

Université A. Mira - Bejaia -

Faculté des Sciences Humaines et sociales

Département des Sciences Sociales

MÉMOIRE DE FIN DE CYCLE

En vue d'obtention d'un diplôme de master

Option : psychologie clinique

Thème :

**La dépression et le soutien social chez les personnes âgées
Placées dans un foyer d'accueil
(Etude clinique de cinq (05) cas a Bejaia)**

Réalisé par :

M^{elle} Houari Hanane

M^{elle} Idir Nabila

Encadré par :

M^r GACI khelifa

**Année universitaire :
2014-2015**

REMERCIEMENTS

En premier lieu, nous tenons à remercier le bon Dieu de nous avoir donnés la santé, volonté et patience tout au long de notre travail.

Nous tenons aussi à remercier notre promoteur «GACI KHELIFA» qui a bien voulu diriger cette recherche nous faisant bénéficier de la qualité de son enseignement.

Qu'il nous soit permis de remercier aussi la psychologue du foyer pour personnes âgées de Bejaia pour son accueil et sa compréhension

Nous remercions également toutes les personnels du foyer pour leur précieuse collaboration

Nous remercions bien entendu les membres du jury, pour avoir accepté d'évaluer ce modeste travail.

Notre profonde reconnaissance et gratitude vont à tous les enseignants de la faculté des sciences humaines et sociales

Nos reconnaissances pleines d'affection à nos familles et amies pour leur soutien tout au long de ce travail

Merci à tous

Hanane et Nabila

Dédicaces

Je dédie Ce modeste travail à toute ma famille plus particulièrement à ma chère mère, à tous mes proches, mes ami (es) et à mes bien aimé.

Houari Hanane.

Dédicaces

Je dédie Ce modeste travail à toute ma famille plus particulièrement à ma chère mère, à tous mes proches, mes ami (es) et à mes bien aimé.

Idir Nabila

sommaire

Sommaire

Liste des tableaux

Introduction	2
Problématiques et hypothèses	3
Objectifs de la recherche	5

Partie théorique

Chapitre I : la depression et ses caractéristiques

Préambule.....	8
1. L'historique de terme de la dépression.....	8
2. Définitions de la dépression et ses caractéristiques	9
3. Les facteurs de la dépression.....	10
4. Les type de la dépression.....	11
5. Les symptômes de la dépression	13
6. Les caractéristiques de la dépression chez le sujet âgé	15
7. Les théories de la dépression.....	16
8. Les classifications de la dépression.....	17
Conclusion.....	19

Chapitre II : Le soutien social

Preambul :	21
1. Historique, concept et mesures du soutien social.....	21
2. Définitions de soutien social	22
3. Les deux grandes catégories de soutien social	22
4. Les dimensions de soutien social	23
5. Les fonctions de soutien social.....	25
6. Soutien social, santé mental, dépression	26
Conclusion.....	26

Chapitre III: Le vieillissement

Préambule.....	28
1. Historique de terme de vieillissement.	28

2. Les définitions de vieillissement et ses caractéristiques.	29
3. Les théories psychosociologiques de vieillissement..	33
4. Les différentes approches de vieillissement.....	34
.5. Les effets de vieillissement.	35
6. Le vieillissement et ces relations sociales et familiales.	36
7. Les personnes âgées vivant en institution.	37
Conclusion.....	38

Chapitre IV: Méthodologie de la recherche

Préambule.....	41
1. Méthode utilisée.	42
2. l'étude de cas	42
3. le groupe d'étude de la recherche et ses caractéristiques	43
4. les outils de la recherche	44
5. le déroulement de la recherche	48
6. durée et lieu de la recherche	49
Conclusion.....	50

Chapitre V: Présentation,analyse et descussion des hypothèses

Présentation et analyse des résultats.....	52
Discussion générale des résultats	68
Conclusion générale	72
Liste Bibliographique	73

Annexes

liste des tableaux

Liste des tableaux :

Numéro de tableau	Titre de tableau	Page de tableau
Tableau N°1	Caractéristique de group d'étude.	44
Tableau N°2	Les notes seuil au BDI-II	46
Tableau N°3	Présentation des résultats de BDI-II du cas de M ^{me} « Farida »	53
Tableau N°4	Les résultats de l'échelle de SSP (cas 1)	55
Tableau N°5	Présentation des résultats de BDI-II du cas de M ^{me} « Djohra »	56
Tableau N°6	Les résultats de l'échelle de SSP (cas 2)	58
Tableau N°7	Présentation des résultats de BDI-II du cas de M ^{me} « Malika »	60
Tableau N°8	Les résultats de l'échelle de SSP (cas 3)	61
Tableau N°9	Présentation des résultats de BDI-II du cas de M ^{er} « Salim»	63
Tableau N°10	Les résultats de l'échelle de SSP (cas 4)	64
Tableau N°11	Présentation des résultats de BDI-II du cas de M ^{er} «Rabah »	66
Tableau N°12	Les résultats de l'échelle de SSP (cas 5)	68
Tableau N°13	l'analyse et l'interprétation des résultats obtenus de l'échelle de Beck	70
Tableau N°14	L'analyse et l'interprétation des résultats obtenus de l'échelle de soutien social	70

Introduction général

Introduction

L'être humain, au cours de sa vie subit des changements tant physiologiques que psychologique. Ou la personne âgées devient de plus en plus fragile ce qui entraînent en lui des perturbations liées à la réduction de ses capacités fonctionnelles, mais également aux éventuelles séquelles des diverses maladies dont la personne a pu souffrir tout au long de sa vie.

L'entrée en « institution », et le changement de lieu de vie représente un tournant dans la vie de la personne âgée, savent un véritable bouleversement. Peuvent représenter un moment difficile à vivre, ce moment correspond à un changement important dans la vie de sénior.

Lorsque la personne âgées est confronté à un évènement difficile, ou face a une situation dépressif, il cherche donc a surmonté sa souffrance en basant sur Le soutien social qui renvoie à l'ensemble des aides que les individus dispensent et reçoivent de leur entourage, qu'il soit familial, amical, de voisinage ou même institutionnel. Ces aides sont de nature très diverse : aide dans la vie quotidienne, soutien moral ou affectif. L'ensemble de ces aides participe d'une façon ou d'une autre à l'intégration sociale des individus et à la réduction des différentes formes de pauvreté.

Pour traiter cette thématique on a devisé cette recherche on deux partie théorique et pratiques, Le coté théorique elle ce divise en trois chapitres : le premier chapitre c'est la dépression et ses caractéristiques, Le deuxième chapitre sur le soutien social et le troisième chapitre sur le vieillissement.

Ensuit nous allons présenter le coté pratique qui composé de deux chapitres : la Méthodologie ou on ' présentera le lieu de recherche, la population de notre Échantillon, les techniques de la recherche, ensuite on présente dans le Deuxième Chapitre les résultats obtenus, la présentation et l'analyse des résultats Et Discussion des hypothèses, puis une conclusion générale, la liste Bibliographique, et les annexes.

Problematique Et Hypotheses

Problématique et hypothèses :

Les troubles psychiques causent un état de souffrance morale et d'angoisse souvent aussi difficile à supporter que la douleur physique, ils empêchent aussi les gens de jouir pleinement de leur travail, de leur vie social et familiale, abaissant ainsi considérablement le niveau de leur qualité de vie. (Tousignant .M, 1992, p34)

La vieillesse est considérée comme la dernière période de la vie, correspond à l'aboutissement normal de la sénescence. Classiquement pour l'organisation mondiale de la santé « OMS » l'âge moyen s'étend de 45 ans à 56 ans, celui des personnes âgées de 60 ans à 74 ans celui des vieillards au-delà de 90 ans, dans les conceptions « médicales -social » françaises, on parle plutôt de « troisième âge » à partir de 65 ans, âge de la Retraite, et de « quatrième âge », à partir de 80 ans (Grand dictionnaire de la psychologie, 1999, p986)

La dépression se caractérise par une baisse du moral et une incapacité à éprouver joie ou plaisir, l'humeur dépressive est la première réaction d'un être humain à la souffrance psychique et au sentiment de mal être.

D'après les critères diagnostiques établis dans la CIM-10 et le DSM-IV, on estime qu'ils ont une prévalence de 2 à 10% pour illustrer leur ampleur, on peut dire que chaque année, dans la région Europe de l'OMS, environ 33.4 millions de personnes sont atteintes d'une grave dépression. Le rapport de l'OMS sur la santé dans le monde 2001 indique que la dépression clinique devrait se classer en deuxième position dans la charge mondiale de morbidité d'ici à 2020 si l'on mesure son impact en tant que causes de décès, de handicap, d'incapacité à travailler et de consommation de ressources médicales. (Madelin .R, 2004, P15-16)

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. Ça 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).

Les âgés en bonne santé qui disposent de meilleures habiletés sociales obtiennent plus de succès dans la création et dans le maintien d'un réseau de soutien social satisfaisant, C'est principalement avec les membres de la famille que les personnes âgées entretiennent des relations régulières et c'est d'eux qu'elles reçoivent de l'aide pour accomplir les activités de la vie quotidienne. (Cappeliez.Ph, Landrevill.Ph et Vezina.J, 2000, p9, 10)

A partir de ces données, et à la lumière de ce qui a précédé, notre problématique

Sera cernée de la manière suivante :

- Est-ce que les sujets âgés placés en institution souffrent de symptômes Dépressifs?
- Quel est le rôle de soutien social face à la dépression chez les sujets âgés ?

Les hypothèses :

Hypothèse 1 : les sujets âgés placés en institution souffrent de symptômes Dépressifs.

Hypothèse 2 : les sujets âgés qui sont satisfait de soutien social peuvent dépasser Leur dépression.

Les objectifs de la recherche :

L'objectif général de cette recherche vise à cerner l'importance de notre Recherche qui s'intitule : « Dépression et soutien social chez les personnes âgées ».

Cette recherche vise à :

1. L'évaluation du trouble dépressif, par un outil validé « BDI II DE BECK ».
2. l'évaluation du soutien social, par un outil en cours de validation « le Questionnaire de soutien social perçu (QSSP) ».
3. définir l'influence de milieu de vie et de l'entourage sur la dépression chez les Personnes âgées.
4. souligné l'importance du soutien social dans la prise en charge de la Dépression en particulier et les troubles en général.

La partie Théorique

chapitre I

La dépressions et ses caractéristiques

Préambule :

La dépression est une maladie grave et fréquente, affecte les personnes de nombreuse façon Différente, elle peut durer pendant des semaines ou des mois et pas seulement quelque jours. La dépression se manifeste par une grande diversité de symptômes émotionnels, physiques, Comportementaux et cognitifs qui perturbe fortement la vie quotidienne de la personne.

1. L'historique de terme de la dépression :

L'histoire des dépressions et des troubles thymiques se fait principalement autour de trois Termes : la « mélancolie », la « dépression », la « manie », terme ayant connu un sort plus Chaotique. Pour des raisons pédagogiques nous présenterons les trois termes séparément. Bien Entendu, au sens strict, la manie n'a rien à faire avec la dépression puisqu'il s'agit de L'inverse, mais, comme il peut y avoir alternance entre les deux états ou leurs formes Atténuées, il convient de tous les présenter.

On aura compris que si la rigueur veut que l'on Parle de « troubles de l'humeur » ou de « troubles de thymiques » (hyperthymie, euthymie , Dépression...), l'habitude fait que l'on utilise souvent « troubles thymiques » ou « états Dépressifs » comme synonymes inappropriés. (Pedielli. J L.2005, p9)La naissance de la notion de « dépression » est lente .son apparition a été préluée par la Description d'une forme de *tædium vitae* (tristesse) chez Sénèque dans les dialogues (50 ap.J.-C.) : « La maladie a pour origine un manque d'équilibre de l'âme et des aspirations Timides ou malheureuse ; selon que l'on n'ose pas tout ce qu'on désire ou que l'on tente en Vain de réaliser et qu'on s'épuise à espérer ».

Au IV siècle, saint jean Chrysostome parle de la « tristitia » comme effet du dérèglement et de La mollesse de l'âme sans troubles de l'entendement. À la même époque ; evagre le pontique Évoque l'*acedia* (désintérêt) ; qui fait partie des péchés capitaux et qui désigne le dégoût et L'anxiété du cœur.ses symptômes sont les gémissements ; les plaintes ; les soupirs ; L'agitation, la torpeur ; le dégoût de soi.il ne s'agit pas de la mélancolie ; mais d'une forme Particulière de tristesse qui ne se confond pas avec elle. Rien de spécifique jusqu'au XVIIe siècle : la dépression se perd dans la mélancolie ; L'hypocondrie, les « vapeurs » (troubles nerveux).mais en 1678 ; à Bâle, Johannes Hofer Publie sa *dissertatio de nostalgia* pour décrire un état d'anxiété, d'insomnies, d'anorexie, de Désespoir, de rêveries douloureuse du pays : la « nostalgie » c'est le « mal du pays », forme Atténuée de souffrance dépressive !en 1733, Georges cheyne invente le « spleen » (rate Atrabilaire et morosité de l'humeur), dont les causes seraient l'abondance de marchandises, la Sédentarité, la suralimentation...de manière très marginale, il existe donc à l'âge classique Des Formes de dépression distinctes de la mélancolie .Au XIXe siècle, Esquirol (1818) reprend, dans son texte sur le suicide, le

spleen et la nostalgie sans les considérer comme causes suffisantes. J-P. Falret (1822) développe l'idée d'une « faiblesse Nerveuse » différente de la mélancolie. En 1869, l'apparition de la « neurasthénie » (Pedinielli, J, 2005, p13)

Établit l'existence de formes dépressives distinctes de la mélancolie (asthénie physique et psychique Avec fatigabilité, troubles de l'humeur et de l'émotivité, troubles psychosomatiques avec Insomnies, douleurs diverses, cf. Pedinielli, Bretagne, les névroses). En France, Charcot Utilisera largement ce concept et contribuera à lui donner une assise scientifique. Kraepelin, Dans son classement de 1899, évoque les formes de dépression citées précédemment et Distinctes de la mélancolie. la notion de « dépression » (non mélancolique) voit officiellement Le jour.

Les successeurs de Kraepelin définiront diverses formes : dans les années 20, on note l'apparition de formes dépressives distinctes de la mélancolie (Maurice de Fleury (1924) « Les États dépressifs et la neurasthénie »), Gillespie (1929) « dépression autonome » (Endogène), « dépression réactionnelle » (psychogène). En 1928, J. Langue sépare le domaine Des dépressions en « dépression endogène » et « dépression exogène ». La première (« Endogène ») ne possède pas de facteurs déclenchant, s'associe à des antécédents Personnels et /ou familiaux maniaco-dépressifs, se caractérise par des sentiments d'auto-accusation, une importante inhibition (ralentissement psychomoteur), un amaigrissement, et Ses Manifestations semblent sans rapport avec l'attitude de l'entourage. La seconde forme (Dépression exogène) n'est pas marquée par antécédents personnels et /ou familiaux maniaco-dépressifs, elle est réactionnelle sans retentissement psychomoteur et la malade projette sur Les autres son sentiment de culpabilité ; elle varie selon l'attitude de l'entourage. En 1934, la Classification américaine intègre la notion de « dépression réactionnelle ». Chez Fenichel (1945), qui réalise une synthèse des travaux psychanalytiques sur les troubles mentaux, la « Dépression névrotique » est clairement mentionnée ; tout en maintenant qu'il n'existe pas de frontière nette entre la dépression psychotique et la dépression névrotique, il estime que Cette dernière concerne le conflit ambivalent autour des apports narcissiques répartis sur le malade et ses objets. la classe « dépression-limite » (chez l'état limite), avant de faire l'objet de vives controverses dans les années 80. Le DSM-IV décrira, parmi les « troubles de l'humeur », l'épisode dépressif majeur » qui Pourra se combiner avec les différentes autres catégories de troubles. (Pedinielli, J, 2005, p13)

2. Définitions de la dépression et ses caractéristiques:

2.1. Selon le grand dictionnaire de psychologie :

C'est une Maladie mentale caractérisée par une modification profonde de l'état thymique de l'humeur dans le sens de la tristesse ; de la souffrance morale et du ralentissement Psychomoteur.

S'accompagnant parfois d'anxiété ; la dépression entretient chez le Patient Une impression douloureuse d'impuissance globale ; de fatalité » désespérante et Parfois L'entraîne à des ruminations su délirantes à thème de culpabilité ; d'indignité ; d'autodépréciation ; pouvant le conduire à envisager le suicide et parfois à le Réaliser. (G.dictionnaire de psychologie, 1999. p256)

2.2. Selon le dictionnaire de la psychanalyse :

C'est une modification profonde de l'humeur dans le sens de la tristesse et de la souffrance Morale ; corrélative d'un désinvestissement de tout activité. (Roland, Bernard, 2003. p91-92)

2.3. La définition psychopathologie de la dépression :

Diffère au sens ou elle au sens où elle tient Compte ; en plus des symptômes ; du polymorphisme des troubles dépressifs.les clinicien Portent un regard et un intérêt sur les Conditions de vie du sujet dépressif via la mise en Relation des formes clinique de la dépression et de leur étiologie. (Pedinielli. J, 2005, p77).

3. Les facteurs de la dépression :

3.1. Les facteurs biologiques :

Le déséquilibre de certaines substances dans le corps (comme les Hormones et les Neurotransmetteurs peut entraîner l'apparition d'une dépression, l'hérédité Peut également Jouer un rôle, les dépressions sont en effet plus fréquentes dans certaines Familles que dans d'autre. Certaines affections physiques peuvent en outre également favoriser une dépression Comme le Diabète et les maladies cardiovasculaires .les médicament, la drogue et l'alcool Ont également Une influence.

3.2. Les facteurs sociaux :

Certains événements tristes ou certaines expériences traumatisantes peuvent déclencher une dépression. L'expérience d'une perte, comme le décès d'un être cher, une maladie grave Ou un licenciement : la tristesse qui accompagne les événements peut mener a un cercle vicieux de mélancolie .une longue période de stresse peut également favoriser une Dépression.

3.3. Les facteurs psychologiques :

de nombreux aspects de la personnalité et de son développement semblent avoir une partie Intégrante dans la façon dont la dépression apparaît et persiste, une attitude pessimiste étant Un précurseur commun. Les épisodes dépressifs sont fortement liés aux évènements de vie Négatifs mais les

capacités qu'a la personne à faire face à un évènement sont aussi très importantes pour s'y adapter (résilience).

Une faible estime de soi et des pensées pessimistes, négatives ou d'impuissance sont liées à la dépression. La dépression est moins répandue, et plus facilement guérissable, parmi les pratiquants d'une religion. Il n'est pas toujours évident de connaître quels facteurs peuvent causer la dépression et ou en être la conséquence. Cependant, des individus atteints de dépression capables de changer positivement leur manière de penser retrouvent souvent une meilleure humeur et une meilleure confiance en eux. ([Http : fr.wikipedia.org](http://fr.wikipedia.org))

4. Les types de la dépression :

Elle existe selon le (DSM IV) dix types de la dépression

4.1. Le trouble dépressif majeur :

Est caractérisé par un ou plusieurs épisodes dépressifs majeurs (c'est-à-dire une humeur dépressive ou une perte d'intérêt pendant au moins deux semaines associée au moins à quatre symptômes de dépressions)

4.2. Trouble dysthymique :

Est caractérisée par une humeur dépressive présente du temps pendant au moins deux ans, associée à des symptômes dépressifs qui ne remplissent pas les critères d'un épisode dépressif majeur.

4.3. Trouble dépressif non spécifié :

A été introduit afin de pouvoir coder des troubles de caractère dépressif qui ne répondent pas au critère de troubles dépressif majeur, de trouble de l'adaptation avec humeur dépressive ou trouble de l'adaptation avec humeur mixte anxieuse et dépressive (ou des symptômes dépressifs pour lesquelles l'information est inappropriée ou contradictoire).

4.4. Trouble bipolaire 1 :

Est caractérisé par un ou plusieurs épisodes maniaque ou mixtes habituellement accompagnés d'épisode dépressif majeur.

4.5. Trouble bipolaire 2 :

Est caractérisé par un ou plusieurs épisodes dépressif majeur accompagnés par au moins un épisode hypomaniaque. (DSM-IV –TR.2003.P .399)

4.6. Troubles cyclothymique :

Est caractérisé par de nombreuses périodes d'hypomanie ne répondant pas aux critères d'un épisode maniaque et de nombreuses Périodes dépressives ne remplissant pas les critères d'un épisode dépressifs majeur pendant une période d'au moins deux ans.

4.7. Troubles bipolaire :

A été introduit afin de pouvoir coder des troubles avec caractéristiques bipolaires qui ne répondent aux critères d'aucuns troubles Bipolaires spécifiques déjà défini dans cette section (ou des symptômes Bipolaires pour les lesquels l'information est inappropriée ou contradictoire).

4.8. Trouble de l'humeur du a une affection médicale générale :

Est caractérisée par une perturbation thymique marquée et persistante De l'humeur marquée et persistante Évaluée comme étant la conséquence physiologique Direct d'une affection médicale Générale.

4.9. Trouble de l'humeur induit par une substance :

Est caractérisée par une modification marquée et persistante de l'humeur jugée comme état La conséquence Physiologique direct d'une substance donnant à un abus, d'un Médicament ; d'un autre traitement somatique de l'état dépressif ou de l'exposition a un Toxique.

