

ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET UNIVERSITAIRE

E.S.U

UNIVERSITE ADVENTISTE DE GOMA



B.P : 116 GOMA

Email : uago2015@gmail.com

FACULTE DE SCIENCES PSYCHOLOGIQUES ET DE L'EDUCATION

DEPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE

**PREVALENCE DES TROUBLES ANXIEUX CHEZ LES
PERSONNES DU TROISIEME AGE**

Cas des personnes encadrées par HAD

Par : **UWIDUHAYE NDEZE Deborah**

Mémoire présenté et défendu en vue de l'obtention d'un
diplôme de Master en psychologie clinique

Directeur : Prof. **USHINDI MUDERHWA Josué**

Encadreur : Adèle **UZAMUKUNDA**

Année académique 2022- 2023

EPIGRAPHE

« L'anxiété est un ennemi invisible qui peut faire basculer une vie »

Susan Sontag

DEDICACE

A nos parents MAKUZA NDEZE Charles et MUKAMURIGO Monique.

UWIDUHAYE NDEZE Déborah

REMERCIEMENTS

Au terme de ce travail de Fin de cycle, loin de nous est la prétention de l'avoir réalisé exclusivement par nos propres efforts, il serait de notre part une ingratitude de ne pas remercier tous ceux qui ont concouru de près ou de loin à sa bonne réalisation.

Nos tous premiers remerciements s'adressent à l'Éternel, Dieu tout puissant, source de toute connaissance, de toute sagesse et de toute intelligence. Que la gloire Lui soit rendue.

Nos remerciements aux autorités académiques et tous les enseignants pour les efforts consentis en nous dotant du savoir. Au décanat de la faculté de Psychologie et des Sciences de l'Éducation de l'UAGO, pour l'encadrement scientifique dont nous avons bénéficié et continuons à bénéficier, nous disons merci.

Nous nous permettons de nous acquitter d'un agréable devoir, celui de témoigner notre profonde gratitude au professeur Josué MUDERHWA et à notre encadreur Madame Adèle UZAMUKUNDA, pour avoir accepté de diriger ce travail, Grand merci pour leurs directives et orientations afin d'atterrir à des bonnes pistes.

Nous tenons également à remercier nos parents MAKUZA NDEZE Charles et MUKAMURIGO Monique pour leur affection et l'inconditionnel soutien qu'ils n'ont pas cessés d'apporter dans notre vie.

Que nos frères Mpabwa Christian, Nikomeze Frédéric et Ishimwe serge trouvent également ici notre sentiment de remerciement. A nos sœurs Ndahoze patience, Uwimana charlotte, nous disons merci pour votre accompagnement sans toutefois oublier mon très cher Kalema Josué, pour son encouragement et son soutien pour la réalisation de ce travail. Nous disons merci à nos grands-parents, oncles et tantes, beau frères, à nos cousins, cousines et à nos nièces merci pour votre soutien tant moral que matériel.

Nous remercions très chaleureusement nos très cher(e)s camarades, et compagnons de tous les jours pour nous avoir intégré dans la grande famille de l'UAGO.

A nos amies merci pour la compagnie.

A tous ceux qui, de près ou de loin, ont contribué à la réalisation de ce travail et qui ne verront pas leurs noms portés ici, nous leur adressons nos sincères remerciements.

UWIDUHAYE NDEZE Deborah

SIGLES ET ABREVIATIONS

APA : Association Américaine de psychologie

BP : boîte postale

BAI : Inventaire d'Anxiété de Beck

CIM : Classification Internationale des maladies

DSM : Manuel de Diagnostic et Statistique des Troubles mentaux

HAD : Humanité et Actions pour le Developpement

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PTA : Personne du Troisième Age

RDC : République Démocratique de Congo

TAG : Trouble d'Anxiété Généralisée

TCC : Thérapie Cognitivo-Comportementale

U.A .GO : Université Adventiste de Goma

LISTE DES TABLAUX

Tableau 1:répartition des sujets selon l'âge.....	- 24 -
Tableau 2: répartition des sujets selon le sexe.....	- 24 -
Tableau 3:répartition des sujets selon leur état civil.....	- 25 -
Tableau 4: répartition des sujets selon leur religion.....	- 25 -
Tableau 5:a. Répartition des enquêtés selon le Décès de leurs conjoints.	- 26 -
Tableau 6: b. Répartition des enquêtés selon l'éloignement géographique de leurs enfants et petits enfants.....	- 26 -
Tableau 7: c. Répartition des enquêtés selon la Peur de devenir un poids pour leur entourage	- 26 -
Tableau 8: d. Répartition des enquêtés selon la peur de mourir	- 27 -
Tableau 9: e. Répartition de sujets selon la présence des maladies chronique.....	- 27 -
Tableau 10: f. Répartition de sujets selon les difficultés financières	- 27 -
Tableau 11: g. Répartition des enquêtées selon les problèmes relationnels, tels que des conflits avec leurs enfants ou petits enfants	- 27 -
Tableau 12: h. Répartition de sujets selon autres évènement	- 28 -
Tableau 13Tableau n°13 : répartition de sujets selon qu'ils sont affecté(e) au cours des 7 derniers jours.....	- 28 -
Tableau 14: Répartition des enquêtées selon la prévalence de l'anxiété.....	- 32 -
Tableau 15: Prévalence de l'anxiété selon la gravité chez les enquêtées	- 32 -
Tableau 16: Prévalence de gravité de troubles anxieux selon l'Age, sexe	- 32 -
Tableau 17: Prévalence de gravité de troubles anxieux selon la religion.....	- 34 -
Tableau 18: Prévalence de gravité de troubles anxieux selon l'Etat civil.	- 35 -

RESUME

Cette étude, concerne la prévalence des troubles anxieux chez les personnes du troisième âge encadrées dans HAD. Les objectifs de notre travail étaient de : déterminer la prévalence des troubles anxieux chez les personnes du troisième âge, identifier les causes de ces troubles et enfin identifier les symptômes les plus fréquents chez les personnes du troisième âge. Pour aboutir aux résultats nous avons utilisé les méthodes et techniques suivantes : méthode d'enquête, questionnaire, échelle d'anxiété de Beck, entretien directif. Les résultats indiquent que les troubles anxieux sont plus fréquents chez les personnes du troisième âge encadrées au HAD, nous avons trouvé 98,8% des personnes qui ont la présence de l'anxiété et 1,2% qui n'ont pas l'anxiété. Les causes de ces troubles sont : le décès du conjoint, difficultés financière etc., les symptômes les plus fréquents sont : bouffée de chaleur, tremblement dans les jambes, vertige etc.

SUMMARY

This study concerns the prevalence of anxiety disorders in senior people supervised in HAD. The objectives of our work were to: determine the prevalence of anxiety disorders in senior people, identify the causes of these disorders and finally identify the most frequent symptoms in senior people. To achieve the results, we had used the following methods and technique: investigation method, questionnaire, beck anxiety scale, directive interviews. The results indicated that anxiety disorders are more frequent among senior people supervised in HAD, we found 98, 8% of people with anxiety and 1, 2% that do not have anxiety. The causes of these disorders are: the death of the spouse, financial difficulty etc. the most frequent symptoms are: puffs of heat, tremor in the legs, vertigo etc.

CHAP I. INTRODUCTION

I.1 CONTEXTE D'ETUDE

Au cours de son existence l'être humain peut se heurter à plusieurs pathologies face à la multiplicité des menaces qui deviennent de plus en plus manifeste à l'égard de l'homme.

La vieillesse est considérée comme la dernière période de la vie et correspond à l'aboutissement normal de la senescence. Classiquement, pour l'OMS l'âge moyen s'étend de 45 ans à 59ans, celui des personnes âgées de 60 à 74ans, celui de vieillards de 75 ans à 90 ans. On remarque des changements dans la capacité motrice des vieillards qui se rendent compte de la lenteur de leur mouvement et du manque de la coordination de ceux-ci par rapport à leurs années de jeunesse.

Selon Jean-Marie Robine (2000), le troisième âge est la période de la vie qui va de 60 à 80 ans, et qui est marquée par une nouvelle étape de développement personnel, il se caractérise par une diminution de l'activité physique (difficulté à faire du sport, à se déplacer etc.) intellectuelle (difficulté à se concentrer, perte de mémoire) et physiologique (diminution de la fonction cardiaque, sensible aux maladies etc.).

En France, la loi du 30/juin/2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées a défini les personnes du troisième âge comme les personnes de 60 ans et plus. Cette définition a été adoptée pour tenir compte du fait que l'âge de la retraite a été abaissé à 62 ans.

Selon une enquête réalisée en France en 2022, les personnes âgées se répartissent en trois grands groupes. Les jeunes retraitées, âgés de 65 à 75 ans, sont encore en bonne santé et actifs ; les personnes âgées de 75 à 85 ans, commencent à rencontrer des problèmes de santé, les personnes âgées de 85 ans et plus, sont plus fragiles et ont besoin d'une aide plus importante.

Selon une étude de l'institut national d'études démographiques (INED) publiée en 2023, les personnes du troisième âge sont de plus en plus nombreuses en France. En 2022, elles représentaient 20% de la population totale soient 14 millions de personnes. Cette proportion devrait atteindre 25% en 2050.

Schiffman et Kanuk (2013) divisent la génération du troisième âge en trois sous catégories : jeune vieux entre 65 à 74 ans ; vieux entre 75 à 84ans ; vieux-vieux entre 85 ans et plus. Notons que la vieillesse est probablement celui qui comporte plus de risques pouvant nuire à l'adaptation personnelle et sociale de l'individu. (Elizabeth 1978). Les personnes âgées sont

susceptibles de souffrir de plusieurs types de troubles psychiatriques (Anderson, Andrews, Brodaty, Tylor & Sachdev (2007).

Danièle Kergoat (2006) définit le troisième âge comme une étape de la vie humaine située entre la fin de la vie active et la mort, cette étape est caractérisée par un certain nombre de changements physiques, psychologiques et sociaux.

Selon Françoise Forette (2018), le troisième âge c'est une période de la vie humaine qui s'étend de la retraite à la vieillesse, cette période est marquée par une diminution des capacités physiques, cognitives et sociales.

Les personnes âgées sont souvent inquiètes au sujet de leur état de santé, de leur situation financière, de la diminution de leurs capacités physique et mentale. Ce type d'inquiétude est normal et peut arriver à tous les âges. Malheureusement lorsque ce sentiment devient extrême il se transforme en trouble anxieux.

Selon Jacqueline R, Antoine P. (2006) les troubles anxieux du sujet âgé n'ont pas fait, jusqu'à présent l'objet de beaucoup de travaux spécifiques, des taux de prévalence plus faibles que dans la population générale sont habituellement observés mais la fréquence du trouble anxieux généralisé et agoraphobie sont néanmoins élevée.

L'anxiété est une émotion caractérisée par un sentiment de tension, d'appréhension, d'inquiétude ou de nervosité, elle peut être accompagnée de symptômes physiques, cognitifs, comportementaux et physiologiques (DSM-5).

L'agence de sante publique du canada (2009), montre que les troubles anxieux sont des problèmes de santé mentale les plus répandus. Les troubles anxieux affectent le comportement, la pensée, les émotions et la sante physique.

Selon Aaron Beck (2021) l'anxiété est causée par des pensées irrationnelles et des distorsions cognitives, ces pensées peuvent nous faire percevoir le monde de façon négative et nous rendre plus susceptibles de ressentir de l'anxiété.

