

**Université « Abderrahmane Mira » Bejaia
Faculté des Sciences Humaines et sociales
Département des sciences
Sociales**

**Mémoire de fin de cycle en vue de l'obtention
Du diplôme de Master en psychologie
Option : psychologie clinique**

Thème :

**La dépression chez les personnes âgées
placées dans un foyer d'accueil**

**(Etude clinique de six (06) cas dans un
Foyer pour des personnes âgées et/
Ou handicapées De Bejaia)**

Préparé par :

M^{elle} CHelouah Sonia

M^{elle} CHerfaoui Nacera

Encadré par :

M^r GACI Khelifa

**Année universitaire
2013/2014**

DÉDICACE

Je dédie ce modeste travail :

À mes chers parents, qui se sont sacrifiés pour que je réussisse dans
Mes études, je leur exprime toute ma tendresse et mes gratitudes, dont seul l'honneur
D'être leur fille me suffit « que Dieu les protège »

À ma chère grand- mère.

À ma binôme et ma copine Sonia et toute sa famille.

À mes chères sœurs :Nouara, Djamila Thassadith, Horia, Yasmin et Sadjia à qui je
souhaite la réussite.

À ma chère sœur mariée Dhahbia et son mari hamedan et leur fils Yacine.

À mes frères : Karim, Belkasem, Saïd, Mohamed et sa femme Dihia et toute sa famille

À mes amis : lamis, baya, Lynda et Samira.

Aux personnels et aux résidents du foyer, et particulièrement a les psychologues.

À tous ceux qui me connaissent de près ou de loin.

À toute la promotion de psychologie clinique 2014.

« Nacera »

DÉDICACE

Je dédie ce modeste travail :

À mes chers parents, qui se sont sacrifiés pour que je réussisse dans
Mes études, je leur exprime toute ma tendresse et mes gratitude, dont seul l'honneur
D'être leur fille me suffit « que Dieu les protège »

À ma chère grand- mère.

À ma binôme et ma copine Nacera et toute sa famille.

À mes frères : Yanis et Badis

À mes oncles Hachemi et Mourad et mes tantes Fadhila et Nassima. Et toute ma famille

A mes cousines Manel et Thanina et cousins Amine et Adem

Aux personnels et aux résidents du foyer, et particulièrement les psychologues.

À tous ceux qui me connaissent de près ou de loin.

À toute la promotion de psychologie clinique 2014.

« Sonia »

Sommaire :

Introduction.....	5
-problématique et hypothèses.....	8
-objectif de la recherche.....	11

-Partie théorique-

Chapitre I : la dépression ; aspects cliniques et ses théories.

Introduction.....	15
1-définition.....	15
2-les symptômes psychologique et physique de la dépression.....	16
3- les critères de DSM-IV concernant l'épisode dépressif majeur.....	19
4-les grands types de trouble de l'humeur.....	19
4- 1-l'épisode dépressif majeur.....	20
4-2- la dysthymie.....	20
4-3- la psychose maniaco-dépressive.....	20
5- la clinique de la dépression de sujet âgé.....	23
5-1-les modèles théoriques de la dépression.....	24
5-2- la symptomatologie dépressive chez l'âgé.....	24
6 - les traitements psychologiques de la dépression.....	25
7-les théories étiopathogénique.....	25
7- 1-la théorie psychanalytique.....	25
7-2-la théorie cognitivo-comportemental.....	26
7-3-la théorie biologique.....	27
Conclusion.....	28

-partie pratique-

Chapitre III : partie méthodologique

Introduction.....	45
1- présentation de lieu de la recherche.....	45
2- la méthode adoptée dans la recherche.....	46
2-1- la méthode clinique.....	46
3-le groupe d'étude de la recherche et ses caractéristiques	46
4- les outils de la recherche.....	47
4-1-l'entretien clinique de recherche.....	47
4-2-l'inventaire de dépression Beck (BDI-II).....	48
5-le déroulement de la recherche.....	49
Conclusion.....	50

Chapitre IV : analyse des résultats et discussion des hypothèses

1-présentation et analyse des résultats.....	53
2- discussion des hypothèses.....	72
-Conclusion.....	76
-bibliographie	79
- Annexes	

I N T R O D U C T I O N
G E N E R A L E

Introduction :

L'évolution démographique d'une part, et les changements qui s'opèrent dans l'organisation familiale à travers les données sociales, culturelles, et psychologiques d'autre part, se répercutent inévitablement sur la population vieillissante.

Vivre longtemps est un souhait universel, mais vieillir fait peur, parce qu'à l'idée de vieillissement s'attache l'idée d'invalidité et, notamment celle d'invalidité psychique. Le vieillissement correspond à l'ensemble du processus physiologiques naturel inscrit dans le code génétique qui traduit l'action du temps sur l'individu. Il correspond à une diminution de la résistance et de l'efficacité de l'organisme, à un affaiblissement général des fonctions internes qui vont fragiliser le sujet âgé.

De nature multidimensionnel, le vieillissement est progressif et universel, les individus ne vieillissent pas tous de la même façon ni au même rythme c'est pourquoi il n'existe pas une vieillesse mais des vieilleses.

Devant l'apparition de ce nouveau phénomène, caractérisé par l'augmentation du nombre des personnes âgées ; qui modifier le fonctionnement de la société et son organisation, les pouvoirs publics ont mis en place des mesures de protection dont les centres d'accueil qui sont les foyers pour personnes âgées et/ ou handicapées, en abrégé F.P.A.H.

L'entrée en institution et le changement de lieu de vie pour la personne âgé peuvent représenter un moment difficile à vivre, ce moment correspond au changement important dans la vie du sénior, malgré la prise en charge médicale et psychologique (mais aussi sociale) des personnes âgées n'a pas de raison d'être différente de celle de tout à chacun, quoi que leur éventuelle vulnérabilité psychique, c'est-à-dire le risque de dépression et de glissement, le risque confusionnel et les problèmes de dépendance psychoaffective et d'évolution vers la démence.

Ce qui caractérisera cette prise en charge sera donc le rôle du savoir (et du savoir faire) psychologique dans la pratique médicale, dans l'organisation des aides, et dans la structuration même de toute institution.

A partir de ce travail, nous avons voulu répondre à la question de l'influence de ce déplacement à un nouvel environnement sur l'état psychologique et le

Déplacement de la personne âgé d'un milieu familiale à un milieu étrange va influencer sur le vécu psychologique de la personne.

Pour cela le travail va être présenté en deux parties : partie théorique et partie pratique :

Dans la partie théorique on a deux chapitres, le premier chapitre: la dépression le deuxième chapitre :vieillesse ; ensuite la deuxième partie c'est la partie pratique qui composé deux chapitres ; méthodologique ou' on présentera le lieu de la recherche, et les techniques utilisées, ensuite on présente dans le deuxième chapitre les résultats obtenus ,leurs analyse et la discussion des hypothèse ,puis une conclusion générale, la liste bibliographique, et les annexes .

**P R O B L E M A T I Q U
E E T
H Y P O T H E S E S**

La problématique :

Au cours de l'avancée en âge, les processus du vieillissement et le poids des facteurs sociaux spécifiques occasionnent des changements et modifications qui affectent l'organisme.

La vieillesse est considérée comme la dernière période de la vie, correspond à l'aboutissement normale de la sénescence. Classiquement pour l'organisation mondiale de la santé « OMS », l'âge moyen s'étend de 45ans à 59ans, celui des personnes âgées de 60ans à 74ans celui des vieillards de 75à 90ans et celui de grands vieillards au-delà de 90ans. Dans les conceptions médico-sociales françaises, on parle plutôt de « troisième âge » à partir de 65ans, âge de la retraite, et de « quatrième âge », à partir de 80 ans ; (le grand dictionnaire de la psychologie, 1999, P98.)

Le débat évoquant les différents aspects du vieillissement et les conséquences et ce dernier à la fois, sur la personne âgée elle-même et aussi sur la société. Évoquant ainsi les différentes responsabilités envers cette tranche d'âge très sensible et le plus souvent négligée.

En psychologie plusieurs disciplines s'intéressent à l'étude de la vieillesse et de vieillissement, sous différents angles et dimensions, dont le principal est la psychologie de développement.

La vieillesse est probablement celle qui comporte le plus de risques pouvant nuire sérieusement à l'adaptation personnelle et sociale de l'individu. Cette situation s'explique d'une part par le déclin physique et mental de la personne âgée, qui la rend plus vulnérable aux risques éventuels que lorsqu'elle était plus jeune et d'autre part, par le fait que la société ne reconnaît pas toujours les risques dont il est question. (Elizabeth(B). 1978, p330-331)

Le vieillissement s'accompagne de changements dans les fonctions physiologiques comme la détérioration des mécanismes régulateurs influence sur la régulation de la température du Corps, un déclin dans la quantité de sommeil...etc. changement sensoriel comme par exemple : la baisse de l'audition, la vision, le goût, l'odorat, le toucher et la sensibilité à la douleur...etc.

la problématique et les hypothèses

On remarque des changements dans la capacité motrice, la majorité des vieillards se rendent de la lenteur de leur mouvement et du manque de la coordination de ceux-ci par rapport à leurs années de jeunesse.

Comme pour autant les aspects caractéristiques du déclin qui se produit au cours de la vieillesse, l'affaiblissement des fonctions intellectuelles varient énormément d'un individu à un autre. Sur le plan sexuel on remarque un déclin de la puissance sexuel durant la soixantaine un déclin qui continue à mesure que l'individu avance en âge. (Elizabeth (B), 1978, 316-317).

Le vieillissement correspond à l'ensemble des processus physiologiques qui modifient la structure et les fonctions de l'organisme, à partir de l'âge mur. Il s'agit donc d'un processus long et progressif qui doit être distingué des manifestations des maladies. (Collège national des enseignants de gériatrie, 2005, P4)

La santé des personnes âgées algériennes est aussi problématique que celle des autres couches de la population auxquelles il est accordé beaucoup d'attention avec des programmes spécifiques mis en œuvre. Les personnes âgées sont généralement présentées comme une catégorie vivant dans les conditions socio-économiques précaires, connaissant des problèmes de logements et d'alimentation, et souffrant de graves déficiences physiques et mentales, les rendant totalement ou partiellement dépendantes. (Blouche (H), 2007, P73)

La famille, lorsqu'elle ne peut pas forcément être présente, peut faire appel aux aides et structures que proposent les différentes collectivités locales à cet effet.

La retraite, et la perte d'intérêt, le abandon ou le départ en foyer familial et la perte des amis et des parents, ainsi que les problèmes de santé physiques d'une personne âgée peuvent également avoir des effets sur ses émotions et son comportement. (Vecchi (S.A), 2005, P61)

Le mauvais vieillissement s'exprime le plus souvent sur de nombreux plans ; en particulier mentaux et physiques. (les formes de la dépression dues à l'âge avancé) qu'elles soient fonctionnelles (capacité physique, intellectuelle, etc), sociales (changement de rôles familiaux ou professionnels, perte de conjoint qui sont relationnelles, la gravité des maladies déclenchant l'apparition de nombreux troubles. il entraîne aussi plusieurs

la problématique et les hypothèses

maladies psychiques telles que, les troubles sexuels, les troubles de la conduites alimentaires, l'anxiété, la dépression.(Vecchi (S .A),2005,P60

La dépression est plus fréquente chez les sujets âgés sa fréquence augmenterait avec l'âge. On estime en outre la durée moyenne d'hospitalisation pour état dépressif de 50% plus élevée chez les patients de plus de 65 ans et que, dans l'année qui suit, 10% de ces malades font une tentative de suicide. Les personnes âgées peuvent présenter les même formes d'états dépressifs, que les autres patients, avec parfois des accentuations particulières « importance des troubles mnésiques et des plaintes somatiques par exemple, mais on peut retrouver chez eux des troubles particuliers ; dépression d'involution, pseudo- démence ».

Les troubles dépressifs chez les personnes âgées apparaissent le plus souvent après un événement ou une situation douloureuse comme la perte d'un proche, souvent le conjoint. Sur l'échelle du stress, le décès du conjoint représente le niveau le plus élevé. Ca peut être aussi une maladie, un traumatisme, la solitude qui la déstabilise et provoque des angoisses de mort, des difficultés familiales ou financières, ou le départ dans une maison de retraite. (Bertrand-(M), 2004, p46).

Il parait évident lorsque on fréquente des institutions pour personnes âgées qu'une bonne partie des difficultés relationnelles que l'on observe proviennent de l'entourage familial.la personne âgée a été abandonnée au mépris de tous les devoirs familiaux vis-à-vis des vieux parents. Cette famille ne serait intéressée que par l'héritage même maigre et pour le reste, elle se débarrasse de ses vieux, les visites sont rares, rapides ou absentes. (Ferry (G), Le Gouès (G), 2000, p232).

A partir de ces données, on peut dire que, les personnes âgées placées en institution, sont les plus touchés par les troubles psychiques, à cause du décalage et de la séparation avec leurs environnement habituel et intime.la personne âgée est privée de ses taches et de sa liberté .tout cela provoque chez ces personnes , des troubles psychiques ;et parmi ces derniers on trouve la dépression.

A la lumière de ce qui a précédé, notre but est de répondre à la question suivante :

-est-ce que les personnes âgées placées en institutions souffrent d'une dépression ?

la problématique et les hypothèses

-est ce que l'exclusion familiale augmente le degré de la dépression chez la personne âgée ?

-Les hypothèses :

Pour répondre à ces questions, nous formulerons les hypothèses suivantes :

- Les personnes âgées placées en institution sont caractérisés par des symptômes dépressifs dont les facteurs sont en relations avec les antécédents de la vie familiale et psychologique avant l'entrée au centre
- L'abandon des personnes âgées par leurs familles, et leur placement dans un foyer conduit ces personnes à développer une dépression

-l'objectifs de la recherche :

Considérant ces différents aspects, l'objectif général de cette recherche vise à cerner l'influence du milieu de vie et de l'entourage sur la santé mentale (dépression) et ceci par :

-L'évaluation du trouble dépressif, par un outil validé « BDI II de Beck ».

-souligner l'importance du soutien familiale dans la prise en charge et l'amélioration des troubles en général et la dépression en particulier

**L A P A R T I E
T H E O R I Q U E**

CHAPITRE I

La dépression, aspect clinique et ses théories

Chapitre I : la dépression ; aspects cliniques et ces théories.

Introduction de chapitre :

1-définitions.

2-les symptômes psychologiques et physiques de la dépression.

3- les critères de DSM-IV concernant l'épisode dépressif majeur.

4- les grands types des troubles de l'humeur.

4 -1-l'épisode dépressif majeur.

4- 2- la dysthymie.

4- 3- la psychose maniaco-dépressive.

5- la clinique de la dépression de sujet âgé.

5-1- les modèles théoriques de la dépression.

5- 2-la symptomatologie dépressive chez la personne âgé.

6- les traitements psychologiques de la dépression.

7-les théories étiopathogéniques de la dépression

7- 1-la théorie psychanalytique.

7-2-la théorie cognitivo-comportementale

7-3-la théorie biologique.

Conclusion de chapitre.

Introduction de chapitre :

La dépression est une souffrance psychique, pénible, la personne déprimée ressent une tristesse extrême pendant une longue période. Cette sensation est souvent assez grave pour gêner leur vie quotidienne. Elle peut durer pendant des semaines ou des mois et non pas seulement quelques jours.

La dépression affecte les personnes de nombreuses façons différentes, et peut entraîner une grande diversité de symptômes physique, psychique et sociaux.

1-Définitions :

1-1-Dépression :

La dépression est un état morbide, plus au moins durable, caractérisé essentiellement par la tristesse et une diminution du tonus et de l'énergie. Anxieux, las, et découragé, le sujet déprimé est incapable d'affronter la moindre difficulté. Il souffre de son impuissance et de l'impertion de ses facultés intellectuelle, notamment l'attention et la mémoire sont dégradées. Le sentiment d'infériorité qui en résulte augmente encore sa mélancolie (Sillamy, N, 2003, P79).

