
M.E.S., Numéro 144, Novembre – Décembre 2025

<https://www.mesrids.org>

Dépôt légal : MR 3.02103.57117

N°ISSN (en ligne) : 2790-3109

N°ISSN (impr.) : 2790-3095



Revue Internationale des Dynamiques Sociales
Mouvements et Enjeux Sociaux
Kinshasa, novembre - décembre 2025

ÉVALUATION DE LA DÉPRESSION CHEZ LES PATIENTS GÉRIATRIQUES PRIS EN CHARGE À L'HÔPITAL SAINT-JOSEPH DE KINSHASA

par

Michel KAPULI BITENDWA¹

Apprenant au troisième cycle

Jean-Bosco MAHUNDA NZENDO LUBAMBA et Yvonne DUAGANI MASIKA

Professeurs

*(Tous) Faculté de Psychologie et Sciences de l'Éducation,
Université de Kinshasa*

Résumé

Cette étude menée à l'hôpital Saint-Joseph de Kinshasa vise à évaluer la dépression chez les sujets gériatriques, en tenant compte de ses facteurs psychosociaux, de son impact sur la qualité de vie et de ses variations selon les caractéristiques sociodémographiques. À partir d'un échantillon de 52 sujets âgés de 65 ans et plus, les résultats révèlent que 61,5 % souffrent de dépression, principalement sous forme légère, modérée ou grave. Le retrait social est la dimension la plus touchée, affectant 73,1 % des participants. Bien que la majorité bénéficie d'un soutien social modéré et exprime une satisfaction élevée, 23,1 % sont en situation d'isolement. La qualité de vie est jugée satisfaisante ou moyenne pour la majorité, mais la santé physique reste préoccupante (65,4 % présentent des ennuis liés à la santé). Les corrélations montrent que la dépression est significativement liée à une faible qualité de vie, tandis que le soutien social agit comme facteur protecteur. Aucune variable sociodémographique (âge, sexe, niveau d'étude, état civil) n'a montré d'effet significatif sur les résultats. L'étude souligne l'importance d'une prise en charge globale et adaptée pour améliorer le bien-être des personnes âgées dans un contexte congolais marqué par des facteurs de risques multiples.

Mots-clés : *évaluation clinique, dépression, patients gériatriques*

Abstract

This study conducted at Saint Joseph Hospital in Kinshasa aims to assess depression among geriatric individuals, focusing on psychosocial factors, its impact on quality of life, and variations based on sociodemographic characteristics. Based on a sample of 52 participants aged 65 and over, results show that 61.5% suffer from depression, mainly in mild or moderate forms. Social withdrawal is the most affected dimension, impacting 73.1% of participants. While most patients benefit from moderate social support and report high satisfaction, 23.1% are socially isolated. Quality of life is perceived as good or average by most, but physical health remains a major concern (65.4% in pathological condition). Correlations reveal a significant negative link between depression and quality of life, while social support acts as a protective factor. No sociodemographic variable (age, gender, education level, marital status) showed a statistically significant effect on the outcomes. The study highlights the need for comprehensive and adapted care to improve the well-being of elderly individuals in a Congolese context marked by multiple risk.

Keywords : *Clinical assessment, depression, geriatric patients*

INTRODUCTION

La dépression est un trouble mental courant caractérisé généralement par la tristesse et la perte de plaisir ou d'intérêt aux activités antérieures. Ce trouble peut toucher tout le monde sans distinction d'âge, de sexe et de race et peut affecter tous les aspects de la vie. Lorsqu'il est diagnostiqué en sa phase grave, il peut conduire au comportement suicidaire. Les personnes les plus exposées à développer la dépression sont les victimes de guerre, de maltraitements familiales, de viols, de traumatismes, de pertes ou d'autres événements stressants de la vie (OMS, 2023).