Les troubles anxieux font l'objet de descriptions cliniques spécifiques dans les classifications psychiatriques depuis 1980, c'est-à-dire depuis l'apparition du DSM-III dans lequel les catégories antérieures et souvent floues (névroses, anxio-dépression, anxiété sous toutes ses formes) ont été remplacées par des définitions et des critères nettement plus précis.

Selon CIM-11, les troubles anxieux sont des troubles caractérisés par une anxiété excessive ou inappropriée, elles peuvent interférer avec la vie quotidienne d'une personne et peuvent entraîner des problèmes physiques et émotionnels.

Les enquêtes épidémiologiques récentes montrent que parmi les troubles mentaux affectant la population, les troubles anxieux sont les plus fréquents, suivis de près par la dépression majeure.

Pour Kessler et al, (2005), l'anxiété est un problème chronique qui apparaît habituellement au début de l'âge adulte, environ 75% des personnes âgées anxieuses auraient été atteintes de leurs troubles avant l'âge de 21 ans.

On estime que 5 à 10% des personnes de plus de 70 ans souffrent de trouble anxieux. Ces troubles affectent surtout les femmes et les hommes qui vivent en institutions.
<https://www.axaprevention.fr>

Les troubles anxieux sont des pathologies fréquentes chez la personne âgée dont la prévalence est entre 3,2% et 14,2% (Taylor, Castriotta 2010)

Les troubles anxieux sont généralement plus fréquents dans les populations souffrant d'autres maladies, chez les aînés aux prises avec les migraines on retrouve une prévalence de troubles anxieux de 20,7% alors qu'elle est de 14,1% chez ceux ayant de troubles gastro-intestinaux El.Gabalawy et coll (2011).

Kessler et al. (2005) ont mené une étude épidémiologique qui a montré que la prévalence des troubles anxieux au cours de la vie est d'environ 30%, et que les troubles anxieux sont plus fréquents chez les femmes que chez les hommes.

Selon les critères diagnostic du DSM-IV (Gum et coll.2009), sur une période de 0 à 12 mois, entre 5,6% et 14,5% des personnes âgées vivant à domicile souffrent d'un trouble anxieux. La prévalence à vie de troubles anxieux chez les personnes âgées vivant à domicile quant à elle, est de 15,3% à 29,4%(kessler et coll. 2005, Ritchie et coll. 2004)

La prévalence des troubles anxieux chez les personnes âgées est élevée de 5,5% à 10% des personnes âgées souffrent d'un trouble anxieux. La prévalence des troubles anxieux est encore plus élevée chez les personnes âgées vivant dans des institutions comme les foyers pour personnes âgées. Chez ces personnes, les femmes sont deux fois plus à risque d'avoir un trouble anxieux que les hommes. (Janel G ,2005)

Selon l'OMS, environ 1,6 milliard de personnes dans le monde souffrent de troubles anxieux, la prévalence du trouble anxieux varie selon l'âge, le sexe et la culture.

Les troubles anxieux des sujets âgés de plus de 65ans ont une prévalence estimée entre 3,2% et 14,2% et représentent une source de souffrance importante, de baisse d'autonomie et impliquent un surcout pour la société (wolitzky-taylor 2010)

I.2 PROBLEMATIQUE

La recherche montre que les troubles anxieux sont des sentiments de peur qui caractérisent le développement de l'être humain. Notre étude s'intéresse aux personnes de 65ans et plus, prise en charge par HAD.

Neil A., Danielle Bourdeau (2010, page 1) les troubles anxieux sont très répandus, les recherches montrent que jusqu'à un adulte sur quatre connaît un trouble anxieux à un moment de sa vie au cours de 12 mois. Les troubles anxieux sont les troubles mentaux le plus courants chez les femmes et ils se classent au deuxième rang chez les hommes.

Plusieurs facteurs augmenteraient la probabilité de développer un trouble anxieux chez les personnes âgées dont le fait d'être une femme, d'être peu scolarisé, séparée ou divorcée, (Beekman et coll., 1998, Gum et coll. 2009. Mehta et coll. 2003, Preville et coll. 2008)

Les troubles anxieux des personnes âgées sont source d'une plus grande difficulté dans la vie quotidienne, d'une faible adhésion aux traitements et sont à risque élevée de dépression comorbide et de suicide, de chutes, d'impotence physique et fonctionnelle et de solitude. (Woltzky-Taylor KB 2010)

Notre étude pose la question suivante : Quelle est la prévalence des troubles anxieux, leurs causes et les symptômes chez les personnes âgées encadrées par HAD ?

I.3 QUESTIONS DE RECHERCHE

Généralement :

- Quelle est la prévalence de troubles anxieux chez les personnes du troisième âge encadrées dans HAD ?

Considérant aussi notre question générale évoquée ci-dessus, notre étude sur les troubles anxieux chez les personnes du troisième âge comporte les questions spécifiques suivantes :

- Quelles sont les causes de l'anxiété chez les personnes du troisième âge encadrées au HAD ?

- Quelles sont les symptômes le plus fréquents chez les personnes du troisième âge anxieuses ?

I.4 OBJECTIFS DE LA RECHERCHE

a. objectif général

- Explorer l'état des lieux des troubles anxieux chez les personnes du troisième âge encadrées au HAD.

b. objectifs spécifiques

- Déterminer la prévalence de troubles anxieux chez les personnes du troisième âge encadrées au HAD
- Identifier les causes des troubles anxieux chez les personnes du troisième âge encadrées au HAD.
- Identifier les symptômes les plus fréquents chez les personnes du troisième âge anxieuses encadrées au HAD.

I. 5 METHODOLOGIE

La population de notre recherche est constituée des personnes du troisième âge encadré au HAD à qui nous avons administré un questionnaire d'enquête et une échelle pour identifier la prévalence de l'anxiété, les causes et les symptômes. Nous avons utilisé la méthode d'enquête pour collecter les données et l'entretien directif.

I.6 CHOIX ET INTERET DU SUJET

Nous vivons une époque où nous luttons contre beaucoup de problèmes de la vie et parfois ces problèmes nous amènent à avoir peur, ce qui est normale, mais cette peur devient un trouble anxieux si elle persiste. C'est dans ce sens que nous avons pensé à mener cette étude qui porte sur la prévalence des troubles anxieux chez les personnes du troisième âge encadrées au HAD, personnellement pour bien comprendre les personnes du troisième âge et leurs vulnérabilité sur les troubles anxieux, en suite pour que la population comprenne l'importance et la nécessité d'être à côté des personnes du troisième âge et prennent soins d'eux car c'est un âge où la personne est vulnérable, enfin pour que les personnes du troisième âge puisse avoir une idée sur les troubles anxieux ainsi que les symptômes qui se présentent pour consulter un professionnel.

I.7 DELIMITATION DU SUJET

- a. **Délimitation temporaire** : notre étude porte sur une période allant du mois de juin jusqu'au mois de septembre 2023
- b. **Délimitation spatial** : notre étude s'est déroulée à l'association HAD, qui se situe dans le quartier Mugunga, commune de Karisimbi dans la ville de Goma en RDC.

I.8 SUBDIVISION DU TRAVAIL

Exceptée la conclusion, notre travail est subdivisé en 4 chapitres dont :

- Le premier qui porte sur l'introduction ;
- Le deuxième qui concerne la revue de la littérature ;
- Le troisième porte sur l'approche méthodologique ;
- Le quatrième fait la présentation, l'analyse, l'interprétation des données ainsi que la discussion des résultats.

CHAPITRE II. REVUE DE LA LITTERATURE

INTRODUCTION

Une revue de la littérature est le survol et l'évaluation critique d'un ensemble d'ouvrages liés à une question de recherche. Au lieu d'aborder à tour de rôle chaque ouvrage ou chaque auteur, elle analyse la littérature comme afin de présenter les idées, les théories, les concepts et les débats principaux du domaine d'étude et de révéler les lacunes dans la littérature.
<https://sass.uottawa.ca>

Dans cette partie du travail, nous allons parler de la revue de la littérature théorique, revue de la littérature empirique, définition des concepts et enfin de la présentation du milieu d'étude.

II.1 REVUE DE LA LITTERATURE THEORIQUE

Les troubles anxieux regroupent des troubles qui partagent les caractéristiques d'une peur et d'une anxiété excessives et des perturbations comportementales qui leur sont apparentées. Les troubles anxieux se distinguent les uns des autres par le type d'objets ou le type de situations qui induisent la peur, l'anxiété ou le comportement d'évitement et le raisonnement cognitif associé, (DSM-V).

II.1.1 CAUSES DE L'ANXIETE CHEZ LES PERSONNES AGEES

L'anxiété chez les personnes du troisième âge peut être causée par un certain nombre de facteurs notamment : les changements physiques et cognitifs liées à l'âge, changements dans la vie, problèmes de santé mentale (NIMH 2022)

Pour Flint,A.J. (2005), les causes de l'anxiété chez les personnes du troisième âge sont : les changements de vie , tels que (le départ à la retraite, le veuvage, la perte d'autonomie), les maladies chroniques, tels que(tension, diabète etc.), médicaments , tels que (médicament contre l'hypertension et les antidépresseurs, peuvent avoir des effets secondaires d'anxiété) et enfin nous avons les problèmes de santé mentale, tels que (trouble de panique, trouble obsessionnel compulsif)

Les causes d'un trouble anxieux sont complexes et multifactorielles. Elles peuvent inclure des facteurs biologiques, génétiques, psychologiques et environnementaux (APA 2013).

- **Facteurs biologiques** : les troubles anxieux sont souvent associés à des anomalies dans le fonctionnement du cerveau.
- **Facteurs génétiques** : les troubles anxieux ont une forte composante génétique, les personnes ayant des antécédents familiaux de troubles anxieux sont plus à risque d'en développer.

- **Facteurs psychologiques** : des expériences traumatiques, des événements stressants ou des problèmes de personnalité.
- **Facteurs environnementaux** : consommation de drogues ou d'alcool, la prise de certains médicaments.

Selon Neil A. (2016), les causes d'un trouble anxieux sont difficiles à déterminer et souvent un trouble anxieux survient sans qu'il soit possible d'en identifier l'origine. Toutefois, nous voyons un ensemble de facteurs favorisant leur apparition :

- Des antécédents familiaux de troubles anxieux ;
- Des événements traumatisants ;
- La consommation d'alcool ou de drogues ;
- La prise de certains médicaments ;
- L'existence d'autres problèmes médicaux ou psychiatrique etc.

II.1.2 LES SYMPTOMES DE L'ANXIETE

Les symptômes de l'anxiété chez les personnes du troisième âge peuvent différer de ceux observés chez les personnes plus jeunes. En effet, les personnes âgées peuvent avoir plus de mal à identifier et décrire leurs symptômes ; parmi les symptômes les plus courants de l'anxiété nous avons : peur ou inquiétude excessive, difficultés à se concentrer, troubles du sommeil, irritabilité, fatigue, douleurs musculaires, palpitations cardiaques, tremblements, sueurs, difficultés à respirer, maux de tête (Wetherell, J. 2012)

Selon Janel Gauthier (2005, p.2), les symptômes de l'anxiété sont nombreux et variés. Une personne anxieuse peut avoir un ou plusieurs symptômes suivants : palpitations, tension musculaire, sensations de souffle coupée, douleur thoracique, nausée ou gêne abdominale, sensation de vertige, sensation d'engourdissement ou de picotements, bouffées de chaleur, agitation, perturbation du sommeil.

