

République Algérienne Démocratique et Populaire  
Ministère de L'enseignement Supérieur et de la recherche  
Scientifique

Université Mentouri-Constantine

No d'ordre :

Faculté des sciences Humaines et Sociales

No de série :

Département de Psychologie et des sciences de l'Éducation

# La maltraitance des personnes âgées

**Mémoire en vue de l'obtention du diplôme de Magister**

**En psychologie clinique**

**Option : psychologie traumatique**

**Réalisé par :**

**Dirigé par :**

**Deghagh Ouidad Lilia**

**Professeur Rouag Hamoudi**

**Membres de jury :**

**Date de soutenance : le.....**

**-Professeur Rouag Abla**

**Présidente Université Mentouri Constantine.**

**-Professeur Rouag Hmoudi**

**Rapporteur Université Mentouri Constantine.**

**-Professeur Lifa Nacer Edine**

**Examineur Université Mentouri Constantine.**

**-Docteur Hadeb Ahmed**

**Examineur Université Mentouri Constantine.**

**Année Universitaire : 2011-2012**

**Remerciements:**

*Je tiens à remercier monsieur le professeur Roug directeur de cette recherche, dont l'orientation et les conseils m'ont été précieux pour la réalisation de cette étude, ainsi que pour la patience dont il à fait preuve durant l'élaboration de ce mémoire. Je lui exprime ma reconnaissance et ma profonde gratitude pour son appui et ses encouragements.*

*J'adresse également mes remerciements aux membres de jury: A madame le professeur Rouag Abla, le professeur Lifa Nacer Edine et le docteur Hedef Ahmed, pour avoir accepté d'évaluer ce travail.*

*Je remercie également les résidents de la maison de vieux d'El Hama, qui m'ont accordée de leur temps, ainsi que toutes les personnes travaillant dans l'établissement, membres de l'administration et les psychologues pour leur aide et leurs soutiens au cours de la réalisation de ce mémoire.*

## Dédicaces

*Je dédie ce travail:*

*À la mémoire personne, dont la sensibilité et la générosité sont incomparables, à la personne qui a comblé ma vie d'amour et d'affection, m'a soutenue sur tous les plans, et n'a cessé de me prodiguer des conseils et des encouragements et m'a appris à venir à bout, pour réaliser mes rêves les plus chères. À toi papa, je dédie ce mémoire.*

*À la lumière de ma vie, à celle qui m'a assuré une enfance heureuse à celle qui a tout sacrifié pour mon bonheur, à toi maman j'exprime ma profonde gratitude et je dédie ce travail.*

*À la personne qui a su tenir ma détresse aux moments difficiles, et m'a appuyée jusqu'à ce que j'ai pu terminer ce travail. À toi Abdel Hamid, mon époux, je dédie ce mémoire.*

*À mes très chères frère et sœurs, Amel, Sicheem, Fadia, Amine, auprès desquels je trouve toujours soutien et confort. À mes très cher amies Karima et Thoraya, qui n'ont cessé de me combler de leurs amitié et leur encouragements.*

*À tous mes amies.*

### Table des matières

|   |    |
|---|----|
| Introduction .....  | 1  |
| Problématique.....  | 3  |
| Définition des concepts de la recherche .....                       | 9  |
| Les études antérieures sur la maltraitance des personnes âgées..... | 12 |
| Objectifs de la recherche .....                                     | 16 |

### Partie théorique

#### Chapitre 1 : les représentations sociales

|   |    |
|---|----|
| Introduction .....                                      | 17 |
| 1-1-Historique du concept .....                         | 18 |
| 1-2-Définition des représentations sociales.....        | 20 |
| 1-3- Caractéristiques des représentations sociales..... | 23 |
| 1-4-Les résultats des représentations sociales.....     | 24 |
| 1-5- Mécanisme de construction des RS.....              | 26 |
| 1-5-1-l'objectivisation.....                            | 26 |

## Table Des Matières

---

|   |    |
|---|----|
| 1-5-2-l'ancrage .....   | 26 |
| 1-6-fonction des représentations sociales.....  | 28 |
| 1-7-Structure des représentations sociales.....   | 29 |
| 1-7-1- le contenu .....   | 29 |
| 1-7-2-la structure interne .....  | 29 |
| 1-8-Transformation des représentations sociales.....  | 32 |
| 1-9-Méthodes d'étude des représentations sociales.....                                      | 34 |
| 1-9-1-Le recueil de contenu .....   | 34 |
| 1-9-2-Le repérage de l'organisation et de la structure d'une représentation<br>sociale..... | 39 |
| Conclusion .....  | 40 |
| <br><b>Chapitre2 : la maltraitance.</b>   |    |
| Introduction.....   | 41 |
| 2-1-Historique du concept de la maltraitance .....  | 41 |
| 2-2-Définitions de la maltraitance .....  | 44 |
| 2-3-Les formes de la maltraitance envers les personnes âgées.....                           | 48 |
| 2-4-Les facteurs de risque de la maltraitance des personnes âgées .....                     | 51 |
| 2-4-1-Facteurs individuels.....   | 52 |
| 2-4-2-Facteurs relationnels.....  | 53 |

## Table Des Matières

---

|   |    |
|---|----|
| 2-3-3-Facteurs communautaires et sociétaux.....                       | 54 |
| 2-5-Indicateurs de la maltraitance.....                               | 55 |
| 2-6-Conséquence des actes de maltraitance sur la personne âgée.....   | 58 |
| 2-7-Réaction de la personne âgée face aux actes de maltraitance.....  | 60 |
| 2-7-1-La résistance.....  | 60 |
| 2-7-2-La banalisation et la légitimation des atteintes.....           | 61 |
| 2-7-3-Être désavoué et faire silence.....                             | 63 |
| 2-7-4-Le déni et la somatisation des atteintes.....                   | 64 |
| 2-7-5-Dénoncer les atteintes aux autorités.....                       | 64 |
| 2-8-les causes de dissimulation des abus .....                        | 65 |
| 2-9-Le cadre des maltraitances.....                                   | 66 |
| 2-9-1-La maltraitance au domicile.....                                | 67 |
| 2-9-2- La maltraitance hors du domicile (rue, magasin, travail,)..... | 68 |
| 2-10 -Ressource face à la maltraitance.....                           | 68 |
| 2-10-1-Mieux connaître le problème.....                               | 70 |
| 2-10-2-Lois et Mesures judiciaire.....                                | 71 |
| 2-10-3-Des stratégies de prévention plus efficaces.....               | 72 |
| Conclusion.....   | 73 |

### Chapitre 3 : la vieillesse

|   |    |
|---|----|
| introduction.....   | 74 |
| 3-1-Définition de la vieillesse.....                      | 74 |
| 3-1-1-Le vieillissement selon Jung.....                   | 76 |
| 3-1-2-La Vieillesse Selon Erikson .....                   | 76 |
| 3-1-3-Le vieillissement selon loevinger .....             | 78 |
| 3-1-4-Le vieillissement selon Whitbourne.....             | 78 |
| 3-2-Les approches théoriques du vieillissement .....      | 80 |
| 3-2-1-L'approche expérimentale.....                       | 80 |
| 3-2-2-L'approche différentielle et développementale ..... | 81 |
| 3-2-3-L'approche génétique de la vieillesse .....         | 82 |
| 3-3 - Psychopathologie du sujet âgé .....                 | 83 |
| 3-3-1-La plainte mnésique .....                           | 84 |
| 3-3-2- Les troubles névrotiques du sujets âgé.....        | 84 |
| 3-3-3-Les états dépressifs.....                           | 85 |
| 3-3-4-Les démences de type d'Alzheimer.....               | 86 |

## Table Des Matières

---

|  |    |
|--|----|
| 3-3-5-La perte d'autonomie et la dépendance.....       | 94 |
| 3-4-Le passage à la retraite et ses implications ..... | 95 |
| 3-4-1-Les différentes sortes de départs.....           | 95 |
| 3-4-2-Les différentes pratiques de la retraite.....    | 96 |
| 3-4-3- le travail de deuil .....                       | 97 |
| 3-4-5-l'identité du retraité .....                     | 98 |
| Conclusions.....                                       | 99 |

### **Chapitre 4: l'institution pour personnes âgées.**

Introduction.

|   |     |
|---|-----|
| 4-1- Les différents types d'institution.....                | 100 |
| 4-2- le placement en institution.....                       | 101 |
| 4-3--Les difficultés possibles à l'entrée .....             | 102 |
| 4-2-1- Les difficultés possibles pour la personne âgée..... | 103 |
| 4-2-2- Les difficultés possibles pour l'entourage.....      | 103 |
| 4-2-3-L'accueil au sein de l'institution.....               | 104 |



## Table Des Matières

---

|   |     |
|---|-----|
| 4-4-La vie en institution.....  | 105 |
| 4-4-1-l'habitat.....  | 105 |
| 4-4-2-le règlement.....   | 106 |
| 4-4-3-Le mode de vie.....   | 107 |
| 4-4-4-L'adaptation de la personne âgée.....                                   | 108 |
| 4-4-5-Le projet de vie.....   | 110 |
| 4-5-La maltraitance en institutions.....                                      | 111 |
| 4-5-1-la maltraitance entre résidents des établissements d'accueil.....       | 112 |
| 4-5-2-la maltraitance imputable au personnel .....                            | 114 |
| 4-5-3- l'accueil par défaut.....  | 116 |
| 4-5-4 -Les maltraitances institutionnelles.....                               | 117 |
| 4-6- les principaux facteurs de la maltraitance au sein de l'institution..... | 118 |
| Conclusion.....   | 119 |

### **Partie pratique :**

#### **Chapitre 4 : contexte méthodologique**

|   |     |
|---|-----|
| 4-1-Rappel des hypothèses de la recherche ..... | 123 |
| 4-2-La population de la recherche .....         | 124 |

## Table Des Matières

---

|   |     |
|---|-----|
| 4-3-Méthode de recueil de données .....                             | 127 |
| 4-4-Limites de la recherche .....                                   | 128 |
| <b>Chapitre5 : contexte pratique.</b>                               |     |
| 5-1-La pré- enquête.....  | 129 |
| 5-1-2-Le déroulement de la pré-enquête.....                         | 129 |
| 5-1-3-Les résultats de la pré-enquête.....                          | 133 |
| 5-1-4-Interprétation des résultats de la pré-enquête.....           | 140 |
| 5-2-L'enquête.....  | 141 |
| 5-3-Interprétation des résultats.....                               | 159 |
| 5-3-1-Interprétation de la carte associative.....                   | 159 |
| 5-3-2-Interprétation des résultats de la méthode de vergés .....    | 160 |
| 5-4-Analyse des résultats.....                                      | 162 |
| 5-5-Confrontation des résultats aux hypothèses de la recherche..... | 175 |
| 5-6-Conclusion générale .....                                       | 179 |
| Références bibliographiques .....                                   | 183 |
| Annexe.....   | I   |

# Introduction

---

## Introduction :

La maltraitance des personnes âgées a longtemps été considérée comme une forme de violence familiale et restait du domaine de la vie privée, dissimulée au public.

Dans le dernier quart du XXème siècle, ce phénomène est devenue un sujet de préoccupation en matière de santé publique et de justice pénale dans beaucoup de pays occidentaux qui assistent à un phénomène de vieillissement de leurs populations, associé à une perte des valeurs essentielles dont jouissaient jadis les seniors... les rendant d'autant plus vulnérables .

Malgré le récent intérêt des professionnels et des chercheurs sur cette épineuse problématique, la maltraitance commise à l'encontre des personnes âgées demeure encore un sujet tabou et reste relativement peu connue et est volontiers passée sous silence.

Les études réalisées sur ce sujet, notamment celles effectuées par l'association française ALMA ( Topie.T. : LA LETTRE D'ALMA, in, [http://www.alma-france.org/img/pdf/lettre\\_21.pdf](http://www.alma-france.org/img/pdf/lettre_21.pdf) visité le 14/05/2011.) , ont révélé que ces situations de violence existent réellement, aussi bien dans le milieu familial qu'institutionnel. Selon les statistiques déclarées, de 3 à 10 % des personnes âgées seraient victimes de maltraitance. Notons bien que ces chiffres ne présentent que la pointe de l'iceberg.

Il est donc important que la population ainsi que les pouvoirs publics prennent conscience de ce problème et réagissent afin que de telles situations ne se reproduisent plus.

Contrairement à d'autres types de violences, le concept de maltraitance fait l'objet d'une **pluralité de sens**, ce qui illustre la **difficulté d'en donner une définition qui soit précise et consensuelle**.

Il est **dès lors très difficile de mesurer** une notion que l'on ne parvient Qu'imparfaitement à définir.

## Introduction

---

Cet intérêt a suscité notre attention au phénomène de la maltraitance, étant donné qu'il fait partie de la liste malheureusement très longue des violences qui touchent notre société.

Au travers de cette étude, nous allons tenter de développer cette problématique pour saisir la réalité de ce phénomène, en nous adressant à des sujets qui ont vécu de telles situations. Pour cela, nous nous appuyons sur la conception de Moscovici (1961) qui considère toute réalité comme appropriée et représentée, c'est-à-dire qu'il n'existe pas de réalité objective en dehors des représentations que ce fait l'individu ou le groupe d'individus à propos de l'objet. Examiner la perception et l'image de la maltraitance qui existe chez les personnes âgées, nous conduit donc, à étudier et analyser les représentations sociales qu'ils construisent autour de cette notion.

Notre travail sera conduit selon trois axes théoriques, tout d'abord expliquer la notion de représentations sociales, ensuite préciser ce qu'est la maltraitance et établir une typologie des différentes formes qu'elle peut recouvrir et enfin, mettre en évidence les circonstances liées à la vieillesse et qui peuvent contribuer à l'apparition de ce phénomène.

Dans la partie pratique de cette étude, nous présenterons d'abord le type de recherche, le choix des outils méthodologiques, la sélection des participants et la collecte des données. Par la suite, nous présenterons le traitement des données, la description et l'analyse systématiques et exhaustives des données collectées, présentées par catégorie. Il sera question de faire la synthèse des représentations sociales des personnes âgées, en regard des cinq catégories retenues dans la typologie des comportements-types que regroupe la définition de la maltraitance donnée par le

conseil de l'Europe et que nous présenterons dans les pages qui suivent.

### **Problématique :**

La vieillesse constitue un facteur de vulnérabilité caractérisée par un état de fragilité physique, psychologique et sociale et d'une forte dépendance envers autrui.

Parmi les populations dites vulnérables, les femmes et les enfants en difficulté familiale et sociale, ont fait l'objet de plusieurs études. En revanche, l'inclusion des personnes âgées dans cette catégorie ne s'est faite que vers l'année 1990(Thomas.H. et col. in <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er370.pdf>. visité le 11/05 2009.) et peu d'études se sont penchées sur les difficultés qu'ils rencontrent.

En effet, on voit bien qu'au fil des années, ces sujets présentent des problèmes de santé, de solitude et de dégradation physique et psychologique (maladie chronique ou mentale), ce qui favorise la perte d'autonomie, et donne lieu à des plaintes et à des sentiments négatifs aux quels s'ajoutent des séquelles de violence et de maltraitance dont les auteurs sont les membres de la famille, les proches, ou le personnel d'une institution médicale et gériatrique.

Dans notre société, les institutions d'accueil qui sont destinées à héberger les personnes sans domiciles, sont de plus en plus fréquentées par des personnes âgées, exclues et rejetées par leurs proches et même par leurs descendants. Ce phénomène étranger à nos mœurs, prend de l'ampleur dans notre société et nous invite à nous interroger:

***Pourquoi ces gens d'un âge avancé, se retrouvent-ils abandonnés dans ces centres ?***

***Pour quoi ne sont-ils pas pris en charge par leurs enfants ou leurs proches ?***

L'implantation des maisons de vieux et pour personnes sans-abris, témoignent de l'intrusion du phénomène et soulèvent la question de la position sociale de cette catégorie dans notre société. Jadis, on respectait les cheveux blancs, ayant contribué eux même à l'existence de la société en travaillant ou en fondant une famille. L'harmonie familial était un facteur important qui régissait les relations

## **Problématique et hypothèses de la recherche**

---

Familiales et s'inscrivait dans un système de valeurs où l'on insistait sur le respect et l'autorité de la personne âgée.

L'Algérie a connu, depuis l'indépendance des changements économiques et sociaux importants, touchant essentiellement la structure familiale. Le modèle de la famille élargie, procurait à ses membres fragiles et vulnérables; notamment les vieilles personnes, un rôle et un statut que protégeait et défendait un patrimoine de valeurs sociales et religieuses. Ce modèle est substitué de nos jours, par une famille nucléaire, qui se limite aux parents et à leurs enfants.

Le rejet des personnes âgées est alors justifié par l'absence d'espace chez soi ou par la crise de logement, de pauvreté et d'incapacité à subvenir aux besoins des parents vieux et lourds de charge. On peut, également, remarquer l'ampleur du phénomène dans les zones urbaines plus que rurales.

En effet, la place que notre société réserve aux aînés a énormément changé, et s'est transformée d'une image fondée sur la sagesse et le savoir acquis par l'expérience de la vie, vers une marginalisation, une négligence et même un abandon à domicile ou en institution pour personnes âgées.

Des statistiques déclarées par le ministère de la solidarité Algérienne, montrent l'existence de 28 institutions réservées aux personnes âgées, avec une capacité d'accueil de 2123 personnes durant l'année 2008 et ce chiffre augmentera en 2009 pour atteindre 39 institutions avec une capacité de 4539 pensionnaires, alors que le gouvernement adopte un projet de loi pour protéger ces personnes d'un éventuel abandon par leurs enfants. Dans le cadre de ce projet, qui exprime le souci de l'état à faire face à ce nouveau phénomène qui lui fut soumis en décembre 2008, la prise en charge des personnes âgées qui n'ont plus d'attache familiale se fera dans des maisons de vieux alors que pour les autres, on optera pour la prise en charge à domicile. Une suggestion d'octroyer une enveloppe budgétaire en forme d'allocation au couple en difficulté pour la prise en charge de leurs parents épargne à l'état le budget dégagé, au niveau des centres, évaluée à 20.000 dinars par mois pour chaque personne. Ainsi, une famille qui prendrait en charge une personne âgée parmi celles

## Problématique et hypothèses de la recherche

---

actuellement dans les centres d'accueil va bénéficier d'environ 10 000 dinars mensuellement, et cela après étude du dossier et enquête.

Ce projet de loi relatif à la protection et à la promotion des personnes âgées en vue de leur assurer la chaleur familiale, et d'éliminer toute forme d'isolement et d'exclusion de cette frange de la société et éradiquer progressivement les structures et foyers d'accueil, a été approuvé par le gouvernement. Un nouveau texte prévoit également des sanctions sévères à l'encontre des personnes qui abandonnent leurs parents ( Kourta .D.in, Aide pour 3,5 millions de personnes âgées in, El Watan, 3 Octobre 2006 in, <http://news.fibladi.com> :88/).

Cependant, l'abandon n'est que l'une des façades de la maltraitance familiale, vu que diverses formes vécues au quotidien ne sont pas dénoncées, ou deviennent masquées, comme les violences physiques, le chantage financier...etc. ce qui constitue un mur difficile à briser pour saisir la réalité du phénomène.

Le quotidien El Khabar a publié, dans le numéro du 25/01/2009, que durant l'année 2008, 2279 personnes ont été inculpées pour violence exercée contre leurs parents .Ce chiffre ne reflète que les plaintes enregistrées au niveau national. Tandis que les actes non dénoncés sont encore multiples est cachés, souvent à cause du sentiment de honte qu'éprouvent les personnes âgées qui souffrent de ces abus, ou par peur d'être chassé de la maison et abandonnées dans la rue, ou encore par déni.

La question à poser est d'abord et sans doute celle du regard que porte la société sur les personnes âgées.

C'est à travers des situations observées dans la réalité, de lectures, que s'est développée notre réflexion sur le sujet, qui prend de l'ampleur dans notre société.

Il convient, également, de souligner que la maltraitance ne concerne pas que la famille, elle se produit aussi dans les institutions de vieux. Des études menées sur le sujet dans des pays occidentaux (cité par Jean-Marc Juilhard Et Paul Blanc, In <http://www.Senat.Fr/Index.Hlml> Visité Le 24/02/2009), révèlent que les personnes en contact régulier ou occasionnel, professionnel ou familial avec les personnes âgées sont susceptibles d'adopter des comportements maltraitants, accompagnés de sentiments négatifs.

## Problématique et hypothèses de la recherche

---

Ayant rompu toute attache familiale, ou n'ayant pas de foyer, ils deviennent sujets de maltraitance au sein de l'institution.

La visite de ces foyers de Diar El Rahma, révèle des vérités concernant des vieux qui, avec difficulté, exposent leurs histoires et dévoilent leurs souffrances et leurs peines accumulées.

Ce phénomène doit être considéré comme un problème de société. Il ne s'agit pas d'une question concernant quelques personnes en marge de la société. Les personnes âgées sont de plus en plus nombreuses, ne serait-ce qu'en raison de l'allongement de la durée de vie.

On compte en 2008, le nombre de 3 millions de vieux en Algérie, un chiffre qui atteindra les 3.5 millions en 2030 pour représenter entre 20% et 30% de la population Algérienne en 2050.

Néanmoins, le plus difficile est de savoir ce que l'on entend par le mot maltraitance, *quand et comment juger une situation, si c'est une situation de maltraitance ou non ?*

Ce phénomène est plus difficile à définir qu'il n'y paraît de prime à bord, il s'agit d'une situation complexe dans laquelle interagit la personne qui subit la violence et l'auteur de celle-ci, lui-même parfois en situation de souffrance. Du reste, certaines pathologies ou états de dépendance extrême, comme les handicaps lourds ou les pathologies démentielles, peuvent favoriser l'émergence chez autrui d'actes de violence.

*Sur quels critères peut-on se baser pour définir la maltraitance (ce qui est maltraitance de ce qui ne l'est pas) ?*, celui du *seuil* (la limite en deçà de laquelle il ne s'agit pas de maltraitance), de l'*intentionnalité* (on ne prendrait en compte que les maltraitements volontaires, avec volonté de nuire ou de négliger), ou des *effets* sur la personne de toute attitude même involontaire mais qui aurait des effets négatifs à plus ou moins brève échéance ?



## Problématique et hypothèses de la recherche

---

*Comment peut-on juger les fautes professionnelles (erreurs ou incompétences) ou les dysfonctionnements institutionnels qui génèrent de la souffrance chez les personnes âgées placées en institution ? Peuvent-elles être assimilées à de la maltraitance ?*

*De même, si l'on considère comme maltraitance toute forme de contrainte, peut-on incriminer les règlements, qui, effectivement, est forcément contraignant, que ce soit au sein de la famille ou dans l'institution ?*

*Quel peut-être le seuil de tolérance quant aux violences dites légitimes, acceptables, voire « bénéfiques » (punitions, privations, données avec un objectif réglementaire) » ?*

En l'absence d'une définition universelle reconnue, celles existantes reflètent une variation entre différentes sociétés et entre les groupes à l'intérieur d'une même société.

Une définition de la maltraitance qu'endurent cette frange de la société nous conduit donc, à examiner la construction de cette notion, et à poser les questions suivantes : *quelles sont les images et les perceptions qui organisent la représentation des personnes âgées quant aux phénomènes de la maltraitance ?*

*Quelle sont les éléments qui constituent la représentation sociale de la maltraitance au sein de la famille et dans les milieux institutionnels chez les victimes âgées?*

Tel sera le point de départ de cette étude, dans le but de faire sortir une typologie des actes de maltraitements, liée à la représentation et l'expérience vécue par des personnes âgées, pensionnaires d'une maison de vieux située dans la région El Hama à Constantine.

## **Problématique et hypothèses de la recherche**

---

### **Hypothèses de la recherche :**

Les objectifs liés à la problématique de cette recherche et les connaissances associées aux domaines d'étude de la maltraitance des personnes âgées, nous amènent à formuler l'hypothèse générale suivante :

« Les maltraitements que subissent les personnes âgées, construisent leurs représentations sociales de cette notion autour de sentiments négatifs. »

La vérification de cette conception générale se fera en moyen des hypothèses partielles suivantes:

- 1- Les représentations des actes de maltraitements chez les personnes âgées s'organisent autour de l'atteinte à l'intégrité physique.
- 2- Les représentations des actes de maltraitements chez les personnes âgées s'organisent autour de l'atteinte à l'intégrité psychique
- 3- Les représentations des actes de maltraitements chez les personnes âgées s'organisent autour de l'atteinte à la liberté
- 4- Les représentations des actes de maltraitements chez les personnes âgées s'organisent autour de la nuisance à leur développement personnel.
- 5- Les représentations des actes de maltraitements chez les personnes âgées s'organisent autour de la nuisance à la sécurité financière.

## Définition des concepts de la recherche

---

### Définition des concepts de la recherche :

Pour valider les termes utilisés dans notre étude, il convient d'examiner les définitions existantes qui les concernent.

#### 1-Les représentations sociales :

Selon le dictionnaire Larousse(1995), le mot « représenter » vient du latin « *repraesentare* »

Pour Bonardi,C et Rousiau, N.(1999),p10, « l'acte de représentation est acte de connaissance qui relie un objet à un sujet au moyen d'une représentation, laquelle est un travail de l'esprit sur l'objet extérieur ». il considère de ce fait les représentations sociales, comme un acte actif, qui aboutit à un objet de pensée au contenu concret et tient ainsi lieu de réalité à l'être humain.

Quant à Denise JODELET, (1997), p. 365, pour elle « Le concept de représentation sociale désigne une forme de connaissance spécifique, le savoir de sens commun, dont les contenus manifestent l'opération de processus génératifs et fonctionnels socialement marqués. Plus largement, il désigne une forme de pensée sociale. Les représentations sociales sont des modalités de pensée pratique orientées vers la communication, la compréhension et la maîtrise de l'environnement social, matériel et idéal. ».

Selon cet auteur, les représentations sociales sont la façon dont nous appréhendons les événements de la vie courante. C'est la connaissance spontanée, naïve, qui intéresse les sciences sociales, celle que l'on a coutume d'appeler la connaissance du sens commun ou encore pensée naturelle. Cette connaissance se constitue à partir de nos expériences, mais aussi des informations, savoirs, modèles de pensée que nous recevons et transmettons par la tradition, l'éducation, la communication sociale. Aussi, elle est par bien des aspects une connaissance socialement élaborée et partagée.

## Définition des concepts de la recherche

---

### 2-La maltraitance :

L'étymologie du mot maltraitance, citée dans le dictionnaire historique de la langue Française, le Robert(2000) vient du latin « *tractere* » qui signifie dans la langue poétique « traîner » violemment, mener difficilement. Il fut employé dans le langage au sens de « toucher souvent » d'où « manier, caresser » avec de nombreux sens figurés, « prendre soin de » « s'occuper de » « se comporter avec quelqu'un de telle manière » « examiner, développer une question, un sujet ».

Le dictionnaire Petit Larousse (2010) en donne la définition suivante « soumettre quelqu'un, un animal à de mauvais traitements, brutaliser, maltraiter des prisonniers, traiter durement »

Il s'emploie aujourd'hui d'une façon plus générale pour qualifier des situations où l'on traite « avec violence ».

L'exploration des recherches effectuées dans le domaine, montre que les termes de violence et de maltraitance sont souvent employés dans la littérature pour désigner le même ensemble d'abus que rencontre une personne vulnérable, malgré la différence qui distingue les deux notions.

Si l'on voulait établir une nuance entre « violence » et « maltraitance », on pourrait dire que la violence est un terme qui peut s'appliquer à toute agression d'un être envers un autre, quelles que soient les forces des protagonistes, tandis que la maltraitance s'applique davantage aux torts causés à une personne par une ou des personnes dont le rôle, a priori, serait de la bien traiter. L'usage courant du mot « maltraité » induit des rapports hiérarchisés, une relation de pouvoir entraînant l'infériorisation de la victime. La maltraitance s'inscrit plutôt dans la durée, de manière progressive ou répétitive. En revanche, la violence exprime un acte beaucoup plus brutal, plus soudain que la maltraitance. La violence serait plus d'ordre instinctif.

Dans notre étude, nous insistons sur l'emploi de chacun des deux termes dans son contexte sémantique.

### 3-Les personnes âgées :

La désignation des personnes âgées est associée aux représentations de la vieillesse.

L'expression "personne âgée" est destinée à éviter l'utilisation directe des mots vieux, vieillard et vieillesse, perçus négativement. L'entrée dans la vieillesse se réfère à un état d'incapacité fonctionnelle éprouvé subjectivement ou objectivement selon les perceptions des personnes âgées elles-mêmes. La science qui est dédiée à l'étude des personnes âgées est la [gérontologie](#), celle des maladies des personnes âgées est la [gériatrie](#), et la science dédiée aux techniques qui répondent aux problèmes des personnes âgées, est la [gérontechnologie](#).

Les approches qui tentent de définir la catégorie des personnes âgées, comme nous allons le voir dans le chapitre consacré à la vieillesse, se situent tantôt à travers l'âge, tantôt à travers la position dans la généalogie, tantôt à travers le rapport au temps entretenu par les personnes concernées.

De façon pratique, nous partageons l'approche retenue par le conseil national de l'ordre des médecins, rapport de la gérontologie établi en 1998(cité par Pellissier J.(2003)), lorsqu'il rend compte des conditions de vie de cette population, et celui de Falco, H.(2002) p 18 , qui considèrent les personnes âgées comme appartenant à la catégorie des 60 ans et plus.

## **Les études antérieures sur la maltraitance**

---

### **Les études antérieures sur la maltraitance des personnes âgées :**

Au cours de la dernière décennie, la littérature spécialisée dans la maltraitance des personnes âgées a connu un développement très important. Historiquement, le phénomène a d'abord été conçu dans un cadre familiale, comme un problème entre une femme auteure des mauvais traitements et des parents âgés, souvent une mère, dans une relation de soins.

Des chercheurs suédois (Grafstrom, Norberg et Wimblad, 1992) ont démontré la présence d'abus à travers leur étude sur des personnes ayant la charge de personnes âgées en Suède.

Pillemer et Sutor (1992), à leur tour, Confirmaient dans leur étude que le sexe de la personne chargée de l'assistance constitue une variable prédictive complémentaire dans les situations de maltraitance des personnes âgées. Leurs données montraient que la violence était plus fréquente dans le cadre conjugal que dans d'autres types de relation.

Straus (1993) suggère que les cas de violences conjugales, exercées par des femmes sur des hommes font très rarement l'objet de déclarations officielles. Ceci est d'ailleurs conforme aux travaux de Tataru,( 1993) sur les caractéristiques et le profil des auteurs de mauvais traitements, qui ont montrées que ; fréquemment un parent vivant depuis longtemps avec la victime (enfants adultes, conjoints, petits-enfants, frères ou sœurs, ou autres parents) est à l'origine de telles actes.

Jack (1994), cependant, s'appuie sur des relations d'échange à l'intérieur d'une société caractérisée par le dysfonctionnement et l'oppression pour interpréter les cas de maltraitance.

Il trouve que la dépendance, les rapports de pouvoir et les manquements aux règles sont les modèles de relation au sein de ces organismes et que la dépendance mutuelle (bien qu'inégale), l'impuissance et les manquements aux règles favorisent l'apparition de la maltraitance au sein d'un personnel d'assistance et dans des situations d'aide professionnelle ou informelle.

## Les études antérieures sur la maltraitance

---

Les représentations stéréotypées des personnes âgées comme, l'impuissance, la dépendance et la soumission à une invalidité croissante, entraînent pour ces personnes une perte de contrôle dans les relations d'aide sociale professionnalisées.

Selon Jack (1994, p. 89): «(...) pour que les besoins liés à leur situation de dépendance soient satisfaits, les femmes âgées sont contraintes d'abandonner leur statut d'adulte au profit de l'assistante sociale dont le propre statut restreint au sein de l'organisme pour lequel elle travaille dépend de sa maîtrise complète du rôle d'assistance.»

Il insiste sur l'importance des problèmes des professionnels de la protection sociale qu'il faut prendre en considération dans les recherches sur la maltraitance des personnes âgées.

«(...) l'impuissance éprouvée aussi bien par les assistantes sociales que par les bénéficiaires des prestations agit comme un verrou les maintenant dans une relation de dépendance et de violence (...) leur responsabilisation mutuelle est la clé d'une interdépendance sans subordination.» (Jack, 1994, p.90)

Whittaker (1995), souligne que les principales approches reposant sur une indifférence à la distinction entre les sexes sont: le stress réactionnel (approche centrée sur les victimes et fondée sur des conceptions stéréotypées du vieillissement et de la dépendance), la pathologie des auteurs de mauvais traitements (approche envisageant toute une série de facteurs de prédisposition) et la violence familiale (approche visant à sauvegarder des relations familiales «normales»).

Elle écrit à ce propos (Whittaker, 1996, p.149): «Aucun effort ne semble être fait pour inclure l'expérience subjective des victimes de mauvais traitements dans les définitions qui sont débattues et la question des différences de pouvoir entre victimes et auteurs des mauvais traitements est à peine prise en compte sinon pour souligner le fait que les femmes âgées ne sont pas des enfants et que la dépendance est un processus à double sens caractérisant certaines relations et, en particulier, les relations entre ces femmes et les auteurs de violences.».

Biggs, Phillipson et Kingston (1995) insistent dans leurs études sur les inégalités de

## Les études antérieures sur la maltraitance

---

pouvoir et la position de victime dans laquelle se trouvent placés certains groupes sociaux.

Le modèle de la violence familiale fut repris de nouveau par Bennett, Kingston et Penhale (1997). La violence familiale est vue comme une forme de violence se produisant à l'intérieur de la famille et s'exerçant à l'encontre de personnes impuissantes et vulnérables. Elle regroupe les actes d'agression exercés par un individu, un groupe ou une institution disposant d'un pouvoir important à l'encontre d'individus dont le pouvoir est moindre.

L'étude menée par Plamondon, L., Lauzonet, S., DR. Rapin, C.H., sur les abus et les négligences chez les personnes âgées tel que perçue par les intervenants dans des services à domicile effectuée en 2000-2001 (cité par Louis Plamondon in [http://rhone-alpes.sante.gouv.fr/social/cdmaltraitance/Chapitre\\_2/1/Rifvel\\_abus\\_a\\_domicile.pdf](http://rhone-alpes.sante.gouv.fr/social/cdmaltraitance/Chapitre_2/1/Rifvel_abus_a_domicile.pdf) visité le 11/05/2009) a permis l'élaboration d'un test de dépistage des risques de situation d'abus nommé « ODIVA », à partir de l'analyse des situations de cas de maltraitance, recueillis par des entretiens cliniques. Les consignes de rédaction des cas ont portées sur la description des situations, les caractéristiques des victimes et de leur environnement, le profil des abuseurs potentiels et si la situation avait fait l'objet de signalement.

L'étude sur les perceptions et les réactions des personnes âgées face à des comportements négatifs en institution ou à leurs domiciles (2005) (Les Perceptions Et Les Réactions Des Personnes Agées Face A Des Comportements Négatifs En Institution Ou A Leurs Domiciles (2005), In [Http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/Er-Pdf/Er370.Pdf](http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/Er-Pdf/Er370.Pdf) visité le 11/05/2009), a permis d'une part de caractériser les différents aspects des maltraitements perçus par les victimes, et d'autre part de comprendre comment et pourquoi les personnes âgées ou leur entourage décident de porter plainte.

Pour étudier les formes de maltraitance telles que les perçoivent les personnes âgées, la méthode utilisée combine l'analyse des dossiers de plainte (déclaration d'actes qui causent désagrément, douleur, chagrin, humiliation, honte, indignation ou colère), et une enquête de type qualitatif par entretiens semi-directifs auprès de



## **Les études antérieures sur la maltraitance**

---

personnes âgées, pour lesquelles ni elles-mêmes ni leur entourage n'avaient exprimé de plainte auprès des autorités.

Cet éventail d'études réalisées sur le sujet, part de la recherche de l'identité de l'agresseur, à la définition du cadre des situations de violence et jusqu'à la détermination des facteurs de risque susceptibles de déclencher les abus. Les deux dernières études mentionnées dans ce chapitre, ont essayé d'explorer les perceptions des victimes à propos du phénomène, en se basant sur les descriptions des atteintes déclarées auprès des autorités.

Notre étude, quant à elle ; s'appuie sur les représentations sociales des victimes qui nous semblent le moyen le plus adéquat pour rendre compte des actes de maltraitances qui causent désagrément et sentiments négatifs chez cette population.

## **Objectifs de la recherche**

---

### **Objectifs de la recherche :**

Le phénomène de la maltraitance des personnes âgées se déroule de façon insidieuse, et les victimes sont prudentes en ce qui concerne les abus qu'ils endurent.

En effet, cette étude tente de lever le voile sur ces situations, en analysant les représentations sociales de ces derniers.

Ainsi l'objet de cette étude est de montrer l'appropriation par notre population de la notion de maltraitance par l'appréhension de la constitution de leurs représentations sociales. La présente étude porte essentiellement sur la maltraitance de personnes âgées par des membres de leur famille ou des personnes qu'elles connaissent, que ce soit chez elles ou dans un cadre résidentiel ou hospitalier.

On orientera notre démarche scientifique, vers une identification de ces actes, dans l'objectif d'établir une typologie des abus, fondée sur l'expérience et le vécu des victimes.

Notre étude a également pour objectif, de vérifier la concordance de la définition de la maltraitance des personnes âgées donnée par le conseil de l'Europe avec le contenu de leurs représentations sociales et fournir par-là, une base de données pour diriger les mesures préventives et même la prise en charge de cette catégorie longtemps délaissée par notre société.

# Partie théorique

**Chapitre 1 : les représentations sociales :****Introduction :**

L'homme est un être sociable qui vit en groupe, au sein duquel il se développe et avec lequel il partage des expériences journalières.

Les significations du réel qu'il construit, sont influencées par ses contacts et ses interactions avec l'ensemble du contexte social et culturel dans lequel il évolue. C'est là que s'élaborent et se construisent ses représentations sociales, comme une vision du monde, et un bagage de coutumes et de savoirs qu'il partage avec les autres. Il code et décode les différents aspects de la réalité, de façon spécifique et propre aux membres du groupe, qui sont marqués par les rapports qu'ils entretiennent.

Les représentations sociales occupent donc, une place importante dans l'étude psychosociale, car elles fournissent de précieuses indications sur les phénomènes et les interactions sociales, puisqu'elles définissent ce qu'est la réalité, et produisent un système d'anticipation et d'attente qui déterminent la relation de l'individu avec son environnement.

Ces objets, ont en effet des résonances avec celles de la psychologie sociale, qui s'intéresse à l'influence des processus cognitifs et sociaux sur les relations entre les individus (relations interpersonnelles) ainsi qu'aux fondements de ces relations. Elle étudie tant les interactions des individus en groupe et société que les comportements des groupes et sociétés eux-mêmes.

Nous allons dans ce qui suit explorer les connaissances associées à cette notion, pour construire un guide d'interprétation des résultats de notre recherche.

