

À propos de la souffrance psychologique des personnes âgées placées en institution en Algérie

Dr. BENAMSILI Lamia^{*}
haderbache.lamia@gmail.com
Bedjguelel Dihya^{**}
Belhocine Nesrine^{***}

Soumission: 21-03-2019 Acceptation: 10-06-2019 Publication: 19-12-2019

Résumé :

Cette recherche exploratoire porte sur le vécu psychologique des personnes âgées placées en institution. Nous avons réalisé notre étude dans le foyer pour personnes âgées et handicapés de Bejaia. Notre objectif principal à travers cette recherche, est de décrire et d'expliquer la souffrance psychologique de ces personnes, en investissant deux indicateurs cliniques du vécu psychologique : la dépression et la qualité de vie. Nous nous sommes alors interrogées sur le niveau de la dépression et de la qualité de vie des personnes âgées placées en institution.

Pour la réalisation de notre travail de recherche, nous avons utilisé un entretien clinique semi-directif, l'échelle gériatrique de dépression et les deux questionnaires complémentaires de la qualité de vie le WHOQOL-BREF et le WHOQOL-OLD. Cette étude a révélé la présence d'une souffrance psychologique chez quatre de nos sujets de recherche : M. Bachir, Mme Taklit et M. Karim avec un niveau grave de dépression et un niveau faible de qualité de vie, et M. Mouloud, avec un niveau de dépression léger et un niveau moyen de qualité de vie. Quant aux deux autres cas, M. Rafik et M. Hamid, il a été révélé qu'ils ne présentaient pas

* Maitre de conférences, Université Abderrahmane Mira de Bejaia.

** Masterante en psychologie clinique, Université Abderrahmane Mira de Bejaia.

*** Masterante en psychologie clinique, Université Abderrahmane Mira de Bejaia.

de souffrance psychologique avec une absence de dépression et un niveau élevé de qualité de vie pour M. Rafik et un niveau moyen pour M. Hamid.

Mots clés : souffrance psychologique, personnes âgées, institution, dépression, qualité de vie.

Abstract :

This exploratory research focuses on the psychological experience of the elderly institutionalized. We conducted our study in the home for the elderly and disabled of Bejaia. Our main goal through this research is to describe and explain the psychological suffering of its people, by investing two clinical indicators of psychological experience: the depression and quality of life. We are then asked about the level of depression and quality of life of the elderly institutionalized.

For the realization of our research work, we used a clinical semi-directed interview, the geriatric depression scale, and two additional quality questionnaires of life WHOQOL-BREF and WHOQOL-OLD. This study revealed the presence of a psychological suffering to four of our research subjects. Of which, Mr Bachir, Mrs Taklit and Mr Karim with a serious level of depression and a weak quality level of life, and Mr Mouloud, with a level of depression light and a medium quality level of life. As for the two other cases, Mr Rafik and Mr Hamid, it was revealed that they did not introduce psychological suffering with an absence of depression and a well brought up quality level of life for Mr Rafik and a medium level for Mr Hamid.

Key words: suffering psychological, old persons, institution, depression, quality of life.

Introduction

La population des vieillards augmente de plus en plus dans le monde, elle constitue une tranche d'âge très importante dans la société. L'avancement en âge fait apparaître une certaine fragilité physique, une dégradation de l'état de santé, un changement dans l'état psychologique et une diminution des relations sociales. On voit alors apparaître chez la personne âgée, des maladies somatiques et/ou mentales, ces sujets présentent aussi une certaine solitude et un certain isolement, ce qui conduit à une perte d'autonomie.

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

deux milliards au cours de la même période. En Algérie, une légère progression des personnes âgées de 60 ans et plus a été enregistrée en 2015, selon l'ONS. En 2015, les personnes âgées de 60 ans et plus, représentaient 8,7 % de la population globale de l'Algérie contre 8,5% en 2014.

La plupart de ces personnes ont besoin d'être pris en charge et d'être soutenues par leur famille et leurs proches. Toutefois, il y a des sujets âgés qui n'ont pas de proches qui souhaitent les prendre en charge, alors le seul endroit qui leur reste, c'est l'institution.

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

À côté des changements physiques, psychologiques et la rupture avec la vie sociale chez la personne âgée, le changement de lieu de vie et l'éloignement avec sa famille, peut le conduire à vivre une véritable souffrance psychologique. Étant donné la complexité de la notion, on a opérationnalisé la souffrance psychologique en deux indicateurs cliniques, qui sont : la dépression et la qualité de vie.

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

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

Par ailleurs, nous avons choisi le thème de la souffrance psychologique des personnes âgées placées en institution, dans le but de mettre en avant la personne âgée placée en institution, une catégorie de personnes souvent négligée, qui pourtant a le plus besoin d'attention. Cette dernière, étant confrontée à un changement de lieu de vie, va vivre un grand chamboulement.