4.10. Trouble de l'humeur non spécifique :

À été introduit afin de Pouvoir coder des Troubles comportant des symptômes thymiques qui ne répondent a aucun des troubles de L'humeur spécifique et pour lesquels il est difficile de choisir entre Troubles dépressif non spécifique et trouble bipolaire non spécifique. (DSM-IV –TR.2003.P .399)

5. Les symptômes de la dépression :

5.1. L'humeur dépressive, triste :

Chez les déprimés, ces modifications de l'humeur peuvent prendre différentes formes sur un axe de sévérité allant du cafard persistant au Délire de « petitesse ». Certes, on peut constater une évolution dans la représentation scientifique de la dépression ; petit à petit la dimension positive de la douleur morale, de la tristesse, a laissé la place à l'asthénie, à l'inhibition, à la monotonie de l'humeur et de l'émotion, voire à l'anesthésie affective comme si le ralentissement, (Pedieli J L .2005, p22)

Le « figement » devenait le Critère principal. Pour situer les différents niveaux de ces troubles de l'humeur on peut citer quelques Manifestations cliniques qui représentent des modalités de « douleur morale » : Les tristesses Pathologique, pouvant aller du simple cafard au désespoir, le Vécu pessimiste accompagné de Sentiment d'insatisfaction, d'autodépréciation (« Je rate tout »), de culpabilité pouvant aller jusqu'à Des manifestations délirantes (« Je suis un misérable, j'ai vendu ma famille et mes enfant ») ; Et le Sentiment d'ennui (morosité, perte de sens, de l'intérêt des activités...) ; ainsi Anesthésie affective Ou indifférence affective : perte des émotions et des sentiments dont le sujet se plaint .certains auteurs Anglo-saxons parlent aussi D'humeur « autonome » (qui ne varie pas) pour traduire l'absence de réceptivité aux Situations habituellement agréable ; Et Incapacité à trouver du plaisir (« rien ne me Dit, j'ai envie rien...») et anhédonie (Perte de plaisir pour tout ou presque tout les Activités) ; aussi Perte des intérêts antérieurs (le sujet ne trouve plus d'intérêt à ses occupations, ce Qu'il investissait avant ; le critère repose sur la différence entre le moment présent et ce Qui existait auparavant) ; de Vision négative de soi (« worthlessness » de AT BECK) : dévalorisation (« je ne Vaux rien », « je suis incapable ») ; En Vision négative du Monde extérieur : sentiment d'être incompris, sans aide (« Helplessness » de AT BACK) (« Tout le monde m'abandonne »), mais aussi Attribution aux autres de la responsabilité de Son état (parfois sous une forme délirante À thème de persécution : « les autres m'accusent d'avoir fait une faute », « ils me traitent de lâche ») ; Egalement Vision négative de futur, désespoir, perte d'espoir (« hopelessness » de AT Beck) : sentiment que rien ne peut changer, que l'avenir sera pire, voire idées Délirantes d'incurabilité (« on ne peut plus rien Pour moi »)

5.2. Le ralentissement et l'inhibition :

Le terme de « ralentissement est préféré à celui de « Perte de l'élan vital » pour caractériser, quel que soit le niveau (psychique, moteur ...), l'affaiblissement, la diminution de la vitesse du comportement, de la pensée ou de la communication. il est éminemment relatif puisqu'il désigne la différence, chez le même Sujet entre le moment de la santé et de la maladie ou bien son décalage par rapport à

L'extérieur. Ce ralentissement moteur et /ou psychique s'accompagne d'une sensation de fatigue importante (asthénie).

5.3. Le ralentissement psychomoteur :

Le ralentissement psychomoteur porte sur le Comportement visible, la marche les mouvements, les procédures de communication...bien entendu, le patient peut ressentir ce ralentissement, s'qu' observe Le praticien : cette perspective médicale, parfaitement légitime, est évidemment plus difficile à soutenir par les psychologues. (Pardinielli J L .2005, p22)

5.4. Le ralentissement psychique :

Les opérations de la vie mentale sont frein »es .ce ralentissement psychique est douloureusement ressenti par le patient qui se plaint de ne pas pouvoir penser de façon claire, efficace, d'avoie une pensée limitée, appauvrie, difficile à réaliser ou à exprimer. Ces phénomènes sont considérés comme dépressifs lorsque 'ils ne sont pas provoqués par un trouble somatique ou un autre trouble somatique Ou un autre trouble psychique.

5.5 Le suicide et les idées de suicide :

Le désir de mort est fréquent dans les états dépressifs Et apparait sous la forme d'idées de suicide, de tentatives de suicide (le sujet Est vivant Après l'acte) et de suicides (dits suicides – décès) .bien que tous les suicides et Toutes les Tentatives de suicide ne soient pas le fait de sujets déprimés, leur nombre Parmi les Suicidant est élevé (selon les études, les manifestations dépressives sont Impliquées dans 50 à 80% des cas, sans que les personnes ne sont, pour autant, que Déprimées).

5.6. Les signes « objectifs » :

Ces signes ne sont pas typiques des états dépressifs, mais sont Souvent cités car faciles à reconnaître. L'anxiété est très fréquemment présente dans les tableaux dépressifs .elle apparait comme un sentiment pénible d'attente d'un danger Imminent imprécis. Elle peut se traduire par une agitation motrice (qui dissimule le ralentissement) ou par une inhibition massive et elle peut être accompagnée de signes Somatiques habituels, ces manifestation anxieuses peuvent entrainer des raptus anxieux (Comportement explosif). La présence de l'anxiété accroît le risque suicidaire chez le Déprimé.) Les troubles du sommeil : la plupart du temps, on observe des insomnies chez Les déprimés (dans plus de 60 % des cas).l'insomnie de « fin de nuit » (ou « insomnie du Petit matin ») est caractéristique de la dépression, mais d'autres troubles du sommeil Peuvent se rencontrer : insomnies d'endormissement, réveils nocturnes fréquents, mais Aussi l'inverse, c'est-à-dire une hypersomnie (assez rarement).

* les troubles alimentaires : l'anorexie apparaît très fréquemment (80 à 90 % des cas), avec amaigrissement, dégoût de la nourriture. La boulimie est en revanche plus rare, mais peut survenir. L'anorexie se trouve aussi dans autres états mentaux, elle peut aussi apparaître isolément. L'anorexie mentale essentielle est un trouble autonome spécifique qui n'est considéré comme appartenant à la classe des troubles dépressifs.

* les troubles du caractère comme l'irritabilité. Le sujet peut devenir hostile, impulsif, irritable, violent, intolérant. Ces signes peuvent apparaître avant les premières manifestations dépressives. (Pardinielli J L .2005, p22)

* les symptômes somatiques (digestifs, cardio-vasculaires, sexuels). Les céphalées, les algies faciales, les Troubles neuromusculaires (sensation de tension musculaire avec Douleurs, tremblements, soubresauts, paresthésies), les troubles cardio vasculaires (Hypotension, ralentissement de pouls, la constipation, peuvent être retrouvés. Les troubles sexuels (impuissance, frigidité, baisse ou disparition du désir sexuel) sont fréquents, traduisant la même perte des intérêts. (Pardinielli J L .2005, p22)

6. Les caractéristiques de la dépression chez le sujet âgé :

La dépression chez les personnes âgées est un problème de santé mentale que nous connaissons encore mal. Elle est souvent masquée par d'autres maladies, sa présence est réfutée par la personne touchée, elle est négligée par l'entourage et sous diagnostiquée par les médecins. (Capeliez. Ph, Landreville. Ph et Vézina .J, 2000, p24)

6.1. Forme cliniques de dépression de sujet âgée :

Il arrive que la dépression se manifeste chez un sujet âgé par un tableau clinique plus, Complexe ou des symptômes autres que ceux décrit ci-dessus occupent le premier plan, dans Ses diverses situations, il faut chercher au cours de l'examen les éléments de syndrome dépressif pour poser le diagnostic .

6.1.1 Dépression délirant :

La dépression délirant se manifeste par un délire ou l'on retrouve souvent des idées d'incurabilités, ruine, de persécution, ou encore de négation d'orange, le délire est de tonalité triste, congruent à l'humeur. Cette forme clinique fait souvent discuter les diagnostics de démence avec manifestation délirante ou d'un état psychotique à début tardif.

6.1.2 Dépression hostile :

La dépression hostile s'exprime par une anxiété, une agitation hostile et agressivité souvent dirigé contre l'entourage direct du patient. Elle fait souvent discuter des troubles de caractère, et la notion de modification du comportement est en faveur de la dépression.

6.1.3 Dépression masquée :

La dépression masquée se caractérise surtout par plaintes somatique alors que la souffrance psychique n'est pas exprimé par le patient réalisant au maximum une dépression hypocondriaque, tout fois, elle est mise en évidence par un entretien bien conduit. (CNEG, 2010, p189, 190)

6.1.4 Dépression avec plainte mnésique :

La dépression avec plainte mnésique se manifeste par le sentiment de perdre la mémoire ici ces symptômes peuvent représenter une plainte somatique ou une autodépréciation, l'évaluation des (CNEG, 2010, p189, 190)

Fonctions cognitives montre des déficits attentionnels alors que sur le plan de la mémoire, on des trouble du rappel sous déficit de l'encodage, ce profile constate avec la symptomatologie très riche, les formes discuter le diagnostic de démence au stade débutent associée à un état dépressif.

6.1.5 Dépression mélancolique :

La dépression mélancolique est une urgence psychiatrique est impose une hospitalisation en milieu spécialisé car elle menace le pronostic vital, elle survient souvent dans le cadre d'une maladie maniaco dépressive uni ou bipolaire, elle est caractérisé par une perte de contacte avec la réalité, une prostration majeur, un mutisme parfois une agitation.

6.2. Diagnostic différentiels de la dépression du sujet âgé :

Il faut distinguer l'épisode dépressif majeur des symptômes dépressif isolés d'une part et des états de dysthymie d'autre part, dans ces deux cas les critères de dépression majeur ne sont par remplis. La dysthymie est caractérisé par l'existence depuis plus de deux ans de symptôme dépressif ne répondent pas aux critères de dépression majeur, il ne faut pas considérer les trouble de l'humeur consécutif à un deuil comme étant obligatoirement l'expression d'une dépression, ce diagnostic doit être envisagé si les trouble de l'humeur persistent aux delà de 3 mois après la disparition du proche, si la douleur moral est très intense et si d'autre symptômes de dépression sont présents. (CNEG, 2010. p189, 190)

7. Les théories de la dépression :

7.1. La théorie psychanalytique :

En rapprochant deuil et mélancolie, Freud (1915) n'envisage pas de distinguer le normal et le pathologique il cherche à saisir un processus psychopathologique dans le deuil, il mit en évidence d'une perte d'objet réelle qui conduit à l'élaboration d'un travail psychologique à long terme aboutissant à une réparation, dans la dépression réactionnelle, cette perte d'objet est variable : rupture avec une personne investie, mais aussi une perte financière.

Perte d'un idéal, perte d'un travail. Elle comporte une identification à l'objet perdu, elle représente dans l'inconscient, la perte imaginaire de l'objet primitif.tutélaire, qui correspond aux premières relations maternelles de l'enfant .d'un point de vue clinique, apparaissant un désinvestissement de la réalité, un retrait de la vie habituelle, un désintérêt pour les plaisirs et une tristesse pathologique.la guérison est marqué par un réinvestissement relationnel des personnes, des intérêts et des plaisirs habituels. (Ferrerri M, Ferreri F et Nusse Ph.2003, p19)

7.2. Les théories psychosociales :

Dans ses travaux, Becker montre plusieurs paires d'extrêmes ; l'idéal consiste a trouver un équilibre entre eux .l'individu qui présente des prédispositions à la dépression ne soit pas réaliser cet équilibre, mais il à conduit sa vie selon certains axes au détriment des autres, à force de tenter d'éviter l'angoisse .il à négligé la recherche de l'estime de soie il exige des réponses rigides et bien définies aux problèmes et questions qu'il rencontre .par contre , il va négligé de développer sa propre souplesse et vivacité d'actions , il s'est braqué sur des actions durables et sûres , et s'est refusé l'accès à des alternatives variées. On peut trouver ces trois poussées contraires aux deux niveaux (le niveau interne psychologique , et le niveau externe ,social qui , comme on l' as vu ,se chevauchent et ont des actions combinées chez tout individus) , on peut également trouver une quatrième poussée entre les deux niveau (psychologique et social) . Dans ce cas le but de la personnalité dépressive est plutôt de plaire aux autres que d'enrichir ses propres besoins et expériences. (Fredén L ,1982.p225)

8. Les classifications de la dépression :**8.1. La classification originaire de Kraepelin :**

La conception de Kraepelin opposait :

8.1.1. La dépression endogène (dépression de la PMD),

8.1.2. La dépression psychogène (dépression névrotique),

8.1.3. La dépression d'involution,

8.1.4. La dépression symptomatique d'une autre affection

8.1.5. La personnalité pathologique dépressive.

Cette conception était fondé sur des critères descriptifs, mais tenait compte de L'évolution des Pathologies ; en outre, certain critères étiopathogéniques intervenaient Subtilement (visibles Notamment dans les termes « endogène » et « psychogène »).et Dans la pratique clinique, Elle Aboutissait principalement à opposer dépression Endogène et dépression psychogène, Les Autres ne représentant qu'un petit nombre de Sujets. (Pedinielli J .2005, p22)

8.2. Le DSM –IV :

Les versions successives du DSM ont régulièrement modifié la terminologie et la Classification des Troubles de l'humeur qui apparait sans doute insatisfaisante aux Praticiens .le DSM-IV propose d'abord les critères de l'épisode maniaque et de l'épisode Dépressif majeur, de l'épisode mixte, l'épisode hypomaniaque qui représentent les troubles De base qui vont se combiner sous diverses formes qui constituent les troubles proprement Dits .puis il définit les troubles bipolaires, les troubles dépressifs et les autres troubles de L'humeur. Par ailleurs, chacun de ses troubles peut faire l'objet de spécifications (selon Son évolution, sa forme, ses caractéristiques...).

8.3. La CIM 10 : la classification de l'oms est assez proche, mais contient quelques particularité .elle comprend les rubriques suivant :

8.3.1. Episode maniaque avec comme subdivision :

L'hypomanie, la manie sans symptômes Psychotiques, la manie avec symptômes psychotiques, les autres épisodes maniaques.

8.3.2. Trouble affectif bipolaire avec comme rubriques :

trouble affectif bipolaire, épisode Actuel hypomaniaque, trouble affectif bipolaire, épisode actuel maniaque sans symptômes Psychotiques, trouble affectif bipolaire, épisode actuel maniaque avec symptômes Psychotiques, trouble affectif bipolaire, épisode actuelle de dépression légère ou moyenne, Trouble affectif bipolaire, épisode actuel de dépression sévère sans symptômes Psychotiques, Trouble affectif bipolaire, épisode actuel de dépression sévère avec Symptômes psychotiques, Troubles affectif bipolaire, épisode actuel mixte, trouble affectif Bipolaire, actuellement en Rémission, autre affectifs bipolaires.

8.3.3. Episodes dépressifs qui se décomposent en :

Épisode dépressif léger, épisode dépressif Moyen, épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques, épisode dépressif sévère Avec Symptômes psychotique, épisode dépressif sévère avec symptômes psychotique, Autre Épisodes dépressifs.

8.3.4. Trouble dépressif récurrent (survenue répétée d'épisodes dépressifs) avec les même Caractéristiques que précédemment :

Léger, moyen, sévère ...

8.3.5. Troubles de l'humeur (affectifs) persistants qui comprennent cyclothymie et la Dysthymie (abaissement chronique de l'humeur). (Pardinielli J .2005, p22)**8.4. Le problème des classifications psychanalytiques :**

Il n'y a pas réellement de classifications psychanalytiques de la dépression, mais l'usage du terme est suffisamment répandu pour que l'on s'y arrête. La psychanalyse a contribué à Produire des formes de dépression (anaclitique essentielle, limite ...), mais elle est généralement fidèle, sous des modalités diverses, à l'idée d'organisation (névrose , Psychose, perversion...) qui fait de la dépression une des modalités pathologiques de ces organisations : on parle de dépression névrotique, limite, psychotique...certes, les Premiers travaux psychanalytiques se sont surtout intéressés au mécanisme de la dépression conçue comme une réaction à la perte d'objet et impliquant la dimension du Narcissisme. En France, c'est sans doute Bergeret qui a développé la classification la plus opératoire. Il Oppose en effet : 1.la dépression névrotique, 2.la dépression limite ,3.la Dépression Psychotique. (Pardinielli J .2005, p22)

Conclusion :

La dépression est un important problème de santé, qui touche tout les catégories des Personnes, est un sentiment lié au changement soudain d'une ligne de conduite ou de vie, Mais très fréquent chez les personnes âgées. La dépression de sujet âgé est une maladie fréquente, avec souvent des formes cliniques atypique, le diagnostic est indispensable pour permettre une prise en charge thérapeutique adoptée et limiter les éléments de mauvais pronostic.

chapitre II

Le soutien social

Preambul :

Le soutien social fait référence à la dispensation ou à l'échange de ressources Émotionnelles ou instrumentales ou d'informations par des non-professionnels. Le soutien Social influence la santé lorsque des conseils, des services rendus ou toute Forme D'aide apportée permettent aux personnes de faire face à une situation ou favorisent L'adoption ou Le maintien de comportements sains.

1. Historique, concept et mesures du soutien social :

Le rôle des relations sociales et leur contribution au bien-être et à la santé fait l'objet de Réflexions et d'études depuis plus d'un siècle. En 1897, Durkheim postulait déjà que les Ruptures des liens sociaux produisaient des pertes en ressources sociales et un affaiblissement Des normes et des rôles sociaux. Son étude sur le suicide montrait en effet sa plus grande Prévalence chez les individus ayant moins de liens sociaux. Les premiers écologistes sociaux Constataient également une augmentation des problèmes comportementaux chez les Populations déracinées.

C'est cependant dans les décennies 1970-1980 que les études sur les Relations entre les liens sociaux et la santé connaissent leur plus grand essor. À cette époque, Plusieurs études signalent que les individus davantage intégrés dans leur communauté et dans La société de façon plus générale avaient une meilleure santé que les personnes isolées. Berkman et Syme (1985) démontrent alors que le taux de mortalité et de morbidité était de 2 à 5 fois supérieur chez les personnes isolées socialement et ce, indépendamment de l'état de Santé et des autres facteurs de risque.

Des études spécifiques à la santé mentale mettent alors En évidence des liens importants entre la prévalence de la symptomatologie psychiatrique, sa Sévérité et la qualité du soutien social disponible. Bien que le terme « soutien social » soit Communément utilisé pour rendre compte du processus par lequel les relations sociales ont un Effet bénéfique sur la santé et le bien-être, il importe de clarifier différents concepts Permettant de rendre compte de la subtilité et de la complexité de ces relations et de mesurer De façon spécifique leur contribution. Nous abordons dans ce numéro de la revue, le soutien Social de façon spécifique ; il s'avère donc important de distinguer le réseau social personnel, L'intégration sociale et le soutien social. Le réseau social personnel constitue l'ensemble des liens sociaux stables qu'entretient un Individu. Il peut être décrit structurellement en termes de taille (nombre de personnes dans ce Réseau) et de densité

(nombre de personnes interconnectées dans ce réseau/taille du réseau). Un des problèmes pour déterminer la taille ou la densité du réseau est d'établir des critères Permettant de définir un lien social stable. (Caron.J, Guay.S, 2005, p1, 5)

Les liens peuvent être basés sur des aspects Normatifs (occuper un rôle défini, tel être père, mère, voisin, Etc.), affectifs (sentiments de Proximité de la personne envers autrui) ou encore ils peuvent reposer sur des relations d'échanges (personnes avec lesquelles il existe une interaction régulière caractérisée par un Échange de ressources). D'autres mesures du réseau ont été développées (composantes, Dispersion, proximité, cliques, etc.) Et des critères spécifiques permettent d'en rendre compte L'intégration sociale provient à l'origine des travaux de Durkheim (1897) et réfère au degré Avec lequel un individu participe dans le vaste champ des relations sociales. Différentes Mesures se sont développées afin de saisir ce concept multidimensionnel. L'intégration peut Se mesurer par le nombre de rôles socialement reconnus qu'occupe l'individu (parent, Étudiant, voisin, ami, etc.), par la fréquence de ses activités sociales (participation sociale) et Également, par sa propre perception de son intégration sociale et communautaire. Le soutien social renvoie, quant à lui, à la dispensation ou à l'échange de ressources Émotionnelles, instrumentales ou d'informations par des non-professionnels, dans le contexte D'une réponse à la perception que les autres en ont besoin. Il s'actualise lors des interactions avec les membres du réseau social ou encore lors de la participation à des groupes sociaux. (Caron.J, Guay.S, 2005, p1, 5)

2. Définitions de soutien social :

Résultat de l'intégration de l'individu dans différents réseaux qui lui fournissent un appui (Cognitif, normatif, affectif et matériel), c'est une variété de ressources utilisables pour faire Face aux difficultés de la vie. Soutien social tel que perçu par la personne. (Françoise.ch. 2010, p7)

Le soutien social peut se définir par le répertoire de liens que l'individu entretient avec des Personnes significatives de son entourage social et démontre par le fait même l'importance Des interactions dans les contacts interpersonnels pour une meilleure santé mentale Et Physique. (chantel.A, 1998, p 1)

3. Les deux grandes catégories de soutien social :

3.1. Le soutien social structurel :

Représente les quantités de personnes ressources Et la fréquence des interactions avec ces dernières .le niveau d'intégration social est aussi une Mesure du soutien structurel. (Edith st –jean-Trudel, 2009, p6-7)

Souvent utilisée qui inclut habituellement l'état matrimonial, L'appartenance à une organisation ou à un regroupement ainsi que la fréquence des contacts Sociaux.

3.2. Le soutien social fonctionnel :

Quant à lui à la qualité des ressources disponibles et à la protection de l'individu concernant l'accomplissement de certaines Fonctions par ses proches, plusieurs auteurs se sont penchés sur les éléments qui composent le soutien social fonctionnel et ceux qui semblent faire consensus sont :

3.2.1. Le soutien émotionnel :

Qui fait référence aux échanges à propos des émotions vécues par la personne, à la Compréhension empathique et aux encouragements.

3.2.2. Le soutien d'estime :

Aussi appelé le soutien de valorisation personnel, qui implique que la personne se sente validée dans ses croyances, ses habilités, ses sentiments et ses pensées.

3.2.3. Le soutien informationnel :

Qui se présente habituellement sous formes de conseils ou de Feed back a propose d'une Situation stressantes ou difficile.