**1-1- HISTORIQUE DU CONCEPT :**

Les structures et les fonctions de forme sociale, tels que les institutions, les groupes sociaux et les classes sociales forment l'objet de nombreuses recherches en sociologie. La psychologie sociale s'est intéressée à l'étude de représentations sociales depuis plus d'un siècle.

En effet, Emile Durkheim (1911) fut le premier à introduire cette notion qu'il considérait "collectives". A travers ses études sur les religions et les mythes, il accorde une place capitale aux faits sociaux dans son analyse. Selon lui, les origines des systèmes de représentations que l'homme s'est fait du monde et de lui-même sont religieuses.

Il distingue, de ce fait, les représentations collectives des représentations individuelles. Les premières sont durables au delà même des générations et sont véhiculées par la société qui détermine leur certitude et leur validations alors que les représentations individuelles sont susceptibles de disparaître, en même temps que leurs concepteurs. Il souligne ainsi que : " La société a ses caractères propres qu'on ne retrouve pas, ou qu'on ne retrouve pas sous la même forme, dans le reste de l'univers. Les représentations qui l'expriment ont donc un tout autre contenu que les représentations purement individuelles et l'on peut être assuré par avance que les premières ajoutent quelque chose aux secondes."

Ce point de vue à connu plusieurs critiques, on lui reproche essentiellement, le fait que la conscience collective et par conséquent les sciences de l'homme, risquent selon lui, de connaître une fin programmée.

C'est avec le psychosociologue Serge Moscovici (1961) que le concept de représentation sociale s'élabore véritablement. Il s'attache à montrer dans son ouvrage "La psychanalyse, son image et son public" L'aspect dynamique des représentations sociales, et comment une nouvelle théorie scientifique ou politique est diffusée dans une culture donnée, elle est transformée au cours de ce processus et change à son tour la vision que les gens ont d'eux-mêmes et du monde dans lequel ils vivent.

Moscovici insiste particulièrement sur la fonction communicatrice de la représentation sociale. Il met en évidence qu'une représentation sociale est constituée autour d'un noyau figuratif. Cette dernière notion a été reprise et élargie par Abric (1994) pour aboutir à la théorie du noyau central qui permet de s'interroger sur l'organisation d'une représentation sociale

Jodelet (1995) quant à elle, affirme que les représentations sociales doivent être étudiées en articulant les éléments affectifs, mentaux, sociaux et en intégrant à côté de la cognition, du langage et de la communication, la prise en compte des rapports sociaux qui affectent les représentations et la réalité matérielle, sociale et idéales sous laquelle elles ont à intervenir. Elle abonde dans le même sens en indiquant que le partage d'une idée, d'un langage est une manière d'affirmer un lien social, une identité.

Elle décrit la représentation sociale comme (Jodelet, 1989, p.36) «une forme de connaissance, socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social». Par ailleurs, implicitement transmise, une représentation sociale n'est pas un système statique mais un système qui structure notre rapport au monde. Elle permet aussi de coder, d'appréhender le monde en fonction de la culture à laquelle elle appartient.

Pilier (1994, 2003), fait une nette distinction entre image, perception et représentation sociale. L'image est un reflet plus ou moins élaboré de la réalité extérieure tandis que la perception, d'un point de vue cognitiviste, est une activité mentale de reconstruction de la réalité où le sujet et l'objet sont présents et interdépendants. Selon lui, ces concepts rejoignent les représentations sociales: l'image par ses fonctions de sélection et d'organisation et la perception par l'importance accordée à la dimension symbolique de l'interaction entre le sujet et l'objet, ainsi qu'à l'activité du sujet. La représentation sociale supprime la dichotomie sujet - objet évoqué par les notions d'image et de perception.

De ces prémisses, Abric pose la définition suivante: « la représentation est le produit et le processus d'une activité mentale par laquelle un individu ou un groupe

reconstitue le réel auquel il est confronté et lui attribue une signification spécifique» (Abric, 1987, p. 64).

Il avance par ailleurs que la représentation sociale est composée de trois éléments fondamentaux: un noyau central, un ensemble d'informations d'attitudes et de croyances organisé autour de ce noyau central et un système de catégorisation.

Le concept de représentation sociale connaît un regain d'intérêt et ce dans toutes les disciplines des sciences humaines : anthropologie, histoire, linguistique, psychologie sociale, psychanalyse, sociologie... etc.

De nombreux chercheurs se sont intéressés aux représentations sociales : citons les psychosociologues comme Chombart de Lauwe (1971), Farr (1977, 1984, 1987), et Herzlich (1972), des anthropologues tel que Laplantine (1978, 1987), des sociologues comme Bourdieu (1982), des historiens comme Ariès (1962) et Duby (1978).

### **1-2-Définition des représentations sociales:**

Il existe un grand nombre de définitions concernant les représentations sociales, tant l'approche de ce concept est variée et complexe.

Le dictionnaire Larousse (2010) précise qu'en philosophie, « la représentation est ce par quoi un objet est présent à l'esprit » et qu'en psychologie, « c'est une perception, une image mentale dont le contenu se rapporte à un objet, à une situation, à une scène (etc.) du monde dans lequel vit le sujet ». La représentation est " l'action de rendre sensible quelque chose au moyen d'une figure, d'un symbole, d'un signe. " .

Moscovici (1961) p12, propose de définir les représentations sociales comme : « un système de valeurs, de notions et de pratiques relatives à des objets, des aspects ou des dimensions du milieu social, qui permet non seulement la stabilisation du cadre de vie des individus et des groupes, mais qui constitue également un instrument d'orientation de la perception des situations et d'élaboration des réponses ».

Il Accorde de ce fait, une dimension sociale aux représentations. Nous retiendrons qu'elles sont, selon lui, conçues comme des ensembles dynamiques, des théories ou des sciences collectives destinées à l'interprétation et au façonnement du réel. Elles renvoient à un corpus de thèmes, de principes, ayant une unité et s'appliquant à des zones d'existence et d'activité particulières et déterminent le champ des communications possibles, des valeurs ou des idées présentées dans des visions partagées par les groupes et règlent, par la suite, les conduites désirables ou admises.

Denise Jodelet(1984), désigne la représentation comme «une forme de connaissance, socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social.»(cité par E.Deswart in : [http://www.psychologie-sociale.com/index.php?option=com\\_content&task=view&id=104&Itemid=34](http://www.psychologie-sociale.com/index.php?option=com_content&task=view&id=104&Itemid=34)visité le 11/05/2009)

Elle considère que: « en articulant éléments affectifs, mentaux et sociaux et en intégrant, à coté de la cognition, du langage et de la communication, la prise en compte des rapports sociaux qui affectent les représentations et la réalité matérielle, sociale et idéale sur laquelle elles ont à intervenir » Jodelet(1989) p41.

Selon Herzlich (1969) p13-14, travailler sur une représentation c'est « observer comment cet ensemble de valeurs, de normes sociales, et de modèles culturels, est pensé et vécu par des individus de notre société ; étudier comment s'élabore, se structure logiquement, et psychologiquement, l'image de ces objets sociaux ».

Les représentations sociales concernent la façon dont nous appréhendons les événements de la vie courante et la connaissance spontanée qui se constitue à partir de nos expériences, mais aussi des informations, savoirs, modèles de pensée que nous recevons et transmettons par la tradition, l'éducation, et la communication sociale.



Pour N. Roussiau et C. Bonardi (2001) p. 19 , elle est une « Organisation d'opinions socialement construites relatives à un objet donné, résultant d'un ensemble de communications sociales, permettant de maîtriser l'environnement et de se l'approprier en fonction d'éléments symboliques propres à son ou à ses groupes d'appartenance »

J.C Abric, introduit en 1976 (cité par Seca,J.M. (2002)) p17, la notion de « noyau central » dans sa définition des représentations sociales, formulée par « une vision fonctionnelle du monde, qui permet à l'individu ou à un groupe de donner un sens à ses conduites et de comprendre la réalité à travers son propre système de référence, donc de s'y adapter, de s'y définir une place ... un guide pour l'action, elle oriente les actions et les relations sociales ... un système de pré décodage de la réalité car elle détermine un ensemble d'anticipations et d'attentes ».

« La représentation sociale est le produit et le processus d'une activité mentale par laquelle un individu ou un groupe, reconstitue le réel auquel il est confronté et lui attribue une signification spécifique » (Abric 1987)p64, Placées à la frontière du psychologique et du social, les représentations sociales permettent aux personnes et aux groupes de maîtriser leur environnement et d'agir sur celui-ci. Jean Abric,J.(1997) p12, reprend dans son ouvrage « Pratiques sociales et représentations » que « c'est une vision fonctionnelle du monde, qui permet à l'individu ou au groupe de donner un sens à ses conduites, et de comprendre la réalité, à travers son propre système de références, donc de s'y adapter, de s'y définir une place ».

Selon P. Moliner, P. Rateau, V. Cohen-Scali (2002),p12-13, « Une représentation sociale se présente concrètement comme un ensemble d'éléments cognitifs (opinions, informations, croyances) relatifs à un objet social »

Rivière (2002) p.17 , définit une représentation sociale comme «l'élaboration d'un objet par une communauté qui établit des modalités d'agir et de communiquer». Pour lui, les représentations sont fonctionnelles et pratiques, permettent une compréhension de la réalité et orientent les comportements. Il revient à dire que les

comportements, actions et discours des individus sont donc influencés par leurs représentations sociales.

On peut conclure avec Seca, J.M. (2002) p76 pour qui la représentation sociale est à la fois produit et activité : En tant que produit, « elle désigne des contenus, s'organise en thèmes et en discours sur la réalité », mais elle constitue également une activité mentale, « un processus, un mouvement d'appropriation de la nouveauté et des objets ».

Analyser une représentation sociale, « c'est tenter de comprendre et d'expliquer la nature des liens sociaux qui unissent les individus, des pratiques sociales qu'ils développent, de même que les relations intra et intergroupes. » Bonardi et Roussiau (1999) p25.

### **1-3- Caractéristiques des représentations sociales :**

Les principales caractéristiques d'une représentation sociale sont :

1. C'est un ensemble organisé : le sujet et l'objet sont en interaction et s'influencent réciproquement.

Dans l'étude des représentations, on s'intéressera donc au phénomène d'interaction entre un sujet et un objet. Herzlich (1969) considère cette étude, par le fait de tenter de comprendre les attitudes et le comportement qu'elles (les représentations sociales) engendrent, le savoir qui circule à leur propos, dans la relation même qui se crée entre l'individu, la santé et la maladie.

2. les représentations sociales ont deux faces, l'image et la signification.

Il existe une relation de symbolisation de l'objet et d'interprétation par le sujet. L'image sociale et individuelle renvoie à la face figurative de la représentation. Par son caractère imageant, la représentation sociale aide à la compréhension de notions abstraites. Elle relie les choses aux mots, elle matérialise les concepts. Ce sont des constructions élaborées au travers des mécanismes cognitifs, psychiques et sociaux des individus et des groupes.

3. Une représentation sociale est produite à l'occasion d'un processus global de communication.

Ce sont des constructions élaborées au travers des mécanismes cognitifs, psychiques et sociaux des individus et des groupes.

L'exposition aux communications de masse, permettent aux membres d'un groupe de mettre en commun les éléments qui vont constituer une représentation sociale.

4. Les représentations sociales constituent des systèmes d'interprétation et de compréhension de l'environnement social.

Elles servent de grilles de lecture et de décodage de la réalité et interviennent dans les interactions entre groupes, notamment lorsqu'il s'agit d'objets sociaux. Elles fournissent, par-là, des critères d'évaluation de l'environnement qui permettent de justifier ou de légitimer certaines conduites.

5. **La maîtrise de l'environnement par le sujet :**

L'ensemble de ces représentations ou de ces connaissances pratiques permet à l'être humain de se situer dans son environnement et de le maîtriser. Il s'agit là d'une dimension plus concrète que les précédentes, parce que la maîtrise de l'environnement, nous renvoie en partie, à l'utilité sociale de la notion de représentation

Partant de ces principales caractéristiques, les représentations sociales vont se structurer afin de permettre la construction de celles-ci.

#### **1-4-Les résultats des représentations sociales :**

Les représentations sociales permettent l'élaboration d'une connaissance particulière d'un objet, par un individu ou un groupe d'individu, dans un contexte particulier.

Pour Denise Jodelet(1991), cette connaissance de l'objet apparaît à travers des discours, des conduites, ainsi que toute autre forme de communication et se transmet dans la société grâce à des canaux divers (institutionnels, médiatiques,

conversationnels). Cette connaissance va alors servir de grille d'interprétation du réel.

De manière générale, les produits d'une représentation sociale se structurent selon trois axes : l'attitude ; l'information ; le contexte de la représentation.

Selon Moscovici(1961), l'attitude reflète la disposition d'un sujet face à l'objet et oriente l'action évaluative globale en relation avec l'objet.

L'information sur l'objet est formée par des croyances, des préjugés, des connaissances significatives ou non et des stéréotypes que nous possédons de l'objet.

Le contexte de la représentation désigne l'individu ou le groupe d'individu qui structure les éléments de l'objet selon le contexte dans lequel il se trouve. Le temps, l'espace et aussi tous les autres éléments sont susceptibles d'intervenir dans la conceptualisation de l'objet au moment où se produit la représentation. C'est donc, l'agencement des éléments d'une telle organisation.

On peut donc dire qu'au niveau des résultats, chaque société établit sa propre représentation en fonction du monde et de la culture dans lesquels elle évolue.

Chaque groupe d'individus sélectionnera alors les informations selon leur appartenance culturelle et le contexte dans lequel il se trouve, rejetant ou neutralisant les traits conflictuels que pourrait présenter l'objet.

Ainsi, seules les informations, en accord avec nos schémas de références socioculturelles, seront retenues. Pour Denise Jodelet(1991) p53 : « Les notions sont ainsi détachées du champ scientifique auquel elles appartiennent et du groupe d'experts qui les a conçues pour être appropriées par le public, qui, en les projetant comme faits de son univers propre, peut ainsi les maîtriser ».

**1-5- Mécanisme de construction des représentations sociales :**

Moscovici(1961) désigne sous les termes d'objectivation et d'ancrage, des processus intégrateurs qui s'articulent dans des interactions, liant le psychologique et le social et assurent ainsi, une fonction de filtrage cognitif, en une vision acceptable et cohérente des situations et des événements sociaux.

**1-5-1- L'objectivation :**

Les représentations sociales transforment les concepts en catégories sociales du langage et facilitent le passage d'éléments abstraits théoriques à des images concrètes qui permettent aux membres d'un groupe social d'élaborer des échanges et des avis à partir d'un savoir commun. Cette construction se déroule en plusieurs étapes :

**➤ la sélection des informations :**

Un système de filtrage de l'information se met en cours. Il réduit, rajoute certaines données, ou procède à des éliminations et des suppressions d'attributs ou interviennent des modes de pensées, d'idéologies et de systèmes de valeurs prédominants. Cette conceptualisation des informations est accompagnée par :

**➤ la formation d'un schéma figuratif :**

Les informations retenues s'organisent en un noyau " simple, concret, imagé et cohérent avec la culture et les normes sociales ambiantes. Il se constitue par un agencement dialectique, qui permet la catégorisation, la compréhension et l'évaluation de la nouvelle information.

**➤ la naturalisation :**

selon Seca,J-M. (2002) p80, ce processus « permet à un ensemble social d'édifier un savoir commun minimal sur la base duquel des échanges entre ses membres et des avis peuvent être émis ». Il permet de concrétiser les éléments figuratifs, qui deviennent simples, faciles à utiliser en communication.

L'objectivation permet de rendre concret ce qui est abstrait. Ensuite, ces éléments seront intégrés par les groupes sociaux au travers d'un phénomène d'ancrage.

### **1-5-2- L'ancrage :**

Pour Denise Jodelet(1995), c'est l'enracinement social de la représentation de l'objet.

Le sujet peut construire et reconstruire la réalité en intégrant l'information de l'objet, ou les schémas préexistants à propos de cet objet, et faciliter leur insertion dans le cadre générale de la pensée. Ce processus comporte plusieurs aspects :

- *Le sens* : le groupe concerné par la représentation attribut à l'objet représenté une signification, c'est son identité sociale et culturelle qui s'exprime à travers le sens.
- *L'utilité* : " les éléments de la représentation expriment plus que les rapports sociaux, ils contribuent même à les constituer le système d'interprétation des éléments de la représentation a une fonction de médiation entre l'individu et son milieu et entre les membres d'un même groupe.

Le langage commun qui se crée à partir d'une représentation sociale partagée, permet aux individus et aux groupes de communiquer entre eux. Le système de référence ainsi élaboré exerce à son tour une influence sur les phénomènes sociaux.

L'enracinement dans le système de pensée préexistant : l'intégration de nouvelles données, s'opère par une procédure de classement, de prédisposition et de rangement dans des cadres de pensée socialement construits. Des attentes et des contraintes sont en même temps associées aux éléments de la représentation, en termes de comportements prescrits. L'ancrage assure quatre fonctions :

- l'intégration cognitive de la nouveauté ;

- l'interprétation de la réalité ;
- l'orientation des conduites et des rapports sociaux ;
- l'assignation de sens.

Une fois enracinées, les représentations sociales vont exercer plusieurs fonctions sur les individus d'un groupe social.

### **1-6-Fonction des représentations sociales:**

#### **6-1-La fonction de code commun :**

Elles vont permettre, de part leurs contenus, à la fois de comprendre et d'expliquer la réalité. Les représentations procurent aux acteurs sociaux un savoir commun, en vue de faciliter la communication. Cette fonction de communication va permettre de comprendre et d'expliquer la réalité. Elle permet également un échange social, une communication entre les individus d'un même groupe, qui a acquis et intégré des connaissances, lui permettant l'interprétation et la reconstruction de la réalité.

#### **6-2-Une fonction identitaire :**

Les représentations sociales permettent de définir l'identité sociale et personnelle de chaque individu et de sauvegarder la spécificité des groupes sociaux d'appartenance. Cette fonction va intervenir dans les processus de socialisation ou de comparaison sociale.

#### **6-3-Une fonction d'orientation :**

Les représentations sociales guident les pratiques et les comportements. Elles interviennent dans la définition de la finalité de la situation, permettant d'orienter la démarche cognitive, d'anticiper, de produire des attentes mais également de se fixer ce qu'il est possible de faire dans un contexte social particulier et de définir le type de communication des individus indépendamment de la réalité objective de la tâche.

**6-4- Une fonction justificatrice :**

Pour Jc Abric (1984), elles permettent aussi de justifier les comportements à posteriori. Elles peuvent intervenir ainsi pour servir à justifier nos choix, nos attitudes et nos prises de positions. Et jouent par là, un rôle essentiel dans le maintien ou le renforcement des positions sociales.

**1-7- Structure des représentations sociales :**

L'analyse d'une représentation sociale telle que l'a définie (Abric 1984, P19) précédemment comme un « ensemble d'informations, d'opinions, d'attitudes, de croyances, organisé autour d'une signification centrale » nécessite la détermination de ses deux composantes essentielles : son contenu et sa structure interne.

**1-7-1- Le contenu :**

Rendre compte du contenu d'une représentation sociale, c'est explorer les conceptions, les idées, les images et les informations que possèdent les individus par rapport à l'objet, et également leurs attitudes, leurs croyances et les valeurs qui s'y attachent. Ce qui permet de comprendre, voir d'expliquer, les pratiques et les positions des individus.

Cet ensemble d'éléments, dépend toujours, d'une part, d'un objet social qui les suscite, et d'autre part de l'individu ou du groupe qui le construit.

**1-7-2- La structure interne :**

Il s'agit des liens entre les différents éléments et leur place dans le système représentationnel. C'est à dire, l'articulation et la hiérarchie des unités élémentaires d'informations, qui donne sens à tout l'ensemble de la structure.

Certains auteurs tentent d'identifier ces types de relations. Citons :

- Flament (1981) parle de relation de similitude et de substituts entre les différents éléments de la représentation sociale.



- Abric (1976,1987) élabore, en s'inspirant des travaux de Moscovici(1961), sa théorie du noyau central, selon laquelle, les représentations sociales se composent de deux systèmes complémentaires (le système central et le système périphérique), eux-mêmes hiérarchisés en éléments descriptifs, fonctionnels, normatifs plus ou moins négociables.

✓ **Le noyau central :**

Ce noyau est constitué d'éléments objectivés, agencés en un schéma simplifié de l'objet. Selon Moscovici, le noyau figuratif constitue une base stable autour de laquelle pourrait se construire la représentation. L'idée fondamentale de la théorie du noyau central est que dans l'ensemble des cognitions plus ou moins abstraites, se rapportant à un objet de représentation, certains éléments jouent un rôle différent des autres. Ces éléments appelés éléments centraux se regroupent en une structure qu'Abric (1994) nomme « noyau central » ou « noyau structurant ».

« il détermine la nature des liens qui unissent entre eux les éléments de la représentation. Il est en ce sens l'élément unificateur et stabilisateur de la représentation » (Abric, 1994)p22. On y retrouve l'empreinte de la mémoire collective du groupe et aussi celle du système de normes auquel il se réfère. Il constitue par là, une base commune collectivement partagée des représentations sociales.

Le noyau central ou noyau structurant d'une représentation assure deux fonctions essentielles :

*Une fonction génératrice de sens :* la signification des autres éléments constitutifs de la représentation se crée ou se transforme par le noyau central. Il est ce, par quoi les éléments prennent un sens, une valence.

*Une fonction organisatrice :* C'est autour du noyau central que s'agencent les autres cognitions de la représentation. C'est lui qui détermine la nature des liens qui unissent entre eux les éléments de la représentation. Il est, en ce sens, l'élément unificateur et stabilisateur de la représentation. De ce fait, la centralité d'un élément

ne dépend pas de son importance ou de sa fréquence d'autant plus que de la signification qu'il donne à la représentation. Ainsi, l'une des principales propriétés des éléments centraux, est leur puissance associative, inhérente à leur fonction génératrice de sens.

✓ **Le système périphérique :**

Les éléments du système périphérique s'organisent autour du noyau central. Plus diversifiés et plus flexibles, ils forment quantitativement, la partie la plus présente dans les énoncés dans lesquelles se développent les représentations. Ces éléments permettent à la représentation de s'inscrire dans la réalité du moment par une certaine modulation individuelle de la représentation ainsi que son adaptation à des contextes sociaux variés. Ils forment en quelque sorte « des informations retenues, sélectionnées et interprétées, des jugements formulés à propos de l'objet et de son environnement, des stéréotypes et des croyances ... Ils constituent ... l'interface entre le noyau central et la situation concrète dans laquelle s'élabore ou fonctionne la représentation » (Abric 1994) p25.

Flament(2001) attribut trois fonctions essentielles aux éléments périphériques :

- -Une fonction prescriptive : ils guident les comportements et les prises de position, indiquent aux sujets l'action ou la réaction adéquate et adaptée à une situation donnée, et par là, l'adaptation entre représentation et réalité, sans qu'il soit nécessaire de se référer aux significations centrales.
- -Une fonction de personnalisation de la représentation et des conduites qui s'y rattachent : des différences nettes peuvent paraître, selon le contexte et l'appropriation individuelle, dans une même représentation, qui restent tout de même compatibles avec le noyau central, indiquant cependant, une variété ou une variabilité des systèmes périphériques.
- -Une fonction de protection du noyau central: en constituant la composante la plus résistante au changement, toute tentative de transformation du noyau central, entraîne une modification voire une destruction complète de la représentation. C'est là qu'intervient le système périphérique, en formant un

pare-choc à la représentation, favorisant ainsi, la transformation de la représentation, dans la plupart du temps, par la modification de ses éléments périphériques.

Le noyau central et les éléments périphériques fonctionnent bien comme une entité où chaque partie a un rôle spécifique mais complémentaire de l'autre. Leur organisation, comme leur fonctionnement est régie par un double système : le noyau structure les cognitions se rapportant à l'objet de la représentation. Ces cognitions placées sous sa dépendance, sont appelées les éléments périphériques. Si le noyau structurant peut se comprendre comme la partie abstraite de la représentation, le système périphérique doit être entendu comme la partie concrète et opérationnelle. Cette approche de la représentation, présente en effet, des implications méthodologiques : l'identification du noyau centrale et des éléments périphériques.

### **1-8-Transformation des représentations sociales :**

L'équilibre d'une représentation sociale peut être rompu sous l'effet de facteurs externes qui se ramènent principalement à des modifications de l'environnement et des pratiques sociales. Formellement, on peut distinguer deux cas de cette transformation :

1-un élément central devient périphérique

2-un élément périphérique devient central

En effet, nous avons bien vu que les représentations sociales servent de guide aux actions et aux comportements des sujets, la relation inverse et également concevable : c'est-à-dire, l'incidence des conduites sur les représentations sociale .la transformation des pratiques entraine donc, une transformation des représentations. Pour Abric (1994) p7 il s'agit des « systèmes complexes d'actions socialement investis et soumis à des enjeux socialement et historiquement déterminés ». Ils doivent remplir les trois conditions suivantes :

- ils doivent être récurrents dans la population considérée.

- ils doivent être valorisants, matériellement ou symboliquement, ou qu'ils permettent le maintien de la valeur.

- leurs incidences doivent être spécifiques et limitées dans l'ensemble de l'univers social, elles ne touchent pas de manière évidente à d'autres représentations.

A partir du facteur « pratique sociale », trois types de transformation peuvent théoriquement avoir lieu :

- Une transformation brutale : on peut observer ce type de transformation, lorsque les nouvelles pratiques mettent en cause directement la signification centrale de la représentation, sans recours possible aux mécanismes défensifs mis en œuvre dans le système périphérique. Le changement est alors massif et immédiat.
- Une transformation résistante : qui peut se produire quand les pratiques sont en contradiction avec la représentation, mais ici cette contradiction peut être gérée dans la périphérie. Lors de la transformation résistante la représentation est caractérisée dans le système périphérique par l'apparition de « schèmes étranges » découverts et définis par Flament (1987). Ces schèmes sont composés de la manière suivante : le rappel du normal, la désignation de l'élément étranger, l'affirmation d'une contradiction entre les deux termes et la proposition d'une rationalisation permettant de supporter la contradiction.
- Une transformation progressive : lorsqu'il existe des pratiques anciennes mais rares qui ne se sont jamais trouvées en contradiction avec la représentation, la transformation va s'effectuer sans rupture, c'est à dire sans éclatement du noyau central. Les schèmes activés par les pratiques nouvelles vont progressivement s'intégrer à ceux du noyau central, et fusionner pour constituer, un nouveau noyau et donc une nouvelle représentation.

Cl. Flament (2001), résume la modification des pratiques sociales qui permet d'expliquer en partie le changement des représentations sociales. Il présente le schéma suivant:

Schéma 1 : changement des représentations sociales selon Cl. Flament (2001)  
p50.

Modification des circonstances externes

↓

Modification des pratiques sociales

↓

Modification des prescripteurs conditionnels (du type : si...alors je...) et  
modification des éléments périphériques de la représentation sociale

↓

Modification des prescripteurs absolus et modification du noyau central.

### **1-9-Méthodes d'étude des représentations sociales :**

L'analyse des représentations sociales, comme nous l'avons déjà vu, implique la détermination de son contenu, ainsi que son organisation, et nécessite une approche pluraliste et implique deux étapes dans la recherche : d'une part, le recueil des représentations et d'autre part l'analyse des données obtenues.

#### **1-9-1-Le recueil des contenus :**

Consiste à collecter les informations que les membres d'un groupe donné partagent à propos d'un objet à l'aide de deux types de méthodes, les méthodes interrogatives et les méthodes associatives

##### **a) Les méthodes interrogatives :**

On emploie plusieurs techniques interrogatives pour recueillir le contenu des représentations sociales, citons:

- Les entretiens (non directifs, semi directifs et directifs):

L'entretien de type semi-directif offre à la personne interrogée un espace d'expression spontanée à l'intérieur d'un cadre déterminé par l'interviewer et permet alors d'accéder au contenu de la représentation, c'est à dire, le champ d'information de la personne sur l'objet, ses opinions et ses attitudes.

Cette technique est par contre souvent critiquée, du fait qu'elle ne permet que rarement d'accéder à l'organisation et à la structure interne de la représentation. Par ailleurs, la situation d'entretien est basée sur une relation duelle et interactive D'où le risque de désirabilité sociale est accentué. Enfin l'analyse de l'entretien nécessite une analyse du contenu qui n'est pas exempte d'interprétation subjective de la part du chercheur.

L'entretien semi-directif présente malgré cela, l'intérêt de porter sur l'aspect qualitatif et subjectif des discours. Il est l'outil le plus utilisé en guise de pré- enquête.

➤ Le questionnaire :

Il est utilisé dans un objectif de quantification en raison de son aspect pratique et standardisé. Cependant, cette méthode a aussi ses limites, le choix des thèmes abordés et la formulation des questions restreignant la libre expression des individus.

La mise en place des questionnaires consiste essentiellement, dans un premier temps à dégager les indicateurs pertinents à partir d'une pré-enquête, puis à élaborer et à mettre en œuvre le questionnaire sous forme de:

Questions fermées : les possibilités de réponse sont préalablement déterminées, ce qui limite la liberté du sujet, qui doit répondre par un oui ou un nom, ou se positionner sur l'une des alternatives offertes.

Questions à éventails de réponses : un ensemble de propositions de réponses sont offertes au sujet, parmi lesquelles il devra choisir, ou de les classer selon un ordre préférentiel ou hiérarchisé.

Questions ouvertes : le sujet est libre de rédiger et de développer sa réponse, et le chercheur s'engage à poser et à fixer le support de la réponse.

➤ Les méthodes figuratives et graphiques :

Elles sont basées sur l'expression orale des sujets à partir de dessins qu'on leur présente ou sur la production graphique produite par les sujets eux-mêmes. Ce type d'outil a pour but de faciliter l'expression discursive de sujets qui auraient des difficultés à se confier dans une situation classique d'entretien.

Elle est la plus appropriée pour l'étude des représentations chez les enfants. Le dessin produit est souvent structuré autour d'éléments centraux, ce qui permet d'élaborer des hypothèses sur le contenu et l'organisation des représentations sociales.

➤ Les planches inductrices:

Consiste à demander au sujet de s'exprimer à partir d'un stimulus visuel. Cette technique est une variante de l'entretien semi directif, dont les relances sont essentiellement d'ordre visuel. L'utilisation de cette méthode présente cependant des difficultés dans le choix des figurations et de leurs interprétations.

➤ La méthode monographique:

Le recueil du contenu de la représentation se fait à partir de l'entretien et de l'observation. Cette méthode offre un éventail de techniques:

- Les techniques ethnographiques:

Basées sur l'observation participante et la pénétration du milieu de l'étude.

- Les techniques de l'enquête sociologique: par la collecte des données statistiques concernant la population étudiée.
- Les techniques psychosociologiques: basées sur l'entretien approfondi et l'observation directe des interactions et des comportements.

➤ L'analyse historique:

Qui se fait à partir de corpus textuels. Entrent dans cette rubrique :

- Analyse de textes: qui porte sur l'objet dont on veut étudier la représentation sociale: comptes-rendus de réunions, articles de presse, documents d'archives, textes littéraires, lettres, documents institutionnels...etc.

- Recueillir les Témoignages de personnes situées à la périphérie de la communauté étudiée (ex : D. Jodelet (1995), dans son étude sur la folie) dont le but est de compléter les informations et de les comparer.

- Récits autobiographiques: utilisés pour suivre l'enchaînement des faits et leurs contextes.

### b) **Les méthodes associatives :**

Deux types d'interventions sont développés par ce courant notamment les démarches associatives et réflexives qui sont, l'association libre et la carte associative.

#### ➤ L'association libre:

" Consiste à partir d'un mot inducteur ou d'une proposition, à demander au sujet de produire tous les mots ou expressions qui lui viennent à l'esprit. " (Abric 1994) p62.

En effet, cette technique spontanée, est approuvée par plusieurs chercheurs (Abric1994, Vergès1992 ; Roussiau, 1998), car elle permet d'accéder rapidement aux éléments de la représentation sociale, et diminue les inconvénients et les limites que pose l'utilisation des méthodes traditionnelles, telles que l'entretien et le questionnaire.

#### ➤ La carte associative :

Cette méthode est inspirée de la technique de la carte mentale d'H. Jaoui (1979)(cité par Marie-Odile Martin Sanchez in Etude D'un Groupe D'aides A Domicile Preparant Le C.A.F.A.D. Modulaire<http://www.serpsy.org/formation>



debat/mariodile 6 html visité le 19/04/2009.). Elle consiste à demander au sujet, dans un premier temps, de produire des associations libres c'est à dire, tous les mots, expressions et adjectifs qui lui viennent à l'esprit, à partir d'un mot inducteur. Dans un deuxième temps, on lui propose de partir d'un couple de mots associés, produits précédemment par celui-ci. On constitue ainsi une série de chaînes associatives composées d'un certain nombre d'éléments (trois, voire plus).

### **1-9-2-Le repérage de l'organisation et de la structure d'une représentation sociale:**

Après avoir recueilli le contenu d'une représentation, on passe à l'étape de repérage des liens entre ces éléments, afin d'accéder à sa structure interne.

On va donc construire le système d'étayage de la représentation, et identifier les liens, les relations et la hiérarchie entre les éléments afin de mettre en évidence le noyau central, à partir de l'organisation des éléments recueillis en système de catégories.

Il existe plusieurs méthodes de repérage des liens entre les éléments de la représentation notamment :

- la constitution de couples de mots : on demande au sujet de regrouper des couples de mots qui lui semblent "*aller ensemble*".
- La comparaison pariée : on présente au sujet toutes les paires possibles d'un corpus de termes puis on lui demande de situer chaque paire sur une échelle de similitude (comparaison de deux termes jugés de "très semblables" à "très dissemblables").
- La constitution d'un ensemble de mots : on demande au sujet de regrouper les items qu'il a produit, ou on lui propose un regroupement, selon le principe des mots "qui vont bien ensemble".
- Les méthodes d'hiérarchisation des items : le sujet procède à l'hiérarchisation des items par une série de tris successifs pour faire ressortir leur importance.
- Les tris hiérarchisés successifs : on propose au sujet une liste de 32 items les plus fréquemment produits à propos de l'objet de la représentation en l'invitant à les classer par série d'items les plus ou les moins caractéristiques de cet objet.

- Les choix successifs par blocs : cette technique facilite une approche quantitative des éléments de la représentation. Le sujet est invité à choisir, à partir d'une liste de 20 items, les 4 items les plus représentatifs, puis les 4 items les moins représentatifs et ceci jusqu'à ce qu'il ne reste plus que 4 items.
- La méthode des schèmes cognitifs de base (SCB) : cette méthode fut conçue par Guimelli et Rouquette (1992) . A partir d'un couple d'items issus d'une association libre, on va étudier les types de relations que ces mots entretiennent entre eux, en utilisant une liste d'opérateurs de relations définie et formalisable, ces opérateurs étant organisés en familles appelées schèmes cognitifs de base. Cette méthode permet d'identifier le type de relations et leur fréquence qu'un item entretient avec les autres éléments de la représentation, et de calculer la valence de cet item, afin de mettre en évidence sa centralité.
- Méthode de Vergès :  
Vergès (1985) se base sur l'analyse prototypique et catégorielle, des mots induits par une méthode associative, pour déterminer les zones de la représentation sociale. Deux critères classiques de la prototypicalité, qui sont la fréquence moyenne d'apparition des éléments et le rang moyen, offrent quatre possibilités de classer chaque élément étudié . on obtient ainsi un tableau à quatre cases :
  - La case des éléments à fréquence d'apparition forte et rang moyen faible, se sont les éléments qui constituent la zone centrale de la représentation.
  - La case des éléments caractérisés par une fréquence d'apparition faible et un rang moyen élevé. C'est la zone périphérique de la représentation.
  - Les zones ambiguës dans la représentation, regroupe les éléments dont la fréquence forte et le rang d'apparition élevé et ceux qui possèdent une fréquence d'apparition faible et un rang moyen faible. Ce sont les zones que Vergès (1992) qualifie comme « zones potentielles de changement » qui regroupe les éléments saillants, constituant un thème nouveau dans la représentation, et sont alors des éléments de changement.

Toutes ces méthodes ont l'avantage de repérer la structure et l'organisation de la représentation et même de faire apparaître les éléments centraux. La saillance des éléments constitutifs de l'objet de la représentation est ici considérée comme un indicateur de la centralité. Cependant l'hypothèse que peut formuler le chercheur à propos du noyau central émergent par ces méthodes, nécessite selon Abric(1994) d'être confirmée par ce que il appelle des techniques de validation ou de contrôle du noyau central.

**Conclusion :**

Les représentations sociales sont des produits, des interactions et des échanges entre les groupes d'individus. Leurs contenus résultent d'une élaboration lente qui s'inscrit parmi les mouvements profonds de la société. Elles ont également une caractéristique dynamique, car elles se transforment, se combinent avec d'autres et parfois même disparaissent. Moscovici(1961) a beaucoup insisté sur l'utilité de l'étude des représentations sociales, comme moyen permettant de rendre compte des phénomènes existants et répondus dans une société. Ce point de vue a encouragé notre recherche dans ce sens, pour arriver à éclairer la notion la maltraitance que peuvent endurer cette frange de la société : les personnes âgées.

**Chapitre2 : la maltraitance****Introduction :**

L'intérêt des recherches sur le phénomène de la maltraitance des personnes âgées est récent, c'est une problématique qui reste encore difficile à cerner, et nous sommes encore loin de lui attribuer une définition universelle.

En effet, on a entouré cette notion de censure, voir de déni ou de sous estimations, à cause de la peur des représailles ou de la honte qui l'accompagnait, et qui empêchait les victimes d'avouer la réalité de leur situation au prés de leur entourage ou de les dénoncer aux autorités.

**2-1-Historique du concept de la maltraitance :**

Le développement de la notion de maltraitance témoigne des transformations radicales du regard et des pratiques qu'a connues la société occidentale au cours des derniers siècles. Cette civilisation s'appuie sur des valeurs en lien avec l'idéologie des droits de l'homme et développe des principes se référant à un système de croyances qui pose la dignité de la personne humaine comme principe fondamental.

Elle fut utilisée en premier lieu, à propos des enfants, et sert depuis peu pour décrire les abus que subissent les personnes âgées et handicapées.

En effet, la lutte contre les maltraitances est une préoccupation récente.

A l'échelle de l'histoire, on peut distinguer trois périodes, de longueur très inégale :

- Jusqu'au XVIII<sup>e</sup> siècle, la violence fut utilisée dans un contexte éducatif, notamment, lorsqu'il s'agissait d'éduquer, de corriger, d'élever un être.

Les auteurs de ces actes se justifient par une autorité juste et le devoir des parents de façonner l'enfant selon les règles de la société dans laquelle il doit vivre.

Les exemples répandus de l'éducation des enfants, des rapports conjugaux, ont connu des pratiques violentes, toutes soutenues par une morale de la tradition et de l'autorité qu'expliquent les représentations de l'époque à propos des femmes et des enfants.

La stricte discipline que devait assurer les parents, incluait des privations, des châtiments corporels, pour leur apprendre le respect de l'autorité et les règles de la vie en commun.