Ce changement est parfois mal vécu par la personne âgée, entraînant en elle une éminente souffrance psychologique. Notre principal objectif étant donc de définir le niveau de la qualité de vie et le niveau de la dépression chez les personnes âgées placées en institution, et cela, pour pouvoir apprécier la nature de la souffrance psychologique de ces derniers.

Pour la réalisation de notre travail de recherche, nous avons choisi, l'approche cognitive et comportementale (TCC) cette approche nous a permis de mieux décrire et expliquer les comportements des personnes âgées, c'est une approche centrée sur les pensées, les cognitions et les émotions.

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

Question générale :

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

Pour répondre à la question de départ, on a conjugué plusieurs concepts, car la description d'un phénomène psychologique aussi complexe que la souffrance psychologique nécessite de le traduire et de le découper en deux indices minimum.

Questions partielles :

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

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

Hypothèse générale :

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

Hypothèses partielles :

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

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

1- Rappel théorique des concepts clés de la recherche

Ce point vise à faire une brève présentation théorique des concepts clés de notre recherche :

1-1- La personne âgée :

La vieillesse est : « *le dernier âge de la vie, ou la période de la vie humaine, dont on fixe le commencement à la soixantième année, mais qui peut être*

plus ou moins retardée ou avancée, suivant la constitution individuelle, le genre de vie et une foule d'autres circonstances »¹

Le vieillissement, selon l'OMS est un : « *processus de changement progressif dans les structures biologiques, psychologiques et sociales de l'individu* »²

Le grand dictionnaire de la psychologie (2011) définit le vieillissement comme : « *l'ensemble des transformations qui affectent la dernière période de la vie et qui constituent un processus de déclin* »³

1-2- Le placement en institution :

Les institutions se définissent comme : « *l'ensemble des formes et structures sociales instituées par la loi et par la coutume* »⁴

Il s'agit alors de : « *lieu de résidence et de travail où un grand nombre d'individus, placés dans la même situation, coupés du monde extérieur pour une période relativement longue, mènent ensemble une vie recluse dont les modalités sont explicitement et minutieusement réglées* »⁵

Généralement, le placement en institution caractérise le bout d'un parcours où les problèmes de santé et ou de comportement se sont accumulés. La personne victime de perte d'autonomie est contrainte vers ce nouveau mode de vie. L'entrée en institution, se fait parfois par manque de famille, par manque de sa disponibilité ou du fait d'un épuisement physique et psychologique.⁶

1-3- La souffrance psychologique :

L'institution gériatrique, reste parfois une dernière issue pour la personne âgée, se trouvant dans un état où elle ne peut plus vivre seule et subvenir à ses besoins personnels. L'institution, devient alors l'endroit où le sujet âgé va être pris en charge et va passer le reste de ses jours. L'institution est alors vécue comme « l'antichambre de la mort ». Le placement en institution est souvent considéré par le médecin comme un échec de la prise en charge au domicile. Le placement en institution est alors vécu comme un retrait du monde, une « première mort ».

Dès lors, la souffrance psychologique, constitue un état de mal-être profond, qui peut éventuellement être présent chez les sujets âgés en général et plus particulièrement chez ceux qui sont placés en institution. Ainsi, la souffrance, est « *un état mental que ressent tout individu qui éprouve une douleur physique ou mentale prolongée* »⁷

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

*corps, de l'espace et du temps qui empêche toute démarche, toute, dynamique et toute initiative »*⁸

Dès lors, la souffrance psychique est une « *expérience ressentie et un comportement qui exprime un désarroi et un désaccord en rapport avec un conflit interpersonnel* »⁹

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

On évoquera dans ce qui suit deux indices cliniques qui permettront une description d'une éventuelle souffrance psychologique chez les personnes âgées placées en institution, ces derniers sont « *la dépression* » et « *la qualité de vie* ». Nous avons choisi, la dépression parce qu'elle touche souvent les personnes âgées et encore plus celles, placées en institution et parce qu'on ne peut pas parler de souffrance psychologique sans évoquer la dépression. Quant à la qualité de vie, nous l'avons choisie parce que, celle-ci est forte influencée arrivée à l'âge de la vieillesse et surtout en institution. De ce fait, ces deux éléments permettront à coup sûr de rendre compte d'une possible souffrance psychologique de nos sujets de recherche.