1-2-Selon le grand Larousse de la psychologie :

La dépression : maladie mentale caractérisée par une modification profonde de l'état thymique de l'humeur dans le sens de la tristesse. Conduire à la souffrance morale et du ralentissement psychomoteur. S'accompagnent par fois d'anxiété, la dépression entretient chez le patient une impression douloureuse d'impuissance globale, de fatalité de désespèrent et parfois l'entretien à des ruminations délirantes à 'thème de culpabilité, d'indignité, d'autodépréciation pouvant le conduire à envisager le suicide et parfois à le réaliser. (Le grand Larousse de la psychologie, 2007, P256.)

I-3-selon le dictionnaire de la psychanalyse :

La dépression modification de l'humeur dans le sens de la tristesse et de la souffrance moral corrélative d'un désinvestissement de toute activité (Rolandch(A), 2003, P91)

Donc résulte un découragement, ou pessimisme et d'échec et une auto-accusation.

1-3-Selon Larousse médicale :

Etat pathologique caractérisé par une humeur triste et douloureuse associée a une réduction de l'activité psychomotrices et un désintérêt itellectuelle.Dans son usage familial le terme de dépression peut recouvrir des états divers allant du simple passage a' vide des troubles psychiatriques plus séviraix. (Yves.(M) .2006.P282.)

1-4-La définition de coté psychopathologique :

La dépression diffère au ses ou elle tient compte en plus des symptômes, du polymorphisme des troubles dépressif via la mise en relation des formes chroniques de la dépression et leur éthologie.

L'explication de la tenue et de la teneur de la dépression varie a différents âges, étapes et changement de vie (rupture familiale, deuil...etc avec ou sans antécédents (Pedinelli (B).1, 2005.P77)

2-Les symptômes psychologiques et physiques de la dépression :

2-1-les symptômes psychologiques :

2-1-1- Les troubles psychologiques :

-L'humeur dépression : il existe trouble de l'humeur unipolaire qui est la récurrence d'épisodes dépressifs majeurs et troubles de l'humeur bipolaire qui est des oscillations épisodique de l'humeur par l'état thymique de base. (Lévy, 1998, P08)

Il ni y pas une simple tristesse, mais est un pessimisme, une douleur morale, par fois suffisamment intense de soi avec des sentiments de dévalorisation et

D'autodépréciation et sur le plan comportementale au niveau de la mimique, le faciès est triste, figé. (Guy,(B) ,2005,P .49)

Un vécu pessimiste accompagné de sentiment d'insatisfaction, sentiment d'ennui, incapacité de trouver du plaisir, vision négative du futur.(Pédinielli (B),2005 ,p,23)

On trouve aussi les pleurs le repli sur soi ou sautoir de ses proches, des idées de suicidaire, un sentiment de culpabilité, et une diminution de l'aptitude à penser à se concentrer (Bertrand-(S), 2004, P14)

-L'anxiété :

L'anxiété est une inquiétude née de l'incertitude d'une situation, de l'appréhension d'un événement .En psychiatrie, c'est un état psychique caractérisé par l'attente d'un danger imminent indéterminé, accompagnée de malaise, de peur et de sentiment d'impuissance. (Le petit Larousse illustré en couleurs, 2007, P53).

L'anxiété : son intensité est importante pour apprécier le risque suicidaire avec les quels elle est corrélées.(Kacha(F) , P64) .

2-1-2-Les troubles cognitifs :

L'état dépressif 'accompagne toujours de troubles cognitifs ils sont fonctionnels et réversibles (c'est-à-dire qu'ils disparaissent lorsque l'état dépressif disparaît) ils se manifestent sous forme :de difficultés à se concentrer ou de fatigabilité ,gênants par exemple la lecture .Le jugement et la raison sont imprégnés par la tristesse, l'anxiété la pissement (Le heuzey, 2001, P. 36)

2-2-les symptômes comportementaux :

Ces symptômes on peut les observer de l'extérieure :

2-2-1-Le ralentissement et l'inhibition :

L'affaiblissement, la diminution de la vitesse du comportement, de la pensée ou de la communication .et se ralentissement s'accompagne d'une asthénie

important. Il existe des nombre de maladies organiques. (Pedielli(B), 2005, P.25)

2-2-2-L'agitation:

Certains sujet semblent en proie a une agitation fébrile, sans but, avec une apparence d'instabilité psychomotrice accompagnée de colères (Le heuzey, 2001, P36.)

2-3-les troubles instinctuels :

2-3-1-Le sommeil : Il est toujours perturbé on trouve une insomnie d'endormissement dans les formes légères, et dans les formes graves on trouve le réveil précoce. Cette insomnie de petit matin s'accompagne d'une angoisse intolérable a l'origine des passages a l'acte suicidaire (Kacha(F), 1996, P .63).

- les modifications de l'appétit : se traduisent par sa diminution ou son augmentation, avec une baisse ou prise de poids plus généralement une baisse.

(Kacha (F), 2004, P.15)

2-3-2-la sexualité : perte tout désir sexuel contribue à renforcer le sentiment de dévalorisation et de culpabilité. (Kacha (F), 1996, P.64.)

-l'inertie du corps : La personne dépressive se sent encombrée par son corps, qu'elle n'est plus l'impression d'habiter, elle se sent comme sidérée physiquement, ne rien a faire pendant des heures, et des communications devient pénible, il peut exprimés les symptômes de somatisation (Bertrand(S), 2004, P .14)

2-3-3- Le somatisation : les somatisations sont les symptômes visible exprimes par le corps en réponse aux émotions. Parmi les symptômes les plus fréquents dans les cas de dépression, nous trouvons :

-Des symptômes gastro-intestinaux « douleurs abdominales, nausées, vomissement, ballonnement, gaz, mauvais gout, dans la bouche fréquence de selle liquides. »

-Des symptômes cardio-vasculaires « respiration courte sans faire d'efforts douleurs thoraciques, extrasystoles ».

La dépression aspect clinique et ses théories

-des symptômes génito-urinaires « miction fréquentes sensation désagréable dans ou autour des organes génitaux, perte vaginales ».

-Des symptômes dermatologique « herpes, acné, eczéma, cache cutanée, rougeur, érythèmes, décoloration de peau »

Des douleurs diverses « dans le dos, dans les membres »

-Les migraines

-la chute des cheveux.

Ces symptômes ne sont pas exhaustifs, il n'existe bien d'autres mais ce sont ceux que l'on rencontre le plus fréquemment. (Bertrand(S),2004.p 16-17)

-Selon le DSM –IV TR :

-Le changement de sommeil.

-Changement de l'appétit.

-Changement de l'activité physique et intellectuelle.

-Réduction de l'énergie.

-Idée de dévalorisation ou de culpabilité.

-Difficultés a penser, a se concentrer ou a prendre des décisions.

-Idées de mort récurrent, plans ou tentative de suicide.

-Ces symptômes doivent être nouveau ou avoir subi une aggravation évidente par rapport a la situation de la personne avant de la dépression.

-Les symptômes ou moins deux semaines consécutives. (DSM IV-TR, 2003, P.397).

3-Les critères du DSM IV -TR concernant l'épisode dépressif majeur :

(A) Au moins 0 5 des symptômes suivants doivent avoir été présents pendant une même période d'une durée de deux semaines et avoir représenté un

La dépression aspect clinique et ses théories

Changement par rapport au fonctionnement antérieur ; au moins un des symptômes est soit une humeur dépressive, soit une perte d'intérêt ou de plaisir.

1) Humeur dépressif présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet ou observée par les autres ; se sent triste, vide, pleure.

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

3) Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime, ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours.

4) Insomnies ou hypersomnies presque tous les jours.

5) Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours.

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

7) Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée presque tous les jours.

8) Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours.

9) Pensées de mort récurrentes, idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentatives de suicide ou plan précis pour se suicider.

(B) Les symptômes ne répondent pas aux critères d'épisode mixte.

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

(D) Les symptômes ne sont pas imputables aux effets d'une substance ou d'une affection médicale générale.

(E) Les symptômes ne sont pas mieux expliqués par un deuil, les symptômes persistent pendant plus de deux mois ou s'accompagnent d'une altération marquée du fonctionnement, de préoccupations morbides de dévalorisation, d'idées suicidaires, de symptômes psychotiques ou d'un ralentissement psychomoteur. (DSM-IV-TR, 2003, pp411-412)

4-grands types de troubles de l'humeur :

4-1-L'épisodes dépressif majeur :

L'épisode dépressif majeur, le syndrome dépressif, la dépression sont des synonymes pour expliquer une perturbation de l'humeur dans le sens de la tristesse. Il s'agit d'un état moins sévère que l'accès mélancolique mais de même nature. L'épisode dépressif majeur est le trouble de l'humeur le plus fréquent, sa prévalence est proche de 20% le risque est deux fois plus élevé chez les femmes que chez les hommes.

Le sujet présente une tristesse, souffrance intérieure une douleur, mais la tristesse ou la douleur morale ne constituent pas en elle-même un état dépressif. On pourra parler de dépression, au sens pathologique du terme que lorsque cette dépression de l'humeur atteint un certain degré d'intensité et de durée (quinze jours) qu'elle a un retentissement sur la vie affective et psychique du sujet et entraîne une souffrance subjective chez ce dernier.

-Le syndrome dépressif : réunit un ensemble de symptômes, dont deux sont nécessaires pour porter un diagnostic de dépression. Il s'agit de l'humeur dépressive et de la perte de l'élan vital. Ces deux symptômes sont accompagnés d'une cohorte d'autres symptômes tel que l'insomnie, l'anorexie qui introduit une perte de poids, la diminution de la libido, la fatigue, les douleurs, l'anxiété physique et psychique, la culpabilité, les troubles d'attention et de la mémoire. (Besche-Richard (Ch), Bungener (C), 2004, p50)

L'humeur dépressive n'est pas une simple tristesse, le pessimisme imprègne l'ensemble de la vie mentale du déprimé. Il existe une véritable douleur morale, parfois suffisamment intense pour des idées de mort. Le pessimisme porte sur les événements actuels et futurs. Le passé reste assez souvent épargné, parfois idéalisé « nostalgie ». Il existe chez le déprimé une perte de l'estime de soi avec des sentiments de dévalorisation et d'autodépréciation.

L'humeur dépressive s'exprime généralement sur le plan comportemental, notamment au niveau de la mimique. Le faciès est triste, figé, quelquefois déformé par la douleur. L'ensemble de la gestualité corporelle exprime le découragement et l'abattement. Les idées dépressives ne sont par contre pas toujours exprimées verbalement par le sujet. Lorsqu'elles le sont, c'est en

Générale sous la forme d'une plainte douloureuse, ou parfois d'un discours cynique sur un mode dépourvu de sens.

L'humeur dépressive ne se maintient généralement pas en permanence lors d'un état dépressif. Existe par moment des états d'émoussement affectif, voire d'indifférence, ou même dans certains cas, d'anesthésie affective dont le patient a conscience.

-La perte de l'élan vital : elle comporte plusieurs dimensions :

Le ralentissement psychomoteur a pris depuis quelques années une importance diagnostique centrale au sein du syndrome dépressif. Sur le plan moteur, le ralentissement touche globalement l'ensemble de la mobilité corporelle et notamment la démarche, la mimique, le débit verbal. La voix est monotone ; le temps de latence des réponses lors d'un dialogue est allongé, le discours quantitativement pauvre, est émaillé de pousses fréquentes. Le ralentissement psychique traduit par une altération des fonctions cognitives, plus particulièrement celle qui nécessite un effort «les activités automatiques sont préservées ».

L'asthénie dépressive constitue également un gène important pour le malade. Contrairement à la simple fatigue, elle se caractérise par une prédominance matinale difficulté se lever, « à se mettre en route » et par le fait qu'elle n'est guère améliorée par le repos. Enfin, la notion de perte de l'élan vital renvoie à une approche phénoménologique de la dépression qui a permis de montrer comment le déprimé se révélait incapable de se projeter dans l'avenir et d'anticiper son futur. (Besançon (G), p49-50)

4-2-La dépression chronique ou dysthymie :

La persistance de l'état dépressif au-delà de deux ans indépendamment de la réponse au traitement, définit la dépression chronique ou dysthymie. La fragilité du support social, l'existence de trouble de personnalité sous-jacent, la présence d'une maladie somatique, d'une morbidité, sont les facteurs de risque de chronicisation du trouble dépressif.

Cliniquement les patients adoptent un véritable mode de vie dépressif caractérisé par une morosité dysphorique continue, des sentiments d'infériorité, une asthénie une tendance à s'isoler, des difficultés à éprouver du

plaisir...les symptômes somatique peuvent rester discrets. (Levy(M), 1998, p7-8)

4-3-La psychose maniaco-dépressive (PMD) :

Individualisé par Kraepelin « 1921 », la psychose maniaco-dépressive est caractérisée classiquement par l'alternance chez même patient d'épisodes dépressifs habituellement sévères et d'accès maniaques. Ces derniers sont des états d'exaltation de l'humeur à type d'excitation et d'euphorie en utilisant un vocabulaire plus récent, la PMD est un trouble bipolaire de l'humeur.

Cependant on rattache depuis quelques temps à cette entité certaines maladies dépressives faite de la répétition d'épisode dépressif majeur, sans qu'ait d'accès maniaque « trouble unipolaires ».

La PMD est donc surtout caractérisée par ses moments pathologiques périodiques entre lesquels le fonctionnement psychique se normalise. Le premier accès survient généralement vers 30 ans. La fréquence des accès est véritable, elle diminue avec l'âge .les formes à cycle court « avec inversion rapide de l'humeur » ne sont pas rares.les dépression récurrentes brèves, individualisées récemment, sont peut-être une forme particulière de PMD. (Besançon (G), 2005, pp51-52).

5-la clinique de la dépression du sujet âgé :

5-1-les modèles théoriques de la dépression :

5-1-1-le modèle analytique : situe la dépression à l'origine de l'écart qui se creuse entre le niveau des performances du sujet et les exigences de son idéal du moi n'est jamais complètement débarrassé des vestiges de son origine infantile. A savoir d'une partie au moins de la mégalomanie qui lui a donné naissance. En vieillissant, le sujet âgé inévitablement en difficulté croissante pour satisfaire son idéal du moi. Chaque fois que celui-ci est resté prédominant dans l'organisation psychologique, le risque dépressif est important.

La dépression est exprimée par la baisse de l'estime de soi, un sentiment douloureux d'infériorité associé à la culpabilité mal refoulé l'agressivité se réveille et peut devenir porteuse d'un geste suicidaire efficace

5-1-2-le modèle psychiatrique : porte son attention sur les variations de la conscience altéré par un trouble de l'humeur, la thématique dépressive est d'abord entendue comme une tristesse à vie qui s'exprime à travers une thématique, un ralentissement ,un inconfort, un retrait involontaire de la vie social et personnelle, une expérience négative c'est une maladie conséquence d'un dérèglement de l'humeur dont la référence de basse est la mélancolie.

5-1-3-le modèle psychosociale : recense volonté les points de ruptures dans le réseau relationnel, qu'il s'agisse d'une fin de l'activité professionnelle, de la coupure des liens sociaux, de la réduction des capacités d'adaptation ou l'inadaptation au changement.

Toute lecture psychosocial se met en quête de l'événement de vie qui serait corrélatif avec l'entré de la dépression bien qu'une corrélation ne garantisse jamais l'existence d'un lien de causalité.

5-1-4-le modèle médical :tente de rendre compte de l'existence humaine à travers ce qu'on peut comprendre du fonctionnement corporelle, les géiatres spécialement soulignent les difficultés à vivre d'un Corp. vieillissant :réduction progressive de l'autonomie , de la sensorialité, des instruments corporels, qui sont source de satisfaction pour soi et pour la vie de relation, parallèlement, l'occasion de jouir physiquement diminuent leur parait-il naturelle de voir le sujet âgé comme un candidat de désigné à la dépression.