3.2.4. Le soutien concret :

Aussi appelé instrumental ou tangible, qui représente l'aide matérielle ou financier et de Rendre des services tangibles quelque auteurs incluent également le soutien de camaraderie, Appelé aussi interactions social positives, qui représente le temps passé avec la personne de Ses préoccupations et à lui procurer un sentiment d'intégration .finalement le dernier type de Soutien social qu'on retrouve dans la littérature se nomme affectif et il se traduit par L'expression d'amour et d'affection. (Edith st –jean-Trudel, 2009, p6-7)

4. Les dimensions de soutien social :

4.1. Le réseau de soutien social :

Pour vaux le réseau de soutien est un sous ensemble du réseau social vers qui la personne se tourne pour obtenu de l'aide .l'individu peut être confronté à des situations requérant des Ressources individuelles et pour lesquelles le réseau social n'a pas lieu d'être sollicité, il peut Également être confronté à des incidents sociaux, sortes de crises, ou l'individu doit alors Mettre à l'épreuve ses capacités d'appel à l'aide, de mobilisation du soutien, les personnes Vers lesquelles se tourne l'individu dans de telles situations font partie de son réseau de Soutien social. C'est la qualité de ce réseau de soutien qui caractérise l'inscription sociale D'un individu, son sentiment d'appartenance l'évaluation de l'intégration sociale est donc Réalisée à partir de la taille et la densité de réseau de soutien d'un individu.

4.2. Les comportement de soutien :

Le soutien social reçu constitue l'aide affective apporté à un individu par son entourage, Bruchon Schweitzer rappelle qu'il s'agit de la dimension fonctionnelle du soutien apporté par Le réseau de soutien social, en ce qu'il constitue un processus transactionnel d'aide .il s'agit D'un soutien actif composé d'actions ou de comportements spécifiques effectués par les Autres et considérés comme une expression manifeste de soutien ou d'assistance .traddy Suggère que le soutien social reçu est caractérisé par l'utilisation faite par un individu des Ressources proposés par son réseau social ce qui constitue une manière active de présenter le Processus .La recherche dans le domaine du soutien social reçu, essentiellement théorique, à Porté sur la catégorisation, suggérait que le soutien social par le biais d'une information visais à : informer le sujet qu'il est aimé, informer le sujet qu'il est estimé, informer le sujet Qu'il fait parti d'un réseau social.

4.3. Le soutien social perçu :

Le soutien social perçu ou appréciation subjectives du soutien renvoie à l'évaluation Cognitives faite par l'individu du soutien qu'il reçoit en cas de besoin les composantes Cognitives du soutien social perçu comprennent la disponibilité et la satisfaction :

1) la disponibilité est le sentiment d'avoir suffisamment de soutien, et que ce soutien sera disponible en cas de besoin ; le sentiment de disponibilité renvoie à chacun des catégories de Soutien social reçu et de ses composants comportementales (avis, informations, écoute, Réconfort,

aide matériel.) Pour Cohen et Wills (1985), il s'agit des faits d'être convaincu de Disposer d'un réseau capable de soutien pour réduire la morbidité des conditions de vie ou d'un événement. (Saias.Th, 2009, p39, 48)

2) La perception d'une adéquation entre les besoins initiaux et le soutien Reçu constitue la satisfaction à l'égard de soutien, c'est la partie la plus subjective de l'étude Du soutien social, puisque cette satisfaction ne peut s'évaluer avec des critères objectifs, et Qu'elle varie dans le temps. Pour Gentry et kobasa .la satisfaction à l'égard du soutien Constitue une ressource psychologique correspondant à la perception qu'a un individu de ses Relations interpersonnelles. Le soutien social perçu est maintenant considéré comme une des Facettes du champ plus large du support social ou son désormais pris en compte des Informations comme la taille de réseau, le soutien reçu. (Saias.Th, 2009, p39, 48)

5. Les fonctions de soutien social :

La meilleure méthode à suivre pour comprendre le soutien social est de l'analyser dans les Divers dimension ou fonctions dans l'esprit de Cobb l'un des pionniers dans ce Domain, il est Clair que le soutien social est en tout premier lieu ce qui se passe au niveau humain et affectif Entre deux personnes : c'est la communication d'affection, d'estime de soi et du sentiment D'appartenance à un group, cette vision pose comme postulat qu'un soutien moral efficace Permettra de passer à travers toutes les adversités .ce n'est qu'au moment ou on se met à Considérer les mécanismes véritablement utilisés pour faire face aux mauvaise moments que L'on s'aperçoit qu'une personne n'a pas simplement à contenir ses émotions, mais à prendre des mesures concret, instrumentales, pour passer à travers ses expériences .dans cette Perspective, on découvre qu'il peut y'avoir autant de catégories de soutien qu'il ya de types de mécanismes d'adaptation ou sens de lazarus et folkman, Gottlieb n'identifie pas moins de 26 types d'aide en répertoriant les comportements identifiés pas les acteurs impliqués, la classification de barrera contient six catégories génériques qui ne semblent pas soblement Représentatives et exhaustives par rapport à l'ensemble des listes proposées. On y retrouve L'aide matérielle, les services, les conseils les informations et les participations conjointes à des activités les différents secteurs de la population appellent des types de soutien variant en Fonction des problèmes vécus. (Caron.J, Guay.S, 2005, p1, 5)

6. Soutien social, santé mentale, dépression :

Cassel affirmait dès le début des années 1970 que « les liens sociaux positifs sont essentiels pour faire face au stress, aux changements de conditions de vie et aux environnements morbides », cette époque marque le début de l'intérêt (Saias.Th, 2009, p71)

pour les effets du support social sur les critères d'ajustement de la santé mentale, très peu d'études ont été réalisées en population générale, (La plupart des auteurs s'intéressant à des populations générales, la plupart des auteurs s'intéressant à des populations spécifiques : personnes âgées, personnes atteintes de troubles psychiatriques ou encore personnes ayant vécu des événements de vie traumatiques, Cependant la quasi-totalité des recherches utilisent la dépression comme critères à prédire de la santé mentale. (Saias.Th, 2009, p71)

Conclusion :

Le soutien social considéré comme le remède à tous les maux il est certain que c'est un élément qui contribue à la bonne santé mentale, l'importance exacte de son rôle est cependant encore à démontrer. Par ailleurs, le soutien ne peut être efficace qu'à des conditions bien spécifiques. Le soutien social semble constituer un des facteurs déterminants de la santé mentale étroitement lié à la dépression des personnes âgées, ces éléments soulignent l'intérêt d'intervenir sur le soutien social reçu par les personnes âgées, par la mise en œuvre d'intervention soutenant et favorisant le soutien social telles que des prises en charge.

chapitre III

Le vieillissement

Préambule :

Le vieillissement est un phénomène biologique le plus complexe qui correspondant à la dernière période de la vie qui évoque habituellement l'image de changement physique et psychologique désagréable, pertes de forces, diminution de la maîtrise de corps et de fonction cognitive et altération de la santé, cette réalité ce mettre la personne âgée dépendant à d'autrui pour réaliser leur besoin quotidienne. Le grand âge est la période la moins heureuse de la vie, comme une période de solitude de fragilité et de dépendance.

1. Historique de terme de vieillissement :

Le sens donné au vieillissement et à la vieillesse est liée au contexte culturel et à l'époque dans les quels ils se situent. Toute société établit des systèmes porteurs de sens qui aident les gens à faire face aux limites inéluctables de l'existence humaine, en dehors de la société occidentale, vieillir est vu comme une accumulation d'ans, de savoirs et d'avoirs et s'accompagne de prérogatives des plus âgés sur les plus jeunes. Les études anthropologiques mettent en évidence différentes expériences sociales du vieillissement et de la vieillesse qui est son aboutissement.

Ce qui concerne le vieillissement et vieillesse dans des sociétés préindustrielles, chez les Cuiva, dans la société amérindienne des Cuiva, les gens âgés ne forment pas une catégorie sociale identifiable. La société Cuiva ne crée pas d'âge de la vieillesse, c'est une société sans spécialisation, sans stratification ni classe sociales, cette absence d'un âge de la vieillesse n'est pas le fruit de hasard, la société se donne des mécanismes qui évitent que les membres les plus âgés se retrouvent au sein d'un groupe social homogène et distinct. Chez les Meru Tiga, Nialgembe des hautes terres du Kenya qui sont une société à système d'âge et de génération, on progresse également tout au long de vie (l'âge se donne comme une construction qui entretient un rapport assez distancié avec le biologique.) Le vieillissement n'est pas considéré comme une décrépitude et la durée de la vie dépasse les 80 ans chez un pourcentage notable de la population du district. (Henrard, J.2002, p71.).

Il y a déjà plus de 40 ans apparaissaient les premières définitions de la fragilité, En effet, en 1968 on utilise ce terme pour décrire les patients âgés, désorientés, agités et incontinents, en 1972, ce mot est employé par Stamford et ses collaborateurs comme synonyme à l'institutionnalisation par la suite, dans un article traitant des aidants naturels paru en 1987, Stone utilise inversement les termes d'incapacité, et de fragilité, en 1988, pour Woodhouse les patients fragiles, sont des personnes plus de 65 ans qui dépendent des autres pour la réalisation des activités de la vie quotidienne. Ces premières définitions utilisent de façon interchangeable les termes d'incapacité et de fragilité qui sont de nos jours, considérés comme des concepts bien distincts. En 1991 Fried propose de définir la fragilité comme une perte d'indépendance fonctionnelles non apparente cliniquement, en 1992, Lipsitz définit le concept

comme une réponse mal adaptée aux stress physiologiques en 1993 Ory formule l'hypothèse que les patients âgés fragiles ont une baisse de leurs capacités de mobilités d'équilibre et d'endurance .(Chassagne. Ph , Rolland. Y et Vellas. B, 2009, p12.)

2. Les définitions de vieillissement et ses caractéristiques :

2.1. vieillissement :

Elle correspond à l'ensemble des processus physiologique et psychologique qui modifient la structure et les fonctions de l'organisme à partir de l'âge mûr, il est donc la résultante des effets, intriqués de facteurs génétiques et de facteurs environnementaux auquel est soumis l'organisme tout au long de sa vie, il s'agit d'un processus lent et progressif qui doit être distingué des manifestations des maladies. (Duquesne, 2011, p278.).

2.2 Le vieillissement :

Selon le dictionnaire de psychologie Le vieillissement s'accompagne de changement anatomiques et physiologiques qui prédisposent l'organisme aux infections les désordres immunitaires lies a l'âge semblent en rapport avec une diminution des fonctions thymique et lymphocytaire.

2.3. Définition de vieillisse :

Selon le dictionnaire de sociologie la vieillesse doit être comprise comme une construction sociale produite par les cadres sociaux, perpétuellement renégociée et redéfinie en fonction de l'évolution de ces cadres. Elle ne peut être réduite à une réalité biologique fait d'usures et d'incapacités, résultant du processus continu de la sénescence. (Dictionnaire de la sociologie, 2012, p244.).

Autrement la vieillesse de point de vu sociologie c'est le être réduit à une réalité biologique et chronologique, qui séparent l'individu avec ces capacité de construction.

2.4. La personne âgée :

La personne âgée est une entité pas facile à exprimer. Le problème est déférent d'une société à une autre, au canada et aux Etats unis n'est âgée qu'une personne qui va en retraité c'est –à dire entre 65et70 ans pour d'autre, être une personne âgée se dégage du fait ou le corps ne suit pas l'âge chronologique. Comme quoi être âgées découle de vieillissement différentiel. Mais Solon l'OMS .être une personne âgée est synonyme d'avoir au minimum 60 ans. (Ouakam, Ouakam .J- F, 2005, p20.).

2.5. L'expérience du vieillissement :

Ressentir que l'on devient vieux et prendre conscience de sa finitude est une première expérience fondamentale. Elle survient à l'âge de la « maturescence » au cours de la cinquième décennie ou peu après. Elle résulte à la fois des modifications du corps et leur visibilité renvoyée par le regard des autres, mais aussi d'événements familiaux et professionnels qui marquent cette période et dont l'importance dépend du contexte social dans lequel ils s'inscrivent. (Henrard, J, 2002, p124.).

L'expérience de la vieillesse est une expérience qui s'exprime par des changements corporelle et psychologique qui touche la personne âgée, ressentir devenir vieux se traduit par une grande fatigue et un manque d'intérêt et l'attente de la mort. En distinguant trois expériences de vieillissement :

2.5.1. Devenir vieux :

La première expérience du vieillissement consiste donc à ressentir que devient vieux. Pour des femmes il a été par des changements dans l'insertion sociale, le départ des enfants, le décès de conjoint et la retraite, d'autre par des manifestations corporelles, une maladie, des changements dans l'apparence, et qu'en perdant ses qualités sexuelles. Les autres jouent ainsi un rôle important dans la naissance du sentiment de devenir vieux, le changement du rôle social et familial devenir un grand père ou une grand-mère c'est un facteur qui évoque le sentiment de devenir vieux.

2.5.2. D'être vieux :

Si « être vieux » fait figure de repoussoir pour certains, il s'agit aussi d'une expérience vécue par d'autres. C'est la dégradation de la santé et le handicap qui se trouvent associés à la transition vers la grande vieillesse. Cette transition est considérée, à la fois par ceux qui s'en approchent et par ceux qui l'ont vécue, comme une « exclusion de la vie normale » et comme l'entrée « dans un âge qui ne relève plus vraiment de la vie sans appartenir encore à la mort ». (Vincent, 2008, p96 ,98).

Les deux autres concernent des sujets qui font l'expérience d'être vieux soit par la vieillesse, soit par la dépendance. Qui expriment par les changements qualitatifs, et se traduit par la fatigue, un manque d'intérêt, et par la apparition des maladies ou handicap. (Henrard, J.2002, p124.).

2.6. L'espérance de vie :

c'est le moyen d'années que peut espérer vivre une classe d'âge donnée (à la naissance à 60ans, voir plus !) l'espérance de vie à la naissance n'a cessé d'augmenter de puis un siècle. De puis dix ans, les gains d'espérance de vie ont été de trois années pour l'homme et deux années pour femme, elle est aujourd'hui de 84.5 ans pour les femmes et 77.8 ans pour les hommes, principalement en raison de baisse considérable de la mortalité infantile et progrès spectaculaires de l'hygiène et de la médecine. Mais chez les sujets vieillissant l'espérance de vie à la naissance n'est pas le meilleur indicateur, nous

utilisations, plutôt les notions, d'espérance de vie aux âges extrêmes et d'espérance de vie sans incapacité.

2.6.1. Espérance de vie aux âges extrêmes :

il est important de savoir à un âge donné l'espérance de vie du sujet puisque cela va impliquer une prise en charge médicale différente : à 85 ans, un homme n'est pas en survie, il lui reste en moyenne 5 ans à vivre (6 ans pour une femme) : aussi, vous traiterez différemment une fibrillation auriculaire ou un cancer, et cherchez encore à stabiliser sa situation médicale et à prévenir sa dépendance !

2.6.2. L'espérance de vie sans incapacité :

Un autre indicateur intéressant est l'espérance de vie en bonne santé : selon l'Insee une bonne santé est « l'absence de limitation d'activités dans les gestes quotidiens et absence d'incapacité » À 65 ans, elle serait de 13.5 ans pour les hommes et 16 ans pour les femmes, ces années gagnées sont plutôt vécues en bonne santé. Les handicaps dus au grand âge surviennent en générale 1 à 2 ans avant la fin de la vie quelque soit l'âge de décès. (Duquesne, 2011, p 278).

2.7. Définition de sénescence et ces effets :

Manifeste par une baisse sensible des aptitudes sensorimotrices (vision, audition agilité, force musculaire) et intellectuelles, dont le déclin s'amorce dès l'âge de vingt-cinq ans (Dictionnaire de psychologie, 2003, p276-277).

2.7.1. Les effets de la sénescence sur l'individu :

L'évaluation des performances physiologiques chez des individus d'âges différents a longtemps été un moyen de mesurer le vieillissement. Elle montre en règle générale une diminution progressive avec l'avancée en âge de la plupart de la fonction étudiée.

2.7.2. La peau :

Chez l'homme, les modifications les plus visibles sont observées au niveau du visage avec les rides, ces modifications sont dues à la perte d'élasticité de la peau. Chez la femme, la chute hormonale après la ménopause peut s'accompagner de l'apparition de poils au menton. Les oreilles et le nez ont tendance à s'élargir et à s'allonger. La peau apparaît plus irrégulière, siège de petites excroissances et de taches brunes notamment sur le dos des mains. Elle est aussi plus sèche du fait d'une perte d'activité des glandes sudoripares.

2.7.3. La vision :

Pratiquement toutes de l'œil sont affectées par le vieillissement. Le cristallin est une lentille qui s'épaissit en vieillissant de sorte qu'à partir d'environ 50 ans la vision de près, par exemple pour lire devient floue. L'atrophie de l'iris entraîne un rétrécissement de la pupille qui laisse passer la lumière. Il en résulte la nécessité d'avoir plus de lumière pour voir les objets dans notre champ visuel est un laps de temps plus grand pour s'adapter aux changements de luminosité.

2.7.4. L'audition :

La baisse de l'audition se traduit par une diminution du pouvoir discriminant, par exemple certaines syllabes dont la prononciation est plus aiguë ne sont pas comprises lorsque plusieurs personnes parlent en même temps. L'altération des structures auditives entraîne une déficience connue sous le nom de presbycusis.

2.7.5. Le goût :

Les sensations gustatives et le flux de salive ont tendance à diminuer avec l'âge, un mauvais état dentaire est fréquent. Il en résulte souvent une sécheresse de la bouche, une moindre protection de la langue, des dents et des gencives, d'où une plus grande fréquence d'infection. Certains aliments deviennent plus difficiles à mâcher. Un déclin des composants du suc gastrique rend la digestion des repas lourds plus difficile. Tous ces problèmes peuvent limiter le plaisir de manger. Certaines substances sont moins absorbées par l'intestin grêle, comme le calcium par exemple, indispensable au renouvellement de l'os.

2.7.6. Musculaire :

La force musculaire diminue à partir de 40 ans, mais surtout après 70 ans. Le muscle cardiaque dégénère et les valves cardiaques sont moins souples, ce qui limite les capacités d'adaptation à l'effort. (Henrard, J. 2002, p36.).

2.8. La sénescence de la cognition :

Le vieillissement s'accompagne généralement d'une diminution des capacités d'utilisation des processus cognitifs, et la façon avec laquelle d'acquérir les informations sur lui-même et sur son entourage : attention, mémoire, représentation des connaissances, capacité de raisonnement, organisation spatiale et langage. La plupart des études effectuées dans ces différents domaines ont mis en évidence la difficulté qu'ont les personnes âgées à focaliser leur attention sur l'information pertinente pour accomplir les tâches demandées.

2.8.1. La compréhension :

Le vieillissement s'accompagne d'une augmentation de la sensibilité aux modalités de présentation des messages verbaux. De ce fait, les personnes âgées ont plus de difficultés pour comprendre un texte dont elles font lecture. Par ailleurs, les personnes âgées ont également des difficultés à se souvenir de la source du discours (récit narré par un homme ou par une femme). Ces difficultés pourraient être dues par le fait que la diminution des capacités de traitement de la mémoire de travail rend difficile le traitement simultané de la source et de la conclusion d'un discours. (Brouillet, Syssau, A, 2000, p60.).

3. Les théories psychosociologiques de vieillissement :

Les théories du vieillissement qui sont développées aux États-Unis dans les années 1950 et 1960 ne se contentent pas de décrire le vieillissement, elles cherchent aussi à indiquer la voie pour un vieillissement (réussi).

D'inspiration fonctionnaliste ces théories considèrent que l'individu se trouve défini par le rôle social associé aux positions statutaires qu'il occupe dans une telle optique, le vieillissement se caractérise par une perte de rôles à la fois professionnels au moment de la retraite et familiaux avec le départ des enfants et le décès du conjoint. La question est alors de savoir comment les personnes qui vieillissent réagissent à cette perte de rôles.

3.1. La théorie de l'activité :

La théorie de l'activité a été développée et précisée dans les années 1960 en opposition à la théorie du désengagement, elle trouve sa première formulation au début des années 1950, en se fondant sur une enquête réalisée sur un échantillon de 100 personnes âgées vivant dans une petite ville du Middle West, Robert Havighurst et Ruth Albrecht font un double constat, d'une part, les personnes enquêtées, manifestent un certain contentement d'autre part, cette satisfaction varie très peu avec l'âge et la position sociale, mais se trouve, fortement corrélée avec les ((scores d'activité)) calculés par les auteurs, aussi le vieillissement réussi passe-t-il, selon Havighurst et Albrecht, par une attitude volontariste consistant à maintenir un niveau élevé d'engagement : il s'agit de compenser la perte de certains rôles antérieurs par l'intensification d'autres rôles comme celui de citoyen ou par l'investissement de nouveaux rôles comme celui de grands-parents, la adaptation se trouvant facilitée par une qualité qu'il convient d'entretenir, la ((flexibilité des rôles)). (Caradec, V. 2008, p88.).

En fin de compte, on constate que le point de vue de cette théorie, certains rôles sociaux seraient retirés aux personnes âgées ne seraient pas remplacés par d'autres ce qui entraînerait un état d'anomie. Si on veut réussir sa vieillesse de trouver ces nouveaux rôles à jouer dans la société ou de continuer à occuper les rôles tenus auparavant.

3.2. La théorie du désengagement :

Le désengagement se traduit par une diminution du nombre de rôles sociaux joués par l'individu. Par une baisse de ses interactions sociales et par un changement dans la nature de ses relations qui sont désormais davantage centrées sur les liens affectifs et moins sur la solidarité fonctionnelle.

Il est réciproque tout d'abord, constituant une sorte de séparation à l'amiable, satisfaisante pour les deux parties et qui peut être initiée aussi bien par l'individu vieillissant que par la société.

Le désengagement est, ensuite, fonctionnel, il répond, en effet, à un double impératif social : d'un part, le désengagement des plus âgés rend possible le renouvellement des générations dans le monde du travail et permet l'arrivée aux postes de responsabilité de jeunes aux connaissances plus récentes d'autre part, la société se protège ainsi contre les ((perturbations dans les activités essentielles)) que pourrait entraîner le décès de personnes occupant des fonctions importantes. Le désengagement est aussi un processus irréversible, qui se nourrit de sa propre dynamique. En fin, le désengagement est universel, même si la forme qu'il prend peut varier suivant les cultures et selon le sexe. Cumming et Henry ne s'attardent pas sur la diversité culturelle étant donné l'homogénéité sociale de leur échantillon, mais ils s'efforcent de préciser la différence entre désengagement masculin et féminin. (Caradec, V. 2008, p89.)

