si un patient est en état de lire et de comprendre les items. Cependant, les items du test peuvent être lus à haute voix par le clinicien si le sujet présente des difficultés de lecture ou des problèmes de concentration.

**c) Temps de passation :**

En général, 5 à 10 minutes suffisent pour compléter le protocole, mais des patients souffrant d'une dépression sévère ou de troubles obsessionnels peuvent prendre plus de temps.

**d) Auto-administration :**

Concernant les consignes du BDI-II, on doit demander au sujet de choisir l'énoncé qui décrivait le mieux son état d'esprit « au cours de la dernière semaine, y compris aujourd'hui ». La période a été élargie à deux semaines pour BDI-II, afin d'être en accord avec les critères de dépression majeure de DSM-IV.

**e) Cotation :**

La note au BDI-II est obtenue en additionnant les indices numériques des 21 items, chaque item étant coté de 0 à 3 points. Si un sujet a donné plusieurs réponses à un item, choisir l'indice le plus élevé. La note brute maximale est de 63.

Il faut faire attention aux items N° 16 « Modification dans les habitudes des sommeils » et l'item N° 18 « modification de l'appétit », pour lesquels 7 réponses sont possible (0, 1a, 2a, 3a, 3b) afin d'évaluer l'augmentation ou la diminution dans ces comportements, pour établir un diagnostic, le clinicien devra être attentif au sens dans lequel va ce symptôme.

**f) Les normes de la dépression :** Elle se présente comme suite :

- 0-10 : dépression minime.
- 11-19 : dépression légère.
- 20-27 : dépression modérée.
- 28-63 : dépression sévère

**g) L'interprétation des notes :**

Dans l'interprétation des notes au BDI-II, il faut garder à l'esprit que les réponses du sujet peuvent être biaisées, comme pour tout questionnaire d'auto-évaluation. En effet, certains sujets peuvent avoir tendance à déclarer sujets auront tendance à nier leurs symptômes et donc à abaisser leur note. De plus, le BDI-II permet de mettre en évidence un degré de dépression, et non de poser un diagnostic de dépression. Seul un examen clinique permet d'établir un tel diagnostic et d'évaluer la gravité de cette dépression (Beck .A, 1998, p 10).

**Les difficultés rencontrées durant la recherche :**

Durant notre recherche on a rencontré quelques difficultés tel que :

- le manque de la documentation.
- l'insuffisance du temps.
- les difficultés à se déplacé au lieu de stage qui est loin.
- on était aussi obligé de faire des traductions car nos cas ne comprennent pas la langue française.

**Conclusion :**

Pour conclure on peut dire que ce chapitre de méthodologie (méthode descriptive, entretien) nous a aidés pour mieux ordonné et organisé notre recherche et cela à partir du respect et de la succession de certaines étapes dans le déroulement et l'enchaînement de notre travail afin d'arrivé à des résultats, les quelles on analyse et on interprète pour arrivé au but de notre recherche qui est l'affirmation ou l'infirmerie de notre hypothèse.

**Préambule :**

Dans ce chapitre on va présenter ce qu'on a constaté à travers l'entretien et l'échelle de dépression de Beck effectué avec les sept (7) cas puis on va analyser et interpréter les résultats obtenues pendant notre recherche afin d'infirmier ou de confirmer notre hypothèse.

**Tableau N° 04 :** Récapitulatif des résultats obtenu dans notre étude effectuée sur une population :

Les cas	Niveau de dépression	Expression
Alia M	8/63	Dépression minime.
Khadîdja H	35/63	Dépression sévère.
Nadia C	23/63	Dépression modéré.
Ghania Z	34/63	Dépression sévère.
Louiza M	28/63	Dépression sévère.
Fatma Zahra C	30/63	Dépression sévère.
Ghania G	51/63	Dépression sévère.

Ce tableau représente nos cas cliniques, leurs niveaux de dépression ainsi que la catégorie où ils sont classés.

En analysons ce tableau on remarque que 75% de notre population d'étude ont une dépression sévère et dans les 25% qui reste on trouve dépression minime et dépression légère.

## 1-Présentation et analyse des cas cliniques :

### 1-1-premier cas « ALIA »

#### 1-1-1-L'analyse de l'échelle de Beck :

Les résultats d'**ALIA** sont placés dans la dépression minime d'un taux total de 07 sur les notes seuil qui est classé entre 0 et 10.

Selon l'échelle **ALIA** présente un ensemble de symptômes de trouble comme l'item N° 2 avec degré 2 en nous répondant qu'elle ne s'attend pas que les choses s'arrangent pour elle.

Dans l'item N° 16 on a le degré 2 où elle exprime une difficulté à s'endormir comme d'habitude car elle dort beaucoup moins que d'habitude.

**ALIA** présente aussi d'autres signes comme l'irritabilité qu'elle a plus que d'habitude qu'on trouve à l'item 17 avec un degré de 2 aussi l'item 20 et son degré 1 où elle dit qu'elle se fatigue plus facilement que d'habitude.

#### Résumé du cas :

D'après l'analyse de l'échelle **ALIA** a eu un score de 07 correspond à une dépression minime, qui nous permet de déduire que **ALIA** manifeste un trouble de l'humeur léger.

#### Tableau N°05 : Présentation de l'échelle de cas ALIA :

N° d'item	Item	Cotation	Expression
01	tristesse	0	Je ne suis pas triste
02	pessimisme	2	Je ne m'attends pas à ce que les choses s'arrangent pour moi
03	Echecs dans la passé	0	Je n'ai pas échouée dans ma vie
04	Perte de plaisir	0	Le plaisir que j'éprouve est toujours le

			même qu'avant
<b>05</b>	Sentiments de culpabilité	0	J'ai jamais fait quelque chose de mal pour être coupable
<b>06</b>	Sentiment d'être punie	0	Je n'ai pas le sentiment d'être punie
<b>07</b>	Sentiment négatif envers soi-même	0	J'ai des sentiments positifs envers moi pas négatifs
<b>08</b>	Attitude critique envers soi	0	Je ne me critique pas plus que d'habitude
<b>09</b>	Pensée ou désirs de suicide	0	je ne pense jamais à me suicider
<b>10</b>	Pleurs	0	Je ne pleur pas
<b>11</b>	Agitation	0	Je ne suis pas agitée
<b>12</b>	Perte d'intérêt	0	Mes intérêts sont les mêmes
<b>13</b>	Indécision	0	Je prends mes décisions comme avant
<b>14</b>	Dévalorisation	0	Je me sens valable
<b>15</b>	Perte d'énergie	0	Mon énergie n'a pas changé
<b>16</b>	Modifications dans les habitudes de sommeil	2-b	Je n'arrive pas à m'endormir comme d'habitude, je dors beaucoup moins que d'habitude
<b>17</b>	Irritabilité	2	Je suis trop irritable
<b>18</b>	Modifications de l'appétit	0	Mon appétit n'a pas changé
<b>19</b>	Difficulté à se concentrer	0	Je peu me concentrer comme avant
<b>20</b>	Fatigue	1	Je me fatigue facilement
<b>21</b>	Perte d'intérêt pour le sexe	0	Mon intérêt pour le sexe n'a pas changé

### **1-1-2-L'analyse de l'entretien clinique :**

#### **A/ Présentation du cas :**

**ALIA.M** âgée de 65 ans, est une femme célibataire sans enfants, elle n'était jamais scolarisée (illettré), elle vivait chez une famille qui n'est pas la sienne, elle est dans le centre depuis 9 ans.