Pour Dr Sébastien G (2012), les symptômes de troubles anxieux peuvent changer au fil des années et diminuer en intensité. Ils peuvent parfois augmenter lorsque la personne vieillissante est confrontée à des changements importants comme un déménagement non souhaité ou l'apparition d'une nouvelle maladie.

Pour Jeffrey Schwartz (2016), les symptômes de l'anxiété sont les suivantes : pensées négatives, ruminations, évitements, troubles du sommeil, tensions musculaires, douleurs physiques, pensées catastrophiques, incapacité à se concentrer

Les symptômes des troubles anxieux peuvent varier en fonction du type de trouble, mais peuvent inclure :

- **Les symptômes physiques :**
 - Palpitations ;
 - Transpiration ;
 - Tremblements ;
 - Bouche sèche ;
 - Difficultés à respirer ;
 - Maux de tête ;
 - Vertige.
- **Les symptômes cognitifs :**
 - Difficultés de concentration ;
 - Pensées obsessionnelles ;
 - Pensées de mort ;
 - Pensées de faire du mal à soi ou aux autres
- **Les symptômes comportementaux :**
 - Evitement des situations anxiogènes ;
 - Comportement compulsifs ;
 - Troubles du sommeil. (APA 2013)

II.1.3 TYPES DES TROUBLES ANXIEUX

Dans la nosographie actuelle du DSM-5 nous avons :

a. Trouble de panique

Le trouble de panique est défini par la répétition des attaques de panique au moins 2 à 4 semaines dont certaines d'entre elles surviennent de façons inattendues. Ce caractère inattendu fait référence au fait que ces attaques de panique ne sont pas directement déclenchées par l'exposition à des objets ou situations redoutes.

La fréquence et l'intensité des attaques de panique peuvent varier considérablement d'un individu à l'autre. Les patients peuvent consulter lorsqu'ils souffrent d'une à deux attaques de panique par semaine. <https://www.anxiete.fr>

La crise de panique peut survenir au cours du sommeil, réveillant le sujet. L'épisode dure de quelques minutes à plusieurs heures (en moyenne 20 à 30 minutes).

Dans le trouble de panique, l'anxiété survient sans déclencheur identifiable ; la personne peut croire qu'elle s'évanouira ou aura une crise cardiaque. <https://ampq.org>

Une attaque de panique est une forme d'anxiété généralement très impressionnante, tant pour la personne qui la subit que pour son entourage, elle apparaît sans raison et d'une façon brutale. (Vidal 2013)

b. Trouble d'anxiété généralisée (TAG)

Le trouble d'anxiété généralisée appelé « maladie des inquiétudes » est défini comme une anxiété de fond et des soucis excessifs, incontrôlables, chroniques au moins 6 mois.

Les personnes souffrant du TAG s'inquiètent de manière excessive et incontrôlable des événements et des activités de la vie quotidienne.

Dans le TAG, l'anxiété est presque toujours présente ; la personne s'inquiète de tout, le futur, sa santé, ses relations. Cette inquiétude prend beaucoup de temps pendant la journée, réduisant la capacité de la personne de fonctionner. . <https://ampq.org>

L'anxiété généralisée est définie ainsi : « anxiété et soucis excessifs survenant la plupart du temps durant au moins six mois concernant un certain nombre d'évènements ou d'activités, telles que le travail ; elle est caractérisée par la difficulté à contrôler les préoccupations et par la présence d'au moins trois symptômes physiques associés (ex : tension musculaire, perturbation du sommeil et difficultés de concentration). (APA, 2013, p.395).

c. L'agoraphobie

L'agoraphobie est un trouble anxieux type phobique caractérisé par la peur des espaces où il pourrait être difficile de s'échapper ou dans lesquelles il pourrait être difficile d'obtenir du secours en cas de problème. Par exemple dans une foule

Les personnes qui présentent de l'agoraphobie craignent les lieux publics, souvent parce qu'elles ont peur de ne pas pouvoir en sortir facilement ou d'y faire une crise. C'est la Peur sans objets dans les endroits élevés. (Eric 2023).

L'agoraphobie s'accompagne dans certains cas d'un diagnostic de trouble de panique.

L'agoraphobie est caractérisée par une anxiété marquée, qui dure depuis au moins six mois, dans au moins deux des cinq situations suivantes : utiliser les transports publics, être dans des endroits ouverts, être dans des endroits clos, être dans une foule ; les personnes atteintes

d'agoraphobie évitent ces situations, ce qui inquiète les personnes atteintes, dans ces situations, est qu'il serait difficile de s'en échapper ou de trouver du secours en cas de survenue de symptômes de panique (APA 2013).

d. Phobie spécifique

La phobie spécifique est une peur associée à un objet ou à une situation particulière. Par exemple le fait de voyager en avion, la personne ressent une peur excessive et déraisonnable face à une situation qui ne présente pas un danger réel. (Gouvernement du Québec 28, oct. 2019)

La phobie spécifique consiste en une peur ou anxiété intense à propos d'un objet ou d'une situation spécifique. (APA, 2013, P.247).

La phobie spécifique comprend cinq sous types : type animal (ex : peur des araignées) ; type environnement naturel (ex : peur des orages) ; type sang-injection-accident (ex : peur du sang ou des injections) ; type situationnel (ex : peur des transports publics, des ascenseurs) et type autre (ex : peur d'étouffer ou de vomir). (APA, 2013)

e. Anxiété sociale ou phobie sociale

Les phobies sociales correspondent à l'anticipation anxieuse et à l'évitement de certaines situations sociales dans lesquelles le sujet pourrait être observée par autrui ou se conduire de manière humiliante ou embarrassante. (Eric 2023)

Dans la phobie sociale, l'anxiété est déclenchée par une situation sociale ou l'on est appelé à raconter du nouveau monde. <https://ampq.org>

Le trouble d'anxiété sociale, également appelé phobie sociale est défini ainsi : peur ou anxiété intenses d'une ou plusieurs situations sociales durant lesquelles le sujet est exposée à l'éventuelle observation attentive d'autrui. (APA, 2013, p.365)

La peur liée aux situations sociales ou l'évitement de ces situations doivent être présents depuis au moins six mois.

f. Anxiété de séparation

C'est une peur excessive et inappropriées au stade du développement concernant la séparation d'avec les personnes auxquelles le sujet est attaché.

Les personnes âgées qui souffrent d'anxiété de séparation ont tendance à craindre d'être seuls, manque d'estime de soi.

Selon Joséphine Elia (2021), le trouble d'anxiété de séparation est une anxiété persistante, intense lorsque l'enfant se trouve loin de son foyer ou en cas de séparation d'avec des personnes chères, normalement la mère.

Les causes de l'anxiété de séparation :

- Un évènement particulier ou une période de stress : maladie dans la famille, séparation des parents, déménagement ou changement d'école ;
- Des facteurs génétiques ou environnementaux : si des proches ont souffert ou souffrent eux-mêmes de troubles anxieux, la personne risque davantage de vivre de l'anxiété de séparation à divers degrés.
- Tempérament : qui rend la personne naturellement plus encline à développer de l'anxiété,
- Un évènement difficile ou traumatisant : qui a temporairement séparé l'enfant de ses parents, comme une hospitalisation prolongée. <https://naitreetgrandir.com>

II.2 REVUE DE LA LITTERATURE EMPIRIQUE

Toute recherche scientifique est une activité qui se développe soit par découverte, soit par référence aux autres travaux déjà réalisés en se basant aux aspects similaires ou contraires. Ainsi, dans cette œuvre nous ne sommes pas la première à parler sur les troubles anxieux et donc le sujet que nous abordons n'est pas du tout une nouveauté, car plusieurs recherches ont été menées dans le domaine d'anxiété.

Selon l'article de Mathieu Bruno (2015), intitulée « troubles anxieux de la personne âgée » ; on nous montre comment l'anxiété du sujet âgé devient avec le vieillissement des populations occidentales, une problématique de plus en plus fréquente. Les troubles anxieux sont des pathologies à forte prévalence pendant le troisième âge, parfois très invalidante. En ce qui concerne la prise en charge thérapeutique, il existe très peu d'études portant spécifiquement sur le trouble anxieux de la personne âgée ; le traitement médicamenteux (les antis dépresseurs) et les psychothérapies (TCC, thérapie de soutien, etc.).

Caroline Masse, Julie G (2018), nous font savoir que l'anxiété chez le sujet âgé est un symptôme fréquent, bien qu'il soit probablement sous-évalué et donc insuffisamment traité. Les liens étant étroits entre troubles somatiques, psychiques et anxieux, une anamnèse précise

et une prise en charge globale et pluridisciplinaire sont par conséquent indispensables. Pour mieux détecter l'anxiété, ils ont utilisé certaines échelles (Geriatric Anxiety Inventory etc.)

Olivier Potvin (2014), voulait déterminer si l'anxiété clinique ou sous-clinique chez les aînées est associée au déclin cognitif, sur une période d'un an et vérifier l'existence de différences entre les hommes et les femmes quant à l'association entre l'anxiété et le déclin cognitif. L'anxiété a été identifiée sur base d'une entrevue semi-structurée et le fonctionnement cognitif a été évalué avec le mini-mental state Examination ; les résultats révèlent que la présence d'un trouble anxieux ne prédit pas le déclin cognitif chez les hommes et les femmes. L'anxiété sous-clinique prédit un déclin cognitif, mais chez les femmes seulement, chez les hommes la présence de symptômes appartenant à plus d'un trouble anxieux prédit un déclin cognitif ; chez les femmes le déclin cognitif est prédit par la présence des symptômes appartenant à un seul trouble anxieux. Ces résultats illustrent le rôle de l'anxiété dans le déclin cognitif des personnes âgées vivant dans la population générale.

Selon Rafika (2018) : L'objectif de ce travail est de présenter la prise en charge en thérapie comportementale et cognitive(TCC) d'une enfant souffrant d'anxiété de séparation se manifestant par un refus scolaire anxieux à travers une étude de cas, il a utilisé la méthode de présentation du cas clinique et l'instrument scene Dor Child anxiety Related Emotional Disorders (SCARED) et children Dépression inventory(CD) les résultats trouvés avec l'évaluation de l'anxiété à l'aide de la SCARED , Maeva obtient un score très élevée de 38 ainsi que des symptômes de panique somatique et d'anxiété de séparation importants suite à l'entretien semi-structuré, il apparait que Maeva présente plusieurs critères validant le diagnostic de troubles d'anxiété de séparation.

II.3 DEFINITION DES CONCEPTS

II.3.1 PREVALENCE

L'OMS définit la prévalence comme le nombre total des personnes chez lesquelles la maladie est reconnue à tout moment donné pendant une période précise.

En médecine on définit la prévalence comme un nombre de cas d'une maladie dans une population à un moment donné, englobant aussi bien les cas nouveaux que les cas anciens.

<https://dictionnaire.lerobert.com>

Selon Larousse (2015), la prévalence c'est un rapport du nombre de cas d'un trouble morbide à l'effectif total d'une population, sans distinction entre les cas nouveaux et le cas anciens, à un moment ou pendant une période donnée.