D'après cette théorie de désengagement on trouve que, le désengagement réciproque de la personne âgée et de la société qui veut dire que les personnes âgées s'intéressent moins à la société et la société s'intéresse moins à elle ne lui donne pas de jouer un rôle précis. Le désengagement psychologique qui est caractérisé par un désengagement affectif et émotionnel de la personne envers les objets et envers le monde et envers les personnes de son entourage et par l'augmentation de la préoccupation de lui-même.

4. Les différentes approches de vieillissement :

Ces différentes approches consistent à étudier les différents fonctionnements relatifs au vieillissement et les caractéristiques différentielles liées à l'avance en l'âge.

4.1. L'approche globale du vieillissement :

Les approches globales du vieillissement visent à décrire les ou les facteurs généraux qui permettraient d'expliquer dans sa globalité le déclin cognitif de la personne âgée, ces approches sont essentiellement fondées sur un changement avec l'âge des ressources cognitives du sujet. Les recherches menées dans une perspective globale décrivent en quoi les limites du système de traitement de la personne âgée – capacités de mémoire de travail, mécanismes d'inhibition et vitesse de traitement – contraignent le fonctionnement cognitif de la personne âgée. Cette approche s'intéresse à décrire le fonctionnement

cognitif de la personne âgée, et explique des dysfonctionnements cognitifs observés dans le vieillissement et le ralentissement cognitif associé au vieillissement, et aussi étudie les variabilités des performances avec l'âge (Denis, et Arielle, S, 2000, p75.).

4.2. Approche sociale de l'avance en âge :

Cette approche vise à étudier la personne âgée dans sa globalité sociale. Elle a considéré que le cycle de vie est une image statique de sociétés figées et les parcours de vie sont vécus par des individus à une époque et dans un lieu donnés.

La vision positiviste assigne au « vieillissement » social une succession de changements négatifs concernant les différents rôles, les revenus, les relations sociales, la santé. Ce sont, dans le domaine familial : le fait d'avoir à s'occuper d'un vieux parent âgé, la perte du conjoint, dans le domaine professionnel : la chute des revenus. En ce qui concerne les relations sociales, ce sont successivement : le départ des enfants, le veuvage et la disparition progressive des proches du même âge pouvant conduire à l'isolement. En matière de santé, ce sont : l'apparition des maladies dégénératives liées à l'avancée en âge qui peuvent être source d'incapacités à l'origine de difficultés pour se suffire à soi-même. Isolement et handicap peuvent conduire à l'entrée en institution.

Cette vision qui naturalise les parcours de vie sont en effet les expériences personnelles du processus social collectif de l'avance en âge.

5. Les effets de vieillissement :

5.1 Effets du vieillissement sur l'appareil respiratoire :

La diminution de la compliance pulmonaire, de la compliance thoracique et la réduction de volume des muscles respiratoires rendent compte de la réduction de la capacité ventilatoire au cours du vieillissement, on constate une augmentation du volume aérien non mobilisable en fin d'expiration et une réduction du calibre des bronches distales qui diminue les débits expiratoires.

5.2. Effet du vieillissement sur l'appareil digestif :

Le vieillissement entraîne des modifications de l'appareil bucco-dentaire une diminution du flux salivaire, une diminution de la sécrétion acide des cellules pariétales gastriques est une hypochlorhydrie gastrique. Par ailleurs le temps de transit intestinal est ralenti chez le sujet âgé par diminution du péristaltisme, la fonction pancréatique exocrine n'est que modérément altérée, le vieillissement est associé à une diminution de la masse et du débit hépatiques ; la diminution de la clairance métabolique, en résultant peut-être diminuée pour certains médicaments. Des artérielle, la

diminution de la compliance artérielle en résultant rend compte de l'augmentation des valeurs de la pression artérielle systolique avec l'âge.

5.3. Effet du vieillissement sur l'appareil locomoteur :

Le vieillissement du muscle squelettique se traduit au plan histologique par une diminution de la densité en fibres musculaires (principalement de typés) Au plan anatomique par une réduction de la masse musculaire (sarcopénie) et au plan fonctionnel par une diminution de force musculaire, le vieillissement osseux se caractérise par la réduction de la densité minérale osseuse ou ostéogénie et par la diminution de la résistance mécanique de l'os.

Le vieillissement de cartilage articulaire : se caractérise essentiellement par la diminution de son contenu en eau, la réduction de nombre de chondrocytes et la modification de sa composition en glycosaminoglycannes.

5.4. Effets du vieillissement sur l'appareil urinaire :

Au cours du vieillissement, il se produit une perte du nombre de néphrons fonctionnels (variable d'un individu à l'autre) induisant une des artérielle, la diminution de la compliance artérielle en résultant rend compte de l'augmentation des valeurs de la pression artérielle systolique avec l'âge.

5.5. Effets du vieillissement sur l'appareil respiratoire :

La diminution de la compliance pulmonaire, de la compliance thoracique et la réduction de volume des muscles respiratoires rendent compte de la réduction de la capacité ventilatoire au cours du vieillissement, on constate une augmentation du volume aérien non mobilisable en fin d'expiratoire et une réduction du calibre des bronches distales qui diminue les débits expiratoire.

6. Le vieillissement et ces relations sociales et familiales :

La période de vieillissement se caractérise par plusieurs événements et des changements dans ces relations. Au plan social, familial, professionnel et personnel.

6.1. La dépendance :

La dépendance ne se limite plus aux seuls besoins d'aide pour les activités de la vie courante. C'est l'état d'une personne qui nécessite l'action de tiers pour atteindre les buts qu'elle s'est fixés. Il existe plusieurs domaines de dépendance : économique, physique, émotionnelle, ou psychologique et sociale. Chacune est relation avec les autres. La dépendance doit être évaluée dans un contexte général. On examine la situation d'ensemble de la personne ayant une réduction de performances dans

l'accomplissement de ses activités quotidiennes : état fonctionnel dans les domaines physique (vision, audition, déplacement, etc.) mental (capacités intellectuelles) et psychologique (humeur, bien-être) ; état de l'environnement physique (logement, habitat) et social, niveau des ressources économiques ; existence de maladies. (Henrard, J. 2002, p 142.).

6.2. La retraite :

Le contrat social, après la seconde guerre mondiale, a fait de la retraite la coïncidence entre trois points : la fin de la vie professionnelle, l'obtention d'une pension, l'incapacité de travailler liée à l'âge. Cette retraite avait une courte durée, étant donné la durée de vie de l'époque et l'âge tardif de la fin de vie professionnelle. (Henrard, J. 2002, p192.).

A partir de cette vision de J-C Henrard, parmi les phénomènes qui peuvent être interprétés comme un signe de vieillissement, la mise à la retraite peut être considérée comme un cap difficile à franchir même si elle permet d'accéder à un repos. Au plan psychologique la retraite entraîne le plus une inquiétude et un déséquilibre il s'agit d'une perte brutale d'identité et d'un changement de statut sociale

6.3. La baisse de sociabilité :

Le grand âge se caractérise par un grand isolement. Isolement domestique, tout d'abord : la probabilité d'avoir perdu son conjoint, plus forte pour les femmes que pour les hommes. La solitude est d'un autre ordre que l'isolement, renvoyant non pas à l'absence ou à la faiblesse des relations sociales, mais à un sentiment d'abandon. Certaines personnes bien entourées en souffrent, notamment après le décès de leur conjoint, alors que d'autres, assez isolées, la ressentent moins fortement car elles ont réduit leurs exigences en matière de sociabilité. (Caradec, V.2008, p75.).

Cependant, la grande vieillesse se caractérise par le vide relationnel et affectif, la famille, considérée comme un effet très présente, ces relations avec les enfants et avec les frères et sœurs,

7. Les personnes âgées vivant en institution :

Environ 5% des personnes âgées sont accueillies dans des établissements d'hébergement et de soins de longue durée, cette proportion augmente avec l'avance 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 demandes des personnes âgées, certes, le caractère bureaucratique et totalisant de la prise en charge est loin d'avoir disparu, l'apparence de mort sociale des pensionnaires est encore présente dans de nombreuses structures, mais les conditions de

confort se sont grandement amélioré, des efforts sont faits dans la nombreuse maison de retraite pour laisser plus de liberté aux résidant. (Henrard, J.2002, p132.).

Des études plus, récentes ont proposé une vision assez différente, celle-ci s'explique d'abord par les transformations qu'ont connues les structures d'hébergement pour personne âgées : souci d'humanisation; valorisation de l'autonomie et octroi de droits aux résidants ; création de chambres individuelles, mais elle tient aussi à un changement de regard : ces travaux adoptent une perspective ,soucieuse de comprendre comment les résidants donnent sens à leur existence, de quelle manière ils composent avec l'institution. Cette approche met ainsi au premier plan des aspects qui étaient auparavant laissés dans l'ombre, la diversité des réaction à l'entrée en établissement qui renvoie a la pluralité des trajectoires antérieures; les difficultés rencontrées au domicile, qui conduisent certains à porter un regard positif sur leur existence présente ; le faite que l'installation en hébergement collectif peut diminuer le sentiment de dépendance a l'égard des proches lorsque ceux –ci assuraient une lourde de prise en charge, la capacité de certains résidants à réorganiser leur existence et a trouver des occupation, en utilisant parfois les ressources offertes par l'institution.(Caradec,V.2008,p80.)

En fin la personne âge d'entre en institution ce sont la des conséquences de la mise en situation de dépendance qui ce produit dans ces institution et aussi sont des personne âgées qui privés des leur activité antérieures les personnes sont de façon général de plus en plus âgées, dépendantes et démentes, mais certaines choisissent d'y entrer pour être déchargée de leur tache domestiques ou pour diminuer leur sentiment de dépendance a l'égard de leur proches.

La conclusion :

Le vieillissement est le phénomène biologique le plu complexe, qui ce caractérise par une diminution des capacités fonctionnelle, physique et psychologique et par la apparition multiforme, fait d'un de modification internes au sein de l'organisme. Le phénomène de vieillissement est influencé par les transformations des conditions de vie qui ont à certains humains de devenir des vieillards.

La partie Pratique

chapitre IV

Méthodologie de la recherche

Préambule :

Pour effectuer notre travail de recherche nous avons suivis une méthodologie bien déterminé, selon certains principes, certains règles et certains ordre. A fin de mener notre recherche sur la dépression et le soutien social chez les personnes âgés nous avons choisi d'appliquer l'entretien cliniques et l'usage des tests.

Dans notre recherche on s'est basé sur la méthode descriptive qui permet d'étudier et d'analyser et surtout d'observer notre population de recherche.

Pour la réalisation de la pré-enquête nous avons présenté notre guide de l'entretien et les deux autres outils l'inventaire de dépression de Beck et le questionnaire de soutien social perçu (QSSP) à la psychologue de foyer qui nous avons orienté.

Tout d'abord on a essayé le Questionnaire de QSSP et l'inventaire de Beck avec trois personne âgées de 60ans et 65ans et 67ans pour le but de savoir son efficacité avec l'échantillon de recherche que on à choisie.

Durant la pré-enquête nous n'avons pas rencontré des difficultés pendant la passation des deux outils, la seul difficulté que nous avons trouvé c'est dans le cadre psychologique on n'a pas trouvé le milieu favorable qui nous permet de bien réalisé notre passation dans des bonnes conditions.

La pré-enquête :

Avant de commencer notre travail de recherche, nous avons rencontré la psychologue de foyer pour personnes âgées et /handicape de Bejaia, qui nous avons fait le premier contact avec les personnes âgées et avec qui nous avons la possibilité de travaillé.

Premièrement on à exécuter des entretiens au hasard avec un grand nombre des personnes âgée .Nous avons essayé l'entretien semi directif, et d'après cela nous avons sélectionné les personnes avec qui nous pouvons travailler, ensuite nous avons essayé les deux outille : l'échelle de Beck (BDI II) et l'échelle de soutien social (QSSP). Après ses essaye nous avons constaté que l'échelle de Beck et efficace pour notre recherche mais l'échelle de soutien social il n'est pas efficace donc on la remplacer par une autre échelle de soutien social qui est l'échelle de soutien social perçu (SSQ6).

Les résultats que on a obtenu nous a confirmé que ces test sont efficace pour effectue notre recherche.

1. Méthode utilisée :

1.1. La méthode clinique :

Pour s'accomplir et réaliser notre étude de recherche on a optés la méthode clinique descriptive, elle est en plein adéquation avec la nature de notre recherche.

La méthode clinique définie selon Roger Perron comme « une discipline de l'individuel, elle recherche à établir les conditions de la rencontre d'un sujet par le psychologue, clinicien » (Perron, 1969, p. 38.).

Pour Daniel Lagache : « envisager une conduite dans sa perspective propre, relever aussi fidèlement que possible les manières d'être et de réagir d'un être humain concret et complet aux prises avec une situation, chercher à en établir le sens, la structure et genèse, déceler les conflits qui la motivent et les démarches qui tendent à résoudre ces conflits ». (Maquet. J, 2011, p5).

La méthode clinique est utilisée dans le domaine pratique de la psychologie, c'est un ensemble de techniques qui ont pour but de produire des informations sur la personne, le psychologue ici doit s'intéresser sur le sujet lui même.

La méthode clinique pourrait comporter deux niveaux complémentaires : le premier correspond au recours à des techniques (tests, échelles, entretiens,) alors que le second niveau se définit par l'étude approfondie et exhaustive du cas. (Pardinielli. JL, 2006, p32-33).

Dans notre recherche on tente de décrire le plus précisément possible le phénomène de la dépression et évaluer la disponibilité et la satisfaction par rapport au soutien social perçu chez les personnes âgées, et le travail liée a cette pathologie. On a choisi cette méthode, puisque notre étude vise à décrire et analyser, donc elle semble la plus pertinente.

Et tout cela se fait par l'intermédiaire de ce qui est appelée « l'étude de cas » qui se définit en psychologie comme suit :

1.2. L'étude de cas :

Elle consiste en une observation approfondie d'un individu ou d'un groupe d'individus. L'étude de cas est naturellement au cœur de la méthodologie clinique et les cliniciens y font souvent référence. C'est une méthode pratiquée déjà par les premiers psychopathologues comme Freud ou Janet pour

décrire les névroses et illustrer des hypothèses théoriques. Elle a été également pratiquée en médecine pour décrire des maladies et leur évolution.

Le clinicien tente de décrire le plus précisément possible le problème actuel d'un sujet en tenant compte de ses différentes circonstances de survenue actuelles et passées (histoire du sujet, organisation de la personnalité, relations avec autrui, mécanismes de défense, etc.).

Pour cela, il rassemble un grand nombre de données issues des entretiens avec le sujet mais. Également d'autres sources, bilans d'examens psychologiques, témoignages des proches et des soignants. L'étude de cas ne s'intéresse pas seulement aux aspects sémiologique mais tente de resituer le problème d'un sujet dans un contexte de vie ou sont pris en compte différents niveaux d'observation et de compréhension : organisation de la personnalité, relations avec l'environnement et avec l'entourage, événement présents et passés. De l'ensemble de ces données descriptives, le clinicien essaie de suggérer des hypothèses sur l'origine de la conduite ; celles-ci étant multiples, il essaiera de focaliser l'analyse sur un ensemble réduit de facteurs ayant probablement entraîné la situation problématique. (Chahraoui.KH, Bénony. H, 2003, p 125,126).

2. le groupe d'étude de la recherche et ses caractéristiques :

On à sélectionné (05) personnes âgées entre 60ans et 84ans des deux sexes trois femmes Et deux hommes, vivant dans le foyer pour personne âgées et d'une manière volontaire selon les critères d'inclusion de group d'étude.

2.1. Critères d'inclusion de groupe d'étude :

Nous avons précisé un groupe d'étude selon les critères suivant :

- **l'âge** : tout les cas sont des personne âgés leur âges c'est entre 60 à 84ans.
- **leur situation familial** : on a Troie cas sont des personnes divorcé et deux cas sont des Personnes mariés, et la majorité des cas ce sont des « père ou mère ».
- **La santé** : tout les cas sont des personnes ayant pas ni maladie grave, ni troubles psychologique grave.
- **Niveaux économique** : tout les cas sont des personnes de niveaux économiques moyens.

2.2. Tableau N 02 : caractéristique de group d'étude :

	M ^{me} Djohra	M ^{me} Farida	M ^{er} Salim	M ^{me} Malika	M ^{er} Rabah
L'âge	84ans	60ans	70ans	65ans	68ans
La famille	divorcé	marie	marie	divorcé	divorcé
La santé	diabétique	Elle n'a pas une maladie chronique	Il n'a pas une maladie chronique	Elle n'a pas une maladie chronique	Il n'a pas une maladie chronique

Commentaire :

On a 05 cas qui sont de sexe masculin et féminin d'âge varié entre « 60 » et « 84 », par rapport a leurs situation familial on a Troie cas sont des personnes divorcé et deux cas sont des Personnes mariés et pour leurs santé tout les cas ayant pas des maladies chronique a par madame Malika qui a une maladie chronique.

3. les outils de la recherche :

Pour réalisé notre études sur « la dépression et le soutien social chez les personne âgées »

Placé dans un foyer on a utilisé les outils suivants :

- L'entretien semi –directif.
- L'inventaire de dépression de Beck.
- L'échelle de soutien social perçu(SSQ6).

3.1. L'entretien clinique :**• Définition de l'entretien clinique :**

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 sociales ; il représente un outil indispensable et irremplaçable pour avoir accès aux informations subjectives des individus : biographie, événements vécus, représentation, 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'intervention du psychologue clinicien qui intéressent généralement le domaine des soins et a 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, Bénony.H, 2003, p141).

Pour Bénony, L'entretien clinique est le paradigme même du travail du psychologue clinicien, il fait partie de la méthode clinique, qui comprend : Une clinique « à mains nues » (l'observation et l'entretien) et une clinique, instrumentale, (tests projectifs, échelles cliniques....). (Bénony.H.1999.P.12.).

Comme nous avons utilisé dans notre recherche l'entretien clinique semi-directif nous allons donner un bref aperçu sur ce dernier.

3.1.1. L'entretien clinique semi-directif :

L'entretien semi directif est un texte associé à un grand guide d'entretien qui se compose des axes et son objectif les renseignements personnels, notre guide d'entretien est composé de 3 axes ,chaque axe est constitué de questions principales en relation direct avec notre recherche et d'autres secondaire posées pour recueillir plus d'information possible sur la dépression et le soutien social chez notre population d'étude , les questions sont posées en longue française et kabyle pour assurer la compréhension de celles-ci :

Le chercheur dispose ici 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'associations. Comme dans l'entretien non directif, le chercheur pose une question puis laisse le sujet associer sur le thème proposé sans l'interrompre. L'aspect spontané des associations est moins présent dans ce type d'entretien dans la mesure où le clinicien chercheur propose un cadre et une trame qui permet au sujet de dérouler son récit. (Chahraoui, KH, et Bénony, H, 2003, p143.).

Pour Bénony.H, dans ce type d'entretien le clinicien dispose d'un guide d'entretien ; il a en tête quelques questions qui correspondent à des thèmes sur lesquels il se propose de mener son investigation. De même dans ce type d'entretien, le clinicien pose une question puis s'efface pour laisser parler le sujet, ce qui est proposé est avant tout une trame à partir de laquelle le sujet va pouvoir dérouler son discours. (Bénony.H, 1999, p16.).

3.2. L'échelle de Beck (BDI) :

Le deuxième outil qu'on a utilisé pour compléter le recueil des données auprès de nos cas. C'est le questionnaire de la dépression le plus utilisé dans la population.

La consigne :

Il y a plusieurs modèles de consignes que le psychologue adapte dans leur pratique, 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 senti au cours des deux dernières semaines. Encercler alors le chiffre placé devant l'énoncé que vous avez choisi, si dans un groupe d'énoncés, vous en retrouvez plusieurs qui semblent décrire également bien ce que vous avez ressenti, choisissez celui qui a le chiffre le plus élevé et encercler 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).

-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 possédant une bonne expérience clinique devraient l'interpréter. (Aaron, A. Beck, Robert, A. et al, 1996, p6).

Tableau N° 1 : les notes seuils au BDI-II

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

3.3. L'échelle de soutien social perçu :

3.3.1. Aperçu historique sur l'échelle :

Il existe de nombreuses échelles mesurant le soutien social perçu et notamment la disponibilité et la satisfaction. La plus utilisée est le SSQ (social, support, questionnaire.) de (Sarason et al.1983). Ces auteurs se sont inspirés par l'origine de la théorie de l'attachement de Bowlby, en associant la notion de soutien social et les besoins fondamentaux : besoin de proximité avec la mère, puis besoin d'une relation privilégiée avec un autre significatif.

Plusieurs versions du SSQ existent dans une version longue à 27 items et une version courte à 6 items seulement, le SSQ6. Elles permettent de recueillir des informations de façon très simple et économique sur quelle personne un individu compte il pour l'aider d'une chacune de six situations décrites (cité de 1 à 9 personnes au maximum), quel degré de satisfaction ressent-il vis-à-vis de ce soutien (de 1 ; très insatisfait, à 6 très satisfait).

Dans le SSQ6 ; on calcule ainsi un score total de disponibilité (de 0 à 54) et un score total de satisfaction (de 6 à 36). La version française du SSQ6 est présentée dans le tableau 5.5.

SARASON I.G., Levine, H.M., Basham, R.B., & Sarason, B.R. (1983). Assessing social support ; The social support questionnaire. » *Journal of Personality & social psychology* », N°44(1)

Les auteurs du SSQ ont mené diverses études établissant son excellente validité de construit ; l'outil mesure soit la disponibilité et la satisfaction, soit un facteur général de soutien social perçu ; ce score total de soutien est associé à de bonnes compétences sociales, à l'estime de soi et à des scores faibles de dépression.

La fidélité test-retest ainsi que l'homogénéité du SSQ6 sont très satisfaisantes. De nombreuses études établiront par la suite que ces biens de soutien social perçu qui est l'aspect de soutien le plus prédictif vis-à-vis de divers critères d'ajustements, dans le bien être de la santé, nous avons introduit le SSQ6 et validé cette adaptation française sur un échantillon de 348 adultes français et deux sexes.