Lors de la passation de l'entretien, **ALIA** était très coopérative avec nous, elle répondait à nos questions malgré sa douleur d'être dans le centre et de se sentir seule qu'on a observé dans l'expression de son visage (faciale).

**ALIA** était une fille adoptée depuis l'âge de 5ans, à cet âge là **ALIA** connaît que cette famille n'est pas la sienne mais ses membres ont lui donné l'affection et l'amour qu'elle n'a pas trouvée chez sa propre famille qu'elle ne connaît même pas mais ce n'est pas pour long temps car toutes ces valeurs vont disparaître avec la mort de l'adoptive, **ALIA** a considérée cet évènement la cause principale de sa situation aujourd'hui, quand l'adoptive est décédé **ALIA** avait des problèmes avec ses frères et leur femmes pour cela elle a préféré d'aller au centre des personnes âgées que de vivre avec ces problèmes infinis où elle a perdue son équilibre.

#### **B/ analyse de l'entretien :**

##### **➤ l'humeur :**

**ALIA** dit qu'elle ressentie de la tristesse pendant les premiers mois mais maintenant elle est plus heureuse et elle n'est pas inquiété de sa situation comme elle ne sentie pas ennui car la vie en paix au centre des personnes âgées est mieux de vivre avec des problèmes avec ses frères. **ALIA** n'a pas vraiment de l'espoir dans l'avenir car d'après ses dires il ne va pas s'arrangé. **ALIA** n'est pas une personne trop nerveuse ni exigeante soit avant de venir au centre soit dans le centre, elle dit qu'on est que des passagers dans la vie pour cela on doit vivre en paix.

**ALIA** dit qu'elle était triste de se séparer avec cette famille qu'elle a considérée comme sa propre famille et qu'elle est dessue de ses frères mais pas au grand degré car malgré tout se sont pas ses propre frères.

**ALIA** pense que les personnes qui se suicident ne sont pas en toute santé mentale car comme elles ont des problèmes sociaux elles ont aussi des troubles psychiques qui sont derrière leur suicide.

Elle dit aussi « malgré que je me suis habituée à vivre dans le centre et à subir tout ce qui se passe dedans mais ces dernières années je suis devenue très sensible mais j'ai de la confiance en moi.

➤ **les comportements :**

En ce qui concerne les comportements d'**ALIA** ils ne sont pas vraiment changés mais elle disait qu'elle a des problèmes de la mémoire car elle oublie mais pas de façon fréquente, sa nourriture n'a pas changée, mais elle éprouve des problèmes de sommeil « je ne dors pas comme d'habitude, je dors beaucoup moins »

➤ **informations concernant l'investissement d'objet et relations avec la famille :**

**ALIA** était une femme qui exprime ses douleurs avec les pleurs, elle dit « j'ai pleuré pendant des mois avant de venir au centre et même après car à ce moment là j'ai ressentie vraiment que je suis toute seule ; sans père, sans mère et même sans frères et sœurs mais maintenant je suis heureuse ».

Elle ajoute et dit ces derniers ont rien dit et ils ont accepté l'idée que je vis au centre afin d'éviter les problèmes mais cela n'exclus pas que j'ai trouvé le soutien familiale si je peu le dire car maintenant je considère le centre ma nouvelle maison

et ses membres ma famille et je peu dire que j'ai retrouvé mon équilibre là dans le centre.

**ALIA** a de bonnes relations sociales soit dans le centre ou avec des personnes étrangères.

### **Synthèse :**

Nous remarquons ici que notre patiente **ALIA** est stable, elle a pue s'habituer à la vie dans le centre malgré qu'elle vit avec des personnes étrange mais elle était toujours comme ça « donc ma vie n'a pas vraiment changé ».

On peut déduire que notre patiente ne souffre pas d'un grand trouble de l'humeur car sa vie n'a pas vraiment changé, elle était au courant qu'elle était adopté depuis le premier jour aussi grâce au suivi psychologique et aussi de l'assistante sociale qu'elle a pu dépasser ses douleurs.

## 1-2- deuxième cas « **Khadîdja H** »

### 1-2-1-L'analyse de l'échelle de Beck :

Les résultats de **Khadîdja** sont placés dans la dépression sévère d'un taux totale de 35 sur les notes seuil qui est classé entre 28 et 63.

Selon l'échelle **Khadîdja** présente un ensemble de symptômes de troubles comme l'item N° 01 et 02 avec un degré de 3 où elle dit qu'elle est triste au point insupportable et « où est l'avenir qui est resté, mon avenir est sans espoir, il me cache que de mauvaises choses, si la fille que j'ai considéré qu'elle est ma propre fille m'a trahit et m'a abandonné, qu'est ce que je vais espérer dans l'avenir ? ».

Dans l'item N° 7 avec un degré de 1 où elle exprime un sentiment négatif envers soi, si j'avais confiance en moi je ne serai jamais là, je suis là car j'ai perdu la confiance en moi totalement.

**Khadîdja** a d'autres symptômes tels que les pleurs (item N° 10) avec le degré 2, elle dit « la moindre petite chose me fait pleurer », notre patiente est très touchée par son passé, elle n'arrive pas à oublier la trahison de sa fille et aussi l'abandon de sa famille, la fatigue (item N° 20) et son degré 3 en disant qu'elle se fatigue tout le temps, **Khadîdja** n'a pas assez d'énergie pour faire grand-chose, ainsi que les troubles de sommeil avec un degré de 3 (item N° 16) et les troubles alimentaires de degré 2 (item N° 18) où elle répond « je me réveille plusieurs fois et je me rendorme pas aussi j'ai de l'appétit rarement ».

Elle dit que quand elle était avec sa fille tout était parfait mais maintenant j'ai perdue le goût de la vie.

**Résumé du cas :**

D'après l'analyse de l'échelle **Khadîdja** a eu un score de 35 qui correspond à une dépression sévère qui nous permet de déduire que **Khadîdja** manifeste un grand trouble de l'humeur.