À l'échelle mondiale, l'OMS (2023) estime que la dépression touche 3,8% de la population, dont 5% des adultes, 4% d'hommes, 6% des femmes et 5,7% des personnes âgées de plus de 60 ans. À en croire ce taux de prévalence, nous remarquons que ce sont les personnes âgées qui sont plus susceptibles que d'autres tranches d'âges de souffrir de la dépression, et ce sont les femmes qui sont plus exposées à développer la dépression que les hommes.

¹ Psychologue clinicien consultant au service gériatrique de l'hôpital Saint Joseph de Kinshasa

En effet, la réalité de la RD Congo reste préoccupante pour tout chercheur, car voir seulement sa situation sociopolitique permet de s'apercevoir de l'opérationnalisation de tous les modes d'exposition de la dépression ci-dessus décrite. Au demeurant, la RD Congo est un pays où les conflits armés ne cessent de s'intensifier dans sa partie Est depuis plus de deux décennies et laissent derrière des orphelins, des veufs, des traumatisés, des violés, et toutes sortes de maltraitements. D'ailleurs, les violences faites à la femme constituent pour certains groupes armés « une arme de guerre » (Mukwege, 2018). Ces guerres depuis 1996 jusqu'à aujourd'hui affectent négativement tous les aspects du pays, entre autres, l'économie, le social, l'éducation et la santé, et constituent la cause principale de décès en masse de plus de trois millions de Congolais (Duagani, 2016). Nous souhaitons donc mener une étude dans un contexte congolais. Son objectif sera d'évaluer la dépression chez les patients gériatriques, qu'ils soient victimes directes ou indirectes des événements stressants ou traumatisants qui entravent le bon fonctionnement de la RD Congo dans ses divers aspects de la vie. Cette étude vise à déterminer le taux de prévalence de la dépression, à identifier ses facteurs de risque, à examiner son impact sur la qualité de vie et à analyser sa variation selon les variables sociodémographiques. Ainsi, notre problématique tourne autour des questions suivantes :

- quel est le taux de prévalence de la dépression chez les patients gériatriques pris en charge à l'hôpital Saint Joseph de Kinshasa ?
- quels sont les facteurs psychosociaux qui contribuent à la dépression chez cette population ?
- quel est l'impact de la dépression sur la qualité de vie des patients gériatriques ?
- existe-t-il des variations significatives dans la prévalence de la dépression en fonction du sexe, de l'âge, du niveau d'études et de l'état-civil ?

Ces questions soulevées suscitent des réponses provisoires avant leur vérification au testing. Ainsi, nos hypothèses se formulent de la manière suivante :

- le taux de prévalence de la dépression chez les patients gériatriques pris en charge à l'hôpital Saint Joseph de Kinshasa serait très élevé ;
- les facteurs psychosociaux, tels que l'isolement social, le sentiment d'insatisfaction, la chronicité des maladies et les difficultés fonctionnelles, influenceraient la gravité de la dépression ;
- la dépression influencerait négativement la qualité de vie des patients gériatriques ;
- les femmes et les célibataires développeraient un taux élevé de prévalence de la dépression plus que les hommes et ceux ayant un niveau élevé de scolarité.

L'étude a pour but principal d'évaluer la dépression chez les sujets gériatriques, et pour objectifs secondaires, de déterminer ses facteurs psychosociaux, d'examiner son impact sur la qualité de vie et d'analyser sa variation en fonction des variables sociodémographiques. En vue d'une meilleure compréhension du sujet d'étude, il est crucial d'expliquer les concepts-clés ci-après : évaluation clinique, dépression et patients gériatriques.

I. CONCEPTS ET THÉORIES

1.1 Définitions de concepts clés

L'évaluation clinique est un acte professionnel qui consiste à recueillir des informations pertinentes sur la situation d'une personne, à les analyser et à les interpréter dans une visée diagnostique, thérapeutique ou de soutien (CRéSaM, 2021). Cette démarche permet d'identifier les troubles psychiques, de déterminer la sévérité et l'impact fonctionnel des symptômes, d'orienter les décisions thérapeutiques et de favoriser une approche centrée sur le patient, en tenant compte de son vécu, de son environnement et de ses préférences.