Grâce à une analyse en composantes principales suivie de rotations obliques, deux composantes de soutien social perçu ont été identifiées chez les hommes comme chez les femmes ; la disponibilité (qui rend compte de 31.62 % de la variance totale) et la satisfaction (25.10% de la variance total). La fidélité test retest et la consistance interne de deux échelles sont très satisfaisante comme dans les travaux de Sarason et de ses collègues, la disponibilité s'avère positivement associée avec

extraversion et avec la stratégie de recherche de soutien social et la satisfaction est négativement associée à diverses mesures d'affection négative (anxiété, névrosisme, pessimisme...etc.) et au coping centré sur l'émotion.

L'administration :

Après les remarques et les informations nécessaires à fournir au sujet pour établir un bon contact, l'examineur lui remet la feuille de test et lui demande de la remplir en suivant la consigne inscrite sur la feuille de test « les questions suivantes concernent les personnes de votre environnement qui vous procurent une aide ou un soutien. chaque question est en deux parties ; dans un premier temps, énumérez toutes les personnes (à l'exception de vous-même) en qui vous pouvez compter pour une aide ou un soutien dans la situation décrite. donnez les initiales de la personne et le lien que vous avez avec elle (voir exemple). A chaque numéro doit correspondre une seule personne. dans un second temps, entourez la réponse correspondant à votre degré de satisfaction par rapport au soutien obtenu. si pour une question, vous ne recevez pas de soutien, utilisez le terme (aucune personne) par question. S'il vous plaît, répondez de votre mieux à toutes les questions. »

L'examineur confirmera verbalement la nécessité d'être aussi sincère que possible et réaffirmera le caractère confidentiel des résultats. il doit être appelé que les réponses demandées doivent être spontanées. l'administration de ce test est établie dans une durée de 5 minutes environ.

Cotation :

C'est le questionnaire de soutien social le plus utilisé car il permet de recueillir des informations de façon très simple et économique sur quelles personnes un individu compte pour l'aider dans chacun des six situations décrites (de 1 à 9 personnes au maximum) et quel degré de satisfaction ressent-il vis-à-vis de ce soutien (1=très insatisfait, 2=insatisfait, 3=plutôt insatisfait, 4=plutôt satisfait, 5=satisfait, 6=très satisfait). on effectue alors la somme des scores obtenus aux six items du facteur satisfaction (cotés de 1 à 6), pour constituer le score de satisfaction vis-à-vis du soutien reçu (variant de 5 à 36). un score élevé indique un fort degré de satisfaction.

De même, la somme des scores obtenus aux six items du facteur perception de disponibilité (cotés de 0 à 9) représente un score de disponibilité du réseau social (variant de 0 à 54). un score élevé indique un réseau social perçu comme important.

4. le déroulement de la recherche :

Apris la réalisation de notre pré-enquête qui s'est effectuée au niveau de foyer pour personnes âgées et/ou handicapées de Bejaia, on a fait la première rencontre avec la psychologue de foyer, ensuite on a commencé notre entretien avec les personnes que nous avons choisies, à l'aide de leur dossier médical. Pendant le déroulement de notre recherche on n'a pas trouvé de difficultés ni avec les patients ni avec les travailleurs de service. La seule difficulté que nous avons rencontrée c'est le cadre du travail où nous avons exercé l'entretien avec M^{ef} Rabah au niveau de la salle de réception et même dans les chambres avec Farida et Malika ainsi que dans la terrasse. Dans le déroulement de notre travail de recherche nous sommes basés sur un consentement libre et éclairé, nous insistons à chaque fois sur le caractère professionnel. Notre entretien a duré avec chaque patient 36 minutes, ils ont répondu facilement même avec plaisir à toutes les questions de l'entretien et l'échelle. Nous avons posé les questions de l'entretien et les échelles dans la langue maternelle (kabyle), sauf avec Rabah et Salim, nous avons utilisé avec eux l'auto-questionnaire parce qu'ils maîtrisent la langue française, ils ont préféré d'utiliser cette méthode.

5. durée et lieu de la recherche :

Afin de pouvoir réaliser notre pré-enquête, nous avons effectué notre stage au sein du foyer pour personnes âgées et/ou handicapées de Bejaia (FPAH) qui se situe à SIDI OUALI, plus exactement à la cité BELLIL, son emplacement géographique privilégié au pied de la montagne de « Gourara », offre aux résidents une vue panoramique qui donne sur la mer. S'il est le seul de ce genre au niveau de la wilaya.

Le FPAH de Bejaia créé par décret exécutif N01-53 de 12 février 2001, a ouvert ses portes le 27 Avril 2003 à l'occasion de la journée nationale des personnes âgées.

Ce foyer accueille les personnes âgées de plus de 65 ans, sans soutien ni ressources financières, il accueille également les personnes handicapées moteurs âgés de plus de 15 ans sans soutien familial ni ressource, est reconnu inapte au travail et à une rééducation fonctionnelle.

Ce foyer a une capacité d'accueil de plus de 100 pensionnaires, l'établissement dispose de 82 lits répartis sur 56 chambres, on y trouve deux personnes par chambre il y a 30 chambres à 01 lit et 26 chambres à 02 lits et 04 sanitaires.

Il existe au foyer deux services, le service administration et financier ayant pour tâche la gestion de la carrière du personnel et l'élaboration et l'exécution du budget de l'établissement et la maintenance et équipement des différents services.

Le service médico-psychopédagogique, comprendre deux section : Une section médicale composée d'un médecin généraliste et d'une infirmière qui assurent la prise en charge de médicale de pensionnaire. et le psychopédagogique elle composée du psychologue clinicien, de l'assistante sociale, des éducateurs.

Le foyer offre aux résidents un espace paisible et confortable, qui respecte leur autonomie et leur liberté, ils permettent d'évaluer les difficultés de chaque pensionnaire à partir de tracer un programme d'activités d'animation et de loisirs répondant aux besoins des pensionnaires.

Le rôle de psychologue au sein de foyer c'est pour écouter et orienter et aider la personne âgée à dépasser leur souffrances et à accepter sa vieillesse et son nouveau environnement.

Conclusion du chapitre :

Ce chapitre méthodologie, nous a servi pour une bonne organisation de notre travail, elle Comporter tout les étapes que nous avons suivie pour la réalisation de notre recherche, et indiquer la méthode utilisé, les outils de la recherche, et la démarche à suivre pour la collecte des données sur notre groupe de recherche.

La méthode que on a utilisé, nous a beaucoup aidé dans notre travail et nous a permet d'obtenir des résultats fiable a fin de confirmé ou infirmé nos hypothèses formulées au début de la recherche..

Chpitre V

presentation, analyse, et discussion des hypotheses

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 « Farida » :

1.1.1. Présentation du cas de M^{me} « Farida » :

Madame Farida est une femme âgée de 60 ans, mariés avec Troie fille et un seul garçon C'est une femme analphabète qui n'a aucune revenue. Elle est au centre depuis 5 ans.

1.1.2. Analyse de l'entretien de cas de M^{me} « Farida » :

Pendant notre entretien avec M^{me} « Farida » le contacte été très difficile ou elle s'est présenté difficilement et elle accepte de nous parler Qu'après plusieurs tentatives. Au début on a observé que madame « Farida » c'est une femme avec des yeux pleine De tristesse, ce qui et exprimé et manifesté par des larmes aux yeux, surtout quand elle Parle de sa famille, elle dit « hezenagh koul eleweketh Asma atekhmimegh fewarawiw ». « Je suis tout le temps triste surtout quand je pense a mes enfants ».

Ce que on a remarqué chez M^{me} « Farida » c'est que elle évite de parlé sur sa relation avec son mari, Si juste elle dit « ousan imeneza argaziw yela yelha di dhi nek de warawiw,m3ena bedelenet we khamenesen eranet itesse echerab yerna iw3er, nekki outhetloumoghara akhater ouryemirz dacho adhikhedm »« au début de notre relation conjugal mon mari il était bien avec moi et avec Mes enfant mais si sa famille qui la rendu alcoolique et dur, moi je le juge pas pacque il ne Peut rien faire ».

Notre patiente pour éviter de pensé a ca tristesse profonde elle a essayé de sublimer son Angoisse a trévère les activités quelle métrise, elle dit « bâche adetoughe elehemiw Sedhaweghe imaniw zedeghe itrikouwane ». « Pour oublié mes problèmes je m'occupe moi même De faire la broderie des tricots ».et elle dit aussi « khedemagh isseferra » « je fais des poèmes ».

Concernant ses relation avec sa famille nous avons constaté que madame « Farida » présente le Sentiment d'abondance par sa famille elle dit : « ayethema ouyet3awanenara ghase ayan yetheran yidhi », « mes frères ne m'aident pas malgré quelque se soie qu'il m'arrive ». Elle présente un autre signe dépressif qui est la culpabilité, elle nous raconte :

« Oulighara bekhir akhater tehassabegh imaniw bezef imi egighe arawiw ghas zedenigh el beghiw » « je ne suis pas bien car je me juge trop à cause que j’ai laissé mes enfant malgré que si plus fort que moi » .

Par rapport a sa santé elle ne présente aucune maladie ni de changement de son appétit car elle Mange toujours bien mais le seul problème elle souffre de trouble de sommeil d’après se que Elle dit: « ouganeghara chasse eyenagh tedekhewaleghed bezef ne tikewal ». «Je ne dors pas même je dorme je m’éveille plusieurs foie ».

On a observé chez M^{me} « Farida » que elle est optimiste à l’avenir d’après Quesque elle dit « ghas ayan iyiteran akithe bessah oumenagh anidha adeyasse wasse adekelagh ghe warawiw ». « Malgré tout ce qui se passe avec moi mais je croie toujours que il viendras le jours ou je rejoindra mes enfant ».

A la fin de l’entretien, Mme « Farida » n’a qu’un seul souhait c’est de rentré chez elle et de Rejoindre ses enfants.

1.2. Présentation et analyse des résultats de (BDI II) du cas de M^{me} « Farida » :

1.2.1. La présentation des résultats de (BDI II) du cas de M^{me} « Farida » :

	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	39									
Le degré de dépression	Dépression sévère									

1.2.3. L’analyse des résultats de BDI II de cas de M^{me} « Farida » :

Ce qu’on a remarqué d’après les résultats de test de notre cas, que M^{me} « Farida » elle présente presque tous les signes de la dépression .que l’on à essayer de confirmé a travers la passation de notre test de Beck qui es BDI II dont nous avons obtenu des réponses concernant ses différents items, le score total de notre cas c’est 39 points qui correspond a une dépression sévère

Pendant la passation du l’échelle, M^{me} « Farida » à commencer de nous parlé de son passé familial avec grand douleurs et souffrance, le passé pour elle était un échec total, que l’on retrouve dans l’item III N°2 « quand je pense à mon passé, je constate un grand nombre d’échec », bien que dans les items V N°3 renvoie au sentiment de culpabilité et l’item XI N°3 qui renvoie au sentiment d’être puni ,elle dit « j’ai le sentiment d’être puni » et l’item VII N°2 « je suis déçu par moi même » et item VIII N°3 elle répond « je me rapproche tous les malheurs qui arrivent » elle poursuit « si moi qui à compliqué ma vie ,parce que j’ai quitter mes enfant », et elle se lance des critique envers elle même et elle dit « c’est a cause de mes faiblesse que j’ai échoué dans ma vie car j’ai pas supporté la misère ».

Pour son sommeil elle nous dit « je me réveille en plein nuit et je m’endormis difficilement » dans l’item XVI N°3b « je me réveille une ou deux heurs plus tôt et je suis incapable de me rendormir »elle rajoute « je ne dors pas bien la nuit, quand je me réveille je pense directement a mes enfant ».

Nous avons lui demandé si elle a toujours d'intérêt pour le sexe, elle nous à répondu par l'infirmité, on disant dans l'item XXI N°3 « j'ai perdu tout intérêt pour le sexe » elle poursuit j'ai des problèmes avec mon mari a propos de ca je le refuse a chaque foie ».

Nous avons fini notre test par concluez que M^{me} « Farida » elle souffre d'une dépression sévère qui renvoie a son vécu triste et malheureux dans le passé » mais malgré son degré de dépression notre patiente elle garde toujours au profond de son cœur un espoir pour l'avenir.

1.3. Analyse de l'échelle de soutien social perçu :

1.3.1. Tableau N° 01: les résultats de l'échelle de SSP (cas 01)

	1	2	3	4	5	6	total	Total %
disponibilité	2	2	3	2	1	2	12	22.22
satisfaction	4	1	4	2	2	1	14	38.88

Le temps de la passation de l'échelle avec à durée **04** minutes pour le remplir.

La lecture des résultats, de l'échelle affirme un niveau bas de perception de la disponibilité de certaines personnes de l'entourage comme susceptibles de fournir une aide en cas de besoin avec un scores de 12/54 et de pourcentage de 22.22 .et pour les résultats de la satisfaction vis ç vis du soutien perçu indiquent un niveau bas avec un résultat de 14/36 et de pourcentage de 38. 88%.

Synthèse de cas de M^{me} « Farida » :

Selon les résultats de l'entretien clinique et les deux échelles, de Beck et l'échelle de soutien social « SSP » nous avons constaté que M^{me} « Farida » souffre d'une dépression sévère et d'un niveau bas de soutien social.

2.1. Présentation et analyse des résultats du cas M^{me} « djohra » :

2.1.1. Présentation du cas de M^{me} « djohra » :

Madame « djohra » est une femme âgé de 84 ans, veuf, mère d'un garçon, elle s'est remariée une deuxième foie et a fini a divorcé, c'est une femme sans niveau d'instruction.

2.1.2. Analyse de l'entretien de cas de M^{me} « djohra » :

Lors de l'entretien M^{me} « dj » nous as apparu très méfiante malgré son envie profond de parlé avec nous, elle se plaignait tous le temps de sa situation surtout de son vécu, elle dit « asmi

izewejagh abridh wissine emi ouribeghara », « quand je me suis remarié un deuxième fois mon fils ne voulais pas (si pour ca maintenant il ne veut pas me prendre en charge ». Elle est hébergée depuis 5 ans. Elle ne se sent jamais bien elle a tous le temps male, elle dit « s3ighe bezef en lehelakathe, teterughe kan, housaghe leghebina goliw », « j'ai beaucoup de maladie, je pleur tout le temps, je ressens une profond tristesse ».

Pour son sommeil elle dit « ouganeghara aken ilak elehal », « je ne dors pas bien »

Et pour son appétée elle mange bien « tetegh aken ilake elehal », « je mange bien comme il faut ».

Le coté relationnel de M^{me} « dj » n'aime pas les autres résident et les personnels, elle dit « oufighara imaniw dayi, yewen ouyit3iwin », « je me retrouve pas ici, personne ne m'aide ».

A la fin madame « dj » souhait de se retrouvé et vivre dans un milieu familial avec son fils.

2.2. Présentation et analyse des résultats de (BDI II) du cas de M^{me} « djohra » :

2.2.1. La présentation des résultats de (BDI II) du cas de M^{me} « djohra » :

	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	49									
Le degré de dépression	Dépression sévère									

2.2.2. L'analyse des résultats de BDI II de cas de M^{me} « Djohra » :

M^{me} « Djohra » représente un score de 49 points qui marque une dépression sévère qui est interprété par ses choix aux items les plus élevés.

Comme par exemple IN^o3 : « je suis si triste ou si malheureuse, que ce n'est pas supportable » d'après ce qu'elle a dit « je sens tout le temps triste ».

Elle a dit dans les items II, III N^o2 : « je ne m'attends pas à ce que les choses s'arrangent pour moi », « quand je pense à mon passé, je constate un grand nombre d'échec » et elle dit à propos « je ne pense jamais à mon avenir, et je n'attends pas que les choses s'arrangent »

Sa réponse à l'item IV N^o : « je n'éprouve aucun plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement » et ce qui renvoie au sentiment de culpabilité elle dit « j'ai carrément raté ma vie » dans l'item VN^o3 : « je me sens tout le temps coupable » par rapport à son sentiment de culpabilité, elle rajoute « j'ai l'impression d'être puni pour tout ce que j'ai raté au passé » qui est exprimé dans l'item VI N^o3 : « j'ai le sentiment d'être puni » procurer chez elle un sentiment de perte de confiance en soi dans sa vie.

Dans son choix aux items XII N^o3 « je ne m'aime pas de tout » et VIII N^o1 « je suis plus critiqué envers moi-même que je ne l'étais » elle dit à propos « je n'arrête pas de pleurer, quand je pense à mon passé », ce qui l'a rendu très fragile et très sensible par rapport à sa réponse à l'item XVII N^o2 : « je suis beaucoup plus irritable que d'habitude ».

Sa réponse à l'item XVI N°3b : « je me réveille une ou deux heures plus tôt et je suis incapable de me rendormir » elle répond que « elle souffre beaucoup pour dormir et elle se réveille a chaque foie », et pour son appétit n'as pas changé par sa réponse a l'item « mon appétit n'as pas changé »

Madame « Djohra » à des difficultés à faire ses taches ce que l'on trouve dans les items XV N°3 : « j'ai trop peu d'énergie pour faire quoi que se soit » et XXN°3 « je suis trop fatigué pour faire la plupart des choses que je faisais avant »

D'après les résultats qu'on a obtenus de l'entretien et le BDI II, nous constatons que notre patiente souffre d'une dépression sévère a cause de l'abondance de son fils et le manque d'un milieu de vie favorable.

2.3. Analyse de l'échelle de soutien social perçu :

2.3.1. Tableau N° 02 : les résultats de l'échelle de SSP (cas 02)

	1	2	3	4	5	6	total	Total %
disponibilité	1	1	0	0	2	1	5	9.25
satisfaction	3	4	1	1	2	2	13	36.11

Le temps de la passation de l'échelle avec à durée **04** minutes pour le remplir.

A travers les résultats obtenus dans l'échelle nous interprétons un niveau très bas de perception de la disponibilité de certaines personnes de l'entourage comme susceptibles de fournir une aide en cas de besoin avec un scores de 5/54 et avec un pourcentage de 9.25% et qui est de résultats de la satisfaction vis-à-vis du soutien obtenu indiquent un niveau bas avec un résultat de 13/36 et de pourcentage de 36.11%.

Synthèse de cas de M^{EM} « Djohra » :

Selon les résultats de l'entretien clinique et les deux échelles, de Beck et de SSP on n'a constaté que M^{me} « Djohra » subi une dépression sévère et un niveau très bas de soutien social.

3.1. Présentation et analyse des résultats du cas de M^{me} « Malika » :

3.1.1. Présentation du cas de M^{me} « Malika » :

M^{me} « Malika » est une femme âgée de 65 ans divorcée, elle n'a aucun enfant son niveau d'instruction elle a le retrait de sa mère et son père, elle est analphabète, elle a huit ans de son entrée au centre, est une femme épileptique elle prend comme médicament Tegritole, gardénil, et athimyle et argagtil.

3.2.1. Analyse de l'entretien du cas de M^{me} « Malika ».

Pendant l'entretien avec M^{me} « Malika » nous avons remarqué qu'elle a des difficultés à s'intégrer dans le foyer, elle s'isole et elle reste la plupart du temps toute seule dans sa chambre.

Lors qu'elle parle de son passé elle exprime avec une grande tristesse et la colère, elle s'exprime avec des larmes et le sommeil elle dit : « ganegh bâche adetugh tikewal tetrough », « je dors pour oublier et je pleure des fois »,

M^{me} « Malika » nous a parlé de ces relations avec les autres résidents elle dit : « j'ai des bonnes relations avec eux mais avec le personnel du foyer je n'ai pas des bonnes relations parce que personne ne s'occupe de nous chaque un ils s'occupe de lui-même, elle dit « col Yéwen eletha dyimaniss ».

Quand on a lui posé la question sur sa relation avec sa famille, elle nous a répondu « ferehaghe Asma adasene ghuri wa yethema », « je serais contente quand mon frère vient me rendre visite » elle rajoute « lam3na heznaghe Asma adrouhen ». « Mais je serais triste lorsque ils partent ».

Les symptômes dépressifs qu'elle présente, on constate le trouble du sommeil, elle dit : « oganghare, becif Bach ayedyas yithes, tkhemimegh felbatel nedounith », « je ne dors pas, difficilement pour m'endormir, parce que je pense trop à l'injustice de la vie » A la fin de l'entretien M^{me} « Malika » n'a que un seul souhait c'est de rejoindre sa famille.

3.2. Présentation et analyse des résultats de (BDI II) du cas de M^{me} « Malika » :

3.2.1. La réésentation des résultats de (BDI II) du cas de M^{me} « Malika » :

	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	49									
Le degré dépression	Dépression sévère									

3.2.2. L’analyse des résultats de BDI II de cas de M^{me} «Malika»:

M^{me} « Malika » représente un score total de 49 points qui correspond à la dépression sévère comme il est indiqué dans le manuelle de BDI II d’après les résultats.

D'après notre observation pendant la passation de notre échelle, on a remarqué que madame « Malika » c'est une femme triste comme aussi elle est pessimiste et ça d'après son choix à l'item I N°2 tristesse « je suis tout le temps triste » et l'item II N°3 « et aussi d'après ce que elle dit « j'ai perdu l'espoir pour la vie »

M^{me} exprime plaintes physique et que elle est fatigué tout le temps ce que a répondu par l'item XX N°1 « je me fatigue plus facilement que d'habitude » elle exprime aussi ses douleurs avec haut voix d'après qu'elle subit plusieurs maladies parmi on trouve l'épilepsie à cause de ses maladies elle perd de l'énergie elle choisit l'item XV N°3 « j'ai trop peu d'énergie pour faire quoi que se soit » elle rajoute aussi « je ne peux rien faire car j'ai plus d'énergie ».

Le point essentiel que on a indiqué que notre patiente elle a des sentiments négatifs et ça si par rapport à ses réponses à l'item VII N°2 « je suis déçu par moi-même » et aussi dans l'item VN°2 sentiment de culpabilité elle dit « je me sens coupable la plus part du temps » et tout ses sentiments négatifs lui font perdre tout son plaisir et son intérêt envers les choses l'item IVN°3 « je n'éprouve aucun plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement » et par rapport aussi à l'item XIV N°3 « ».