**Tableau N°06 : Présentation de l'échelle de cas Khadîdja**

N° d'item	Item	Cotation	Expression
01	Tristesse	3	Je suis triste au point insupportable
02	Pessimisme	3	Où est l'avenir qui est resté, mon avenir est sans espoir, il me cache que de mauvaise chose
03	Echecs dans le passé	1	Puisque je suis là toute seule donc j'ai échoué
04	Perte de plaisir	2	C'est rarement que je trouve mon plaisir dans les choses qui me plaisent
05	Sentiments de culpabilité	0	J'ai rien fait du mal pour être coupable
06	Sentiments d'être punie	0	Les punitions sont pour les gens mal éduqué mais moi non
07	Sentiments négatifs envers soi-même	1	J'ai totalement perdu la confiance en moi
08	Attitude critique envers soi	1	Je me critique plus que le passé
09	Pensée ou désir de suicide	0	Je n'ai jamais pensé à ça et je ne le ferais jamais
10	Pleurs	2	La moindre petite chose me fait pleurer
11	Agitation	1	Ces jours je bouge trop, plus que les

			années précédentes
<b>12</b>	Perte d'intérêt	2	Je m'intéresse rarement
<b>13</b>	Indécision	1	Il me paraît un peu difficile de prendre une décision
<b>14</b>	Dévalorisation	2	Je me sens sans valeur par rapport aux autres
<b>15</b>	Perte d'énergie	3	Je n'ai aucune énergie pour faire la moindre chose
<b>16</b>	Modification dans les habitudes de sommeil	3-b	Je me réveille plusieurs fois et je ne me rendorme pas
<b>17</b>	Irritabilité	1	Je n'étais pas comme ça, je suis devenue un peu nerveuse
<b>18</b>	Modifications de l'appétit	2-a	J'ai rarement de l'appétit
<b>19</b>	Difficulté à se concentrer	1	J'éprouve quelques problèmes de concentration
<b>20</b>	Fatigue	3	Je suis tout le temps fatigué même si je fais de petite chose
<b>21</b>	Perte d'intérêt pour le sexe	3	Je n'ai aucun intérêt pour le sexe

### 1-2-2-L'analyse de l'entretien clinique :

#### A/ Présentation du cas :

**Khadîdja. H**, une femme âgée de 77ans divorcé sans enfants, elle a un niveau primaire, est dans le centre depuis un (1) an, comme **Khadîdja** n'avait pas d'enfant elle a préféré d'adopter une fille que de vivre seule toute sa vie et s'était le cas, elle

a adopté une à l'âge de 6 mois qu'elle a considéré comme sa propre fille, elle a tout fait pour son bien être pendant 25 ans, elle a préféré sa fille que sa famille.

**Khadîdja** avait des problèmes avec sa famille à cause de cette fille au point qu'elle s'est séparée avec eux mais malheureusement elle ne mérite pas ce que sa mère a fait pour elle car elle l'a trahit quand elle a vendu la seule maison que possède sa mère.

La conclusion de l'histoire **Khadîdja** est à la rue et sa fille à la prison

### **B/L'analyse de l'entretien :**

#### ➤ **L'humeur :**

**Khadîdja** souffre d'une grande douleur interne qui s'exprime par des pleurs tout le temps, elle est angoissée et inquiète de sa situation, elle n'a jamais imaginé qu'un jour sa fille va la trahir et qu'elle vivra au centre des personnes âgées pour cela **Khadîdja** n'a pas accepté et dépasser cette situation, elle dit qu'elle a perdu tout espoir dans la vie, « puisque ma fille que j'ai sacrifié ma vie pour qu'elle vive en paix et en bonheur ma trahit donc l'avenir avec ces personnes étrangères vas ramené le pire » c'était les paroles de cette femme hypersensible qui se sent aujourd'hui inutile.

**Khadîdja** n'est pas une personne trop nerveuse ni exigeante, elle ne demande que de vivre ses derniers jours en paix avec sa famille qui lui manque.

**Khadîdja** est une femme très malheureuse mais sans idée de suicide car elle dit que les personnes qui se suicident n'ont pas fait quelque chose de bien car malgré tout on doit vivre cette avec son bonheur et son malheur.

➤ **Les comportements**

**Khadîdja** a quelques problèmes de comportements tels que les troubles de mémoire car elle oublie aussi les troubles de sommeil « je ne dors pas beaucoup, je me réveille plusieurs fois et je n'arrive pas à me rendormir » et les troubles alimentaires où elle a beaucoup moins de l'appétit.

➤ **informations concernant l'investissement d'objet et relations avec la famille :**

Quand la fille de **Khadîdja** a vendu la maison elles sont devenues sans domicile mais pas pour longtemps car **Khadîdja** est partie chez sa sœur juste pour quelques jours puisque ils n'ont pas accepté qu'elle vit avec eux car d'après eux elle mérite ce que lui arrive, par la suite elle est partie au centre qui est son seul domicile.

**Khadîdja** est une femme qui aime les relations sociales, elle essaye de faire de nouvelles relations surtout avec des personnes étrangères (en dehors du centre) pour remplacer ce vide que sa famille lui a laissé mais dans le centre elle ne parle avec les vieilles que rarement car d'après ces dires ils vont rigoler de son histoire.

**Synthèse :**

Malgré le suivi psychologique mais **Khadîdja** n'arrive pas à dépasser sa souffrance et ses douleurs de séparation.

D'après l'entretien et le test qu'on a fait avec notre patiente **Khadîdja** souffre d'un grand trouble de l'humeur à cause de la trahison de sa fille qu'elle considère comme le tourbillon qui a bouleversé sa vie.

### 1-3- troisième cas « NADIA »

#### 1-3-1-L'analyse de l'échelle de Beck :

Les résultats de **NADIA** sont placés dans la dépression modérée d'un taux total de 23 sur les notes seuil qui est classé entre 20 et 27.

Selon l'échelle **NADIA** présente un ensemble de symptômes de troubles comme l'item N° 6 avec un degré de 3 en nous répondant qu'elle a un sentiment d'être punie, **NADIA** ne dit pas la raison mais elle ressent qu'elle est punie.

Dans l'item 8 on a aussi le degré 3 où elle se met en cause de tous ses malheurs.

**NADIA** présente aussi d'autres signes tels que le sentiment négatif envers soi (item 7) avec un degré 2, les pleurs (item 10) et son degré 2 où elle dit qu'elle pleure pour de petite chose ainsi que l'irritabilité (item 17) avec degré 1.

#### Résumé du cas :

En se référant à l'analyse de l'échelle **NADIA** a eu un score de 23 qui correspond à une dépression modéré, ce qui nous permet de déduire que **NADIA** souffre d'un trouble de l'humeur.