- La dépression :

Étymologiquement, le mot dépression provient du latin impérial « *depressio* » qui signifie « *enfouissement, affaiblissement* » et est issu du radical de depressum supin de deprimere « *enfoncer, rabaisser* »¹⁰

De son côté, le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, le DSM 5, définit la dépression comme « l'affection classique dans le groupe de troubles dépressifs. Il est caractérisé par des épisodes délimités d'une durée d'au moins deux semaines (bien que la plupart des épisodes durent considérablement plus longtemps), comprenant des changements manifestes dans les affects, les cognitions et les fonctions neurovégétatives et des rémissions entre les épisodes. Un diagnostic reposant sur un épisode unique est possible, même si ce trouble est récurrent dans la majorité des cas. »¹¹

Pour les critères diagnostiques de la dépression selon le DSM 5, ils sont comme suit :

Au moins cinq des symptômes suivants sont présents pendant une même période d'une durée de deux semaines et représentent un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; au moins un des symptômes est soit une humeur dépressive, soit une perte d'intérêt ou de plaisir.

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

2. Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités quasiment toute la journée, presque tous les jours.
 3. Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime (p. ex. Modifications du poids corporel excédant 5% en un mois) ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours.
 4. Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.
 5. Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constaté par les autres, non limitée à un sentiment subjectif de fièvre ou de ralentissement).
 6. Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.
 7. Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (ne pas seulement se reprocher ou se sentir coupable d'être malade).
 8. Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision, presque tous les jours (signalée par la personne ou observée par les autres).
 9. Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis, tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.
- B. Les symptômes induisent une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- C. L'épisode n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance ou à une autre affection médicale.
- D. La survenue de l'épisode dépressif caractérisé n'est pas mieux expliquée par un trouble schizoaffectif, une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant ou d'autres troubles spécifiés du spectre de la schizophrénie, ou d'autres troubles psychotiques.
- E. Il n'y a jamais eu auparavant d'épisode maniaque ou hypomaniaque.¹²

- La qualité de vie

La qualité de vie constitue un élément important pour l'épanouissement de l'individu. La qualité de vie, est un concept très large et difficile à définir, qui varie d'une personne à une autre. Il renvoie à la santé sociale, physique et psychologique.

La qualité de vie renvoie, à l'épanouissement humain, au bonheur, à la santé environnementale, à la satisfaction de vie et au bien-être général d'une société.¹³

Vetter et al (1981) l'ont défini ainsi : « *la qualité de vie est le degré de satisfaction qu'un individu ressent par rapport à sa vie et ce qui l'entoure* »
14

2- Méthodologie de la recherche

Nous avons retenu la méthode clinique parce que c'est une méthode qui va nous emmener à comprendre et à observer la conduite de nos sujets de recherche et surtout à les étudier de manière singulière. En ce qui concerne la méthodologie que nous avons mise en place, elle a permis l'exploration des variables que nous souhaitons investiguer, tout en permettant aux participants de s'exprimer librement sur des éléments dont nous n'aurions pas nécessairement envisagé la pertinence. Pour la poursuite des recherches dans ce champ, nous soulignons cependant l'importance de recueillir également des données objectivables et quantifiables (via des questionnaires ou échelles d'évaluation psychologique) de façon à pouvoir disposer d'un plus grand nombre de données et de résultats plus aisément reproductibles.

La méthode clinique envisage : « *la conduite dans sa perspective propre, relever aussi fidèlement que possible la manière d'être et d'agir d'un être humain concret et complet aux prises avec cette situation, chercher à établir le sens, la structure et la genèse, déceler les conflits qui la motivent et les démarches qui tendent à résoudre ces conflits* »¹⁵. Elle a pour objet l'étude approfondie de cas individuels : des déterminants héréditaires, biographiques, génétiques, de la conduite du sujet observé.¹⁶

Nous avons choisi l'étude de cas, parce que celle-ci va nous permettre d'observer, de comprendre, de décrire et d'analyser l'état actuel de nos cas, en tenant compte de leur histoire de vie et de leur situation. L'étude de cas permet le recueil de données concernant un sujet, ces données doivent être riches, diversifiées, subjectives, étendues, et la production d'une représentation ordonnée, explicative, qui rend compte des éléments déterminants de l'histoire et de la subjectivité de la personne concernée. Cette représentation doit satisfaire aux principes de totalité et de singularité. Par l'étude de cas, le clinicien tente de décrire le plus précisément possible le problème actuel d'un sujet en tenant compte de ses différentes circonstances actuelles et passées.¹⁷

Ainsi, Widlöcher recommande dans deux textes princeps (1990,1999) le recours à la méthode des cas uniques à chaque fois que le chercheur doit explorer un champ nouveau de la manière la plus exhaustive possible à

l'aide d'hypothèses plurielles. Nous nous trouvons précisément dans ce cas de figure.

Nous avons effectué notre travail de recherche au FPAH¹ (foyer pour personnes âgées et/ou handicapées) de la wilaya de Bejaia, qui se situe à Sidi Ouali. L'établissement accueille les personnes âgées de plus de 60 ans sans soutien ni ressources et les handicapés moteurs âgés de plus de 15 ans sans soutien familial ni ressources et reconnus inaptes au travail. En plus des pensionnaires, l'établissement accueille des sans domiciles fixes.