Pour sa réponse à ce qui concerne son appétit par l'item « j'ai beaucoup moins d'appétit que d'habitude » elle dit « des fois je ne mange pas de tout » .tellement elle a des troubles de sommeil ou elle prend des médicaments à propos de ça pour dormir comme elle a répondu à l'item XVI N°3b « je me réveille une ou deux heures plus tôt et je suis incapable de me rendormir », et pour l'item XIX N°2 elle dit « j'ai du mal ».

À la fin de notre passation de l'échelle nous avons constaté que madame « Malika » souffre d'une dépression sévère à propos de son triste passé qui lui rend triste et de son envie de suicider par sa cotation à l'item IX N°2 « j'aimerais me suicider ».

3.3. Analyse de l'échelle de soutien social perçu :

3.3.1. Tableau N° 03 : les résultats de l'échelle de SSP (cas 03)

	1	2	3	4	5	6	Total	Total %
disponibilité	2	1	1	2	0	1	7	12.96
satisfaction	4	3	4	2	2	1	16	44.44

Le temps de la passation de l'échelle avec une durée **04** minutes pour le remplir.

En références aux résultats acquis dans l'échelle nous déchiffrons un niveau très bas de perception de la disponibilité de certaines personnes de l'entourage comme susceptibles de fournir une aide en cas de besoin avec un scores de 7/54 avec un pourcentage de 12.96%.

Les résultats de la satisfaction vis-à-vis du soutien obtenu indiquent un niveau bas avec un résultat du 16 /36 avec un pourcentage de 44.44%.

Synthèse de cas de M^{me} « Malika » :

Selon les résultats de l'entretien clinique et l'échelle de la dépression « Beck » et l'échelle de soutien social « SSP » nous avons conclu que M^{me} « Malika » souffre d'une dépression sévère et un niveau très bas de soutien social.

4.1. Présentation et analyse des résultats du cas M^{er} « Salim » :

4.1.1. Présentation du cas de M^{er} « Salim » :

Monsieur « Salim » homme âgé de 70 ans marié et ont 4 enfant, sans profession fixe et aucune retraite, avec un niveau d'instruction est de 9 année.

4.1.2. Analyse de l'entretien de cas de M^{er} « Salim » :

Pendant l'entretien monsieur « Salim » s'est montré calme et coopératif, hébergé depuis deux mois et demi, ne reçoit aucune visite de la part de sa famille car personne ne le sait ou il est, il dit « personne ne sait où je me trouve ».

On a remarqué chez M^{er} « Salim » une profonde tristesse il dit « nebeki, nekhamem bezef 3la Eli fate », « je pleure, je pense beaucoup au passé »

Pour ce qui concerne son sommeil il dit « je ne dors pas bien ça m'arrive de me réveiller en sursaut ».

Pour le côté relationnel M^{er} « Salim » on a remarqué chez lui une envie de s'isoler, on a l'impression que il s'entend avec personne et reste toujours seul il dit « je ne fréquente personne, j'aime bien être solo ».

A la fin de l'entretien monsieur « Salim » nous présente son mécontentement de se trouver dans le foyer, il souhaite de rentrer chez lui et de se retrouver avec sa famille.

4.2. Présentation et analyse des résultats de (BDI II) du cas de M^{er} « Salim » :

4.2.1. La présentation des résultats de (BDI II) du cas de M^{er} « Salim » :

	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	44									
Le degré de dépression	dépression sévère									

4.2.2. L'analyse des résultats de BDI II de cas de M^{er} « Salim » :

Après notre entretien et la passation et la cotation de l'item de l'inventaire M^{er} « Salim » présente un score total de 44 point ce qui correspond à une dépression sévère comme indiqué dans le manuel de dépression de Beck.

Les items les plus élevés de notre patient aux réponses on trouve comme suite : dans sa première réponse il a choisi l’item IN°3 qui dit « je suis si triste ou si malheureux que se n’est pas supportable » il rajoute « je suis tout le temps triste et des fois j’ai envie de pleurer ».

D’après ce que il nous a dit dans l’item II N°03 « j’ai le sentiment que mon avenir est sans espoir et qu’il ne peut qu’empirer. » et dans son choix aussi à l’item III N°3 « j’ai le sentiment d’avoir complètement raté ma vie » et il dit à propos « je me sent tout le temps triste, j’ai raté plein de chose dans ma vie ».

M^{er} perte tout plaisir il choisi l’item « je n’éprouve aucun plaisir aux choses qui me plaisent habituellement » il rajoute dans l’item V N°2 « je me sens coupable la plupart du temps ».

Notre patient dit « je regrette autant de choses, je suis vraiment de déçu de moi » il choisie l’item VII N°2 « je suis déçu par moi même » ou il éprouve un sentiment d’être puni il répond à l’item VI N°3 « j’ai le sentiment d’être puni ».malgré ses sentiments que notre patient il a mais son attitude critique envers soi ou il dit dans l’item VIII N° 1 « je ne me blâme pas ou ne me critique pas plus que d’habitude ».

Notre patient perd tout intérêt il dit dans l’item XII N° « je m’intéresse presque plus aux gens et aux choses » il dit aussi « j’aime être solo »

Pour ceux qui est de son sommeil il dit « je ne dors pas bien » il choisie l’item XVI N° 3b « je me réveille une ou deux heures plus tôt et je suis incapable de me rendormir », et pour son appétit n’as pas changé dans son choix à l’item XVIII N° « mon appétit n’as pas changé ».

M^{er} « Salim » a subi un grand nombre d’échec avec sa famille qu’il a tendance à s’isoler et développer une dépression sévère.

4.3. Analyse de l’échelle de soutien social perçu :

4.3.1. Tableau N° 04 : les résultats de l’échelle de SSP (cas 04)

	1	2	3	4	5	6	total	Total %
disponibilité	2	1	4	3	2	1	13	24.07
satisfaction	3	4	3	1	2	3	16	44.44

Le temps de la passation de l’échelle avec à durée **04** minutes pour le remplir.

Les données que on a obtenus de l’échelle confirme un niveau bas de perception de la disponibilité de certaines personnes de l’entourage comme susceptibles de fournir une aide en

cas de besoin avec un scores de 13/54 et avec un pourcentage qui est de 24.07 %. Aussi les résultats de la satisfaction vis-à-vis du soutien indiquent un niveau bas avec un résultat de 16/36 et de pourcentage de 44.44%.

Synthèse de cas de M^F « Salim » :

Selon les résultats obtenus de l'entretien et les deux échelles, de la dépression « Beck » et de soutien social « SSP » nous avons constaté que M^F « Rabah » souffre d'une dépression sèvre et un niveau bas de soutien social.

5.1. Présentation et analyse des résultats du cas M^{er} « Rabah » :

5.1.1. Présentation du cas de M^{er} « Rabah » :

M^{er} « Rabah » est un homme âgé de 68ans , marié et divorcé trois fois , il a deux garçons avec sa première femme ,musicien par patient et policier de profession , il ne parle que la langue française.

5.1.2. Analyse de l'entretien de cas de M^{er}« Rabah » :

Pendant notre entretien avec M^{er} « Rabah » il a paris beaucoup plus paisibles il choisi ses mots à chaque phrase qu'il prononcé, et je ressentais chez lui un homme avec un niveau intellectuel très élevés.

Pendant l'entretien M^{er} « Rabah » dit « j'ai perdu tous contact avec ma familles depuis 30 ans ».

Hébergé depuis quatre ans.

M^{er} « Rabah » à une très bonnes relation avec les résidents et le personnels, il dit « mes relation avec les résident sélectif, j'ai des amies que j'aime bien, y'a d'autre que non, même le personnel j'm'entends bien avec eux ».

Malgré que monsieur « Rabah » entretien de bon relations avec les autre, mais parfois on a remarqué chez lui une envie de s'isoler à fin que il se retrouve avec ses livres « j'aime bien lire ».

M^{er} « Rabah » aime beaucoup la lecture si son passe de temps favori, écrit des choses sur sa vie sous formes de poème, il donne l'importance aux rêves, comme s'il veut s'échapper de sa triste réalité.

M^{er} « Rabah » nous à confier que depuis son hébergement l'équipe l'a aidé à avoir sa retraite « il m'on aider à faire ma retraite ».

A la fin de l'entretien malgré sa profond tristesse mais il ya une forme d'optimisme chez lui « maintenant que j'ai ma retraite je souhaite acheté un petit terrain pour construire une petite maison ».

5.2. Présentation et analyse des résultats de (BDI II) du cas de M^{er} « Rabah » :

5.2.1. La présentation des résultats de (BDI II) du cas de M^{er} « Rabah » :

	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	7									
Le degré de	Dépression minimum									

dépression	
------------	--

5.2.2. L'analyse des résultats de BDI II de cas de M^{er} « Rabah » :

Monsieur « Rabah » représente un score total de 7 points qui correspond à un degré d'une dépression minimum qui est interprété par ses propre choie aux items les plus élevés comme suite : Dans l'item IN⁰ il a répondu : « je ne me sens pas triste » il poursuit « au centre .c'est le paradis, je mange bien, je dors bien, je me réveillais quand je veux »

D'après ce que il ' nous à dit il est très déçu de son passé comme il a répondu dans l'item IIIN⁰2 « quand je pense à mon passé, je constat un grand nombre d'échec ».

Et pour les items XIII, XV qu'il a choisie N⁰2 il dit « j'ai beaucoup plus de mal qu'avant a prendre des décisions », « je n'ai pas assez d'énergie pour pouvoir faire grand-chose »

Les items (II, IV ,V ,VI, VII, VIII, IX ,X ,XI ,XII, XIV ,XVII ,XVIII ,XIX ,XX ,XXI) qui correspond a son choix de N⁰ , il dit « je ne suis pas découragé face a mon avenir », « j'éprouve toujours autant de plaisir qu'avant aux choses qui me plaisent », « je ne me sens pas particulièrement coupable », « je n'ai pas le sentiment d'être punie », « mes sentiment envers moi même n'ont pas changé » , « je ne me blâme pas ou ne me critique pas plus que d'habitude » ,« je ne pense pas de tout a me suicider », « je ne pleure pas plus qu'avant » , « je pense être quelqu'un de valable », « je ne suis pas plus irritable que d'habitude », « mon appétit n'a pas changé » , « je parviens pas me concentrer toujours aussi bien qu'avant », « je ne suis pas plus fatigué que d'habitude », « je n'ai pas raté de changement récent dans mon intérêt pour le sexe » ce que on as constaté que tout ca sa renvoie a sa richesse fantasmatiques

D'après les résultats de monsieur « Rabah » sur l'entretien clinique ainsi sur le BDII nous avons remarqué qu'il ne souffre pas vraiment d'une dépression juste minimum ce qui interprète que notre patient élabore de bonne relation avec les autre et qu'il à un milieu favorable qui lui permet de faire face a la dépression malgré qu'avant de son entrée au centre il a eu une dépression mais il a pu la surmonté.

5.3. Analyse de l'échelle de soutien social perçu :

5.3.1. Tableau N° 05 : les résultats de l'échelle de SSP (cas 05)

	1	2	3	4	5	6	total	Total %
disponibilité	6	5	6	8	7	8	40	74.07
satisfaction	6	5	6	5	5	6	34	94.44

A travers des résultats obtenus de l'échelle, on relève que le Score total de la disponibilité est de 40/54 et d'un pourcentage qui est de 74.07% qui affirme un niveau très élevé de perception de la disponibilité de certaines personnes de l'entourage comme susceptibles de fournir une aide en cas de besoin. Ce qui correspond aux résultats obtenus de la satisfaction de sujet vis-à-vis du soutien perçu indiquent un niveau élevé avec un Score de 34/36 point et d'un pourcentage de 94.44%, ces résultats nous ont montré que notre patient est satisfait de ses relations.

Synthèse de cas de M^r « Rabah » :

Selon les résultats obtenus de l'entretien et les deux échelles, de la dépression « Beck » et de soutien social « SSP » nous avons constaté que M^r « Rabah » ne souffre pas vraiment d'une dépression juste minimum et un niveau très élevé de soutien social.

Discutions général des résultats :

Dans notre travail de recherche, on à essayer de savoir si les personnes âgées placées dans un centre d'accueil souffrent de symptômes dépressifs, ainsi de tenté de savoir Quel est le rôle de soutien social face à la dépression chez les sujets âgés.

Nous avons formulé deux hypothèses qui sont :

La première hypothèse qu'on à supposé « les sujets âgés placés en institution souffrent de symptômes Dépressifs » et dans la deuxième hypothèse on à prédit que « les sujets âgés qui sont satisfait de soutien social peuvent dépasser Leur dépression ».

Nous avons utilisé trois outils de recherche à fin de vérifier nous hypothèses : Un entretien semi directif et l'inventaire de dépression de Beck (BDI II) et l'échelle de soutien social perçu (SSQ6) sur Cinq (05) 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 l'abondance familial « mes frères ne m'aident pas malgré quelque se soie qu'il m'arrive », ainsi elle obtienne un soutien social bas.
- Le 2eme cas souffre d'une dépression sévère et refus familial « j'ai beaucoup de maladie, je pleur tout le temps, je ressens une profond tristesse » ainsi qu'elle obtienne un soutien social bas.
- Le 3eme cas souffre d'une dépression sévère et refus familial « je dors pour oublie et je pleure des fois » ainsi qu'elle obtienne un soutien social bas.
- Le 4eme cas souffre d'une dépression sévère et refus familial « je pleurs, je pense beaucoup au passé » ainsi qu'il obtienne un soutien social bas.
- Le 5eme cas souffre d'une dépression minimum et l'abondance familiale « j'ai perdu tous contact avec ma familles depuis 30 ans » mais il à un soutien social élevé.

Tableau N° 3 : -l'analyse et l'interprétation des résultats obtenus de « l'échelle de Beck » montrent ce qui suit :

cas	Différent types de dépression				score obtenu
	minimum	léger	modéré	sévère	
Cas1				x	39
Cas2				x	49
Cas3				x	49
Cas4				X	44
Cas5	x				7
Total					

Tableau N°4 :-l'analyse et l'interprétation des résultats obtenus de l'échelle de SSP montre ce qui suit :

cas	Différent niveau de soutien social			Scor obtenu de disponibilité	Scor obtenu de satisfaction
	Niveau bas	Niveau très bas	Niveau très élevé		
Cas 1	x			12/54	14/36
Cas 2		x		5/54	13/36
Cas 3		x		7/54	16/36
Cas 4	x			13/54	16/36
Cas 5			x	40/54	34/36
Total					

Les quatre (04) cas souffrent d'une dépression sèvre et le cas les plus remarquable est celui de M^{me} « Malika » et M^{me} « Djohra » qui ont un score le plus élevés qui est de 49 points. la vie au foyer pour eux insupportable , sont arrivées au centre qu'après un vécu malheureux , ils arrivent pas à s'habituer au foyer ni à oublier ou à accepter l'abondance familiale ,on remarque chez eux la tristesse , la colère , le replie sur soi , l'isolement , la perte de plaisir

pour vivre est surtout des pleurs et les disputes pour les moindre choses ,qui sont les premières causes de la dépression chez les personnes âgées sans oublié que ils ont un soutien social non satisfaisant se que ils leur pousse de présenté une dépression sévère .

Un seul cas à une dépression minimum il s'agit d'un homme âgé, cette personne à une dépression minimum car il a des relations social satisfaisantes ou il arrive à s'adapter avec la vie de foyer et il accepte sa situation actuelle malgré que il se retrouve seul sans famille mais il ne baisse jamais les bras.

Nous avons observé à travers nos cas que nous avons étudiés. Que nos hypothèses sont confirmés, et nous trouvant des études qui ont confirmé nos résultats telle que :-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 de stresse, 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.

- Cappeliez (Ph) Landrevill(Ph) et Vezina « Les âgés en bonne santé qui disposent de meilleures habiletés sociales obtiennent plus de succès dans la création et dans le maintien d'un réseau de soutien social satisfaisant, C'est principalement avec les membres de la famille que les personnes âgées entretiennent des relations régulières et c'est deux qu'elles reçoivent de l'aide pour accomplir les activités de la vie quotidienne ».

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 ca dépression, dans la mesure du soutien social.

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 « Farida » :

1.1.1. Présentation du cas de M^{me} « Farida » :

Madame M^{me} Farida est une femme âgée de 60 ans, mariés avec Troie fille et un seul garçon C'est une femme alphabétique qui n'a aucune revenue. Elle a été hébergée dans le centre depuis 5 ans.

1.1.2. Analyse de l'entretien de cas de M^{me}« Farida » :

Pendant notre entretien avec M^{me} « Farida » le contacte été très difficile ou elle s'est présenté difficilement et elle accepte de nous parler Qu'après plusieurs tentatives. Au début on a observé que madame « Farida » c'est une femme avec des yeux pleine De tristesse, ce qui et exprimé et manifesté par des larmes aux yeux, surtout quand elle Parle de sa famille, elle dit « hezenagh koul eleweketh Asma atekhmimegh fewarawiw ». « Je suis tout le temps triste surtout quand je pense a mes enfants ».

Ce que on a remarqué chez M^{me} « Farida » c'est que elle évite de parlé sur sa relation avec son mari, Si juste elle dit « ousan imeneza argaziw yela yelha di dhi nek de warawiw,m3ena bedelenet we khamenesen eranet itesse echerab yerna iw3er, nekki outhetloumoghara akhater ouryezemirz dacho adhikhedm »« au début de notre relation conjugal mon mari il était bien avec moi et avec Mes enfant mais si sa famille qui la rendu alcoolique et dur, moi je le juge pas pacque il ne Peut rien faire ».

Notre patiente pour éviter de pensé a ca tristesse profonde elle a essayé de sublimer son Angoisse a trévère les activités quelle métrise, elle dit « bâche adetoughe elehemiw Sedhaweghe imaniw zedeghe itrikouwane ». « Pour oublié mes problèmes je m'occupe moi même De faire la broderie des tricots ».et elle dit aussi « khedemagh isseferra » « je fais des poèmes ».

Concernant ses relation avec sa famille nous avons constaté que madame « Farida » présente le Sentiment d'abondance par sa famille elle dit : « ayethema ouyet3awanenara ghase ayan yetheran yidhi », « mes frères ne m'aident pas malgré quelque se soie qu'il m'arrive ». Elle présente un autre signe dépressif qui est la culpabilité, elle nous raconte :

« Oulighara bekhir akhater tehassabegh imaniw bezef imi egighe arawiw ghas zedenigh el beghiw » « je ne suis pas bien car je me juge trop à cause que j’ai laissé mes enfant malgré que si plus fort que moi » .

Par rapport a sa santé elle ne présente aucune maladie ni de changement de son appétit car elle Mange toujours bien mais le seul problème elle souffre de trouble de sommeil d’après se que Elle dit: « ouganeghara chasse eyenagh tedekhewaleghed bezef ne tikewal ». «Je ne dors pas même je dorme je m’éveille plusieurs foie ».

On a observé chez M^{me} « Farida » que elle est optimiste à l’avenir d’après Quesque elle dit « ghas ayan iyiteran akithe bessah oumenagh anidha adeyasse wasse adekelagh ghe warawiw ». « Malgré tout ce qui se passe avec moi mais je croie toujours que il viendras le jours ou je rejoindra mes enfant ».

A la fin de l’entretien, Mme « Farida » n’a qu’un seul souhait c’est de rentré chez elle et de Rejoindre ses enfants.

1.2. Présentation et analyse des résultats de (BDI II) du cas de M^{me} « Farida » :

1.2.1. La présentation des résultats de (BDI II) du cas de M^{me} « Farida » :

	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	39									
Le degré de dépression	Dépression sévère									

1.2.3. L’analyse des résultats de BDI II de cas de M^{me} « Farida » :

Ce qu’on a remarqué d’après les résultats de test de notre cas, que M^{me} « Farida » elle présente presque tous les signes de la dépression .que l’on à essayer de confirmé a travers la passation de notre test de Beck qui es BDI II dont nous avons obtenu des réponses concernant ses différents items, le score total de notre cas c’est 39 points qui correspond a une dépression sévère

Pendant la passation du l’échelle, M^{me} « Farida » à commencer de nous parlé de son passé familial avec grand douleurs et souffrance, le passé pour elle était un échec total, que l’on retrouve dans l’item III N°2 « quand je pense à mon passé, je constate un grand nombre d’échec », bien que dans les items V N°3 renvoie au sentiment de culpabilité et l’item XI N°3 qui renvoie au sentiment d’être puni ,elle dit « j’ai le sentiment d’être puni » et l’item VII N°2 « je suis déçu par moi même » et item VIII N°3 elle répond « je me rapproche tous les malheurs qui arrivent » elle poursuit « si moi qui à compliqué ma vie ,parce que j’ai quitter mes enfant », et elle se lance des critique envers elle même et elle dit « c’est a cause de mes faiblesse que j’ai échoué dans ma vie car j’ai pas supporté la misère ».

Pour son sommeil elle nous dit « je me réveille en plein nuit et je m’endormis difficilement » dans l’item XVI N°3b « je me réveille une ou deux heurs plus tôt et je suis incapable de me rendormir »elle rajoute « je ne dors pas bien la nuit, quand je me réveille je pense directement a mes enfant ».

Nous avons lui demandé si elle a toujours d'intérêt pour le sexe, elle nous à répondu par l'infirmité, on disant dans l'item XXI N°3 « j'ai perdu tout intérêt pour le sexe » elle poursuit j'ai des problèmes avec mon mari a propos de ca je le refuse a chaque foie ».

Nous avons fini notre test par concluez que M^{me} « Farida » elle souffre d'une dépression sévère qui renvoie a son vécu triste et malheureux dans le passé » mais malgré son degré de dépression notre patiente elle garde toujours au profond de son cœur un espoir pour l'avenir.

1.3. Analyse de l'échelle de soutien social perçu :

1.3.1. Tableau N° 01: les résultats de l'échelle de SSP (cas 01)

	1	2	3	4	5	6	total	Total %
disponibilité	2	2	3	2	1	2	12	22.22
satisfaction	4	1	4	2	2	1	14	38.88

Le temps de la passation de l'échelle avec à durée **04** minutes pour le remplir.

La lecture des résultats, de l'échelle affirme un niveau bas de perception de la disponibilité de certaines personnes de l'entourage comme susceptibles de fournir une aide en cas de besoin avec un scores de 12/54 et de pourcentage de 22.22 .et pour les résultats de la satisfaction vis ç vis du soutien perçu indiquent un niveau bas avec un résultat de 14/36 et de pourcentage de 38. 88%.