#### Tableau N°07 : Présentation de l'échelle du cas **NADIA** :

N° d'item	Item	Cotation	Expression
01	Tristesse	2	Je suis toujours triste
02	Pessimisme	0	Je ne suis pas découragé, peut être que l'avenir va nous ramené de bonnes choses
03	Echecs dans le passé	0	Je n'ai pas échoué
04	Perte de plaisir	1	J'éprouve moins de plaisir qu'avant
05	Sentiments de	1	Je me sens de la culpabilité des fois

	culpabilité		car j'aurais dû faire plus que ce que j'ai fait
<b>06</b>	Sentiments d'être punie	3	J'ai le sentiment d'être punie
<b>07</b>	Sentiments négatifs envers soi même	2	Je suis déçu par moi-même
<b>08</b>	Attitude critique envers soi	3	Je suis responsable de tous mes malheurs
<b>09</b>	Pensée ou désir de suicide	0	J'ai totalement exclu cette idée de ma tête
<b>10</b>	Pleurs	2	Un petit mot me fait pleurer
<b>11</b>	Agitation	1	D'habitude je suis plus calme
<b>12</b>	Perte d'intérêt	1	Les gens m'intéressent moins
<b>13</b>	Indécision	0	Je n'ai pas marqué de changement
<b>14</b>	Dévalorisation	0	J'ai toujours la même valeur
<b>15</b>	Perte d'énergie	2	Je n'ai pas beaucoup d'énergie pour faire quoi que se soit
<b>16</b>	Modification dans les habitudes de sommeil	0	Mon sommeil n'a pas changé
<b>17</b>	Irritabilité	1	J'ai devenu un peu irritable
<b>18</b>	Modifications de l'appétit	2-a	Je mange beaucoup moins
<b>19</b>	Difficulté à se concentrer	0	Je n'ai pas de problème de concentration
<b>20</b>	Fatigue	1	Je me fatigue facilement
<b>21</b>	Perte d'intérêt pour le sexe	1	Il m'intéresse moins qu'avant

### **1-3-2-L'analyse de l'entretien clinique :**

#### **A / Présentation du cas :**

**NADIA.C**, une femme âgée de 72ans avec un niveau de scolarisation primaire, elle est veuve avec deux enfants mais elle les a perdus dans un accident de voiture depuis 40 ans. **NADIA** est venue au centre avant 6 ans

Quand **NADIA** a perdue son mari et ses deux enfants elle travaillait pour pouvoir vivre et payer la location de sa maison mais à l'âge de 66 ans elle ne pouvait pas travailler pour cela elle s'est orienté vers le centre des personnes âgées.

#### **B/ L'analyse de l'entretien :**

##### **➤ L'humeur :**

**NADIA** est trop triste de sa situation aujourd'hui car elle vivait heureuse mais soudain elle perd ses enfants ainsi que son mari et le pire elle est dans un centre avec des personnes étrangères d'elle.

**NADIA** se sent triste, ennue comme elle est inquiétée de sa situation, elle est un peut nerveuse mais n'est pas exigeante et aussi sans idées suicidaires.

**NADIA** est plus sensible que le passé comme elle a moins de confiance en soi même elle se sent inutile sans sa famille.

Malgré tous ces sentiments négatif qu'a **NADIA** mais elle a toujours de l'espoir dans le future et elle attend que les bonnes choses vont se passé.

##### **➤ Les comportements :**

Concernant les comportements de notre patiente, elle a de problème de mémoire et aussi des troubles alimentaires car elle mange moins que d'habitude ainsi qu'elle est un peu agité.

➤ **Informations concernant l'investissement d'objet et relations avec la famille :**

**NADIA** est triste de se séparer avec sa famille mais elle essaye toujours de s'habituer à la vie dans le centre car elle n'a pas d'autres choix et aussi elle n'a pas d'autre domicile. **NADIA** aime faire des relations avec des personnes en dehors du centre mais pas avec les membres de ce dernier.

**Synthèse :**

D'après l'entretien et le test qu'on a fait avec notre patiente **NADIA** on peut déduire qu'elle souffre d'un trouble de l'humeur car elle n'a pas vraiment dépassé sa douleur de perdre sa famille.

## 1-4-quatrième cas « GHANIA »

### 1-4-1-L'analyse de l'échelle de Beck :

Les résultats de **GHANIA** sont placés dans la dépression sévère d'un taux total de 35 sur les notes seuil qui est classé entre 28 et 63.

Selon l'échelle **GHANIA** présente un ensemble de symptômes de trouble comme l'item N° 04 et 07 avec un degré 3 où elle répond qu'elle a perdue tout son plaisir et rien ne lui plais et aussi elle exprime un sentiment négatif envers soi au point qu'elle ne s'aime plus.

Dans l'item 15 on a le degré 2 où elle dit qu'elle n'a pas assez d'énergie.

**GHANIA** présente aussi d'autres signes tels que la dévalorisation avec degré 3, l'agitation et son degré 2, et aussi les troubles de sommeil et troubles alimentaires avec degré 2.

### Résumé du cas :

D'après l'analyse de l'échelle **GHANIA** a eu un score de 35 qui correspond à une dépression sévère, c'est ce qui nous permet de déduire que **GHANIA** manifeste un grand trouble de l'humeur.

**Tableau N°08: Présentation de l'échelle de cas GHANIA**

N° d'item	Item	Cotation	Expression
01	Tristesse	2	Je suis malheureuse tout le temps
02	Pessimisme	1	J'ai souhaité vivre mieux mais maintenant je suis plus inquieté
03	Echecs dans le passé	2	J'ai trop échoué dans le passé
04	Perte de plaisir	3	Je n'ai aucun plaisir
05	Sentiments de culpabilité	0	Je n'ai jamais fait du mal à quelqu'un pour être coupable

<b>06</b>	Sentiments d'être puni	<b>1</b>	peut être je suis punie
<b>07</b>	Sentiments négatifs envers soi même	<b>3</b>	Je ne m'aime plus
<b>08</b>	Attitude critique envers soi	<b>1</b>	J'ai perdu confiance en moi
<b>09</b>	Pensée ou désir de suicide	<b>0</b>	Je ne pense jamais au suicide
<b>10</b>	Pleurs	<b>2</b>	Une petite chose me fait pleurer
<b>11</b>	Agitation	<b>2</b>	J'éprouve des difficultés à rester tranquille
<b>12</b>	Perte d'intérêt	<b>1</b>	Les gens m'intéressent moins qu'avant
<b>13</b>	Indécision	<b>1</b>	J'ai des difficultés à prendre les décisions
<b>14</b>	Dévalorisation	<b>3</b>	Je suis sans valeur
<b>15</b>	Perte d'énergie	<b>2</b>	Je ne peux pas faire beaucoup de choses
<b>16</b>	Modification dans les habitudes de sommeil	<b>2-b</b>	Par rapport au passé je dors beaucoup moins
<b>17</b>	Irritabilité	<b>2</b>	Je suis beaucoup plus nerveuse que d'habitude
<b>18</b>	Modifications de l'appétit	<b>2-a</b>	Je mange beaucoup moins
<b>19</b>	Difficulté à se concentrer	<b>1</b>	Je ne me concentre pas comme avant
<b>20</b>	Fatigue	<b>1</b>	Je me fatigue facilement
<b>21</b>	Perte d'intérêt pour le sexe	<b>3</b>	Je n'ai aucun intérêt pour le sexe

**1-4-2-L'analyse de l'entretien clinique :****A/Présentation du cas :**

**GHANIA.Z**, femme âgée de 65 ans célibataire sans enfants, elle est illettrée.

**GHANIA** vivait avec sa grand-mère et quand cette dernière est décédée elle est partie chez sa mère qui est remarié mais cette dernière préfère ses filles avec son nouveau mari, d'après **GHANIA** ses demi sœurs vont à l'école et faites ce qu'elles veulent pendant qu'elle sa mère l'envoie pour faire quoi que se soit pour lui ramené de l'argent.