5-1-5-le modèle biologique :reprends la référence mélancolique comme exemple Basel :il recherche lui aussi des corrélations entre l'état dépressif sévère et des défaillances dans le métabolisme des monoamine des neurotransmetteurs et le fruit du hasard fondé d'un coté sur la constatation de l'effet pathogène ,effet et de l'autre sur celle de l'effet antidépresseur de l'éproniazil de plus spécialement chez le sujet âgé. On insisterait sur la réduction des amines neuromédiatrices, de la dopamine, de la noradrénaline et de l'acétylcholine, les substances déficitaires seraient de surcroit mal utilisé, la pathologie pathogène par toute les médications inadéquates doit être ici rappelée.(Ferry(G),et Goues(G),2000 p89.90).

5-2-la symptomatologie dépressive chez l'âgé :

5-2-1-la tristesse pathologique : qui se distingue de la tristesse réactionnelle ceci que l'intéressé ne peut pas s'en défaire ne serait ce que momentanément pour vivre un état agréable. est un trouble de l'humeur ancré dans le fonctionnement une douleur moral faite de pessimisme et d'auto dévalorisation le sujet se sent incapable, inutile et vide.

5-2-2-le vide interne et corporel : dépendamment de toute interprétation psychologique, le sentiment de vide intérieur et corporel est souligné par tous les auteurs, d'aucun parle d'anesthésie affective, d'effondrement intérieur, de recrutement associatif. Quoi qu'il en soit, le système mental ne rend plus cette absence de rendement est en soi source de souffrance, l'anxiété qui s'y déploie est donc pauvre en représentation.

5-2-3- le ralentissement psychomoteur : se traduit par la perte de l'élan vital, de l'intérêt pour soit et pour les autres. il est à la fois intellectuel et affectif, mais il est généralement difficile à apprécier chez le sujet âgé dans le Corp. a déjà perdu sa souplesse et son agilité, la marche soudée, les bras le long du Corp., la lenteur du débit verbale, la tête et le regard penché vers le sol.

5-2-4- les troubles somatiques : qu'il s'agisse d'une hypochondrie mis en avant pour masquer une angoisse de l'approche de la mort, d'une insomnie, si fréquente après 60ans, d'une constipation si banal, d'une fatigue même accentue, rien ne pourra être évalué correctement dans l'absolu.

6- les traitements :

6-1-le traitement psychologique :

Il s'agit le plus souvent d'une psychothérapie de soutien, nécessaire dans la première phase de la maladie, alors que le patient a tendance a s'isoler et à perdre confiance en lui, ce traitement consiste en entretien centré sur les événements qui ont contribuées à l'installation de la dépression. les thérapies cognitivo-comportementales (tcc) sont très efficaces. Le psychologue doit montrer attentif prodiguer conseils et orientation. une fois dépassé la phase aigue, ces entretiens débouchent éventuellement sur la nécessité de faire un travail plus approfondi, faisant intervenir l'inconscient (psychothérapie longue, voire psychothérapie dépend de la personnalité, du contexte des symptômes, de la

disponibilité de l'entourage et de l'avis du patient) (G, L.de psychologie 2007, p257).

6-2-les médicaments psychotropes :

Sur la plan somatique, les traitements antidépresseurs sont essentiellement médicamenteux, l'électrochoc beaucoup utilisé autrefois, n'est maintenant employé que dans la cas de dépression particulièrement graves, résistantes aux antidépresseurs.(de 10a 15%) ces derniers sont représentés par deux grands groupes de médicaments :les inhibiteurs de la mono-amino-oxydase et les dérivés tricycliques.

7- Les théories étiopathogéniques de la dépression :

7-1-La théorie psychanalytique :

Sigmund Freud a comparé les relations du sujet à l'objet perdu chez le mélancolique et chez le sujet en deuil.

L'objet perdu est intégré psychiquement dans le deuil normal, ce qui permet son désinvestissement d'autre objet d'amour, dans le deuil pathologique l'objet perdu n'est pas identifié par le sujet qui ne peut alors opérer un travail de deuil, le sujet présente une ambivalence affective inconsciente à l'égard de l'objet ; ambivalence mortifère née du sentiment d'avoir été abandonné. Le sujet hait l'objet, pourtant aimé qui a entraîné une souffrance par sa perte, cette perte non métabolisée psychiquement entraîne une culpabilité morbide, reprise par les mélancoliques sur un mode délirant.

Alors que dans le deuil normal la perte de l'objet aimé est réelle, elle peut être symbolique chez le déprimé. Un événement en apparence mineur peut ainsi déclencher une décompensation dépressive, par la représentation de la perte qui lui est associée.

Pour Freud, cette perte renvoie le sujet à la perte de l'objet maternel, les expériences de perte, de séparation, de déceptions précoces durant le développement de l'enfant peuvent ainsi expliquer une fragilité dépressive. (Lévy (M), 1998, p20-21).

7-2- Les théories cognitives et comportementales de la dépression :

Sur le plan cognitif, le déprimé fait une lecture pessimiste du monde qui selon lui est une grande partie responsable de ses souffrances.

Le modèle cognitif princeps des troubles demeure celui construit par Beck. cet auteur a identifié l'existence d'une triade cognitive négative et regroupe chez les déprimés :

- une vision négative de soi « je me vaudrais rien ».
- une vision négative du monde extérieur « les autres ne me comprennent pas ».
- une vision négative du futur « je ne m'en sortirai jamais ».

Ces prémisses vont déterminer les interprétations des situations réalisées par le patient déprimé, et toute événement, même positif, sera perçu négativement. Cette vision de la réalité entraîne de véritables distorsions cognitives dans le traitement des informations. C'est l'activation du schéma dépressogène, structure profonde stockée en mémoire à long terme qui provoquerait ces distorsions.

Les autres approches cognitives des troubles de l'humeur se réfèrent aux théories de l'attribution élaborées, dans leur forme la plus complète, par SELIGMAN(1974).

Les théories de l'attribution définissent le fonctionnement cognitif d'un individu en fonction des qualités qu'il confère aux événements SELIGMAN a défini trois qualités attributives :

- le lien de contrôle : un échec peut être attribué à des causes internes « manque d'habileté, effort insuffisant » ou des causes externes « hasard, facteur environnementaux, sociaux, ...etc. ».
- la stabilité l'instabilité : l'échec, peut être attribué à des conditions stables invariantes « incapacité personnelle fondamentale » ou des conditions instables « un effort insuffisant à cette occasion uniquement ».
- intentionnalité et non intentionnalité : soit l'échec est dû au hasard, soit il a une cause intentionnelle « sévérité d'un professeur lors d'un examen ».

SELIGMAN décrit le « style cognitif » du déprimé qui est caractérisé par de l'intériorisé, le sujet attribue sa dépression à des causes internes « c'est de sa

faute, et l'environnement a peu de responsabilités » ; la stabilité, les conditions qui déterminent l'état dépressif ne changent pas et de non-intentionnalité, c'est-à-dire que les attributions d'échecs l'emporte surtout les autres, globalement pour le déprimé toute les expériences sont négatives (Besceh(R), Bungener(C), 2002,p58- 59)

Les théories comportementales sont fondées sur l'exploration des comportements animaux dans des situations expérimentales. On a ainsi observé que l'administration de chocs électriques répétés entraîne chez les animaux un renforcement à éviter des chocs ultérieurs. Autrement dit, l'animal ne sait plus faire face et se soumet aux stress extérieurs dans une position d'impuissance.

Pour les comportementalistes les déprimés adoptent ce fonctionnement traduisant l'impuissance apprise ou « Learned helplessness » dans des situations stressantes répétées. (Lévy (M), 1998, p24).

7-3- Les théories biologiques :

Les troubles de la neuro-médiation sont nées à la suite de la découverte empirique des médicaments antidépresseurs « 1957 », par des travaux essayant de comprendre leurs mécanismes d'action. Cependant, l'on sait maintenant que ces médicaments permettent d'augmenter la concentration synaptique en certains neuro-transmetteurs « noradrénaline, sérotonine », il est réducteur, voir peut- être erroné, d'en conclure que la dépression est la résultante de déficits noradrénergique et sérotoninergique. Une multitude d'anomalies biologiques ont été identifiés par ailleurs, sans que l'on puisse pour l'instant organiser ces connaissances. (Besançon(G), 2005, p57)

Conclusion de chapitre :

La clinique de la dépression du sujet âgé est parfois complexe, et le diagnostic n'est pas toujours aisé à poser. Sur le plan sémiologique, on note une inflexion des signes et une atténuation de la symptomatologie. La présentation clinique de la dépression du sujet âgé est souvent moins évidente et moins franche que celle d'un sujet plus jeune.

Les éléments cliniques « traditionnels » tels que présentés dans le DSM IV. Sont généralement considérés comme insuffisantes pour le sujet âgé déprimé. Souvent ils doivent compléter par des éléments cliniques plus « spécifiques » tel que des plaintes somatiques, des douleurs une symptomologie hypocondriaque. La psychothérapie permet d'aider le sujet déprimé à mieux faire face à son problème dépressif, « traitement psychologique ou le traitement antidépresseur psychotrope ».

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

CHAPITRE II

Vieillessement et ses caractéristiques

Chapitre 2 : le vieillissement et ses caractéristiques

Introduction de chapitre :

1 -Définitions

1-1-la vieillesse

1-2-le vieillissement

1-3-la personne âgée

2-Les époques du vieillissement

2-1-l'adulte vieillissant

2-2 -l'adulte vieux

2-3-le vieillard

2-4-le vieillard malade

3-Le vieillissement physiologique

4-Le vieillissement psychologique

5- Le vieillissement psychoaffectif

6- Le vieillissement au plan social et familial

7 -Les problèmes psychologiques liés au vieillissement.

8-Les personnes âgées vivant en institution

Conclusion de chapitre.

Introduction de chapitre :

-Comme toutes les étapes de la vie humaine, la vieillesse correspond à un certain nombre de caractéristiques :

Changements physiques, changements psychologiques ; un sentiment de décalage par rapport aux repères de la vie adulte « impression de ne plus appartenir à l'époque dans laquelle on vit »

Mais ces caractéristiques n'apparaissent pas nécessairement de façon simultanée et comme pour l'adulte et l'adolescent, il est nécessaire de tenir compte de différents critères pour définir la vieillesse.

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

Dans ce chapitre on va présenter l'ensemble des fonctions essentielles affecté par le vieillissement telle que : les définitions, les étapes de vieillissement, le vieillissement physiologique et le vieillissement psychologique.

1-Définitions :

1-1-la vieillesse :

Dernière période de la vie, correspond à l'aboutissement sénescence ;

Le terme s'oppose parfois à celui de sénilité, qui en serait l'aspect pathologique, mais il faut bien reconnaître que l'extrême vieillesse ne se distingue en rien de cette dernière, en revanche, il est certain que la vieillesse apparaît et va s'aggraver plus au moins vite selon les individus.

La vieillesse est « l'âge ou 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), 1978, p310)

1-2-vieillesse :

Ensemble de transformations qui affectent la dernière période de la vie et qui constituent un processus de déclin. (Bloch (H).1999.p.987)

Le vieillissement est un phénomène naturel qui s'inscrit dans la destinée humaine, c'est un processus normal. la vieillesse n'est que l'aboutissement normal du vieillissement.

Effet normal de l'âge sur les différentes fonctions psychologiques et organiques tendant quoique d'une manière fort inégale selon les sujets et les fonctions. à une baisse des performances et capacités. Ce déclin peut commencer après la seconde décennie de la vie. On a suggéré un effet de l'âge sur les organes des sens et les organes locomoteurs. Mais ces effets dit périphériques, semblent moins importants que les effets sur le système nerveux central. Quoi qu'il en soit, de grandes variations existent : à titre d'exemple, les capacités dites d'agilité mentale. après un déclin vers 20ans, reviennent à leurs score d'origine après 60ans comme si certains déficits étaient compensés par des gains résultant de l'expérience. à coté des baisses de performances et des changements de certains traits de la personnalité. la réduction de la capacité d'apprendre, celle de mémoriser ou de rappeler sont les plus sensibles. Tant pour le sujet que pour l'entourage ; l'intensité de ces troubles peut déplacer la limite de passage du normal pathologique. (Roland(D), 2008, p748)

1-3-définition de la personne âgée :

Est un être humain unique, qui se respecte, une personne adulte qui a un vécu, un passé, elle a un savoir à transmettre, qui peut avoir une certaine fragilité due à la sénescence, cependant, cette fragilité ne l'empêche pas de conserver des activités et elle ne conduit pas à l'enfance. C'est une personne qui peut être autonome ou dépendante et qui peut garder une certaine joie de vivre. On peut être vieux sans être âgé, âge sans être vieux et âge.
<http://www.google.com/serch-cour>.

2-Les époques du vieillissement :

2-1-l'adulte vieillissant : l'adulte entre dans la carrière vieillissante à mi-vie c'est-à-dire au moment où découvre qu'il a déjà vécu la moitié de son existence

Vieillesse et ses caractéristiques

et que désormais le temps qu'il lui reste est plus court que celui qu'il a connu, pour lui c'est une nouvelle expérience qui débouche, pour cette personne

2-2-l'adulte vieux : est un être autonome dont les fonctions corporelles et psychiques permettent de quitter une condition pour en investir une autre. de composer relativement les pertes par l'investissement de nouveaux intérêts, l'époque de l'adulte vieux débute par la mise à la retraite.

2-3-le vieillard : c'est-à-dire le sujet fragilisé par une perte notable de ses capacités physiques et mentales, se situe généralement au-delà de 80ans (Ferry(G), 2000, p198)

2-4- le vieillard malade : n'est pas nécessairement plus vieux. Civilement, que son contemporain pourtant tout se passe comme s'il était à cause vie alourdie. L'handicap physique la pathologie somatique s'ajoute à l'usure du temps. Une condition aggravante qui ne se rencontre plus que 20% des cas aujourd'hui grâce à l'amélioration des conditions de vie associés aux progrès de la médecine. Une façon de rappeler que 80% de nos séniors connaissent un troisième âge ouvert sur pas de possible.

De point de vue psychique, ces quatre catégories vieillissantes se chevauchent .elles ne peuvent pas se succéder linéairement puis qu'elles sont déterminées par plusieurs paramètres dont la combinaison heureuse retarde le vieillissement. Quand leur combinaison malheureuse l'accélère l'important du point de vue psychique consiste à évaluer ce qui l'emporte en la relance d'une conflictualité ancienne analysable par l'interprétation du transfert, en l'actualité d'une souffrance à réduire par une position contenant. (Bloche(H).1999, p198-199)

3-le vieillissement physiologique :

Le vieillissement peut être décrit comme les effets physiologique du temps sur l'organisme, c'est un processus lent et progressif dont les effets peuvent être plus au moins marqués en fonctions des individus cependant, on peut dire qu'en générale, les modifications physiques sont évidentes surtout pour le sujet qui sent ses capacités et ses forces le quitter progressivement. ses possibilités physiques, sa résistance ne feront que régresser, et parmi ces modifications :

3-1-des changements dans l'apparence :

Dans l'aspect extérieur, le Corp. change en poids et en taille .mais surtout sur la peau et le visage que s'inscrit les ans : celle-ci perd de sa tonicité (mais surtout sur la peau) se ride et se pigmente, et les cheveux blanchissent et tombent, puis ce sont les dents, l'image de soi et son investissement seront directement touchés par cette transformation que la majorité des personnes âgées vit de façon négative. (Charazac (C), 1998, p12)

3-2-des changements dans les fonctions sensorielles :

La perception se définit comme « la prise de conscience sensorielle d'objets ou d'événement extérieurs qui ont donné naissance à des sensations plus au moins nombreuses et complexes » on constate au fil des années, un vieillissement générale des capacités sensorielles, mais la sénescence ne touche pas nécessairement tous les sens et ne les affecte pas de la même manière.

3-2-1-les cinq sens :

-la vision : plusieurs modifications physiologiques entraîne des troubles de la vision, dont les plus fréquents sont la diminution ou la perte de l'acuité visuelle, des modifications dans la perception des couleurs, une baisse dans la capacité d'adaptation aux stimuli visuels et la perception d'éléments parasites.