L'éducation était plus rude pour les garçons des milieux aristocratiques destinés au métier des armes. Certains milieux conservateurs en gardent des traces encore aujourd'hui.

A l'intérieur d'une famille, on pouvait varier l'éducation donnée aux enfants d'une même fratrie en fonction de ce que la famille, ou plutôt la coutume, avait décidé pour eux.

Ainsi ils faisaient de l'aîné, un garçon attaché à ses parents et soumis car il était le seul destiné à rester avec ses parents ; de lui dépendrait donc le bonheur ou le malheur de leur vieillesse. Quant aux cadets, qui devaient quitter la maison, on les préparait aux sévérités de leur sort. C'était la bonne éducation pensait-on.

- Après l'indépendance des états unis d'Amérique le 4 juillet 1776, et à l'occasion de la création de la démocratie, viens, la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen, en 1789, qui insistait sur le respect des règles pour garantir la sûreté des personnes par l'état.

Les pratiques violentes admises jusque-là furent rejetées, telles que la torture qui faisait partie de l'arsenal judiciaire, et qui été appliquée suivant des règles cérémoniales, et était souvent rendue en public.

L'Italien Beccaria(1764)( cité par Bridget Penhale Et Jonathan Parkerin in <http://www.euowrc.org/visité> le 29/04/209), par son « *Traité des délits et des peines* » a joué un rôle essentiel dans cette prise de conscience qui allait aboutir à la réforme du droit en Europe (interdiction de la torture dès 1770 en Suède, en 1780 et 1788 en France).

Le mouvement des droits de l'homme, qui a caractérisé l'ère de la conquête des libertés individuelles a cependant négligé les femmes, les domestiques, les esclaves des colonies et s'est strictement limité à une catégorie donnée de la population, celle des hommes, majeurs qui paient les impôts.

Il a fallu beaucoup de temps pour que ce postulat soit remis en cause. En effet, les esclaves des colonies, sont proclamés libres en 1794, mais retombent en servitude dès 1802, puis retrouvèrent de nouveau leur liberté en 1848 pour être admis au titre de citoyen.

Quant aux femmes, elles attendirent environ un siècle, c'est à dire, jusqu'en 1944 pour bénéficier de cette capacité.

Les guerres de décolonisation ont également approuvé l'exaltation des valeurs telles que la virilité dans les années 1950.

➤ Entre les deux guerres mondiales, le courant de lutte contre la maltraitance des enfants apparait, en premier lieu, dans des milieux professionnels d'éducateurs, de soignants et de membres des institutions judiciaires, pour s'étendre à toutes les couches sociales, y compris les classes moyennement intellectuelles.

Les années 1970 sont celles de l'arrivée des femmes au partage du pouvoir dans la famille. Le mouvement des femmes s'élève contre les violences conjugales, en brisant le tabou de l'inceste et en luttant contre l'excision, des pratiques largement niées jusqu'alors par un silence pesant, sous pression de l'autorité traditionnelle. Les

violences sexuelles en milieu scolaire, longtemps niées, ne vont être combattues en France que depuis 1997 (Bridget Penhale Et Jonathan Parkerin in <http://www.euowrc.org/> visité le 29/04/2009) (circulaires du Ministère, mise en place de groupes de réflexion départementaux).

On condamne également, l'usage de la force physique pour contraindre l'enfant en reconsidérant les rapports entre les âges.

Les premières parutions d'articles sur les violences envers les personnes âgées furent au milieu des années 1970, dans le monde anglo-saxon. Le mouvement de lutte contre la maltraitance des personnes âgées est donc contemporain.

En 1976, on ne retrouve, dans le dictionnaire le *Robert* en 7 volumes que le verbe *maltraiter*, daté du XVI<sup>e</sup> siècle. Tandis que Le mot *maltraitance* n'apparaît dans les dictionnaires usuels français qu'à partir de 1992.

### **2-2-Définitions de la maltraitance :**

Maltraiter est défini dans le dictionnaire le *Robert* (1976) comme suit : « traiter avec violence, brutalisé, accablé de coups et de mauvais traitements. » Les exemples fournis sont : « maltraiter un enfant, un prisonnier sans défense, un animal, une femme maltraitée par son mari ». Le deuxième sens proposé est : « Traiter avec rigueur, dureté, inhumanité. Exemple : un père maltraité par ses enfants ingrats ».

On parlant toujours d'enfant, le conseil de l'Europe (1978)(cité par Cirillo S., Di Blasio P. (1992.)p43) emploi le texte suivant pour rendre compte du phénomène : « les actes et les manquements qui troublent gravement l'enfant, attentent à son intégrité corporelle, à son développement psychique, affectif, intellectuel et moral, ces manifestations étant dues à la négligence physique et/ou sexuelle de la part d'une proche ou par d'autres personnes qui ont l'enfant à leur charge ».

Quant à la définition donnée par Le *Petit Larousse* (2004), du mot *maltraitance* c'est : « Fait de maltraiter un enfant, une personne âgée ou dépendante, etc. ; l'ensemble des mauvais traitements eux-mêmes ». L'emploi du mot

*maltraitant* apparaît aussi comme nom et adjectif, pour désigner quelqu'un qui se livre à des mauvais traitements, c'est à dire qui est coupable de maltraitance.

L'évolution du mot maltraitance suivant les dictionnaires, reflète l'évolution du regard social auquel appartient ce concept comme phénomène, qui apprend à la société à le reconnaître et à le combattre.

On voit bien cette progression dans la définition proposée par l'union Française des associations de parents et amis de personnes handicapées mentales (UNAPEI) dans son *Livre blanc* de juillet 2000( cité par J.M. Et Blanc P., in <http://www.senat.fr/index.html> visité le 24/02/2009) qui insiste sur le fait que les maltraitances, contrairement à une idée trop répandue, ne sont pas que sexuelles et ne concernent pas que les enfants. « *Le terme de maltraitance est aujourd'hui largement utilisé pour décrire une **infinité de situations où se dévoile la souffrance d'une personne vulnérable** ».*

Debout M.(2003) p126, dans son œuvre : Prévenir la maltraitance envers les personnes âgées, , apporte d'autres éléments dans sa définition de la maltraitance : « une dégradation, souvent insidieuse, des relations entre la personne et son entourage (conjoint, enfant, professionnel, supérieur hiérarchique) tant à domicile qu'en entreprise. ». Il introduit la notion d'insidieuse pour décrire la manière dont sont exercés les actes de maltraitance. Il détermine également les auteurs de ses abus et le type de la relation entre la victime avec son maltraitant.

Les violences et les maltraitances englobent les actes qui s'inscrivent dans une relation dans laquelle un des protagonistes exerce une « force » sur l'autre. Ces faits s'exercent souvent soit dans une relation de dépendance sociale, professionnelle, ou éducative, lorsque la dimension de protection se trouve niée ou pervertie.

Pour Bernard Duport, gérontologue et secrétaire de l'AFBAH (2004) (cité par jean-Marc Juilhard Et Paul Blanc, in <http://www.senat.fr/index.html> visité le 24/02/2009) «On pense généralement aux coups et blessures mais la maltraitance envers les vieux et beaucoup plus diffuse. Cela va d'une autorité infantilisante à l'administration massive de neuroleptiques. C'est aussi faire la toilette ou donner à



manger à un ancien sans lui parler » Cette définition met donc l'accent sur l'aspect psychologique des actes qui offensent la personne et ne tiennent pas compte de son consentement.

Elle désigne également les mauvais traitements infligés à des personnes que l'on traite avec brutalité. Ces victimes sont souvent dépendantes et sans défense.

C'est ce que Lefebvre, M., vice-président de l'association pour adultes et jeunes handicapés en France (APAJH) ( cité par [jean-Marc Juilhard](#) Et [Paul Blanc](#), in <http://www.senat.fr/index.html> visité le 24/02/2009), a lui aussi souligné, « la maltraitance prend des formes variées. En outre, les formes les plus insidieuses ne sont pas les moins douloureuses pour les personnes se trouvant dans les établissements ou dans les différents services. La presse et la justice évoquent les cas les plus graves et les plus lourds. Mais il existe des cas beaucoup plus insidieux dans le cadre de ce que tous avez appelé la « maltraitance passive » ou « maltraitance en creux ». Il s'agit des phénomènes d'abandon, de moindre regard, de non-réponse à des attentes ou à des demandes, de mauvaise écoute. (...) La maltraitance active, quant à elle, recouvre les brimades, les violences physiques ou encore l'abus d'autorité ».

D'après Lefebvre, S, (cité par [jean-Marc Juilhard](#) Et [Paul Blanc](#), in <http://www.senat.fr/index.html> visité le 24/02/2009) le terme de maltraitance inclut à la fois des actions envers une personne et des omissions. Il considère mauvais traitement, le fait de négliger ou d'infliger de la souffrance à une personne vulnérable qu'on a sous son autorité ou sous sa garde et cite par là, des formes de maltraitance active et passive, en se référant aux situations dénoncées , qui sont parfois spectaculaires , et aux autres qui s'exercent en cachette.

Mme Boisseau M.T., secrétaire d'état française aux personnes handicapées a donné une **définition extrêmement large de la maltraitance**: ( cité par [Juilhard](#) J.M. Et [Blanc](#) P., in <http://www.senat.fr/index.html> visité le 24/02/2009) « Pour ma part, je considère comme maltraitance toute négligence, petite ou grande, toute absence de considération, qui peut aller jusqu'à des violences graves. Cette maltraitance est

partout ». Dans une optique plus pratique, on retrouve très largement les définitions de la maltraitance établies par le conseil de l'Europe(1987), commission « Violence au sein de la famille », ou l'on évoque cette notion.

« Tout acte ou omission, commis par une personne, s'il porte atteinte à la vie, à l'intégrité corporelle ou psychique ou à la liberté d'une autre personne ou compromet gravement le développement de sa personnalité et/ou nuit à sa sécurité financière» ,( cité par Cirillo S., Di Blasio P. (1992.)p55).l'emploi de cette notion a englobé tous les partenaires de la vie familiale, sans accorder une certaine particularité à toutes les situations qu'évoque ce champs de violence.

Pus tard, le rapport du conseil de l'Europe, dirigé par le professeur Brown H.(2003), décortique cette notion et oriente sa définition vers les adultes et les enfants handicapés en se consacrant à la protection des adultes et enfants handicapés contre les abus « tout acte ou omission qui a pour effet de porter gravement atteinte, que ce soit de manière volontaire ou involontaire aux droits fondamentaux , aux libertés civiles, à la dignité ou au bien-être général d'une personne vulnérable, y compris les relations sexuelles ou les opérations financières auxquelles elle ne consent ou ne peut consentir valablement, ou qui visent délibérément à l'exploiter » Brown H.(2003) p33.

L'abus peut être commis par n'importe quel individu (y compris une autre personne handicapée) mais il est particulièrement grave quand il s'inscrit dans le cadre de rapports de confiance caractérisés par une position de force fondée sur :

- La situation juridique, professionnelle ou hiérarchique de l'auteur de l'abus,
- Le pouvoir physique, économique ou social,
- Le fait qu'il soit chargé de s'occuper de cette personne,
- Les inégalités fondées sur le sexe, la race, la religion ou l'orientation sexuelle.

L'abus peut résulter de la cruauté individuelle, d'une mauvaise prise en charge ou de l'indifférence de la société.

L'intérêt de la définition que propose Brown H.(2003) est qu'elle mentionne le caractère intentionnel ou non des violences et caractérise la maltraitance, aussi bien par des actes intentionnels que par des omissions ; par un geste violent que par un manque.

En effet, L'auteur de comportements maltraitants peut ne pas avoir conscience des conséquences et de la portée de ses actes. Il peut agir dans le cadre de sa profession ou de la relation d'aide établie sans intention de causer du tort et sans réaliser que certains de ses comportements peuvent être mal tolérés par l'autre. Le caractère intentionnel peut être donc perçu de manière différente par l'auteur et par la victime.

La détection de la maltraitance est donc relatif aux actes perçus comme maltraitants, à la situation et surtout au positionnement de celui qui agit ou celui qui subit l'action.

### **2-3-Les formes de la maltraitance envers les personnes âgées :**

La maltraitance est une réalité difficile à appréhender : elle peut être intentionnelle ou au contraire résulter de négligences, voire de maladresses. Elle commence souvent par des faits apparemment anodins et successifs qui se réunissent, pour créer des conditions d'isolement et de souffrance chez les personnes âgées.

En effet, les actes de maltraitance graves envers les personnes vulnérables restent heureusement exceptionnels, et se traduisent rarement par des faits ou des actes particulièrement graves et spectaculaires, mais qui restent toujours révoltants aussi bien par leur violence que par la souffrance qu'il engendre chez leurs victimes.

Le Conseil de l'Europe(2002)(cité in Violences et maltraitances possibles en institution pour personnes âgées. <http://membres.lycos.fr/papidoc/index.shtml> visité le 15/05/2009) classe ces différents types de violence en fonction de leurs caractéristiques comme il suit:

1- **Violence physique** : cette catégorie, qui regroupe l'ensemble des atteintes corporelles est la plus visible, la plus sanglante, mais en même temps la moins courante, On y retrouve, à titre d'exemple,

- les coups,
- les brûlures,
- les chutes provoquées,
- les méthodes de contention,
- les lanières pour attacher,
- les entraves à la liberté de mouvement,
  
- Sévices et manipulations à caractère sexuel
- Brutalités
- Coercition physique
- Conduite d'intimidation (racket, caïdat)
- Refus d'accorder les nécessités physiques.

2- **Violence psychologique** : ce type d'agression porte principalement sur l'existence même de la personne, sur son aspect, son état physique ou mental. Elles sont généralement de type verbale, citons :

- Dévalorisation
- reflets négatifs, jugement
- Abus d'autorité
- les limiter à l'usage d'une seule pièce
- lui dire qu'elle n'a plus " toute sa tête "
- le chantage,
- l'infantilisation,
- les menaces,
- les brimades,
- les insultes,
- les contraintes,
- l'interdiction,
- l'humiliation,

- le refus manifeste de communiquer
- Injures, remarques sur la situation de la personne
- Interpellation brusque, bruyante lors de situations qui ne nécessitent pas de lever le ton (arrivée en atelier, aux repas...)
- Injures ou remarques désobligeantes sur la qualité de la personne (racisme, sexisme, en rapport au handicap)
- Conduites sadiques (punitives excessives, non appropriées).
- Pratique de discours paradoxaux.

3- **Violence financière** : cette catégorie regroupe tous les actes qui visent à empêcher la personne de gérer ses ressources, notamment :

- la spoliation d'argent,
- le vol d'objets,
- le détournement partiel ou total de pension,
- l'héritage anticipé,
- la mise sous tutelle abusive

4- **Violence civique** : cette catégorie englobe toute violation des droits élémentaires du citoyen, tel que:

- le placement forcé en institution
- le détournement de procuration,
- la privation de papiers d'identité,
- le fait de répondre à la place de l'aîné,
- le fait de préférer déclarer quelqu'un incapable de voter plutôt que d'organiser son déplacement jusqu'au bureau de vote,
- la restriction ou l'interdiction de visite (à domicile comme en institution)
- Privation de jouissance d'un bien matériel

**5-Violence médicamenteuse :**

- il peut s'agir d'excès d'administration de neuroleptiques, moyen de garantir la paix en maison de repos et parfois à domicile.
- L'inverse et aussi possible, c'est-à-dire, la privation de médicaments prescrits.
- Pas ou peu de présence sur les moments « sensibles » de la vie collective (pauses, sorties...).
- Absence d'explication et de parole pendant l'acte de soin.
- Dissimulation d'éléments relatifs à l'état de la personne.

**6- Les Négligences :** qu'elles soient actives ou passives c'est à dire de caractère intentionnel ou non, les négligences correspondent à tout manque d'aide à la vie quotidienne comme :

- l'abandon d'une personne incapable de s'occuper d'elle-même,
- la privation de liberté,
- la privation de soins ou d'hygiène,
- la privation de nourriture,
- le manque de stimuli,
- l'incontinence induite par manque de « temps » pour accompagner l'aîné

On rencontre rarement ces actes de manière isolée. Le plus souvent, ils apparaissent associés dans une même situation, ou les uns viennent appuyer les autres. Ces situations sont régulièrement le fruit d'interactions complexes entre la personne âgée et son entourage et peuvent provoquer la négation progressive de la personnalité de l'aîné.

**2-4-Les facteurs de risque de la maltraitance des personnes âgées :**

Les maltraitements que subissent les personnes âgées sont souvent passés sous silence, à cause du tabou social, et de la honte qu'elles engendrent chez les victimes. De ce fait, il est certain que des personnes âgées continueront encore longtemps à subir leur triste sort en silence si personne ne réagit.

En se basant sur un certain nombre d'indices, de facteurs de risque, on pourra sans doute déceler, aussi rapidement que possible, les situations de maltraitements potentielles et arriver ainsi à adopter de manière préventive, les mesures les plus appropriées.

Pour cerner ces facteurs de risque, les chercheurs ont puisé dans leurs publications sur la psychologie, la sociologie et la gérontologie et dans les études sur la violence familiale pour aboutir à un modèle, qui a d'abord été appliqué à l'étude de la maltraitance des enfants puis, à celle des personnes âgées (Rapport mondial sur la violence et la santé cité in 9242545619\_chap5\_fre%20maltraitance%20des%20personnes%20ag%C3%A9es[1] visité le 15/05/2009).

Ce modèle se présente comme une hiérarchie graduée de l'environnement à quatre niveaux, soit individuel, relationnel, communautaire et sociétal.

Nous citons en ce qui suit, de manière synthétique, les principaux facteurs de risque liés à la maltraitance des personnes âgées en institution ou hors institution :

#### **2-4-1-Facteurs individuels :**

Les auteurs de violence physique présentent le plus souvent des troubles de la personnalité et des problèmes liés à l'alcool plus que la population en général.

De même, des études menées sur la violence contre des personnes âgées en milieu familial concluent que les agresseurs présentent le plus souvent des problèmes de santé mentale et de toxicomanie plus que les membres de la famille ou des soignants qui ne sont pas violents ou qui ne manifestent pas de comportements abusifs (cité in Rapport mondial sur la violence et la santé cité 9242545619\_chap5\_fre%20maltraitance%20des%20personnes%20ag%C3%A9es[1] visité le 15/05/2009)..

Les plus importants sont incontestablement les différentes formes de dépendances, qu'elles soient d'ordre physique ou psychologique.

Ces situations constituent une véritable source de stress et requièrent beaucoup d'attention, de soin et de patience de la part de l'entourage de la personne. Il est clair qu'une personne dépendante est nettement plus exposée au risque de subir des négligences qu'un individu autonome dans le sens où ce dernier sera apte à assumer les actes nécessaires à sa survie.

- Les différentes formes d'incontinence peuvent également représenter un danger, dans le sens où ces troubles occasionnent une surcharge de travail et peuvent également être responsables de l'isolement ou de l'abandon de la personne.
- Les troubles du caractère constituent également un facteur de risque de maltraitance. En effet, il se trouve que certains seniors peuvent se montrer extrêmement agressifs. Or cette agressivité engendre inévitablement, à moyen ou à long terme, celle des aidants.
- Le sexe peut également constituer un facteur de risque de la maltraitance des personnes âgées, étant donné que les femmes âgées peuvent être opprimées et économiquement désavantagées tout au long de leur vie.
- Il semble également, que les hommes âgés risquent d'être maltraités par leurs épouses, leurs enfants adultes et d'autres parents dans les mêmes proportions que les femmes
- Les difficultés financières de l'agresseur et le revenu des personnes âgées, jouent un rôle très important, dans l'apparition de la maltraitance. C'est parfois le cas lorsqu'un enfant adulte a un problème de toxicomanie qui le pousse à soutirer de l'argent, voire le chèque de retraite à la personne âgée. Il arrive aussi que les sentiments éprouvés par les membres de la famille, obligés de dépenser de l'argent pour les soins de la personne âgée soit un facteur qui prédispose la personne âgée à la maltraitance, dans la mesure où elle devient lourde de charge.

### **2-4-2-Facteurs relationnels :**

En milieu institutionnel, la violence peut résulter de l'interaction de plusieurs facteurs, dont le stress, la fragilité psychologique des aidants, une dépendance quelconque (alcoolisme ou autre forme de toxicomanie), les relations entre soignant et soigné, le comportement perturbateur et agressif du soigné et la dépression du soignant.

Debout, M. (2003), a également identifié des risques liés à un personnel trop peu formé, surchargé, épuisé ou encore peu motivé.



Les conditions de logement, notamment un logement surpeuplé et l'absence d'espace privé, et les conflits familiaux représentent également un facteur de risque non négligeable dans l'apparition des actes de maltraitance au sein de la famille.

Dans certaines situations de maltraitance, on retrouve un « tissu d'interdépendance » évident : la dépendance de la victime envers le soignant représente un facteur propice au déclenchement de ces situations d'abus ou de négligence. Il arrive aussi que les agresseurs dépendent eux-mêmes de la personne âgée. C'est l'exemple d'un adulte que ses parents âgés hébergent et dont il reçoit une aide financière. Il peut manifester à leur égard des actes de maltraitance.

### **2-4-3-Facteurs communautaires et sociétaux :**

- les normes et les traditions (comme l'âgisme, le sexisme et la culture de la violence), jouent un rôle sous-jacent important. Les personnes âgées sont souvent considérées comme des êtres fragiles, faibles et dépendantes, ce qui les rendent apparemment moins dignes d'investissements publics voire de soins familiaux que d'autres groupes. Ils sont donc, des personnes faciles à exploiter.

Des études sur le sujet réalisées en Afrique subsaharienne (cité par Bridget Penhale Et Jonathan Parker in <http://www.euowrc.org/> -visité le 29/04/2009) ont montré que :

- Les régimes de succession et les droits fonciers patrilinéaires et matrilinéaires,(propriété de terre) influent sur la répartition du pouvoir
- Les migrations rurales-urbaines; causent une désagrégation des liens étroits entre les générations d'une même famille
- La perte du rôle d'arbitre familial accordé jadis aux personnes âgées, comme une conséquence de la modernisation

D'après l'étude sud-africaine, il s'agit de :

- Désordre social comme : la criminalité, l'alcool et la drogue , la vie de famille dysfonctionnelle, le manque d'argent pour couvrir les besoins essentiels et le manque d'instruction et de possibilité d'emploi, contribuent tous à une vie de crime, de trafic de drogue et de prostitution chez les jeunes. Dans ce genre de société, les personnes âgées deviennent des cibles de violence et d'exploitation dont la vulnérabilité résulte d'une

pauvreté caractérisée par une absence d'aide à la retraite, l'absence de possibilités d'emploi, de mauvaise hygiène, de maladie et de malnutrition.

Les transformations politiques dans l'Europe de l'est postcommuniste ont également créé des conditions qui ont eu un impact sur la santé et le bien-être psychosocial des personnes et, en particulier, celles des personnes âgées, qui sont donc plus exposées à de mauvais traitements. Ces facteurs qui accentuent le risque de maltraitance des personnes âgées sont :

- La paupérisation croissante de segments importants de la société;
- Le taux de chômage élevé ;
- Le manque de stabilité et de sécurité sociale ;
- L'expression extérieure de l'agressivité, en particulier chez les jeunes.

### **2-5-Indicateurs de la maltraitance:**

On peut penser à une possibilité de la maltraitance devant un sujet âgé qui présente :

- Des conduites évasives
- Une indifférence à autrui
- Des explications des blessures variables dans le temps
- Des consultations répétées (aux urgences,...)
- Des plaintes indirectes : fatigue, céphalées, myalgies, troubles digestifs, chutes, incontinence etc.

Tableau 1: indicateurs de la maltraitance, tiré du rapport mondial sur la violence ( cité in Rapport mondial sur la violence et la santé [cit9242545619\\_chap5\\_fre%20maltraitance%20des%20personnes%20ag%C3%A9es\[1\]](http://cit9242545619_chap5_fre%20maltraitance%20des%20personnes%20ag%C3%A9es[1]) visité le 15/05/2009).

| Indicateurs de la maltraitance des personnes âgées   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|
| Indicateurs relatifs à la personne âgée  |   |   |   | Indicateurs relatifs au soignant  |
| Physiques  | Comportementaux ou psychologiques   | Sexuels<br>Financiers   | Sexuels<br>Financiers   |   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>. Se plaint d'agressions physiques</li> <li>. Chutes et blessures inexplicables</li> <li>. Brulures et ecchymoses à des endroits inhabituels ou d'un type inhabituel</li> <li>. Coupures, marques de doigts ou autres preuves de contention</li> <li>. Trop de prescriptions à répétition ou pas assez</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>. Changement dans les habitudes alimentaires ou troubles du sommeil</li> <li>. Peur, confusion ou air de résignation</li> <li>. Passivité, repli sur soi ou dépression de plus en plus marquée</li> <li>. Sentiment d'impuissance, de désespoir ou angoisse</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>. Se plaint d'agressions sexuelles</li> <li>. Comportement sexuel ne correspondant pas aux relations habituelles ou à la personnalité antérieure de la personne âgée</li> <li>. Changements inexplicables dans le comportement, par exemple, agressivité,</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>. Retraits d'argent irréguliers ou atypiques de la personne âgée</li> <li>. Retraits d'argent ne correspondant pas aux moyens de la personne âgée</li> <li>. modification d'un testament ou changement de titre de propriété pour laisser une maison ou des biens à de nouveaux amis ou des parents</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>. Le soignant semble fatigué ou stressé</li> <li>. Le soignant semble trop intéressé ou pas assez</li> <li>. Le soignant fait des reproches à la personne âgée pour des actes tels que l'incontinence</li> <li>. Le soignant se montre agressif</li> <li>. Le soignant traite la personne</li> </ul> |

|  |  |  |  |   |
|--|--|--|--|---|
| de médicaments . Malnutrition ou déshydratation sans cause médicale . Preuve de soins insuffisants ou de mauvaise hygiène . La personne se fait soigner chez différents médecins et dans différents centres médicaux | . Déclarations contradictoires ou autre ambivalence ne résultant pas d'une confusion mentale . Hésitation à parler franchement . Evite les contacts physiques, oculaires ou verbaux avec le soignant . La personne âgée est tenue isolé par d'autres | repli sur soi-même ou automutilation . Se plaint fréquemment de douleurs abdominales ou présente des saignements vaginaux ou anaux inexplicables . Infections génitales récidivantes, ou ecchymoses autour des seins ou de la zone génitale . Sous-vêtements déchirés ou tachés, notamment de sang | . Disparition de biens . La personne âgée ne retrouve pas des bijoux ou des biens personnels . Transactions suspectes sur le compte de la carte de crédit . Manque de confort, alors que la personne âgée pourrait se l'offrir .problèmes médicaux ou de santé mentale non soignés . Le niveau de soins ne correspond pas au revenu ou aux biens de la personne âgée | âgée comme un enfant ou de manière déshumanisante . Le soignant a un passé de toxicomane ou de violence à l'égard d'autrui . Le soignant ne veut pas que la personne âgée ait un entretien avec quiconque seule . Le soignant est sur la défensive quand on l'interroge, il se montre peut-être |
|--|--|--|--|---|

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  | hostile ou<br>évasif<br>. Le soignant<br>s'occupe<br>Depuis<br>longtemps de<br>la personne<br>âgée |
|--|--|--|--|--|

### 2-6- Conséquence des actes de maltraitance sur la personne âgée :

Les actes de maltraitance peuvent avoir des conséquences particulièrement graves sur les personnes âgées. En effet, leur faiblesse et leurs vulnérabilités rendent, même un traumatisme relativement bénin, susceptible de provoquer chez eux des dommages permanents et graves.

Certaines études ont montré que les personnes âgées maltraitées souffrent de dépression ou de détresse psychologique (cité in Rapport mondial sur la violence et la santé cit9242545619\_chap5\_fre%20maltraitance%20des%20personnes%20ag%C3%A9es[1] visité le 15/05/2009). D'autres symptômes sont cités comme ayant un rapport avec des cas de maltraitance comme, le sentiment d'impuissance, d'aliénation, de culpabilité, de honte, de peur, d'angoisse, de déni et même la manifestation d'un stress post-traumatique. Il est important de retenir qu'il n'existe pas de signes spécifiques mais, globalement, nous pouvons citer certains signes en rapport avec la maltraitance des personnes âgées.

Apparence générale de la personne âgée :

- Escarres non traité,
- Hygiène déplorable, état dentaire
- Dénutrition,
- Non suivi ou traitement inadapté

Signes traumatiques: Stigmates rapportés à des chutes doivent évoquer une possible maltraitance : fractures, traumatismes crâniens, lacérations...etc.

- Lésions de même âge unilatéral, en regard des reliefs osseux
- Lésions d'âges différents, topographie bilatérale et antérieure et postérieure, non en regard de reliefs osseux, zone suspectes (poitrine, face interne des membres, zone de prise...) fractures inexplicées.
- Lésions non expliquées ou explication non compatible.
- Recherche de lésions vaginales ou anales → Faire un examen complet.
- Décrire les lésions (localisation, forme, couleur taille..)

Les violences psychologiques sont également détectées, comme les tentatives de suicide, qui sont à l'origine de divers troubles :

- Mortalité augmentée : Un risque accru de mortalité et morbidité : Dans une étude longitudinale ( 13ans ) ,concernant les personnes âgées de plus de 65 ans, 9% des personnes âgées victime de maltraitance étaient vivantes contre 41% des personnes âgées non victimes de violence (cité par Tainturier Topie : LA LETTRE D'ALMA , in, [http://www.alma-france.org/img/pdf/lettre\\_21.pdf](http://www.alma-france.org/img/pdf/lettre_21.pdf) visité le 14/05/2011)
- Une augmentation dans le recours aux soins : ces patients consultent beaucoup plus pour des plaintes multiples (asthénie, céphalées, troubles intestinaux) .
- Stress post traumatique et dépression : les personnes âgées victimes de violence peuvent également présenter des troubles psychologiques de type dépressif et anxieux.

**2-7- Réaction de la personne âgée face aux actes de maltraitance :**

Les réactions de la personne âgée peuvent varier en fonction de l'acte lui-même, du passé de la victime et du soutien qu'elle peut recevoir de la part de son entourage.

Une enquête qualitative sur les Perceptions et réactions des personnes âgées aux comportements maltraitants (2005), ( cité par Helene Tomas in <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er370.pdf> visité le 11/05/2009), dirigée par les chercheurs : Hélène Thomas ,Claire Scodellaro, Delphine Dupré-Lévêque, a identifié cinq « réactions types » des personnes âgées confrontées à des situations de maltraitance : la résistance, la banalisation et la légitimation des atteintes, la dénégation et le silence, le déni et la somatisation, et enfin la dénonciation aux autorités.

**➤ La résistance :**

Cela s'observe généralement chez les personnes peu ou moyennement dépendantes physiquement, vivant à domicile, seules ou en couple, avec des aidants professionnels ou avec leurs enfants. Ce sont des sujets qui ne se considèrent pas comme maltraitées, mais en même temps, ne légitiment en rien les abus subits, intolérables à leur yeux.

Elles n'expriment pas toujours spontanément leurs atteintes, en termes de maltraitance qui doivent être dénoncées.

Le dialogue étant privilégié, malgré leur dépendance physique, sociale ou financière vis à vis d'un tiers, elles préfèrent la liberté de choisir, de refuser, c'est à dire de dialoguer avec l'aidant (soignant ou membre de la famille) pour arriver à un compromis et parvenir à résoudre leurs conflits grâce à la prise de parole, ou en se plaignant à l'auteur de ces abus.

Elles peuvent obtenir ainsi l'arrêt de ces comportements, mais si cette démarche échoue, et est désavouée, elles se retirent et s'enferment dans le silence, le

déni, et la légitimation des atteintes, ou la lamentation sur soi-même, ou exceptionnellement, elles s'adressent à une autorité compétente.

Ces personnes s'épuisent à revendiquer une prise en charge de leurs difficultés, cette attitude on la retrouve surtout chez des anciens syndicalistes, dirigeants, militaires, et chez les personnes qui avaient une bonne situation socioéconomique.

On voit bien que les personnes âgées, qui réagissent ainsi, ne portent pas uniquement plainte pour elles-mêmes mais parfois pour des proches ou d'autres résidents.

### ➤ La banalisation et la légitimation des atteintes :

Ce sont des cas qui se plaignent d'actes de maltraitances au cours de leur entretien alors qu'elles n'ont exprimé précédemment aucune revendication ni auprès de l'auteur des faits, ni auprès d'une autorité.

Elles adoptent ainsi une attitude de dénégation ou de justification, cette attitude est bien décrite par Laplanche Et Pontalis (1975).

Elles justifient, de différentes manières, les comportements négatifs dont elles sont l'objet, avec des leitmotifs renvoyant à la fatalité et au destin du vieillissement, et font ainsi recours à divers arguments, qu'on retrouve dans des propos tel que :

- une banalisation des atteintes psychiques ou physiques quotidiennes (brusquerie, retard dans les soins, absence d'écoute des demandes de la personne...) dans les expressions : « *C'est partout comme ça* », « *Ca a toujours été comme ça* », sous-entendu : « *Ca ne peut donc pas être autrement* ».
- L'absence d'autonomie de décision est alors intériorisée comme normale : l'absence de liberté de choisir, d'alternative, de consultation sur ses désirs et habitudes est considérée comme allant de soi.
- elles peuvent niée leur souffrance dans une éthique de résistance au mal, exemple : « *Je ne suis pas du genre à me plaindre* », ou elle est minimisée parce que la souffrance endurée est banale comparée à ce que l'on a vécu par le passé, exemple : (« *Moi, j'en*



*ai vu pendant la guerre et après » ou de ce que d'autres vivent dans le monde (« Moi, j'ai fait mon temps... »).*

- les conduites brusques, brutales ou humiliantes des autres sont justifiées de manière collective ou individuelle. Telle aide-soignante est brusque parce que « *c'est dans son caractère* », telle autre personne parce qu'« *elle a des soucis* ». La surcharge de travail, le manque de formation ou de bonne volonté, les contraintes de la vie collective, le manque de personnel sont également invoqués, ou encore le manque d'autonomie des auteurs d'atteintes dans leur façon d'agir.
- On retrouve également des expressions d'auto-évaluation négatives qui sont relatives au vieillissement telles que « je suis vieille et malade ». Un sentiment d'appartenir à une catégorie de population rejetée par l'entourage (les professionnels dans une institution), les proches (famille, amis) et par la société (représentations du vieux comme inutile, comme une charge) . C'est l'exemple de : « On me dit que, parfois, je rabâche. On me dit : “ Tu l'as déjà dit ”. Quand je vois que je vais rentrer en conflit avec eux, je me tais, je ne dis rien»,.

Ils considèrent, donc normal d'être négligés et ne pas être écoutés et disconviennent le droit de revendiquer d'être bien traités. Exemple : « Qu'est-ce que vous voulez la société est comme ça hein ! ».

- On retrouve également des cas qui semblent accepter les infantilisations, comme un fait normal lié à une condition de « mineure », citons l'exemple de cette femme de 77 ans (cité par Helene Tomas in <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er370.pdf> visité le 11/05/2009), sous tutelle en maison de retraite qui évoque ce type de relations avec son neveu à qui elle a vendu sa maison: « Un jour, il m'a dit : “ Tu prépares ta valise et on va t'amener à l'hôpital ”. C'est pour ça que je suis ici... Il m'a fichue dehors. Il m'a fichue à la porte... de chez moi. C'est pour ça que je suis ici ». Avec le tuteur : « Il faut que je refasse tous mes appareils dentaires. J'ai fait trois devis pour prendre le moins cher. Le curateur m'a dit : “ Mais ça coûte trop cher ça ” ». Comme avec les soignants : « Un matin, je me suis levé tard. J'avais de la sinusite. J'avais mal à la tête, ici, ici, là. Je me suis faite engueuler parce que je suis arrivée en retard pour prendre mon petit déjeuner ». cette femme fais recours à la somatisation « Quand j'étais à M. [hôpital psychiatrique], parce que j'ai fait de la dépression, j'ai beaucoup souffert. Toute ma vie j'ai souffert de la dépression. Après on m'a mis sous curatelle parce que quand on va en hôpital psy, on pense qu'on n'est plus capable de gérer nos affaires ». Elle conclue en disant : « On nous maltraite pas mais on ne nous écoute pas ».

- Les personnes âgées , victimes, adoptent une certaine dénéigation des actes de maltraitance comme stratégie pour conserver une image positive de soi, et éviter de cette manière de redoubler l'atteinte à la dignité et la honte d'être faible (Tisseron 1992), engendrées par ces situations, du fait de s'avouer victime
- Au sein de l'institution il arrive que certaines personnes âgées intériorisent le point de vue des auteurs des abus, et inversent la problématique. Elles considèrent les comportements des autres résidents comme étant grossiers, désobligeants ou pénibles à l'endroit du personnel, justifiant ainsi leur comportement ou la mauvaise humeur et faisant craindre des représailles non ciblées. Elles cherchent à gagner la sympathie du personnel en étant serviables. de peur d'être assimilés aux « mauvaises personnes », et devenir également victimes de leur énervement
- D'autres personnes ne se plaignent d'aucune atteinte à leurs proches ou devant les autorités. Ils peuvent ne pas s'en rendre compte, pour cause de démence ou de maladie d'Alzheimer. Dans ce cas, les maltraitances sont souvent décelées par l'entourage (spoliation de biens notamment). Celui qui porte plainte est souvent un témoin, ou un observateur des maltraitances.

### ➤ **Être désavoué et garder le silence :**

On retrouve également des cas qui se contentent de parler et d'être écoutées par des confidents car, elles ont effectivement le sentiment de ne pas pouvoir agir, ni de se faire entendre.

Elles se montrent résignées et justifient d'ailleurs leur silence par le sentiment d'être impuissantes à porter la plainte ou s'estiment trop vieilles, trop isolées, malades, ignorantes ou pauvres.

Parfois, les plaintes de ces personnes leur sont renvoyées comme étant illégitimes, et leur paroles sont sujette à caution car, elles ne sont pas considérées par leurs interlocuteurs comme légitimes à le faire ; étant donné qu'elles ne possèdent pas toutes leurs capacités psychiques.

Les confidents deviennent alors des porte-paroles auprès des autorités, pour toutes ces personnes qui se sentent impuissantes à agir elles-mêmes, par la crainte de

représailles ou des menaces, qui peut faire « abandonner le combat » (le vocabulaire guerrier est très présent chez ceux qui expriment une plainte).

### ➤ **Le déni et la somatisation :**

Dans ce type de réaction on retrouve des expressions de souffrance morale, qui remplacent les mots, comme seules réponses aux questions sur le déroulement de la vie quotidienne et sur les émotions. Ce sont des signes possibles d'un déni des atteintes (Laplanche J. Et Pontalis J.-B. (1975). citons : les soupirs, les rires gênés, les silences, les pleurs sans parole.

La personne âgée, se plaint de maux physiques; sans objet ni auteur désigné explicitement.

La souffrance morale est déniée, elle n'est parfois lisible que dans les attitudes ou les expressions du visage, dans la dégradation de l'état de santé ou dans l'expression du désir de mourir pour ne plus être une charge pour ses enfants et pour la société.