II.3.2 TROUBLE MENTALE

Le trouble mental est un état de santé qui se définit par des changements qui affectent la pensée, l'humeur ou le comportement d'une personne, ce qui perturbe son fonctionnement et lui entraîne de la détresse. <https://www.quebec.ca>

Le DSM-5 définit un trouble mental étant comme un syndrome caractérisé par des perturbations chimiquement significatives dans la cognition, la régulation des émotions ou le comportement d'une personne qui reflètent un dysfonctionnement dans le processus psychologique ou développementaux sous-jacent au fonctionnement mental. www.psychomedia.com

II.3.3 TROUBLES ANXIEUX

En psychologie l'anxiété c'est un état émotionnel, de tension nerveuse, de peurs fortes et souvent chronique.

L'association des médecins psychiatres du Québec définit l'anxiété comme un état d'émotion désagréable qui combine des symptômes physiques et des pensées anxieuses.

Selon l'OMS, les troubles anxieux se caractérisent par une peur et une inquiétude excessive et par des troubles du comportement.

Selon le DSM-5, les troubles anxieux regroupent des troubles qui partagent les caractéristiques d'une peur et d'une anxiété excessives et des perturbations comportementales qui leur sont apparentes.

II.3.4 PERSONNE

Dans le langage quotidien le mot personne ne désigne un être rationnel et conscient de soi-même, qui possède une identité qui lui est propre. <https://lesdefinition.fr>

Emmanuel Kant (2021), définit une personne comme un être humain responsable et pourvu d'une éthique.

II.3.5 TROISIEME AGE

Le troisième âge c'est le dernier stade de la vie, juste avant la mort, caractérisé par un affaiblissement des fonctions vitales. <https://tv5monde.com>

Le troisième âge est un terme utilisé par les gérontologues pour désigner les personnes âgées de 60 à 70ans.

Le terme vieillesse a plusieurs définitions. Notons que l'OMS retient le critère d'âge de 60ans et plus.

Une définition sociale utilise l'âge de retraite ce qui revient à entrer dans la vieillesse à 55-60ans.

Selon la définition complexe du vieillissement dans le cours de clinique du sujet âgée avec (Blaise, 2023) nous avons vu qu'il existe quatre types d'âge à savoir :

- **Age chronologique** : la façon la plus simple de définir la vieillesse consiste à compter les années écoulées depuis la naissance.
- **Age physique ou biologique** : l'âge biologique se rapporte au changement corporel qui survient habituellement lors du vieillissement, ces changements touchent certaines personnes plutôt que d'autres ; les différences les plus remarquables en âge apparent parmi les personnes d'âge chronologique semblable sont provoqués par le mode de vie, les habitudes, les maladies. Certaines personnes sont âgées sur le plan biologique à 65 ans d'autres 10ans plus tard voire plus.
- **Age psychologique** : la maturité a quelque chose de caractéristique, par exemple une personne est considérée psychologiquement comme mature lorsqu'elle peut assumer ses responsabilités dans la société, donc si une personne de 80ans travaille, anticipe les événements futurs, il est considéré psychologiquement plus jeune.
- **Age sociale** : une personne âgée peut souhaiter jouer un rôle de soutien dans la famille même après sa retraite.

Notons que la notion de vieillissement est intimement associée aux personnes âgées. Cependant il faut faire attention de ne pas confondre « le vieillissement de la population » et « le vieillissement individuel ». Les âgées forment un groupe très hétérogène où chaque parcours de vie est unique, ainsi, la retraitée de 60 ans et la personne de 90 ans appartiennent à des générations différentes : ils n'ont pas les mêmes habitudes de vie, la même éducation, les mêmes avoirs, les mêmes valeurs et le même vécu familial. (Carrefour action 2012)

Selon le Grand Robert, la vieillesse est caractérisée par un affaiblissement global des fonctions physiologiques et des facultés mentales.

Selon l'OMS les problèmes de santé que rencontre les vieillards sont : le déficit auditif, le diabète, la dépression, l'anxiété, et la démence.

II.3.5.1 ETAPES DU VIEILLISSEMENT

L'organisation mondiale de la santé divise la vieillesse en 3 étapes :

- 60-75ans : jeune senior ; début de la vieillesse,
- 75-90ans : senior ; vieillesse tardive,
- 90ans et plus : grand senior ; longévité (quatrième âge)

Les étapes suivantes sont caractérisées par une détérioration des fonctions physiologiques et mentales dues au vieillissement :

- Une réduction progressive des capacités psychophysiques et d'autonomie,
- Une réduction de la possibilité d'adaptation sociale ; vieillissement social,
- Une augmentation de la dépendance des autres. <https://seni-France.fr>

II.4 PRESENTATION DU MILIEU D'ETUDE

Le bureau de coordination de HAD se situe en République Démocratique du Congo, province du Nord Kivu, ville de Goma, commune de Karisimbi, quartier Mugunga, avenue Kahongozi, son E-mail est hadr@gmail.com

HAD a été créé en Novembre 2005 à l'issue des observations de faits et de réflexions menées sur les avancées de phénomènes agro climatiques, politiques, sociaux, environnementaux et alimentaires dans le but de créer un cadre de concertation et de sensibilisation populaire pour venir en aide de la situation que traverse l'Est de la RDC.

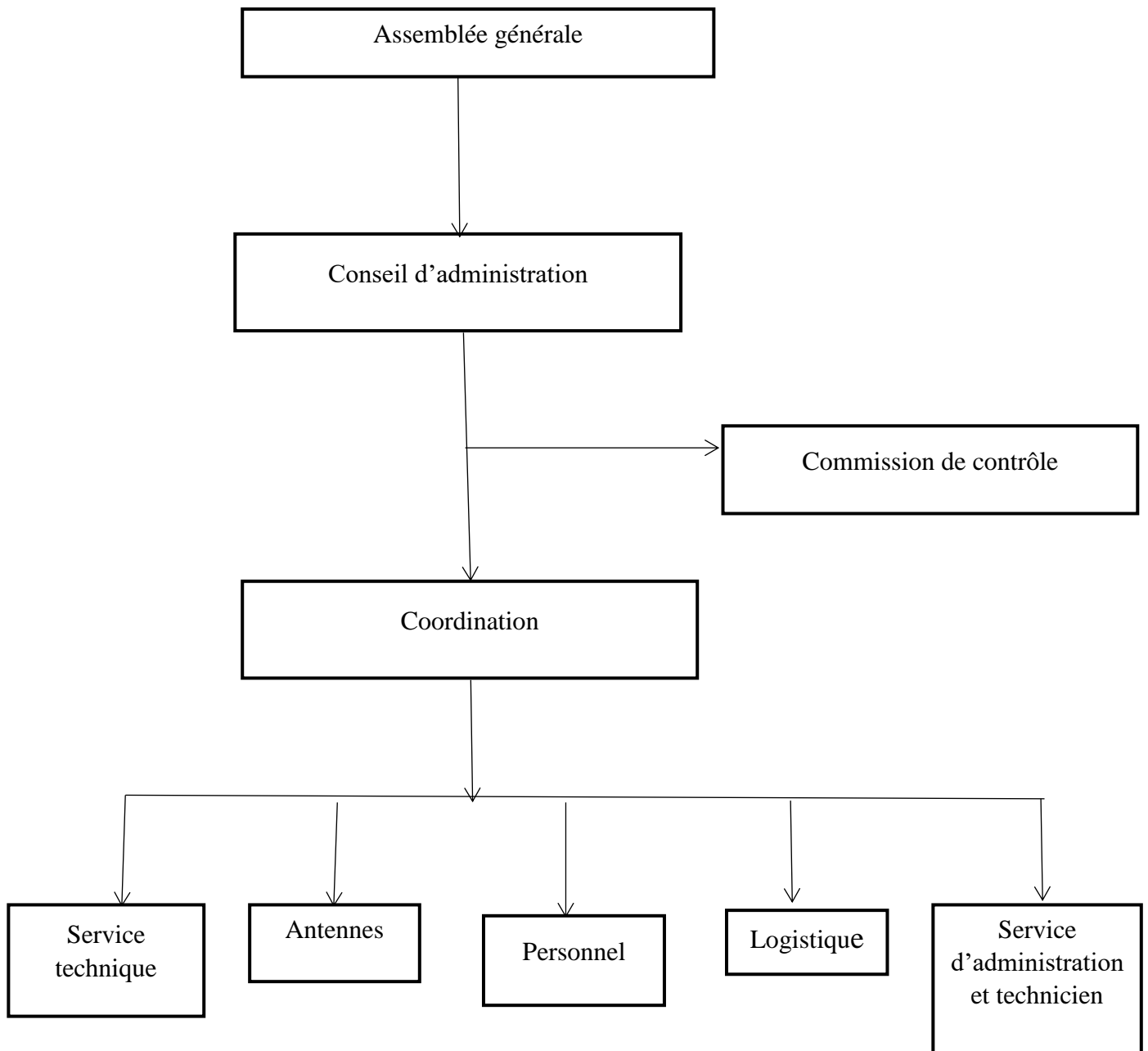
L'association HAD, ONG laïque et sans but lucratif et apolitique de droit congolais soumis à la législation du pays, conformément à la loi N° 004/2001 de 20 juillet 2001 portant disposition générales applicables aux associations sans but lucratif et aux établissements d'utilité publique en RDC.

Les activités de HAD sont :

- Encadrement des PTA,
- Amélioration de leur habitat,
- Sport avec les enfants des PTA,

- Promotion de l'agriculture, pêche et élevage des animaux domestiques, pisciculture, apiculture pour combattre la malnutrition. En agriculture potagère l'objectif poursuivi est celui d'accroître la productivité agricole afin d'augmenter la production agricole pour atteindre la sécurité alimentaire de PTA avec un accent particulier sur l'accroissement sur leur prise de conscience et l'amélioration de la qualité de leur alimentation,
- Sensibilisation populaire pour la promotion des droits de l'homme, de la femme et de l'enfant
- Encourager l'approche coopérative et la promotion de l'entrepreneuriat de base, initier et appuyer les projets de sécurité alimentaire des populations en fondant les interventions sur des actions agro écologiques.
- Production et vente des arbustes fruitiers, des plantules ornementales de plusieurs espèces et variétés des fleurs.
- Aménagement des jardins parcellaires
- Appui à petites initiatives potagères dans la ville de Goma et dans Kalehe nord à Buzi-Bulenga au Sud Kivu
- Initiation et sensibilisation aux techniques d'exploitations du terrain et recyclage des déchets non biodégradables dans les familles accompagnées

ORGANISATION DE HAD



FOCTIONNEMENT ET REALISATIONS

a. Fonctionnement :

- Assemblée générale : c'est l'organe suprême de l'association, elle dirige l'association, elle détient la dernière décision dans l'exécution de toute activité de l'association.
- Conseil d'administration : il établit la planification des activités, l'étude des rapports et l'étude de candidature du personnel administratif.

- Coordination : elle gère confidentiellement les activités de l'association et prépare le plan, le programme, le projet et le budget.
- Commission de contrôle : elle est chargée de suivi de la gestion financière, administrative et matérielle de l'association.
- Service technique : il est chargé des activités techniques de l'association.
- Logistique : elle est chargée d'intendance et des activités logistiques de l'association
- Personnel : il est l'organe chargé de la gestion des ressources humaines de l'association
- Les antennes : sont déterminées par sphère limitrophe d'un groupement administratif dans un territoire, dans une collectivité reconnue à l'administration publique

b. Réalisations :

- Construction des maisons de PTA avec du béton, qui sont équipées des 2 lits, 2 matelas, 1 fut en plastique, 1 bâche, un brasero...
- Agriculture potagère consistant à la lutte contre la malnutrition des PTA. En agriculture potagère, on cultive les choux, poireau, aubergine, patate douce, amarante, carotte, radis, etc. ; mais aussi les maïs et le haricot pour la conservation des terrains non exploités par l'agriculture potagère.
- Encadrement sportif des jeunes enfants et éducation sanitaire, etc.