Synthèse de cas de M^{me} « Farida » :

Selon les résultats de l'entretien clinique et les deux échelles, de Beck et l'échelle de soutien social « SSP » nous avons constaté que M^{me} « Farida » souffre d'une dépression sévère et d'un niveau bas de soutien social.

2.1. Présentation et analyse des résultats du cas M^{me} « djohra» :

2.1.1. Présentation du cas de M^{me} « djohra » :

Madame « dj » est une femme âgé de 84 ans, veuf, mère d'un garçon, elle s'est remariée une deuxième foie et a fini a divorcé, c'est une femme sans niveau d'instruction.

2.1.2. Analyse de l'entretien de cas de M^{me}« djohra » :

Lors de l'entretien M^{me} « dj » nous as apparu très méfiante malgré son envie profond de parlé avec nous, elle se plaignait tous le temps de sa situation surtout de son vécu, elle dit « asmi

izewejagh abridh wissine emi ouribeghara », « quand je me suis remarié un deuxième fois mon fils ne voulais pas (si pour ca maintenant il ne veut pas me prendre en charge ». Elle est hébergée depuis 5 ans. Elle ne se sent jamais bien elle a tous le temps male, elle dit « s3ighe bezef en lehelakathe, teterughe kan, housaghe leghebina goliw », « j'ai beaucoup de maladie, je pleur tout le temps, je ressens une profond tristesse ».

Pour son sommeil elle dit « ouganeghara aken ilak elehal », « je ne dors pas bien »

Et pour son appétée elle mange bien « tetegh aken ilake elehal », « je mange bien comme il faut ».

Le coté relationnel de M^{me} « dj » n'aime pas les autres résident et les personnels, elle dit « oufighara imaniw dayi, yewen ouyit3iwin », « je me retrouve pas ici, personne ne m'aide ».

A la fin madame « dj » souhait de se retrouvée et vivre dans un milieu familial avec son fils.

2.2. Présentation et analyse des résultats de (BDI II) du cas de M^{me} « dj » :

2.2.1. La présentation des résultats de (BDI II) du cas de M^{me} « dj » :

	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	49									
Le degré de dépression	Dépression sévère									

2.2.2. L’analyse des résultats de BDI II de cas de M^{me} « Djohra » :

M^{me} « Djohra » représente un score de 49 points qui marque une dépression sévère qui est interprété par ses choix aux items les plus élevés.

Comme par exemple IN^o3 : « je suis si triste ou si malheureuse, que ce n’est pas supportable » d’après ce qu’elle a dit « je sens tout le temps triste ».

Elle a dit dans les items II, III N^o2 : « je ne m’attends pas à ce que les choses s’arrangent pour moi », « quand je pense à mon passé, je constate un grand nombre d’échec » et elle dit à propos « je ne pense jamais à mon avenir, et je n’attends pas que les choses s’arrangent »

Sa réponse à l’item IV N^o : « je n’éprouve aucun plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement » et ce qui renvoie au sentiment de culpabilité elle dit « j’ai carrément raté ma vie » dans l’item VN^o3 : « je me sens tout le temps coupable » par rapport à son sentiment de culpabilité, elle rajoute « j’ai l’impression d’être puni pour tout ce que j’ai raté au passé » qui est exprimé dans l’item VI N^o3 : « j’ai le sentiment d’être puni » procurer chez elle un sentiment de perte de confiance en soi dans sa vie .

Dans son choix aux items XII N^o3 « je ne m’aime pas de tout » et VIII N^o1 « je suis plus critiqué envers moi-même que je ne l’étais » elle dit à propos « je n’arrête pas de pleurer , quand je pense à mon passé » ,ce qui l’a rendu très fragile et très sensible par rapport à sa réponse à l’item XVII N^o2 : « je suis beaucoup plus irritable que d’habitude ».

Sa réponse à l'item XVI N°3b : « je me réveille une ou deux heures plus tôt et je suis incapable de me rendormir » elle répond que « elle souffre beaucoup pour dormir et elle se réveille a chaque foie », et pour son appétit n'as pas changé par sa réponse a l'item « mon appétit n'as pas changé »

Madame « Djohra » à des difficultés à faire ses taches ce que l'on trouve dans les items XV N°3 : « j'ai trop peu d'énergie pour faire quoi que se soit » et XXN°3 « je suis trop fatigué pour faire la plupart des choses que je faisais avant »

D'après les résultats qu'on a obtenus de l'entretien et le BDI II, nous constatons que notre patiente souffre d'une dépression sévère a cause de l'abondance de son fils et le manque d'un milieu de vie favorable.

2.3. Analyse de l'échelle de soutien social perçu :

2.3.1. Tableau N° 02 : les résultats de l'échelle de SSP (cas 02)

	1	2	3	4	5	6	total	Total %
disponibilité	1	1	0	0	2	1	5	9.25
satisfaction	3	4	1	1	2	2	13	36.11

Le temps de la passation de l'échelle avec à durée **04** minutes pour le remplir.

A travers les résultats obtenus dans l'échelle nous interprétons un niveau très bas de perception de la disponibilité de certaines personnes de l'entourage comme susceptibles de fournir une aide en cas de besoin avec un scores de 5/54 et avec un pourcentage de 9.25% et qui est de résultats de la satisfaction vis-à-vis du soutien obtenu indiquent un niveau bas avec un résultat de 13/36 et de pourcentage de 36.11%.

Synthèse de cas de M^{EM} « Djohra » :

Selon les résultats de l'entretien clinique et les deux échelles, de Beck et de SSP on n'a constaté que M^{me} « Djohra » subi une dépression sévère et un niveau très bas de soutien social.

3.1. Présentation et analyse des résultats du cas de M^{me} « Malika » :

3.1.1. Présentation du cas de M^{me} « Malika » :

M^{me} « Malika » est une femme âgée de 65 ans divorcée, elle a aucun enfant son niveau d'instruction elle la retrace sa mère et son père, son niveau de construction et alphabète, elle huit ans de son entrée à ce centre, est une femme épileptique elle prend comme médicament Tegritole, gardénil, et atrimyle et argatil.

3.2.1. Analyse de l'entretien du cas de M^{me} « Malika ».

pendant L'entretien avec M^{me} « Malika » nous avons remarqué qu'elle a des difficultés à s'intégrer dans le foyer, elle s'isole et elle reste la plupart du temps toute seule dans sa chambre.

Lors qu'elle parle de son passé elle exprime avec une grande tristesse et la colère, elle s'exprime avec des larmes et le sommeil elle dit : « ganegh bâche adetugh tikewal tetrough », « je dors pour oublier et je pleure des fois »,

M^{me} « Malika » nous a parlé de ces relations avec les autres résidents elle dit : « j'ai des bonnes relations avec eux mais avec les personnes du foyer je n'ai pas des bonnes relations parce que personne ne s'occupe de nous chaque un ils s'occupe de lui même, elle dit « col Yéwen eletha dyimaniss ».

Quand on a lui posé la question sur sa relation avec sa famille, elle nous a répondu « ferehaghe Asma adasene ghuri wa yethema », « je serais contente quand mes frères viennent me rendre visite » elle rajoute « lam3na heznaghe Asma adrouhen ». « Mais je serais triste lorsque ils partent ».

Les symptômes dépressifs qu'elle présente, on constate les troubles de sommeil, elle dit : « oganghare, becif Bach ayedyas yithes, tkhemimegh felbatel nedounith », « je ne dors pas, difficilement pour endormir, parce que je pense trop à l'injustice de la vie » A la fin de l'entretien M^{me} « Malika » n'a que un seul souhait c'est de rejoindre sa famille.

3.2. Présentation et analyse des résultats de (BDI II) du cas de M^{me} « Malika » :

3.2.1. La réésentation des résultats de (BDI II) du cas de M^{me} « Malika » :

	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	49									
Le degré dépression	Dépression sévère									

3.2.2. L'analyse des résultats de BDI II de cas de M^{me} «Malika»:

M^{me} « Malika » représente un score total de 49 points qui correspond à la dépression sévère comme il est indiqué dans le manuelle de BDI II d'après les résultats.

D'après notre observation pendant la passation de notre échelle, on a remarqué que madame « Malika » c'est une femme triste comme aussi elle est pessimiste et ça d'après son choix à l'item I N°2 tristesse « je suis tout le temps triste » et l'item II N°3 « et aussi d'après ce que elle dit « j'ai perdu l'espoir pour la vie »

M^{me} exprime plaintes physique et que elle est fatigué tout le temps ce que à répondu par l'item XX N°1 « je me fatigue plus facilement que d'habitude » elle exprime aussi ses douleurs avec haut voix d'après qu'elle subit plusieurs maladies parmi on trouve l'épilepsie à cause de ses maladies elle perd de l'énergie elle choisit l'item XV N°3 « j'ai trop peu d'énergie pour faire quoi que se soit » elle rajoute aussi « je ne peux rien faire car j'ai plus d'énergie ».

Le point essentiel que on a indiqué que notre patiente elle a des sentiments négatifs et ça si par rapport à ses réponses à l'item VII N°2 « je suis déçu par moi-même » et aussi dans l'item VN°2 sentiment de culpabilité elle dit « je me sens coupable la plus part du temps » et tout ses sentiments négatifs lui font perdre tout son plaisir et son intérêt envers les choses l'item IVN°3 « je n'éprouve aucun plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement » et par rapport aussi à l'item XIV N°3 « ».

Pour sa réponse à ce qui concerne son appétit par l'item « j'ai beaucoup moins d'appétit que d'habitude » elle dit « des fois je ne mange pas de tout ». tellement elle a des troubles de sommeil ou elle prend des médicaments à propos de ça pour dormir comme elle a répondu à l'item XVI N°3b « je me réveille une ou deux heures plus tôt et je suis incapable de me rendormir », et pour l'item XIX N°2 elle dit « j'ai du mal ».

À la fin de notre passation de l'échelle nous avons constaté que madame « Malika » souffre d'une dépression sévère à propos de son triste passé qui lui rend triste et de son envie de se suicider par sa notation à l'item IX N°2 « j'aimerais me suicider ».

3.3. Analyse de l'échelle de soutien social perçu :

3.3.1. Tableau N° 03 : les résultats de l'échelle de SSP (cas 03)

	1	2	3	4	5	6	Total	Total %
disponibilité	2	1	1	2	0	1	7	12.96
satisfaction	4	3	4	2	2	1	16	44.44

Le temps de la passation de l'échelle avec une durée **04** minutes pour le remplir.

En références aux résultats acquis dans l'échelle nous déchiffrons un niveau très bas de perception de la disponibilité de certaines personnes de l'entourage comme susceptibles de fournir une aide en cas de besoin avec un scores de 7/54 avec un pourcentage de 12.96%.

Les résultats de la satisfaction vis-à-vis du soutien obtenu indiquent un niveau bas avec un résultat du 16 /36 avec un pourcentage de 44.44%.

Synthèse de cas de M^{me} « Malika » :

Selon les résultats de l'entretien clinique et l'échelle de la dépression « Beck » et l'échelle de soutien social « SSP » nous avons conclu que M^{me} « Malika » souffre d'une dépression sévère et un niveau très bas de soutien social.

4.1. Présentation et analyse des résultats du cas M^{er} « Salim » :

4.1.1. Présentation du cas de M^{er} « Salim » :

Monsieur « Salim » homme âgé de 70 ans marié et ont 4 enfant, sans profession fixe et aucune retraite, avec un niveau d'instruction est de 9 année.

4.1.2. Analyse de l'entretien de cas de M^{er} « Salim » :

Pendant l'entretien monsieur « Salim » s'est montré calme et coopératif, hébergé depuis deux mois et demi, ne reçoit aucune visite de la part de sa famille car personne ne le sais ou il est, il dit « personne ne sais ou je me trouve ».

On a remarqué chez M^{er} « Salim » une profonde tristesse il dit « nebeki, nekhamem bezef 3la Eli fate », « je pleurs, je pense beaucoup au passé »

Pour ce qui concerne son sommeil il dit « je ne dors pas bien ça m'arrive de me réveiller en sursaut ».

Pour le côté relationnel M^{er} « Salim » on a remarqué chez lui une envie de s'isoler, on a l'impression que il s'entend avec personne et reste toujours seul il dit « je ne fréquente personne, j'aime bien être solo ».

A la fin de l'entretien monsieur « Salim » nous présente son mécontentement de se trouver dans le foyer, il souhaite de rentrer chez lui et de se retrouver avec sa famille.

4.2. Présentation et analyse des résultats de (BDI II) du cas de M^{er} « Salim » :

4.2.1. La présentation des résultats de (BDI II) du cas de M^{er} « Salim » :

	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	44									
Le degré de dépression	dépression sévère									

4.2.2. L'analyse des résultats de BDI II de cas de M^{er} « Salim » :

Après notre entretien et la passation et la cotation de l'item de l'inventaire M^{er} « Salim » présente un score total de 44 point ce qui correspond à une dépression sévère comme indiqué dans le manuel de dépression de Beck.

Les items les plus élevés de notre patient aux réponses on trouve comme suite : dans sa première réponse il a choisi l’item IN°3 qui dit « je suis si triste ou si malheureux que se n’est pas supportable » il rajoute « je suis tout le temps triste et des fois j’ai envie de pleurer ».

D’après ce que il nous a dit dans l’item II N°03 « j’ai le sentiment que mon avenir est sans espoir et qu’il ne peut qu’empirer. » et dans son choix aussi à l’item III N°3 « j’ai le sentiment d’avoir complètement raté ma vie » et il dit à propos « je me sent tout le temps triste, j’ai raté plein de chose dans ma vie ».

M^{er} perte tout plaisir il choisi l’item « je n’éprouve aucun plaisir aux choses qui me plaisent habituellement » il rajoute dans l’item V N°2 « je me sens coupable la plupart du temps ».

Notre patient dit « je regrette autant de choses, je suis vraiment de déçu de moi » il choisie l’item VII N°2 « je suis déçu par moi même » ou il éprouve un sentiment d’être puni il répond à l’item VI N°3 « j’ai le sentiment d’être puni ».malgré ses sentiments que notre patient il a mais son attitude critique envers soi ou il dit dans l’item VIII N° 1 « je ne me blâme pas ou ne me critique pas plus que d’habitude ».

Notre patient perd tout intérêt il dit dans l’item XII N° « je m’intéresse presque plus aux gens et aux choses » il dit aussi « j’aime être solo »

Pour ceux qui est de son sommeil il dit « je ne dors pas bien » il choisie l’item XVI N° 3b « je me réveille une ou deux heures plus tôt et je suis incapable de me rendormir », et pour son appétit n’as pas changé dans son choix à l’item XVIII N° « mon appétit n’as pas changé ».

M^{er} « Salim » a subi un grand nombre d’échec avec sa famille qu’il a tendance à s’isoler et développer une dépression sévère.

4.3. Analyse de l’échelle de soutien social perçu :

4.3.1. Tableau N° 04 : les résultats de l’échelle de SSP (cas 04)

	1	2	3	4	5	6	total	Total %
disponibilité	2	1	4	3	2	1	13	24.07
satisfaction	3	4	3	1	2	3	16	44.44

Le temps de la passation de l’échelle avec à durée **04** minutes pour le remplir.

Les données que on a obtenus de l’échelle confirme un niveau bas de perception de la disponibilité de certaines personnes de l’entourage comme susceptibles de fournir une aide en

cas de besoin avec un scores de 13/54 et avec un pourcentage qui est de 24.07 %. Aussi les résultats de la satisfaction vis-à-vis du soutien indiquent un niveau bas avec un résultat de 16/36 et de pourcentage de 44.44%.

Synthèse de cas de M^r « Salim » :

Selon les résultats obtenus de l'entretien et les deux échelles, de la dépression « Beck » et de soutien social « SSP » nous avons constaté que M^r « Rabah » souffre d'une dépression sèvre et un niveau bas de soutien social.

5.1. Présentation et analyse des résultats du cas M^{er} « Rabah » :

5.1.1. Présentation du cas de M^{er} « Rabah » :

M^{er} « Rabah » est un homme âgé de 68ans , marié et divorcé trois fois , il a deux garçons avec sa première femme ,musicien par patient et policier de profession , il ne parle que la langue française.

5.1.2. Analyse de l'entretien de cas de M^{er}« Rabah » :

Pendant notre entretien avec M^{er} « Rabah » il a paris beaucoup plus paisibles il choisi ses mots à chaque phrase qu'il prononcé, et je ressentais chez lui un homme avec un niveau intellectuel très élevés.

Pendant l'entretien M^{er} « Rabah » dit « j'ai perdu tous contact avec ma familles depuis 30 ans ».

Hébergé depuis quatre ans.

M^{er} « Rabah » à une très bonnes relation avec les résidents et le personnels, il dit « mes relation avec les résident sélectif, j'ai des amies que j'aime bien, y'a d'autre que non, même le personnel j'm'entends bien avec eux ».

Malgré que monsieur « Rabah » entretien de bon relations avec les autre, mais parfois on a remarqué chez lui une envie de s'isoler à fin que il se retrouve avec ses livres « j'aime bien lire ».

M^{er} « Rabah » aime beaucoup la lecture si son passe de temps favori, écrit des choses sur sa vie sous formes de poème, il donne l'importance aux rêves, comme s'il veut s'échapper de sa triste réalité.

M^{er} « Rabah » nous à confier que depuis son hébergement l'équipe l'a aidé à avoir sa retraite « il m'on aider à faire ma retraite ».

A la fin de l'entretien malgré sa profond tristesse mais il ya une forme d'optimisme chez lui « maintenant que j'ai ma retraite je souhaite acheté un petit terrain pour construire une petite maison ».

5.2. Présentation et analyse des résultats de (BDI II) du cas de M^{er} « Rabah » :

5.2.1. La présentation des résultats de (BDI II) du cas de M^{er} « Rabah » :

	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	7									
Le degré de	Dépression minimum									

dépression	
------------	--

5.2.2. L'analyse des résultats de BDI II de cas de M^{er} « Rabah » :

Monsieur « Rabah » représente un score total de 7 points qui correspond à un degré d'une dépression minimum qui est interprété par ses propre choie aux items les plus élevés comme suite : Dans l'item IN⁰ il a répondu : « je ne me sens pas triste » il poursuit « au centre .c'est le paradis, je mange bien, je dors bien, je me réveillais quand je veux »

D'après ce que il ' nous à dit il est très déçu de son passé comme il a répondu dans l'item IIIN⁰2 « quand je pense à mon passé, je constat un grand nombre d'échec ».

Et pour les items XIII, XV qu'il a choisie N⁰2 il dit « j'ai beaucoup plus de mal qu'avant a prendre des décisions », « je n'ai pas assez d'énergie pour pouvoir faire grand-chose »

Les items (II, IV ,V ,VI, VII, VIII, IX ,X ,XI ,XII, XIV ,XVII ,XVIII ,XIX ,XX ,XXI) qui correspond a son choix de N⁰ , il dit « je ne suis pas découragé face a mon avenir », « j'éprouve toujours autant de plaisir qu'avant aux choses qui me plaisent », « je ne me sens pas particulièrement coupable », « je n'ai pas le sentiment d'être punie », « mes sentiment envers moi même n'ont pas changé » , « je ne me blâme pas ou ne me critique pas plus que d'habitude » ,« je ne pense pas de tout a me suicider », « je ne pleure pas plus qu'avant » , « je pense être quelqu'un de valable », « je ne suis pas plus irritable que d'habitude », « mon appétit n'a pas changé » , « je parviens pas me concentrer toujours aussi bien qu'avant », « je ne suis pas plus fatigué que d'habitude », « je n'ai pas raté de changement récent dans mon intérêt pour le sexe » ce que on as constaté que tout ca sa renvoie a sa richesse fantasmatiques

D'après les résultats de monsieur « Rabah » sur l'entretien clinique ainsi sur le BDII nous avons remarqué qu'il ne souffre pas vraiment d'une dépression juste minimum ce qui interprète que notre patient élabore de bonne relation avec les autre et qu'il à un milieu favorable qui lui permet de faire face a la dépression malgré qu'avant de son entrée au centre il a eu une dépression mais il a pu la surmonté.

5.3. Analyse de l'échelle de soutien social perçu :

5.3.1. Tableau N° 05 : les résultats de l'échelle de SSP (cas 05)

	1	2	3	4	5	6	total	Total %
disponibilité	6	5	6	8	7	8	40	74.07
satisfaction	6	5	6	5	5	6	34	94.44

A travers des résultats obtenus de l'échelle, on relève que le Score total de la disponibilité est de 40/54 et d'un pourcentage qui est de 74.07% qui affirme un niveau très élevé de perception de la disponibilité de certaines personnes de l'entourage comme susceptibles de fournir une aide en cas de besoin. Ce qui correspond aux résultats obtenus de la satisfaction de sujet vis-à-vis du soutien perçu indiquent un niveau élevé avec un Score de 34/36 point et d'un pourcentage de 94.44%, ces résultats nous ont montré que notre patient est satisfait de ses relations.

Synthèse de cas de M^r « Rabah » :

Selon les résultats obtenus de l'entretien et les deux échelles, de la dépression « Beck » et de soutien social « SSP » nous avons constaté que M^r « Rabah » ne souffre pas vraiment d'une dépression juste minimum et un niveau très élevé de soutien social.

Discutions général des résultats :

Dans notre travail de recherche, on à essayer de savoir si les personnes âgées placées dans un centre d'accueil souffrent de symptômes dépressifs, ainsi de tenté de savoir Quel est le rôle de soutien social face à la dépression chez les sujets âgés.

Nous avons formulé deux hypothèses qui sont :

La première hypothèse qu'on à supposé « les sujets âgés placés en institution souffrent de symptômes Dépressifs » et dans la deuxième hypothèse on à prédit que « les sujets âgés qui sont satisfait de soutien social peuvent dépasser Leur dépression ».