On peut retrouver aussi, d'autres modes d'expression indirectes comme : une humeur morose ou la dépression, le repli sur soi ou la somatisation (Mac Dougall 1989) qui constituent d'autres formes de manifestations somatiques comme l'angoisse et l'insomnie liées à l'inactivité et à l'ennui.

Ce type d'expression, sert parfois d'indices et d'arguments, utilisés par les professionnels ; pour déceler l'existence d'actes de maltraitance

### ➤ **La dénonciation aux autorités :**

Certaines personnes âgées portent plainte auprès des autorités. Dans ces cas-là, elles doivent insister sur l'ensemble de faiblesses dont le maltraitant a abusé. Il est plus aisé pour les plaignants de se faire entendre lorsqu'il s'agit d'un acte reconnu comme délictuel (vols, coups et blessures, abus de faiblesse) ou criminel (actes inhumains et dégradants) par la loi, mais dans d'autres situations, elles peuvent être perçues comme faisant subir à leurs entourage des plaintes injustifiées.

Il faut donc que des personnes vulnérables (personnes âgées, plus ou moins dépendantes) trouvent un garant extérieur pour rendre leurs plaintes crédibles, audibles, légitimées par le regard extérieur de celui qui porte plainte.

L'intervention d'un tiers est fréquente dans les cas où la victime n'a pas les compétences requises (financières, autonomie, aptitude à revendiquer à se faire entendre et reconnaître) pour faire reconnaître la maltraitance.

Cette tierce personne peut être soit un membre de la famille, un proche ou un professionnel qui intervient auprès des autorités compétentes (direction de l'institution, élu local, Secrétariat d'Etat aux personnes âgées, Police, Justice...).

### **2-8-les causes de dissimulation des abus :**

la maltraitance des personnes âgées est un domaine qui a été longtemps considéré comme un sujet tabou. Une grande partie des cas de maltraitance, comme cela a été analysé précédemment, se produisent en privé et restent soustraits à l'attention des pouvoirs publics.

Ces comportements restent du domaine du privé, et en faire un sujet de préoccupation publique ne va pas sans difficultés, du fait, en partie, de l'opposition des défenseurs du droit de la famille à demeurer, comme espace privé, libre de toute intervention de l'état.

Ils font partie, en outre d'une réalité qui brise un certain nombre de mythes et de convictions concernant la société qui se sont construits peu à peu et sont solidement ancrés en elle. C'est l'exemple de la famille qui constitue un environnement chaleureux et protecteur ou encore l'image des institutions qui procurent une certaine sécurité aux personnes âgées qui y vivent.

Durant les années 90, le problème de la violence exercée à l'égard des personnes âgées a enfin pu être soulevé, et le silence sur ces questions a été remis en cause et le tabou s'est peu à peu brisé.

Les recherches menées sur le sujet par l'association ALMA HANDICAP en France, présidée par le Dr Robert Hugonot (2007), confirment que le silence entourant ces actes de maltraitance peut s'expliquer par :

- un sentiment de honte et/ou de culpabilité, et une ambiguïté des sentiments qui naissent chez la victime de ses actes, vis-à-vis de l'agresseur, la crainte de l'abandon (dans le cas de l'aidant « mal-traitant »), la peur des représailles. La capacité de dénonciation peut être altérée aussi par ses difficultés même à communiquer ou la peur de ne pas être cru.
- l'attitude de la famille peut également influencer la dénonciation de la maltraitance : au sein de la cellule familiale, certaines habitudes peuvent ne pas être perçues comme des actes de maltraitance. En institution, la famille préfère parfois garder le silence à cause de la pénurie des places, sous la menace de l'exclusion de l'établissement.
- le silence du personnel d'encadrement qui s'explique, quant à lui, par les difficultés à rassembler les preuves qui constituent des obstacles à la révélation d'abus. Ces professionnels, témoins de ces faits, font parfois des révélations tardives.

**Les personnes âgées éprouvent ainsi de grosses difficultés à révéler les maltraitements dont elles sont victimes. Certaines peuvent inventer, déformer, amplifier ou minimiser ce qui leur arrive, ce qui rend difficile de démêler le vrai du faux dans ce type d'affaires,**

### **2-9-Le cadre des maltraitements :**

La catégorie des personnes âgées constitue la frange de la société la plus vulnérable. Elles peuvent donc, être sujettes à différents abus dont les auteurs sont des membres de leur entourage, de la famille ou des membres de l'institution qu'elles peuvent fréquenter.

Nous examinerons dans ce qui suit les différentes situations de maltraitements que rencontrent les personnes âgées.

**2-9-1-La maltraitance au domicile**

Dans le cadre de la maltraitance au domicile, on retrouve les formes d'abus qui caractérisent les violences intrafamiliales ou conjugales où la maltraitance psychologique et financière prédominent :

- Exploitation financière
- Violences physiques
- Dévalorisation
- Le chantage au placement en maison de repos
- Les gestes répétés de malveillance
- L'abandon quotidien
- Privation de contacts avec les petits-enfants
- Mauvaise médication
- Séquestration

L'apparition d'actes de maltraitance au sein de la famille est liée à l'infrastructure du lieu de vie (locaux trop exigus ou non adaptés au degré de dépendance de la personne âgée, isolement géographique).

Ces actes s'inscrivent souvent dans une longue histoire familiale où divers conflits non résolus peuvent resurgir. En effet, la situation familiale dans laquelle évolue la personne âgée (alcoolisme, toxicomanie, problèmes financiers, fragilité psychologique, les antécédents de violences intrafamiliales qui étaient le moyen de communication habituel au sein de la cellule familiale, les enfants maltraités qui deviennent eux même maltraitants à l'égard de leurs parents, les femmes victimes de violences conjugales, ou encore épuisement physique et nerveux des parents qui s'occupent de la personne âgée) influe sur la relation d'aide ou de soutien établie entre l'aidant informel, qu'il soit un enfant, un autre membre de la famille ou un proche et la personne âgée.

À un moment ou à un autre, l'aidant peut se trouver confronté à ses propres limites ; il ne peut plus assumer la relation d'aide établie. C'est là qu'un sentiment

de culpabilité vient se mêler au sentiment d'amour, plongeant l'aidant dans une ambivalence faite d'amour et de culpabilité.

### **2-9-2- La maltraitance hors du domicile (rue, magasin, travail...) :**

Les actes de maltraitance peuvent également provenir de l'extérieur du domicile : voisinage, administration, professionnels, tuteur, intervenants de soins et services à domicile...etc. Ils sont traduits surtout par la maltraitance sociétale (Cario ,R.(2003)) : bus inaccessibles, renseignements refusés par un vendeur, ou l'on profite de la vulnérabilité des aînés pour détourner leur argent (pension, économies ou héritage) ou pour négliger les soins dont ils doivent bénéficier.

### **2-10-Ressource face à la maltraitance :**

La prise de conscience du phénomène a certes évolué depuis une vingtaine d'années. Bien que plusieurs aspects du problème restent encore à nos jours ambigus, y compris ses causes et ses conséquences, et même son ampleur, il est nécessaire d'étoffer la base de connaissances actuelles aux fins de politiques, de planification et de programmes pour lutter contre ce phénomène

Les efforts déployés dans le monde pour prendre des mesures contre la maltraitance des personnes âgées à l'échelle nationale et pour adopter des lois et d'autres mesures politiques en sont à différents stades :

Les Etats-Unis sont les plus avancés dans le domaine d'intervention nationale. En effet, ils ont mis sur pied un système de signalement et de traitement des cas de maltraitance.

Le National Committee for the Prevention of Elder Abuse, est une organisation à but non lucratif fondée en 1988 et la National Association of State Adult Protective Services Administrators, créé en 1989(cité par Rapport mondial sur la violence et la sante cité In 9242545619\_Chap5\_Fre%20maltraitance%20des%20personnes%20ag%C3%A9es[1] Visité Le 15/05/2009).

En Australie, au Canada et en Nouvelle-Zélande, ont été créés des groupes nationaux pour faire face au phénomène : Le New Zélande National Elder Abuse and Neglect Advisory Council, formé au début des années 1990 pour une stratégie de soin et de protection des personnes âgées, L'Australien Network for the Prevention of Elder Abuse, existe depuis 1998, constitue un point de contact et un lieu d'échange d'informations à ceux et celles qui travaillent avec des personnes âgées, le Réseau canadien pour la prévention des mauvais traitements envers les aînés créé en 1999 dans l'objectif de mettre en place des politiques, des programmes et des services pour venir à bout de la maltraitance des personnes âgées.

Au Royaume-Uni, Action on Elder Abuse, organisme caritatif national, qui traduit l'intérêt accordé par le Ministère de la Santé et l'Inspection des services sociaux.

La Norvège fonde à son tour un centre de documentation et de recherche sur la violence grâce à l'action de personnes faisant campagne contre la maltraitance des personnes âgées.

Les activités de prévention de la maltraitance des personnes âgées adoptées dans d'autres pays européens, dont la France, l'Allemagne, l'Italie et la Pologne, se limitent aux travaux de chercheurs individuels et à quelques programmes locaux.

En Argentine, l'organisation « Protéger », qui est active depuis 1998, parmi d'autres programmes du Ministère de la Promotion du Bien-être social et du Troisième âge, s'occupe exclusivement des cas de maltraitance de personnes âgées, et garantit une formation spécialisée pour son personnel.

Pour la plupart des pays africains, la lutte contre la maltraitance des personnes âgées passe au second plan, derrière des préoccupations apparemment plus pressantes, comme les conflits, la pauvreté et la dette.

L'année 1997 a connu la fondation de l'International Network for the Prévention of Elder Abuse (INPEA), présentée sur les six continents, dont les principales activités sont de sensibiliser davantage le public, de promouvoir



l'éducation et la formation, de faire campagne au nom des personnes âgées maltraitées et négligées, et à encourager la recherche sur les causes, les conséquences, le traitement et la prévention de la maltraitance des personnes âgées. Un bulletin trimestriel et un site Web ont été créés à cet égard.

La majorité des programmes mis en place dans ces pays pour lutter contre la maltraitance des personnes âgées, sont exécutés sous les auspices des services sociaux, de systèmes de santé ou de systèmes judiciaires ou encore à des programmes visant à combattre la violence familiale.

En explorant tout ce qui a été réalisé dans ce domaine, il apparaît de manière générale que la lutte contre la maltraitance des personnes âgées nécessite des mesures de préventions organisées autour de :

- Mieux connaître le problème ;
- Renforcer les lois et les mesures judiciaires ;
- Adopter des stratégies de prévention plus efficaces

### ➤ **Mieux connaître le problème :**

Il faut d'abord comprendre ce qui se passe réellement sur le terrain pour pouvoir intervenir ou prévoir des actions de lutte contre le phénomène.

En effet, la société doit comprendre ce que recouvre la maltraitance. Victimes et témoins doivent savoir où et à qui s'adresser avec confiance.

Le dépistage des situations existantes est aussi capable de révéler des cas de souffrance longtemps dissimulés, et rendre compte de la nature du problème, et répondre par-là, à quelques questions qui sont encore restées ambiguës. C'est essentiellement le rôle des fournisseurs de soins de santé de signaler les mauvais traitements rencontrés au cours de leurs consultations dans le cadre de programmes de dépistage de la maltraitance.

Seulement, ce genre d'attitude manque sur le terrain, car de nombreux médecins ne diagnostiquent pas les mauvais traitements parce que cela ne fait pas partie de leur formation professionnelle ou théorique et ne figure donc pas sur leur liste de diagnostics différentiels. Dans les services des urgences non plus, on n'accorde pas d'attention aux besoins particuliers des personnes âgées.

### ➤ **Lois et Mesures judiciaires :**

Saisir la réalité des cas de maltraitance et le dépistage des situations qui existent sur le terrain est certes une étape indispensable qui aide à mieux cerner le phénomène, bien qu'elle soit insuffisante, car les auteurs des actes commis et des abus infligés aux personnes âgées doivent être réprimés et sanctionnés.

C'est la tâche réservée à l'arsenal juridique qui doit être mis en place dans cette lutte contre la maltraitance. Il repose plus exactement sur:

Le signalement des cas de maltraitance.

Les procédures judiciaires.

En effet, en absence de plaintes signalées auprès des autorités judiciaires, nul ne peut intervenir, que ce soit pour condamner leurs auteurs ou venir en aide auprès de la victime, car on ignore la nature des faits et ce qui se passe réellement.

La victime de tels actes doit dénoncer ces violences par le biais d'une plainte déposée auprès de la police, ou en parler à une personne capable de le faire.

En Algérie, il n'existe pas de lois spécifiques qui répriment les maltraitances envers les personnes âgées. On retrouve uniquement la mention de certaines sanctions d'actes commis envers les enfants ou les personnes vulnérables sans toute fois y inclure la frange des personnes âgées de façon claire et précise, notamment cité par la loi no 314 , loi no 315,loi no 316 du 20 décembre 2006.

Les crimes de meurtre commis contre les ascendants sont certes pénalisés par les lois 258 , loi no 275, loi no 276 du 20 décembre 2006 quant à la traite des personnes définie par la loi no 09-01 du 25 février 2009 par l'utilisation de la menace, force ou d'autre forme de contraintes , comme l'abus de l'autorité ou d'une situation de vulnérabilité qui résulte de son âge, sa maladie ou son incapacité physique ou mentale afin d'obtenir le consentement d'une personne ayant l'autorité sur l'autre aux fins d'exploitation personne prévoit des sanctions d'emprisonnement de 5ans à 20ans pour les auteurs de telles actes.

### ➤ **Mettre en place des stratégies de prévention plus efficaces :**

Il est impératif en matière de lutte contre la maltraitance de prévoir:

- 1) L'information et la sensibilisation de la famille et du personnel à domicile sur la maltraitance des personnes âgées et sur les services d'aide. Les médias et les centres d'appels téléphoniques peuvent également permettre une écoute aux victimes en souffrance, et même aux auteurs de violence qui ne savent pas comment se faire aider du fait de leurs pulsions.
- 2) La mise sur pied de groupes de parole pour aidants informels ou professionnels.
- 3) Le maintien des contacts pour éviter l'isolement et faire face à la violence financière, en permettant l'intervention de professionnels à domicile pour pouvoir détecter des situations d'abus financier ou de violence familiale et inversement, le maintien des contacts familiaux permet d'être attentif aux soins et services apportés à domicile.
- 4) Fournir une formation adéquate à cette tâche, non seulement pour les professionnels, mais aussi pour les familles chargées de prodiguer soins et accompagnement à une personne lourdement handicapée et faire recourt à des professionnels pour l'appui et le soutien de l'aidant (Hugonot, H. (2007)). Une approche psycho-gériatrique des troubles psycho-comportementaux doit être associée à une sensibilisation et une formation du personnel soignant en institution.
- 5) Venir en aide aux familles, en développant les formules d'hébergement temporaire pour les laisser « souffler » de temps à autre.
- 6) Ouvrir les institutions sur l'extérieur, veiller avant tout au confort des personnes accueillies, augmenter le nombre de places.
- 7) Diagnostiquer «l'institution pathogène», du fait de ses règles de fonctionnement; d'une «cohabitation» de malades âgés trop différents, engageant à une séparation et à un accueil plus spécialisé de malades présentant un handicap psychique important.
- 8) Protéger la victime en situation de danger, en l'éloignant de son agresseur, et en développant le rôle du tuteur et son indépendance.

L'éloignement de l'agresseur est parfois difficile à réaliser en institution et fait obstacle à la prévention de la maltraitance.

A domicile, il est aussi difficile de contrôler si l'aide apportée par un membre de la famille est effective et de qualité.

### **Conclusion :**

La maltraitance des personnes âgées est un phénomène répandu dans toutes les sociétés. La prise de conscience de l'endurance des personnes âgées face à ce phénomène est plus récente.

L'intérêt porté par la recherche sur ce sujet a fourni des mécanismes de lutte et de prévention contre le phénomène que plusieurs sociétés ont pu adopter. Cependant, plusieurs points sur ce sujet restent encore de nos jours pas très clairs, surtout dans notre société, en ce qui concerne ses causes, son ampleur, et surtout l'abord d'une définition universellement admise pour rendre compte des différentes situations existantes.

Nous avons pu voir dans cette documentation théorique les résultats des études menées dans le domaine dans différents pays, qui ont tenté d'éclairer la réalité du phénomène, tantôt en partant de ses conséquences, et en d'autres lieux, en considérant l'aspect offensif des actes comme déterminant du phénomène.

Notons bien qu'il n'existe aucune étude qui traite ce sujet dans notre pays, et les seules données dont nous disposons, viennent des statistiques déclarées par le Ministre de la justice à propos des cas enregistrés au prés des tribunaux, ou par le Ministre de la solidarité, en ce qui concerne les cas retrouvés dans les rues ou abandonnés.

Dans notre partie pratique, nous allons essayer de placer notre étude dans le contexte des rares recherches sur les personnes âgées réalisées dans notre pays pour contribuer à élucider le phénomène de la maltraitance des personnes âgées en Algérie.

**Chapitre 3 : la vieillesse :****Introduction :**

Les normes actuelles sur la longévité de la vie aboutissent à la coexistence de plusieurs générations dans la même famille. De cette situation résulte un mode de relation spécifique dans ce nouveau groupe, et plus précisément entre le jeune couple consacré comme parent, et la génération antérieure, celle des grands parents.

De ce fait, la vieillesse va constituer une étape très délicate qui va concrétiser l'écart entre ces différentes générations.

Nous assistant alors à l'émergence de plusieurs phénomènes, tels que les conflits transgénérationnels, ou la maltraitance.

Nous exposerons dans ce qui suit les différents événements qui marquent cette période de la vie.

**3-1-Définition de la vieillesse :**

Les termes vieux, vieil dont le féminin vieille vient du latin *vetulus*, diminutif de *vetus*.( Dictionnaire Le nouveau Petit Robert, mai 1998).

Il fait référence à l'âge chronologique : est âgé celui qui a vécu longtemps .son emploi comme adjectif désigne ce qui est usagé, vétuste, fatigué, dépassé, démodé ou encore ce qui est éloigné, lointain, révolu et s'oppose à jeune.

Fontaine. R.(2007 ) p4, le définit par : « l'ensemble des processus que subit un organisme après sa phase de développement. Il n'est pas synonyme de vieillesse. Cette dernière est l'état qui caractérise un groupe d'âge particulier, celui des personnes de plus de 60 ans »

Il est caractérisé par un ensemble de transformations de l'organisme, de nature biologique, ou psychologique en fonction du temps.

Durant les années 60 apparaît l'expression troisième âge qui désigne les retraités dynamiques, qui ont eu de longues années d'activité professionnelle. Ensuite, on emploie les termes de quatrième et même de cinquième âge pour monter les différentes étapes de la vieillesse.

Le quatrième âge (à partir de 75 ans environ) est celui au cours duquel s'accumulent les menaces de maladie et de vieillesse, le cinquième âge celui des dernières années de la vie, caractérisé par un temps de la dépendance.

Le mot vétéran est peu utilisé, alors que le mot senior, dérivé du latin, désigne le plus âgé, ils se situent entre le junior et le vétéran. Ces appellations sont surtout utilisées dans le domaine sportif (le sport est une valeur dominante de la jeunesse). Ils sont actifs, dégagés des contraintes du travail, disponibles pour leurs petits-enfants et surtout ils jouissent de revenus confortables leur permettant de profiter des loisirs et des voyages.

La catégorie des seniors regroupe quatre tranches d'âge : les Masters (50-60 ans), les Libérés (60-75 ans), les Retirés (75-85 ans) et les Grands aînés (85 ans et plus).

On retenant le critère biologique, par le bilan des potentialités physiques de l'individu indépendamment de son âge chronologique, intervient la notion du dépendant. Le dépendant âgé est celui qui a perdu son autonomie, à cause d'un handicap.

V. Caradec (1999) dans sa considération de personnes âgées, privilégie la position dans le cycle de vie et non le passage d'un âge à un autre. Il identifie trois marqueurs pouvant servir à définir cette population : l'identité, la famille et les transitions de vie.

À travers ces différentes approches, nous constatons à quel point il est difficile de trouver une définition claire et sur laquelle tous les chercheurs peuvent s'accorder.

Les approches se situent tantôt à travers l'âge, tantôt à travers la position dans la généalogie, tantôt à travers le rapport au temps entretenu par les personnes concernées.

De façon pratique, nous partageons l'approche retenue par le conseil national de l'ordre des médecins, rapport de la gérontologie établi en 1998 (cité par Pellissier J.(2003)), lorsqu'il rend compte des conditions de vie de cette population, et celui de Falco, H.(2002) p 18 , qui considère les personnes âgées comme appartenant à la catégorie des 60 ans et plus.

### **3-1-1-Le vieillissement selon Jung :**

L'approche la plus récente du vieillissement est nommée « Long life spam ». Elle considère le développement, du berceau jusqu'au tombeau, est à l'encontre des idées répondus dans son temps, citons celle de Freud, pour qui, la structure finale de la personnalité apparait vers la puberté ou vers l'adolescence selon « Piaget ». cette théorie, tient ses origines de la conception de Jung (1993) .

Quant à la vieillesse, selon cette approche, elle est déterminée par les couples : «extraversion- introversion » et « féminité - masculinité ».

Pendant la période de la jeunesse, prédomine une tendance d'extraversion, avec un besoin d'affirmation de soi et de réalisation professionnelle, alors que la deuxième moitié de la vie, est caractérisée par une tendance à analyser les sentiments et à faire le bilan de sa vie. C'est un aspect de la personnalité qui est présent chez toutes les personnes de santé mentale « normale », qui permet d'intégrer les contraintes de l'environnement et les fantasmes de l'inconscient. Quand l'une de ces deux catégories domine chez un individu, on le classe comme une personne extravertie ou introvertie.

En parlant de couple féminité –masculinité, Jung (1993) désigne sa présence chez toute les personnalités. En effet, chaque personne développe au cours de son enfance, l'une des personnalités féminine ou masculine en inhibant l'une ou l'autre. Les représentations et les stéréotypes sociaux de chaque sexe, sont donc intégrés de cette sorte.

Pendant la deuxième moitié de la vie, le sexe refoulé durant l'enfance est libéré, pour conduire à un meilleur équilibre entre l'expression du moi réel et la pression des stéréotypes.

Ce phénomène est appelé « l'androgynie ». Les différences et les distances entre les deux sexes sont estompées au niveau des représentations.

### **3-1-2-Le Vieillissement Selon Erikson :**

L'évolution de la personnalité est d'après Erikson (cité par Hubert Falco, 2002) , influencée par les interactions entre la maturation et les pressions environnementales.

Il identifie huit stades dans cet enchainement qui s'appuient les uns sur les autres sous l'emprise du conflit.

Erikson (cité par Hubert Falco, 2002) affirme que chaque stade est caractérisé par un sentiment dominant: la fidélité durant l'adolescence, le jeune adulte autour de l'amour, l'adulte autour de l'attention pour les proches et enfin le vieillard autour de la sagesse.

Tableau n° 2 : Développement psychosocial selon Erikson (cité par Hubert Falco, 2002 p141).

| stade          | Crise psychosociale                   | Relations sociales                          | Sentiment  |
|----------------|---------------------------------------|---|------------|
| Petite enfance | Confiance vs méfiance                 | La mère                                     | Espoir     |
| Enfance        | Autonomie vs honte et doute           | Les parents                                 | Volonté    |
| Age du jeune   | Initiative vs culpabilité             | La famille                                  | Ambition   |
| Age scolaire   | Productivité vs confusion identitaire | Les amies, l'école                          | Compétence |
| Adolescence    | Intimité vs isolement                 | Les pairs , le groupe, le leader            | Fidélité   |
| Jeune adulte   | Générativité vs stagnation            | Partenaires, compétition, coopération       | Amour      |
| Adulte         | Intégrité vs désespoir                | Travail et participation à la vie familiale | attention  |
| vieillesse     | Intégrité vs désespoir                | « humanité »                                | sagesse    |



### 3-1-3-Le vieillissement selon Loevinger :

Pour lui, les interactions entre un individu et son environnement, sont intégrées de façon à favoriser l'apparition d'une structure de personnalité précise. Il identifie six stades dans la structure de l'adulte et le vieillard en fonction du type d'intégration.

Tableau 3: développement de la personnalité chez l'adulte selon Loevinger (1976) (cité par Hubert Falco, 2002, p144).

| stade                      | Définition   |
|----------------------------|--|
| Conformiste                | Soumis aux règles sociales externes.   |
| Conscientieux- conformiste | Dissocie les normes sociales et les finalités personnelles, réalise que ses actes peuvent affecter les autres. |
| Conscientieux              | Commence à réaliser l'évaluation et l'importance des standards de son moi.                                     |
| Individuel                 | Reconnaissance que le processus de l'action est plus important que le revenu.                                  |
| Autonome                   | Respecte l'individualité de l'autre, tolère l'ambiguïté.   |
| Intégré                    | Résolution des conflits internes.  |

Loevinger, s'appuie sur de nombreuses recherches empiriques pour prouver la relation entre la qualité du vieillissement et l'atteinte de la sagesse dont parle Erikson, à ce niveau, la personne considère que sa vie a été une réussite.

### 3-1-4-Le vieillissement selon Whitbourne :

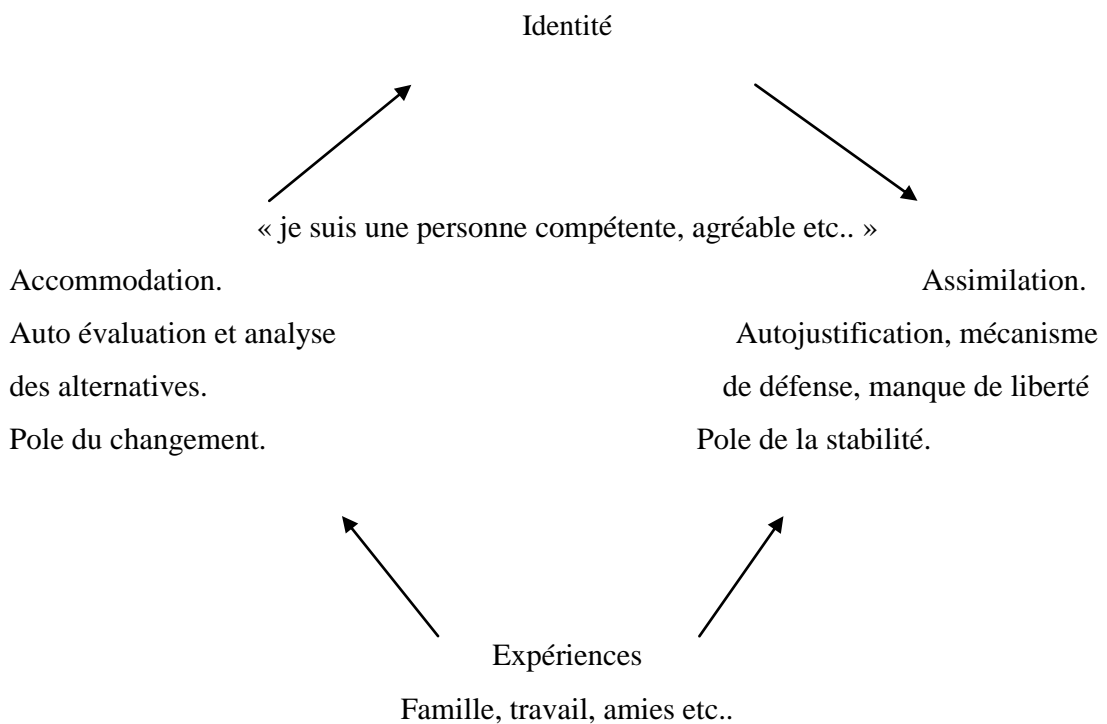
Whitbourne (cité par Hubert Falco(2002) p146) considère les éléments: le scénario et l'histoire de vie comme composante qui permettent la construction unifiée de la personnalité tout le long de la vie « life spam construit ». Il explique que l'individu se projette dans l'avenir,

selon ses motivations, ses finalités et selon un scénario précis qui varie en fonction de l'âge, du contexte culturel et du niveau social et économique.

L'histoire de vie, correspond à une mémorisation autobiographique de l'individu. Cette mémoire est influencée par l'âge, car, comme toute construction mentale, le facteur âge intervient inéluctablement. Ces deux composantes, le scénario et l'histoire de vie, s'intègrent pour construire l'identité de l'individu.

Whithourne (cité par Hubert Falco, 2002) conçoit la personnalité comme une dynamique permanente, contrôlée par l'activité. Les mécanismes cognitifs que Whibbourne empreinte à la conception piagétienne interviennent pour équilibrer l'identité de l'individu. Ce sont l'assimilation, l'accommodation et l'équilibre.

Figure 2 : les mécanismes cognitifs selon Whibbourne (cité par Hubert Falco(2002) p147):



Nous pouvons conclure, d'après ces modèles de conception du vieillissement que: les traits de personnalité sont d'une grande stabilité selon l'approche psychométrique, alors que l'approche centrée sur le concept de stade, décrit des changements structuraux qui apparaissent tout le long de la vie.

Cette diversité dans les approches du phénomène, rend compte des vieillissements différents que l'on peut rencontrer, selon les outils et les théories appréhendées par les chercheurs.

### **3-2-Les approches théoriques du vieillissement**

Les études consacrées au phénomène du vieillissement s'appuient sur trois approches qui déterminent les méthodologies et les considérations théoriques appropriées.

#### **3-2-1-L'approche expérimentale :**

En se basant sur l'expérience et l'observation, les partisans de cette approche, tentent d'expliquer les différents aspects du processus du vieillissement.

Atkinson et Shiffrin (1968) (cité par Roger fontaine, 2007) ont réalisé des études sur la mémoire, en comparant les performances mnésiques des sujets jeunes à celles des sujets âgés, afin de mesurer et de comparer la mémoire à court terme (MCT) et la mémoire à long terme (MLT).

Ils ont montré que la dissociation entre ses deux processus de mémorisation chez la personne âgée est un syndrome déficitaire observable statistiquement chez cette catégorie. Ils expliquent que les différences observées entre les individus, sont des artefacts (variables qui n'ont pas de signification théorique) et concluent que les variables et les critères d'échantillonnage, doivent être pris en considération dans toutes recherches expérimentales sur la vieillesse.

Ils les appellent « les facteurs contrôlés » (cité par Roger fontaine, 2007, P45) qui sont : le sexe, le niveau de scolarisation et l'état physique ou de santé.

- Le sexe : on arrive à contrôler ce facteur en prenant en considération la même proportion de femmes dans les deux groupes d'échantillon.

Mais le fait que les femmes ont une expérience de vie plus longue que les hommes peut poser un problème pour la recherche.

En effet l'échantillon de jeunes personnes qui comprend la même proportion de femmes, a pour conséquence de surestimer l'effet du vieillissement.

La technique d'échantillonnage appelée « échantillon par quotas » peut diminuer cette erreur. Elle consiste à prendre une population d'hommes et de femmes équivalente à celle observée dans la population globale.

- Le niveau d'études : les différences entre les niveaux d'études dans le même groupe expérimentale, peut aussi entraver les résultats de l'étude sur la vieillesse. Pour remédier à ce problème, les chercheurs utilisent des critères d'échantillonnage précis.

- Par exemple, on peut sélectionner les sujets de façon à ce que le nombre d'années d'étude moyen soit le même dans les deux groupes de l'étude, comme on peut aussi faire une sélection selon les performances moyennes obtenues par un test d'intelligence.
- Le niveau de santé : dans les recherches sur le vieillissement, il est recommandé de sélectionner des sujets âgés qui n'ont pas de problème de santé et qui sont autonomes (non institutionnalisés).

Seulement, cette démarche expérimentale propose d'ignorer le fait que la vieillesse est assimilée à un amoindrissement fonctionnel.

Les recherches qui se limitent aux personnes âgées bien portantes, minorent l'effet de l'âge et aboutissent à une représentation optimiste de la vieillesse.

L'approche expérimentale de la vieillesse a longtemps contribué à améliorer les recherches dans ce domaine, malgré qu'elle considère la vieillesse comme un syndrome observé chez toutes les personnes et comme un processus moyen. On lui reproche également le fait de négliger les différences individuelles.

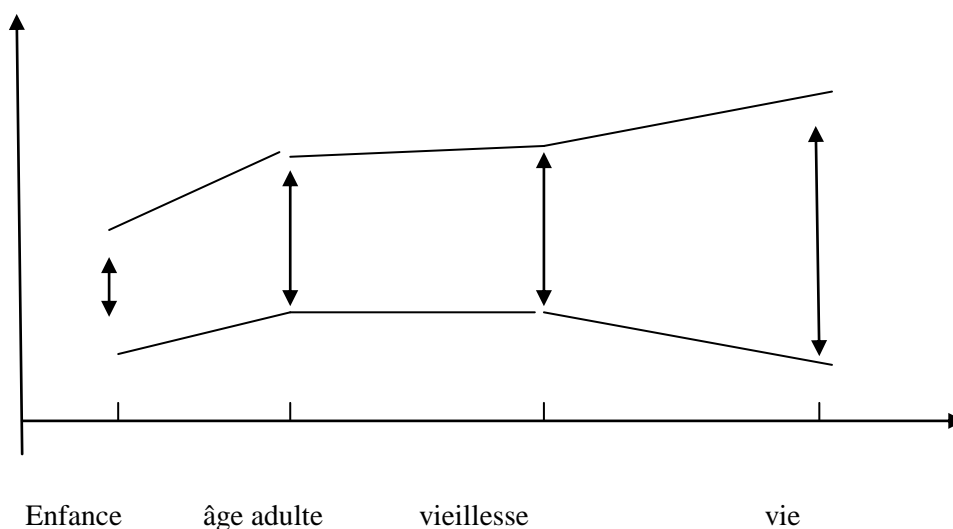
### **3-2-2-L'approche différentielle et développementale :**

Cette approche considère le vieillissement comme un phénomène hétérogène, et tente essentiellement de comprendre comment certaines personnes résistent au vieillissement, alors que d'autres vont jusqu'à développer des processus de sénilité.

Les facteurs : sexe, niveau de santé, et niveau d'étude, sont étudiés comme « des prédicateurs du vieillissement », et non comme variables à neutraliser. Neslon et Dannefer (1992), affirment que l'ampleur des différences interindividuelles augmente avec le vieillissement.

Figure 03: présente l'évaluation de l'hétérogénéité de la vieillesse (représentée par une double flèche) de la naissance à la vieillesse, citée par Roger Fontaine (2007) p 52.

Hétérogénéité



Cette figure montre clairement deux périodes de la vie qui sont caractérisées par une augmentation de l'hétérogénéité : l'enfance-adolescence et la vieillesse. C'est ce qui amène les chercheurs à parler de facteurs de développement et de facteurs de vieillissement.

Les recherches dans ce contexte, ont pu déterminer au sein de la population des personnes âgées, des sous-groupes, caractérisés par des profils neurologiques différents. L'extrême sous-groupe est formé de sujets qui ont des performances insensibles à l'âge, et se trouvent dans l'autre extrême sous-groupe, les personnes qui ont un déclin cognitif sévère.

Valadois et col (1990) ont pu prouver l'existence d'un lien étroit entre ces profils cognitifs, et la détérioration cognitive chez des sujets atteints de la maladie d'Alzheimer. Ils concluent que les tableaux cliniques qui apparaissent dans la première phase de la maladie d'Alzheimer représentent une accentuation d'une hétérogénéité qui débute avant que la personne ne tombe malade.

### **3-2-3-L'approche génétique de la vieillesse :**

Cette conception se propose d'étudier la genèse des comportements chez l'enfant et l'adolescent, et puise ses modèles explicatifs dans les théories du développement psychologique de l'enfant.

Les travaux de Freud, Wallon, Piaget et Moshman, citée par Roger Fontaine(2007), se basent sur la notion de stade ou d'étape, pour expliquer que l'acquisition des comportements est ordonnée dans le temps. Ils décrivent le fonctionnement psychologique de la personne, en utilisant les différents stades de développement.

Ils expliquent le phénomène du vieillissement par la régression à des stades inférieurs, tout en gardant certaines caractéristiques spécifiques à la personne âgée.

Cette approche suggère que les changements observés au cours du vieillissement sont de nature qualitative. C'est l'exemple de la mémoire de la personne âgée qui est moindre, bien qu'elle soit la même chez le plus jeune (le contenu).

### **3-3- Psychopathologie du sujet âgé :**

La vieillesse de la société est un phénomène plus répandu dans les pays développés.

Il est souvent associé à l'âge qui coïncide avec l'interruption des activités professionnelles, et entraîne des remaniements dans l'équilibre des familles, (changement des standards familiaux). Ce cumul des générations suivantes a entraîné un changement du statut de la personne âgée.

On peut également remarquer que les dépenses en terme de santé chez le sujet âgé alourdissent le budget, et invite les instances responsables à leur prise en charge.

Les ruptures que connaît la personne âgée à la fin de sa carrière professionnelle, le milieu de vie, les événements douloureux et les deuils, renforcent sa solitude et favorisent l'apparition des troubles. Cette frange de la société devient donc dépendante, suite à des expériences et des crises douloureuses, mais on peut toujours rencontrer des cas qui, malgré tout, arrivent à résister, et à maintenir un équilibre de vie réussie.

Le concept de résilience est employé par les psychologues, pour décrire les cas de vieilles personnes dont le vieillissement est réussi, en dépit de tout ce qu'ils ont traversé dans leurs vies (Debray, Q, B. Granger, F. Azais (2005). P 275). Ceux qui réagissent devant une accumulation des difficultés, montrent une défaillance psychique, cognitive, et des manifestations d'angoisse et de dépendance.

Nous présentons dans ce qui suit, les manifestations psychopathologiques que nous rencontrons le plus fréquemment chez les personnes de cette tranche d'âge.

### **3-3-1-La plainte mnésique :**

La plainte mnésique fait partie d'un stéréotype social qui associe la vieillesse à la perte de mémoire.

Les chercheurs : Debray,Q. et col (2005) le considèrent comme un symptôme « carrefour », car il fait joindre des stéréotypes sociaux, une dimension biologique liée à l'âge (baisse des capacités mnésiques) à la fonction psychopathologique.

Du point de vue épidémiologique, ce symptôme est due à une incapacité fonctionnelle (telle que l'altération viscérale invalidante, les troubles de la vue ou de l'audition), ainsi qu'à des facteurs psychosociaux (comme l'isolement, la diminution du rôle social accordé à cette population, ou de la représentation négative de la vieillesse de la part de l'entourage du sujet).

Le diagnostic de tels troubles, nécessite tout un bilan clinique pour déceler leur concordance avec d'autres symptômes, notamment l'état des canaux sensoriels, et la disponibilité de la motricité.

Le mini statut de Feldstein, est un exemple de test qu'on peut utiliser pour un diagnostic rapide chez le patient.

### **3-3-2- Les troubles névrotiques du sujet âgé :**

L'apparition des troubles névrotiques chez les sujets âgés indique que les conflits pulsionnels persistent et prennent leurs origines dans l'enfance.