PERSPECTIVES D'AVENIR

- Faire des expérimentations thématiques d'agriculture intégrée,
- Organiser des séances d'information et de formation,
- Concevoir et mettre à la disposition du public des fiches techniques simples,
- Organiser des campagnes de sensibilisation et d'échange,
- Animer, informer et professionnaliser la population en vue de son auto promotion et son auto prise en charge,
- Promouvoir les soins de santé primaire de PTA,
- Adapter et produire des cultures différentes pour la distribution aux PTA dans le respect de l'individu,
- Aider aux renforcements des capacités internes des ménages par l'appui conseils à domicile.

CHAP III. APPROCHE METHODOLOGIQUE

Ce chapitre est consacré au cadre méthodologique : Nous allons examiner les méthodes et les techniques de la recherche, la population d'étude, l'échantillon utilisé, la procédure et l'instrument de collecte de données, les techniques de traitement et d'analyse des données.

III.1 METHODE ET TECHNIQUE DE LA RECHERCHE

III.1.1 METHODE

Nous savons qu'il existe plusieurs méthodes parmi lesquelles le chercheur est censé choisir quelques-unes.

Selon Kisangani E. (2006) la méthode est une réponse à un « comment » pour atteindre la connaissance qui nous préoccupe. Elle est un moyen d'atteindre un but mais qui se situe au niveau de faits ou des étapes pratiques.

Pour Pinton et Grawitz (1996) la méthode est un ensemble d'opérations intellectuelles par lesquelles une discipline cherche à atteindre la réalité qu'elle poursuit, la démontrer et la vérifier.

D'après Grawitz (1993), une méthode est définie comme un procédé régulier explicite et reproductible, une suite d'étapes intellectuelles et des règles opératoires à suivre pour résoudre un problème.

III.1.1.1 METHODE QUALITATIVE

La recherche qualitative peut être définie comme une activité qui permet à un individu ou à un groupe d'acquérir des connaissances précises sur la réalité culturelle et sociale vécue quotidiennement.

Selon Muccheilli(2011), une méthode qualitative est une démarche de recherche qui vise à comprendre les significations que les individus donnent à leurs actions et à leurs expériences ; elle s'appuie sur des données non numériques, telles que des textes, des discours, des images ou des vidéos.

III.1.2 TECHNIQUES D'ENQUETES

Pour L.Nguapitshi (2009), la technique est un ensemble de moyens, de procédés utilisables dans toute sorte de perspective et qui permettent à un chercheur de préparer l'enquête.

Pour Muke Z. (op.cit.), les techniques documentaires sont des instruments qui consistent à interroger les documents pour obtenir les informations nécessaires à la recherche.

Pour récolter les données de notre travail, nous avons utilisé différentes techniques à savoir :

III.1.2.1 QUESTIONNAIRE

Selon PICHOT, (1987, P.1996), un questionnaire est un instrument d'auto-rapport utilisé pour récolter les informations concernant les variables qui intéressent le chercheur ; il consiste à un nombre des questions ou d'items écrits que le répondant lit et auxquels il répond.

D'après Grawitz M. (1974, p717), le questionnaire se définit comme étant un moyen de communication essentielle entre l'enquêteur et l'enquêté. Il est l'outil par lequel le double but de l'entretien doit être atteint ; il s'agit d'une part de motiver pour inciter l'enquêté à parler, à donner son opinion et d'autre part d'obtenir des informations adéquates pour l'enquêteur.

Par cette technique nous avons effectué une série des questions adressées à chacun de nos enquêtés en vue de recueillir les informations concernant notre sujet.

III.1.2.2 L'ECHELLE D'ANXIETE

C'est un instrument qui permet de dépister les troubles anxieux.

Dans notre travail nous avons utilisé l'échelle d'anxiété de Beck (BAI) pour nous permettre d'identifier l'anxiété chez les personnes du troisième âge encadrées dans HAD.

III.1.2.3 ENTRETIEN DIRECTIF

L'entretien directif est une méthode de collecte de données à mi-chemin entre l'étude qualitative et l'étude quantitative. Le chercheur dirige les individus interrogés tout au long de l'échange et pose des questions à réponses courtes ou fermées. Elles prennent souvent la forme d'un questionnaire. [www.https://scribbr.fr](https://scribbr.fr)

Nous avons utilisé l'entretien directif dans notre travail pour mieux orienter nos enquêtés, ça vient enrichir notre questionnaire et l'échelle.

III.2 POPULATION ET ECHANTILLONAGE

III.2.1 LA POPULATION

Selon Mucchielli R. (1971), la population est un ensemble de groupes auxquels s'intéresse une étude et ayant tous une caractéristique commune.

La population peut être aussi une nation, une ville, un corps professionnel disposé sur le territoire Grawitz (cité par Kavusa M, 2020)

Selon BENE cité par MATHUMO (2013), la population d'étude est un ensemble de tous les individus vivant qui ont en commun un trait particulier. Il décrit deux catégories de population, à savoir : la population finie ou définie qui est celle dont on connaît l'effectif de ses éléments tandis que la population infinie ou indéfinie qui est celle dont on ne connaît pas l'effectif de ses éléments, de ceci l'échantillon doit être représentative.

La population de notre travail est finie c'est-à-dire qu'on connaît le nombre exact des sujets qui la constitue. Notre population cible est composée de personnes du troisième âge encadré au HAD, dont l'effectif s'élève à 300 sujets.

III.2.2 ECHANTILLONNAGE

En statistique, un échantillon est un ensemble d'individus représentatifs d'une population

Pour Bene K. (2011) ; l'échantillon est un ensemble d'individus, des documents, des groupes des catégories sociales appartenant à l'univers de l'enquête choisie de telle manière que l'on puisse valablement affirmer que les caractères observés sur cet échantillon sont également représentés dans une même stabilité de l'univers.

D'après Delandsheere G. (1976), échantillonner, c'est choisir un nombre d'individus, d'objets ou d'évènements dont l'observation peut conduire à des conclusions applicables à la population entière dans laquelle le choix a été fait

Ainsi, compte tenu de la grandeur de notre population d'étude, nous avons cherché l'échantillon en nous servant de la formule de Slovin d'un échantillonnage d'un niveau de confiance de 95% et niveau de précision de 5% ; la formule est la suivante :

$$n = \frac{N}{1 + N \times E^2}$$

n : c'est la taille de l'échantillon

N : taille de la population

E : degré de liberté (0,05)²

$$n = \frac{300}{1 + 300 \times 0,0025} = \frac{300}{1 + 0,75} = \frac{300}{1,75} = 171$$

C'est ainsi que nous avons travaillé avec 171 personnes âgées dont 121 femmes et 50 hommes, encadré au HAD.

III.3 PROCEDURE ET INSTRUMENT DE COLLECTE DES DONNES

Dans notre travail, nous avons utilisé le questionnaire d'enquête, ainsi que l'échelle pour identifier les symptômes les plus fréquents chez les personnes du troisième âge encadrées dans HAD. Notre questionnaire est composé de deux parties dont l'identification et le questionnaire proprement dit, notre questionnaire est composé d'une seule question, qui complète l'échelle et c'est à travers ces deux outils que nous avons trouvé les données.

III.4 TRAITEMENT ET ANALYSE DES DONNEES

Pour Rey A. et Al (1988) le traitement lui-même est le fait d'examiner une situation donnée, la débattre et en discuter ;

Le traitement c'est une étape importante qui permet d'interpréter les résultats, de vérifier si les objectifs assignés à la recherche au départ sont atteints ou pas, elle nous permet aussi de dégager la conclusion à notre recherche.

III.5 CRITERES DE SELECTION

a. Critère d'inclusion

Pour faire partie de notre population, nous avons tenu compte des critères suivants :

- Etre parmi les personnes du troisième âge
- Etre encadré au HAD
- Avoir été présent(e) lors de notre enquête
- Répondre volontairement à nos questions.

b. Critère d'exclusion

Sont exclues dans notre recherche les personnes qui ne remplissent pas les critères ci-haut.

CHAP IV. PRESENTATION, ANALYSE, INTERPRETATION DES DONNES ET DISCUSSION DES RESULTATS

Dans ce chapitre nous allons présenter les données, les analyser, les interpréter et enfin nous allons faire une discussion de nos résultats.

IV.1 PRESENTATION ET ANALYSE DES DONNES

Nous avons utilisé un questionnaire ainsi que l'échelle de Beck pour nous permettre de trouver les données que nous cherchions.

A. Nous présentons les données de ces enquêtées selon leur âge, sexe, état civil et leur religion :

Tableau 1:répartition des sujets selon l'âge

âge	F	%
60-75ans	86	50,3
76-90ans	83	48,5
91 et plus	2	1,2
Total	171	100

Source : nos enquêtes sur terrain en juillet

Il ressort de ce tableau que 86 sujets, soit 50,3% ont l'âge qui varie entre 60 à 75ans et ; 83 sujets soit 48,5% ont l'âge qui varie entre 76 à 90 ans et 2 sujets, soit 1,2% ont l'âge qui varie entre 91ans et plus

Tableau 2: répartition des sujets selon le sexe

Sexe	F	%
Féminin	121	70,8
Masculin	50	29,2
Total	171	100

Source : nos enquêtes sur terrain en juillet

Il ressort de ce tableau que 121 sujets, soit 70,8% sont du sexe féminin et 50 sujets, soit 29,2% sont du sexe masculin.

Tableau 3:répartition des sujets selon leur état civil

Etat civil	F	%
Célibataire	0	0
Marie(e)	33	19,3
Divorcée	16	9,4
Veuf (Ve)	122	71,3
Total	171	100

Source : nos enquêtes sur terrain en juillet

Nous voyons à travers les données de ce tableau que 0% des sujets sont célibataire ; 33 sujets soit 19,3% sont mariées, 16 sujets, soit 9,4% sont divorcées, et enfin 122 sujets, soit 71,3% sont veuf (ve)

Tableau 4: répartition des sujets selon leur religion

Religion	F	%
Catholique	55	32,2
Protestant	84	49,1
Adventiste	13	7,6
Tempérant	6	3,5
Témoin	4	2,3
Assemblée	8	4,7
Kimbanguiste	1	0,6
Total	171	100

Source : nos enquêtes sur terrain en août

Nous voyons à travers les données de ce tableau que 55 sujets, soit 32,2% sont catholiques, 84 sujets, soit 49,1% sont protestants, 13 sujets, soit 7,6% sont adventistes, 6 sujets, soit 3,5% sont tempérants, 4 sujets, soit 2,3% sont témoins de Jéhovah, 8 sujets, soit 4,7% sont assemblées, et enfin 1 sujet, soit 0,6% est kimbanguiste.

B. Nous présentons les données de ces enquêtées selon la question qui concerne les causes de troubles anxieux

La question cherche à savoir les événements traumatisants que les sujets ont subis selon les assertions proposées

Tableau 5:a. Répartition des enquêtés selon le Décès de leurs conjoints.