La dépression est un trouble mental qui se caractérise principalement par une humeur dépressive persistante, une perte d'intérêt ou de plaisir pour les activités habituellement appréciées, ainsi que par des perturbations significatives du fonctionnement quotidien (DSM-V, 2013). Ce trouble affecte négativement les différents aspects de la vie. Sur le plan émotif, elle se manifeste par la tristesse, la culpabilité et le désespoir ; sur le plan physique par la fatigue et la perte ou le gain de poids ; sur le plan cognitif par le manque de concentration, l'incapacité à prendre la décision, l'insomnie ou l'hypersomnie et l'oubli ; et sur le plan social par l'isolement et le comportement suicidaire (OMS, 2023). Chez les personnes âgées, la dépression se manifeste de manière atypique, elle s'accompagne de symptômes somatiques ou cognitifs comme des plaintes physiques (douleurs, fatigues), un ralentissement psychomoteur, des troubles de la

mémoire, souvent confondus avec les signes de vieillissement ou de démence (Affre, 2022 ; HAS, 2020 et Masson, 2018).

Les patients gériatriques désignent les individus âgés de 65 ans et plus qui bénéficient de soins médicaux spécialisés en gériatrie. Ces patients présentent souvent des problèmes de santé multiples et complexes, nécessitant une approche intégrée et multidisciplinaire pour leur prise en charge (American Geriatrics Society, 2015). Et, la gériatrie est une spécialité médicale dédiée à la santé et au bien-être des personnes âgées. Il souhaite prévenir, diagnostiquer et traiter les affections liées au vieillissement, en tenant compte des spécificités physiologiques, psychologiques et sociales des patients âgés (Guss & Sinha, 2018).

1.2. Théories explicatives

La dépression est un trouble psychique multifactoriel, abordé par plusieurs courants théoriques en psychologie, parmi lesquels nous présentons quelques-uns : la psychanalyse, la cognition, le comportementalisme et la théorie de la perte liée au vieillissement.

La théorie psychanalytique considère la dépression comme une réaction pathologique à une perte significative. Ainsi, l'individu intériorise l'objet perdu et redirige l'agressivité initialement tournée vers cet objet contre lui-même. Ce qui engendre une atteinte profonde de l'estime de soi, caractéristique de la mélancolie. Dans la mélancolie, le moi est dévalorisé, culpabilisé parfois jusqu'à des idées suicidaires (Freud, 1917).

La théorie cognitive explique la dépression comme un trouble psychologique alimenté par des schémas cognitifs négatifs, souvent acquis précocement. Ces schémas influencent la manière dont l'individu interprète les événements de sa vie. Le sujet dépressif développe une vision négative de lui-même (« je suis sans valeur »), du monde (« tout est hostile ») et de l'avenir (« rien ne changera ») ; c'est la triade cognitive. Parmi les biais fréquents, il y a la généralisation excessive et la personnalisation, ce sont des distorsions cognitives (Beck, 1967).

La théorie comportementale postule que la dépression résulte d'un déficit en renforcements positifs dans l'environnement. Le manque d'activités gratifiantes entraîne une diminution du plaisir, du sentiment d'efficacité et du bien-être. L'environnement du sujet ne lui procure plus de récompenses suffisantes (sociales, affectives, professionnelles), ce qui entraîne un désengagement progressif. La thérapie comportementale encourage la réactivation comportementale, en réintroduisant des activités plaisantes et valorisantes (Mahunda, 2022 ; Lewinsohn, 1974).

La théorie de la perte liée au vieillissement se concentre sur les déficits successifs qui sont inhérents au processus du vieillissement. Ces pertes, qu'elles soient affectives (décès de proches), sociales (retrait professionnel, isolement) ou physiques (déclin fonctionnel, maladies chroniques), favorisent l'émergence de sentiments de tristesse, de désespoir et de retrait. Cette approche souligne la nécessité d'une attention particulière aux enjeux existentiels et relationnels dans l'accompagnement psychologique des aînés et montre que la prévention de la dépression chez les aînés passe par le maintien du lien social, la valorisation des compétences et l'accompagnement dans les transitions de vie (Schulz et Eden, 2016).