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

Dans ce qui suit, nous allons illustrer et définir dans un tableau les caractéristiques de notre groupe de recherche. Ce tableau contient les prénoms des personnes âgées que nous avons évidemment changés pour l'éthique de la recherche, leur âge, leur niveau d'instruction, leur situation matrimoniale, leur nombre d'enfants, leur ancien travail et la durée de leur placement.

Tableau n°1 : Caractéristiques du groupe de recherche

Prénom	Age	Niveau d'instruction	Situation matrimoniale	Nombre d'enfants	Ancien travail	Durée de placement
Bachir	65	primaire	divorcé	5	maçon	3 ans
Rafik	70	secondaire	divorcé	1	musicien	4 ans
Taklit	67	primaire	divorcée	Sans enfant	Femme de ménage	3 ans
Mouloud	68	primaire	célibataire	Sans enfant	aucun	14 ans

¹ Il a été ouvert le 15 mars 2003. L'établissement est d'une superficie de 2374 m² bâtie et 5722 m² d'espace vert d'une capacité d'accueil est de 100 pensionnaires. Il est composé d'un sous-sol, d'un bloc d'accueil, d'un bloc administratif, d'un bloc réservé pour l'équipe médico-psychopédagogique constitué d'un bureau de l'assistante sociale, d'une salle de consultation, d'une infirmerie, d'un bureau de psychologue clinicien, et d'un bureau des éducateurs et veilleurs de nuit. Il est aussi composé d'un bloc d'hébergement, dont 30 chambres à un lit, 26 chambres à deux lits, quatre sanitaires, deux douches, une salle de séjour, buanderie, salle de prière, salle de sport, cafétéria, une terrasse, cuisine et un réfectoire.

Karim	66	secondaire	divorcé	3	comptable	10 ans
Hamid	65	analphabète	célibataire	Sans enfant	mécanicien	2 ans

Dans ce qui suit nous aborderons les outils que nous avons utilisés pour effectuer notre travail de recherche.

- Entretien de recherche

Nous avons commencé par l'entretien de recherche parce que celui-ci permet d'avoir un premier contact avec nos sujets de recherche et d'émettre une relation de confiance avec eux. Nous avons donc adopté l'entretien de recherche qui est souvent utilisé comme méthode de production de données dans la recherche en psychologie clinique. Il représente un outil indispensable pour avoir accès aux informations subjectives des individus. L'entretien de recherche, n'a pas d'objectif thérapeutique ou diagnostique, mais il vise l'accroissement des connaissances dans un domaine choisi par le chercheur. Il est produit à l'initiative du chercheur, contrairement à l'entretien thérapeutique où c'est le sujet qui est en situation de demande.¹⁸

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

Dans l'entretien clinique semi-directif, le chercheur dispose d'un guide d'entretien avec plusieurs questions préparées à l'avance, mais non formulées d'avance. Le chercheur pose une question puis laisse le sujet associer sur le thème proposé sans l'interrompre. L'aspect spontané des associations est moins présent dans ce type d'entretien dans la mesure où le chercheur propose un cadre et une trame qui permet au sujet de dérouler son récit.¹⁹

Notre recherche a donc nécessité de recueillir directement le témoignage de ces sujets. Dès lors, le guide d'entretien est un premier travail de traduction des hypothèses de recherche en indicateurs concrets et de reformulation des questions de recherche en question d'enquête. Le degré de formalisation du

guide est en fonction de l'objet d'étude, de l'usage de l'enquête et du type d'analyse que l'on projette de faire.²⁰

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

Notre deuxième axe est intitulé : « *la souffrance psychologique* », contient 19 questions, il est subdivisé en deux sous-axes le premier étant : « *la symptomatologie dépressive* », comprenant neuf questions. L'objectif est de repérer s'il y a présence de signes dépressifs chez le sujet âgé. Quant à notre deuxième sous axe qui est : « *la qualité de vie* », il est composé aussi de neuf questions. Le but de ce dernier, est de repérer si la personne âgée jouie d'une qualité de vie élevée ou au contraire souffre d'une faible qualité de vie, autrement dit ces deux sous-axes nous permettront de décrire la souffrance psychologique éventuelle chez le sujet âgé placé en institution. L'objectif de toutes les questions de notre guide d'entretien est, de détecter s'il existe ou non une souffrance psychologique chez les personnes âgées placées en institution.