Réponses	Fréquence	Pourcentage
Oui	154	90,1
Non	17	9,9
Total	171	100,0

A cette question 154 sujets, soit 90,1% disent qu'ils ont perdu leurs conjoints, et 17 sujets, soit 9,9% disent qu'ils ont encore leurs conjoint(e)

Tableau 6: b. Répartition des enquêtés selon l'éloignement géographique de leurs enfants et petits enfants

Réponses	Fréquence	Pourcentage
Oui	101	59,1
Non	70	40,9
Total	171	100,0

Nous voyons à travers les données de ce tableau que 101 sujets, soit 59,1% sont éloigné de leurs enfants et petits-enfants, et 70 sujets, soit 40,9% ne sont pas éloigné géographiquement de leurs enfants et petits-enfants.

Tableau 7: c. Répartition des enquêtés selon la Peur de devenir un poids pour leur entourage

Réponses	Fréquence	Pourcentage
Oui	116	67,8
Non	55	32,2
Total	171	100,0

Généralement, 116 sujets, soit 67,8% disent qu'ils ont peur de devenir un poids pour son entourage, et 55 sujets, soit 32,2% n'ont pas peur de devenir un poids pour leurs entourages.

Tableau 8: d. Répartition des enquêtés selon la peur de mourir

Réponses	Fréquence	Pourcentage
Oui	88	51,5
Non	83	48,5
Total	171	100,0

Il ressort de ce tableau que 88 sujets, soit 51,5% ont peur de mourir et 83 sujets, soit 48,5% n'ont pas peur de mourir.

Tableau 9: e. Répartition de sujets selon la présence des maladies chroniques

Réponses	Fréquence	Pourcentage
Oui	147	86,0
Non	24	14,0
Total	171	100,0

De ce tableau, il ressort que 147 sujets, soit 86,0% ont une maladie chronique et 24 sujets, soit 14,0% n'ont pas une maladie chronique.

Tableau 10: f. Répartition de sujets selon les difficultés financières

Réponses	Fréquence	Pourcentage
Oui	160	93,6
Non	11	6,4
Total	171	100,0

A travers les données de ce tableau nous voyons que 160 sujets, soit 93,6% ont des difficultés financier et 11 sujets, soit 6,4% n'ont pas de difficultés financière.

Tableau 11: g. Répartition des enquêtées selon les problèmes relationnels, tels que des conflits avec leurs enfants ou petits enfants

Réponses	Fréquence	Pourcentage
Oui	91	53,2
Non	80	46,8
Total	171	100,0

A cette question 91 sujets, soit 53,2% disent qu'ils ont des problèmes relationnels, des conflits avec leurs enfants et 80 sujets, soit 46,8% n'ont pas des conflits avec leurs enfants.

Tableau 12: h. Répartition de sujets selon autres évènements

Réponses	Fréquence	Pourcentage
Oui	11	6,4
Non	160	93,6
Total	171	100,0

Il ressort de ce tableau que 11 sujets, soit 6,4% ont précisé autres évènements traumatisant qu'ils ont vécus tel que la violence sexuelle, la guerre et 160 sujets, soit 93,6% n'ont pas précisé autres évènements.

C. Nous présentons les données de ces enquêtes selon les questions de l'échelle de Beck

Tableau 13: répartition de sujets selon qu'ils sont affecté(e) au cours des 7 derniers jours

Symptômes	Pas du tout		Un peu		Modérément		Beaucoup			
	F	%	F	%	F	%	F	%	total	Tot %
1. Sensations d'engourdissement ou de picotement	23	13,5	72	42,1	25	14,6	51	29,8	171	100
2. Bouffées de chaleur	21	12,3	15	8,8	52	30,4	83	48,5	171	100
3. «Jambes molles», tremblements dans les jambes	16	9,4	12	7,0	48	28,1	95	55,6	171	100
4. Incapacité de se détendre	8	4,7	39	22,8	86	50,3	38	22,2	171	100
5. Crainte que le pire ne survienne	4	2,3	23	13,5	82	48,0	62	36,3	171	100
6. Étourdissement ou vertige, disorientation	18	10,5	15	8,8	51	29,8	87	50,9	171	100
7. Battements cardiaques marqués ou rapides	19	11,1	16	9,4	58	33,9	78	45,6	171	100
8. Mal assuré(e), manque d'assurance dans mes mouvements	9	5,3	42	24,6	92	53,8	28	16,4	171	100
9. Terrifié(e)	24	14,0	67	39,2	45	26,3	35	20,5	171	100
10. Nervosité	22	12,9	57	33,3	52	30,4	40	23,4	171	100
11. Sensation d'étouffement	23	13,5	50	29,2	41	24,0	57	33,3	171	100
12. Tremblements des mains	31	18,1	26	15,2	47	27,5	67	39,2	171	100

13.Tremblements, chancelant(e)	26	15,2	34	19,9	62	36,3	49	28,7	171	100
14. Crainte de perdre le contrôle de soi	5	2,9	49	28,7	89	52,0	28	16,4	171	100
15.Respiration difficile	29	17,0	28	16,4	44	25,7	70	40,9	171	100
16.Peur de mourir	62	36,3	38	22,2	26	15,2	45	26,3	171	100
17. Sensation de peur, «avoir la frousse»	32	18,7	52	30,4	56	32,7	31	18,1	171	100
18.Indigestion Ou malaise abdominal	26	15,2	41	24,0	40	23,4	64	37,4	171	100
19. Sensation de défaillance ou d'évanouissement	64	37,4	44	25,7	34	19,9	29	17,0	171	100
20.Rougisement du visage	99	57,9	11	6,4	48	28,1	13	7,6	171	100
21. Transpiration (non associée à la chaleur)	26	15,2	37	21,6	46	26,9	62	36,3	171	100

A travers les données de ce tableau nous constatons qu'en ce qui concerne la 1^{er} question que 23 sujets, soit 13,5% disent qu'ils n'ont jamais été affectée par la sensations d'engourdissement, 72 sujets, soit 42,1% ils ont été un peu, 25 sujets, soit 14,6% disent qu'ils ont été affectée modérément, et 51 sujets, soit 29,8% ont été affectée beaucoup par la sensation de picotement.

En ce qui concerne la 2^{ème} question que 21 sujets, soit 12,3% n'ont pas été affectée par une bouffées de chaleur, 15 sujets, soit 8,8% ont été affectée un peu, 52 sujets, soit 30,4% ont été affectée modérément, et 83 sujets soit 48,5% ont été beaucoup affectée par une bouffée de chaleur.

Nous trouvons qu'en ce qui concerne la 3^{ème} question que 16 sujets, soit 9,4% infirment avoir été affectée par des tremblements des jambes, 12 sujets soit 7,0% disent qu'ils ont été affectée un peu, 48 sujets, soit 28,1% ont été affectée modérément et 95 sujets, soit 55,6% disent qu'ils ont été beaucoup affectée par les tremblements aux jambes.

Pour la 4^{ème} question 8 sujets, soit 4,7% n'ont pas été affectée par l'incapacité de se détendre, 39 sujets, soit 22,8% ont été affectée un peu, 86 sujets, soit 50,3% ont été affectée modérément et 38 sujets, soit 22,2% ont été beaucoup plus affectée par l'incapacité de se détendre.

En ce qui concerne la 5^{ème} question que 4 sujets, soit 2,3% n'ont pas été affectée par la crainte que le pire ne survienne, 23 sujets, soit 13,5% ont été affectée un peu, 82 sujets, soit 48,0% ont

été affectée modérément et enfin 62 sujets, soit 36,3% ont été affectée beaucoup par la crainte que le pire ne survienne

En ce qui concerne la 6^{ème} question que 18 sujets, soit 10,5% n'ont pas été affectées par des vertiges, désorientation ; 15 sujets, soit 8,8% ont été affecté un peu, 51 sujets, soit 29,8% ont été affectées modérément, et enfin 87 sujets, soit 50,9% ont été affectées beaucoup par les vertiges, et désorientation.

En ce qui concerne la 7^{ème} question que 19 sujets, soit 11,1% n'ont pas été affectée par les battements cardiaques rapides, 16 sujets, soit 9,4% ont été affectée un peu, 58 sujets, soit 33,9% ont été affectée modérément et enfin 78 sujets, soit 45,6% ont été affectée beaucoup par les battements cardiaque rapides.

En ce qui concerne la 8^{ème} question que 9 sujets, soit 5,3% n'ont pas été affectée par manque d'assurance dans leurs mouvements, 42 sujets, soit 24,6% ont été affectée un peu, 92 sujets, soit 53,8% ont été affectée modérément, et enfin 28 sujets, soit 16,4% ont été affectée beaucoup par le manque d'assurance dans leurs mouvements.

Nous constatons qu'en ce qui concerne la 9^{ème} question 24 sujets, soit 14,0% n'ont pas été terrifiées, 67 sujets, soit 39,2% ont été terrifiées un peu, 45 sujets, soit 26,3% ont été modérément terrifiée, 35 sujets, soit 20,5% ont été beaucoup plus terrifiées

En ce qui concerne la 10^{ème} question que 22 sujets, soit 12,9% n'ont pas été affectées par la névrose, 57 sujets, soit 33,3% ont été affectées un peu, 52 sujets, soit 30,4% ont été affectées modérément, et enfin 40 sujets, soit 23,4% ont été affectées beaucoup par la névrose.

En ce qui concerne la 11^{ème} question, 23 sujets, soit 13,5% n'ont pas été affectées par la sensation d'étouffement, 50 sujets, soit 29,2% ont été affectées un peu, 41 sujets, soit 24,0% ont été affectées modérément, 57 sujets, soit 33,3% ont été affectées modérément par la sensation d'étouffement.

En ce qui concerne la 12^{ème} question que 31 sujets, soit 18,1% n'ont pas été affectées par les tremblements des mains, 26 sujets, soit 15,2% ont été affectées un peu, 47 sujets, soit 27,5% ont été affectées modérément, et enfin 67 sujets, soit 39,2% ont été affectées beaucoup par les tremblements de mains.

En ce qui concerne la 13^{ème} question 26 sujets, soit 15,2% n'ont pas été affectées par les tremblements, 34 sujets, soit 19,9% ont été affectées un peu, 62 sujets, soit 36,3% ont été

affectées modérément, et enfin 49 sujets, soit 28,7% ont été affectées beaucoup par les tremblements, chancelante.

En ce qui concerne la 14^{ème} question que 5 sujets, soit 2,9% n'ont pas été affectées par la crainte de perdre le contrôle de soi, 49 sujets, soit 28,7% ont été affectées un peu, 89 sujets, soit 52,0% ont été affectées modérément, et 28 sujets, soit 16,4% ont été affectées beaucoup par la crainte de perdre le contrôle de soi.

Nous trouvons qu'en ce qui concerne la 15^{ème} question que 29 sujets, soit 17,0% n'ont pas été affectées par une respiration difficile, 28 sujets, soit 16,4% ont été affectées un peu, 44 sujets, soit 25,7% ont été affectées modérément, et 70 sujets soit, 40,9% ont été affectées beaucoup par une respiration difficile.

En ce qui concerne la 16^{ème} question 62 sujets, soit 36,3% n'ont pas été affectées par la peur de mourir, 38 sujets, soit 22,2% ont été affectées un peu, 26 sujets, soit 15,2% ont été affectées modérément, et 45 sujets, soit 26,3% ont été affectées beaucoup par la peur de mourir.