II. METHODOLOGIE DE L'ETUDE

Cette étude s'est déroulée à l'hôpital Saint Joseph de Kinshasa, notamment au service gériatrique. Un échantillon de convenance et de saturation est constitué de 52 sujets gériatriques, sélectionnés sur base des critères d'âge de 65 ans et plus, présentant des polyopathologies et de dépendance partielle ou totale aux activités de la vie quotidienne.

La collecte des données est réalisée grâce aux méthodes d'enquête et clinique en utilisant l'échelle de la dépression gériatrique de 15 items (Yesavage et al., 1982) ; l'échelle de qualité de vie adaptée aux personnes âgées (Petits et al., 2014) ; le questionnaire du soutien social (Sarason et al., 1983) et un guide d'entretien psychogériatrique, inspiré du Gerontopsychiatric Interview Guide (Boulanger, 2003). Tous ces instruments présentent une cohérence interne satisfaisante avec $\alpha \geq 0,80$, ce qui montre une fiabilité psychométrique. Les données collectées sont traitées au moyen du logiciel statistique SPSS 20.0.

III. RESULTATS DE L'ETUDE

Cette section est consacrée à la présentation, à l'analyse et à la discussion des résultats obtenus.

3.1 Présentation des résultats

3.1.1 Résultats de prévalence de la dépression gériatrique

Tableau I. Dépression chez les sujets gériatriques

Modalité	Effectif	%
Dépression grave	2	3,8
Dépression légère et modérée	30	57,7
Etat normal de l'humeur	20	38,5
Total	52	100,0

Il ressort de ce tableau les observations suivantes : 61,5%, présentent une forme de dépression (grave, modérée et légère) et 38,5% présentent une humeur normale : 57,7%, ont présenté une dépression légère et modérée et les cas de dépression grave, bien que peu nombreux (3,8 %), sont à souligner. La dépression gériatrique compte quatre dimensions principales, qui sont présentées ci-dessous à travers le tableau de fréquence et de pourcentage.

Tableau II. Dimensions de la dépression gériatrique

Dimension	Modalité	Effectif	%
Humeur dépressive	Normale	31	59,6
	Pathologique	21	40,4
Anxiété	Normale	43	82,7
	Pathologique	9	17,3
Affect positif	Normale	45	86,5
	Pathologique	7	13,5
Retrait social	Normale	14	26,9
	Pathologique	38	73,1

Ce tableau présente les observations suivantes : 59,6% présentent une humeur jugée normale contre 40,4% qui ont une humeur dépressive ; 82,7% ne présentent pas de signes cliniques d'anxiété contre 17,3% qui présentent un niveau d'anxiété considéré comme pathologique ; 86,5% présentent un niveau d'affect positif jugé normal contre 13,5% qui manifestent un affect pathologique ou négatif ; 73,1% présentent un niveau de retrait social considéré comme pathologique et 26,9%, conservent un niveau d'interaction sociale jugé normal. Parmi les différentes dimensions de la dépression gériatrique, le retrait social apparaît comme l'une des dimensions les plus affectées chez les sujets gériatriques avec 73,1% de modalité pathologique.

3.1.2 Facteurs influençant la dépression gériatrique

Tableau III. Soutien social

Dimension	Modalité	Effectif	%
Disponibilité du soutien social	Soutien social large	8	15,4
	Soutien social modéré	32	61,5
	Isolement social	12	23,1
Satisfaction du soutien social	Très satisfait	46	88,5
	Acceptable	6	11,5

Ce tableau montre que 61,5% bénéficient d'un soutien social modéré ; 15,4% disposent d'un réseau social étendu et 23,1% sont en situation d'isolement social. Et, du côté de la satisfaction, 88,5% se déclarent très satisfaits et 11,5% expriment une simple acceptation.