**GHANIA** n'a pas supporté e cette situation surtout ce que lui demande sa mère et elle a fuie de la maison, elle travaillé et vivait toute seule, mais à certain âge elle ne pouvait pas travailler pour cela elle est partie au centre.

**B/Analyse de l'entretien :****➤ L'humeur :**

La vie de notre patiente est trop dure, elle a passé une enfance triste comme sa mère l'a abandonné même quand elle est partie chez elle **GHANIA** n'a pas ressenti cet amour et affection maternel.

**GHANIA** est trop triste, elle se sent ennuie, sans valeur et même sans espoir mais sans aucune idée de suicide. Notre patiente n'est pas exigeante, elle vie avec un seul souhait, est de retrouvé son père non pas pour vivre avec lui mais pour avoir des réponses a ses questions.

**GHANIA** est devenue nerveuse plus qu'avant, malgré que sa vie n'a pas vraiment changé puisqu'elle vivait seul même avant de venir au centre mais elle n'arrive pas à pardonner sa mère.

➤ **Les comportements :**

Les comportements de **GHANIA** sont touchés par son humeur dépressive qu'on remarque à travers son alimentation qui est devenue moins que d'habitude, son sommeil puisque elle ne dort pas suffisamment ainsi que les troubles de mémoire car elle oublie des fois.

➤ **Informations concernant l'investissement d'objet et relations avec la famille :**

**GHANIA** est une femme qui aime les relations familiales mais elle n'a aucun contacte avec sa famille car ses membres ne l'aiment pas, d'après ses dires ils sachent qu'elle est au centre mais ils ont rien dit.

Concernant ses relations avec les membres du centre elle ne parle avec personne sauf une seule éducatrice, en dehors du centre elle aime avoir de nouvelles relations

**Synthèse :**

D'après l'entretien et le test qu'on a fait avec notre patiente « **GHANIA** » on peut déduire d'elle souffre d'un trouble de l'humeur car elle est tout le temps triste et seule aussi elle n'a pas pue dépassé sa douleur qui est l'abandon de sa mère

## 1-5-Cinquième cas « LOUIZA »

### 1-5-1-L'analyse de l'échelle de Beck :

Les résultats de **LOUIZA** sont placés dans la dépression sévère d'un taux total de 28 sur les notes seuil qui est classé entre 28 et 63.

Selon l'échelle **LOUIZA** présente un ensemble de symptômes de troubles comme l'item N° 04 et 12 avec un degré 3 en répondant qu'elle perdu tous ses plaisirs comme elle a aussi perdu ses intérêts, elle ne s'intéresse jamais à quoi que ce soit.

Dans l'item 02 on a le degré 2 où elle dit qu'elle n'a pas l'espoir que les choses s'arrangeront.

**LOUIZA** présente encore d'autres signes tels que le sentiment d'échec dans le passé avec un degré de 2, sentiment de dévalorisation et son degré 2 et l'irritabilité avec un degré de 2

### Résumé du cas :

D'après l'analyse de l'échelle **LOUIZA** a eu le score de 28 qui correspond à une dépression sévère qui nous permet de déduire que **LOUIZA** manifeste un grand trouble de l'humeur.

### Tableau N°09 : Présentation de l'échelle de cas LOUIZA :

N° d'item	Item	Cotation	Expression
01	Tristesse	1	Je suis triste la plus part du temps
02	Pessimisme	2	Je n'ai pas l'espoir que les choses s'arrangeront
03	Echecs dans le passé	2	J'ai trop échoué dans le passé
04	Perte de plaisir	3	J'ai perdu tous mes plaisirs
05	Sentiments de	0	Je ne me sens pas coupable

	culpabilité		
<b>06</b>	Sentiments d'être puni	0	Je peux être punie
<b>07</b>	Sentiments négatifs envers soi même	1	J'ai perdue confiance en moi
<b>08</b>	Attitude critique envers soi	0	Je ne me critique pas plus qu'avant
<b>09</b>	Pensée ou désir de suicide	0	Je ne pense jamais à me suicider
<b>10</b>	Pleurs	1	Je pleure plus que l'habitude
<b>11</b>	Agitation	1	Je suis plus agité qu'avant
<b>12</b>	Perte d'intérêt	3	Je ne m'intéresse jamais à quoi que ce soit
<b>13</b>	Indécision	1	Il me parait difficile de prendre les décisions
<b>14</b>	Dévalorisation	2	Je ne suis pas valable comme les autres
<b>15</b>	Perte d'énergie	2	Je n'ai pas assez d'énergie
<b>16</b>	Modification dans les habitudes de sommeil	1-b	Je dors un peu moins que d'habitude
<b>17</b>	Irritabilité	2	Je suis beaucoup plus nerveuse que d'habitude
<b>18</b>	Modifications de l'appétit	1-a	Je mange un peut moins que d'habitude
<b>19</b>	Difficulté à se concentrer	1	Je ne me concentre pas comme avant
<b>20</b>	Fatigue	1	Je me fatigue facilement
<b>21</b>	Perte d'intérêt pour le sexe	3	Je n'ai aucun intérêt pour le sexe

**1-5-2-L'analyse de l'entretien clinique :****A/Présentation du cas :**

**LOUIZA.M**, femme illettré âgée de 70 ans, est divorcée avec trois (3) enfants, elle est dans le centre depuis 18 ans, elle vivait avec son mari et ses enfants mais un jour elle se senti ennue de sa vie, la responsabilité et les demandes infinis de ses enfants pour cela elle a préféré de sortir de la maison et de partir au centre des personnes âgées.

**B/Analyse de l'entretien :**➤ **L'humeur :**

En ce qui concerne l'humeur de **LOUIZA**, elle est trop triste elle regrette de laisser ses enfants mais elle ne voulait pas que les autres le perçoivent car quand elle a vit au centre elle sache que la déplaisance n'est pas à la maison avec la famille mais quand tu es seule « ici on vit avec des loups » sont les paroles de **LOUIZA**.

Notre patiente **LOUIZA** se sent ennue, triste, plus sensible, sans valeur, sans espoir mais sans idée suicidaire.