Nous remarquons qu'en ce qui concerne la 17^{ème} question que 32 sujets, soit 18,7% n'ont pas été affectées par la sensation de peur (avoir la frousse), 52 sujets, soit 30,4% ont été affectées un peu par cette sensation, 56 sujets, soit 32,7% ont été affectées modérément, et 31 sujets, soit 18,1% ont été affectées beaucoup par la sensation de peur

Nous remarquons qu'en ce qui concerne la 18^{ème} question que 26 sujets, soit 15,2% n'ont pas été affectées par l'indigestion ou malaise abdominal, 41 sujets, soit 24,0% ont été affectées un peu, 40 sujets, soit 23,4% ont été affectées modérément, et enfin 64 sujets, soit 37,4% ont été affectées beaucoup par l'indigestion.

En ce qui concerne la 19^{ème} question que 64 sujets, soit 37,4% n'ont pas été affectées par la sensation d'évanouissement, 44 sujets, soit 25,7% ont été affectées un peu, 34 sujets, soit 19,9% ont été affectées modérément, 29 sujets, soit 17,0% ont été affectées beaucoup par la sensation d'évanouissement

En ce qui concerne la 20^{ème} question 99 sujets, soit 57,9% n'ont pas été affectées par le rougissement du visage, 11 sujets, soit 6,4% ont été affectées un peu, 48 sujets, soit 28,1% ont été affectées modérément, 13 sujets, soit 7,6% ont été affectées beaucoup par le rougissement du visage

Nous constatons qu'en ce qui concerne la 21^{ème} question que 26 sujets, soit 15,2% n'ont pas été affectées par une transpiration non associée à la chaleur, 37 sujets, soit 21,6% ont été

affectées un peu, 46 sujets, soit 26,9% ont été affectées modérément, enfin 62 sujets, soit 36,3 % ont été affectées beaucoup par une transpiration non associée à la chaleur

D. Nous présentons ici les données de ces enquêtées selon la prévalence de troubles anxieux.

Tableau 14: Répartition des enquêtées selon la prévalence de l'anxiété.

Réponses	Fréquence	Pourcentage
Présence	169	98,8
Absence	2	1,2
Total	171	100

A travers les données de ce tableau, nous trouvons que 169 personnes du troisième âge, soit 98,8% ont la présence de l'anxiété et 2 personnes, soit 1,2% n'ont pas l'anxiété.

Tableau 15: Prévalence de l'anxiété selon la gravité chez les enquêtées

Gravité	Fréquence	Pourcentage
0-10 : absence	2	1,2
11-19 : légère	16	9,3
20-29 : modéré	42	24,6
30-63 : sévère	111	64,9
Total	171	100

De ce tableau, il ressort que 2 sujets, soit 1,2% n'ont pas l'anxiété, 16 sujets, soit 9,3% ont une anxiété légère, 42 sujets, soit 24,6% ont une anxiété modérée et 111 sujets, soit 64,9% ont une anxiété sévère.

Tableau 16: Prévalence de gravité de troubles anxieux selon l'Age, sexe

Age	Gravité d'anxiété	Sexe		Pourcentage	
		masc.	fém.	Masc.	Fém.
60-75 ans	Absence	0	0	0	0
	Légère	6	2	13,0%	1,6%
	Modéré	11	9	24%	7,2%
	Sévère	15	45	32,6%	36%
	Total âge : 88 soit				
		51,5%			

76-90 ans	Absence	0	0	0	0
	Légère	4	4	8,7%	3,2%
	Modéré	9	13	19,6%	10,4
	Sévère	1	50	2,1%	40%
		Total âge : 81 soit 47,4%			
91 et plus	Absence	0	2	0	1,6%
	Légère	0	0	0	0
	Modéré	0	0	0	0
	Sévère	0	0	0	0
		Total âge : 2 soit 1,2%			
		Totaux âge : 171(100%)			
Total	Total sexe	46(27%)	125(73,0%)	100%	100%
Totaux		171 (100%)			

Il ressort de ce tableau que pour le sexe masculin âgée de 60 à 75 ans ,6 sujets, soit 1,6 ont l'anxiété légère, 11 sujets, soit 24% ont l'anxiété modéré et 15 sujets soit 32,6% ont l'anxiété sévère. En ce qui concerne le tranche d'âge de 76-90 ans, nous voyons que 4 sujets, soit 8,7% ont l'anxiété légère, 9 sujets, soit 19,6% ont l'anxiété modéré et 1 sujet, soit 2,1% à l'anxiété sévère. Pour la tranche d'âge de 91 et plus nous avons 0% d'anxiété.

Les mêmes résultats de ce tableau pour le sexe féminin âgée de 60 à 75 ans, nous voyons que 2 sujets, soit 1,6% ont l'anxiété légère, 9 sujets, soit 7,2% ont l'anxiété modéré et 45 sujets, soit 36% ont l'anxiété sévère.

En ce qui concerne la tranche d'âge de 76-90 ans, nous trouvons que 4 sujets, soit 3,2% ont l'anxiété légère, 13 sujets, soit 10,4% anxiété modéré et 50 sujets, soit 40% ont l'anxiété sévère. Pour la tranche d'âge de 91 et plus nous avons 2 sujets, soit 1,6% qui ont l'absence d'anxiété, et 0% d'anxiété légère, 0% anxiété modéré et 0% anxiété sévère.

Tableau 17: Prévalence de gravité de troubles anxieux selon la religion.

Gravité d'anxiété	Religion													
	Catho	%	Protest	%	Adve	%	Temp	%	Temoin	%	Assemblée	%	Kimba	%
Absence	1	1,8	0	0	0	0	0	16,7	0	0	0	0	0	0
Légère	35	63,6	59	70,2	6	46,2	3	50	4	100	8	100	1	100
Modéré	4	7,3	4	4,8	3	23,0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sévère	15	27,3	21	25	4	30,8	2	33,3	0	0	4	50	0	0
Total	55 (32,2%)	100%	84 (49,2%)	100%	13 (7,6%)	100%	6 (3,5%)	100%	4 (2,3%)	100%	8 (4,6%)	100%	1 (0,6%)	100%
Totaux				171 ou 100%										

Partant de ce tableau ci-haut nous remarquons que parmi 55 sujets catholique, nous avons 1 sujet soit 1,8% qui n'a pas d'anxiété, 4 sujets soit 7,3% ont l'anxiété légère, 15 sujets soit 27,3% ont l'anxiété modéré, 35 sujets soit 63,6% ont l'anxiété sévère.

Parmi 84 sujets protestants, nous avons 4 sujets, soit 4,8% qui ont l'anxiété légère, 21 sujets, soit 25% qui ont l'anxiété modéré, 59 sujets, soit 70,2% qui ont l'anxiété sévère.

Pour 13 adventistes, nous avons 3 sujets, soit 23,0% qui ont l'anxiété légère, 4 sujets soit 30,8% qui ont l'anxiété modéré, 6 sujets soit 46,2% qui ont l'anxiété sévère.

Pour 6 tempérants, nous avons 1 sujet soit 16,7% qui n'a pas d'anxiété, 2 sujets soit 33,3% qui ont l'anxiété modéré et 3 sujets soit 50% qui ont l'anxiété sévère.

En ce qui concerne les témoins de Jéhovah sur 4 personnes, nous avons 4 sujets soit 100% qui ont l'anxiété sévère.

Parmi 8 assemblée nous avons 4 sujets, soit 50% qui ont l'anxiété modéré, 4 sujets soit 50% qui ont l'anxiété sévère, 0% d'anxiété légère.

Pour le kimbanguiste nous avons 1 sujet soit 100% qui a l'anxiété sévère.

Tableau 18: Prévalence de gravité de troubles anxieux selon l'Etat civil.

Gravité de l'anxiété	Etat civil							
	Célibat	%	Marie(e)	%	Divorce(e)	%	Veuf (ve)	%
Absence	0	0	1	3,1	0	0	1	0,8
Légère	0	0	4	12,1	1	6,2	6	4,9
Modéré	0	0	18	54,5	6	37,5	22	18,0
Sévère	0	0	10	30,3	9	56,3	93	76,3
Total	0	0%	33 (19,3%)	100%	16 (9,4%)	100%	122 (71,3%)	100%
Totaux	171 ou 100%							

Il ressort de ce tableau qu'en ce qui concerne les célibataires nous avons 0% d'anxiété, les mariées nous avons 1 sujet, soit 3,1% qui n'a pas d'anxiété, 4 sujets, soit 12,1% ont l'anxiété légère, 18 sujets, soit 54,5% ont l'anxiété modéré, 10 sujets, soit 30,3% ont l'anxiété sévère.

Pour les divorcées, nous avons 0% d'absence, 1 sujet, soit, 6,2% qui a l'anxiété légère, 6 sujets, soit 37,5% ont l'anxiété modéré, 9 sujets, soit 56,3% ont l'anxiété sévère.

Pour les veuf (ve) nous avons 1 sujet, soit 0,8% qui n'a pas d'anxiété, 6 sujets, soit 4,9% ont l'anxiété légère, 22 sujets, soit 18,0% ont l'anxiété modéré, et enfin 93 sujets, soit 76,3% ont l'anxiété sévère.

IV.2 INTERPRETATION ET DISCUSSIONS DES RESULTATS.

Après l'analyse des données recueillies, nous sommes arrivés aux résultats ci-après :

En effet, les troubles anxieux chez les personnes du troisième âge encadrée dans HAD sont plus fréquents (Cfr tableau n°14): selon l'âge ; de 60 à 75 ans 51,5% ont les troubles anxieux, de 76 à 90 ans 47,4% ont les troubles anxieux , et de 91 et plus 1,2% , selon le sexe ; 27% du sexe masculin et 73,0% du sexe féminin.(Cfr tableau n°16) Selon la religion nous avons 32,2% catholique, 49,2% protestant, 7,6% adventiste, 3,5% tempera, 2,3% témoins, 4,6% assemblée, 0,6% kimbanguiste (Cfr tableau n°17) .Selon l'état civil nous avons 19,3% mariées, 9,4% divorcées, 71,3% veuf (ve) (Cfr tableaux n° 18).

Nous constatons aussi que les causes des troubles anxieux chez les personnes du troisième âge encadré au HAD sont : le décès du conjoint, éloignement géographique des enfants et petits-enfants, la peur de devenir un poids pour leur entourage, peur de mourir, maladies chronique, difficultés financières, problèmes relationnels. (Cfr tableaux n°5, 6, 7, 8, 9, 10,11)

En ce qui concerne les symptômes le plus fréquents chez les personnes du troisième âge encadrées dans HAD, sont : bouffée de chaleur, tremblement dans les jambes, vertige, battement cardiaque rapide, sensation d'étouffement, tremblement de mains, respiration difficile, indigestion, transpiration non associée à la chaleur. (Cfr tableaux n° 13).

Bien qu'il existe très peu d'étude portant spécifiquement sur les troubles anxieux de la personne âgée ; notons que l'article de Mathieu Bruno(2015), montre comment l'anxiété du sujet âgée devient avec le vieillissement des populations occidentales, une problématique de plus en plus fréquente avec la prévalence forte. Vu sous cet angle, nous voyons que toutes nos hypothèses sont confirmées.

CONCLUSION

Nous voici au terme de notre travail portant sur « la prévalence de troubles anxieux chez les personnes du troisième âge. Cas du HAD (Humanité et Action pour le Développement) »

Au vu des résultats en rapport avec nos objectifs opérationnels, nous concluons que nous avons atteint notre objectif général de l'exploration de l'Etat des lieux des troubles anxieux chez les personnes du troisième âge encadrées par HAD.