3.1.3 Impact de la dépression sur la qualité de vie

Tableau IV. Qualité de vie des patients gériatriques

Modalité	Effectif	%
Très bonne qualité de vie	6	11,5
Bonne qualité de vie	23	44,2
Qualité de vie moyenne	17	32,7
Qualité de vie faible	6	11,5
Total	52	100,0

Ce tableau révèle que 44,2% déclarent bénéficier d'une bonne qualité de vie ; 32,7% évaluent leur qualité de vie comme moyenne ; et les extrêmes - très bonne et faible qualité de vie - sont chacun représentés par 11,5% des sujets, ce qui révèle une certaine polarisation dans les expériences vécues. Cette échelle de qualité de vie comprend cinq dimensions représentées ci-dessous dans le tableau de fréquence et pourcentage.

Tableau V. Dimensions de qualité de vie des patients gériatriques

Dimension	Modalité	Effectif	%
Bien-être global	Normale	38	73,1
	Pathologique	14	26,9
Relations sociales	Normale	37	71,2
	Pathologique	15	28,8
Autonomie fonctionnelle	Normale	44	84,6
	Pathologique	8	15,4
Santé psychologique	Normale	29	55,8
	Pathologique	23	44,2
Santé physique	Normale	18	34,6
	Pathologique	34	65,4

Il ressort de ce tableau les observations suivantes : 73,1% présentent un bien-être global jugé normal, contre 26,9% qui présentent un bien-être global pathologique ; 71,2% ont des relations sociales jugées normales et 15 patients, soit 28,8%, sont en situation pathologique sur le plan relationnel ; 84,6% ont une autonomie fonctionnelle normale et 15% indiquent une perte d'autonomie ; 55,8 % présentent une santé psychologique jugée normale et 23 sujets, 44,2 % sont en situation pathologique ; 65,4% présentent des ennuis liés à la santé physique pathologique contre 34,6 % qui n'ont pas d'ennuis liés à la santé physique.

3.2 Analyse des résultats

Il est question ici d'analyser les relations entre les différentes dimensions de l'étude et les effets des variables sociodémographiques sur les résultats.

3.2.1 Corrélations entre les différentes dimensions de l'étude

Tableau VI. Corrélations entre les différentes dimensions de l'étude

Dimensions		DGS	SSQ-D	SSQ-S	EQVPA
GDS	Pearson Corrélation	1	-,249	-,227	-,413**
	Niveau de signification		,075	,106	,002
SSQ-D	Pearson Corrélation	-,249	1	,346*	,343*
	Niveau de signification	,075		,012	,013
SSQ-S	Pearson Corrélation	-,227	,346	1	,311*
	Niveau de signification	,106	,012		,025
EQVPA	Pearson Corrélation	-,413**	,343*	,311*	1
	Niveau de signification	,002	,013	,025	

Légende : (*) signification au seuil de 0,05 et (**) signification au seuil de 0,01.

Ce tableau présente les coefficients de corrélation de Pearson, lesquels permettent d'évaluer la force et la direction des relations entre les variables étudiées, et montrent que la dépression gériatrique corrèle négativement aux deux dimensions du soutien social (SSQ-D, $r = -0,249$, $p = 0,075$ non significatif au seuil de 5% ; et SSQ-S, $r = -0,227$, $p = 0,106$ non significatif au seuil de 5%) et négativement avec la qualité de vie

(EQVPA, $r = -0,413$, $p = 0,002$ au seuil de 1%). Et, la qualité de vie a des corrélations positives avec les deux dimensions du soutien social (SSQ-D, $r = 0,343$, $p = 0,013$ au seuil de 5%, et SSQ-S, $r = 0,311$, $p = 0,025$ au seuil de 5%).

En somme, la dépression est inversement liée à la qualité de vie de manière significative, c'est-à-dire que plus la dépression est élevée, plus la qualité de vie perçue est faible et vice-versa. Les liens entre dépression et soutien social sont négatifs mais non significatifs, et le soutien social, dans ses deux dimensions (disponibilité et satisfaction), est positivement corrélé à la qualité de vie, ce qui souligne son rôle protecteur.