Comme notre patiente a perdue la confiance en elle, elle met son fils en cause de ce que lui arrivé.

➤ **Les comportements :**

Les comportements de **LOUIZA** sont touchés par son humeur car d'après ses dires elle est devenue très irritable, elle ne dort pas comme d'habitude et elle mange moins qu'avant.

➤ **Informations concernant l'investissement d'objet et relations avec la famille :**

Quand **LOUIZA** a décidé de partir au centre elle n'avait pas une idée de la situation et de ce qui se passe dans ces genres de centres mais maintenant elle regrette et elle pleure d'avoir laissé sa famille, ses enfants ne s'intéressent pas à elle à cause de son abandon.

**LOUIZA** n'est pas vraiment une personne qui aime les relations sociales, soit dans le centre où en dehors de ce dernier, elle n'aime pas parler avec les vieilles ni avec des personnes étrangères et elle considère le centre son seul domicile.

**Synthèse :**

En se référant à l'entretien et l'échelle qu'on a faits avec notre patiente **LOUIZA** on peut déduire que cette dernière souffre d'un grand trouble de l'humeur.

**1-6-Sixième cas « FATMA ZAHRA »****1-6-1-L'analyse de l'échelle de Beck :**

Les résultats de **FATMA ZAHRA** sont placés dans la dépression sévère d'un taux total de 30 sur les notes seuil qui est classé entre 28 et 63.

Selon l'échelle **FATMA ZAHRA** présente un ensemble de symptômes de troubles tels que l'item N° 1 avec un degré de 3 où elle dit qu'elle est malheureuse au point insupportable, l'item N° 3 où et son degré 2 elle répond qu'elle a échouée plusieurs fois dans le passé.

Dans l'item 14 on a le degré 2, elle dit qu'elle n'a pas de valeur comme les autres.

**FATMA ZAHRA** présente aussi d'autres signes comme les pleurs, l'agitation avec un degré de 2, l'irritabilité avec degré 1, la fatigue et son degré 3 ainsi que les troubles alimentaire et de sommeil avec un degré de 1.

**Résumé du cas :**

D'après l'analyse de l'échelle **FATMA ZAHRA** a eu un score de 30 qui correspond à une dépression sévère qui nous permet de déduire que notre patiente manifeste un grand trouble de l'humeur.

**Tableau N°10 : Présentation de l'échelle du cas FATMA ZAHRA**

N° d'item	Item	Cotation	Expression
01	Tristesse	3	Je suis malheureuse au point insupportable
02	Pessimisme	1	Je suis plus découragée
03	Echecs dans le passé	2	J'ai échouée dans le passé
04	Perte de plaisir	1	J'ai moins de plaisir dans les choses qui me plaisent
05	Sentiments de	0	Je ne me sens pas coupable, je

	culpabilité		n'ai pas fait du mal à quelqu'un
<b>06</b>	Sentiments d'être punie	0	Je ne me sens pas punie
<b>07</b>	Sentiments négatifs envers soi-même	0	J'ai les mêmes sentiments qu'avant envers moi
<b>08</b>	Attitude critique envers soi	0	Je ne me critique pas plus qu'avant
<b>09</b>	Pensée ou désir de suicide	1	Je veux mourir mais je ne peux pas suicider
<b>10</b>	Pleurs	2	Une petite chose me fait pleurer
<b>11</b>	Agitation	2	Je ne peux pas rester tranquille
<b>12</b>	Perte d'intérêt	0	Je n'ai pas perdu les intérêts
<b>13</b>	Indécision	1	J'ai des difficultés à prendre des décisions
<b>14</b>	Dévalorisation	2	Je n'ai pas la valeur comme les autres
<b>15</b>	Perte d'énergie	3	J'ai perdu tout mon énergie
<b>16</b>	Modification dans les habitudes de sommeil	1-b	Je dors un peu moins qu'avant
<b>17</b>	Irritabilité	1	Je suis plus irritable qu'avant
<b>18</b>	Modifications de l'appétit	1-a	Je mange un peu moins qu'avant
<b>19</b>	Difficulté à se concentrer	3	Je ne peux pas me concentrer sur quelque chose
<b>20</b>	Fatigue	3	Je suis très fatigué pour faire de petite chose
<b>21</b>	Perte d'intérêt pour le sexe	3	Je n'ai aucun intérêt pour le sexe

**1-6-2-L'analyse de l'entretien clinique :****A/Présentation du cas :**

**FATMA ZAHRA.C**, une femme âgée de 67 ans, veuve avec 3 enfants, elle est lycéenne, elle est venue au centre depuis 5 ans.

Notre patiente vivait heureuse avec ses enfants mais quelques années plus tard sa fille s'est mariée puis ils ont perdu leur maison. À ce moment là **FATMA ZAHRA** s'est adressé au centre des personnes âgées, puis elle a perdus sa fille.

**B/L'analyse de l'entretien :****➤ L'humeur :**

Notre patiente est très triste pendant ces dernières années à cause de la succession des évènements stressants, le décès de son mari et sa fille, la perte de leur maison.

**FATMA ZAHRA** se sent triste, ennue, sans espoir, comme elle se sent aussi sans valeur. Elle est devenue très sensibles et un peu nerveuse

**➤ Les comportements :**

En ce qui concerne les comportements de **FATMA ZAHRA** ils sont un peu perturbés tels que son sommeil car elle ne dort pas comme avant, sa nourriture puisqu'elle mange moins qu'avant ainsi que sa mémoire.

➤ **Informations concernant l'investissement d'objet et relations avec la famille :**

**FATMA ZAHRA** a de bonnes relations soit avec sa ou avec d'autres personnes, dans le centre **FATMA** est une personne sociale qui aime s'amuser avec les vieille même avec les éducatrice et les médecins

**Synthèse :**

D'après l'entretien et l'échelle qu'on a fait avec notre patiente on peu déduire que **FATMA ZAHRA** souffre d'un trouble de l'humeur

**1-7-Septième cas « GHANIA »****1-7-1-L'analyse de l'échelle de Beck :**

Les résultats de **GHANIA** sont placés dans la dépression sévère d'un taux total de 51 sur les notes seuil qui est classé entre 28 et 63.

Selon l'échelle **GHANIA** présente un ensemble de symptômes de troubles comme l'item N° 01 et 02 avec un degré de 3 où elle répond qu'elle est triste au point insupportable et qu'elle a le sentiment que son avenir va s'empirer.

Dans l'item 07 on a le degré 1 où elle dit qu'elle dit qu'elle ne s'aime plus.

**GHANIA** présente encore d'autres signes tels que la dévalorisation avec un degré de 3, troubles alimentaire et troubles de sommeil et leur degré 3.

**Résumé de cas :**

D'après l'analyse de l'échelle **GHANIA** a eu un score un score de 51 correspond à une dépression sévère qui nous permet de déduire que **GHANIA** souffre d'un grand trouble de l'humeur.