Pour certaines expressions, nous avons rencontré des difficultés pour restituer l'essence du sens. Il en fut ainsi par exemple lorsqu'il a été question de traduire un proverbe ou une métaphore et trouver les mots exacts pour les rendre en français. Le travail de transcription et de traduction entrepris hors contexte ne permettait pas de restituer toujours ces sens implicites, inhérents au « vouloir dire » Ainsi, la traduction n'est pas un simple travail sur la langue ou sur les mots, mais plutôt sur le message, sur le sens. Pour la traduction des récits, nous avons rencontré des difficultés pour trouver les mots qui donneraient le même sens. Après avoir traduit les récits de vie, nous les avons fait relire par plusieurs personnes pour vérifier si elles ont perçu dans ces traductions le sens implicite que nous avons nous-même perçu dans le contexte de l'interlocution.

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

Pour ce faire, on ne s'est pas seulement contenté de notre guide d'entretien clinique semi-directif, mais aussi d'une échelle gériatrique de dépression et

de deux questionnaires complémentaires de qualité de vie que nous allons présenter ci-dessous. Les outils psychométriques vont nous permettre d'obtenir des informations qui ne peuvent être observées ou faire l'objet de questions directes lors des entretiens. Dans ce cadre, les méthodes psychométriques offrent un éclairage complémentaire, il s'agit de confirmer des éléments pressentis ou bien encore, de découvrir véritablement un aspect du fonctionnement psychologique que l'entretien n'avait su mettre en évidence. L'approche psychométrique peut contribuer à modéliser des phénomènes complexes et apporter une certaine rationalité dans la compréhension de l'insondable.

- **Échelle gériatrique de dépression**

Nous avons choisi d'utiliser cette échelle qui a été conçue par : T-L. Brink, JA. Yesavage, O. Lum, P-H. Heersema, M. Adey, et T-L. Rose en 1982, parce qu'elle est spécialement établie pour mesurer la dépression chez les personnes âgées et parce qu'elle est perçue comme étant efficace par plusieurs chercheurs. Nous devons aussi prendre en compte la spécificité psychologique de la catégorie d'âge étudiée à savoir la vieillesse. L'échelle de dépression gériatrique (Geriatric Depression Scale) est un questionnaire qui se rapporte à la symptomatologie dépressive chez les personnes âgées.²¹

- **Le questionnaire WHOQOL-BREF**

On a choisi d'utiliser le questionnaire WHOQOL-BREF, qui va nous permettre d'évaluer la qualité de vie de notre groupe de recherche d'une manière globale dans quatre domaines, santé physique, santé psychologique, relations sociales en environnement. Le WHOQOL-BREF, version abrégée en 26 items du WHOQOL-100, est un questionnaire d'auto-évaluation générique et multidimensionnel. Il contient un item concernant la qualité de vie globale, un item évaluant la santé générale et un item de chacune des 24 facettes du WHOQOL-100. Les quatre grands facteurs recherchés par l'outil concernent : la santé physique, la santé psychologique, les relations sociales et l'environnement.²²

- **Le questionnaire WHOQOL-OLD**

Le WHOQOL-OLD, est un questionnaire complémentaire au WHOQOLBREF destiné à évaluer la qualité de vie des personnes âgées à partir de 60 ans. Le questionnaire WHOQOL-OLD peut être utilisé auprès des personnes âgées dans les études de service de santé, la recherche clinique et les études épidémiologiques.²³

À noter que la traduction des outils de recherche du français au Kabyle s'est faite avec l'aide de dictionnaires de traduction français-kabyle disponibles.

Nous avons procédé pour analyser les résultats des outils psychométriques comme suit : réaliser une interprétation globale des scores obtenus : évaluation du niveau global, évaluation des niveaux partiels, analyse clinique des données, analyse des items et description précise et avec honnête des scores.

Le déroulement de l'enquête :

En premier lieu nous avons passé l'entretien à deux cas dans le bureau des éducateurs. On a commencé avec Mr Rafik, qui maîtrisait très bien la langue française ce qui a fait qu'on n'a pas eu recours à la traduction puis avec M. Bachir, on lui a passé l'entretien en kabyle. L'entretien a duré 50 minutes avec M. Rafik et 25 minutes avec M. Bachir Ensuite, par faute de temps et par peur que les sujets ne reviennent plus pour la passation de l'échelle et des deux questionnaires, la psychologue nous a demandées de passer tous les outils de recherche en même temps pour chaque cas. Durant la deuxième séance nous avons donc donné l'échelle gériatrique de dépression et les deux questionnaires le WHOQOL-OLD et le WHOQOLBREF à M. Rafik pour répondre aux questions en lui expliquant les consignes. On a dû attendre une semaine plus tard pour continuer avec M. Bachir parce qu'il était absent.