3.2.2 Effet des variables sociodémographiques sur les résultats

Tableau VII. Effet des variables sociodémographiques sur les résultats

Variable	dimension	χ^2	Sig.	Décision
Age	GDS-15	2,58	0,63	Non
	SSQ-D	6,51	0,16	Non
	SSQ-S	2,82	0,24	Non
	EQVPA	0,83	0,33	Non
Sexe	GDS-15	0,45	0,78	Non
	SSQ-D	0,45	0,78	Non
	SSQ-S	0,97	0,32	Non
	EQVPA	3,12	0,38	Non
Niveau d'étude	GDS-15	13,82	0,46	Non
	SSQ-D	15,05	0,38	Non
	SSQ-S	7,76	0,45	Non
	EQVPA	16,35	0,75	Non
Etat-civil	GDS-15	9,14	0,33	Non
	SSQ-D	8,17	0,42	Non
	SSQ-S	1,02	0,91	Non
	EQVPA	10,44	0,58	Non

Ce tableau présente les résultats des tests du χ^2 (Chi carré) évaluant l'effet de quatre variables sociodémographiques (âge, sexe, niveau d'étude et état civil) sur les dimensions psychologiques étudiées : la dépression, le soutien social et la qualité de vie perçue. Les résultats montrent que toutes les variables sociodémographiques testées ont un effet statistiquement non significatif sur les résultats. Leurs valeurs de Sig. (p-value) sont toutes supérieures à 0,05, ce qui indique que les différences observées ne sont pas suffisantes pour rejeter l'hypothèse nulle. De ce fait, la dépression, le soutien social et la qualité de vie ne varient pas de manière significative selon l'âge, le sexe, le niveau d'études ou l'état civil.

3.3. Discussion des résultats

Cette dernière étape de l'étude met les résultats obtenus en confrontation avec les théories et les études antérieures en vue de dégager un sens clinique et de valider nos hypothèses de recherche.

3.3.1 Discussion des résultats sur la prévalence de la dépression gériatrique

Les résultats du tableau I montrent que la dépression touche 61,5% des sujets gériatriques, avec une prédominance des formes légères et modérées, et parmi les dimensions de la dépression, le retrait social est la dimension la plus altérée avec 73,1%, suivi de l'humeur dépressive avec 40,4%, de l'anxiété avec 17,3% et des affects négatifs avec 13,5%.

Comparée aux études antérieures de Dissanayaka et al. (2010), où la dépression sévère chez les personnes âgées est évaluée à 6% et modérée à 25%, et à celle de Masson (2018) qui l'estime entre 11 et 13% chez les personnes âgées, le taux de prévalence de la dépression dans la présente étude est nettement plus élevé, suggérant des facteurs contextuels propres à notre terrain d'étude.

Au regard de ces résultats, la première hypothèse de cette recherche, formulée de la manière suivante : « le taux de prévalence de la dépression chez les patients gériatriques pris en charge à l'hôpital Saint Joseph de Kinshasa est très élevé », est confirmée.

3.3.2 Discussion des résultats sur les facteurs influençant la dépression gériatrique

Les résultats du tableau III relatifs au soutien social soulignent que 23,1% des sujets sont en situation d'isolement social, et que 11,5% expriment une satisfaction sociale seulement acceptable. Ces

résultats mis en relation avec ceux de la dépression donnent des corrélations négatives, bien que non significatives, et vont dans le sens d'une tendance relationnelle inverse (cfr. Tableau VI, la dépression gériatrique corrèle négativement à deux dimensions du soutien social, SSQ-D, $r = -0,249$, $p = 0,075$ non significatif au seuil de 5% ; et SSQ-S, $r = -0,227$, $p = 0,106$ non significatif au seuil de 5%). Ce qui signifie que l'isolement social et le faible niveau de satisfaction apparaissent comme des facteurs de risque susceptibles de déclencher la dépression. Par ailleurs, les résultats du tableau V montrent une prévalence élevée de troubles physiques (65,4%) et psychologiques (44,2%), et renforcent l'idée que la chronicité des maladies et les difficultés fonctionnelles sont des facteurs aggravants de la dépression. Ces observations soutiennent l'hypothèse selon laquelle les facteurs psychosociaux influencent la gravité de la dépression.