**Tableau N°11 : Présentation de l'échelle du cas GHANIA :**

N° d'item	Item	Cotation	Expression
01	Tristesse	3	Je suis triste au point insupportable
02	Pessimisme	3	Mon avenir va s'empirer
03	Echecs dans le passé	3	toute ma vie était des échecs
04	Perte de plaisir	3	J'ai perdue tous mes plaisirs
05	Sentiments de culpabilité	2	Je me sens souvent coupable
06	Sentiments d'être punie	1	Je peux être punie

<b>07</b>	Sentiments négatifs envers soi même	3	Je ne m'aime plus
<b>08</b>	Attitude critique envers soi	3	Je suis responsable de tous mes malheurs
<b>09</b>	Pensée ou désir de suicide	1	Je veux mourir mais je ne me suicide pas
<b>10</b>	Pleurs	2	Une petite chose me fait pleurer
<b>11</b>	Agitation	1	Je suis devenue agité
<b>12</b>	Perte d'intérêt	3	Je ne m'intéresse plus à quoi que ce soit
<b>13</b>	Indécision	3	Je ne peux plus prendre mes décisions
<b>14</b>	Dévalorisation	3	Je me sens que je n'ai aucune valeur
<b>15</b>	Perte d'énergie	3	Je n'ai aucune énergie
<b>16</b>	Modification dans les habitudes de sommeil	3-b	Je me réveille plus tôt et je me rendorme pas
<b>17</b>	Irritabilité	1	Je suis plus irritable qu'avant
<b>18</b>	Modifications de l'appétit	3-a	Presque je ne mange pas
<b>19</b>	Difficulté à se concentrer	3	Je ne peux plus me concentrer
<b>20</b>	Fatigue	1	Je me fatigue facilement
<b>21</b>	Perte d'intérêt pour le sexe	3	Je n'ai aucun intérêt pour le sexe

**1-7-2-L'analyse de l'entretien clinique :****A/Présentation du cas :**

**GHANIA.G**, est une femme âgée de 85 ans, veuve avec deux (2) enfants, elle est une lycéenne, est dans le centre depuis 17 ans.

**GHANIA** vivait heureuse avec son mari et ses enfants mais pas pour longtemps car elle a perdue son mari et sa fille à la fois, puis elle vivait avec son fils et sa femme mais pour longtemps aussi car elle avait des problèmes avec eux où son fils a préféré de l'amener au centre des personnes âgées.

**B/L'analyse de l'entretien :****➤ L'humeur :**

En ce qui concerne l'humeur de notre patiente, elle est très triste de sa séparation avec son mari et sa fille ; elle dit « après la mort de mon mari et ma fille je n'ai pas connu le bonheur » ; je me sens ennuyé tout le temps, je vis avec des personnes étrangères,

Elle sent triste car son seul fils l'a abandonnée comme elle se sent aussi sans aucune valeur « si j'avais une valeur mon fils ne m'abandonnera jamais »

**GHANIA** n'a pas de l'espoir dans l'avenir, elle est devenue hypersensible et elle a perdu la confiance en elle.

**➤ Les comportements :**

On voit les comportements très touchés de **GHANIA** dans son sommeil perturbé, son alimentation diminuée ainsi que les troubles de la mémoire

➤ **Informations concernant l'investissement d'objet et relations avec la famille :**

**GHANIA** n'a pas de bonnes relations familiales car elle considère toute sa famille morte, en dehors du centre notre patiente n'a aucune relation mais dedans elle est sociale, elle aime parler avec ses membres car elle considère ces derniers sa nouvelle famille et le centre sa maison jusqu'à la mort.

**Synthèse :**

En se référant à l'entretien et l'échelle qu'on a fait avec notre patient on peut déduire que cette dernière souffre d'un grand trouble de l'humeur.

## 2- Discussions des hypothèses :

D'après l'analyse des cas on est arrivé à confirmer nos hypothèses de recherche.

- **Il existe une influence majeure de cette période d'âge sur les troubles de l'humeur.**
- **Les troubles de l'humeur influent sur les comportements des personnes âgées.**

Comme on l'a constaté à la page (29) que les changements graduels des fonctions physiques « tels que la perte de la vision » entraîne une perte fonctionnelle et considérable à l'âge adulte moyen qui peut avoir des conséquences plus négative sur le sentiment de bien-être des personnes âgées.

La déficience auditive grave entraîne une augmentation des problèmes sociaux ou psychologiques, notamment la dépression, la perte de la sensibilité au toucher peut provoquer une diminution de la qualité de vie (p 30).

Les comportements de ces personnes âgées qui souffrent de troubles de l'humeur sont affectés par ces derniers qu'on voit à travers les changements des habitudes de sommeil, d'alimentation, l'agitation, les pleurs et la tristesse qui poursuit ces gens âgés.

Comme on a vu aussi avec Charlotte Mareau et Adeline Vanek Dreyfus (p18) qu'un sujet atteint d'euphorie devient réactif et souvent très agité, cette attitude qui présente souvent un versant d'exaltation peut révéler une réaction face à des angoisses d'effondrement et de mort.

Aussi Serge Tribolet et Mazda Shahidi (p18) qui disent que la joie est active dans l'euphorie expansive associant une hyperactivité psychomotrice qui se traduit par des rires faciles, la mimique rieuse, hilares, gestes larges, les débordements affectifs, le sentiment que l'entourage n'est pas assez enthousiaste.

Ainsi que Julien Daniel qui a parlé sur le sujet (p20) où il note que les sujets peuvent noter la présence marquée de perte d'intérêt et d'autocritique, se considérant souvent comme non intéressants ou incapables.

Parallèlement, en se référant à l'entretien et l'échelle qu'on a appliquée sur nos cas on constate que tous nos patients souffrent de troubles de l'humeur.

Après cette analyse on peut dire qu'on a arrivé à confirmé notre hypothèse  
**« Il existe une influence majeure de cette période d'âge sur les troubles de l'humeur ».**

**« Les troubles de l'humeur influent de façon directe les comportements des personnes âgées ».**

### **Conclusion**

À la fin de ce chapitre on a arrivé à analysé et confirmé notre hypothèse. Il y a sept cas sur sept qui souffrent de troubles de l'humeur et qui influent sur leurs comportements, ce qui nous a mené à dire que la relation entre les troubles de l'humeur et les comportements est négative.

### **Conclusion**

Dans notre recherche inhérente aux comportements des personnes âgées atteints de troubles de l'humeur, on a démontré l'influence des troubles de l'humeur sur les comportements des personnes âgées.

Une personne âgée traverse une période difficile de sa vie, car à cet âge là les personnes deviennent avec des comportements enfantins, triste, avec une humeur perturbée...etc.