Ils sont déguisés en général par d'autres pathologies et voies de déficit. C'est ce qui rend le diagnostic difficile.

La symptomatologie est très variée:

- La névrose d'angoisse : on y retrouve des manifestations hypocondriaques, des maladies psychosomatiques (tractus – gastro-intestinal, douleurs erratiques...) et l'alcoolisme.
- Les manifestations phobiques : plus fréquemment, l'évitement qui peut amener parfois jusqu'à la réclusion sociale.
- L'hystérie de conversion: on rencontre également des états régressifs, une déréalisation, voire une désocialisation et des décompensations aiguës, masquées par des déficits pseudo-déficitaires (Debray,Q, B.Granger, F. Azais 2005. P 282).
- La névrose d'involution : caractérisée par un déséquilibre d'adaptation, modéré par la personnalité antérieure du sujet. On rencontre d'éventuels affaiblissements psychiques ou tout contact événementiel se traduit par les plaintes corporelles, l'évitement, l'installation d'un état régressif et dépendant.

Dans tous ces tableaux cliniques qui relèvent des états anxieux et dépressifs, on retrouve des éléments appartenant au registre de l'angoisse et de la dépression, notamment : l'insomnie, l'anorexie, les plaintes mnésiques, l'hypocondrie, la tristesse et l'autodépréciation.

Toutes ces manifestations peuvent se traduire par des comportements d'appel à l'aide et de dépendance envers l'aidant, ou parfois, par une certaine pression sur l'entourage, voire de l'agressivité.

### **3-3-3-Les états dépressifs :**

Les symptômes dominants sont : l'humeur triste, l'inhibition et les signes somatiques.

Les facteurs étiologiques qui conduisent à de tels tableaux cliniques sont : les affections somatiques qui induisent une invalidité, les événements de la vie courante, la fragilité de la personnalité. On distingue chez les personnes âgées des signes cliniques particuliers tels que :



- **L'humeur triste** : qui va jusqu'à la douleur morale, une impression de vide intérieur et une anesthésie affective.
- **Le ralentissement psychomoteur** : c'est une inhibition qui apparaît en dehors des difficultés normales de l'âge. On retrouve une incapacité à penser, plaintes mnésiques, difficulté de déplacement, une majoration de toute affection physique touchant l'autonomie.
- **Les troubles psychosomatiques** : dont l'insomnie, l'anorexie, les troubles du transit (constipation...etc.) qui sont accompagnés d'angoisse, et forment un tableau hypocondriaque, dont l'un est avec prédominance d'algies, d'asthénie et de dépression, où les événements de la vie deviennent dépressogènes.
- **Les dépressions hostiles** : l'humeur dépressive prend forme de comportements hostiles, (gâtisme, énurésie et encoprésie) qui peuvent être accompagnées de retrait et de mutisme.

Dans ce type de troubles, les symptômes d'appel sont remplacés par des comportements brutaux et une distance hargneuse dans un registre régressif.

L'utilisation des auto-questionnaires de dépression ou des échelles de bien être, permet d'évaluer l'état dépressif des sujets âgés.

### **3-3-4-Les démences ; la maladie d'Alzheimer :**

Classiquement, on distingue les démences préséniles qui apparaissent avant « 60 ans » des démences séniles qui surviennent après cet âge.

Le terme démence indique une détérioration mentale générale et chronique. Il décrit la façon dont le patient se présente devant le praticien. De nombreuses maladies peuvent en être la cause. La maladie d'Alzheimer est l'une des formes de démence provoquées par une anomalie biochimique. Il existe d'autres formes de démence comme, la maladie de Parkinson, la paralysie supra nucléaire progressive et les encéphalites. Nous aborderons dans ce qui suit la maladie d'Alzheimer comme la forme la plus rencontrée de démence dans notre pays.

Dr Alois (cite in ;Maladie d'Alzheimer <http://fr.wikipedia.org/wiki/Wikipédia> visité le 05/01/2011) note que la maladie d'Alzheimer est une démence *présénile* mais ce terme est utilisé de nos jours de façon étendue à des cas de démence sénile ; pour la raison que les altérations anatomopathologiques sont similaires dans les deux cas. Néanmoins, il serait préférable de parler de maladie du type Alzheimer dans le cas des démences séniles.

- **Diagnostic :**

Le diagnostic d'une maladie d'Alzheimer se fait par la détection de l'une ou plusieurs des circonstances suivantes : plainte concernant la mémoire, perte d'indépendance fonctionnelle, dépression, troubles du comportement, chutes répétées, amaigrissement.

Dans un premier temps, le médecin généraliste recherche l'existence d'un déficit des fonctions cognitives. Pour cela, les médecins disposent de tests simples d'évaluation des fonctions cognitives. Cette première évaluation cognitive qui permet de détecter l'existence d'anomalies va donc entraîner le recours à un médecin spécialiste qui pourra poser ou non le diagnostic de cette maladie.

Le diagnostic de la maladie d'Alzheimer en centre spécialisé est posé en 2 étapes (Maladie d'Alzheimer <http://fr.wikipedia.org/wiki/Wikipédia> visité le 05/01/2011):

- la première étape : rechercher l'existence d'un syndrome démentiel
- la seconde étape, consiste à évaluer le degré de développement du syndrome démentiel. Cela nécessite de conduire une évaluation détaillée des fonctions cognitives qui est habituellement réalisée par un psychologue.

- **Critères de diagnostic du DSM-IV :**

Les critères de démence du [DSM-IV](#) s'articulent autour de l'installation de troubles intellectuels importants de manière partielle ou complète sur :

Tableau n°4 : clinique des symptômes de la maladie d'Alzheimer (DSM-IV)

| Types de troubles |   | symptômes  |
|-------------------|---|--|
| 1                 | Troubles mnésiques  | <p>Mémoire de travail: très fort déclin.</p> <p>Mémoire épisodique:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rappel libre: effondrement des performances;</li> <li>- Reconnaissance: forte augmentation des fausses reconnaissances;</li> <li>- Rappel indicé: effet très atténué de l'indice âge. Mémoire sémantique: chute des performances dans des tâches de dénomination d'objet, de complèment de phrases ou de catégorisation.</li> </ul> |
| 2                 | Troubles praxiques (trouble de gestes volontaires ou apraxie) | <p>Incapacité de produire un geste sur commande ou sur modèle.</p> <p>Incapacité de reproduire un dessin.</p> <p>Incapacité de s'habiller.</p>   |
| 3                 | Troubles du langage parlé et écrit (aphasie)                  | <p>Perte de vocabulaire.</p> <p>Perte de la syntaxe.</p> <p>Incompréhension.</p>   |
| 4                 | Troubles Visio-spatiaux                                       | <p>Perte de l'orientation spatiale.</p> <p>Difficulté d'identification visuelle (reconnaissances des visages et des lieux)</p>   |
| 5                 | Troubles des fonctions exécutives                             | <p>Troubles du jugement;</p> <p>Incapacité à reconnaître son état (trouble de la</p>   |

|   |                          |  |
|---|--------------------------|--|
|   |                          | métacognition)<br><br>Difficulté à planifier son comportement.   |
| 6 | Troubles psychoaffectifs | Changement de personnalité. Trouble de l'humeur.<br><br>Dérives psychotiques (paranoïa, délire, etc.).<br><br>Perte du sens moral. |

- la mémoire : [amnésie](#) des faits récents puis anciens,
- des troubles des [fonctions exécutives](#) (c'est-à-dire d'organisation et de réalisation d'une tâche complexe, comme par exemple remplir sa feuille de déclaration de revenus),
- des troubles du langage ([aphasie](#) amnésique) caractérisés par des "oublis du mot",
- des troubles de l'apraxie: [apraxie](#) (c'est-à-dire de réalisation de gestes complexes : par exemple utiliser la machine à laver),
- une [agnosie](#) (troubles de reconnaissance) : par exemple de panneaux routiers, puis de visages... etc.

Ces troubles ont un retentissement socioprofessionnel. Leur évolution se fait de manière progressive et irréversible (déclin continu...).

Notons bien que ces signes ne s'expliquent pas par d'autres causes : ni organiques ([tumorale](#), [infectieuse](#), toxique), ni psychiques (dépression, [schizophrénie](#)), et en dehors d'une [confusion aiguë](#).

- **Outils d'évaluation :**

Plusieurs outils sont recommandés pour le diagnostic de maladie d'Alzheimer.

\_ **Outils d'évaluation en milieu non spécialisé** (cité in Maladie d'Alzheimer <http://fr.wikipedia.org/wiki/Wikipédia> visité le 05/01/2011).

- Le MMSE ([Mini Mental State Evaluation](#), ou Test de Folstein), est le test le plus répandu. Il comporte 18 questions ou tâches et il est réalisable en 15 minutes environ. Il fournit un score variant de 0 à 30 points : un score inférieur à 24 sur 30 est suspect de démence ; un score de 28 ou plus est normal. Ce résultat doit cependant être interprété selon le niveau socioéconomique du patient (un haut niveau peut améliorer le score et donc fausser le test), de même qu'il faudra s'assurer de l'absence de confusion avant sa réalisation.
- le test du cadran de l'horloge : il consiste à faire dessiner à la personne le cadran d'une montre ; il est réalisable en 2 minutes environ.
- le [test Codex](#) : ce test réalisable en 3 minutes combine une épreuve de mémoire et un test de l'horloge : ces éléments forment un arbre de décision complété pour certains patients par des questions sur l'orientation spatiale.
- le test des 5 mots : ce test évalue la mémoire en distinguant les processus d'encodage et de rappel.

### - Outils d'évaluation en milieu spécialisé

Outre les tests précédents, on peut citer également :

- le [test de Gröber et Buschke](#) pour explorer la mémoire
- le test Trail Making Test, pour explorer les fonctions exécutives et l'attention
- le [test de Stroop](#) pour explorer l'attention
- les test de dénomination, pour explorer le langage
- la copie de figures complexes (ex: La figure complexe de Rey)

### \_ Examens complémentaires :

Le diagnostic de démence se fait sur le plan clinique et ne nécessite pas d'examen complémentaire. Ces derniers sont utiles pour rechercher l'origine de la démence.

- L'[IRM](#) est l'examen d'imagerie le plus utilisé pour le diagnostic étiologique des démences. Dans la maladie d'Alzheimer, elle peut indiquer une atrophie corticale (particulièrement hippocampique), cependant (*atrophie corticale ou sous-corticale*) se voit dans d'autres maladies de la personne âgée. Cet examen

permet aussi d'éliminer d'autres causes : [tumeurs](#), [accident vasculaire cérébral](#), [hématome](#) intracérébral ou sous-dural, encéphalopathie éthylique... Des indices sont cependant en cours d'évaluation pour tenter de faire un diagnostic précoce (dont la diminution de la taille de l'hippocampe).

- Le [scanner](#) cérébral est réalisé si l'IRM est contre-indiquée ou n'est pas réalisable.
- Les dosages plasmatiques de la [vitamine B12](#) et de la [vitamine B9](#) (folates), ainsi qu'un bilan thyroïdien (TSH) sont systématiquement réalisés, car une carence en vitamine B12 ou B9 et une [hypothyroïdie](#) peuvent causer des démences (démences curables).
- La tomographie à émission monophotonique (TEMP) qui utilise aussi des marqueurs de perfusion ou du métabolisme cérébral. Cet examen permet le diagnostic étiologique des démences, lorsque les données cliniques ou d'imagerie IRM ne suffisent pas à poser le diagnostic. La TEMP peut aussi être réalisée avec des traceurs du système dopaminergique.
- La [tomographie à émission de positons](#) ou TEP est un examen récent, permettant l'analyse de certains traceurs radioactifs injectés dans l'organisme qui sont des marqueurs de la perfusion ou du métabolisme. On note une diminution assez nette du métabolisme de plusieurs parties du cerveau (lobe temporal, pariétal et postérieur) avec une bonne sensibilité et spécificité. La diminution de l'activité de l'hippocampe serait un indice prometteur. Cet examen n'est pas réalisé de façon courante. Il est utilisé lorsque le diagnostic étiologique de la démence est incertain, malgré l'évaluation clinique et IRM. Ce type d'examen est réalisé dans le cadre de protocoles de recherche.
- Le dosage dans le [liquide céphalo-rachidien](#) de la protéine t-tau, des protéines tau phosphorylées et du peptide amyloïde et de 42 acides aminés est un appoint au diagnostic conséquent. Ces dosages ne sont pas réalisés en pratique courante, et ils sont pratiqués lorsque le diagnostic étiologique de la démence est incertain. Ils sont réalisés dans certains centres hospitaliers spécialisés.

- **Prévention de la maladie:**

Il n'existe pas de méthode qui protège définitivement de la maladie d'Alzheimer, mais quelques facteurs de diminution du risque sont soutenus.

- Les [traitements contre l'hypertension](#), et notamment les [diurétiques](#). Ils diminuent le risque de toute forme de démence. Les antihypertenseurs visant l'angiotensine semblent également diminuer le risque de la maladie d'Alzheimer
- Conserver une activité cognitive simple pourrait diviser par 2 le risque de la maladie d'Alzheimer et les personnes ayant suivi de longues études, ou ayant développé leur mémoire, courent moins de risques de souffrir de la maladie s'ils entretiennent cet acquis telle que lire un journal, jouer aux échecs, fréquenter les bibliothèques ...etc. Cette diminution de risque concerne les activités cognitives actuelles des personnes âgées.
- La pratique d'exercices physiques tout au long de la vie pourrait prévenir le risque de maladie d'Alzheimer chez les sujets à risque, et cela en diminuant le risque d'hypertension et d'accident cardiovasculaire.
- Une alimentation pauvre en [sel](#) (pour limiter le risque d'hypertension) et riche en [vitamines C](#) et [E](#) et riche en [statines](#) et pauvre en [cholestérol](#) serait également protectrice. "Le [thé vert](#) aurait une incidence directe sur les fonctions cérébrales, car il contribue à la préservation de ces fonctions et à la réparation des cellules endommagées" et réduirait le risque d'être atteint de [démence](#) et d'autres maladies neuro-dégénératives comme le [Parkinson](#) et l'Alzheimer.
- Détecter tôt la maladie d'Alzheimer devient possible grâce à un programme d'intelligence artificielle, réalisé en collaboration entre deux laboratoires français ([ESPCI ParisTech](#), [ISC-Lyon](#)) et l'institut japonais RIKEN, il permet de distinguer les signes annonciateurs des troubles cognitifs bénins de ceux évoluant vers cette maladie.

- **Le traitement de la maladie :**

Jusqu'à présent, aucun traitement ne guérit la maladie d'Alzheimer, ni même n'arrive à stopper son évolution. Seulement le recours à certains médicaments notamment ([anticholinestérasiques](#) et [mémantine](#)) peut freiner son évolution en atténuant les pertes de mémoire, du langage et du raisonnement. Leur efficacité a été démontré par des essais. en effet de placebo. Ils n'ont pas d'effet immédiat, mais après 3 à 6 mois d'utilisation, les patients qui ont reçu le traitement ont un fonctionnement cognitif et une autonomie meilleurs que les patients ayant reçu le placebo. Ces traitements retardent le déclin fonctionnel avec des effets perceptibles dans la vie quotidienne par l'entourage des patients. on a également prouvé que les anticholinestérasiques ont des [effets secondaires](#), surtout de type digestif (nausées et vomissements). Certains induiraient une [mortalité](#) cardiovasculaire et des tremblements et/ou une aggravation de [symptômes parkinsoniens](#)) ce qui a été à l'origine de controverses portant notamment sur leur justification économique. Néanmoins, les organismes d'expertise les plus sérieux reconnaissent leur intérêt. Les grandes agences de santé, en particulier en France, la Haute Autorité de Santé, recommandent leur utilisation dans la maladie d'Alzheimer.

D'autres approches non-médicamenteuses peuvent être considérées lors de la prise en charge.

- La rééducation / stimulation cognitive a un effet modeste, qui disparaît à l'arrêt ; Les thérapies occupationnelles visant à stimuler l'attention des malades ont une certaine efficacité. Les interventions envers les aidants familiaux des patients semblent capables de retarder l'entrée en institution gériatrique, en particulier les interventions d'un type éducatif.
- Les aidants familiaux, par leurs comportements, peuvent contrôler les troubles psychologiques et comportementaux des malades. L'éducation des aidants, la notion de "base de sécurité" (un aidant choisi par le malade pour se sécuriser), de constellation d'aidants (autour de l'aidant principal), de tuteur de résilience pour l'aidant, sont autant d'éléments qui font de l'aidant familial un véritable "traitement" en soi.



**3-3-5-La perte d'autonomie et la dépendance :**

Le mot dépendance vient du latin "*dependere*" qui signifie "pendre de", d'où "se rattacher à" (Dictionnaire Le Robert(1976)).

Debray,Q.(2005), définit cette dernière par « l'incapacité de subvenir à ses propres besoins sans l'aide d'autrui, l'origine peut être diverse (médicale, psychologique, sociale) » p282.

Trois théories expliquent la dépendance des personnes âgées:

a)- l'extension de la morbidité (ou pandémie des maladies chroniques) : les années de longévité sont considérées comme des années de vie avec incapacité.

b)- le maintien de la morbidité (ou de l'équilibre) où l'âge moyen d'apparition des maladies et la date du décès se décaleront parallèlement.

c) - la compression de la morbidité qui prévoit que l'âge moyen d'apparition des maladies invalidantes sera davantage retardé .L'âge de la mort et les progrès de la médecine permettront aux personnes atteintes d'une incapacité temporaire de reprendre leurs activités.

Parmi les outils d'appréciation de la dépendance des personnes âgées, la grille AGGIR, se base sur trois variables et détermine six groupes homogènes de perte d'autonomie.

Le mode spécifique de prise en charge ou les recommandations pour le placement et la nature de l'établissement, doivent tenir en compte de l'appréciation de la pathologie du sujet les variables suivantes :

- a. l'activité faite seule et correctement.
- b. Faite partiellement.
- c. Non réalisée.

L'entrée en institution est parfois mal vécue. C'est une structure où est institué des règles et des habitudes différentes.

La perte de repères, la vie collective, le changement des habitudes peuvent provoquer un déséquilibre psychique chez la personne âgée.

### **3-4-Le passage à la retraite et ses implications :**

L'image de la vieillesse est surtout associée à l'inactivité et l'improductivité.

La personne âgée qui ne participe plus au cycle économique générale, devient par-là un retraité donc un consommateur.

La transition vers la retraite, fait émerger des sentiments de dévalorisation sociale, qui sont à l'origine de l'apparition des premiers troubles physiques ou psychologiques, mis sur le compte du vieillissement et qui seront modérés par certains éléments acquis durant les années d'activité.

Certains auteurs, comme Guillemard, AM.(1972) dans son ouvrage évoque la retraite comme « une mort sociale », et souligne que l'équilibre qu'on a réussi à trouver pendant sa carrière entre le travail et d'autres activités va faciliter ou au contraire rendre difficile cette transition. Ceux qui n'ont pensé qu'au travail toute leur vie vont donc avoir un aménagement identitaire très difficile lors de leur passage à la retraite.

En effet, le travailleur investit au cours de sa carrière professionnelle, et dans l'exercice de son activité quotidienne, plus que son corps. Il y met aussi des affects et des représentations, lesquelles sont en lien avec sa propre histoire, c'est à dire, formées à partir d'expériences, frustrations et satisfactions, où le travail devient un substitut ou un prolongement d'une image parentale.

#### **3-4-1-Les différentes sortes de départs :**

Dominique THIERRY(2005)(in la retraite, Quelle identité après le travail ? <http://www.ecole.org> visité le 05/08/2010) note trois différentes sortes de départs :

- le *départ par choix* : c'est le cas pour ceux qui décident de partir parce qu'ils ont un projet, sans aucune nostalgie de leur travail ; c'est un départ volontariste et positif ;

- le *départ par défaut* : c'est le cas des personnes qui se sentent usés, fatigués ou ne parviennent plus à supporter le stress et les contraintes du travail. Ces gens-là, ne choisissent pas réellement la retraite, mais s'y sentent poussés.

Ils envisagent la préretraite, comme plan de départ. Cette façon est appréciée par de nombreuses personnes, car elle permet le passage à la retraite en douceur.

- le *choix par nécessité* : certains travailleurs trouvent dans la retraite une nécessité pour des raisons personnelles, il peut s'agir par exemple de problèmes de santé personnels ou du conjoint, ou la présence d'un enfant handicapé sous la charge.

### **3-4-2-Les différentes pratiques de la retraite :**

Guillemard (1970) propose cinq types de pratiques de retraite, à partir des statistiques recueillies par des échelles qui mesurent les activités de sujets âgés.

- a) *La retraite-retrait* : caractérisé par un repli sur soi, un rétrécissement du champ social et spécial du retraité avec une prégnance d'un appauvrissement des activités intellectuelles ou manuelles. Le sommeil est privilégié, et les journées se ressemblent toutes, sans aucun projet même à très court terme. La personne se déplace rarement, et ne préfère voir personne. Ce type de retraite est « une mort sociale » avec un haut risque pour la santé. Les retraités consomment des psychotropes plus même que les chômeurs.
- b) *La retraite troisième âge* : certaines personnes arrivent à transférer l'investissement qu'ils avaient pour leur travail, dans de nouvelles activités. Ils s'insèrent dans la société par des activités qui constituent plus qu'un simple passe-temps, mais sont d'un intérêt central dans leurs organisations temporelles.
- c) *La retraite loisirs ou famille* : ce type de retraite est centré sur la famille ou les loisirs. Le retraité assume un nouveau rôle familial pour le maintien de cette structure. Il cohabite avec ses enfants, s'occupe de ces petits enfants, organise et participe aux réunions familiales, fournit volontairement une aide financière importante à ces derniers. Le retraité semble donc jouir de ce type de retraite, mais des symptômes dépressifs peuvent apparaître à l'occasion de tensions familiales. Le retraité peut aussi profiter des loisirs de la vie. Il retrouve la passion des voyages, des sorties, et des activités culturelles et sportives.
- d) *La retraite-revendication* : ce type de retraité a le sentiment d'être injustement exclu de la société, il revendique le statut des vieux comme une catégorie qui doit conserver

- son activité en s'unissant ensemble pour constituer une force de pression contre l'hostilité sociétale. Il participe de ce fait à des engagements associatifs, politique, etc. ;
- e) *La retraite- participation* : le retraité occupe son temps par une activité non productive, comme regarder la télévision. Cette sorte d'insertion sociale et ce mode de vie lui procure un faible sentiment de vieillesse réussie, et constitue un haut risque pour sa santé.

### 3-4-3- le travail de deuil :

Durant son parcours professionnel, le travailleur s'investi psychiquement, s'attache, s'accroche, et construit une relation objectale avec son travail ; auquel il a tant donné, et duquel il a tant reçu, sur le modèle de la relation entre un enfant à sa mère.

Pour lui le travail a représenté, au fil des jours, des mois et des années un lieu de toutes les projections : d'une image professionnelle de lui-même, comme sujet salarié agissant, et le reflet de ses insuffisances et ses forces.

Rompre cette relation, par la retraite, entraîne des états de détresse et de souffrance. Un travail de deuil s'avère alors nécessaire pour permettre un détachement et un désinvestissement progressif sans grande perte.

Pincus (1976) divise tout processus de deuil en trois phases :

- a) *La phase initiale* : les descriptions données sont celles d'une personne choquée, avec des sentiments confus mélangés à la solitude, le chagrin et l'insécurité. C'est le tableau clinique de la dépression prédominée par la tristesse et les pleurs. Le déni est aussi présent, il peut aller dans des expressions plus aiguës, se manifester par une perte totale de lucidité, sinon, il joue un rôle de protecteur voire de salvateur d'un éventuel suicide quand le chagrin est très fort. Cette phase survient durant les premières semaines après le départ.
- b) *La phase intermédiaire* : quelque semaines après l'évènement, la personne se pose plusieurs questions, qui reflètent le sentiment de culpabilité qui envahi ses pensées et qui prennent parfois un aspect obsessionnel.

Puis elle essaye de comprendre le pourquoi de l'événement, en cherchant du sens pour conceptualiser ce qui lui est arrivé. Peu à peu ses sentiments disparaissent. La reconnaissance de la perte de l'objet-travail permet ce passage. Le sujet parvient enfin à retrouver un besoin de vivre et de faire des projets. Il sort alors de son deuil et entre dans une phase de récupération.

- c) *La phase de dépassement ou de récupération* : durant cette phase, toute l'énergie investie jusqu'alors à l'extérieur de soi prendra le chemin du retour vers soi, afin de laisser la place aux souvenirs qui s'estomperont jusqu'à l'oubli.

Si les sentiments de la phase précédente persistent plus de deux années, on risque de se heurter avec un tableau pathologique du deuil, dont les symptômes les plus fréquents sont les sentiments de culpabilité obsessionnels, les troubles de l'appétit, du sommeil, une dégradation dans l'estime de soi, et la fuite dans la solitude.

Il est préférable que ce travail de deuil soit accompagné pour faciliter le passage de la personne endeuillée à la phase finale et lui permettre de faire face au poids des mots, plus ou moins synonymes de mort sociale.

### **3-4-5-L'identité du retraité :**

Le départ à la retraite représente pour de nombreuses personnes le vrai commencement de la vieillesse. La personne retraitée doit maintenant se trouver des repères identitaires nouveaux qui s'accommodent avec les nouvelles circonstances qu'elle est en train de vivre.

Elle doit s'inscrire dans un corps « vieux », dans le temps, dans l'espace, par une appartenance, un statut et une fonction nouvel.

En effet, le retraité qui jadis s'identifiait à son travail (je suis ce qui est inscrit sur ma carte de visite, je suis avocat, enseignant,...) trouve à présent des difficultés à parler de son activité actuelle. Cette situation constitue une grande transformation, surtout pour les cadres supérieurs.

Après tous les efforts et le plein temps passé à l'exercice de son métier et d'un seul coup, il se retrouve obligé de gérer son temps. C'est souvent un défi très difficile. Il cherche de la stimulation pour occuper son temps.

Une fois que les relations professionnelles ont disparu, le retraité cherche à créer un nouveau système de relations, selon qu'il déménage ou non, qu'il a des relations familiales importantes ou non, des activités associatives, etc. bref, il se définit par ses appartenances qui se déclinent en différentes dimensions : communautaire, territoriale ou familiale.

### **Conclusion:**

La vieillesse occupait auparavant une place plus enviée dans notre société, pourtant elle représente un processus qui se développe et vieillir en bonne santé mérite de devenir un privilège de plus en plus répandu.

Cette étape de la vie attire l'attention dans beaucoup de pays occidentaux, des individus et des institutions qui deviennent essentiellement sensibles dans la manière dont s'expérimente l'avance en âge et dans les modes de négociation avec le vieillir, à travers les politiques sociales.

Au fur et à mesure que notre compréhension des aspects physiologiques et psychologiques du vieillissement augmente, nous serons plus à même de guider et aider les personnes âgées dans notre société. Dans cette optique et à travers notre étude nous tenterons d'identifier l'une des difficultés rencontrée durant cette étape de la vie et essayerons d'aborder la souffrance qu'endurent les personnes d'âge avancé face aux actes maltraitants.

### **Introduction:**

Les aspects physiologiques et psychologiques qui caractérisent l'étape de la vieillesse, rendent la personne âgée lourde de charge et crée des relations critique entre celle ci et l'entourage avec le quel elle vit. Cette situation amène parfois les proches de la vieille personne à opter pour son placement dans une institution qui substituerait leurs présence, leurs intention et en bref, la chaleur humaine que pouvait leur procurer la vie au sein de la famille. Dans notre pays ce phénomène est bien présent même si il passe de façon insidieuse.

Les efforts de l'état déclarés par le ministre de la solidarité nationale à plusieurs occasions pour faire face à l'abondant des parents âgés, témoignent de l'envahissement du phénomène. Nous aborderons dans ce chapitre les différents aspects de ce phénomène.

### **4-1- Les différents types d'institution :**

De façon générale on retrouve :

- les Maisons de Repos (MR)
  - les Maisons de Repos et de Soins (MRS)
  - les résidences-services
  - les centres d'accueil de jour
  - les centres de soins de jour
- D'autres alternatives existent également :
  - Toutes les formules alternatives d'hébergement et de vie en communauté (les maisons communautaires, les maisons intergénérationnelles...)

En Algérie, un seul type d'institution est réservé à ces personnes. Ce sont les maisons pour personnes âgées et handicapées, répondues dans tout le territoire.

### **4-2-le placement en institution :**

Les proches de la personne âgée ont parfois recours au placement de celle-ci dans une institution, par mesure de protection pour la personne elle-même ou de son entourage après avoir épuisé toutes les solutions possibles.

En effet, garder une vieille personne chez soi, se fait fréquemment au prix de sacrifices familiaux et de tensions. Pellissier, J.(2003) souligne que certains aidants, membres de la famille, peuvent présenter de nombreuses pathologies. Ils sont extenués et ne parviennent plus à trouver l'énergie et la distance nécessaire pour arriver à subvenir aux besoins de la personne lourde de charge. Une fois que la situation devient insupportable, ils tranchent pour le placement de celle-ci en institution.

La personne âgée se voit alors obligée de quitter son lieu de vie habituel pour vivre dans une maison de retraite ou dans un service de long séjour à l'hôpital, et risque de se transformer en une grabataire confuse et dépendante (l'apparition de troubles de comportements, de perte de repères temporels et spatiaux, incontinence, etc.) à la moindre occasion (un aliment ou un environnement négligent ou néfaste) (Hubert Falco, 2002).

Quant aux personnes qui n'ont pas ou n'ont plus de familles, ce sont les autorités tel que la police, le maire ou les pompiers qui interviennent pour imposer le placement. Ce qui est vécue de manière brutale et violente de la part de la personne placée.

En Algérie, des efforts ont donné lieu à un projet de loi qui tente de favoriser le maintien des personnes âgées à domicile et amener les enfants à prendre en charge leurs parents et de garantir une insertion sociale réelle des personnes âgées en les impliquant dans des activités de développement.. Du point de vue économique, cette façon va épargner à l'état le cout d'hébergement de cette frange de la population en institution qui atteint les 20.000 dinars par mois pour chaque personne, selon les déclarations du ministre de la solidarité nationale



(cité in Un projet de charte de la solidarité nationale <http://www.liberte-algerie.com/edit.php?id=106028&titre=Un%20projet%20de%20charte%20de%20la%20solidarité%20nationale>)

Ce projet de loi relatif à la protection et la promotion des personnes âgées adopte des sanctions contre les enfants qui abandonnent leurs parents dans la rue et même dans les centres de vieillesse, tandis qu'ils possèdent les moyens pour les prendre en charge. Les forfaitaires encourent ainsi une peine de prison allant de 1 à 10 ans et des amendes oscillant entre 100.000 dinars et 500.000 dinars.

### **4-3-Les difficultés possibles à l'entrée:**

#### **4-3-1- Les difficultés possibles pour la personne âgée:**

L'institution constitue un changement de lieu de vie pour la personne âgée.

C'est la rupture dans le projet de vie car, lors de cette entrée, la personne âgée est confrontée à de nombreux deuils (santé, autonomie, perte du pouvoir de décision, habitation), à la peur de l'inconnu, à la crainte d'éloignement des proches et de solitude.

L'entrée en maison d'hébergement peut également représenter pour certains un soulagement du fait de ne plus se sentir seul, de ne pas être dépendant de son entourage maltraitant et de se sentir en sécurité.

Selon Pellissier, J.(2003) , les personnes ayant une image positive des maisons de repos ou les personnes ayant participé à la décision d'y entrer s'adaptent mieux à cette nouvelle vie. Dans le cas où le placement est imposé par la famille ou par les circonstances, ou qui n'est pas consenti par la personne âgée on retrouve des difficultés accrues d'adaptation chez ses derniers.

Il semble de ce fait, que la manière dont se déroule l'entrée en institution, est un facteur déterminant d'adaptation : l'entrée qui se fait en urgence, suite à une hospitalisation, ou de son propre choix ou de manière forcée.

Les difficultés que rencontre la personne âgée lors de son entrée renforcent également ses peurs et les difficultés de l'entourage.

### **4-3-2- Les difficultés possibles pour l'entourage :**

L'entourage, lui aussi, peut rencontrer une série de difficultés lors de l'entrée en institution d'un de ses membres. Des sentiments de culpabilités peuvent apparaître, dus au fait de placer et de « ne pas pouvoir tenir ses promesses » de s'occuper soi-même de cette personne.

L'entrée en institution d'une personne de sa famille, a aussi un effet miroir et peut renvoyer aux propres craintes de la personne à l'origine du placement : son vieillissement.

Des difficultés supplémentaires, sont constituées par la perte de son rôle d'aidant informel, en voyant cette personne se détacher de lui, pour qu'elle retrouve une certaine autonomie, et doit donc faire le deuil de cette personne. La famille et l'entourage selon Pellissier, J.(2003) sont invités à une restructuration des relations familiales caractérisées par:

- une tierce personne entre en jeu pour que la relation devienne triangulaire : d'une relation parents – enfants, on passe à une relation parents – enfants – institution ;
- le passage des relations familiales « privées », à des relations familiales « ouvertes » dans l'institution.

Il y a enfin, les contraintes financières qu'un tel changement implique et qui peuvent rendre les relations familiales conflictuelles. En effet, la vie en institution peut représenter une charge financière importante que la famille doit alors prendre en charge, qui peut devenir à l'origine de tensions entre les membres de la famille.

### **4-3-3-L'accueil au sein de l'institution :**

Le moment de l'entrée dans l'institution est très délicat, il peut être vécu de façon traumatique par le sujet, selon les circonstances, l'accueil et surtout l'attitude du personnel ou de la personne accueillante.

C'est un moment embarrassant aussi pour le proche ou la personne à l'origine du placement. Les reproches de la personne placée accentuent le sentiment de culpabilité chez celle-ci, qui se livre alors à une argumentation sensée justifier et rassurer la personne placée. L'infirmière ou les membres du personnel interviennent également pour l'aider.

Tous ces propos font certes rappeler au sujet placé qu'il est un fardeau, un malade et même un handicapé.

C'est aussi le moment où la vieille personne rompt avec sa vie antérieure, avec le départ de son proche. Sa première rupture qui fut, celle des liens professionnels en prenant sa retraite, c'est suivi d'un rétrécissement des sorties et des activités depuis déjà quelque temps.

Désormais, il est pensionnaire dans une institution dont il devra suivre le règlement interne, qu'on lui imposera dès la première rencontre. On lui montre sa chambre, son lit et son armoire, c'est son nouvel espace de vie.

On l'aide à vider ses valises en lui adressant des paroles rassurantes.

Malgré les efforts de l'accueillant pour mettre à l'aise le sujet placé récemment, ce moment est généralement vécu comme une rupture. Il marque une interruption brutale de ses repères temporels et spatiaux et de tous les gestes, les habitudes.

L'étrangeté de l'environnement, les formalités d'admission, l'attitude des soignants et la rapidité avec laquelle on referme la porte de l'extérieur tout cela fait que ce moment peut être particulièrement blessant, et difficile à vivre.

Dès à présent, on désigne cette personne par « le résident », et il va faire une deuxième découverte, celle des autres pensionnaires auprès de qui il va vivre.

Le nouveau résident ressent cette situation comme un emprisonnement, une trahison de la part de ses proches ou de la personne à l'origine du placement et refuse ce milieu étranger, clos et froid au niveau des relations.

Il va donc exprimer sa révolte par des manifestations verbales et physiques qui seront interprétées comme preuves de la nécessité de son internement.

La paranoïa, l'agressivité et autres symptômes de la démence que diagnostiquent les médecins de l'institution, peuvent masquer des soupçons et des craintes du sujet d'être abandonné (Hubert Falco, 2002).

Les étapes à tenir en compte pour favoriser une entrée agréable en maison de repos sont essentiellement selon Hubert Falco(2002):

- la décision d'aller en institution
- le choix de l'établissement
- l'entrée dans l'établissement
- l'admission et l'accueil du résident
- l'adaptation au nouveau milieu de vie
- la collaboration des hôpitaux et des services psycho-médicaux-sociaux
  - la collaboration dans les systèmes.

### **4-4 -La vie en institution**

#### **4-4-1- l'habitat :**

Une fois que la personne âgée est placée en institution, elle est désignée par le terme de résident. Dans cette nouvelle habitation, il va faire la découverte de ses nouveaux repères dans ce nouveau milieu de vie, redéfinir son identité, conserver sa personnalité et continuer à assumer la gestion de sa vie. Pour faciliter ce passage et

concrétiser l'adaptation du nouveau résident, l'institution doit répondre aux attentes de ses habitants, en leur fournissant la sécurité et l'aide adéquate.

Il est dès lors important de lui donner la possibilité d'aménager sa chambre, d'y apporter des objets et de la personnaliser en fonction de son mode de vie antérieur afin d'éviter une modification brutale dans ses habitudes de vie.

### **4-4-2-Le règlement au sein de l'institution :**

L'institution impose à ses résidents un rythme de vie et des règles qu'ils sont obligés de suivre sans toutefois leur permettre de participer à leur création.

Marescotti, R (1998) (cité par Hubert Falco, 2002), indique que « face à la violence, l'institution pour personnes âgées, est une zone de non-droit où le droit commun n'a pas cours et où le silence est la loi ». Elle constate à travers son étude sur les services en institution pour personnes âgées, l'absence d'état de droit. Des pseudo-règles sont inventées par le personnel, pour répondre aux besoins des résidents de la façon la plus adéquate, afin de garantir un cadre de vie stable et rationnel, ce que les résidents âgés ne parviennent plus à maintenir.

Certaines règles sont contraignantes pour les résidents comme : la douche collective, mettre les couches pour tout le monde, la privation d'eau, repas constitué d'un mélange liquide de nourriture, médicaments injecté rapidement, se faire réveiller vers cinq heures du matin par le personnel de nuit pour que celui du jour le remplace.

Toutes ces contraintes sont le résultat de l'insuffisance de moyens ou de personnel peu nombreux. C'est ce que Jérôme Pellissier, J. (2003) regroupe sous le terme de « maltraitance budgétaire ».

Marguerite Mérite (2003) (cité par Jérôme Pellissier, 2003, p211), décrit dans ce contexte, une ambivalence que vit le personnel de l'établissement accueillant les personnes âgées, entre la notion de « milieu de vie » qui engage l'institution à assurer elle-même les moyens de sécurité et du bien-être pour que celles-ci se sentent chez

elles, et la notion de « milieu de soins » qui sous-entend que la malade peut appeler en tout temps.

Cette ambivalence, va donc conduire à des sacrifices de la qualité de vie à une priorité de soin choisie ou elle conduit à négliger quelque aspects de soins importants pour la qualité de vie.

Marcel Drulle(cité par Jérôme Pellissier (2003)), désigne par le terme « d'établissement à caractère industriel » toute institution qui tend vers une concentration maximale des moyens, une obsédante recherche de la rationalisation et un souci permanent de la qualité et des mesures appréhendées.

Les conséquences de ses contraintes vont se répercuter sur les relations entre le personnel et les résidents.

Le patient devra éviter de causer un dysfonctionnement de l'établissement et d'augmenter le travail qui incombe au personnel. De cette façon, il sera respecté et apprécié.