Pour les autres cas : Mme Taklit, M. Karim, M. Mouloud et M. Hamid, nous avons dû leur passer l'entretien clinique, l'échelle gériatrique de dépression et les deux questionnaires le WHOQOL-OLD et le WHOQOLBREF traduits en kabyle en même temps. Dans le bureau de la psychologue pour Mme Taklit, M. Mouloud et M. Karim et dans le bureau des éducateurs pour M. Hamid. La passation des outils a durée entre 40 minutes et 1h30min selon les cas. La passation de l'entretien de l'EGD et des deux questionnaires WHOQOL-BREF et WHOQOL-OLD s'est déroulée en langue kabyle pour tous les cas à l'exception de M. Rafik, qui a aussi rempli l'échelle est les questionnaires, seul, en lui donnant la consigne en français. Pour les autres cas, c'est nous qui leur avons passé l'échelle et les questionnaires en kabyle. Les instruments originaux ont été donc traduits du Français en kabyle pour rendre les questions plus compréhensibles. Il est à noter que le problème nosologique de ces tests ne se pose pas dans le contexte kabyle, car les items semblent adéquats avec la culture des sujets concernés.

Si la recherche en psychologie comme dans tout autre domaine a pour finalité de mieux connaître l'objet d'étude soutenue par le souci de la preuve et l'effort de généralisation, elle a pour particularité et spécificité d'étudier

l'être humain. Dans l'activité de la recherche, l'éthique se trouve bien en amont de la déontologie. L'éthique est présente dès le moment où le chercheur commence à réfléchir à son thème de recherche et à l'élaboration de son protocole. Les objectifs de la recherche qu'il propose, la méthodologie qu'il retient, sa participation à la recherche, l'exploitation et la diffusion des résultats obtenus mobilisent sa façon d'être et de faire qui reflètent ses qualités éthiques. La déontologie, quant à elle, permet de délimiter ce que le chercheur peut faire et surtout ne pas faire. C'est un ensemble de règles. Une fois les critères d'inclusion bien établis, le chercheur se doit de réfléchir à la façon dont il va présenter la recherche aux personnes retenues, en toute clarté. Outre les aspects éthiques directement liés aux personnes sollicitées, le contexte de la recherche doit conduire le chercheur à prendre en considération les particularités de l'environnement. Les conditions de recueil des données comportent également une dimension éthique. Le chercheur doit être attentif au bien-être de la personne sollicitée en se préoccupant que son état physique et mental au moment de la rencontre soient compatibles avec le degré de sollicitation. Les considérations éthiques concernent également l'exploitation des données recueillies qui doit se faire avec la rigueur nécessaire, en choisissant le moyen le plus adapté (analyse de contenu, outils statistiques...) et en toute objectivité. En fait, tout le travail d'élaboration et de préparation d'une recherche s'accompagne d'une réflexion éthique dont le souci majeur est de penser les conséquences du thème et de la méthode retenue sur la personne sollicitée pour la recherche. Les principes généraux concernant le respect des droits de la personne, la compétence, la responsabilité, la probité, le respect du but assigné et l'indépendance professionnelle s'appliquent de toute évidence au psychologue-chercheur. Il en est de même pour le principe réservé à la qualité scientifique. Il faut aussi préciser la nécessité d'obtenir le consentement des personnes qui y participent et de leur droit de se retirer à tout moment²⁴.

3- Résultats de la recherche

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

Cas1 : M. Bachir

D'après, les données qu'on a recueillies à travers cet entretien, Mr Bachir présente des indicateurs significatifs d'une possible souffrance psychologique, et ce, en se basant sur la présence d'une symptomatologie dépressive et sur des signes d'une mauvaise qualité de vie. D'après les résultats qu'on a obtenus dans l'EGD qu'on a effectué avec Mr Bachir, on déduit qu'il est souvent d'humeur triste, désespéré, inquiet et pessimiste, il a obtenu un score de 25 points, ce qui laisse croire qu'il a un niveau de dépression grave. En s'appuyant sur les résultats obtenus dans le questionnaire WHOQOLBREF, ont conclu que Mr Bachir a obtenu un score de 28.57% dans le domaine de la santé physique et un score 12.5% dans le domaine de la santé psychologique, vu son état de santé, sa maladie psychiatrique et ses sentiments négatifs et donc il a une qualité de vie physique et psychologique d'un niveau faible. Il a obtenu un score de 50% dans le domaine des relations sociales, un niveau moyen et un score de 53.12% dans le domaine environnemental, un niveau moyen. D'après les données recueillies dans le WHOQOL-OLD, on constate que Mr Bachir a une faible qualité de vie, il présente une peur de la mort et n'a pas d'activités et de loisirs, il a obtenu un score de 48.95%.