-l'audition : il s'agit d'une des sens les plus touchés par la sénescence, au niveau des troubles de l'audition, on constate le plus souvent une presbyacousie c'est-à-dire une atteinte dans la perception des consonnes, on voit également apparaitre des acouphènes, qui correspondent à la perception de sifflement ou de bourdonnements dans l'oreille, des vertiges peuvent se manifester en lien avec le vieillissement des systèmes labyrinthiques et vestibulaire.

-l'olfaction : ce sens est assez peu touché par la sénescence et il fait rarement l'objet de plaintes chez le sujet âgé, certains troubles physiques se manifestent néanmoins au niveau du conduit nasal, avec des sensations de sécheresse ou de découlement.

-le goût : on constate souvent une hypogoucie c'est-à-dire une diminution de la sensibilité au salé et au sucré, il n'est pas rare de rencontrer une sécheresse de la dégustation ou une acidité buccale ainsi qu'un trouble de la dégustation pouvant entraîner des « fausses routes »

-le touché : ce sens est de loin le moins affecté par la sénescence jusqu'à un âge très avancé, généralement, on constate une simple de sensibilité à la pression au niveau de la main. (Maraeu.(CH) ,p189.190)

3-3-des changements dans l'activité sexuelle et le sommeil :

L'activité sexuelle et le sommeil connaissent des modifications physiologiques vécues comme des pertes mais ,chez l'homme ,la réduction de l'activité sexuelle s'explique moins par les changements qui affectent sa réponse sexuelle que par la crainte de l'échec et de l'impuissance .de même l'involution physiologique qui touche la femme à partir de la ménopause ne supprime pas ses possibilités sexuelles ,se sont surtout les facteurs émotionnels qui agissent sur son désir ,quand au sommeil ,il connaît un changement de sa structure plutôt qu'un raccourcissement de sa durée ,et l'insomnie de début ou de fin de nuit est à considéré comme un trouble anxio-dépressif devant être traité.(Charazac(C), p13)

3-4-des changements dans les capacités motrices :

Se manifestent par :

Diminution de la force, la perte de la rapidité, lenteur dans l'apprentissage d'habileté nouvelles et on remarque aussi que les personnes âgées ont tendance à devenir gauchers et maladroits et parmi les causes physiques expliquant le déclin des capacités motrices durant la vieillesse on peut noter :

La diminution de la force et de l'énergie, l'insuffisance de la tonicité musculaire, la raideur des jointures, et la crispation musculaire au niveau des mains, de l'avant bras, de la tête et de la mâchoire inférieure.

-les facteurs psychologiques : prise de conscience par le vieillard qu'il est entrain de « perdre le terrain »et dont le sentiment d'infériorité qu'il éprouve lorsqu'il se compare avec les jeunes gens en termes de force, de capacité et de vitesse.(Hurlock (H),1978.p320).

3-5-des changements dans les capacités intellectuelles :

Comme pour tous les aspects caractéristiques du déclin qui se produit au cours de la vieillesse, l'affaiblissement des fonctions intellectuelles varie énormément d'un individu à l'autre, ce déclin des capacités intellectuelles ne s'amorce pas à un âge précis, pas plus qu'il ne suit pas un schème établi par tous les individus en générale, les individus de niveau intellectuel supérieur subissent une diminution moindre de leurs capacités intellectuelles, que ceux d'intelligence inférieure.(Hurlok(H) ,1978.p319)

4-le vieillissement psychologique :

-l'avancé en âge entraîne souvent les modifications psychologiques divers, qui touche généralement l'affection et la cognition de la personne âgé

4-1-la sénescence de la cognition :

On distingue généralement par le terme « cognitif » tout ce qui relève des processus permettant à un organisme d'acquérir des informations sur lui-même et sur son environnement, afin d'établir des attitudes et des comportements.

-la mémoire : on observe précocement « des 30 à 50 ans » une altération sur le plan verbal de la mémoire explicite et sur le plan non verbal de la mémoire implicite c'est la mémoire qui est la plus touchée, celle qui sert au rappel d'événement biographique, notamment dans leurs coordonnées temporo-spatial, la mémoire sémantique, qui sert à la connaissance du monde, est relativement protégée, le déclin mnésique ne touche pas ou peu la mémoire de travail, qui sert à la remotorisation d'action en cours.

-le raisonnement : les performances globales diminuent de manière continue en matière de raisonnement déductif, cette baisse est d'autant plus frappante lorsque le sujet est confronté à la résolution de problèmes complexes, le raisonnement inductif étant particulièrement affecté par la sénescence

-le langage : on observe une diminution des performances dans l'utilisation active du lexique, l'essentiel des modifications ne survient généralement qu'après 70 ans et se caractérise entre, autre, par une baisse de capacité de dénomination et l'altération et la fluence de langage.

-l'attention : l'attention divisé qui désigne la capacité à sélectionner des informations significatives au sein d'un flux de message sensoriel, apparait nettement touchée par le vieillissement, l'attention concentrée, est plus préservé.

-les apprentissages : on observe une chute généralisé des capacités d'apprentissage dans la sénescence ; celle –ci est due au ralentissement des processus du traitement de l'information qui résulte de la baisse des performances de l'attention et du travail de la mémoire.(Mareau(CH),venek (A),2005,p191,192)

5-le vieillissement psychoaffectif :

On qualifie des « psychoaffectif » tout processus mental faisant intervenir l'affect, le vieillissement place la personne en situation de remaniement psychoaffectif, la confronte à la réalité de la perte d'une manière qui engage pleinement le rapport à soi et au monde.

5-1-le deuil

-le deuil d'objet :

Correspond au travail qui s'effectue après la perte d'un être cher, il ne procède pas chez la personne âgée de caractéristiques propres par rapport au deuil d'un sujet plus jeune, mais du fait de l'avancé de son vieillissement, la personne âgé est plus directement confronté à la représentation de sa propre mort et possède moins de possibilité d'effectuer des réinvestissements affectifs.

-le deuil de l'identification sociale :

Le deuil de l'identification sociale se pose cruciale lors d'étapes clés comme l'accès à la retraite ou une maladie entraînent une soudaine dépendance. Alors le sujet occupait une place et des activités qui le valorisent socialement et faisant partie intégrante de son identité, se trouve dépossédé, découvrant que l'on a plus le même besoin de lui, il doit faire évoluer sa position sociale, ce qui s'avère souvent difficile

-le deuil du moi : correspond à la prise en compte de la mort, il se fait progressivement afin que le sujet intègre la réalité de sa prochaine disparition, tout en gardant des investissements qui maintiennent son intérêts dans la vie, ce deuil s'effectue généralement en deux temps : un détachement puis un réinvestissement.

5-2-« âgisme » : l'âgisme ou l'âgisme désigne toute forme de discrimination fondée sur l'âge, il se résume aisément dans des phrases du quotidien, souvent adressé aux personnes vieillissantes quand elles se plaignent vous avez mal quelque part c'est normal, c'est l'âge .

5-3-l'infantilisation : cette attitude se manifeste dans des paroles ou des comportements qui retirent à la personne âgée son statut d'adulte et la ramène de fait à celui d'enfant.

5-4-la gérontophobie : c'est la peur irrationnelle de tout ce qui se rapporte au vieillissement ou à la vieillesse, cette attitude entraîne des comportements négatifs qui vont de l'indifférence au mépris, voire au rejet.

6- le vieillissement au plan social et familial :

Le vieillissement au plan social et familial est par plusieurs événements majeurs : la retraite, l'éloignement des enfants, la diminution des revenus et la restriction de la vie sociale et sans oublier les changements dans la relation avec le conjoint

6-1-la retraite : plus précoce et plus longue qu'auparavant est à la fois souhaitée et redoutée cette rupture est particulièrement importante pour les hommes, la réponse psychologique actuelle est sa préparation ,son accompagnement et son suivi en groupe ou individuellement « résolution de problème, recherche de communication affective ,gestion de temps ».aider les personnes à franchir les étapes de cette épreuve, la transition de la période de travail à la période de la retraite exige une grande capacité d'adaptation, car les changements associés à la retraite peuvent entraîner plus d'effets négatifs que positifs.

6-2-la diminution des revenus :

Considéré comme l'effet négatif de la retraite, elle diminue les capacités de vie sociale et facilite l'isolement, elle confère un sentiment de vulnérabilité, voire d'insécurité, le sentiment d'impuissance acquise forme de terrain à l'action forme le terrain à la dépression.il s'y ajoute un sentiment d'hostilité face au monde.(Bee(H),Boyd(D) ,2003,p455-456)

6-3-la dépendance et ses implications :

Presque incontournable ment, l'avancé en conduit à une situation de dépendance. Dépendance des objets tout d'abord comme la canne ou les lunettes, puis à autre qui vient suppléer les manques et fournir un soutien affectif, cette dépendance est ainsi associée à une perte d'autonomie qui va être plus au moins bien tolérée, des réactions d'agacement ,de colère, de déni ou de dépression se rencontrent dans cette intégration de la dépendance qui est à la mesure de deuil des capacités perdues.les réactions de l'entourage est alors un très grand poids dans l'acceptation de cette dépendance et peuvent la faciliter comme la rendre plus douloureuse et difficilement supportable(Mareau.(CH),venek,(A),2005,p195)

6-4-des changements dans la relation avec le conjoint :

En passant à la maison qu'auparavant, si sa relation avec son conjoint (e)est bonne, cela contribuera au bonheur des deux, cependant, les relations deviennent plus nombreuses puisque les conjoints ont plus de contacte avec l'autre. Beaucoup de retraités ont tendance à être déprimés et malheureux parce qu'ils ne savent pas quoi faire de leurs temps libre et qu'ils se sentent perdus, ils manifestent leurs aigreur en se montrant critiques et irritables avec leurs conjoints (e),car les mariages à l'âge adulte avancé sont comme des coquilles vides, sans vie et sans énergie dans les quelles il ne reste que loyauté et l'habitude. (Hurlock (B) , 1978, p320)

7- les problèmes psychologiques liés au vieillissement :

-une personne sur vingt de plus de 60ans et une sur cinq de plus de 85ans souffrent de graves altérations de leurs facultés mentales ,dans 50 à 60%des cas il s'agit de la maladie d'Alzheimer ,affection dégénérative cérébrale qui se manifeste par des troubles de la mémoire ,du langage ,du raisonnement et par une difficulté à s'orienter dans le temps et l'espace, des médicaments améliorant les symptômes de la maladie au début de son évolution peuvent aujourd'hui être proposés , par ailleurs, la stimulation quotidienne du malade dans les actes élémentaires de la vie aide au maintien de l'autonomie :il est recommandé à l'entourage de ne pas se substituer au sujet, mais au contraire de l'encourager sous surveillance à effectuer lui-même les gestes de la vie quotidienne, autre affection dégénératrice cérébrale, la maladie de parkinson se traduit par un

tremblement au repos, une expression figée, des mouvements lents et rares, et une raideur généralisée on ne sait toujours pas empêcher son aggravation progressive, mais divers médicaments permettent aujourd'hui d'entamer les symptômes.(Elizabeth,(B)1978.p1115)

7-1-les pathologies et troubles de la vieillesse :

Une pathologie ne prend son sens que par rapport à un âge de la vie : pour proposer un diagnostic le clinicien prend en compte l'âge du sujet, comme pour l'enfant, l'adolescent et l'adulte, il existe des pathologies spécifiques à l'âge avancé ou bien chez la personne âgée.

On peut rencontrer des conduites réellement pathologiques chez certains sujets âgés l'une des manifestations pathologique très graves, est celle de l'anorexie des sujets âgées, l'individu se nourrit mal d'aliments peu énergétique, et trop peu, ce qui conduit à une mal nutrition et une dénutrition ,il a souvent un refus alimentaire suite à une situation plus au moins soudaine de dépendance ; ce refus peut être interpréter à la fois comme un manque de plaisir et d'intérêts mais aussi comme une réaction contre l'angoisse de la mort.(Marraeu(CH),2005 p198)

7-2-le trouble dysthymie :

La dysthymie désigne l'humeur, le trouble dysthymie concernant donc les perturbations de cette humeur, la notion de l'humeur se réfère à l'ensemble des tendances dominantes qui contribuent à former l'état émotionnelle d'une personne. Les manifestations dépressives sévères constituent les troubles de l'humeur le plus fréquent, la mortalité qui en découle est la plus importante chez le sujet âgé, cette dépression s'exprime plus volontiers sous la forme d'une irritabilité avec également une perte de l'intérêt et une diminution de l'estime de soi.

7-3-les trois perturbations principales de l'humeur :

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

-la dysphorie : elle s'oppose à la première, comporte un sentiment désagréable relatif à une insatisfaction par rapport a soi même ou a l'entourage, les

Personnes peuvent alors se montrer méfiantes, revendicatrices, et difficilement capable de joie.

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

8-Les personnes âgées vivant en institution :

Environ 5%des personnes âgées sont accueillies dans des établissements d'hébergement de longue durée. Cette proportion augmente avec l'avenacée en âge, plus du quart des personnes âgées de 85ans et plus se retrouve dans cette situation.

La diversité des institutions permet une meilleure réponse aux demande des personnes âgées, Les conditions de confort se sont grandement améliorées, des efforts sont faits dans de nombreuses maisons de retraites pour laisser plus de liberté aux résidents .le maintien de la sociabilité avec la famille et les amis persiste pour une majorité de pensionnaires, les relations avec les personnes sont plus ambiguës .Celles entre résidents varient des relations polies à distance à 'la création d'un univers familial ou à la reconstruction d'une communauté villageoise. Les personnes sont, de façon générale de plus âgées, dépendantes et démentes, mais certain choisissent d'y entre pour être déchargées de leurs taches domestiques ou pour diminuer leur sentiment de dépendance à l'égard de leurs proche. (Hernard,(J) ,2002,P132,133)

Conclusion du chapitre :

La vieillesse n'est pas toujours synonyme d'avantage, tels que la sagesse, l'expérience, la maturité, elle est plus souvent caractérisé par une perte d'autonomie.

Le discours dominant autour de la vieillesse en fait souvent une maladie alors qu'en réalité, on vieillit de mieux ; seulement 5% de plus de 60ans présentent des incapacités majeurs, certains vivant en établissement, d'autres à leurs domiciles ou chez leurs enfants, certains sont valides, d'autres sont entré dans la dépendance.

La vieillesse constitue la période de la vie où la vulnérabilité psychologique est la plus importante, peuvent être des facteurs aggravant :

-les ruptures « retraite, placement en maison de retrait »

-les changements dans la vie relationnelle « retour à la vie de couple, perte du conjoint, dépendance familiale... »

L'absence de prise en charge des sujets âgés dépressifs est un vrai problème de santé publique, trop souvent, les signes dépressifs sont attribués au processus normal de vieillissement, pourtant le non reconnaissance de ces dépressions à pour conséquence l'augmentation du taux de suicide dans cette population.

**L A P A R T I E
P R A T I Q U E**

CHAPITRE III

Méthodologie de la recherche

Chapitre III : partie méthodologique

Introduction de chapitre.

1- la présentation de lieu de recherche.

2- la méthode adoptée dans la recherche : la méthode descriptive

3-le groupe d'étude de la recherche et ses caractéristiques.

4- les outils d'investigation :

4- 1-l'entretien clinique de recherche.

4-2-l'inventaire de dépression Beck (BDI-II).

5-Le déroulement de la recherche

Conclusion de chapitre

Introduction :

Pour réaliser une recherche, on doit s'appuyer sur une méthodologie bien déterminée, avoir un terrain de recherche, un groupe d'étude et de des outils d'investigation.

Ce chapitre méthodologique sera consacré à la présentation des différentes étapes qu'on a suivi dans notre recherche .Et cela concernant la dépression chez la personne âgée placée dans un foyer d'accueil.

-présentation de lieu de la recherche.

-la méthode adoptée dans la recherche.

-l groupe d'étude de la recherche et ses caractéristiques.

-les outils d'investigation.

-déroulement de la recherche.

Pendant la pré-enquête, on a essayé l'inventaire de Beck avec deux personnes âgées pour savoir son efficacité avec cette catégorie de personne on a pas trouvé ni des difficultés ni des obstacles pendant la passation de l'inventaire c'est pourquoi on le trouve qu'il est valable pour notre étude.