### **4-4-3-Le mode de vie:**

L'institution, en tant que lieu de vie, doit équilibrer entre deux dimensions souvent contradictoires: vie privée du résident et vie collective.

La dimension collective et la nouvelle vie en communauté va donc régler les activités quotidiennes à un rythme commun auquel il faut s'adapter. cela va également inciter les résidents à tisser des liens entre eux, qui leur permettront de briser ou d'éviter l'isolement social, souvent difficile à vivre.

Les relations familiales et amicales restent également, indispensables au maintien des contacts et du réseau de connaissance de la personne âgée et de son bien-être. L'institution doit de ce fait garantir son ouverture sur l'extérieur, et encourager les visites.

De plus, la vie communautaire ne doit pas empiéter sur la vie privée du résident. Celui-ci conserve la légitimité de son intimité et à sa vie privée.

De nouveau, l'institution et son personnel jouent un rôle important dans le renforcement et le maintien du respect de l'intimité de chacun de ses résidents.

Hubert Falco (2002 ) suggère que les éléments suivants sont à considérer dans le vécu quotidien en institution :

- les visites : elles sont source de contacts humains et d'ouverture sur le monde extérieur
- les aides extérieures reçues (ménage, courses, coiffeur ...)
- les activités organisées
- les relations avec les autres pensionnaires
- les relations avec le personnel
- le climat général de la maison
- la reconnaissance individuelle
- le respect mutuel (du personnel vis-à-vis des résidents et inversement)

#### **4-4-4-L'adaptation de la personne âgée :**

Les pensionnaires des établissements d'hébergement se heurtent parfois au règlement de l'institution, qu'ils perçoivent comme entravant leurs besoins et leurs habitudes.

En effet, certains comportements sont interdits par le personnel, car ils sont considérés comme dangereux pour leurs propres sécurités ou pour celle de l'ensemble des résidents.

Le système de relation entre patient et soignant est constitué habituellement d'une alternance de récompense et de châtement, de gratification et de punition (prescription de coulants, maintien forcé en lit etc.).

C'est de cette manière qu'ils arrivent à résoudre les problèmes d'affrontement entre les habitudes et les besoins des résidents avec le règlement imposé. Les

habitants de l'établissement doivent donc comprendre qu'ils seront moins isolés, et maltraités, tant qu'ils agiront en fonction des attentes et des souhaits des soignants, selon le modèle du « vieux patient idéal », docile, silencieux, propre et calme. (Pellissier ,J. 2003, p216)

La personne âgée, longtemps considérée comme un « corps malade », se sent infantilisée et est confrontée en permanence à un dilemme qui met en jeu sa dignité, son intégrité et son bien-être en lui imposant des rythmes qui ne sont pas les siens.

Elle va donc résister et montrer qu'elle est une personne à part entière, qui refuse de se laisser traiter comme un enfant. Seulement son corps, qui la rend dépendante pour les actes de la vie les plus simples, la trahit dans cette lutte et cette résistance.

Elle va alors devoir coopérer et intégrer la vision que les soignants lui renvoient et abandonne la défense. Elle se résigne à ne plus agir en conformité avec les valeurs auxquelles elle croyait tout le long de sa vie (justice, égalité des droits etc.).

Robert Castel (1968) cité par (Jerôme Pellissier (2003)p218) mentionne à ce propos que : « pour le patient, la démission de sa prétention à se comprendre lui-même à partir de son propre système de référence »... s'accepter comme malade, comme l'écrivait Robert Castel, c'est se résigner à manifester des symptômes au lieu de produire des actes ».

Les réactions du sujet âgé (silence, colère, agressivité, etc.) sont souvent interprétées au sein de l'institution comme des symptômes pathologiques ou sont ignorées, surtout si l'acte est une plainte. On le considère alors comme un « gâteux » ou « dément » ou « malade mental », le résident est donc obligé de coopérer avec le soignant, en surveillant ses réactions, et en censurant tout ce qui risquerait d'être mal interprété.



Le résident qui accepte de sacrifier sa dignité pour un relatif bien-être, devient de ce fait agressif et présente souvent des troubles psychotiques ou démentiels, avec de profonds changements de personnalité.

La vie en institution restreint également les liens du résident avec l'extérieur et limite ou même éteint sa curiosité intellectuelle et sa vie culturelle ainsi que son engagement social.

En effet, l'institution déjà du mal à alimenter, laver, soigner, bref à subvenir aux besoins vitaux des résidents pour répondre à leurs préoccupations politiques, religieuses et morales. De ce fait, les dimensions de la vie intellectuelle, se dissimulent au fur et au mesure que l'on considère leurs manifestations comme des manies parmi d'autres (Jerôme Pellissier. 2003, p220).

### **4-4-5-Le projet de vie :**

L'institution, en tant que lieu de vie doit assurer à ses résidents leur bien-être et le respect de leur dignité. A cette fin, elle doit développer et établir un projet de vie convainquant et promoteur qui leur sera proposé lors de l'entrée en institution. Il insistera sur les éléments importants permettant à ses habitants, de s'intégrer dans la vie de l'institution, de se divertir et de trouver leur identité dans l'établissement. Ce projet doit intégrer leurs souhaits, besoins et leurs désirs, et impliquer tous les partenaires de la vie communautaire : les membres du personnel et l'entourage.

Ce projet de vie va donc inclure toutes les actions ou activités qui pourraient stimuler l'autonomie et l'indépendance des résidents, lutter contre l'isolement et les risques de dépendance.

L'objectif du projet de vie est selon Jerôme Pellissier (2003), de définir l'identité de l'institution et l'originalité de son offre quant à l'accueil des personnes âgées. L'enjeu du projet de vie est double :

- permettre aux personnes âgées de trouver et de garder un sens à leur vieillesse et une identité réelle ;

- permettre aux professionnels de trouver et de garder un sens à leur travail et de constituer une identité dans le soin et l'accompagnement des personnes vieillissantes.

Il doit également faire l'objet d'une évaluation annuelle en collaboration avec le personnel et le conseil des résidents, afin de vérifier son existence et son efficacité sur le terrain.

### **4-5-La maltraitance en institution :**

Ce sont des maisons d'accueil spécialisées, des centres d'aide par le travail, des foyers d'hébergement, des hôpitaux. Les violences sont essentiellement psychologiques et physiques. Les actes de négligence, d'atteinte aux droits civiques et de maltraitance médicamenteuse ont été plus rarement prouvés. Ce sont les symptômes de graves lacunes dans les institutions (Brown, H. (2004). On voit bien, dans une institution où manque une démarche active de bientraitance, apparaître des maltraitements de différentes sortes.

Une étude réalisée par Casman, M.T. (1998) relie les abus en institution aux violations du territoire du Moi (concept conçu par E. Goffman) qui concernent les droits qu'une personne exerce sur un champ d'objet dont elle surveille et défend les limites. Il s'agit de :

- *Les espaces personnels* : c'est l'espace qui entoure un individu et où toute pénétration est ressentie comme une intrusion qui provoque une manifestation de déplaisir (entrer dans une chambre sans frapper ou frapper mais ne pas attendre la réponse avant d'entrer, le manque d'intimité, le manque de lieu privé pour recevoir)
- *La place* : espace délimité auquel on peut avoir droit.
- *L'espace utile* : espace englobant les besoins matériels évidents (pouvoir se déplacer en chaise ou avec des béquilles ; espaces adaptés ; espaces pour fumeurs ; chambre suffisamment grande)
- *Le tour* : ordre dans lequel une personne a droit à un bien quelconque (accès suffisant aux bains)

- *Les territoires de la possession* : englobe les objets appartenant au Moi (les portes laissées ouvertes et les risques de vol)
- *Les réserves d'informations* : ce sont tous les faits qui concernent l'individu (non-respect de la « vie privée »)
- *L'enveloppe* : la peau et les habits qui l'entourent (attouchements, gêne engendrée par des contacts physiques lors des soins, traiter la personne « en objet de soins » plutôt qu'en sujet)
- *Les domaines réservés de la conversation* : droit de contrôler et de déterminer, qui peut lui adresser la parole et quand (réglementation abusive des horaires et des sorties donc des moments de rencontre et de conversation avec l'entourage)

Au sein d'une institution, tous ces éléments constituent un champ de violation à des situations différentes que nous citons dans ce qui suit:

### **4-5-1-La maltraitance entre résidents des établissements d'accueil :**

Les relations entre résidents de l'institution sont régies par le rapport **de force et d'abus de vulnérabilité**. C'est de cette façon que naissent les actes de maltraitance entre personnes.

Ce modèle relationnel est bien répandu dans toutes les sociétés humaines, quand les plus forts font pression sur les plus faibles pour leur soutirer de l'argent ou même les abuser sexuellement.

*Les maltraitances entre personnes âgées résultent également du fait que les établissements accueillent des personnes présentant parfois des degrés de handicap très différents, ce qui engendre des tensions, comme l'a noté M. André Loubière (cité in *Violences et maltraitances possibles en institution pour personnes âgées*. <http://membres.lycos.fr/papidoc/index.shtml> visité le 15/05/2009) : « les malades que nous connaissons sont extrêmement dépendants, s'ils se trouvent dans des établissements dans lesquels les autres patients ne sont pas aussi dépendants qu'eux,*

## **Partie théorique      Chapitre 4 l'institution pour personnes âgées**

---

le fait qu'ils sollicitent très fréquemment les professionnels est de nature à agacer les autres malades. Ce problème doit être géré. Nous avons eu à traiter, par des accompagnements sociologiques, cette médiation entre les malades gravement atteints et les malades non gravement atteints ».

D'une manière générale, on recense :

- Des cas exceptionnels, mais qui peuvent se produire, sont le meurtre d'un résident par d'autres pensionnaires.
- À côté de ces cas extrêmes et dramatiques, on retrouve également un grand nombre de passages à l'acte dangereux entre personnes âgées défendant leur territoire, de type de bousculades, de coups de canne ayant pour conséquences des traumatismes divers et quelques points de suture.
- de spoliation d'argent
- de vol d'objets
- Entrave aux soins des autres malades : une personne âgée qui va arracher des perfusions, des cathéters, etc.

- La personne âgée victime de ses propres passages à l'acte dangereux :

- on retrouve des fugues ou des conduites d'errance où le sujet âgé intellectuellement défaillant va sortir de l'établissement pour errer. Ceci va nécessiter une mobilisation importante d'énergie souvent pour sa recherche par l'équipe soignante, elle-même victime.
- Le suicide prend une forme classique, mais le plus souvent, c'est un équivalent suicidaire où la personne âgée est victime de son désir plus ou moins ambivalent de mourir.

- Passage à l'acte où l'entourage soignant est la victime:

On observe parfois des agressions verbales ou physiques vis-à-vis de l'entourage, comme une résistance aux soins de l'infirmière ou de l'aide-soignante et jusqu'à l'agression à connotation sexuelle.

### 4-5-2-La maltraitance imputable au personnel:

La maltraitance, on l'a déjà vue, s'exerce généralement sur des personnes isolées et vulnérables. Laurence Pécaud-Rivolier (cité par [jean-Marc Juilhard](#) Et [Paul Blanc](#), in <http://www.senat.fr/index.html> visité le 24/02/2009), présidente de l'Association française des juges d'instance a rapporté que : « *nous constatons que lorsqu'une personne ne reçoit pas de visites et que personne ne prend de ses nouvelles à l'extérieur, elle court le risque d'être laissée de côté à l'intérieur même de l'établissement, et, dans des cas extrêmes, de subir des violences* ».

Il est vrai que la présence d'un individu présentant des traits de personnalité pervers parmi le personnel, est toujours possible, dans un établissement accueillant des personnes âgées ou handicapées. En effet, *un pervers peut se glisser n'importe où et sévir un certain temps avant d'être découvert*. Ses abus peuvent avoir des aspects différents :

#### ➤ **Abus de pouvoir :**

Certaines personnalités trop fortes, voire dangereuses parmi le personnel de l'institution, qui exerce une « dictature » sur les résidents ou sur les autres membres du personnel, sont susceptibles de créer des tensions au sein du personnel qui peuvent se diriger, contre les résidents, sous formes d'actes de maltraitance.

M. Roland Broca, président de la Fédération française de santé mentale (FFSM), (cité par [jean-Marc Juilhard](#) Et [Paul Blanc](#), in <http://www.senat.fr/index.html> visité le 24/02/2009), avance que la relations qu'entretiennent les membres du personnels avec les personnes âgées ou handicapées « *implique nécessairement - sans que cela soit, le plus souvent, bien aperçu - l'exercice d'un pouvoir sur l'autre. Comme tout pouvoir, ce pouvoir peut glisser insidieusement, plus ou moins consciemment, vers l'abus de pouvoir. En effet, la relation d'aide ne va pas sans une relation d'emprise sur l'autre du fait même de sa vulnérabilité, d'assujettissement involontaire, effet de la subordination qu'implique ce type de relation* ».

L'abus de pouvoir ne constitue cependant pas la seule ni la principale cause de maltraitance imputable au personnel.

### ➤ **L'inadéquation de la formation :**

*La souffrance causée par le personnel aux personnes âgées peut être sous-estimée. Il se trouve même que certains membres du personnel, estiment que le handicapé ou la personne âgée ne peut percevoir la réalité de tels actes, à cause de leurs états de santé mentale. Alors que, au contraire, la fragilité d'une personne vulnérable, donne aux faits qui paraissent anodins aux yeux des autres, une toute autre dimension.*

*Les actes de malveillance qui pourrait être imputés à un aspect pervers de la personnalité de leurs auteurs peuvent également être expliqués par le manque de qualification de ces derniers.*

En effet, dans certaines situations on a recours à des personnes extérieures à l'établissement et qui n'ont reçu aucune formation pour travailler au contact des personnes âgées ou handicapées au sein de l'institution. C'est le cas pour les veilleurs de nuit et les chauffeurs.

### ➤ **La banalisation de comportements maltraitants:**

*L'institution devient maltraitante lorsqu'elle ne se rend pas compte de son dysfonctionnement, en le banalisant et le considérant comme un simple phénomène.*

Les actes de maltraitance deviennent ainsi une sorte de *signal*, *d'alarme d'un dysfonctionnement profond de l'établissement.*

M. Christophe Lasserre-Ventura, (cité par [jean-Marc Juilhard](#) Et [Paul Blanc](#), in <http://www.senat.fr/index.html> visité le 24/02/2009) présente ce phénomène: « les maltraitances au sein des institutions, sauf quand elles sont le fait d'un individu isolé, surviennent dans un contexte complexe de conditions et de dysfonctionnements qui interfèrent et s'agrègent, créant un climat malsain dans lequel les individus perdent

leurs repères, le sens de l'interdit et le principe premier du respect de l'autre. Parmi ces dysfonctionnements, on repère une dilution de l'autorité et une insuffisante intégration des règles collectives, une information déficiente créant un climat d'insécurité, un fonctionnement en vase clos privant à la fois du regard extérieur et d'un esprit critique, un déficit d'analyse et une évaluation insuffisante des pratiques. La maltraitance découle aussi des risques du métier, faits de répétitions, de situations stressantes, de confrontations à des problèmes de comportement, à des attitudes puériles et archaïques. Le tout est aggravé par la pérennité du handicap et par l'absence de référence à une norme ».

Il arrive que les victimes elles-mêmes, finissent par assimiler ses maltraitances à un comportement normal comme l'a souligné M. Patrick Segal cité in :

(Rapport mondial sur la violence et la santé cité in 9242545619\_chap5\_fre%20maltraitance%20des%20personnes%20ag%C3%A9es[1] visité le 15/05/2009), ancien délégué interministériel aux personnes handicapées affirme que : « *ces violences sont d'ailleurs d'autant plus inacceptables qu'elles se produisent à l'encontre de personnes excessivement fragiles qui finissent par accepter l'action du bourreau car elles n'ont pas conscience de la portée de ses gestes* ». C'est ce que les psychiatres et psychologues appellent le syndrome de Stockholm.

### **4-5-3-L'« accueil par défaut » :**

L'institution qui manque d'équipements adéquats pour accueillir des personnes aussi vulnérables que les personnes âgées dans les meilleures conditions ou, ne prend pas en compte leurs problématiques sociales et pathologiques, devient par-là maltraitante.

Certaines personnes se trouvant en situation sanitaire critique, notamment les handicapées moteurs ou souffrant de maladies chroniques (mentales ou somatiques), auraient besoin de bénéficier de mesures de protection dans les établissements d'accueil d'urgence tels que les centres départementaux de l'enfance et de la famille ou dans des structures spécialisées comme les hôpitaux de jour et les instituts de rééducation, alors qu'elles sont accueillies au sein des structures sociales où ils courent un danger et peuvent en faire courir aux autres.

Ils peuvent être victimes ou commettre des passages à l'acte, tout simplement parce que l'étayage thérapeutique est inexistant et parce que, dans le cadre des missions de service public de l'aide sociale, il n'appartient pas à ces structures sociales de mettre en œuvre des dispositifs thérapeutiques ou psychosociaux qui permettraient la prise en charge adéquate.

Dans toutes ces situations, les deux aspects du phénomène, maltraitance individuelle et maltraitance institutionnelle se rejoignent quelquefois et rendent la distinction difficile entre ce qui relève de l'individuel de ce qui est du domaine institutionnel.

### **4-5-4-Les maltraitements institutionnels :**

L'institution maltraitante ne se limite pas aux services sociaux et médico-sociaux qui accueillent des personnes âgées ou handicapées, elle peut être aussi être une école, ou un lieu de travail.

Dans ces cas, il apparaît que, bien que la maltraitance intervient dans un cadre familial, l'institution, sensée de protéger et procurer des soins spécialisés aux personnes, les isole davantage.

Quant aux services destinés à prendre soins de cette catégorie de personnes, Mme Anne-Sophie Parisot([Jean-Marc Juilhard](#) Et [Paul Blanc](#), in <http://www.senat.fr/index.html> visité le 24/02/2009) , membre du collectif des démocrates handicapés (CDH), pense que « *la vraie maltraitance prend toute sa forme lorsque la société préfère l'institution à la vie familiale* ».c'est donc le fait de bâtir des établissements d'accueil pour héberger les personnes âgées ou handicapées qui constitue, en soi, un facteur de maltraitance, qui encourage la distorsion de la vie familiale et l'abandon de cette frange de la société.



### **4-6-Les principaux facteurs de maltraitance au sein des établissements d'accueil :**

#### **4-6-1- Le rôle de l'organisation et du management internes :**

Les situations de maltraitance apparaissent dans une institution qui adopte un mode de fonctionnement non structuré et où l'attention accordée à la façon de travailler du personnel est insuffisante. Sont en cause la qualité du projet d'établissement, les conditions du management interne, la qualité et la qualification du personnel.

En effet dans certaines structures où le projet d'établissement est inexistant, ou n'est pas formalisé ou n'est pas connu le personnel parce qu'il n'a pas été construit collectivement, émergent des comportements non maîtrisés. Ce qui favorise l'apparition des actes de maltraitance.

Une carence durable ou passagère du management interne et son mode de fonctionnement qu'il soit : « à l'ancienne », « paternaliste » ou « dictatorial »(cité par Pelissier, J (2003)) débouchent sur un établissement fermé sur lui-même.

De même, lorsque les dirigeants et les membres du personnel d'établissement exercent une pression sur la famille qui possède des informations relatives au fonctionnement d'un établissement, voire de tracasseries, c'est que le responsable de l'établissement cherche à cacher des dysfonctionnements internes, qui peuvent engendrer des actes de maltraitance.

Les organisations syndicales peuvent à leur tour participer à l'émergence de la maltraitance institutionnelle. Il leur est parfois difficile de dénoncer des cas de violences car cela les placerait face à un arbitrage douloureux entre déclaration de la vérité et protection de l'établissement et donc de l'emploi.

### **4-6-2-Le renversement des priorités : privilégier l'institution plutôt que les résidents :**

Les responsables d'établissements ont parfois tendance à accorder une importance primordiale aux intérêts de l'institution aux dépens de ceux de leurs clients âgées.

Cette hiérarchie des priorités favorise l'apparition de la maltraitance au sein des établissements accueillant des personnes vulnérables.

Le privilège accordé aux intérêts financiers, et au temps de travail du personnel est considéré comme un facteur important d'abus institutionnels.

#### **➤ Les intérêts financiers :**

La construction du budget est conditionnée par la détermination de l'activité au sein de l'établissement.

En effet, le nombre de journées constitue un indicateur important dans l'évolution de l'enveloppe financière (*citée par Pelissier, J (2003)*).

Le calcul du nombre de journées prend en compte :

- La capacité agréée,
- Le nombre des jours d'ouverture,
- Le degré d'occupation.

Certes, dans la plupart des établissements, une telle dérive ne peut être tenue tout au long de l'année. Ces considérations qui tiennent à la réglementation tarifaire vont, se traduire par des privations de sortie et de vie familiale.

La direction de l'établissement va de ce fait, recourir à interdire, tout retour des résidents dans leur famille à l'occasion de fêtes de familles, par exemple, ou de

vacances, dans le but de garder une présence minimale dans l'institution afin de ne pas perdre les moyens financiers qui lui permettent d'assurer son équilibre financier à la fin de l'année.

Il arrive même qu'une direction déclare la présence de pensionnaires certains week-ends alors qu'ils ont été remis à leurs familles, afin de ménager la liberté des personnes âgées tout en assurant la poursuite de leur prise en charge.

### ➤ **Le temps de travail du personnel de l'établissement :**

Un autre exemple de renversement des priorités, à propos du temps de travail du personnel est cité par le Rapport de commission d'enquête n° 339 (2002-2003) de MM. [Jean-Marc JUILHARD](#) et [Paul BLANC](#) (cité par [Jean-Marc Juilhard](#) Et [Paul Blanc](#), In <http://www.Senat.Fr/Index.Hlml> Visité Le 24/02/2009), fait au nom de la commission d'enquête Française sur la Maltraitance envers les personnes handicapées, déposé le 10 juin 2003.

Un approfondissement de la vie sociale et du dialogue dans ces établissements, nécessite une plus grande disponibilité alors que la réduction du temps de travail à 35 heures, s'est forcément traduite par une baisse de la qualité d'accueil des enfants, des adolescents et des adultes. Ce facteur soulève le problème du nombre de personnes et de l'organisation du temps de travail dans les établissements sociaux et médico-sociaux.

L'intervention de trois salariés au lieu de deux, qui résulte de cette réduction du temps de travail, va partialiser l'accompagnement des usagers de l'institution.

### **4-6-3-Les relations entre les associations et les établissements :**

Les associations ont essentiellement le devoir de concilier la protection des résidents et celle de leurs intérêts et de refléter la bonne réputation de leurs établissements.

Ainsi elles gardent le silence sur les cas de maltraitance institutionnelle en préférant avoir des relations trop étroites, avec les établissements qui accueillent des personnes vulnérables.

Ces associations, dont la vocation première est la protection des personnes âgées, voient la nécessité de faire la distinction entre les fonctions tutélaires et les fonctions gestionnaires. Certes, on ne pouvait pas être à la fois responsable du bien-être de la personne handicapée et de la bonne gestion de ses biens, d'une part, et logeur de la personne handicapée mentale ou « employeur » de la personne handicapée mentale, d'autre part. Ce qui peut entraîner des conflits d'intérêt qui peuvent se révéler ingérables.

Elles considèrent que la défense des personnes accidentées et handicapées et la gestion d'établissements d'accueil étaient deux missions qui ne pouvaient être exercées simultanément « en toute neutralité »,

M. Pascal Gobry, auteur de l'ouvrage *L'enquête interdite - Handicapés : le scandale humain et financier* (cité par [Jean-Marc Juilhard](#) Et [Paul Blanc](#), in <http://www.senat.fr/index.html> visité le 24/02/2009), a mis en évidence cette situation, qu'il appelle le « **cumul des casquettes** » : « j'évoquerai ensuite « le cumul des casquettes » pour décrire le fait que ce sont toujours les mêmes personnes morales que la personne handicapée rencontre tout au long de sa vie. Qu'il s'agisse de son patron, de son représentant, de celui qui lui tend la main ou encore d'un membre de telle commission, la personne handicapée trouve systématiquement en face d'elle les mêmes associations, que je n'ai pas besoin de citer. Il me semble que l'on ne peut pas assumer à la fois un rôle de patron, de possédant d'une structure et un rôle de « défenseur » des personnes handicapées ».

#### **4-6-4- L'inadaptation des locaux:**

Le contexte matériel d'un établissement a une relation directe avec le développement de la maltraitance en son sein.

En effet, La configuration des locaux des établissements d'accueil peut être considérée comme un facteur de maltraitance institutionnelle. La présence d'une

## **Partie théorique      Chapitre 4 L'institution pour personnes âgées**

---

dégradation ou d'une inadaptation de ceux-ci peut constituer un terrain propice à l'apparition de la maltraitance.

Nous remarquons les locaux qui ne répondent pas aux normes de conformité, et les conditions d'hébergement défavorables telles que :

- Les locaux d'hébergement extrêmement exigus.
- Des odeurs d'égout qui se font sentir en permanence.
- Le manque de chauffage. Les sanitaires aménagés dans des placards et sans aucune ventilation.
- L'hygiène alimentaire non conforme.
- L'eau n'est pas reliée au réseau d'eau, La fosse septique non entretenue.
- Les sanitaires étaient communs pour le personnel et les résidents. L'intimité n'existait donc pas.
- Les robinets d'eau tiède qui manquent dans les chambres : empêchant ainsi les résidents de prendre un verre d'eau dans leurs chambres ou de régler, dans certaines limites, la température de la douche.

# Partie pratique

## Chapitre 4 : contexte méthodologique :

Dans cette partie de notre recherche nous présenterons les résultats de l'étude, recueillis du terrain à propos de notre thème de recherche. Nous allons nous baser sur les données recueillies à travers notre documentation sur le sujet pour expliquer les résultats de l'enquête et arriver à répondre au questionnement, présenté dans la problématique, qui a constitué le point de départ de toute cette étude.

Nous exposerons alors ; le contexte méthodologique avec la démarche scientifique adoptée et les outils de recueil des données, ainsi que les caractéristiques de la population concernée par cette étude.

### 4-1-Rappel des hypothèses de la recherche :

Les objectifs liés à la problématique de cette recherche et les connaissances associées au domaine d'étude de la maltraitance des personnes âgées, nous amènent à formuler l'hypothèse générale suivante :

« Les maltraitances que subissent les personnes âgées, construisent leurs représentations sociales de cette notion, autour de sentiments négatifs. »

La vérification de cette conception générale se fera en moyen des hypothèses partielles suivantes:

- 1- Les représentations des actes de maltraitance chez les personnes âgées s'organisent autour de l'atteinte à l'intégrité physique.
- 2- Les représentations des actes de maltraitance chez les personnes âgées s'organisent autour de l'atteinte à l'intégrité psychique
- 3- Les représentations des actes de maltraitance chez les personnes âgées s'organisent autour de l'atteinte à la liberté
- 4- Les représentations des actes de maltraitance chez les personnes âgées s'organisent autour de la nuisance à leur développement personnel.

- 5- Les représentations des actes de maltraitance chez les personnes âgées s'organisent autour de la nuisance à la sécurité financière.

#### 4-2-La population de la recherche :

Notre étude a porté sur les personnes âgées hébergées dans la maison de vieux située dans la région de El Hamma à Constantine.

Les caractéristiques de notre population sont présentées dans le tableau suivant :

Tableau n° 5 : caractéristiques de la population de recherche selon la situation sociale :

| Sexe     | Sujet célibataire | Sujet divorcé |              | Sujet veuf   |              | Total |
|----------|-------------------|---------------|--------------|--------------|--------------|-------|
|          |                   | avec enfants  | Sans enfants | avec enfants | Sans enfants |       |
| Masculin | 45                | 0             | 2            | 0            | 6            | 53    |
| Féminin  | 24                | 0             | 4            | 0            | 19           | 47    |
| Total    | 69                | 0             | 6            | 0            | 25           | 100   |

Tableau n°6: caractéristiques de la population de recherche selon le handicap :

| Forme du handicap sexe | Personne ayant un handicap moteur | Personne ayant un handicap mentale | Personne ayant un handicap sensoriel | Personne ayant un handicap multiforme | Personne relativement saine | Total |
|------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------|-------|
| Masculin               | 02                                | 21                                 | 02                                   | 14                                    | 17                          | 56    |
| Féminin                | 04                                | 17                                 | 02                                   | 08                                    | 13                          | 44    |
| Total                  | 06                                | 38                                 | 04                                   | 22                                    | 30                          | 100   |



Durant notre étude exploratoire, nous avons rencontré des difficultés pour l'introduction des méthodes de recueil de données, liés à l'incapacité de s'exprimer chez les sujets présentant des formes de handicaps mentales ou sensoriels. Pour remédier à cette obstacle, nous avons choisie de restreindre nos sujets de recherche sur la catégorie des résidents relativement sains, c'est à dire qui ne présentent aucune forme de handicap on se basant sur le diagnostic des médecins et des psychologues de l'institution. Notre pré-enquête, que nous allons exposer par la suite, nous a permis de déterminer la population de notre recherche, qui est de ce fait constituée de 30 personnes âgées.

#### **4-3- Description de l'institution:**

La maison pour personnes âgées et handicapé, nommée Abdel Kader Boukharoufa, est située à Hama Bouziane à Constantine, existe depuis 1981. Elle fut transférée de Ben Badis à en 2004.

Cette institution est constituée de 2 étages. Dont 09 chambres pour les hommes et 08 autres pour femme, des chambre de réceptions et des bureaux administratifs. L'administration est constituée d'un service administratif et un autre médico-pédagogique. Le centre est essentiellement conçu comme un internat pour héberger des personnes âgées de plus de 65ans et qui n'ont aucun soutien familial ou financier, sans abri ainsi que les personnes handicapées âgées de plus de 15 ans.

##### **1- Le service médico-pédagogique:**

L'équipe médico-pédagogique regroupe: le directeur de l'établissement, le psychologue, l'assistante sociale, les éducateurs et le médecin et l'infirmière. Ils sont chargés du suivi et de l'évaluation des activités des programmes de prise en charge des résidents, mis en place au sein de l'institution.

**2- Le service administratif:**

Le directeur de l'établissement, l'intendant, le secrétariat, le magasinier, les adjoints de sécurité, les cuisiniers, le chauffeur, et les agents de la lingerie, forment l'équipe qui se charge du bien fonctionnement et la gestion administrative et financière de l'établissement.

**- La prise en charge des résidents au sein de l'établissement:**

La maison de vieux et de personnes handicapées prend en charge 106 personnes. Elle garantie à ses résidents trois types de prise en charge: - -

**La prise en charge médicale:**

L'équipe médicale et paramédicale assume les examens médicaux nécessaires et a pour devoir de procurer à ses résidents, les soins et les médicaments adéquats. On retrouve également au sein de l'institution une pharmacie équipée de médicaments nécessaire pour pouvoir intervenir en cas d'urgence.

Une convention avec le secteur sanitaire à permis aux résidents de bénéficier d'une prise en charge psychiatrique.

En effet, un médecin psychiatre est chargé d'organiser des visites périodiques et peut de ce fait même décider l'hospitalisation dans un hôpital psychiatrique si nécessaire.

**- La prise en charge psychologique:**

c'est le rôle du psychologue de l'institution à travers la prise en charge sociologique: l'institution garantie la protection sociale de ses résidents , par l'offre des repas et des éléments nécessaires à la vie comme l'habits, la propreté à coté du renforcement des liens entre résidents en intervenant pour résoudre les malentendus et les conflits que peuvent surgir au sein du groupe et en orientant les comportements de ses derniers vers une vie saine ou règne une atmosphère de prospérité qui permet l'épanouissement des résidents

**4-3-Méthode de recueil de données :**

Le choix d'une méthodologie, comme le souligne Abric (1994), se fait en référence au système théorique qui sous-tend et justifie la recherche.

Étant donné que notre étude s'inscrit parmi les enquêtes psychosociales, et plus précisément, les recherches sur les représentations sociales, l'adoption d'une approche pluridisciplinaire s'avère la plus pertinente dans de telles situations. Nous avons donc choisie d'appréhender plus qu'une méthode de recueil de données

Un autre critère nous à aider à trancher pour deux méthodes parmi les outils de recueil des représentations sociales, fut la spécificité de notre population de recherche.

En effet, la majorité des personnes âgées concernées par cette étude sont des analphabètes, et par conséquent, ne peuvent répondre à une méthode qui nécessite l'utilisation de papier ou de crayon. Nous avons vu qu'il été judicieux de recourir à deux méthodes associatives qui sont : la carte associative d'Abric (1994) et la technique d'évocation de Vergès (1992) que nous avons exposé dans la partie théorique de ce mémoire.

Vu que ces deux techniques se basent sur l'association libre des mots, nous avons pensé qu'elles sont les outils les plus adéquats pour rendre compte de l'organisation des représentations sociales du phénomène, objet de notre étude chez nos sujets. Les éléments recueillis par la méthode de Vergès, ont été traités par le logiciel Evoc (Vergès, 2006), qui se base sur : l'ordre d'apparition des associations et leur fréquence, pour aboutir à un tableau récapitulant la structure de la représentation sociale de la maltraitance.

**4-4-Limites de la recherche :**

Notre étude porte sur les représentations sociales de la maltraitance chez les personnes âgées, hébergées dans une maison de vieux située dans la région d'el Hama à Constantine.

Le nombre des sujets concernés, qui est de 26 personnes, ne nous permet pas la généralisation de nos résultats.

Nos déductions correspondent donc aux personnes habitants ce foyer d'hébergement et sont limitées. Toute tentative de généralisation des résultats mérite d'élargir le champ de la recherche.

## **Chapitre 5 : contexte pratique.**

### **5-1-La pré-enquête :**

Notre pré-enquête a été menée au niveau de la maison de vieux, destinée à couvrir le champ de notre recherche dans le but de:

1-Apprécier l'ouverture de la population concernée, ainsi que l'intérêt manifesté par l'encadrement de l'institution.

2-Enrichir et élaborer la problématique et préciser les hypothèses de la recherche.

3- Déterminer les caractéristiques de notre population de recherche.

4- Aboutir à un choix définitif des techniques de recueil de données par l'essai des techniques supposées.

### **5-1-2-Le déroulement de la pré-enquête :**

Notre pré-enquête est essentiellement basée sur:

➤ **La consultation des dossiers administratifs de tous les pensionnaires :**

La consultation des dossiers de tous les pensionnaires, nous a permis de regrouper les données démographiques et sanitaires et de se renseigner sur les conditions de leur hébergement, et leurs situations financières.

Après, la collecte de ces renseignements, nous avons constaté que le contrôle des variables parasites qui peuvent entraver notre étude, impliquait une précision des caractéristiques de la population d'étude.

Ce qui nous a conduits donc à l'élimination, avec l'aide des psychologues et du médecin de l'institution, de tous les sujets atteints de handicaps moteurs ou mentaux.

## Partie pratique      Chapitre 5 contexte pratique : la pré-enquête

Nous avons ainsi pu déterminer les caractéristiques de la population de notre recherche que nous présenterons dans ce qui suit.

Tableau no 07 : caractéristiques de la population de recherche la situation sociale :

| Sexe     | Sujet célibataire | Sujet divorcé |              | Sujet veuf   |              | Total |
|----------|-------------------|---------------|--------------|--------------|--------------|-------|
|          |                   | avec enfants  | Sans enfants | avec enfants | Sans enfants |       |
| Masculin | 15                | 00            | 00           | 00           | 02           | 17    |
| Féminin  | 06                | 00            | 02           | 00           | 05           | 13    |
| Total    | 21                | 00            | 02           | 00           | 07           | 30    |

### ➤ les entretiens semi-directifs :

En premier lieu, nous avons exposé notre thème d'étude et nos objectifs aux psychologues de l'institution et nous avons sollicité leur aide pour la prise de contact avec les pensionnaires. En effet, il nous a semblé impératif de nouer des liens avec les sujets de notre recherche, par des entretiens préalables, où il a été question de gagner leur confiance afin d'aboutir à des associations, librement et spontanément produites, mais aussi de retracer leurs parcours de vie afin de compléter les informations figurant sur les dossiers administratifs.

Sur le plan pratique, on a dû se placer, selon l'opinion de Roger Fontaine (2007), en renonçant aux entretiens au bureau, la plus part du temps, soit que le sujet ne peut pas se déplacer ou qu'il est préférable de l'éloigner de l'univers institutionnel en le rencontrant dans le jardin de l'institution par exemple. On a dû aussi renoncer à la distance habituelle car on a constaté que la personne âgée ne supportait pas une relation trop distanciée.

Une grille d'entretien a permis de guider les rencontres avec les pensionnaires, vu la particularité de cette tranche d'âge, qui avait tendance à trop parler et à s'éloigner du sujet de la conversation.

Tableau no 08 : grille d'entretien avec les personnes âgées.

| Composition du protocole              | Thèmes d guide  | Exemple de relances utilisées  |
|---------------------------------------|---|--|
| Identification des interviewés        | Age –sexe-situation familiale-niveau scolaire-profession antécédente-situation financière actuelle (pension ou retraite). | -quel âge avez-vous ?-<br>êtes-vous marié ? votre mari est-il encore en vie ? –avez-vous des enfants ? ou vivent-ils ?<br><br>-avez-vous un revenu, une pension de votre mari ou une retraite ? quel en est le montant ? |
| Conditions de l'hébergement           | La date et les conditions d'admission à l'institution -l'auteur de la demande d'hébergement -                             | -quand êtes-vous entré dans ce centre ?<br><br>-qui a écrit la demande de l'hébergement ?étiez-vous consentant pour vivre ici,   |
| Conditions de vie avant l'hébergement | Lieu de vie-condition financière –condition affective la façon  | Où viviez-vous avant de venir ici ? avec qui ?-comment vous traitaient-  |

|  |   |  |
|--|---|--|
|  | avec laquelle elle fut traitée au sein de sa famille.   | ils ? étaient-ils bon avec vous ? t'aimaient-ils ? qui s'occupait de vous ? qui vous emmenait chez le médecin, et vous achetait les médicaments ? qui s'occupait et gérait votre argent ?                    |
| Conditions de vie à l'intérieur de l'institution | Décrire les relations du pensionnaire, avec le personnel de l'encadrement, et tout l'entourage. | Vous plaisez-vous ici ? avez-vous des amis parmi les pensionnaires ou les infirmiers ? comment vous traitent les infirmiers, les femmes de ménage, le médecin, le psychologue, et les autres pensionnaires ? |

### 3-La carte associative:

Après les entretiens nous avons introduit les techniques associatives choisies, sur 04 personnes âgées prises au hasard parmi notre population, dont 2 femmes et 02 hommes. La consigne pour l'application de la carte associative a été simplifiée, pour être comprise.

Il s'agissait de citer les mots qui leur viennent à l'esprit, le plus rapidement possible, après avoir entendu le mot inducteur « maltraitance » .