Cas 2 : M. Rafik

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

Cas 3 : Mme Taklit

En se référant aux résultats obtenus dans l'entretien clinique, Mme Taklit présente des signes de dépression tels que la tristesse et les pensées négatives et des signes d'une faible qualité de vie du fait de ne pas faire les

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

Cas 4 : M. Mouloud

En se référant aux résultats obtenus dans l'entretien clinique, Mr Mouloud a des émotions négatives, il a vécu des expériences négatives et des événements douloureux, qu'on a pu remarquer par son discours : « *saa chweya saa makanch khlass. Wina ureyaacghn-ara gar imawlan-is, d'achu l'hayat idiqimen? Walou, teqimed hacha tazalith* ». (Des fois ça va un peu des fois pas du tout. Celui qui n'a pas vécu auprès de ses parents, qu'est-ce qui lui reste ? Rien, il ne reste que la prière). Dans l'EGD, il a obtenu un score de 12 points qui signifie une dépression légère. Dans le questionnaire WHOQOL-BREF, il a eu un score de 39.28% dans le domaine de la santé physique, un score de 45.83% dans le domaine de la santé psychologique, un score de 25% dans le domaine des relations sociales et un score de 40.62% dans le domaine de l'environnement. Tous des scores faibles qui renvoient à une faible qualité de vie dans les quatre domaines. Et dans le questionnaire WHOQOL-OLD, il a obtenu un score de 57.29%, qui signifie une qualité de vie moyenne.

Cas 5 : M. Karim

En se référant aux résultats obtenus dans l'entretien clinique, Mr Karim a présenté des émotions et des pensées négatives, il s'isole beaucoup et ne fait aucune activité qu'on comprend bien par son discours : « *tezigh ken, qeragh le journal* ». (Je tourne en rond, je lis le journal). Dans l'EGD, il a obtenu un score de 26 points et présente des signes de dépression et donc une dépression grave. Dans le WHOQOL-BREF, on a conclu que Mr Karim a une faible qualité de vie physique, psychologique, sociale et environnementale, avec un score de 14.28% dans le domaine de la santé physique, un score de 12.5% dans le domaine de la santé psychologique, un score de 16.66% dans le domaine des relations sociales et un score de 34.37% dans le domaine de l'environnement. Et enfin, dans le WHOQOL-

OLD, il a eu un score faible de 36.45% et donc une faible qualité de vie. On déduit alors, que M. Karim vit une souffrance psychologique avec un niveau grave de dépression et une faible qualité de vie.

Cas 6 : Mr Hamid

En se référant aux résultats obtenus dans l'entretien clinique M. Hamid n'a pas montré de signes d'une symptomatologie dépressive. Dans l'EGD, il a obtenu un score de neuf points c'est-à-dire une absence d'un état dépressif. Dans le WHOQOL-BREF, M. Hamid a présente une qualité de vie physique, psychologique, sociale moyenne et une qualité de vie environnementale élevée. Avec un score de 57.14% dans le domaine de la santé physique, un score de 54.16% dans le domaine de la santé psychologique, un score de 58.33% dans le domaine des relations sociales et un score de 62.5% dans le domaine de l'environnement. Et dans le WHOQOL-OLD, on a pu constater que M. Hamid a une qualité de vie moyenne avec un score de 58.33%. Ce qui nous fait croire que M. Hamid ne présente pas de souffrance psychologique avec une absence de dépression et une qualité de vie moyenne.

4- Discussion des résultats de la recherche

Après la collecte et l'analyse des données, nous avons relevé des manifestations d'une souffrance psychologique chez quatre de nos sujets de recherche (M. Bachir, Mme Taklit, M. Mouloud, M. Karim). On a pu confirmer, notre première hypothèse selon laquelle le niveau de dépression chez les personnes âgées placées en institution est grave. Pour trois de nos cas, M. Bachir, Mme Taklit et M. Karim qui ont obtenu un niveau grave de dépression. En revanche, nous avons infirmé cette première hypothèse pour nos trois autres cas, M. Rafik et M. Hamid, qui ont eu une absence de dépression et M. Mouloud qui a eu un niveau léger de dépression. Pour notre deuxième hypothèse, selon laquelle le niveau de la qualité de vie des personnes âgées placées en institution est faible. Nous l'avons confirmée pour M. Bachir, Mme Taklit et M. Karim qui ont eu un niveau faible de qualité de vie. Et infirmée pour M. Rafik qui a eu un niveau élevé de qualité de vie et pour M. Mouloud et M. Hamid avec un niveau moyen de qualité de vie.

Par ailleurs, on a constaté que l'ensemble de nos cas vivent une absence d'intérêt de la part de leurs proches du fait, du peu de visites, on constate une certaine rupture des liens qui influencent leur vécu.

Il apparaît également que, malgré le caractère restreint de l'échantillon, les résultats observés permettent de mieux connaître et comprendre le vécu et le ressenti et peuvent ainsi constituer une première observation du contexte psychique et interpersonnel de ces sujets, en vue d'études ultérieures de plus grande envergure.