1-présentation du lieu de la recherche :

Notre partie pratique s'est déroulée au sein du foyer pour personnes âgées et / ou handicapées de Bejaia(F.P.A.H), fondé sur décrit n°1/153 du 02 février 2001.D'un régime d'internat, ce centre est situé à la cité sidi-ouali à Bejaia ; il est d'une superficie environ 8200m² dont 4800m²construit, et d'une capacité d'accueil de plus de 100pensionnaires.

Sa mission est d'accueillir les personnes âgées de plus de 60 ans soutien ni ressources, ainsi que les handicapés infirmes moteur de plus de 15ans, sans soutien ni ressources et reconnus inaptes au travail et a une rééducation fonctionnelle. Le foyer offre aux résidents un espace paisible et confortable, qui respecte leur autonomie et leur liberté. Il propose aussi des activités qui répondent aux souhaits et besoins, selon le choix des personnes âgées et des handicapées.

Au sien du foyer le psychologue a pour rôle d'être à l'écoute des plaintes, des souffrances, des demandes et des attentes de la personne âgée.

2-La méthode clinique :

Pour réaliser notre travail de recherche nous avons opté pour la méthode clinique descriptive, cette méthode qui intervient au milieu naturel et entente de donner une image précisée d'un phénomène ou d'une situation particulière.

Selon la définition de Pednielli (J-L) « La méthode clinique est utiliser dans le domaine pratique de la psychologie, c'est un ensemble des techniques qui ont pour bute de produire des informations sur la personne, le psychologue ici doit s'intéresser sur le sujet lui-même. »

La méthode clinique pourrait comporté deux niveau complémentaire : le premier correspond ou recours a des techniques « test, échelle entretien » Alor que le second niveau se défini par l'étude approfondie et exhaustive du cas(Pednielli(j-L),2006,P32-33) .

3-le groupe d'étude de la recherche et ses caractéristiques.

Nous avons procédé à la sélection de 06 personnes âgées des deux sexes. On a choisi notre groupe d'étude dans le foyer pour personnes âgées,

On a réalisé notre recherche sur ceux qui ont donnés leur consentements de travailler avec nous, en fixant un rendez vous par l'intermédiaire du responsable de « foyer pour personnes âgées » et en gardant l'anonymat des personnages étudiés dans notre recherche.

3-1- Critères d'inclusion de groupe d'étude:

-L'âge : tout les cas sont des personnes âgés leurs âges se situe entre 65 a 80.

-la famille : tout les cas sont des personnes mariés « père ou mère »

La santé : tout les cas sont des personnes ayant pas une maladie chronique.

4- Outils de la recherche :

4-1- L'entretien clinique:

-Définition :

L'entretien de recherche est fréquemment employé comme méthode de production de données dans la recherche en psychologie clinique et aussi dans un grand nombre de disciplines dans le champ des sciences humaines et social ; il représente un outil indispensable et irremplaçable pour avoir accès aux informations subjectives des individus : biographie, événements vécus, représentations, croyances, émotions, histoire personnelle, souvenirs, rêves, etc.

Ce qui fonde la spécificité de l'entretien clinique de recherche, c'est le terme « clinique » qui renvoie à :

-un champ de pratiques et d'interventions du psychologue clinicien qui intéressent généralement le domaine des soins.

-une attitude clinique « centration sur le sujet, compréhension empathique, neutralité bienveillante, respect » qui correspond à la fois à une démarche méthodologique visant une connaissance approfondie de l'individu et à une attitude éthique dans l'abord d'un sujet en souffrance psychologique. (Chahraoui.(KH) et Bénony(H), 2003, p141).

« L'entretien de recherche n'a ni visée diagnostique ni thérapeutique. Mais il n'est pas autant dénué de but. Il correspond à un plan de travail du chercheur, l'entretien de recherche conserve un caractère sérieux et approfondi. »

L'entretien de recherche est centré sur la personne comme dans l'entretien thérapeutique, il pourra décoder en tenant compte du contenu manifeste et du contenu latent car malgré le sujet est guidé par la consigne mais reste toujours qu'il peut déborder sur des souvenir d'enfance, des histoires personnelle ou familiale.

L'entretien clinique de recherche est de trois types qui sont : l'entretien directif, l'entretien non directif, et l'entretien semi directif dont on s'est intéressé dans notre recherche, qui semble adéquat pour vérifier les hypothèses de notre investigation.

-L'entretien semi-directif :

Est un usage complémentaire où le clinicien pose quelques questions simplement pour orienter le discours sur certain thème, cette structuration peut se préciser jusqu'à proposer un véritable guide d'entretien : les thèmes abordés par le clinicien sont préparés à l'avance mais les questions ne sont pas formulées à l'avance, elles s'adaptent à l'entretien. La structure d'un guide d'entretien reste souple. (Chiland (C), 1983, p118-119)

« Dans ce type d'entretien le chercheur dispose d'un guide d'entretien avec plusieurs questions préparées à l'avance mais non formulées d'avance ; elles sont posées à un moment opportun de l'entretien clinique, par exemple à la fin d'une séquence d'association. Comme dans l'entretien non directif, le chercheur pose une question puis laisse le sujet associer sur le thème proposé sans interrompre. L'aspect spontané des associations est moins présent dans ce type d'entretien dans la mesure où le clinicien cherche un cadre et une trame qui permet au sujet de dérouler son récit. (Chahraoui (KH) et Bénony (H), 2003, p143).

4- 2- l'inventaire de la dépression de Beck (BDI-II) :

Notre deuxième outil dans cette recherche est l'échelle de dépression de Beck.

-L'inventaire de dépression de Beck :(Beck Depression Inventory ou BDI 1961, 1974) : c'est le questionnaire de la dépression le plus utilisé dans la population adulte. Il donne une estimation quantitative de l'intensité de la dépression. Il a été étudié auprès des personnes âgées et des adolescents. Plusieurs versions existent, la dernière édition date de 1994 et porte de nom de BDI-II. Chaque item est constitué de 4 phrases correspondant à 4 degrés d'intensité croissante d'un symptôme sur une échelle de 0 à 3. Dans le dépouillement, il faut seulement tenir compte de la cote la plus forte choisie pour une même série. La note globale obtenue en additionnant les scores des 21 items. (Bouvard(M), Coutraux (J), 2002, p182)

-Historique :

durant trente-cinq ans, le BDI a connu un large succès sur le plan international pour évaluer la gravité de la dépression chez les sujets déjà diagnostiqués comme dépressifs ainsi que pour repérer une dépression chez le sujet de la

population normale(Archer, Maruish, Imhof, Piotrixski, 1991Le BDI). La passation durait approximativement 10 à 15 minutes ; le calcul des notes était obtenu en additionnant les évaluations de chacun des items.

En 1971, Beck et ses collaborateurs du Philadelphia center for cognitive therapy à l'université de Pennsylvanie ont commencé à utiliser une version modifiée du BDI : le BDI-A ; dans cette version, les formulations différentes pour décrire des symptômes identiques et les doubles négations ont été supprimées. (Beck(A), 1979).

Différentes versions expérimentales ont été testées et la version définitive(le BDI-AI), établie en 1978, a été publiée aux États-Unis en 1979. Néanmoins, de nombreuses ultérieures continuèrent de citer la première version du BDI de 1961(Steer (R) et Beck(A), 1985).

En 1987 un manuel technique de BDI-AI a été publié aux États-Unis ; l'édition du manuel de 1993 inclut une légère modification des notes seuils recommandées pour déterminer la gravité des symptômes dépressifs. (Aaron(T). BECK(A), 1998, p1-3).

Création des items du BDI : Beck et ses collaborateurs ont commencé le travail d'élaboration du BDI-2 en 1994. Des items évaluant des critères de dépression du DSM-IV

Ont été créés : Agitation et Difficulté à se concentrer et perte d'énergie. Ces items ont été testés avec ceux du BDI-IA, légèrement remaniés. Cette version expérimentale était composée de 27 items ; des études ont été effectuées sur un échantillon de 193 patients psychiatriques externes présentant divers troubles psychiatriques. Des analyses d'items et des analyses factorielles sur les réponses de cet échantillon ont permis de sélectionner les 21 items de la version définitive. (Aaron (T), Beck (A), Robert (A). Steer(R), Gregory (K) Brown(G), 1996, p4).

-Consigne:

Il y a plusieurs modèles de consigne que le psychologue peut utiliser, mais la consigne que nous avons utilisée dans l'échelle est :

« Ce questionnaire comporte 21 groupes d'énoncés. Veuillez lire avec soin chacun de ces groupes puis, dans chaque groupe, choisissez l'énoncé qui décrit mieux comment vous vous êtes sentie au cours des deux dernières semaines,

incluant aujourd'hui. Encerclez alors le chiffre placé devant l'énoncé que vous avez choisi. Si dans un groupe d'énoncés, vous en trouvez plusieurs qui semblent décrire également bien ce que vous avez ressenti, choisissez celui qui a le chiffre le plus élevé et encerclez ce chiffre. Assurez-vous bien de ne choisir qu'un seul énoncé dans chaque groupe, y compris le groupe N° 16 (modification dans les habitudes de sommeil) et le groupe N° 18 (modification de l'appétit) ». (Aaron(A), Beck(A), 1997)

(Voire les items de l'échelle dans l'annexe N°2)

-L'utilisation clinique :

Le BDI permet d'évaluer la sévérité de la dépression, chez des patients (adultes et adolescents à partir de 16 ans). Le BDI a été élaboré comme indicateur de la présence et de la sévérité des symptômes dépressifs correspondant aux critères du DSM-IV et non comme une mesure spécifique de diagnostic clinique. Il faut être très prudent lorsqu'il est utilisé comme seul instrument diagnostique car la dépression peut être associée à des divers troubles diagnostiques primaires, allant du trouble panique à la schizophrénie.

Bien que la BDI-II soit facile à administrer et à coter, seuls des professionnels possèdent une bonne expérience clinique devrait l'interpréter. (Aaron (A), Beck, Robert (A). Steer(R), Gregory (K) Brown (G), 1996, p6).

-Les notes seuils au BDI-II :

Note totale	Niveau de la dépression
0- 11	Minimum
12- 19	Légère
20- 27	Modéré
28 -63	Sévère

5-déroulement de la recherche :

Nous avons effectué notre pré-enquête dans le foyer pour personnes âgées et handicapées de Bejaia, ou on a été proche des sujets âgés. Grâce à cette pré-enquête on a pu sélectionner des sujets les plus pertinents et plus valables pour notre recherche, on a effectué des entretiens au hasard, avec un bon nombre de personnes âgées. Et puis la psychologue du centre nous a orientés vers les personnes qui présentent des dépressions.

L'entretiens nous ont permis de cerner les questions de notre recherche. Le côté pratique, a été effectué, dans le même lieu auprès des personnes âgées, car selon les données qu'on a recueilli dans la pré-enquête et selon la psychologue du centre, schématiquement parlant notre plan de travail s'est déroulé comme suite :

Dès la première séance avec les cas, on s'est présenté comme « des étudiants en master2, et nous sommes entrain de réaliser en recherche intitulé : la dépression chez les personnes âgées placées dans un foyer d'accueil, après on a demandé le consentement libre et éclairé des cas pour leur participation. et on a parlé la langue de nos patients. Leur confirment d'une manière répétée sur la confidentialité de leurs réponses ainsi que leur identité, et profiter des résultats que pour une raison scientifique, puis on a expliqué aux patients d'une manière individuelle, la manière de travail en commençant par « poser des questions » après 10mn nous avons passer le BDI II, puis nous laissons le patient se reposer. A la fin on les salut et en espérant de les revoirs.

Conclusion du chapitre :

Ce chapitre méthodologie, nous a servi pour une bonne organisation de notre travail. et le respect de certaines règles comme la méthode à utiliser, les outils de la recherche, et la démarche à suivre. Et pour arriver à des résultats dans le but de confirmer ou d'infirmer nos hypothèses formulées au début de la recherche.

CHAPITRE IV

Présentation, analyse et discussion des hypothèses

Chapitre IV : analyse des résultats et discussion des hypothèses :

1-présentation et analyse des résultats.

2- discussion générale des résultats.

1-Présentation et analyse des résultats pour les personnes âgées placées dans le foyer d'accueil :

1-1-présentation et analyse des résultats du cas M^{me} « Feroudja » :

1-1-1-Présentation du cas de M^{me} « Feroudja » :

M^{me} « F » est une femme âgée de 65ans, séparé avec son mari, mère de 5 enfants « deux garçons, trois filles » est une femme analphabète, sans profession,

1-1-2-analyse de l'entretien du cas de M^{me} « Feroudja » :

Pendant l'entretien, madame « Feroudja » manifestait une tristesse approfondie et exprimé, avait les larmes aux yeux : « *yemma tella touar dithi ak th ayethma sadegh temziw guel miziriya* » « *ma mère a été dure avec moi ainsi que mes frères et mes sœurs j'ai eu une enfance difficile* », c'est a propos de ça qu'elle n'arrive pas à dépasser ses problèmes ou obstacles dans la vie.

Concernant la relation avec ses frères et ses sœurs n'a pas une bonne relation ce qui va compliqué sa vie en plus ce qui va influencer sa vie familial qui est devenu insupportable elle dit : « *twahkreggh mlih gher wayethma ouhousghara stegumet garassen* » « *je n'ai pas eu de chance avec mes frères et sœurs comme si je n'ai pas ma place entre eux* ».

M^{me} « Faroudja » hébergé dans le foyer depuis 5ans ;

On a remarqué que la patiente présente un sentiment d'abandon exprimé par ses larmes quand elle parle de ses enfants malgré qu'elle reçoit des visites occasionnels, de la part de son beau fils ce qui est positif mais malheureusement tous ça reste insuffisant pour dépasser sa dépression, elle dit : « *tikwal itrouhoud ategualiw ayiwali* » « *je reçois des visites de la part de mon beau fils* »

Tellement elle souffre d'une tristesse profonde, elle essaye de sublimer son angoisse par quelques activités : « *thibigh adzedegh linapron asma ouroufighara imaniw* » « *parfois j'aime bien broder des nappes pour ne pas penser a autre chose* » et elle dit : « *heznegh mademethkigh ayen iaden ouachghara temziw twaligh koulech daberken, machi dayen izemreggh adbedleggh* » « *je suis tous le*

temps triste et anxieuse cette tristesse devient insupportable, surtout quand je pense au passé j'ai eu une enfance perturbé, je deviens contrarié, tous a changé en moi, je vois tout en noir, malheur que je ne peux rien faire ». Tous ça l'a conduit a une profonde tristesse et de se sent inutile et le sentiment de désespoir.

Notre patiente se sent pas aise dans le foyer, elle veut avoir une nouvelle maison car elle a perdu sa maison dans un tremblement de terre, nous remarquons que M Feroudja a subit encore un traumatisme qui na pas été vraiment dépassé sauf avec quelques tentation en espérant d'avoir une nouvelle maison mais tous ça l'empêche de faire les relations a l'intérieur du foyer, elle dit: « *thibigh adkimegh imaniw outkhalatghara* » « *j'aime rester seule je fréquente personne, j'ai rien à dire avec eux* ». On remarque un isolement de la part de notre cas. Envers tous les résidents et l'isolement est un signe d'une dépression.

A-propos de son passé, M^{me} « Feroudja »na jamais gouter du bonheur, et anxieuse depuis sa rentrer au foyer, nous remarquons qu'elle est anxieuse par rapport a sa séparation avec ses enfants « sa famille »ce qui va compliquer sur son état actuel : perte d'énergie, d'appétit, dort beaucoup pendant la journée, elle est dégoûté de sa vie, pleure tous le temps.

A la fin de l'entretient on a demandé a M^{me} Feroudja ce qu'elle souhaite, elle a répondu : qu'elle n'a qu'une seule envi c'est de quitter le foyer et d'avoir une maison et se retrouver avec ses enfants.