Ces résultats corroborent ceux de Martin et Lefèvre (2020) sur les effets de la solitude sur la qualité de vie. Ainsi, les individus présentant un faible niveau d'interactions sociales affichaient des scores plus faibles de qualité de vie, et à l'inverse, les personnes disposant d'un réseau social actif manifestaient une meilleure qualité de vie. Les corrélations positives entre la qualité de vie et le soutien social en témoignent : SSQ-D ($r = 0,343$, $p = 0,013$) et SSQ-S ($r = 0,311$, $p = 0,025$), confirmant qu'un soutien social adéquat est associé à une meilleure qualité de vie.

Au vu de tous ces éléments, la deuxième hypothèse, selon laquelle « les facteurs psychosociaux, tels que l'isolement social, le sentiment d'insatisfaction, la chronicité des maladies et les difficultés fonctionnelles influenceraient la gravité de la dépression » est confirmée.

3.3.3 Discussion des résultats sur l'impact négatif de la dépression sur la qualité de vie

Les résultats du tableau VI indiquant les coefficients de corrélation de Pearson qui évaluent la force et la direction des relations entre les variables étudiées ont montré l'existence d'une corrélation négative significative entre la dépression et la qualité de vie perçue : $r = -0,413$, $p = 0,002$. Ce lien statistiquement significatif au seuil de 0,05 confirme que plus le niveau de dépression est élevé, plus la qualité de vie est altérée. Cette relation est également soutenue par les résultats du tableau IV qui présente la répartition des sujets gériatriques selon leur perception de la qualité de vie, où seulement 11,5% des sujets déclarent une très bonne qualité de vie, et 32,7% une qualité de vie moyenne, traduisant une perception mitigée du bien-être.

Eu égard à tout ce qui précède, la troisième hypothèse selon laquelle « la dépression influencerait négativement la qualité de vie des patients gériatriques pris en charge à l'hôpital Saint Joseph de Kinshasa » est confirmée.

3.3.4 Discussion des résultats sur l'influence des variables sociodémographiques

Les résultats du tableau VII montrent que les variables sociodémographiques (âge, sexe, niveau d'études, état civil) n'ont aucun effet significatif sur la dépression, le soutien social ou la qualité de vie. Les valeurs de signification étant toutes supérieures à 0,05. Ceci empêche de confirmer la quatrième hypothèse selon laquelle « les femmes et les célibataires seraient plus exposés à la dépression que les hommes ou les personnes ayant un niveau d'étude élevé ». Ces résultats suggèrent que la dépression gériatrique transcende les catégories sociodémographiques classiques, et qu'il convient d'explorer d'autres variables explicatives, telles que les antécédents médicaux, les événements de vie ou les ressources psychologiques.

En somme, les résultats obtenus permettent de valider trois hypothèses sur quatre. La prévalence de la dépression est très élevée chez les patients gériatriques pris en charge à l'hôpital Saint Joseph de Kinshasa, influencée par des facteurs psychosociaux et ayant un impact significatif sur la qualité de vie. Toutefois, les variables sociodémographiques ne semblent pas jouer un rôle déterminant dans cette étude, ce qui ouvre la voie à des analyses complémentaires et à une approche plus individualisée de la prise en charge psychologique des personnes âgées.

CONCLUSION

Cette étude menée à l'hôpital Saint Joseph de Kinshasa visait à évaluer la dépression chez les patients gériatriques, en identifiant ses facteurs psychosociaux, son impact sur la qualité de vie et sa variation selon les données sociodémographiques. À partir d'un échantillon de 52 sujets âgés souffrant de pathologies chroniques, les données ont été recueillies via des outils cliniques et analysées avec SPSS 20.0.