Conclusion

Le placement en institution est en Algérie un sujet presque tabou. En effet, bien de préjugés et des incompréhensions subsistent. L'entrée en institution est source de nombreux bouleversements pour la personne âgée et l'on observe une prévalence de la dépression non-négligeable au sein de la population institutionnalisée. Dans ce cadre, notre recherche a démontré que le placement en institution peut engendrer alors chez la personne âgée, une certaine souffrance psychologique, très souvent une symptomatologie dépressive et une dévalorisation de la qualité de vie, du fait de la rupture des liens familiaux et du changement du milieu de vie.

Nous souhaitons qu'à partir de cette recherche exploratoire, nous avons pu mettre en lumière la souffrance psychologique des personnes âgées placées en institution. Cependant, c'est une étude de cas qu'on a effectuée dans une seule institution, les résultats que nous avons obtenus ne peuvent pas être généralisés. Nous espérons également que ce sujet soit mieux traité dans les recherches en psychologie clinique afin d'améliorer le vécu du placement en institution en Algérie, pour mieux faire entendre une souffrance souvent méconnue ou carrément ignorée. Ainsi, l'amélioration du repérage des situations de souffrance psychique de ces personnes constitue donc un réel enjeu de santé publique, afin de proposer un accompagnement adéquat.

Liste bibliographique

1. Lhermit, A. (2014). *Ethique des soins aux personnes âgées : La capacité à consentir et traitement involontaire*. Thèse de doctorat en psychologie. Université de Toulouse 2, France. p.14
2. Fantini-Hauwel, C, Gély-Nargeot, M-C & Raffard, S. (2014). *Psychologie et psychopathologie de la personne âgée vieillissante*. Paris : Dunod.
3. Bloch.H & al. (2011). *Le grand dictionnaire de la psychologie*. Paris : Larousse. p.987.
4. Chrazac, S-A. Josserand & J-M. Talpin. (2016). *Le groupe dans l'institution gériatrique*. Paris : Dunod. p.2.
5. Ibid., p.3.

6. Quaderi, A. (2013). *Psychologie du vieillissement*. Paris : Armand Colin. pp.107-108.
7. Doron. R & Parot. F. (1991). *Dictionnaire de psychologie*. Paris : Puf. p.674.
8. Arbisio, Ch. (2003). *Détresse sociale, souffrance psychique : l'enjeu du sujet*. Belgique : Presses universitaires de Namur. p.5
9. Zarifian, E. (1994). *Des paradis pleins la tête*. Paris : Odile Jacob. p.64
10. Cortinovis, M. (2010). *La dépression en médecine traditionnelle chinoise*. Paris : Ecole Imhotep. p.9.
11. DSM-5. (2015). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Paris : Elsevier Masson. p.194.
12. Ibid., pp.200-201.
13. Stiglitz, J, Sen, A & Fitoussi, J-P. (2009). *Richesse des nations et bien être des individus*. Paris : Odile Jacob.
14. Boudouda, N-E. (2013). *Les immigrés maghrébins à l'épreuve du vieillissement : Concept de soi et qualité de vie*. Thèse de doctorat en psychologie. Université de Lorraine, Nancy, France. p.57
15. Chahraoui, Kh & Bénony, H. (2003). *Méthodes, évaluation et recherches en psychologie clinique*. Paris : Dunod. p.11.
16. Grawitz, M. (2001). *Méthodes des sciences sociales (11)*. Paris : Dalloz. p.358.
17. Pediniell, J-L & Fernandez. (2015). *L'observation clinique et l'étude de cas (3)*. Paris : Armand colin. p.126.
18. Chahraoui, Kh & Bénony, H. (2003). *Méthodes, évaluation et recherches en psychologie clinique*. Paris : Dunod. pp.141-142.
19. Ibid., p.143.
20. Blanchet, A & Gotman, A. (2014). *L'enquête et ses méthodes : l'entretien (2)*. Paris : Armand Colin. p.58.
21. Guelfi, J-D. (1996). *L'évaluation clinique standardisée en psychiatrie, Échelle d'auto-évaluation de l'humeur*, tome II., 433-438. Editions médicales Pierre Fabre.
22. Saloppé, X & Pham, Th-H. (2007). *Impact des troubles mentaux sur la qualité de vie perçue par des patients issus d'un hôpital psychiatrique sécuritaire. Psychiatrie légale*, 33, 892-901. Paris : L'Encéphale. p. 895.
23. Leplège, A. (2012). *Un nouvel instrument destiné à mesurer la qualité de vie des personnes âgées : le WHOQOL-OLD version*

- française. *La revue de médecine interne*, 34, 78-84. Paris : Elsevier Masson. p.78
24. Varescon, I. (2013). Différence entre éthique et déontologie. Le cas de la recherche. In O. Bourguignon (dir.), *Ethique et pratique psychologique* (pp.63-76). Paris : Primento