1-1-3-Présentation et analyse des résultats de (BDI II) du cas de M^{me} Feroudja :

1-1- 3-1-la présentation des résultats de (BDI II) du cas de M^{me} « Feroudja » :

	0	1	1a	1b	2	2a	2b	3	3a	3b
I								x		
II		X								
III					X					
IV		X								
V		X								
VI	X									
VII	X									
VIII		X								
IX	X									
X					X					
XI		X								
XII		X								
XIII		X								
XIV					X					
XV		X								
XVI						X				
XVII		X								
XVIII			X							
XIX		X								
XX		X								
XXI								X		
Score	28									
Le degré de dépression	Sévère									

1-1-3-2-L'analyse de(BDI II) du cas de M^{me} « Feroudja»

On remarque que presque tous les signes de dépression repérés a l'entretien chez cette femme sont exprimer par un score de l'inventaire qui de 29qui correspond a une dépression sévère

Parmi les items les plus élevés par M^{me} « Feroudja » en trouve :

L'item I N°3 concerne la tristesse « *je suis si triste, si malheureuse que ce n'est plus supportable* ».elle rajoute « *surtout quand je pense a mon passé, je deviens contrarié, tous change en moi, je vois tout en noir, le malheur que je ne peux rien faire* ». Elle renvoie a l'item III N°2 « *quand je pense a mon passé, je constate un grand nombre d'échecs* ».

Item X N°2 concerne les pleurs « *je pleure pour la moindre petite chose* » et rajoute : « *je pleure tous le temps quand je pense a mon passé* ».

Dans le choix des items XV et XX et l'item XXI elle a choisi N°3 « *je suis tous le temps incapable de faire quoique se soit et je suis trop fatigué pour faire la plus pat des choses que je faisais avant* ». « *J'ai trop peu d'énergie pour faire quoique se soit* ». La dépression chez la femme peut l'a mené a l'état de fatigue générale qui va diminuer sa libido cause de la perte de l'état vital.

D'après les résultats de notre patiente sur l'entretient clinique ainsi que sur le BDI II nous remarquons qu'elle souffre d'une dépression sévère a cause de son passée et même le refus de sa famille

1-2-présentation et analyse des résultats du cas de M^r « Omar » :

1-2-1-présentation du cas de M^r « Omar » :

M^r « Omar » est un homme âgé de 63ans, veuf, père de trois enfants, un garçon et deux filles, une fratrie de six, il est comptable de profession

1-2-2-analyse de l'entretien du cas de M^r « Omar » ,

L'entretien clinique, nous a permis de dévoiler la présence de quelque symptôme dépressif :

Qui concerne sa relation avec la famille notre patient a perdu tous contacts avec sa famille car il dit : « *lokan asaighe imawlan otilighara dhaki* » « *si j'avais une famille je ne serais pas là* »

M^r « Omar » est ebergé dans le foyer depuis cinq ans.

« *ghori thayi khamsesnine* » « *je suis là depuis cinq ans* » on a observé un sentiment d'abondance de la part de notre cas

Même quelques activités au foyer c'est juste une façon de sublimer ses angoisses et ses problèmes, se dit « *thibighe atehhagh imaniw athlthagh thakhrarin* » « *j'aime bien paître les moutons* »

Ses relations avec les autres résidents et le personnel sont parfois bonnes et parfois mauvaises, il dit : « *thikwal atghemighe alwahi thewiate lamana lokan ofighe athkimaghe imaniw* » « *parfois je passe du temps avec les autres résidents, mais la plus part du temps je préfère rester seule* »

Omar aimerait bien quitter le foyer un jour car il est dégoûté et fatigué de se qu'il est devenu il dit : « *tmanighe athsoghe akham wa thelighe wahi thwarawiw, vghighe athilin dithi* » « *mon rêve c'est d'avoir une maison et me réunir avec mes enfants, j'ai besoin de les voir auprès de moi et me rassuré qu'ils sont bien* ».

Du début de l'entretien M^r « Omar » manifestait une tristesse approfondie et exprimée, il a dit « *aklin haznagh amkaniw machi thayi, lokan ofighe athaichaghe gkhamiw* » « *je suis triste, ma place n'est pas ici, la vie c'est de rentrer chez soi* » il dit aussi : « *itrohod memi ayiwali glaidhe* » « *je reçois des visites occasionnelles de la part de mon fils* »,

Concernant son appétit, il dit : « *thachaghe melih* » « *je mange comme les autres j'ai aucun changement par rapport à mon appétit* »

Pour ce qui est de son sommeil, il ne souffre pas d'un trouble de sommeil d'après ce qu'il a dit : « *ganaghe imi thakhighde thikwal thasvhithe* » « *je dors bien mais il m'arrive de me réveiller très tôt le matin* »

A la fin de l'entretien, M^r Omar n'a qu'un seul souhait c'est de rentrer chez lui et de se retrouver avec ses enfants

1-2-3-La présentation et analyse des résultats de (BDI II) du cas M^r « Omar»:

1-2-3-1 La présentation des résultats de BDI II du cas M^r « Omar »:

	0	1	1a	1b	2	2a	2b	3	3a	3b
I								X		
II					X					
III					X					
IV		X								
V		X								
VI	X									
VII					X					
VIII	X									
IX	X									
X	X									
XI		X								
XII					X					
XIII	X									
XIV					X					
XV					X					
XVI				X						
XVII		X								
XVIII			X							
XIX		X								
XX		X								
XXI	X									
Score	23									
Le degré de dépression	Modéré									

1-2-3-2-L'analyse de BDI II du cas de M^r «Omar » :

M^r « Omar » présente un score de 23 points qui marque une dépression modérée qui est interprétée par ses choix aux items les plus élevées comme par exemple dans l'item I n°3 : *« je suis si triste ou si malheureux, qui ce n'est pas supportable »*.

Et dans l'item II, III, VII, XII, XIV XV, n°2 : *« je ne m'attends pas ce que les choses s'arrangent pour moi »*. *« Quand je pense à mon passé je constate un grand nombre d'échecs »*. *« Je suis déçu par moi-même »*, *« je me reproche tous mes défauts »*. *« Je m'intéresse presque plus aux gens et aux choses »*, *« Je me sens moins valable que les autres »* *« Je n'ai pas assez d'énergie pour pouvoir faire grands choses »*.

On lui a demandé pour quoi il ne s'est pas remarier, il nous a répondu avec un grand sourire *« je n'ai pas une bonne situation, ni une maison pour me remarier »*.

D'après les résultats de Omar sur l'entretien clinique ainsi que sur le BDI II, nous remarquons qu'il souffre d'une dépression modérée à cause de son abandon et de refus de sa famille.

1-3- Présentation et analyse des résultats du cas de M^{me} « Rebiha » :

1-3-1- Présentation du cas de M^{me} «Rebiha» :

M^{me} « rbiha » est une femme âgée de 80 ans, veuve, mère d'un seul fils , et elle s'est remarier et fini encore par le décès de son deuxième mari sans aucun niveau d'instruction,

1-3-2-analyse de l'entretien du cas de M^{me} « Rbiha » :

Lors de l'entretien, M^{me} « Rbiha » nous a paru gentille, calme, elle se plaignait de sa mauvaise situation , Elle a travaillé comme femme de ménage chez une famille qu'il a hébergé pendant des années, finalement elle s'est retrouvé sans domicile et sans son fils qui ne voulait pas la prendre chez lui et dit : *« tichegh guel miziriya emmi yedjeyi ouyibghara adichegh yides »* *« ma vie est insupportable, mon fils ne veux pas de moi il dit que c'est moi qui la laisser »*

Quand il était petit » « je ne peux plus continuer comme ça », elle rajoute : « j'ai tous le temps mal a la tête » Rebiha ne fait rien comme activité dans sa vie quotidienne elle dit : « aiyigh ouzmirghara adkhemegh kerra » « je suis fatigué toujours je peux rien faire ».

M^{me} « Rebiha » hébergé dans le foyer depuis 2010 ;

Pour le coté relationnel, « Rebiha » aime pas les autres résidents surtout avec sa colocataire avec la quelle elle a des problèmes, elle a dit : « *ttouchi lehwayjiw mara jegh lhaja ayihthedem* » « *elle touche mes affaires et quand je laisse quelque chose elle me le prend* »

Elle manifeste des signes de dépression comme la tristesse et ses pleurs surtout quand elle pense a sa vie passé, elle dit : « *seigh mmi ouditessara ghouri* » « *j'ai un fils et il vient jamais me voir* »

M^{me} «Rebiha » na pas une bonne vision, elle est aveugle de son œil gauche, et lui fait beaucoup de mal,

Elle se sent tous le temps dégouté et n'arrête pas de penser a sa vie passé et a ce qu'elle avait vécu et tous le mal que son mari lui a fait enduré et qu'il s'est remarier avec une autre, ce qui l'a rend toujours triste et surtout anxieuse, d'un aire triste et des larmes aux yeux elle dit : « *outoughara ayen seadegh dewarguaziw mi yeja iawad zwadj feli ras akkeni outhjighara oula demmi ouyibghara yejayi* » « *je ne pourrais jamais oublié la peine que ma posé mon mari en se remariant avec une autre, et pourtant j'ai tous fais pour le rendre heureux et aider du mieux que je pouvais, mais hélas il a préféré une autre femme que moi et m'a laissé toute seule sans personne pour me tenir compagnie , même mon fils est parti et ne voulait pas de moi, pourquoi ?* »

Par rapport a l'appétit « Rebiha » ne mange pas bien. Cette dernière dit : « *outetghara outafghara akken bghigh* » « *je ne mange pas bien car je ne trouve pas ce que je veux manger* »

Comme elle souffre aussi d'un trouble de sommeil, elle dit : « *ouguenghara mlih madetmetkigh ayen iaden felli* » « *je n'arrive pas à dormir trop longtemps car je me remémore ma vie passé, j'ai l'impression d'avoir raté des choses importantes comme mon éducation pour mon fils qui ne veut plus de moi aujourd'hui* » après cette entretien on a remarqué d'après ses réponses que

Notre cas n'arrive pas à dépasser son vécu insupportable et ses difficultés qui l'a conduit à développer une dépression élevée.

À la fin on a demandé à Rebiha ce qu'elle souhaite elle a dit qu'elle veut poursuivre le reste de sa vie dans un milieu familial.

1-3-3-la présentation et l'analyse des résultats de BDI II du cas de M^{me} «Rebiha» :

1-3-3-1-présentation des résultats de BDI II du cas de M^{me} (Rebiha)

	0	1	1a	1b	2	2a	2b	3	3a	3b
I								X		
II								X		
III								X		
IV								X		
V	X									
VI								X		
VII					X					
VIII		X								
IX	X									
X					X					
XI		X								
XII					X					
XIII		X								
XIV					X					
XV								X		
XVI							X			
XVII								X		
XVIII						X				
XIX					X					
XX								X		
XXI								X		
Score	28									
Le degré de dépression	Sévère									

1-3-3-2-l'analyse des résultats de BDI II du cas de M^{me} « Rebiha »

Après la passation et la cotation des items de l'inventaire de M « Rebiha » présente un score de 44 points ce qui correspond à une dépression sévère comme est indiqué dans le manuel de dépression de Beck. Les items les plus élevés qui indiquent la présence d'un syndrome dépressif ; l'item I N°3 : *« je suis si triste, si malheureuse, qui ce n'est pas supportable »* elle rajoute : *« surtout quand je pense à mon fils qui m'a abandonné »* elle a choisi aussi l'item II N°3 : *« j'ai le sentiment que mon avenir est sans espoir et qu'il ne peut qu'empirer »* ainsi l'item III N°3 : *« j'ai le sentiment d'avoir complètement raté ma vie »* et dans les items IV , XVI, XVII, XX, XXI N°3 : *« je n'éprouve aucun plaisir aux choses qui me plaisent habituellement » « j'ai trop peu d'énergie pour faire quoi que se soit » « je suis constamment irritable » « je suis trop fatiguée pour faire la plus part des choses que je faisais avant » « j'ai perdue tout intérêt pour le sexe »*

Elle répond aux items VII, X, XII, XIV, XVIII, XIX N°2 : *« je suis déçue par moi-même » « je pleure pour la moindre petite chose » « je m'intéresse presque plus aux gens et aux choses » « je me sens moins valable que les autres » « je n'ai beaucoup moins d'énergie que d'habitude » « j'ai du mal à me concentrer longtemps sur quoi que se soit »*

D'après les résultats de notre patiente sur l'entretien clinique ainsi que sur le BDI nous remarquons qu'elle souffre d'une dépression sévère à cause de son passé et même le refus de sa famille

1-4-présentation et analyse des résultats du cas de M^r « Said » :

1-4-1-présentation du cas de M^r « Said » :

M^r « Said » est un homme âgé de 79ans, a une fratrie de huit frères et sœurs, s'est marié une fois et fini par se séparer, son niveau d'instruction septième années,

1-4-2-analyse de l'entretien du cas de M^f « Said » :

Pendant l'entretien, M^f « Said » s'est montré calme, ne dit que l'essentiel, son frère l'a convaincu de vendre sa maison et aller vivre avec lui, il lui a fait croire qu'ils pourront acheter une maison plus grande mais peu de temps après son frère n'a pas tenu sa parole, M^f « Said » hébergé dans le foyer depuis cinq ans.

M^f « Said » se sent pas chez lui, alors il n'a pas le choix il est allé au foyer d'accueil, il dit : « *deguma iyikhedan bach oufighed imaniw daki* » « *c mon frere ma trahit il ma pris tous mon argent et ma maison* » ne mène aucune activité dans le foyer car il y trouve aucun plaisir aux choses comme il dit : « *oubghigh adkhemegh achemma* » « *j'ai aucun goût pour faire la moindre petite chose* »

M^f « Said » ne reçoit aucune visite de la part de ses proches il dit : « *oulach widitrouhoun ayizer yiwen ouditseksi felli* » « *je n'ai aucun contacte avec ma famille, personne ne cherche à me voir* » et n'aime pas fréquenter les autres résidents il dit : « *thibigh akimegh imaniw akka akhiriw* » « *je reste seul et c'est mieux comme ça* »

Il paraissait gentil et manifestait des symptômes de dépression il dit : « *srouhegh temziw ouachghara am libed* » « *je sens que j'ai raté ma vie, je vois tout en noir* » il rajoute : « *dima heznegh* » « *je suis très triste* »

à cause de ce qu'il a traversé, nous remarquons une déception de la part de notre cas à cause de la trahison de son frère et le refus de sa famille qui a compliqué son état actuel comme : perte d'appétit de M^f « Said » il dit : « *outetghara am zik* » « *j'ai un peu moins d'appétit que d'habitude* »

Et pour son sommeil, il dit : « *takighd ouzmirghara adeklegh ar yides* » « *je me réveille assez tôt et je n'arrive pas à m'en rendormir* »

À la fin de l'entretien notre cas a exprimé qu'il aimerait bien sortir dehors quand il veut et rentrer quand il veut ce qui explique qu'il veut vivre librement et être dépendant de lui-même comme il a dit : « *dargez iligh adefghegh wadkechmegh akken bghigh a wouffan saigh akham* » « *je suis un homme j'ai le droit de rentrer et de sortir à tous moments* » il rajoute : « *si j'étais chez moi personne ne m'empêchera de faire comme je veux* »

1-4-3-La présentation et l'analyse des résultats de BDI II du cas de M^r « Said »

1-4-3-1-La présentation des résultats de BDI II du cas de M^r « Said »

	0	1	1a	1b	2	2a	2b	3	3a	3b
I								X		
II					X					
III								X		
IV								X		
V	X									
VI								X		
VII	X									
VIII		X								
IX	X									
X								X		
XI					X					
XII					X					
XIII								X		
XIV					X					
XV		X								
XVI										X
XVII								X		
XVIII		X								
XIX					X					
XX								X		
XXI	X									
Score	40									
Le degré de dépression	Sévère									

1-4-3-2-L'analyse de BDI du cas de M^r «Said» :

Après la passation et la cotation de l'item de l'inventaire, M^r « Said » présente un score de 40 ce qui correspond a' une dépression sévère comme est indiqué dans le manuel de dépression de BECK.