Les résultats révèlent une prévalence marquée de la dépression, principalement sous forme légère et modérée. L'isolement social, le manque de soutien, la chronicité des maladies et les troubles physiques sont les principaux facteurs aggravants. La dépression affecte significativement la qualité de vie, surtout sur les plans physique et psychologique, tandis que les variables sociodémographiques n'ont pas montré d'influence notable.

L'étude recommande un dépistage précoce systématique, le renforcement du soutien social et une prise en charge multidisciplinaire adaptée aux besoins émotionnels, cognitifs et physiques des personnes âgées.

BIBLIOGRAPHIE

- AFFRE, C. (2022). Évaluation des symptômes de dépression et de l'anxiété chez la personne âgée. Mémoire de master, Université de Liège. <http://hdl.handle.net/2268.2/14360>
- American Geriatrics Society. (2015). *Guiding principles for the care of older adults with multiple chronic conditions*. Retrieved from www.americangeriatrics.org
- American Psychiatric Association. (2013). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux – DSM-5* (5e éd.). Arlington, VA : APA.
- BECK, A. T. (1967). The diagnosis and management of depression. *Journal of Clinical Psychiatry*.
- BOULANGER, S. (2003). Prévenir le nombre de chutes des personnes âgées en établissement. In *Soins gérontologie*, n°42, pp. 44-45
- Centre de Référence en Santé Mentale (CRéSaM). (2021). L'évaluation en santé mentale. <https://www.cresam.be/wp-content/uploads/2021/10/Evaluation-en-sante-mentale.pdf>
- DISSANAYAKA, N. (2010). *Anxiety disorders in older adults: A review*. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 25(4), 347-354. <https://doi.org/>
- DUAGANI MASIKA, Y. (2019). Facteurs associés au développement du stress post-traumatique lié aux conflits armés dans l'Est de la République Démocratique du Congo. Thèse de doctorat. Université libre de Bruxelles-ULB, <https://difusion.ulb.ac.be>
- FREUD, S. (1917). Deuil et mélancolie. In *Œuvres complètes – Psychanalyse*. Paris : PUF.
- GUSS, R., & SINHA, K. (2018). *Geriatric medicine: An overview*. *British Medical Journal*, 361, k2273.
- Haute Autorité de Santé (HAS). (2020). Repérage et diagnostic de la dépression chez la personne âgée. <https://www.has-sante.fr>
- LEWINSOHN, P. M. (1974). *A behavioral approach to depression*. In R. M. Friedman & M. M. Katz (Eds.), *The Psychology of Depression: Contemporary Theory and Research* (pp. 157-185). Winston-Wiley.
- MAHUNDA, J.-B. (2022). Thérapies comportementales et cognitives. Support de cours, L1 psychologie clinique, FPSE, Université de Kinshasa.
- MARTIN, P., & LEFEVRE, C. (2020). Solitude et qualité de vie chez les personnes âgées vivant à domicile : Enjeux et perspectives d'intervention. *Revue Francophone de Gériatrie et de Gérontologie*, 27(3), 145-154.
- MASSON, M. (2018). *Dépressions du sujet âgé : diagnostic et stratégies thérapeutiques*. Elsevier-Masson.
- MUKWEGE, D. (2018). Les violences sexuelles liées aux conflits : les plus horribles de l'histoire moderne.
- Organisation mondiale de la santé. (2023). *La dépression*. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- PETITS, S. et al. (2014). Élaboration et validation d'une échelle de qualité de vie adaptée aux personnes âgées (EQVPA). *Gériatrie et psychologie*. *Neuropsychiatrie du vieillissement*, 12(4), 379-386.
- SARASON, I.G. et al. (1983). Assessing social support: The social support Questionnaire, *Journal of personality and Social Psychology*, 44(1), 127-139. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.44.1.127>
- SCHULZ, R., & EDEN, J. (2016). *Families caring for an aging America*. National Academies Press.
- YESAVAGE, J.A. et al. (1982). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of psychiatric Research*, 17(1), 37-49.