Notre étude est focalisée sur l'effet des troubles de l'humeur sur les comportements des personnes âgées.

D'après nos résultats on a pu confirmer nos hypothèses : « il existe une influence de la vieillesse sur les troubles de l'humeur »

« Les troubles de l'humeur influent sur les comportements des personnes âgées ».

Cela est éprouvé dans l'étude de sept cas où on a pu constater la présence de trouble de l'humeur sévère chez cinq de nos cas, dont un présente un trouble de l'humeur modéré et enfin un cas qui présente un trouble de l'humeur minime.

À travers notre recherche on a pu découvrir un terrain très sensible et important qui nécessite de le prendre en considération pour qu'il soit développé afin de pouvoir prendre en charge ces personnes qui souffrent dans leurs vie.

Donc pour qu'une personne âgée puisse poursuivre sa vie en bonne santé psychique et mentale ils doivent être prises en charge total à cause de leur sensibilité ainsi leur avancement dans l'âge mais particulièrement la prise en charge psychologique pour qu'ils puissent comprendre leurs situations et l'accepter.

## *Conclusion*

---

Dans ce but on espère qu'il y aura des recherches sur cette tranche d'âge et des centres bien instruisent pour accueillir ces personnes âgées et les prendre en charge de tous les côtés afin de pouvoir vivre cette période sans difficultés et surtout sans problèmes psychique.

## **La liste bibliographique :**

### **La liste des ouvrages :**

- 1- Association Américaine de psychiatrie, **Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles mentaux**, Masson, France, juillet 2005.
- 2- Charlotte Mareau et Adeline Vanek Dreyfus, **l'indispensable de la psychologie**, studyrama, France, 2005.
- 3- Elizabeth B Hurlock, **la psychologie du développement**, , canada, 1978.
- 4- Gerad Poussin, **la pratique de l'entretien clinique**, dunod 3<sup>ème</sup> édition, paris, 2003
- 5- Helen Bee et Denise Bayd, **psychologie du développement les âges de la vie**, Boeck, canada, 2003.
- 6- Jean, Bergeret, **psychologie, entretien avec le patient en psychologie pathologique**, Masson, paris, 2004.
- 7- J .Delay et P.Pichot, **Abrégé de psychologie**, Masson, Paris, 1975.
- 8- Khadija Chahraoui-Hervé Benony, **méthodes, évaluation et recherches en psychologie clinique**, dunod, paris, 2003
- 9- M. Bouvard- J. Cottraux, **protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie**, Masson3<sup>ème</sup> édition, paris, 2002
- 10- Patrick Frémont et Joël Belmin, **la dépression du sujet âgé**, Limdbek, sans année.
- 11- Rod Plotnik, **Introduction à la psychologie**, 2<sup>ème</sup> édition, 2007.
- 12- Serge Tribolet et Mazda Shahidi, **nouveau précis de sémiologie des troubles psychiques**, hdf, France, juin 2005.
- 13- Vincent Caradec, **sociologie de la vieillesse et du vieillissement**, Armand Colin, 2ème édition, Barcelone, janvier 2008.

### **La liste des dictionnaires :**

1- Henriette Bloch, **le grand dictionnaire de la psychologie**, Larousse, Paris, 2003.

2- Norbert Sillamy, **dictionnaire de psychologie**, Larousse, France, février 2003.

3-Sylvie Angel, **petit Larousse de psychologie**, Larousse, Italie, juin, 2010.

### **Les sites internet :**

1-

<http://www.patristique.org/sites/patristique.org/IMG/pdf/cassien.institutions.livre9.pdf>.

2-

<http://www.medecine.usp.tlse.fr/dcem4/module11/33.%20TR%20Humeur%20A%20DO%20II-284.pdf>

# **LES ANNEXES**

## Liste des tableaux

<b>Tableau</b>	<b>Titre</b>	<b>Page</b>
<b>Tableau 01</b>	Indicateurs de la satisfaction de vivre à l'âge adulte avancé	39, 40, 41
<b>Tableau 02</b>	Population mère par tranches d'âge et type d'handicap	52
<b>Tableau 03</b>	La présentation de la population d'étude	53
<b>Tableau 04</b>	Récapitulatif des résultats obtenus dans notre étude	60
<b>Tableau 05</b>	Présentation de l'échelle de cas ALIA .M	61, 62
<b>Tableau 06</b>	Présentation de l'échelle de cas KHADIDJA.H	67, 68
<b>Tableau 07</b>	Présentation de l'échelle de cas NADIA.C	71, 72
<b>Tableau 08</b>	Présentation de l'échelle de cas GHANIA.Z	75, 76
<b>Tableau 09</b>	Présentation de l'échelle de cas LOUIZA.M	79, 80
<b>Tableau 10</b>	Présentation de l'échelle de cas FATMA ZAHRA.C	83, 84
<b>Tableau 11</b>	Présentation de l'échelle de cas GHANIA.G	87, 88

## **Guide d'entretien :**

### **Les informations personnelles**

- 1- quel est votre nom ?
- 2- quel est votre âge ?
- 3- quel est votre niveau d'instruction ?
- 4- depuis quand vous êtes dans le centre ?
- 5- quelle est votre situation familiale ?
- 6- avez-vous des enfants ?
- 7- qui vous a ramené au centre ?
- 8- pouvez-vous nous parlé de la séparation avec votre famille ?

### **Axe 1 :L'humeur et les comportements :**

#### **A/ L'humeur**

- 9- vous vous sentiez de la joie tout le temps ?
- 10- vous rigolé face à des situations tristes ?
- 11- êtes-vous inquiété par cette situation ?
- 12- vous vous sentiez ennuié ?
- 13- sentiez- vous de la tristesse ?
- 14- sentiez vous que vous êtes inutile tel que vous êtes aujourd'hui ?
- 15- que pensez-vous des gens qui se suicident ?
- 16- avez-vous de l'espoir dans l'avenir ?
- 17- vous croyez que vous êtes plus sensible que d'habitude ?
- 18- vous vous sentiez que vous êtes plus confiante que d'habitude ?
- 19- êtes-vous plus nerveuse que d'habitude ?
- 20- êtes-vous plus exigeante d'habitude ? (avant le centre, dans le centre).

## **B/ Les comportements**

21- avez-vous des troubles de la mémoire ?

22- avez-vous des problèmes de sommeil ?

23- avez-vous perdue votre équilibre ?

24- avez-vous des troubles alimentaires ?

## **Axe2 : Informations concernant l'investissement d'objet et relation avec la famille :**

25- quelle est votre réaction après l'annonce de votre départ au centre ?

26- quelle été la réaction de votre entourage vis-à-vis de votre situation au centre ?

27- avez-vous trouvé un soutien de votre entourage ?

28- comment sont vos relations avec d'autrui ou sociales ?

29- quelles sont vos relations avec les membres de centre ?

30- quel est votre avenir dans ce centre ?