**5-1-3-Les résultats de la pré-enquête :**

Les résultats de cette première étude sont présentés comme suit :

Tableau 09: caractéristiques de la population de recherche selon la situation sociale :

| Sexe     | Sujet<br>célibataire | Sujet divorcé   |                 | Sujet veuf      |                 | Total |
|----------|----------------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-------|
|          |                      | avec<br>enfants | Sans<br>enfants | avec<br>enfants | Sans<br>enfants |       |
| Masculin | 15                   | 00              | 00              | 00              | 02              | 17    |
| Féminin  | 06                   | 00              | 02              | 00              | 05              | 13    |
| Total    | 21                   | 00              | 02              | 00              | 07              | 30    |

- **L'analyse des entretiens :**

Quant aux entretiens réalisés auprès de notre population, nous avons procédé à une analyse thématique des récits obtenus proposée par Poussin, G. (2005), avec l'objectif d'obtenir des indicateurs qui puissent résumer les différents sens de la maltraitance dans le discours des sujets, ce qui nous semble la méthode la plus appropriée à notre démarche d'étude parmi les types d'analyse des contenus connus tels que l'analyse interlocutoire, l'analyse de l'énonciation et l'analyse thématique. Nous regroupons les résultats obtenus dans le tableau suivant :

Tableau 10 : analyse des entretiens :

| Nom du sujet | Thèmes évoqués  |
|--------------|---|
| Charmera     | <ul style="list-style-type: none"> <li>- besoin de soins.</li> <li>- Absence de prise en charge médicale.</li> <li>- Souffrance due à des violences physiques commises par les</li> </ul> |

|          |  |
|----------|--|
|          | <p>femmes de ménages et des autres pensionnaires.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- sentiment d'abandon et d'être négligée .manque de soins .insultes, et injures de la part des autres pensionnaires, humiliations et manque de respect de la part des éducateurs Manque d'eau chaude pour le bain qui se fait très rare.</li> </ul> |
| Khadîdja | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Avoir été frappée par les femmes de ménage et les éducateurs, insultée et négligée en cas de maladie.</li> <li>- sentiments d'être marginalisée, malnutrie.</li> </ul>  |
| Hamoudi  | <p>-nourriture insuffisante, vol de biens, et négligence et manque de soins.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- avoir été victime de vol à plusieurs reprises, frappé et insulté par les autres pensionnaires.</li> </ul>  |
| Saïd     | <ul style="list-style-type: none"> <li>- avoir été privée des dons des visiteurs, volé et manquer de sommeil à cause des ronflements et parfois même de cris des autres pendant la nuit.</li> <li>- avoir de la peine, et du chagrin, sentiment d'inutilité, engendrés par les conditions de vie à l'intérieur de l'établissement.</li> </ul>    |

## **Partie pratique      Chapitre 5 contexte pratique : la pré-enquête**

---

- **Résultats de la carte associative** : l'application de la carte associative avec le mot inducteur « maltraitance » a donné les séries suivantes :

### série1 :

1 : maltraitance -----frapper

2 : maltraitance ---- ne pas donner à manger

3 : Maltraitance ---- la haine

4 : Maltraitance --- frappé

### série2 :

1 : maltraitance -----frapper --- se disputer

2 : maltraitance ---- ne pas donner à manger

3 : Maltraitance ---- la haine ---- le mépris

4 : Maltraitance --- frappé---- insulté

### série3 :

1 : maltraitance -----frapper --- se disputer -----insultes

2 : maltraitance ---- ne pas donner à manger --- ne pas soigner ---- insulter

3 : Maltraitance ---- la haine ---- le mépris ----privé de soins

4 : Maltraitance --- frappé---- insulté-----humilié

### série4 :

1 : maltraitance -----frapper --- se disputer -----insultes –cracher dessus

## **Partie pratique      Chapitre 5 contexte pratique : la pré-enquête**

---

2 : maltraitance ---- ne pas donner à manger --- ne pas soigner ---- insulter -----  
manquer de respect.

3 : Maltraitance ---- la haine ---- le mépris ----privé de soins---insulté

4 : Maltraitance --- frappé---- insulté-----humilié----ignoré

### Série5 :

1 : maltraitance -----frapper --- se disputer -----insultes –cracher dessus ----  
problèmes

2 : maltraitance ---- ne pas donner à manger --- ne pas soigner ---- insulter -----  
manquer de respect ---- souffrance.

3 : Maltraitance ---- la haine ---- le mépris ----privé de soins---insulté ---négligé

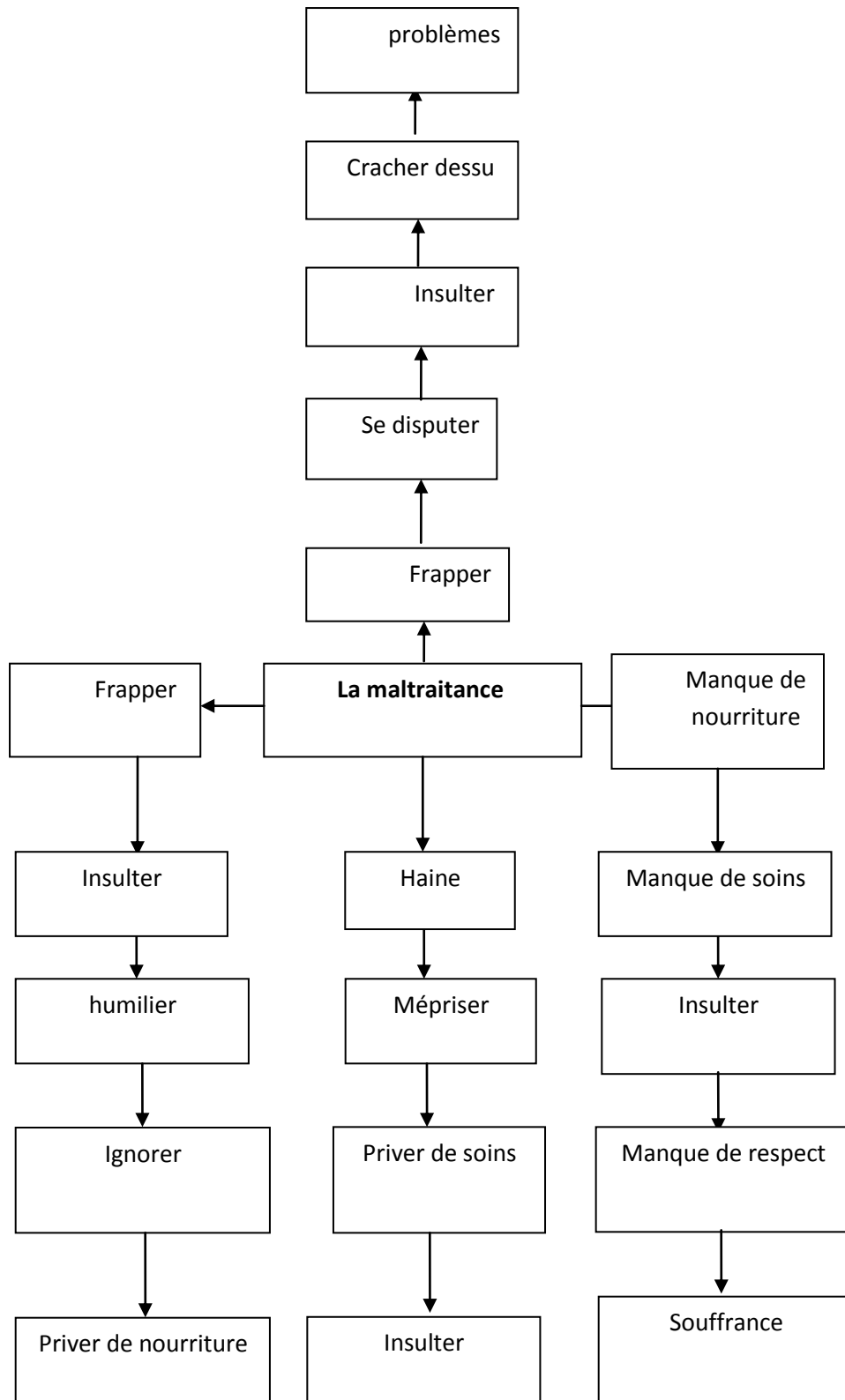
4 : Maltraitance --- frappé---- insulté-----humilié----ignoré ---priver de nourriture

Dans un deuxième temps nous avons demandé aux sujets de nous fournir la série la plus prégnante, et s'était :

- 1- Maltraitance --- craché dessus.
- 2- Maltraitance --- souffrance
- 3- Maltraitance --- mépris
- 4- Maltraitance --- frappé

Résultats de la carte associative : Notre technique a abouti au schéma suivant de la carte associative :

Schéma04 : la carte associative de la pré-enquête:



Le calcul des fréquences des mots induits et de leur pourcentage, donne le tableau suivant :

Tableau 11 : fréquences des mots induits et leur pourcentage pour la **carte associative** (pré-enquête).

| Mots induits         | fréquences | %   |
|----------------------|------------|-----|
| Insulter             | 04         | 20% |
| frapper              | 02         | 10% |
| Priver de nourriture | 02         | 10% |
| Priver de soins      | 02         | 10% |
| Se disputer          | 01         | 5%  |
| Cracher              | 01         | 5%  |
| Problèmes            | 01         | 5%  |
| Manquer de respect   | 01         | 5%  |
| Souffrance           | 01         | 5%  |
| haine                | 01         | 5%  |
| Mépriser             | 01         | 5%  |

|          |    |      |
|----------|----|------|
| Négliger | 01 | 5%   |
| Humilier | 01 | 5%   |
| Ignorer  | 01 | 5%   |
| Total    | 20 | 100% |

Ainsi, après le recueil des mots induits par le mot inducteur de la phase associative, nous procédons à un regroupement des éléments obtenus par la construction de catégories selon le critère sémantique et pragmatique et leur fréquence d'apparition (référence théorique).

Nous obtenons alors selon le critère quantitatif (la fréquence) le tableau suivant :

Tableau no 12: regroupement des mots induits en catégorie.

| Catégories                                | Fréquences | Pourcentage % |
|---|------------|---------------|
| Atteinte à l'intégrité corporelle         | 07         | 35%           |
| Atteinte à l'intégrité psychique.         | 10         | 50%           |
| Atteinte à la liberté.                    | 01         | 5%            |
| Nuisance à la sécurité financière.        | 00         | 00%           |
| Compromettre le développement personnel . | 02         | 10%           |
| Total                                     | 20         | 100%          |

On considérant le critère qualitatif (la prégnance) nous obtenons les catégories suivantes :

- 50% des sujets trouvent que l'atteinte à l'intégrité psychique est la plus prégnante.
- 50% des sujets trouvent que l'atteinte à l'intégrité corporelle est la plus prégnante.

### **5-1-4-Interprétation des résultats de la pré-enquête :**

Les résultats de cette première étude de la maltraitance chez notre population de recherche, montrent bien l'existence du phénomène dans ce milieu institutionnel.

Les évocations de nos sujets à travers ce test associatif ont bien révélé la présence de la maltraitance, et indiquent également les affects et les ressentis qu'ils éprouvent suite à de telles situations.

L'analyse des données recueillies, montre aussi, que les représentations sociales de la maltraitance sont organisées autour d'une idée centrale qui est l'atteinte à l'intégrité psychique. Les actes qui engendrent un tel sentiment sont : les insultes, le manque de respect, le mépris, l'humiliation, la négligence et le fait d'ignorer la personne. C'est ce qui semble très prégnant à leur regard, et touche profondément nos sujets.

L'atteinte à l'intégrité corporelle a également été évoquée par nos sujets, qui associent les privations de nourriture, les actes violents, comme frapper et cracher sur une personne à l'image de la maltraitance.

Dans un moindre degré, les autres idées associées à ce phénomène se rapportent à leur tour à l'atteinte à la liberté, la nuisance à la sécurité financière et au développement personnel.

Nous arrivons donc à conclure à travers cette pré-enquête, que les éléments de définition du phénomène objet de notre étude, proposés par le conseil de l'Europe sont en effet évoqués dans le discours des résidents hébergés au niveau de la maison de vieux.



**5-2-L'enquête :**

L'application des outils de recueil des données a été réalisée au cours des entretiens qui se sont déroulés durant les mois de février, mars et avril de l'année 2009, en collaboration avec les psychologues de l'institution, qui nous ont aidé à établir la prise de contact avec les sujets et nous ont fourni les moyens de travail, tels que les dossiers des résidents et les bureaux pour réaliser les entretiens.

Les conditions de l'application des tests ont été identiques pour tous les sujets notamment pour la pré-enquête et l'étape de l'enquête proprement dite.

**1-La carte associative :**

Nous avons commencé par l'application de la carte associative avec le mot inducteur « maltraitance » pour nos 26 sujets.

Nous avons alors obtenus les séries associatives suivantes:

1ere série :

- 1) Maltraitance —> Mauvaise nourriture
- 2) Maltraitance —> Violence verbale
- 3) Maltraitance —> ne pas aider
- 4) Maltraitance —> infantilisé
- 5) Maltraitance —> manque de prise en charge médicale
- 6) Maltraitance —> violence verbale
- 7) Maltraitance —> abandonner
- 8) Maltraitance —> chambre inadéquate
- 9) Maltraitance —> traiter avec contrainte
- 10) Maltraitance —> aucune considération
- 11) Maltraitance —> injustice
- 12) Maltraitance —> voler

- 13) Maltraitance → insulter
- 14) Maltraitance → manque de prise en charge médicale
- 15) Maltraitance → violence verbale
- 16) Maltraitance → insulter
- 17) Maltraitance → manque de tendresse
- 1) Maltraitance → manque de prise en charge médicale
- 2) Maltraitance → sans valeur
- 3) Maltraitance → Haine
- 4) Maltraitance → mauvaise nourriture
- 18) Maltraitance → méchanceté
- 19) Maltraitance → insulter
- 20) Maltraitance → manque de prise en charge médicale
- 21) Maltraitance → violence verbale
- 22) Maltraitance → plus bas

2em série :

- 5) Maltraitance → Mauvaise nourriture → manque de repos
- 6) Maltraitance → Violence verbale → exploitation
- 7) Maltraitance → Ne pas aider → injustice
- 8) Maltraitance → infantiliser → prison
- 9) Maltraitance → Manque de prise en charge médicale → haine
- 10) Maltraitance → Violence verbale → violence physique
- 11) Maltraitance → Abandonner → haine
- 12) Maltraitance → Chambre inadéquate → vivre avec des malades mentaux

- 13) Maltraitance → Traiter avec contrainte → traiter avec force
- 14) Maltraitance → aucune considération → sans valeur
- 15) Maltraitance → Injustice → insulter
- 16) Maltraitance → Vol → ségrégation
- 17) Maltraitance → Insulter → méchanceté
- 18) Maltraitance → Manque de prise en charge médicale → vol
- 19) Maltraitance → Violence verbale → infantiliser
- 20) Maltraitance → Insulter → méchanceté
- 21) Maltraitance → manque de tendresse → infantiliser
- 22) Maltraitance → manque de prise en charge médicale → méchanceté
- 23) Maltraitance → sans valeur → aucune considération
- 24) Maltraitance → Haine → insulter
- 25) Maltraitance → mauvaise nourriture → manque de repos
- 26) Maltraitance → Méchanceté → comme un chien
- 27) Maltraitance → Insulter → chambre inadéquate
- 28) Maltraitance → Insulter → manque de prise en charge médicale
- 29) Maltraitance → Violence verbale → mauvais sommeil
- 30) Maltraitance → Plus bas → ne pas lui parler

3em série :

- 1) Maltraitance → Mauvaise nourriture → manque de repos → mauvais habit
- 2) Maltraitance → Violence verbale → exploitation → manque de repos

- 3) Maltraitance → Ne pas aider → injustice → prison
- 4) Maltraitance → Infantiliser → prison → crime
- 5) Maltraitance → Manque de prise en charge médicale → haine →  
atteinte à la liberté
- 6) Maltraitance → Violence verbale → violence physique →  
traiter avec force
- 7) Maltraitance → Abandonner → souffrir →
- 8) Maltraitance → Chambre inadéquate → vivre avec des malades →  
mentaux
- 9) Maltraitance → Traiter avec contrainte → traiter avec force →
- 10) Maltraitance → aucune considération → sans valeur → plus  
bas
- 11) Maltraitance → Injustice → insulter → violence physique
- 12) Maltraitance → Vol → traiter avec force →
- 13) Maltraitance → Insulter → méchanceté → infantiliser
- 14) Maltraitance → Manque de prise en charge médicale → vol →  
frapper
- 15) Maltraitance → Violence verbale → infantiliser → mauvais habit
- 16) Maltraitance → Insulter → méchanceté → chambre  
inadéquate
- 17) Maltraitance → manque de tendresse → infantiliser → insulter
- 18) Maltraitance → manque de prise en charge médicale →
- 19) Maltraitance → sans valeur → plus bas →
- 20) Maltraitance → Haine → insulter → traiter avec  
contrainte

21) Maltraitance → mauvaise nourriture → mauvais habit →

22) Maltraitance → Méchanceté → comme un chien →

manque de propreté

23) Maltraitance → Insulter → chambre inadéquat → mauvais sommeil

24) Maltraitance → Insulter → manque de prise en charge médicale →

frapper

25) Maltraitance → Violence verbale → mauvais sommeil →

sorties difficiles

26) Maltraitance → Plus bas → ne pas lui parler → crime

4em série :

1) Maltraitance → Mauvaise nourriture → manque de repos → mauvais

habit → exploitation

2) Maltraitance → Violence verbale → exploitation → manque

de repos → loi du plus fort

3) Maltraitance → Ne pas aider → injustice → prison →

4) Maltraitance → Infantiliser → prison → crime →

traiter avec force

5) Maltraitance → Manque de prise en charge médicale → haine →

atteinte à la liberté → non tolérance

6) Maltraitance → Violence verbale → violence physique →

traiter avec force →

7) Maltraitance → Abandonner → souffrir → frapper →

- 8) Maltraitance → Chambre inadéquate → vivre avec des malades  
mentaux → manque d'eau → manque de propreté
- 9) Maltraitance → Traiter avec contrainte → traiter avec force →  
punir → insulter
- 10) Maltraitance → aucune considération → sans valeur → plus bas →  
infantiliser
- 11) Maltraitance → Injustice → insulter → violence physique →  
mauvaise nourriture
- 12) Maltraitance → Vol → traiter avec force → souffrir →
- 13) Maltraitance → Insulter → méchanceté → infantiliser → frapper
- 14) Maltraitance → Manque de prise en charge médicale → vol →  
frapper → insulter
- 15) Maltraitance → Violence verbale → infantiliser → mauvais  
habit → manque de bain
- 16) Maltraitance → Insulter → méchanceté → chambre  
inadéquate →
- 17) Maltraitance → manque de tendresse → infantiliser → insulter  
manque de bain →
- 18) Maltraitance → manque de prise en charge médicale → sans valeur →
- 19) Maltraitance → sans valeur → plus bas → mauvaise  
nourriture
- 20) Maltraitance → Haine → insulter → traiter avec contrainte →  
frapper
- 21) Maltraitance → mauvaise nourriture → mauvais habit → manque de  
propreté

- 22) Maltraitance → Méchanceté → comme un chien → manque de propreté → manque de respect
- 23) Maltraitance → Insulter → chambre inadéquate → mauvais sommeil → mauvaise nourriture
- 24) Maltraitance → Insulter → manque de prise en charge médicale → frapper → chambre inadéquate
- 25) Maltraitance → Violence verbale → mauvais sommeil → sorties difficiles → non tolérance
- 26) Maltraitance → Plus bas → ne pas lui parler → crime → lourd de charge

5em série :

- 1) Maltraitance → Mauvaise nourriture → manque de repos → mauvais habit → exploitation → ne pas aider
- 2) Maltraitance → Violence verbale → exploitation → manque de repos → loi du plus fort → atteinte à la liberté
- 3) Maltraitance → Ne pas aider → injustice → prison → manque de propreté
- 4) Maltraitance → Infantiliser → prison → crime → traiter avec force → aucune considération
- 5) Maltraitance → Manque de prise en charge médicale → haine → atteinte à la liberté → non tolérance → prison
- 6) Maltraitance → Violence verbale → violence physique → traiter avec force → aucune considération → insulter

- 7) Maltraitance → Abandonner → souffrir → frapper →  
abandonner → manque de prise en charge médicale
- 8) Maltraitance → Chambre inadéquate → vivre avec des malades  
mentaux → manque d'eau → manque de propreté → atteinte  
à la liberté
- 9) Maltraitance → Traiter avec contrainte → traiter avec force  
punir → insulter → plus bas
- 10) Maltraitance → aucune considération → sans valeur → plus  
bas → infantiliser → mauvaise nourriture
- 11) Maltraitance → Injustice → insulter → violence physique →  
mauvaise nourriture → chambre inadéquate
- 12) Maltraitance → Vol → traiter avec force → souffri → sorties  
difficiles → ségrégation
- 13) Maltraitance → Insulter → méchanceté → infantiliser →  
frapper → mauvais habit
- 14) Maltraitance → Manque de prise en charge médicale → vol →  
frapper → insulter → frapper
- 15) Maltraitance → Violence verbale → infantiliser → mauvais  
habit → manque de bain → manque d'eau
- 16) Maltraitance → Insulter → méchanceté → chambre  
inadéquate → mauvaise nourriture
- 17) Maltraitance → manque de tendresse → infantiliser →  
insulter → manque de bain → ne pas aider
- 18) Maltraitance → manque de prise en charge médicale → sans  
valeur → loi du plus fort → frapper → méchanceté



- 19) Maltraitance → sans valeur → plus bas → mauvaise  
nourriture → mauvais habit → haine
- 20) Maltraitance → Haine → insulter → traiter avec  
contrainte → frapper → ne pas lui parler
- 21) Maltraitance → mauvaise nourriture → mauvais habit →  
manque de propreté → lourd de charge → ségrégation
- 22) Maltraitance → Méchanceté → comme un chien → manque  
de propreté → manque de respect → manque de repos
- 23) Maltraitance → Insulter → chambre inadéquate → mauvais  
sommeil → mauvaise nourriture → comme un chien
- 24) Maltraitance → Insulter → manque de prise en charge médicale  
frapper → chambre inadéquate → manque de respect →
- 25) Maltraitance → Violence verbale → mauvais sommeil →  
sorties difficiles → non tolérance
- 26) Maltraitance → Plus bas → ne pas lui parler → crime →  
lourd de charge → manque de tendresse

Le traitement des mots induits obtenus au nombre de 127 est présenté sous forme de tableaux :

Tableau n°13: mots induits par la carte associative.

| Mots Induits                       | Fréquence | Pourcentage<br>Fréquence |
|------------------------------------|-----------|--------------------------|
| Insultes                           | 9         | 16,67                    |
|                                    | 7         | 12,96                    |
| Frappé                             | 7         | 20,00                    |
| Mauvaise Nourriture                | 7         | 20,00                    |
| Infantilisé                        | 5         | 41,67                    |
| Chambres Inadéquates               | 5         | 41,67                    |
| Manque De Prise En Charge Médicale | 4         | 11,43                    |
| Traiter Avec Contrainte            | 2         | 3,70                     |
| Manque De Propreté                 | 4         | 11,43                    |
| Mauvais Habits                     | 4         | 22,22                    |
| Violence Verbale                   | 4         | 7,41                     |
| Atteinte A La Liberté Personnelle  | 2         | 11,11                    |
| Aucune Considération               | 3         | 5,56                     |

|  |   |       |
|--|---|-------|
| Comme Un Chien                                     | 2 | 3,70  |
| Exploitation                                       | 2 | 25,00 |
| Haine  | 2 | 3,70  |
| Loi Du Plus Fort                                   | 2 | 11,11 |
| Manque D'eau                                       | 2 | 5,71  |
| Manque De Bain                                     | 3 | 8,57  |
| Abandonner   | 2 | 3,70  |
| Vivre Avec Des Malades Mentaux                     | 2 | 16,67 |
| Sorties Difficiles                                 | 2 | 11,11 |
| Contraindre La Personne A Lui Donner Son<br>Argent | 2 | 25,00 |
| Manque De Repos                                    | 2 | 3,70  |
| Manque De Tendresse                                | 2 | 3,70  |
| Manque De Respect                                  | 2 | 3,70  |
| Kbaha  | 2 | 3,70  |

|                    |   |       |
|--------------------|---|-------|
| Mauvais Sommeil    | 2 | 11,11 |
| Ne pas aider       | 2 | 5,71  |
| Ne pas lui parler  | 2 | 3,70  |
| Plus bas           | 3 | 5,56  |
| Prison             | 2 | 11,11 |
| Lourd de charge    | 2 | 3,70  |
| Sans valeur        | 2 | 3,70  |
| Souffrir           | 2 | 3,70  |
| Traiter avec force | 2 | 5,71  |
| Punir              | 2 | 5,71  |
| Violence physique  | 2 | 5,71  |
| Vol                | 4 | 50,00 |
| ظلم                | 2 | 3,70  |
| Non tolérance      | 2 | 3,70  |
| Horaires imposés   | 2 | 11,11 |
| Crime              | 2 | 3,70  |

|       |     |        |
|-------|-----|--------|
| Total | 124 | 100,00 |
|-------|-----|--------|

Notons que parmi les 26 personnes interrogées dans ce test, 2 d'entre elles ont fourni 4 réponses alors que les 24 autres ont épuisé leurs associations en donnant 5 séries de mots.

Tableau n°14: le regroupement des mots induits en catégories.

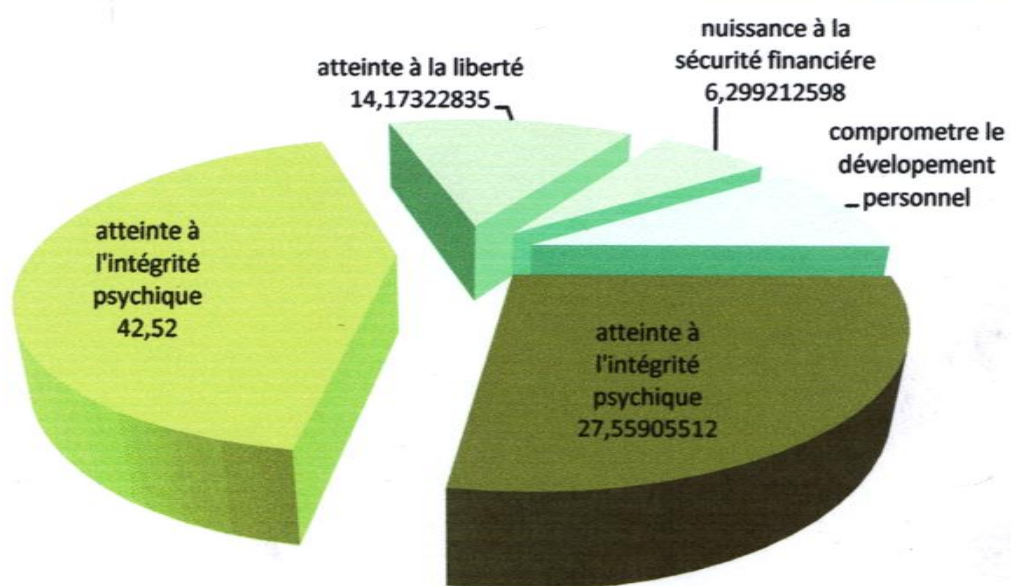
| Catégories                       | Mots induits                       | Fréquence | Pourcentage fréquence | Pourcentage catégorie |
|----------------------------------|------------------------------------|-----------|-----------------------|-----------------------|
| Atteinte à l'intégrité physique  | Frappé                             | 7         | 20,00                 | 27,56                 |
|                                  | Mauvaise nourriture                | 7         | 20,00                 |                       |
|                                  | Manque de prise en charge médicale | 4         | 11,43                 |                       |
|                                  | Manque de propreté                 | 4         | 11,43                 |                       |
|                                  | Manque de bain                     | 3         | 8,57                  |                       |
|                                  | Violence physique                  | 2         | 5,71                  |                       |
|                                  | Traiter avec force                 | 2         | 5,71                  |                       |
|                                  | Manque d'eau                       | 2         | 5,71                  |                       |
|                                  | Punir                              | 2         | 5,71                  |                       |
|                                  | Ne pas aider                       | 2         | 5,71                  |                       |
| Total                            |                                    | 35        | 100,00                |                       |
| Atteinte à l'intégrité psychique | Insultes                           | 9         | 16,67                 | 42,52                 |
|                                  | ségrégation                        | 7         | 12,96                 |                       |

|                       |                                   |    |        |       |
|-----------------------|-----------------------------------|----|--------|-------|
|                       | Violence verbale                  | 4  | 7,41   |       |
|                       | Aucune considération              | 3  | 5,56   |       |
|                       | Plus bas                          | 3  | 5,56   |       |
|                       | Abandonné                         | 2  | 3,70   |       |
|                       | Comme un chien                    | 2  | 3,70   |       |
|                       | Haine                             | 2  | 3,70   |       |
|                       | Manque de respect                 | 2  | 3,70   |       |
|                       | Ne pas lui parler                 | 2  | 3,70   |       |
|                       | Sans valeur                       | 2  | 3,70   |       |
|                       | Souffrir                          | 2  | 3,70   |       |
|                       | Injustice                         | 2  | 3,70   |       |
|                       | Méchanceté                        | 2  | 3,70   |       |
|                       | Non tolérance                     | 2  | 3,70   |       |
|                       | Crime                             | 2  | 3,70   |       |
|                       | Manque de tendresse               | 2  | 3,70   |       |
|                       | Lourd de charge                   | 2  | 3,70   |       |
|                       | Traiter avec contrainte           | 2  | 3,70   |       |
| Total                 |                                   | 54 | 100,00 |       |
| Atteinte à la liberté | Mauvais habits                    | 4  | 22,22  | 14,17 |
|                       | Atteinte à la liberté personnelle | 2  | 11,11  |       |
|                       | Mauvais sommeil                   | 2  | 11,11  |       |
|                       | Manque de repos                   | 2  | 11,11  |       |
|                       | Loi du plus fort                  | 2  | 11,11  |       |

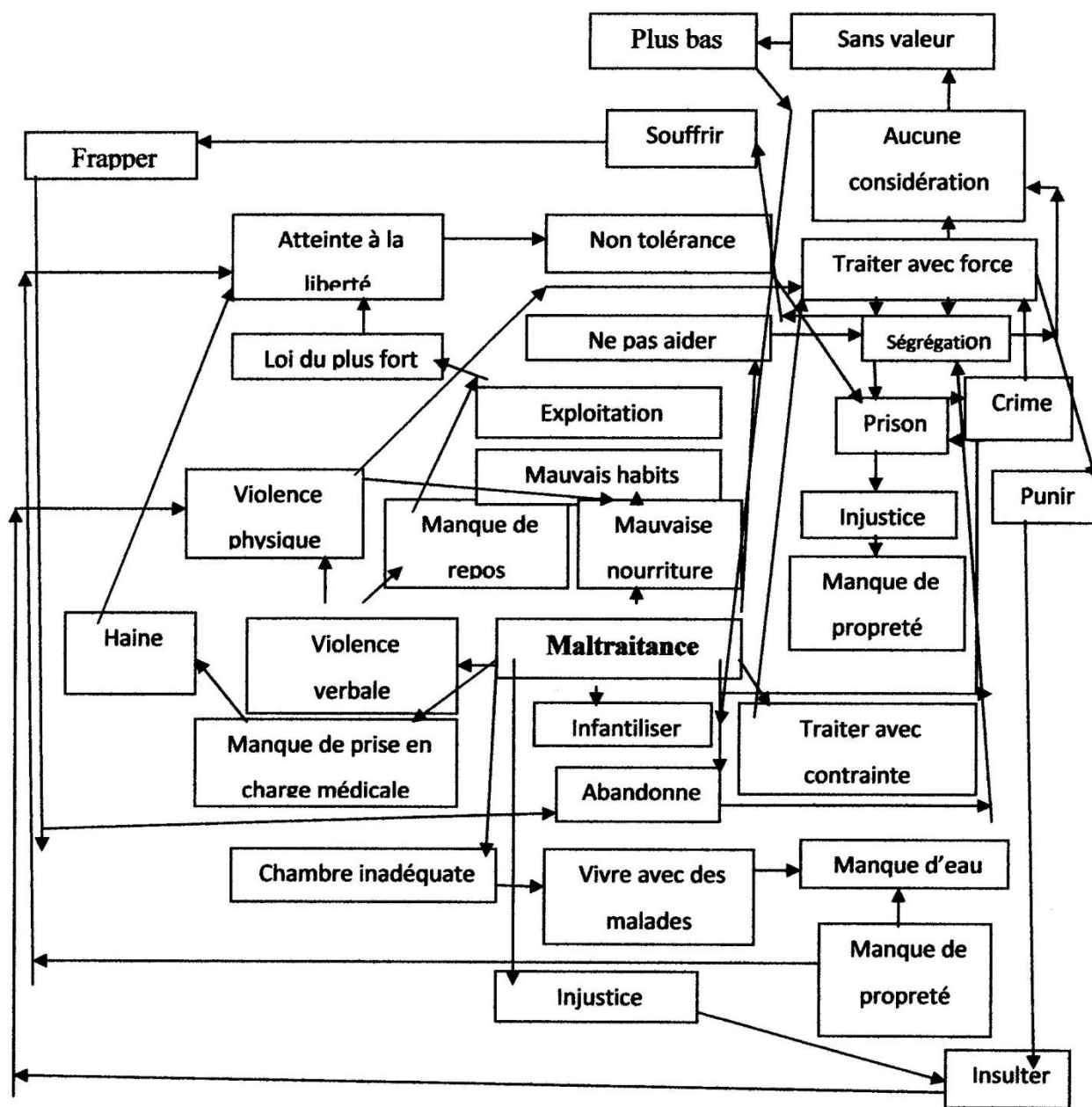
|   |                                      |     |        |        |
|---|--------------------------------------|-----|--------|--------|
|   | Prison                               | 2   | 11,11  |        |
|   | Horaires imposés                     | 2   | 11,11  |        |
|   | Sortie difficiles                    | 2   | 11,11  |        |
| Total                                   |                                      | 18  | 100,00 |        |
| Nuisance à la sécurité financière       | Vol                                  | 4   | 50,00  | 6,299  |
|   | Exploitation                         | 2   | 25,00  |        |
|   | Contraindre à lui donner de l'argent | 2   | 25,00  |        |
| Total                                   |                                      | 8   | 100,00 |        |
| Compromettre le développement personnel | Chambres inadéquates                 | 5   | 41,67  | 9,44   |
|   | Infantiliser                         | 5   | 41,67  |        |
|   | Vivre avec des malades mentaux       | 2   | 16,67  |        |
| Total                                   |                                      | 12  | 100,00 |        |
| Total général                           |                                      | 127 | 100,00 | 100,00 |

Le diagramme circulaire suivant représente les pourcentages des catégories appréhendées dans cette étude :

Figure no °5 : les pourcentages des catégories.







**L'application de la méthode d'évocation de Vergès :**

Après avoir recueilli les évocations des sujets en rapport avec le mot inducteur, « la maltraitance », nous avons analysé les résultats obtenus à l'aide du logiciel Evoc (Vergès 2006), afin de décrire la structure et l'organisation des représentations sociales de la maltraitance.

Nous présentons les résultats obtenus dans le tableau suivant :

Tableau n°15: résultat obtenus par la méthode de Vergès.

|                           | Rang <2.5  | Rang >=2.5                    |
|---------------------------|--|-------------------------------|
| Fréquence >=10            | Atteinte à l'intégrité physique<br>18 2,278  |                               |
|                           | Atteinte à l'intégrité psychique<br>41 1,732   |                               |
| 4<br><=<br>Fréquence<br>9 | Compromettre le développement<br>personnel<br>6 2,000<br>Nuire à la sécurité financière<br>4 2,000 | Atteinte à liberté<br>9 2,667 |

**Interprétation des résultats :****Interprétation de la carte associative :**

On partant des résultats obtenus par la méthode associative, nous remarquons que les personnes âgées ont produits 127 mots, à partir du mot inducteur qui est la maltraitance et cela , après avoir éliminé les mots induits produits une seule fois.

La carte associative obtenue, montre clairement l'empreinte de l'atteinte à l'intégrité psychique sur le vécu de la situation de la maltraitance qui atteint un pourcentage de fréquence de 27.56%. Avec tous les mots correspondant à cette catégorie, apparaît les sentiments négatifs en lien avec ces situations.

L'atteinte à l'intégrité corporelle, apparaît dans les représentations sociales de la maltraitance, avec un pourcentage de fréquence de 42.52 %. Ce sont des perceptions de la situation comme une menace corporelle et physique, accompagnées de sentiments d'insécurités et de destruction.

La catégorie atteinte à la liberté personnelle qui obtient un pourcentage de fréquence de 14.17 %, traduit le sentiment d'enfermement. En effet la personne âgée se voit limitée dans ses activités et ses habitudes et cela apparaît surtout vis à vis du règlement au sein de l'institution.

Ensuite, les représentations obtenues montrent que les situations de maltraitance vécues engendrent une atteinte au développement personnelle, qui apparaît avec un pourcentage fréquence de 9.44% .

Quant à la nuisance à la sécurité financière, elle occupe 6.29 % des représentations du phénomène. C'est la catégorie la moins visible et la plus négligée au regard de nos sujets.

Les représentations sociales de la maltraitance chez les personnes âgées, sont donc organisées autour de l'atteinte à l'intégrité psychique, physique, à la liberté et au développement personnel de nos sujets.

La nuisance à la sécurité financière est moins importante au regard des personnes concernées par cette étude, par rapport aux autres atteintes qui sont plus prégnantes.

### **Interprétation des résultats de la méthode de Vergés :**

Le nombre de mots traités par cette méthode est de 78. Cela correspond aux trois mots, produits par la méthode de Vergés.

Après le traitement de ces mots par le logiciel EVOC 2006, nous lisant le tableau obtenu comme il suit :

La zone centrale de la représentation sociale de la maltraitance chez nos sujets, regroupe les éléments :

Frapper, mauvaise nourriture, manque de prise en charge médicale, manque de propreté, manque de bain, violence physique, traiter avec force, manque d'eau, punir, n'e pas aidé.

Parmi ces éléments, les mots ; frapper, mauvaise nourriture sont les plus fréquemment produits, (7) sept personnes ont cité ces mots et expriment par-là les actes de maltraitance les plus fréquemment vécues, et les plus partagées par les sujets.

Les autres éléments de la zone centrale, traduisent des sentiments négatifs engendrés par la situation de maltraitance.

La catégorie, "atteinte à l'intégrité physique" a obtenu une fréquence moyenne de 18 et un rang moyen de 2,27.

La catégorie atteinte à l'intégrité psychique avec une fréquence moyenne de 41 et un rang moyen de 1,73, est constituée des éléments suivants :

Insultes, ségrégation, violence verbale, aucune considération, plus bas, abandonner , comme un chien, haine, manque de respect, ne pas lui parler, sans valeur, souffrir, ,

méchanceté ,injustice, non tolérance, crime, manque de tendresse, lourd de charge ,  
traiter avec contrainte

Quant à la zone périphérique, on retrouve les catégories: "atteinte à la liberté",  
"compromettre le développement personnel" et " la nuisance financière".