En effet, la prévalence des troubles anxieux chez les personnes du troisième âge encadrées dans HAD été de 98,8%.

En ce qui concerne les causes de troubles anxieux chez les personnes du troisième âge, nous avons trouvé ce qui suit : les causes des troubles anxieux sont (le décès du conjoint, éloignement géographique des enfants et petits-enfants, la peur de devenir un poids pour leur entourage, peur de mourir, maladies chroniques, difficultés financières, problèmes relationnels) c'est ainsi que nous avons atteint notre deuxième objectif.

Notre troisième objectif a été atteint car nous avons trouvé les symptômes les plus fréquents chez les personnes du troisième âge tel que : tremblements de mains, respiration difficile, indigestion, transpiration non associée à la chaleur, sensation d'étouffement.

SUGGESTIONS

Avant de finir notre travail. Nous suggérons à l'association HAD d'engager un psychologue au sein de leur association pour qu'il puisse prendre en charge ces personnes du troisième âge.

Nous suggérons aussi à d'autres institutions de considérer l'état psychologique des personnes

Terminons en disant que ce sujet étant vaste et complexe nous ne pouvons pas l'épuiser, ainsi nous lançons l'appel à d'autres chercheurs de bien vouloir aller très loin de ce que nous n'avons pas pu réaliser.

BIBLIOGRAPHIE

I. OUVRAGES ET ARTICLES

0. Caroline M, Julie G, (janvier-juin 2018). *Anxiété chez le sujet âgée : diversité de présentations cliniques et approches thérapeutiques. Lettre du psychiatre* vol.XIV-n°1-2
1. Mathieu B, Alexis L. (2015), *les troubles anxieux de la personne âgée*.
2. Olivier P. (2014).: *revue canadienne du vieillissement* 33(3) :296-306
3. Lorenzo S (2014). *Sante : l'anxiété peut avoir de graves conséquences, regardez plutôt*.
4. Nestor D. (2015). *Les âges de la vie, une représentation sociale*.
5. Jean-baptiste (2012). *A quel âge est-on vieux ?*, paris PUF
6. Ramon C. Gelabert (avril 2018) : *stress et anxiété : traitement scientifique est naturels*
7. Lagash D. (1970) *la psychiatrie*, paris PUF
8. DSM-5 (2013)
9. « causes et facteurs de risque de l'anxiété chez les personnes âgées », National Institute of Mental Health (NIMH), 2022
10. Delandsheere G. (1976)
11. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION.(2013) *Diagnostical and Statical manual of Mental disorders* (5th ed)
12. Kergoat, D. (2006), *le troisieme age*. Paris, l'harmattan.
13. Forette, F. (2018) *La vieillesse, une nouvelle étape de la vie*. Paris, PUF
14. MUCCHELI R, *le questionnaire dans l'enquête psycho-social*, (1971), ESF

II. DICTIONNAIRES

1. *Larousse* (2015)
2. Norbert S. (1980), *Dictionnaire usuel de la psychologie*, paris, Bordas
3. *Petit Robert* (2018)

III. MEMOIRE ET COURS

1. ASIFIWE NGEZAYO (2022), *diagnostic psychologique des troubles anxieux chez les enfants de 0 à 7 ans*. mémoire inédit, UAGO
2. BLAISE B. (2023) *clinique du sujet âgée* cours inédit m2 psychologie clinique.
3. NKURUNZIZA E. (2023), *psychothérapies* cours inédit m2 psychologie clinique.

IV. WEBOGRAPHIE

1. www.Msdmanuels.com. Consulté le 19/04 2023
2. <https://www.axaprevention.fr> consulté le 19/04/2023
3. [http://www.erudit.org/apropos/utilisation.html\)iderudit/008820](http://www.erudit.org/apropos/utilisation.html)iderudit/008820)consulté le 10/05/2023
4. <https://sass.uottawa.ca> consulté, le 15/05/2023
5. www.psychomedia.com consulté, le 15/07/2023
6. <https://dictionnaire.lerobert.com> consulté le 10/07/2023
7. <https://www.cairn.info> consulté le 6/08/2023

TABLE DE MATIERES

EPIGRAPHE	i
REMERCIEMENTS	iii
SIGLES ET ABREVIATIONS	iv
RESUME	vi
CHAP I. INTRODUCTION	- 1 -
I.1 CONTEXTE D'ETUDE	- 1 -
I.2 PROBLEMATIQUE	- 4 -
I.3 QUESTIONS DE RECHERCHE	- 4 -
I. 5 METHODOLOGIE	- 5 -
I.6 CHOIX ET INTERET DU SUJET	- 5 -
I.7 DELIMITATION DU SUJET	- 6 -
I.8 SUBDIVISION DU TRAVAIL	- 6 -
CHAPITRE II. REVUE DE LA LITTERATURE	- 7 -
INTRODUCTION	- 7 -
II.1 REVUE DE LA LITTERATURE THEORIQUE	- 7 -
II.2 REVUE DE LA LITTERATURE EMPIRIQUE	- 12 -
II.3 DEFINITION DES CONCEPTS	- 13 -
II.4 PRESENTATION DU MILIEU D'ETUDE	- 16 -
CHAP III. APPROCHE METHODOLOGIQUE	- 20 -
III.1 METHODE ET TECHNIQUE DE LA RECHERCHE	- 20 -
III.2 POPULATION ET ECHANTILLONAGE	- 21 -
III.3 PROCEDURE ET INSTRUMENT DE COLLECTE DES DONNES	- 23 -
III.4 TRAITEMENT ET ANALYSE DES DONNEES	- 23 -
III.5 CRITERES DE SELECTION	- 23 -
CHAP IV. PRESENTATION, ANALYSE, INTERPRETATION DES DONNES ET DISCUSSION DES RESULTATS	- 24 -
IV.1 PRESENTATION ET ANALYSE DES DONNES	- 24 -
IV.2 INTERPRETATION ET DISCUSSIONS DES RESULTATS	- 35 -
CONCLUSION	- 37 -
SUGGESTIONS	- 37 -
BIBLIOGRAPHIE	- 38 -
TABLE DE MATIERES	- 40 -

ANNEXE

QUESTIONNAIRE

Dans le cadre de mon travail de fin de cycle en psychologie clinique à l'université adventiste de Goma (UAGO), nous menons une recherche sur « **la prévalence de troubles anxieux chez les personnes du troisième âge : cas de l'association humanité et actions pour le développement (HAD)** », nous voudrions bien recueillir auprès de vous un certain nombre d'informations qui nous seront capital dans la réalisation de notre travail. Nous vous garantissons l'anonymat ; pour se faire, nous sollicitons votre contribution en répondant aux questions que nous vous proposons ci-dessous :

I. CONSIGNES

Veillez répondre à l'endroit indiqué, encrer la réponse correspondant à votre opinion :

II. IDENTIFICATION

1. Age

- a. 60-75 ans
- b. 76-90 ans
- c. 91 ans et plus

2. Sexe

- a. Féminin
- b. Masculin

3. Etat civil

- a. Célibataire
- b. Marie(e)
- c. Divorce(e)
- d. Veuf (Ve)

4. Religion :.....

III. QUESTIONNAIRE PROPREMENT DIT

1. Parmi ses évènements traumatisant et/ou stressant lesquels avez-vous subit ?

- a. Décès du conjoint
- b. Eloignement géographique des enfants et des petits enfants
- c. Peur de devenir un poids pour son entourage
- d. Peur de mourir
- e. Maladie chronique
- f. Difficulté financière

g. Problèmes relationnels, tels que des conflits avec vos enfants ou petits-enfants

h. Autres

INVENTAIRE POUR L'ANXIÉTÉ

Voici une liste de symptômes courants dus à l'anxiété. Veuillez lire chaque symptôme attentivement. Indiquez, en encerclant le chiffre approprié, à quel degré vous avez été affecté par chacun de ces symptômes au cours de la dernière semaine, aujourd'hui inclus.

Au cours des 7 derniers jours, j'ai été affecté(e) par...	Pas du tout	Un peu Cela ne m'a pas beaucoup dérangé(e)	Modérément C'était très déplaisant mais supportable	Beaucoup Je pouvais à peine le supporter
1. Sensations d'engourdissement ou de picotement	0	1	2	3
2. Bouffées de chaleur	0	1	2	3
3. «Jambes molles», tremblements dans les jambes	0	1	2	3
4. Incapacité de se détendre	0	1	2	3
5. Crainte que le pire ne survienne	0	1	2	3
6. Étourdissement ou vertige, désorientation	0	1	2	3
7. Battements cardiaques marqués ou rapides	0	1	2	3
8. Mal assuré(e), manque d'assurance dans mes mouvements	0	1	2	3
9. Terrifié(e)	0	1	2	3
10. Nervosité	0	1	2	3
11. Sensation d'étouffement	0	1	2	3
12. Tremblements des mains	0	1	2	3
13. Tremblements, chancelant(e)	0	1	2	3
14. Crainte de perdre le contrôle de soi	0	1	2	3
15. Respiration difficile	0	1	2	3
16. Peur de mourir	0	1	2	3
17. Sensation de peur, «avoir la frousse»	0	1	2	3
18. Indigestion ou malaise abdominal	0	1	2	3
19. Sensation de défaillance ou d'évanouissement	0	1	2	3
20. Rougeur du visage	0	1	2	3
21. Transpiration (non associée à la chaleur)	0	1	2	3

Score:

Interprétation: 0 à 10: absence; 11 à 19: légère; 20 à 29: modéré; 30 à 63: sévère :

GUIDE D'ENTRETIEN DIRECTIF

Objectifs :

- Déterminer la prévalence de troubles anxieux chez les personnes du troisième âge encadrées dans HAD ;
- Identifier les causes des troubles anxieux chez les personnes du troisième âge encadrées dans HAD ;
- Identifier les symptômes les plus fréquents chez les personnes du troisième âge anxieuses encadrées dans HAD.

Participants :

Personnes âgées de 65ans et plus.

Méthodes :

Entretien directif suivi de l'administration de l'échelle de Beck d'anxiété et quelques questions sur les causes d'anxiété.

Questions démographiques :

- a. Age
- b. Sexe
- c. Etat civil
- d. Religion

Questions sur les causes de troubles anxieux :

Parmi ses évènements traumatisant et/ou stressant lesquels avez-vous subit ?

- Décès du conjoint
- Eloignement géographique des enfants et des petits enfants
- Peur de devenir un poids pour son entourage
- Peur de mourir
- Maladie chronique
- Difficulté financière
- Problèmes relationnels, tels que des conflits avec vos enfants ou petits-enfants

Administration de l'échelle de Beck d'anxiété

Au cours des 7 derniers jours, avez-vous ressenti l'un des symptômes suivants :

- Sensations d'engourdissement ou de picotement
- Bouffées de chaleur
- «Jambes molles», tremblements dans les jambes
- Incapacité de se détendre

- Crainte que le pire ne survienne
- Étourdissement ou vertige, désorientation
- Battements cardiaques marqués ou rapides
- Mal assuré(e), manque d'assurance dans mes mouvements
- Terrifié(e)
- Nervosité
- Sensation d'étouffement
- Tremblements des mains
- Tremblements, chancelant(e)
- Crainte de perdre le contrôle de soi
- Respiration difficile
- Peur de mourir
- Sensation de peur, «avoir la frousse»
- Indigestion ou malaise abdominal
- Sensation de défaillance ou d'évanouissement
- Rougissement du visage
- Transpiration (non associée à la chaleur)