Les items les plus élevés qui indiquent la présence d'un syndrome dépressif l'item IN°3, « *je suis si triste et si malheureux, qui se n'est pas supportable* » il rajoute « *oui je me sens triste surtout quand je pense a se que ma fait mon frère* » il dit « *mon frère ma déçu, j ai raté beaucoup des choses dans ma vie* » il choisi l'item III N°3 : « *j'ai le sentiment d'avoir complètement raté ma vie* »

Et dans l'item IV N°3 il dit : « *je n'éprouve aucun plaisir aux choses qui me plaisent habituellement* » il a le sentiment d'avoir été trahit par sa famille ou il choisi l'item VI N°3 : « *j'ai le sentiment d'être puni* » il rajoute dans l'item X N°3 : « *je voudrais pleurer mais je n'en suis pas capable* » et dans l'items XVI Il chosé N°3b « *je me réveil une ou deux heurs plus tôt et je me suis incapable de me rendormir* » , dans l'item XVII N°3 il dit : « *je suis constamment irritable* »

M^f « Said » passe son temps a ne rien faire car il en n'est incapable c'est ça qu'il dit dans l'item XX N°3 : « *je suis trop fatigué pour faire la plus part des choses que je faisais avant* » et rajoute dans l'item XIII N°3 : « *j'ai du mal à prendre n'importe qu'elle décision* »

Dans les items II, XI, XII, XIV, XIX N°2 il dit : « *je ne m'attends pas ce que les choses s'arrogent pour moi* » « *je suis si agité ou tendue que j'ai du mal à rester tranquille* » « *je m'intéresse presque plus aux gens et aux choses* » « *je me sens moins valable que les autres* » concernant la concentration il dit : « *j'ai du mal a me concentrer longtemps sur quoique se soit* ».

M^f « Said » a subi un grand nombre d'échecs avec sa famille qu'il a tendance à s'isoler et développer une dépression sévère.

1-5-présentation et analyse des résultats du cas M^f « Madjid » :

1-5-1-Présentation du cas de M^f « Madjid» :

M^f « Madjid » est un homme âgé de 67ans, marié et déversé deux fois ,père de deux garçons avec une femme immigré, il a une fratrie de huit frères et soeurs , il était policier de profession, il ne parle que la langue française.

1-5-2-analyse de l'entretien du cas de M^f « Madjid »:

On apprend a travers notre entretien que M^f « Madjid » a des frères et sœurs mais malheureusement il a perdu tous contacte avec eux, M^f « Madjid » hébergé dans le foyer depuis deux ans

il dit : « *youwen ourialim anda ligh* » « *personne de ma famille ne sait ou je me trouve* » ne reçois aucune visite et qui nous permis de dévoiler la présence de quelques symptômes dépressif. Comme le sentiment de culpabilité et de désespoir

Par rapport a ses relations, il aime toujours rester tous seul et s'isoler, comme il a dit : « *moi de nature j'aime rester seul parce que j'ai pas trouvé quelqu'un qui me partage ma façon de voir les choses* »

Depuis le début de l'entretien M^r « Madjid » manifeste une tristesse il dit « *j ais pas de chance surtout avec les femmes car je tombe sur des femmes uniques et gâtés* », il rajoute « *j ais perdu toute espoir dans ma vie j'attends juste de mourir une mort facile sans souffrance* »

M^r « Madjid » aime beaucoup la lecture si son passe temps favori et écrit des choses sue sa vie se forme des poèmes, il donne de l'importance aux rêve. Par rapport au sommeil il dit « *j ais de mal par fois a bien dormir* » et son appétit encore bonne. Dit : « *hemdoulleh, j ais pas grand changement par rapport à mon appétit* »

A la fin de notre entretient nous avons remarqué que Madjid n'attend rien de la vie a perdu toute espoir pour son avenir, souhaite juste une mort douce.

1-5- 3-la présentation et analyse des résultats de BDI II du cas de M^r «Madjid»:

1-5- 3-1-la présentation des résultats de BDI II du cas de M^r « Madjid »:

	0	1	1a	1b	2	2a	2b	3	3a	3b
I								X		
II		X								
III					X					
IV								X		
V	X									
VI								X		
VII					X					
VIII	X									
IX	X									
X								X		
XI								X		
XII					X					
XIII					X					
XIV		X								
XV		X								
XVI				X						
XVII		X								
XVIII			X							
XIX		X								
XX		X								
XXI	X									
Score	31									
Le degré de dépression	Sévère									

1-5-3-2-L'analyse des résultats de BDI de cas du M^r «Madjid » :

M^r « Madjid » représente score de 31points qui marque une dépression sévère qui est interprété par ses choix aux items les plus élevées comme par exemple dans l'item I N°3 : « *je suis si triste ou si malheureux, qui ce n'est pas supportable* ».et dans l'item IV N°3 « je n'éprouve aucun plaisir aux choses qui me plaise habituellement »,il est déçu de sa vie passé comme il répond a l'items VI N°3 « j'ais le sentiment d'être puni »et aussi dans l'items XN°3 « je vaudrais pleuré mais j'en suis pas capable »et repend a l'items XI N°3 « je suis agité ou tendu que je doit continuellement bouger pour faire quelque choses.

Les items III, VII, XII, XIII il a choisi N°2 « quand je pense a mon passé je constate un grand nombre d'échecs », « je suis déçu par moi –même », « je m'intéresse presque plus aux gens et aux choses », « j'ais beaucoup plus de mal qu'avant a pendre des décisions ».

M^r «Madjid»a subi un grand nombre d'échecs avec sa famille qu'il a tendance à s'isoler et développer une dépression sévère.

6-présentation et analyse des résultats du cas M^r « Morad » :

1-6-1-Présentation de cas de M^r « Morad» :

M^r « Morad » est un homme âgé de 70 ans originaire de Tizi-Ouzou, veuf père d'un garçon et fratrie de deux, il a vécu en France il travaillé l'abas et bénéficié d'une pension,

1-6-2-l'analyse de l'entretien de cas de M^r « Morad » :

Il a une seule sœur mais elle est décédée. M^r « Morad » hébergé dans le foyer depuis deux ans. Ne reçoit aucune visite de la part de sa famille car personne ne sait où il est comme il a dit : « *delib assinigh immi aklin daki* » « je ne peux pas dire à mon fils que je réside ici »

Sa venue à Morad de sortir en dehors de foyer car il se sent mieux à l'extérieur il ne rentre que pour dormir comme il dit : « *ouzmirghara adkimegh ass ak daki tefghegh kechemghed kan bachi adegnegh* » « je ne peux pas rester tout le temps dans ce foyer, je suis là juste pour dormir » ce qui explique que Morad ne fait rien dans le foyer et n'aime fréquenter personne des autres

Résidents : « outghimaghara wahi dhwiyyath » « je reste pas avec les autres j'ai rien a faire avec eux »

M^r « Morad » est un homme qui exprime sa tristesse verbalement « heznaghe mlih amkaniw machi thayi » « *je suis vraiment triste, je ne devrais être ici, ma place n'est pas ici, si juste provisoirement* »

Dans ses expressions on remarque présence de signes retrouvées généralement chez les gens qui manifestent une dépression, on a remarqué aussi dans ces dires que sa tristesse est la source d'une douleur morale qui s'est traduite par un pessimisme et une perte de confiance envers les autres : « otamnaghe iwan,othibighara athkhalthaghe » « je n'ai confiance en personne et pour éviter les problèmes je ne fréquente personne ici » il ya aussi présence de l'isolement et du refus total de communiquer avec les résidents

M^r « Morad » déclare qu'il se sent fatigué et dégoûté de sa vie au foyer il dit : « tmanighe athsoghe akhame oulache argaze bla thamthote » « j'aimerais sortir d'ici et avoir une maison et me remarier car ya pas d'homme sans sa femme c'est mon souhait le plus cher »

Par rapport a son appétit, ya Pa un grand changement comme il dit : « thachaghe mlihe ivara ,nekini othachaghara almakla andaki » « je mange bien mais c moi qui achète ce que je veux manger dehors, je ne mange pas de la nourriture du foyer »

Il manifeste aussi une perte d'énergie et de l'anxiété et un manque de sommeil : « ayighe ,thajaghe themzi thora » « c'est normal je suis vieux on y peut rien » chose qui montre que M^r « Morad » n'a pas de difficulté a accepter sa vieillesse et tous les changements qui accompagnent ce dernier.

M^r « Morad » lui arrive de sortir dehors pour prendre un café mais ne fréquente personne. Quand on lui demande c'est quoi son souhait vers l'avenir il répond : « tmanighe athafagh thamtothe athawthaghe azewadj » « je veux que la vie me donne une chance pour reconstruire ma vie »

**1-6-3- La présentation et analyse des résultats de BDI de cas de M^r
« Morad » :**

**1-6-3-1 La présentation des résultats de BDI de cas de M^r
« Morad » :**

	0	1	1a	1b	2	2a	2b	3	3a	3b
I					X					
II		X								
III					X					
IV		X								
V	X									
VI	X									
VII	X									
VIII	X									
IX	X									
X		X								
XI		X								
XII		X								
XIII		X								
XIV		X								
XV		X								
XVI				X						
XVII		X								
XVIII	X									
XIX		X								
XX					X					
XXI	X									
score	17									
Le degré de dépression	légère									

1-6-3-2-L'analyse des résultats de BDI II de cas de M^f «Morad» :

M^f « Morad » représente score de 17 points qui marque une dépression légère qui est interprété par ses choix aux items les plus élevées comme par exemple dans l'item I N°2 : « *je suis tous le temps triste* » d'après ce qu'il nous a dit il est très déçu par son passé comme il a dit dans l'item III N°2 : « *quand je pense a mon passé, je constate un grand nombre d'échec* » et qui concerne la fatigue M^f « Morad » on a remarqué que son grand âge fait qu'il lui provoque la fatigue comme il a dit : « *oui je suis fatigué c'est tout a fait normal je suis un vieux* » il a choisi de répondre a l'item XX N°2 : « *je suis trop fatigué pour faire un grand nombre de choses que je faisais avant* »

M^f « Morad » s'intéresse pas a la plus part des choses comme d'habitude comme il a répondu a l'item XII N°1 : « *je m'intéresse moins qu'avant aux gens et aux choses* » il rajoute dans l'item II, XVII, XIX N°1 : « *je me sens plus découragé qu'avant face a mon avenir* » « *je suis plus irritable que d'habitude* » « *je ne parviens pas à me concentrer aussi bien que d'habitude* »

Malgré son grand âge M^f « Morad » aimerait toujours refaire sa vie et d'après ce qu'on a remarqué il a encore un peu d'espoir. Car il a dit : « *si je trouve une femme bien sur âgée j'aimerais bien me remarier parce que j'en ai encore les moyens* »

D'après les résultats de notre patiente sur l'entretien clinique ainsi que sur le BDI nous remarquons qu'elle souffre d'une dépression légère a cause de son passée et même le manque de sa famille

2- Discussions général des résultats:

Dans notre recherche, on a tenté de savoir si les personnes âgées placées dans un foyer ont une dépression élevée ou non, ainsi que si l'exclusion des personnes âgées par leur famille et leur placement dans un foyer conduit ses personnes à développer une dépression.

Nos avons formulé deux hypothèses :

Dans la première on a s'apposé que « Les personnes âgées placées en institution sont caractérisés par des symptômes dépressifs dont les facteurs sont en relations avec les antécédents de la vie familiale et psychologique avant l'entrée au centre »

Pour la deuxième on a prédit que « L'exclusion des personnes âgée par leurs familles, et leur placement dans un foyer conduit ces personnes à développer une dépression »

Nos avons utilisé deux outils de recherche a fin de vérifie nous hypothèses, un entretien semi- directif et l'inventaire de dépression de BECK sur Six(06) cas choisi parmi les pensionnaires de foyer pour personnes âgées ou et handicapé de Bejaia.

-Le 1^{er} cas souffre d'une dépression sévère et refus familial « *je suis tous le temps triste..., anxieux...et anxieuse cette tristesse devient insupportable, surtout quand je pense au passé jais des problèmes avec mes boueux frères* ».

-Le 2^{eme} cas souffre d'une dépression modéré et refus familial « *je suis triste..., anxieux... ma place n'est pas ici* »

-Le 3^{eme} cas souffre d'une dépression sévère et refus familial « *je suis tous le temps triste..., anxieux... je ne pourrais jamais oublier la peine que ma posé mon mari en se remariant avec une autre et m'a laissé toute seule sans personne pour me tenir compagnie, même mon fils est parti et ne voulait pas de moi*»

-Le 4^{eme} cas souffre d'une dépression sévère et refus familial «*« je suis triste..., anxieux..., je n'ai aucun contacte avec ma famille, personne ne cherche à me voir* »

Le 5^{ème} cas souffre d'une dépression sévère et refus familial « *je suis triste..., j'ais perdu toute espoir dans ma vie j'attends juste de mourir une mort facile sans souffrance..* »

Le 6^{ème} cas souffre d'une dépression légère et refus familial « *je suis vraiment triste, je ne devrais être ici, ma place n'est pas ici* »

-L'analyse et l'interprétation des résultats obtenus montrent ce qui suit :

cas	Différent types de dépression				Score obtenu
	Minimum	Léger	Modéré	Sévère	
Cas 1				x	28
Cas 2			x		23
Cas 3				x	44
Cas 4				x	40
Cas 5				x	31
Cas 6		x			17
Total					183

Un seul cas a une dépression légère il s'agit d'un vieux âgé, cette personne a une dépression légère car il arrive a s'adapté jusqu'a un certaine point avec la vie au foyer et il accepte sa situation actuelle .ainsi un cas de dépression modéré qui est une personne qui présente des symptômes de dépression modéré se que l'on découvre sur se cas si que en dépit de sa souffrance psychique mais il ne baisse pas les bras pour autant malgré qu'il se retrouve seul sans famille ni soutien ni rien.

Les quatre ca souffre d'une dépression sévère et le cas le plus remarquable est celui de M^{me} « Rebiha » qui a le score le plus élevé « 44 »points la vie au foyer pour eux insupportable sont arrivées au centre après un vécu malheureux, ils n'arrivent pas a accepter l'abondons familiale se qui les empêche a s'habituer a la vie du centre.

En remarque chez eux des pleurs l'instabilité, l'agressivité, colère, isolement repli sur soi, sans oublier la perte de plaisir pour vivre et confusion mental et surtout le repli sur soi et les disputes pour la petite moindre chose et

Arrive de voir le contraire la personne âgée évite tout sorte de contact avec les autres et préféré la solitude et l'isolément qui sont les premiers causes de la dépression chez les personnes âgées dans leur seul espoir est de quitter le foyer un jour.

Nous voyons, observons a travers nos cas que nos hypothèses sont confirmés, et nous trouvant des études qui ont confirmé nos résultats telle que :

- Ferrey (G), Le Gouès (G), « La dépression est plus fréquente chez les sujets âgés sa fréquence augmenterait avec l'âge, la personne âgée a été abandonnée au mépris de tous les devoirs familiaux vis-à-vis des vieux parents. Cette famille ne serait intéressée que par l'héritage même maigre et pour le reste, elle se débarrasse de ses vieux »

-Bertrand(M) « Les troubles dépressifs chez les personnes âgées apparaissent le plus souvent après un événement ou une situation douloureuse comme la perte d'un proche, souvent le conjoint. Sur l'échelle du stress, le décès du conjoint représente le niveau le plus élevé. Ca peut être aussi une maladie, un traumatisme, la solitude qui la déstabilise et provoque des angoisses de mort, des difficultés familiales ou financières, ou le départ dans une maison de retraite.

A travers ses études qu'on a exposé, on dit que nos hypothèses sont confirmées avec tous les cas, qui ont présentés les symptômes dépressifs, mais chaque cas comment il lutte contre sa dépression, dans la mesure du soutien sociale.

**CONCLUSION
GENERALE**

Conclusion :

Les personnes âgées constituent un groupe social très important dans la société, leur importance est à la fois socioculturelle et démographique, dans le processus du changement social que connaissent nos sociétés traditionnelles, la perception qu'on a des vieillards a considérablement évolués.