Nous avons utilisé trois outils de recherche à fin de vérifier nous hypothèses : Un entretien semi directif et l'inventaire de dépression de Beck (BDI II) et l'échelle de soutien social perçu (SSQ6) sur Cinq (05) 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 l'abondance familial « mes frères ne m'aident pas malgré quelque se soie qu'il m'arrive », ainsi elle obtienne un soutien social bas.
- Le 2eme cas souffre d'une dépression sévère et refus familial « j'ai beaucoup de maladie, je pleur tout le temps, je ressens une profond tristesse » ainsi qu'elle obtienne un soutien social bas.
- Le 3eme cas souffre d'une dépression sévère et refus familial « je dors pour oublie et je pleure des fois » ainsi qu'elle obtienne un soutien social bas.
- Le 4eme cas souffre d'une dépression sévère et refus familial « je pleurs, je pense beaucoup au passé » ainsi qu'il obtienne un soutien social bas.
- Le 5eme cas souffre d'une dépression minimum et l'abondance familiale « j'ai perdu tous contact avec ma familles depuis 30 ans » mais il à un soutien social élevé.

Tableau N° 3 : -l'analyse et l'interprétation des résultats obtenus de « l'échelle de Beck » montrent ce qui suit :

cas	Différent types de dépression				score obtenu
	minimum	léger	modéré	sévère	
Cas1				x	39
Cas2				x	49
Cas3				x	49
Cas4				X	44
Cas5	x				7
Total					

Tableau N°4 :-l'analyse et l'interprétation des résultats obtenus de l'échelle de SSP montre ce qui suit :

cas	Différent niveau de soutien social			Scor obtenu de disponibilité	Scor obtenu de satisfaction
	Niveau bas	Niveau très bas	Niveau très élevé		
Cas 1	x			12/54	14/36
Cas 2		x		5/54	13/36
Cas 3		x		7/54	16/36
Cas 4	x			13/54	16/36
Cas 5			x	40/54	34/36
Total					

Les quatre (04) cas souffrent d'une dépression sèvre et le cas les plus remarquable est celui de M^{me} « Malika » et M^{me} « Djohra » qui ont un score le plus élevés qui est de 49 points. la vie au foyer pour eux insupportable , sont arrivées au centre qu'après un vécu malheureux , ils arrivent pas à s'habituer au foyer ni à oublier ou à accepter l'abondance familiale ,on remarque chez eux la tristesse , la colère , le replie sur soi , l'isolement , la perte de plaisir

pour vivre est surtout des pleurs et les disputes pour les moindre choses ,qui sont les premières causes de la dépression chez les personnes âgées sans oublié que ils ont un soutien social non satisfaisant se que ils leur pousse de présenté une dépression sévère .

Un seul cas à une dépression minimum il s'agit d'un homme âgé, cette personne à une dépression minimum car il a des relations social satisfaisantes ou il arrive à s'adapter avec la vie de foyer et il accepte sa situation actuelle malgré que il se retrouve seul sans famille mais il ne baisse jamais les bras.

Nous avons observé à travers nos cas que nous avons étudiés. Que nos hypothèses sont confirmés, et nous trouvant des études qui ont confirmé nos résultats telle que :-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 de stresse, 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.

- Cappeliez (Ph) Landrevill(Ph) et Vezina « Les âgés en bonne santé qui disposent de meilleures habiletés sociales obtiennent plus de succès dans la création et dans le maintien d'un réseau de soutien social satisfaisant, C'est principalement avec les membres de la famille que les personnes âgées entretiennent des relations régulières et c'est deux qu'elles reçoivent de l'aide pour accomplir les activités de la vie quotidienne ».

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 ca dépression, dans la mesure du soutien social.

CONCLUSION GENERALE

Conclusion générale :

Le nombre de personnes âgées ne cesse d'augmenter dans le monde, ou chaque Individus dans sa relation à son environnement, dispose d'un ensemble de Ressources lui permettant de faire face à des événements qui peuvent survenir aux Différents âges de la vie.

La dépression compte parmi les expériences humaines les plus difficiles et les plus douloureuses, c'est une entité pathologique est la vieillesse un terrain particulier sur lequel elle peut survenir. La dépression du sujet âgé est sous diagnostiquée et insuffisamment traitée. Quelque soit la nature de la dépression, l'influence et l'impact des facteurs biologiques, situationnels, sociaux et psychologiques seraient plus importants dans la survenue du trouble chez les sujets âgés ainsi l'institution constitue aussi un autre facteur favorisant l'apparition d'une dépression.

Cette étude porte sur la relation, dans l'âge avancé, entre le soutien social est la dépression.

Notre objectif était d'examiner si les personnes âgées placées dans un foyer souffrent d'une dépression sévère ou non, est asque les sujets âgés qui sont satisfait de soutien social peuvent dépasser Leur dépression.

Nous nous rendons compte que nos hypothèses son confirmés, en effet la majorité des personnes âgées avaient une dépression sévère après leur placement dans le foyer mais ceux qui ont satisfait de soutien social peuvent dépasser leur dépression. Bien que les résultats de ce travail ne peuvent en aucun cas être généralisé parce qu'ils concernant les 5 cas étudiés .ils nous ont permis de mettre en évidence :

- la souffrance des personnes âgées placées dans le foyer.
- l'importance du soutien social dans la prise en charge de la Dépression.

En fin reste à dire que la personne âgée surtout celle placé dans un foyer d'accueil nécessite d'être étudié dans des dimensions divers quelque se soie médical, psychologique ou social, a fin de diminué la souffrance d'une catégorie de personne en situation de fragilité.

BIBLIOGRAPHIE

List Bibliographie

1/liste des ouvrages :

1. American psychiatrique association ; & Guelfi, J.-D. (2010). **mini DSM-IV-TR**. Issy-les-Moulineaux : Masson.
2. Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1998). **BDI-II, inventaire de dépression de Beck: Manuel**. San Antonio : psychological Corp.
3. Bertrand-Servais(M) ,2004 « **comprendre la dépression pour en guérir** ».Vuibert, paris. Le cedex 9, PUG.
4. Besançon, G. (1993). **Manuel de psychopathologie**. paris : Dunod.
5. Brouillet (D), Syssau(A). « **Mémoire et oubli, apport de la psychologie cognitive au vieillissement** » .Grenob.2000.
6. Caron, Guay (S). « **le soutien social et santé mentale** ».consortium érudit.
7. Chahraoui, K., & Bénony, H. (2003). **Méthodes, évaluation et recherches en psychologie clinique**. Paris : Dunod.
8. Chiland, C.**L'entretien clinique**. Paris : Pr.univ.de France.1983
9. Chantel, A. « **l'impact du support social sur la santé des femmes** ».le centre d'excellence des prairies.1998
10. Chassagne, Ph, Rolland, Y&Vellas, B. (2009) « **la personne âgées fragile** ».Springer-verlag France.
11. Cradec, V. « **sociologie de vieillesse et du vieillissement** ».Armand colin, 2008.
- 12- Duquesne, F. (2011) « **vulnérabilité de la personne âgées** » CHRU la caval Blanche, boulevard Tanguy prigent.

13- François C. (avril 2010). « **Importance de soutien social chez les insuffisants cardiaque** » IPSC.

14- Fredén L. (1982). « **Aspects psychosociaux de la dépression** » COPYRIGHT Galerie des PRINCES, BRUXELLES

15- Henrard J-C. « **Les défis du vieillissement** ». La découverte et Syros, 2002.

16-Maquet. J. « **berne, la réflexion clinique et la théorie** ».PTSTA, paris. Rance.

17- Pédinielli, J.-L., & Bernoussi, A. (2005). **Les états dépressifs**. Paris : A. Colin.

18- Sarason I. G., Levine, H. M., Basham, R. B., & Sarason, B. R. **Assessing social support : The Social Support Questionnaire**. « Journal of Personality & social psychology » 1983.

19-Tousignant, M. (1992). **Les origines sociales et culturelles des troubles psychologiques**. Paris : Presses universitaires de France.

2/Les thèses :

1. Ouakam, Ouakam, J-F. « **autonomie, dépendance et santé des personnes âgées** ». université de Bamako. (2005).
2. Saias, T., Cerclé, A., & université Rennes 2. (2012). **Déterminants relationnels de la santé mentale périnatale : Approche psychosocial**. Rennes : université Rennes 2.
3. Thomas, P., & Hazif-thomas, C. (January 01, 2008).**Les nouvelles approches de la dépression de la personne âgée**. Gériologie et Société, 126, 3, 141,155.
4. Trudel, E-J. « **le soutien social et l'anxiété** ».université du Québec a montréal.janvier 2009.

3/Liste des dictionnaires :

1. Bloch, H. (1999). **Grand dictionnaire de la psychologie**. Paris : Larousse.
2. Boudon, R. (2012). **Dictionnaire de la sociologie**. Paris : Larousse.
3. Doron, R., & Parot, F. (2003). **Dictionnaire de psychologie**. Paris : Presses universitaires de France.
4. Chemama, R., & Vandermersch, B. (2003). **Dictionnaire de la psychanalyse**. paris : Larousse.

4/les sites internet :

1. http://www.seformeralageriatrie.org/Documents/CNEG_Vieillissement_item63c.pdf
2. http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/depression_fr.pdf
3. [http://sofia.medicalistes.org/spip/IMG/pdf/Vulnerabilite de la personnes agee.pdf](http://sofia.medicalistes.org/spip/IMG/pdf/Vulnerabilite_de_la_personnes_agee.pdf)
4. [Http : fr.wikipedia.org](http://fr.wikipedia.org).

ANNEXES

Annexe N1

-ANNEXE N°1 :

-le guide d'entretien pour les personnes âgées placées dans un foyer d'accueil :

A. Les informations personnelles :

1. Quelle est votre nom ?
2. Quel âge avez-vous ?
3. Quelle est votre situation familiale ?
4. Quelle est votre niveau d'instruction ?

1^{er} axe : le vécu psychologique de la personne âgée dans le Foyer :

1. Comment sentez-vous la 1^{ère} fois quand vous êtes venu à ce foyer ?
2. quelle est votre état de santé actuelle ?
3. souffrez vous d'une maladie ?si oui, laquelle ?
4. prenez vous un traitement ?
5. avez-vous des troubles de sommeil ?si oui, pourquoi ?
6. comment il est votre appétit ?
7. ressentez vous la fatigue la plupart des temps ?si oui, pourquoi ?
8. sentez vous souvent découragé et triste ?si oui, pourquoi ?
9. avez-vous le sentiment que votre vie est vide ?si oui, pourquoi ?
10. avez-vous remarqué un changement de vos activités quotidiennes avant et après
Votre entrée ?
- 11.êtes vous anxieux ?depuis quant ?est ce avant ou après votre entrée au foyer ?
12. est ce que vous sentiez toujours l'intérêt pour les choses que vous aimaient ?
13. que ressentez vous en pensant à votre vie passé ?
14. comment exprimez-vous votre tristesse ?

2ème axe : le soutien social

1. depuis quand êtes vous dans ce foyer ?
2. d'après vous quelles sont les raisons de votre présence dans ce foyer ?
3. parlez nous de votre famille ?
4. est ce que votre famille vous rend visite ? Si oui, comment vivez ces Moments?
5. vous plaisez vous dans le foyer ?
6. est ce que votre comportement a changé envers votre famille et votre Entourage après votre placement ?
7. si votre famille vous propose de rentrer chez vous qu'allez-vous faire?
8. Comment sont vos relations :
 - avec les autres résidents du foyer ?
 - le personnel du foyer ?
9. Comment passez –vous les journées dans ce foyer ?
10. avez-vous des amis dans ce foyer ?
11. êtes-vous dépendant des autres ? Vous arrivez vous prendre en charge Seul ?
12. quelle est votre relation avec les autres ?
13. est ce que vous sentez que vos proches essayent de vous soutenir ?
14. êtes vous satisfait dans ce foyer ? Pourquoi ?
15. considérez vous vos relations sociales et familiales comme satisfaisantes ?
16. Que pensez-vous de l'équipe qui travaille dans ce foyer ?

3eme : regard sur l'avenir :

- Quels sont vos souhaits ?

Annexe N2

-ANNEXE N°2 :

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

A. Les informations personnelles :

1. Quelle est votre nom ?
2. Quel âge avez-vous ?
3. Quelle est votre situation familiale ?
4. Quelle est votre niveau d'instruction ?

1^{er} axe: le vécu psychologique de la personne âgée dans le foyer :

1. Amek Thourout asse amanze édkchemate?
2. Amek ithelite lhala ntzmertik toura?
3. Siit atane? Ma yella ih guachou?
4. thtesete dhoi ?
5. siit ougouren gu noudame ? Ma yela ih iwachou ?
6. amek tazmerthik guelmakla ?si ma dirith iwachou ?
7. Thousout imanik tayete bzaf n lwakte: ma yela ih iwachou?
8. Thousout imanik tkwel thkatate layesse w thhaznet? Ma yela ih iwachou?
9. Thousout bel dounithek tfregh?
10. Thzarete beli bedlent lehwayage ethkhadmete oukbel atkachmete ghardaye?

11. Thousout imanik tkelkete? Ma yela ih smelmi? Oukbel nigh gmi étkachmet ghardai?
12. Thousout beli mazel tsiit Ifayda ghlahwayege éthalite thamlatante? Ma yela khati iwachou?
13. Dachou thousout ma tkhamimate flhayatik iadane?
14. Dachou ithkhadmet ma thouset emanik thaznete?

2^{em} axe: le soutien social:

1. Achhel gumi ithelit dakh ?
2. Dachou dese bba ikijane tousitade gher dakhi ?
3. Zemreth ayedhadrat fela famille ynek ?
4. Trouhound ghore Th familti ynek? ma yela ih? Amek thousout as ma ntwalite?
5. Ajbak lhal dakhi?
6. Thouse Bali thbadlate GH thfamiltik wahi dwidak ithzadghate gmi ithalit dakhi?
7. Lokane agdini tafamiltik aknar gho khome dachou atkhadmate?
8. Amek ithetilite wahi dimgharen n dakhi?
9. Amek itesadayet lwakthik dakhi?
10. Siit imdoukal dakhi?
11. Thousout bali touhwajate menho akiwnene bache atkhadmet lahwayjik nkolase?
Nagh tzemrete antkhadmete imanik?
12. Amek ithatilit wahi dwiytnine?
13. Thousout beli mawlanik bghane akiwunen?
14. Thelan yidhek mlih dakhi? Thkan aate swachou igdafken? Ma yalla iouachou?
15. Thzerate Bali laalaka ynek wahi DH l3ibad akke DH delefamilayayenek tekn3ike?
16. Dachou ITHETEKHEMIMETHE FE WIDAK IKHEDEMAN DAGHI?

3eme : regard sur l'avenir :

Dachu sarameth goussen iditedoun ?

-ANNEXE N°2 :

-le guide d'entretien se directive en kabyle pour les personne âgées placées dans un foyer d'accueil :

A. Les informations personnelles :

1. Quelle est votre nom ?
2. Quel âge avez-vous ?
3. Quelle est votre situation familiale ?
4. Quelle est votre niveau d'instruction ?

1^{er} axe: le vécu psychologique de la personne âgée dans le foyer :

1. Amek Thourout asse amanze édkchemate?
2. Amek ithelite lhala ntzmertik toura?
3. Siit atane? Ma yella ih guachou?
4. thsesete dhoi ?
5. siit ougouren gu noudame ? Ma yela ih iwachou ?
6. amek tazmerthik guelmakla ?si ma dirith iwachou ?
7. Thousout imanik tayete bzaf n lwakte: ma yela ih iwachou?
8. Thousout imanik tkwel thkatate layesse w thhaznet? Ma yela ih iwachou?
9. Thousout bel dounithek tfregh?
10. Thzarete beli bedlent lehwayage ethkhadmete oukbel atkachmete ghardaye?

11. Thousout imanik tkelkete? Ma yela ih smelmi? Oukbel nigh gmi étkachmet ghardai?
12. Thousout beli mazel tsiit Ifayda ghlahwayege éthalite thamlatante? Ma yela khati iwachou?
13. Dachou thousout ma tkhamimate flhayatik iadane?
14. Dachou ithkhadmet ma thouset emanik thaznete?

2^{em} axe: le soutien social:

1. Achhel gumi ithelit dakh ?
2. Dachou dese bba ikijane tousitade gher dakhi ?
3. Zemreth ayedhadrat fela famille ynek ?
4. Trouhound ghoure Th familti ynek? ma yela ih? Amek thousout as ma ntwalite?
5. Ajbak lhal dakhi?
6. Thouse Bali thbadlate GH thfamiltik wahi dwidak ithzadghate gmi ithalit dakhi?
7. Lokane agdini tafamiltik aknar gho khame dachou atkhadmate?
8. Amek ithetilite wahi dimgharen n dakhi?
9. Amek itesadayet lwakthik dakhi?
10. Siit imdoukal dakhi?
11. Thousout bali touhwajate menho akiwnene bache atkhadmet lahwayjik nkolase?
Nagh tzemrete antkhadmete imanik?
12. Amek ithatilit wahi dwiytnine?
13. Thousout beli mawlanik bghane akiwunen?
14. Thelan yidhek mlih dakhi? Thkan aate swachou igdafken? Ma yalla iouachou?
15. Thzerate Bali laalaka ynek wahi DH l3ibad akke DH delefamiliyayenek tekn3ike?
16. Dachou ITHETEKHEMIMETHE FE WIDAK IKHEDEMAN DAGHI?

3eme : regard sur l'avenir :

Dachu sarameth goussen iditedoun ?

Annexe

N3

BDI-II

Situation de famille

Nom

Age

Sexe

- Marié
- Divorcé(e)
- Séparé(e)

Niveau d'étude

- Vivant maritalement
- Veuf (Ve)
- Célibat

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**. 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 ressentez, choisissez celui qui a le chiffre le plus élevé et en cerchez 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).

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 Echecs 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 du...
- 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 sentiments d'être puni (e)

- 0 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

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 suiciderai si l'occasion se présentait.

10 pleurs

- 0 Je ne pleure plus qu'avant.
- 1 Je pleure plus qu'avant.
- 2 Je pleure pour la moindre 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 tendre(e) que d'habitude.

1. Je me sens, plus agité ou plus tendre(e) que d'habitude.

3. Je suis si agité(e) ou tendre(e) que j'ai du mal à rester tranquille.

4. Je suis si agité(e) ou tendre(e) que je dois continuellement bouger ou faire quelque chose

12. pertes 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 veux 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 de grandes choses

3. J'ai trop peu d'énergie pour faire quoi que ce soit.

16 Modification dans les habitudes de sommeil

0. Mes habitudes de sommeil n'ont pas changé.

1. La je dors un peu d'habitude, lb je dors un peu moins que d'habitude.

2. Je dors beaucoup plus que d'habitude dors moins que d'habitude.

3. Je dors presque toute la journée.

4. Je me réveille une 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. modification de l'appétit

0. Mon appétit n'a pas changé. La j'ai 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. Difficile à se concentrer

0. Je ne 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.

19. Fatigue

0. Je ne suis plus fatigué(e) que d'habitude.

1. Je me fatigue plus facilement que d'habitude.

2. Je suis trop fatigué plus(e) pour faire un grand nombre de choses que je faisais avant.

3. Je me trouve incapable de me concentrer sur quoi que ce soit.

21 Perte d'intérêt pour sexe

0. Je n'ai pas noté de changement récent dans intérêt pour 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.

Annexe N4

ANNEXE 02 : questionnaire d'auto-évaluation de soutien social (S.S.Q.DE SARASON & AL., 1983)

Consigne :

Les questions suivantes concernent les personnes de votre environnement qui vous procurent une aide ou un soutien .chaque question est en deux parties : dans un premier temps énumérez toutes les personnes (à l'exception de vous même) en qui vous pouvez compter pour une aide ou un soutien dans la situation décrite .donnez les initiales de la personne et le lien que vous avez avec elle (voir exemple).A chaque numéro doit correspondre une seule personne .dans un second temps ,entourez la réponse correspondant à votre degré de satisfaction par rapport au soutien obtenu. Si pour une question, vous ne recevez pas de soutien, utilisez le terme « aucune personne » mais évaluez tout de même votre degré de satisfaction .ne citez pas plus de neuf personnes par question. S'il vous plait répondez de votre mieux à toutes les questions .vos réponses resteront confidentielles.

1-Quelles sont les personnes disponibles en qui vous pouvez réellement compter quand vous avez besoin d'aide ?

Aucune	1)	4)	7)
Personne	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

2-Quel est votre degré de satisfaction par rapport au soutien obtenu ?

1. très insatisfait	4-plutôt satisfait
2. insatisfait	5-satisfait
3. plutôt insatisfait	6-très satisfait

3-En qui pouvez vous réellement compter pour vous aider à vous sentir plus détendu lorsque vous êtes sous pression ou crispé ?

Aucun	1)	4)	7)
Personne	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

4-Quel est votre degré de satisfaction par rapport au soutien obtenu ?

1. très insatisfait	4-plutôt satisfait
2. insatisfait	5-satisfait

3. plutôt insatisfait 6-très satisfait

5- Qui vous accepte tel que vous êtes c'est-à-dire, avec vos bons et mauvais cotés ?

Aucune 1) 4) 7)

Personne 2) 5) 8)

 3) 6) 9)

6- Quel est votre degré de satisfaction par rapport au soutien obtenu ?

1. très insatisfait 4-plutôt satisfait

2. insatisfait 5-satisfait

3. plutôt insatisfait 6-très satisfait

7- En qui pouvez-vous réellement compter pour s'occuper de vous quoiqu'il arrive ?

Aucune 1) 4) 7)

Personne 2) 5) 8)

 3) 6) 9)

8- Quel est votre degré de satisfaction par rapport au soutien obtenu ?

1. très insatisfait 4-plutôt satisfait

2. insatisfait 5-satisfait

3. plutôt insatisfait 6-très satisfait

9- En qui pouvez-vous réellement compter pour vous aider à vous sentir mieux quand il vous arrive de broyer du noir ?

Aucune 1) 4) 7)

Personne 2) 5) 8)

 3) 6) 9)

10- Quel est votre degré de satisfaction par rapport au soutien obtenu ?

1. très insatisfait 4-plutôt satisfait

2. insatisfait 5-satisfait

3. plutôt insatisfait 6-très satisfait

11- En qui pouvez-vous réellement compter pour vous consoler quand vous êtes bouleversé ?

Aucune	1)	4)	7)
Personne	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

12- Quel est votre degré de satisfaction par rapport au soutien obtenu ?

1. très insatisfait	4-plutôt satisfait
2. insatisfait	5-satisfait
3. plutôt insatisfait	6-très satisfait