En Algérie, une grande partie de la population continue de vivre selon des normes encore traditionnelles, l'importance de la famille comme structure social de base permet et favorise le plus souvent le maintien des parents au sein de la cellule familiale. Mais on assiste de plus en plus au fait de la famille nucléaire et perdue, ce qui laisse de moins en moins la place de la personne âgée dans cette dernière. Par conséquent, certaines personnes âgées se trouvent dans des foyers d'accueils.

Ainsi les personnes âgées vivant au F.P.A.H /Bejaia voient en celui-ci un endroit pouvant leurs garantir la sécurité dont ils ont besoin. Les raisons de leurs présence au foyer sont multiples et varient d'une personne à une autre.

Notre objectif était d'examiner si les personnes âgées placées dans un foyer souffrent d'une dépression sévère ou non.

Nous nous rendons compte que nos hypothèses sont confirmé en effet, la majorité des personnes âgées avaient une dépression sévère après leur placement dans le foyer.

Bien que les résultats de ce travail ne peuvent en aucun cas être généralisés parce qu'ils concernent les 6 cas étudiés. Ils nous ont permis de mettre en évidence :

-la souffrance de la personne âgée placée dans le foyer (sentiment d'abondant et de rejet).

-l'importance du milieu familial dans l'amélioration des trouble dépressifs.

-l'importance de garder les liens familiaux même dans des situations de placement par nécessité où obligation.

Conclusion général

Reste à dire que le sujet de la personne âgée, particulièrement celle placée dans un centre nécessite d'être étudié dans des dimensions pluridisciplinaire : médicale psychologique et sociale, afin d'apaiser la souffrance d'une catégorie de personnes en situation de fragilité et de vulnérabilité (conséquences de l'âge), aggravée par un vécu teinté de sentiments d'abondant et de rejet.

BIBLIOGRAPHE

Bibliographie :

Les ouvrages :

- 4-Askevis-Leherpeux (F) et al 1998, « précis de psychologie », paris, Nathan,
- 5-Besche-Richard (Ch), Bungener (C), 2002, « psychopathologies de l'adulte », paris,
Armand Colin.
- 6-Beck (A.T), Steer (R.A)et Brown (G.K),1998, « Manuel BDI- II », Paris, ecpa.
- 7-Besançon (g), 2005, « manuel de psychopathologie », Dunod, paris.
- 8- B.Hurlock (E),1978 « la psychologie de développement », paris, copyright.
- 9-Bouvard (M), Cottraux (J), 2002, « protocole et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie », paris, Masson.
- 10-Brouillet (D), Syssau (A), 2000, « mémoire et oubli, apports de la psychologie cognitive au vieillissement » Grenoble cedex 9, PUG.
- 11-Bee (H), Boyd (D), 2003« psychologie du développement, les âges de la vie »,
Bruxelles, De Boeck.
- 12-Bertrand-Servais (M) ,2004 « Comprendre la dépression pour en guérir », Vuibert, paris.
- 13- Cottraux (J),2001 « les thérapies comportementales et cognitives », Masson, paris.
- 14-Chahraoui (K), Bénony (H),2003 « méthodes, évaluation et recherche en psychologie clinique », paris, Dunod.
- 15-Chiland (C), 1983« l'entretien clinique », paris, PUF.
- 16-Enquête de l'office nationale des statistiques sur la santé et la famille, 2002.
- 17-Elizabeth (B),1978, « La psychologie de développement »Mc Graw-hii, éditeure,Canada
- 18-Ferrey (G), Le Gouès (G),2000 « psychopathologie du sujet âgé », paris, Masson .
- 19-Fontaine R, 1999 « Manuel de psychologie de vieillissement », paris, Dunod.
- 20-Lévy (M), 1998« Les maladies de l'humeur : dépressions et manies », paris, Estem.

21-Lemaire (P), Bherer (L),2005 « la psychologie du vieillissement, une perspective cognitive », Bruxelles, De Boeck.

22-Maraeu (Ch), Vanek Dreyfus (A),2004 « L'indispensable de la psychologie », studyrama, France.

23-Pedninielli (B) ,2005 « les états dépressifs », Armand colin, paris.

24-Poussin (G), 2003, « la pratique de l'entretien clinique », Dunod, paris.

25-Association Américaine de psychiatrie DSM-IV-TR. 2003 « Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux »,4^{ème} ED Masson, paris.

26-Samuel-La jeunesse (B),1998 « manuel de thérapie comportementale et cognitive », Dunod, paris.

La liste des dictionnaires :

1-Blouch- (H) et al, 2007 « le grand Larousse de la psychologie », paris, Larousse.

2-Blacque-Belair (A), 1981 « Dictionnaire médical clinique, pharmacologique et Thérapeutique », paris, Maloine.

3 -Sillamy (N),1999 « Dictionnaire de psychologie », paris, Larousse.

4-Vecchi (S) ,2005, « L'aide aux personne âgées en 200 questions »,Masson ,Parais

Thèse :

26-Tison Philippe, La dépression du les personnes âgées hypothèse du schéma cognitifs spécifiques, département de psychologie, psychologie clinique, université Charles De Gaulle Lille III, 23 juin 2003.

-Cites internet :

-[http ;//www.google.com/serch-cour de psychologie/initiation a la psychologie format](http://www.google.com/serch-cour%20de%20psychologie/initiation%20a%20la%20psychologie%20format)

ANNEXES

ANNEXE N°1 :

-Le guide d'entretien semi directive pour les personnes âgées dépressives placées dans un foyer d'accueil :

1^{ere} axe : L'identification du cas :

Sexe :

Age :

Situation matrimoniale :

Niveau d'instruction :

Situation Professionnelle :

2^{eme} axe : Rapport avec la famille :

Pouvez-vous me parler sur votre famille ?

Avez-vous des enfants ?quel est leur nombre ?sont-ils mariés ?

Avez-vous des frères et des sœurs ?

Pouvez-vous me parler de vos relations avec vos frères et sœurs?

3^{eme} axe : Vécu psychologique des personnes âgées au foyer :

Depuis quand êtes-vous dans ce foyer ?

Quelles sont les raisons de votre présence dans ce foyer ?recevez-vous des visites de la part des proches ?

Pouvez-vous me parler de votre vie quotidienne au foyer ? comment vous –vous sentez ?

Quels sont les activités que vous menez au foyer ?

Etes-vous bien pris en charge par les personnels du foyer ?

Si oui comment ? si non pour quoi ?

Pouvez –vous me parler de votre relation avec les autres résidents ?

Avez-vous l’envie de quitter ce foyer ?

Que ressentez-vous en pensant a’ votre passé ?

Etes –vous anxieux ? depuis quand ?

Vous arrive-t-il à vivre des moments de tristesse ? Si oui à quel moment ?

Est-ce que vous ressentez une diminution ou une perte d’énergie ?

Comment est votre appétit ? si mauvais, pour quoi ?

Avez- vous des problèmes de sommeil ? Si oui, à quel moment ?

Etes-vous mal alaise ou dégoûté de vous même ?

Avez-vous souvent envie de pleurer ?

4^{me} axe : le regard sur l’avenir:

Quels sont vos souhaits à l’ avenir ?

-ANNEXE N°2:

-Le guide d'entretien semi directive en kabyle pour les personnes âgées dépressives placées dans un foyer d'accueil :

1^{ere} axe : L'identification du cas :

Sexe :

Age :

Situation matrimoniale :

Niveau d'instruction :

Situation Professionnelle :

2^{eme} axe : Rapport avec la famille :

Zemreth ayedhedrat fela famille ynek ?

Siit deriya ?achhel yidsen ?ma zewdjen

Siit ayethmek disetmek ?

Tzemred ayidhathret amek ithelit didessen?

3^{eme} axe : Vécu psychologique des personnes âgées au foyer :

Achhel gumi ithelit dakhi ?

Dachou desebsa ikijan tousited gher dakhi ?trouhound ghourek tafamiltik ?

Amek itesadayet lwakthik dakhi ?amek itehousout ?

Dachou lehwayedj ithkhadmet dakhi ?

Thelan yidhek mlih dakhi ?

Mayella ih ameki ?ma yella khati iwachou

Zemreth ayidhethret amek ithetilit wahi dimgharen nithen dakhi ?

Tebghit atrouhet sakhi ?

Dachou itethousout mara demethkit ayen idan ?

Thousout imanik tkelket ?smelmi ?

Thousout tikwel slehzen? Mal ih gumelmi?

Thousout imanik tfechleth?

Amek tazmerthik guelmakla?si ma dirith iwachou, ?

Siit ougouren gu noudam ? ma ih , melmi ?

Ma tdiket guel amrik?

Tbghout atetrout mlih?

4^{me} axe : le regard sur l'avenir:

Dachou sarameth gousen iditedoun ?

A N N E X E
N ° 3

BDI-II

Situation de famille

Nom

Âge

Sexe

marié(e)

divorcé(e)

séparé(e)

Niveau d'études

vivant maritalement

veuf (Ve)

célibataire

Consigne: Ce questionnaire comporte 21 groupes d'énoncés. Veuillez lire avec soin chacun de ces groupes puis, dans chaque groupe, choisissez l'énoncé qui décrit le mieux comment vous vous êtes senti(e) **au cours des deux dernières semaines, incluant aujourd'hui**. Encercliez alors le chiffre placé devant l'énoncé que vous avez choisi. Si, dans un groupe d'énoncés, vous en trouvez plusieurs qui semblent décrire également bien ce que vous ressentez, choisissez celui qui a le chiffre le plus élevé et encercliez ce chiffre. Assurez-vous bien de ne choisir qu'**un seul** énoncé dans chaque groupe, y compris le groupe n° 16 (modifications dans les habitudes de sommeil) et le groupe n° 18 (modifications de l'appétit).

1 Tristesse

- 0 Je ne me sens pas triste.
- 1 Je me sens très souvent triste.
- 2 Je suis tout le temps triste.
- 3 Je suis si triste ou si malheureux (se), que ce n'est pas supportable.

2 Pessimisme

- 0 Je ne suis pas découragé(e) face à mon avenir.
- 1 Je me sens plus découragé(e) qu'avant face à mon avenir.
- 2 Je ne m'attends pas à ce que les choses s'arrangent pour moi.
- 3 J'ai le sentiment que mon avenir est sans espoir et qu'il ne peut qu'empirer.

3 Échecs dans le passé

- 0 Je n'ai pas le sentiment d'avoir échoué dans la vie, d'être un(e) raté(e).
- 1 J'ai échoué plus souvent que je n'aurais dû..
- 2 Quand je pense à mon passé, je constate un grand nombre d'échecs.
- 3 J'ai le sentiment d'avoir complètement raté ma vie.

4 Perte de plaisir

- 0 J'éprouve toujours autant de plaisir qu'avant aux choses qui me plaisent.
- 1 Je n'éprouve pas autant de plaisir aux choses qu'avant.
- 2 J'éprouve très peu de plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.
- 3 Je n'éprouve aucun plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.

5 Sentiments de culpabilité

- 0 Je ne me sens pas particulièrement coupable.
- 1 Je me sens coupable pour bien des choses que j'ai faites ou que j'aurais dû faire.
- 2 Je me sens coupable la plupart du temps.
- 3 Je me sens tout le temps coupable.

6 Sentiment d'être puni(e)

- 0 Je n'ai pas le sentiment d'être puni(e).
- 1 Je sens que je pourrais être puni(e).
- 2 Je m'attends à être puni(e).
- 3 J'ai le sentiment d'être puni(e).

7 Sentiment négatifs envers soi-même

- 0 Mes sentiments envers moi-même n'ont pas changé.
- 1 J'ai perdu confiance en moi.
- 2 Je suis déçu(e) par moi-même.
- 3 Je ne m'aime pas du tout.

8 Attitude critique envers soi

- 0 Je ne me blâme pas ou ne me critique pas plus que d'habitude.
- 1 Je suis plus critique envers moi-même que je ne l'étais.
- 2 Je me reproche tous mes défauts.
- 3 Je me reproche tous les malheurs qui arrivent.

9 Pensées ou désirs de suicide—

- 0 Je ne pense pas du tout à me suicider.
- 1 Il m'arrive de penser à me suicider, mais je ne le ferais pas.
- 2 J'aimerais me suicider.
- 3 Je me suiciderais si l'occasion se présentait.

10 Pleurs

- 0 Je ne pleure pas plus qu'avant.
- 1 Je pleure plus qu'avant.
- 2 Je pleure pour iarnoinde petite chose!
- 3 Je voudrais pleurer mais je n'en suis pas capable.

11 Agitation

- 0 Je ne suis pas plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude.⁵
- 1 Je me sens, plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude.
- 2 Je suis si agité(e) ou tendu(e) que j'ai du mal à rester tranquille.
- 3 Je suis si agité(e) ou tendu(e) que je dois continuellement bouger ou faire quelque chose.

12 Perte d'intérêt

- 0 Je n'ai pas perdu d'intérêt pour les gens ou pour les activités.
- 1 Je m'intéresse moins qu'avant aux gens et aux choses.
- 2 Je ne m'intéresse presque plus aux gens et aux choses.
- 3 J'ai du mal à m'intéresser à quoi que ce soit.

13 Indécision

- 0 Je prends des décisions toujours aussi bien qu'avant.
- 1 Il m'est plus difficile que d'habitude de prendre des décisions.
- 2 J'ai beaucoup plus de mal qu'avant à prendre des décisions.
- 3 J'ai du mal à prendre n'importe quelle décision.

14 Dévalorisation

- 0 Je pense être quelqu'un de valable.
- 1 Je ne crois pas avoir autant de valeur ni être aussi utile qu'avant.
- 2 Je me sens moins valable que les autres.
- 3 Je sens que je ne vaux absolument rien.

15 Perte d'énergie

- 0 J'ai toujours autant d'énergie qu'avant.
- 1 J'ai moins d'énergie qu'avant.
- 2 Je n'ai pas assez d'énergie pour pouvoir faire grand-chose.
- 3 J'ai trop peu d'énergie pour faire quoi que ce soit.

16 Modifications dans les habitudes de sommeil-

- 0 Mes habitudes de sommeil n'ont pas changé.
- 1a Je dors un peu plus que d'habitude, 1b Je dors un peu moins que d'habitude.
- 2a Je dors beaucoup plus que d'habitude. dors beaucoup moins que d'habitude.
- 3a Je dors presque toute la journée.
- 3b Je me réveille une ou deux heures plus tôt et je suis incapable de me rendormir.

17 Irritabilité

- 0 Je ne suis pas plus irritable que d'habitude.
- 1 Je suis plus irritable que d'habitude..
- 2 Je suis beaucoup plus irritable que d'habitude.
- 3 Je suis constamment irritable.

18 Modifications de l'appétit 0 Mon appétit n'a pas changé.

- 1a J'ai un peu moins d'appétit que d'habitude, 1b J'ai un peu plus d'appétit que d'habitude.
- 2a J'ai beaucoup moins d'appétit que d'habitude. 2b J'ai beaucoup plus d'appétit que d'habitude.
- 3a Je n'ai pas d'appétit du tout.
- 3b J'ai constamment envie de manger.

19 Difficulté à se concentrer

- 0 Je parviens pas'me concentrer toujours aussi bien qu'avant.
- 1 Je ne parviens pas à me concentrer aussi bien que d'habitude.
- 2 J'ai du mal à me concentrer longtemps sur quoi que ce soit.
- 3 Je me trouve incapable de me concentrer sur quoi que ce soit.

20 Fatigue

- 0 Je ne suis pas plus fatigué(e) que d'habitude.
- 1 Je me fatigue plus facilement que d'habitude.
- 2 Je suis trop fatigué(e) pour faire un grand nombre de choses que je faisais avant.
- 3 Je suis trop fatigué(e) pour faire la plupart des choses que je faisais avant.

21 Perte d'intérêt pour le sexe

- 0 Je n'ai pas noté de changement récent dans mon intérêt pour le sexe.
- 1 Le sexe m'intéresse moins qu'avant.
- 2 Le sexe m'intéresse beaucoup moins maintenant.
- 3 J'ai perdu tout intérêt pour le sexe.