La catégorie « atteinte à la liberté » qui obtient une fréquence de 14,17 est  
constituée de : Mauvais habits ; atteinte à la liberté personnelle ; mauvais sommeil ;  
manque de repos ;loi du plus fort ;prison ;horaires imposés ;sorties difficiles.

Et la catégorie « compromettre le développement personnel » avec une fréquence de  
9,44 est constituée des éléments suivants:

Chambres inadéquates(5), infantilisé(5) , vivre avec des malades mentaux(2) .

Quant aux éléments : vols, Contraindre à lui donner de l'argent et exploitation,  
constituant la catégorie " la nuisance financière", reflètent une négligence et même  
une banalisation de cette atteinte comparée aux autres catégories.

**Analyse des résultats:**

A la lumière des résultats obtenus par les deux méthodes associatives, il apparaît que le phénomène de la maltraitance est bien présent, du moins chez les sujets interrogés dans notre étude.

En effet, toutes les personnes concernées partagent des perceptions en lien avec le mot inducteur utilisé dans la carte associative. Ils emploient divers termes pour décrire des actes qui sont similaires et appartiennent à un univers sémantique analogue qui constitue un support de croyances communes.

L'analyse des associations induites met en évidence deux registres de perception :

Le premier se réfère à la souffrance et à l'endurance des sujets, face aux mauvais traitements.

Le second regroupe les mots qui décrivent les types de pratique de la maltraitance à l'égard des personnes âgées. C'est-à-dire, le mode d'emploi de la maltraitance et l'identification de ces actes d'accomplissement.

C'est ce que révèlent les travaux des partisans de l'école anglaise du langage ordinaire, notamment, Austen (1962) et Searle (1972), que le langage n'est pas seulement un moyen pour présenter la réalité, mais c'est aussi un système d'action, qui permet d'accomplir des actes.

Nous constatons également, à travers nos résultats, que le lexique étendu des mots induits, complique et rend difficile le traitement des données. A cette fin, nous avons établi des comparaisons entre les profils que proposent les modèles explicatifs théoriques, pour construire une grille théorique qui va servir de guide d'analyse et qui, à la fois, comprend des éléments manifestes dans l'éventail des mots induits. Ensuite, nous avons procédé à un regroupement sémantique et pragmatique des réponses.

Les thèmes émergents ont donné lieu aux cinq catégories suivantes, que nous allons examiner par la suite: atteinte à l'intégrité physique, atteinte à l'intégrité psychologique, atteinte à la liberté, nuisance à la sécurité financière, compromettre le développement personnel et atteinte à l'intégrité psychique.

**Atteinte à l'intégrité physique :**

Le traitement des mots induits par la méthode de Vergès (1992) indique que l'atteinte à l'intégrité physique constitue, à côté de l'atteinte à l'intégrité psychique, le noyau central des représentations sociales de la maltraitance chez les sujets interrogés dans cette étude.

En effet, les représentations des personnes âgées concernées par notre étude, s'organisent autour des actes de maltraitance et renvoient par là au registre de l'action qu'exerce l'auteur aidant. Les mots induits qui décrivent ces actes sont : « frapper » mot qui a été cité par sept personnes, « violence physique » que deux de nos sujets ont évoqué et « traiter avec force » qui est apparu à deux reprises.

Nous avons également constaté que durant les entretiens menés avant l'application du test associatif, les sujets ont évoqué plusieurs types de violence physique qu'ils ont subies au sein de la famille, mais qui sont apparus de façon singulière dans le test et donc nous étions dans l'obligation de les éliminer pour des raisons méthodologiques. Ces types de violence (gifles et crachats) cités une seule fois, sont, de ce fait considérés comme étant moins importants ou les moins partagés par nos sujets, comparés aux autres types évoqués de manière fréquente.

Nous pouvons également expliquer ce fait, par l'influence du lieu de l'application du test, c'est-à-dire que l'institution a limité les réponses de nos sujets aux maltraitances qu'ils ont subies au sein de l'institution, malgré notre insistance préalable, sur la généralisation du mot inducteur « maltraitance ».

Nous notons bien que le but de notre étude, n'est pas d'identifier la personne maltraitante. Elle peut donc faire partie du personnel de l'établissement ou être un

membre de la famille avec lequel notre sujet vivait avant son intégration à l'institution ou qu'il continue de voir à l'occasion des visites.

De façon globale, les réponses obtenues au moyen des tests associatifs et les témoignages recueillis par les entretiens, montrent que les violences physiques quelque soit leurs auteurs, loin de se réduire aux coups, prennent parfois la forme d'une brutalité dans les gestes, d'une brusquerie ou d'une inattention ou de non prise en compte des capacités de la personne ou de ses handicaps dans la vie quotidienne.

Entre également dans ce type de maltraitance, le non-respect des goûts alimentaires ou des menus sur lesquels nos sujets ont beaucoup insisté. Tous ces éléments nous les retrouvons dans les mots cités tels que: mauvaise nourriture, manque de propreté, manque d'eau, manque de bain, ne pas aider.

Le manque d'assistance médicale est aussi présent dans le discours de nos sujets, il renforce le sentiment d'abandon, de négligence. La personne se voit sans valeur et sans utilité, elle est livrée à elle-même, à son pénible destin et affronte la souffrance physique. Bref, elle n'attend que la mort.

Tous ces éléments négatifs semblent influencer sur la sensation de bien-être de nos sujets, en générant des émotions souvent indicibles en l'absence d'interlocuteurs, comme le sentiment d'inutilité et d'abandon.

En effet, de tels actes atteignent l'intégrité physique de la personne, que nous touchons à travers des ressentis plus intimes, surgissant lors des entretiens, comme le manque d'affection, la solitude ou l'isolement à domicile ou dans l'établissement, engendrant chagrin et souci, contrariété et parfois colère. Les personnes qui en sont victimes déclarent qu'ils leur causent désagrément, douleur, chagrin, humiliation, honte, indignation et colère....

Dans la quasi-totalité de nos cas, la victime éprouve un sentiment de culpabilité, plus ou moins présent à sa conscience, qui peut donner lieu à des comportements de défense, éventuellement agressifs ou revendicateurs.



Ces actes de maltraitance, semblent parfois anodins à l'auteur cependant ils atteignent en profondeur la personne âgée. En effet, ils sont vécus comme une atteinte physique, génératrice de blessures sur le plan corporel.

Cependant leurs répercussions sont également remarquables sur le plan psychologique. C'est ce qui rend parfois la frontière entre maltraitance physique et maltraitance psychologique difficile à identifier.

Nous ne pouvons donc parler de maltraitance physique sans avoir à évoquer toutes les réactions et les conséquences psychologiques et comportementales possibles, suite à de telles situations, comme : stupeur, prostration, agitation désordonnée, ou au contraire besoin d'agir, de penser de manière très rationnelle...parfois aussi, le blessé focalise son attention sur un détail qui peut paraître secondaire à autrui.

La personne âgée, victime de violences physiques, est avant tout quelqu'un pour qui l'impensable vient de se produire, l'imprévu est survenu pour remettre en cause, et, en quelques fractions de secondes, toutes les certitudes et les assurances que lui procurait sa présence au sein de la famille ou de l'établissement, et surtout, son statut de personne « grande », « âgée » qui jadis était un symbole de sagesse . La gravité objective des blessures n'est plus alors corrélée à l'intensité de l'état émotionnel. Ainsi, toute violence physique peut révéler de manière extrêmement traumatisante à notre sujet, qu'il peut avoir un accident, être agressé.... bref, qu'il est vulnérable.

Les violences physiques que ces personnes âgées ont évoquées et qui pourraient constituer des motifs déterminants pour exprimer une plainte, ne semblent pourtant pas toujours être dénoncées par les personnes interrogées. Dans quelques entretiens, des personnes ont raconté avoir subi des actes de maltraitance de la part de membres de leur famille ou des membres du personnel sans pour autant s'en plaindre à une autre personne et encore moins auprès des autorités.

D'autant plus que les comportements perçus comme négatifs ou générant des atteintes, que nos sujets ont subies au sein de l'institution, ne donnent par ailleurs

quasiment jamais lieu à des plaintes signalées : comme à titre d'exemple: les cas du manque d'aide, de soins ou d'isolement pour ces personnes vivant à la maison de Dyar El Rahma, excepté , quand il s'agit de violence entre résidents, que le personnel de l'établissement avoue être intervenu à plusieurs reprises.

La maltraitance physique est donc bien présente chez ces sujets, elle est exprimée sous forme de violence physique ou d'une inattention ou la non prise en compte des capacités de la personne ou de ses handicaps dans la vie quotidienne, le non-respect des goûts alimentaires ou des menus.

### **Atteinte à l'intégrité psychique :**

Les personnes âgées qui ont fait partie de notre recherche évoquent l'atteinte à l'intégrité psychologique, avec les termes suivants : insultes, violence verbale, aucune considération, comme un chien, haine, manque de respect, ne pas lui parler, plus bas, sans valeur, ségrégation, injustice, méchanceté, souffrir, traiter avec contrainte.

Elles décrivent par-là, les actes de maltraitance qu'elles ont subi, ainsi que leurs ressenties et leur vécu de la situation.

Afin de concrétiser le concept d'atteintes à l'intégrité psychologique qui se situe à un degré d'abstraction assez élevé, nous nous appuyons sur la conception d'Erikson (cité par Jacque Laforest 1990) pour qui, l'intégrité est un état d'achèvement et un processus par lequel les individus intègrent et acceptent les diverses expériences de toute une vie de façon à réaliser l'étape finale du développement. C'est un processus de différenciation et d'intégration de la personnalité.

L'atteinte de l'intégrité se manifeste ainsi sous forme d'un état d'esprit, dont l'analyse peut révéler plusieurs composantes, mais, qui signifie essentiellement, l'état d'esprit d'acceptation, de sérénité et de plénitude. Porter atteinte à cette intégrité est de ce fait nuire et endommager cette entité, dans son intégralité.

Cet état d'esprit d'acceptation et de sérénité semble absent et manque affreusement à nos sujets. L'émergence de sentiments négatifs durant les entretiens en témoigne, et les mots induits, chargés de douleurs et de désespoirs l'indiquent clairement.

L'arrivée de la maltraitance dans la vie quotidienne de ses personnes, semble bouleversante est déséquilibrante de tout état de sérénité ou de plénitude qu'ils ont pu trouver au paravent, c'est à dire, lorsqu'elles étaient autonomes et jouissaient pleinement de leur jeune âge.

En effet, nos sujets font référence à une brutalité langagière qui recouvre les insultes et les paroles blessantes, humiliantes et dégradantes, qui ne sont pas le propre des aidants familiaux ou professionnels de la vie quotidienne, mais elles sont aussi émises par des professionnels de la santé. Ces violences verbales comme elles ont été décrites, sont une offense directe et brutale de la personne âgée. Il semble de ce fait, que c'est ce qui touche le plus et cause la détresse psychologique, dont ils n'ont aucun moyen de combattre, rien qu'en trouvant refuge dans des manifestations somatiques, très répandues dans les maisons de vieux.

La maltraitance est aussi vécue par nos sujets en terme de contrainte, d'obligation et de répression de l'expression individuelle. c'est ce que indique Brown (2004) p 47, en décrivant la maltraitance psychologique : " il y a abus lorsque l'intégrité d'une personne est violée par une autre personne qui lui fait subir contre son gré des souffrances physiques ou psychiques , ou lorsque des droits civils sont bafoués ou ignorés". Contraindre la personne par l'intimidation, est une forme de rejet de la personne en ignorant sa présence et en la dévalorisant.

Nos sujets parlent d'abus, lorsque leurs besoins essentiels ne sont pas satisfaits dans la famille ou dans la société où ils vivent, avec à la clé des préjudices cumulés ou permanents, des situations d'exclusion et de graves privations.

Toutes ces situations sont susceptibles de causer du tort, de la douleur et de blesser la personne, afin de la soumettre.

D'après Jérôme Péliissier (2003), il peut également s'agir, dans un très grand nombre de situations, de sévices physiques et psychologiques, qui ne sont que des instruments au service de la maltraitance matérielle. C'est à dire que l'auteur inflige de la souffrance physique ou psychologique à la personne vulnérable afin de la soumettre, pour qu'elle fini par céder à ses exploitations financières.

On retrouve, également, parmi les images évoquées de la maltraitance, un ensemble de conséquences émotionnelles négatives, tel que : se percevoir comme un chien, un animal, avec toutes les dimensions psychologiques et physiques que cela comprend et qui sont renforcées par l'état de santé et la vieillesse. Il s'agit de retirer à la personne toute qualité, en lui répétant à chaque fois, qu'elle ne vaut rien, jusqu'à ce qu'on l'amène à le croire. C'est donc, l'image d'un être dépourvu de toute qualité humaine qui apparait et qui n'a aucune considération sur le plan social.

Dans cette optique, les souffrances psychologiques et physiques sont intriquées et la vieillesse, qui représente un facteur de vulnérabilité en est un déterminant essentiel

Les situations de violence psychologique que vit la personne âgée, se distinguent, selon Marie-Thérèse Casman, et al.,(cité par Jérôme Pelissier, 2003) ; par leur longue durée. Ce sont des attaques que la victime affronte au quotidien, dont les conséquences peuvent aller de la dépression, aux états de stress et jusqu'aux démences, comme le souligne Jean Maisondieu ( cité par Jérôme Pelissier(2003)).

Les attitudes et les réactions de la personne âgée, qui apparaissent plus couramment, sont donc, des modes d'adaptation et des moyens de trouver un équilibre entre les différentes contraintes psychiques qui lui sont imposées. Ils vont de la parole abondante aux hurlements et aux cris ou le renfermement sur soi. Il est remarquable de noter que, à la différence des cris des autres catégories de personnes, en revanche ceux des enfants, qui sont considérés comme un mode d'expression pour attirer l'attention de l'entourage , ceux des vieux sont considérés comme non signifiants et éloignent de ce fait l'entourage. En effet, on écoute donc les premiers en cherchant à les interpréter, alors qu'on tente de faire taire les seconds.

Les répercussions psychologiques d'une douleur prolongée sont également manifestes chez les personnes, qui ont fait partie de notre recherche. Elles sont exprimées en termes de souffrance profonde qu'ils ont longtemps endurée. Cette état émotionnel qui ne peut pas être assumé, s'exprime par des plaintes douloureuses, crée une rupture de vie et déstabilise la personne.

Une fois fragile et vulnérable, la personne âgée n'arrive pas à intégrer dans sa vie les changements qui en sont les conséquences, et perd progressivement l'estime de soi. En effet, l'image de soi qu'elle a pu construire tout au long de sa vie, subit à présent une dégradation totale, pour évoluer vers une dévalorisation.

Nous constatons donc que la violence psychologique, souvent restée dans le non-dit, s'exprime par le biais d'une douleur qui stigmatise une souffrance muette.

### **Compromettre le développement personnel :**

La catégorie « Compromettre le développement personnel » apparaît, selon notre procédure de traitement de données, dans la zone périphérique des représentations sociales du phénomène de la maltraitance et comprend les éléments suivants: infantiliser, chambres inadéquates, vivre avec des malades mentaux.

Le terme de « infantiliser » qui apparaît chez cinq pensionnaires, décrit un acte qui altère le développement de l'image et la connaissance de soi.

En effet, il renvoie l'ainé à un stade de développement inférieur et même archaïque, avec toutes les images que peut invoquer ce mot, tels que : l'immatunité, la non responsabilité, et l'incapacité de juger et d'être maître de ses décisions. Les paroles de la personne âgée sont donc mises en relief. Elle est de ce fait considérée comme un être totalement dépendant sur tous les plans, comme l'enfant.

Tandis que, la vieillesse correspondait à une progression dans le temps, dans le corps et surtout dans le mode de penser pour arriver à la sagesse. L'intervention des propos et des actes infantilisants, font inverser ce processus, en le mettant dans une image de dégradation dans le temps et surtout dans le mode de penser.

La dégradation de la qualité de vie est aussi présente, exprimée par les mots : chambres inadéquates, vivre avec des malades, qui reflètent la non satisfaction des résidents des conditions de leur vie en institution et du projet de vie mis en place.

En effet, la présence de différentes catégories de personnes, atteintes de divers handicaps ou de maladies, dans le même établissement et parfois dans la même chambre, présente en soi un facteur perturbateur de la vie dans l'institution. Il empêche les uns et même l'ensemble des résidents de s'épanouir ou d'avoir des activités dont ils étaient habitués.

Le mode de vie quasi autonome et fermé qu'impose l'établissement, ne permet pas aux résidents de posséder des liens suffisamment réguliers et forts avec l'extérieur pour actualiser et entretenir leur curiosité intellectuelle, leur vie culturelle et leur engagement social et d'avoir accès aux ressources de la société sur les plans éducatif, culturel, spirituel et en matière de loisirs. Le problème n'est pas l'absence de moyens d'information, mais la distance entre le monde d'où ils proviennent et le leur. Les informations ne leurs parlent que de la vie sociale et culturelle...qui leur est peu à peu devenue étrangère, puisqu'ils n'y participent plus. Ces derniers s'en consolent en trouvant d'autres activités. C'est ce qui explique l'intérêt que prestent pour des vieux les émissions de divertissement qui ne risquent pas de les amener à penser à leur isolement social.

L'insatisfaction des résidents exprimées au sujet des chambres inadéquates et le fait de vivre avec des malade mentaux indique l'éloignement de ces derniers par l'institution dans l'élaboration de son projet de vie et d'aide et également, l'exclusion de la recherche des ressources et des potentialités chez ces personnes âgées, à l'encontre de leurs attentes, à l'égard d'une intégration naturelle à part entière dans la construction des projets d'aides on redonnant à la personne vieillissante un pouvoir décisif pour qu'elle redevient l'acteur principal de la construction de son projet de vie dans lequel, finalement le projet d'aide (ou de soin) doit s'intégrer.

L'institution considère donc la vieillesse exclusivement comme un déclin inéluctable au lieu de lui attribuer des vertus génératrices d'un développement personnel permettant la poursuite et, à défaut, la construction d'un projet de vie,

Nous pouvons constater également que les éléments qui apparaissent dans cette catégorie, dévoilent les conséquences néfastes des actes subis, tant sur l'accomplissement des aspirations et du rêves d'une vie sereine et prospère, que sur la valorisation des talents et du potentiel intellectuel et personnel de nos sujets, qui peuvent donner lieu à des pathologies diverses, telles que la dépression. [Daniel Levinson](#) (1920-1994), (cité in : Développement [http://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=D%C3%A9veloppement\\_personnel&action=edit](http://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=D%C3%A9veloppement_personnel&action=edit)) dans ses recherches sur le développement personnel, influencé par les aspirations dans le parcours du jeune adulte, de ce qu'il appela le « Rêve », affirme que : « Quel que soit la nature de son Rêve, l'homme a la tâche de le développer en lui donnant plus de clarté et en trouvant des moyens pour le vivre. Il y a une grande différence dans le développement entre une structure de vie imprégnée et conforme à ce rêve ou bien en contradiction avec lui. Si le rêve reste déconnecté de la réalité, il peut simplement disparaître et avec lui la sensation de vivre et d'avoir un but. ». En effet, si la personne s'éloigne de son rêve, durant le parcours de sa vie, elle risque de perdre son attachement à la vie. C'est ce qui caractérise l'état de nos sujets, dépressifs et désespérer plongés dans la démonce.

À l'encontre du développement personnel, parfois appelé « épanouissement personnel » ou « croissance personnelle » qui recouvre un ensemble de pratiques disparates visant à développer des aspects positifs, de sa personnalité ou à atteindre une certaine sagesse, surviennent les diverses formes de maltraitance que subissent les personnes âgées de façon insidieuse.

Les personnes âgées, sujets de notre étude, se voient donc exposées à des difficultés de réalisation et de développement personnel.

Toutes ces situations sont perçus par nos sujets comme maltraitantes, car elles les empêchent de mener une vie respectable et digne de l'être humain.

**Atteintes à la liberté :**

Les représentations sociales de la maltraitance chez les personnes âgées sont associées à un ensemble de comportements réduisant l'autonomie et la liberté de décider soi-même.

Selon Saint-Jean Et Thomas (2003) cette liberté est synonyme de la possibilité de décider et de choisir soi-même pour soi-même. Elle n'est pas l'antonyme de dépendance physique, car la vieillesse ne peut se détacher de ce concept. Ils incluent dans cette catégorie, la contention, l'enfermement, le placement et les soins forcés, l'interdiction de gérer soi-même ses médicaments, le port de vêtements imposés, le manque d'aide ou une aide inadaptée qui ne facilite pas les activités, l'absence d'attention aux habitudes de vie aussi bien à domicile qu'en institution (horaires du lever, de la toilette, des repas, composition des repas).

Cette description des actes qui portent atteinte à la liberté personnelle des sujets âgés, nous la retrouvons dans les réponses au tests associatifs utilisé dans notre étude.

Les mots suivants : atteinte à la liberté, loi du plus fort, traiter avec contrainte, mauvais habits, expriment l'incapacité de décider soi-même, ou de gérer seule sa vie, que ce soit pour la réalisation de ses besoins, ou celle de ses habitudes courantes. Elles vont de pair avec un sentiment de dépossession de soi ou de ses biens.

La personne âgée évoque également l'image de la prison, en abordant son mode de vie que ce soit au sein de l'institution ou en milieu familial, ou elle est soumise à une restriction de sa liberté sensorielle et intellectuelle et à un règlement régissant les sorties : avec l'obligation pour les familles de signer une autorisation ce qui inflige angoisse, inquiétude et à un deuxième règlement, régissant les heures du lever, du coucher et de sortie : le lever doit être planifié en fonction du sommeil de la pathologie du client. ; le coucher doit avoir lieu en fonction des mêmes conditions.



Elle vit dans une monotonie environnementale, qu'impose l'architecture et le mobilier fonctionnel, l'absence de manifestations habituelles culturelles et d'activités manuelles, ....et pour parvenir au centre de la problématique qu'elle vit, des questions envahissent son esprit, à propos de l'utilité de parler lorsque personne n'écoute, d'écouter quand les mots et les cries ne transmettent que des ordres, bref, l'utilité de toute activité qui ne provoque aucun plaisir. Le sujet recourt dans de telles situations à manger moins, refuse de parler, écoute à peine, oublie les souvenirs récents et semble indifférent aux stimulations visuelles ou olfactives. C'est là qu'intervient le dogme de la maladie pour écarter la possibilité que l'attitude du patient soit induite par ses conditions de vie.

La personne âgée qui a perdu de son pouvoir, se demande comment remédier à cette perte sans pour autant s'octroyer la toute-puissance. En effet, de nombreuses personnes de l'entourage de l'ainé ne trouvent pas cet équilibre et passent directement d'une attitude de déni des difficultés du vieux à une attitude de prise en charge autoritaire de sa vie.

Selon Jérôme Péliissier (2003) ce type de comportement est aliénant pour le vieux en ce qu'il ne lui laisse à plus ou moins court terme que deux réactions possibles : soit préserver son autonomie et sa liberté, au risque de voir le protecteur s'éloigner et le négliger, soit accepter la surprotection et lui accorder le bénéfice de la raison, et finir par ne plus se percevoir que comme l'autre le perçoit : faible, assisté, inadapté, etc..

Ces comportements ôtent à la personne le droit de prendre les mêmes risques que les autres, et favorisent son enfermement dans un environnement aseptisé.

Par conséquent, à domicile comme en établissement, cette catégorie d'atteintes recouvre tout ce qui donne à la personne le sentiment de ne pas pouvoir choisir, d'être assujettie au bon vouloir des professionnels, selon des règles qui échappent à sa compréhension.

Ainsi les personnes âgées qui se plaignent d'atteintes à la liberté ont le sentiment de ne pas être traitées en adulte, que ce statut d'adulte responsable leur est

refusé, d'être dépossédées d'elles-mêmes, de ne plus être sujet de droit et de libertés, mais objet passif, qui nécessite des soins. Elles se sentent alors dépossédées de leur qualité de personne humaine ou de citoyen .

**Nuisance à la sécurité financière:**

Cet élément fait partie du système périphérique de la représentation sur la maltraitance chez nos sujets. Celui-ci, comme le rappelle Abric (1994)p28, « permet l'acceptation dans le système de représentation d'une certaine hétérogénéité de contenu et de comportement. ».

En effet, certaines agressions se déroulent sans violences physiques, du fait d'une emprise psychique de l'agresseur sur la victime. C'est le cas de mauvais traitements infligés sur le plan financier ou matériel. Ces agressions sont, de par leur nature et la négation de l'autre qu'elles véhiculent, extrêmement mortifères.

La faiblesse de cette population, due à leurs vulnérabilité physique ou à leur ignorance, en fait des proies faciles pour un certain nombre d'escrocs, qui se sont spécialisés dans l'arnaque et le vol.

Dans le cas de notre population de recherche, constituée essentiellement de personnes analphabètes, la nuisance à la sécurité financière est la forme de maltraitance la plus aisée pour leurs entourage. Nous la retrouvons essentiellement sous forme de vols et d'exploitation. Nos sujets se sont donc contenté d'évoquer ces deux types de nuisances financières, sûrement à cause de leurs état financier modeste, car la plus part d'entre eux n'ont aucun revenu, et ne touchent pas de pension de retraite.

Les vols dont ils sont sujets, se déroulent principalement en institution. Ils sont commis par les autres résidents ou par le personnel de l'établissement.

Quant à l'exploitation financière, elle se fait par des membres de la famille, qui font du chantage affectif aux résidents, pour leurs piller de l'argent ou même de

quelque dons qu'ils ont reçu par des associations ou des personnes bienfaitantes, ceci dit, ils leur « accordent » en revanche la faveur de leur rendre visite ou de les faire sortir de temps en temps de l'établissement.

Toutes ces agressions créent chez nos sujets un sentiment d'insécurité et de méfiance, d'instabilité, et d'alerte permanente.

### **Confrontation des résultats aux hypothèses de la recherche :**

Nous sommes partie de l'idée que les personnes âgées qui résident dans l'institution d'hébergement de Dar Erahma de El hama, affrontent perpétuellement des situations de maltraitance ou qu'elles ont été victime d'abus qu'exerçaient sur elles l'entourage au sein duquel elles vivaient avant leurs placement.

Nous avons également pensé que les représentations sociales qui entourent cette notion, sont le meilleur moyen pour rendre compte de ce phénomène. A cette fin, nous avons exploité les renseignements que fournissait la documentation théorique à propos du phénomène, et nous sommes parvenus à appréhender cinq éléments qui structurent les représentations sociales de la maltraitance chez nos sujets que nous avons tenté de vérifier.

Notre première hypothèse suppose la présence d'éléments qui indiquent l'atteinte à l'intégrité physique, dans le champ représentationnel de la maltraitance chez nos sujets. L'analyse des résultats, des tests associatifs, a bien confirmé cette conception, et à même prouvé qu'elle était au centre de toute les perceptions qui étaient en lien avec le phénomène.

En effet, nos sujets trouvent que la maltraitance est une atteinte à leur intégrité physique, de par son caractère anéantissant, destructeur et extrêmement traumatisant, qui les laissent affronter l'idée d'être agressé, d'avoir un accident et plus exactement d'être vulnérable.

La seconde hypothèse posée s'avère également plus pertinente et nous pouvons la confirmer dans sa totalité. Notre analyse a bien montré que la maltraitance est vécu par

ces personnes comme une atteinte à leurs intégrités psychiques, leur infligeant du tort et de la douleur, qui peuvent aller jusqu'à la dépression ou des formes de démence, que leur entourage décrit en terme de "maladie ou troubles du vieillissement". La personne âgée victime de maltraitance, n'arrive pas à accepter ses situations, ce qui l'amène à une dégradation et une perte de l'estime de soi, qui va jusqu'à la dévalorisation. L'image la plus significative et qui rend compte du vécu de telles situations, la plus expressive donné par nos sujets est bien celle du "chien". C'est leur façon de percevoir ces abus et tout le bouleversement qui en résulte.

Notre troisième hypothèse portait sur l'organisation des représentations sociales chez notre groupe de sujets, autour de l'atteinte à la liberté. D'après les éléments recueillis, cette atteinte, apparait sous forme de loi du plus fort, de contrainte, de mauvais habits. En effet, nos sujets perçoivent ces situations comme limitant leurs possibilités de décider et de choisir par eux-mêmes et pour eux-mêmes.

Il apparait également que la maltraitance renvoie à l'image de la prison, qui impose à ses sujets un mode de vie monotone, lui interdisant certains comportements et habitudes par mesure de protection ou du bon fonctionnement de l'établissement. Ces préoccupations sensorielles ou intellectuelles sont restreintes, et il est soumis à un règlement régissant ses horaires du lever, du coucher et même ses sorties.

Nous nous rendons aussi compte que l'hypothèse concernant l'élément de la nuisance du développement personnel est bien confirmée. En effet, la dégradation du mode de vie, les formes d'infantilisation que subissent nos sujets, sont susceptibles de perturber, de gêner et d'endommager leurs progrès personnels et le rêve d'une vie sereine, et prospère.

Le phénomène objet de notre étude (la maltraitance) est aussi présent chez nos sujets sous forme d'agressions financières. Le vol et l'exploitation financière représentent les principales formes de cette catégorie de mauvais traitements et même les plus rencontrés par nos sujets. Dans ce type de situation, nos sujets affrontent une peur et une alerte permanente ce qui crée chez eux un sentiment d'insécurité et les empêche de mener une vie sereine et prospère. On peut donc conclure que notre

cinquième hypothèse est en partie confirmée, car la typologie obtenue concernant cette catégorie est restreinte aux actes de vol et d'exploitation.

D'après les éléments dont nous disposons, nous pouvons avancer que le regard global sur la maltraitance est construit autour d'un noyau central qui regroupe des sentiments négatifs en lien avec l'atteinte à l'intégrité physique et l'atteinte à l'intégrité psychique. Quant au système périphérique, il regroupe les éléments indiquant l'atteinte à la liberté, la nuisance au développement personnel et la nuisance à la sécurité financière.

Il semble donc que les évocations des sujets interrogés dans cette étude soient globalement le reflet de la définition de la maltraitance donnée par le conseil de l'Europe.

Nous arrivons enfin à résumer les formes de la maltraitance que nos personnes âgées, résidents à Dar Erahma de El Hama, ont dû vivre dans la typologie suivante :

Actes qui portent atteinte à l'intégrité physique :

Frapper -

Mauvaise nourriture -

Manque de prise en charge médicale -

Manque de propreté -

Manque de bain -

Violence physique -

Manque d'eau -

Punir -

Ne pas aider -

Actes qui portent atteinte à l'intégrité psychologique:

Insultes -

- violence verbale

Aucune considération -

Plus bas -

Comme un chien -

Abandonner -

- Manque de respect

Ne pas lui parler -

Sans valeur -

Souffrir -

Injustice -

Non tolérance -

Crime -

Manque de tendresse -

- Lourd de charge

- Traiter avec contrainte

- Méchanceté.

Actes qui compromettent le développement personnel:

Chambres inadéquates -

Infantilisé -

Vivre avec des malades mentaux -

Actes qui portent atteinte à la liberté :

- Mauvais habits
- Atteinte à la liberté personnelle
- Mauvais sommeil
- Manque de repos
- Loi du plus fort
- Prison
- Horaires imposés
- Sortie difficiles

Actes qui nuisent à la sécurité financière :

- vol
- Exploitation
- Contraindre à lui donner de l'argent

## Conclusion générale

---

### Conclusion générale :

Au terme de ce mémoire, nous avons pu identifier, analyser et comparer, sous la perspective de personnes âgées, les représentations sociales de la maltraitance.

Au départ, nous avons commencé par établir notre problématique dans laquelle nous faisons état du contexte actuel du phénomène de la maltraitance et de son impact sur cette frange de la société.

Notre hypothèse générale portait sur la construction des représentations sociales sur la maltraitance, majoritairement autour de sentiments négatifs.

Nous sommes parti de l'idée que les personnes âgées qui résident dans le foyer d'hébergement pour vieux de el Hama, sont exposées ou du moins ont été victimes de mauvais traitements au sein de leurs familles, avant leur entrée en institution, ou continuent à l'être au sein de l'établissement.

On s'appuyant sur la documentation recueillie à propos des théories explicatives des représentations sociales, avançant que ces dernières sont construites par des processus intégrateurs, qui s'articulent dans des interactions sociales, liant le psychologique et le sociale et assurant ainsi, une fonction de filtrage cognitif, en une vision acceptable et cohérente des situations et des événements sociaux afin de permettent l'élaboration d'une connaissance particulière d'un objet, par un individu ou un groupe d'individu, dans un contexte particulier. (Moscovici, 1961).

nous avons pu formuler nos hypothèses qui considèrent que les représentations sociales sont des constructions élaborées au travers des mécanismes cognitifs, psychiques et sociaux à propos de l'objet défini dans notre étude par la maltraitance, d'où l'information sur cet objet est formée par des croyances, connaissances significatives des expériences vécues au quotidien et des stéréotypes qu'ils possèdent.

## Conclusion générale

---

De ce fait, les représentations sociales que nos sujets ont été construites à travers leurs vécus de situations de maltraitance, et vont leur servir de grille d'interprétation du réel.

Rendre compte de ces représentations sociales, c'est donc explorer les différents éléments qui construisent cet objet et découvrir leur organisation. C'est à dire, parvenir à analyser la structure de cette notion, en identifiant les éléments périphériques et ceux qui constituent le noyau central de cette structure.

Nous avons également présenté les définitions du phénomène objet de cette étude, en le conceptualisant à notre recherche. Cette étape, nous a permis d'élaborer nos questions de recherche et d'en faire ressortir la pertinence.

Dans notre cadre de références théoriques, dans un premier temps, nous avons proposé les principales avancées autour du concept de la maltraitance et nous avons exposé les différentes typologies du phénomène parmi lesquelles nous avons retenu celle préconisée par le Conseil d'Europe.

Nous avons également traité la notion de vieillesse, pour en tirer les caractéristiques les plus importantes et parvenir à déterminer l'outil de l'étude des représentations sociales le plus adéquat pour cette population de recherche.

Alliant ces deux concepts, nous avons choisi cinq catégories de comportements-types de la typologie pris en considération dans notre étude, pour dresser notre cadre d'analyse.

Nous avons poursuivi notre processus de recherche en exposant notre cadre méthodologique où nous établissions toute la démarche poursuivie pour la collection des données à partir de nos outils élaborés (entretiens semi-dirigés, carte associative, méthode de Vergès) et le modèle d'analyse qualitative utilisé pour le traitement des données.

À la suite de la collecte de données, nous avons décrit et analysé les représentations sociales de chaque catégorie. Nous avons ensuite procédé à une synthèse des représentations sociales des cinq catégories pour nos sujets.



## Conclusion générale

---

Tout cet enchaînement d'idées et d'étapes, nous a permis de conclure que les personnes âgées, qui ont participé à cette recherche partagent des images et des perceptions à propos de l'objet de l'étude. L'image de la maltraitance est donc bien présente chez eux (nos sujets). Elle émane de leurs expériences et leur vécu de telles situations. Le contenu du champ représentationnel que nos sujets ont construit à propos de ce phénomène, semble répondre à un ordre bien précis d'apparition.

En effet, on retrouve en premier lieu une description des actes et des violences subies qui s'en suivent de sentiments et de ressentis négatifs qui montrent leurs impacts néfastes et déséquilibrants sur ces personnes.

Une attitude commune à nos sujets, à l'égard de la maltraitance, figure dans la contestation et la dénonciation de ces actes. C'est ce qui surgit à travers leurs expressions durant les entretiens et les associations produites lors de l'application des tests. Une attitude qui reste néanmoins indécente, car elle est vécue de façon insidieuse, et n'est jamais sortie en dehors des murs de la honte et de la peur des représailles dont elle est fortement rassasiée (saturée).

On peut dire de ce fait que nos sujets expriment une forte tendance à considérer ce phénomène comme une forme de violence destructrice et déséquilibrante, face à laquelle ils ne peuvent que fuir dans des manifestations pathologiques, qui ne font que renforcer l'image du « vieillard inutile et fou ».

L'analyse effectuée au moyen de la carte associative et la méthode de Vergès, révèle que les représentations sociales de la maltraitance structurent les perceptions et les images d'un tel phénomène en éléments centraux et d'autres périphériques. Le noyau central des représentations sociales de l'objet de la maltraitance, est donc constitué d'éléments et d'images collectives, partagés par les membres de ce groupe. Il apparaît que cette population considère davantage les catégories des atteintes à l'intégrité physique et psychique comme les plus prégnantes. L'atteinte à la liberté et celle du développement personnel et la nuisance financière, font partie des éléments périphériques.

## Conclusion générale

---

Nous sommes parvenus à la fin de notre étude à faire ressortir et à établir une typologie des actes de la maltraitance qui sont communes et propres à ce groupe de personnes âgées, et qui émanent de leurs expériences et leur vécu.

Cette description de la maltraitance, correspond en partie à certains points des définitions citées dans la littérature. En effet, certains éléments de l'atteinte à l'intégrité physique et psychologique, sont présents dans notre enquête, contrairement aux éléments qui constituent la nuisance financière est qui ne sont pas apparus lors de notre enquête.

L'explication que nous a fourni l'exploration des dossiers des résidents et notre enquête auprès du personnel de l'établissement, est que la majorité de ces sujets n'ont pas de revenus ou qu'ils bénéficient d'une modeste retraite qui n'est pas susceptible d'attirer l'intérêt des esprits assoiffés d'argent.

Par notre procédure de recherche et au vu des résultats obtenus, nous pouvons dire que nous avons atteint nos deux objectifs de recherche relatifs à l'identification, l'analyse et la comparaison des représentations sociales de la maltraitance chez nos sujets. En effet, Il semble que les évocations des sujets sont globalement le reflet de la définition de la maltraitance donnée par le Conseil de l'Europe.

Nous croyons avoir pu lever le voile sur certaines pratiques exercées à l'encontre des personnes âgées dans notre société, qu'elles endurent en silence, et qui échappent à la répression et la dénonciation de nos autorités. Nous pensons qu'il est temps de lutter contre ce phénomène et que de tels actes doivent être repérés, dénoncés, et leurs auteurs doivent être punis et sanctionnés par une loi claire et précise, instaurée dans cette perspective.

Notre ambition est d'apporter un plus et de contribuer dans les recherches en faveur de cette frange de la société, et de participer à remédier à ce phénomène. Bien que les résultats de cette recherche se limitent à nos sujets, nous ne pouvons affirmer avec conviction que le phénomène de la maltraitance est répandu dans notre société, ou du moins d'avancer qu'il est propre aux établissements d'hébergement pour personnes âgées. Nos conclusions restent donc modestes, et d'autres études plus élargies méritent de répondre à ces attentes.

### Références Bibliographiques

#### Les ouvrages :

- 1) Abric, J-C. (1987). Coopération, compétition et représentation sociale, Cousset: Del Val.
- 2) Abric, J-C. (1971). Cité par, Moscovici, (). Introduction A La Psychologie Sociale. Paris ; Larousse.
- 3) Abric, J-C. (1994). Pratiques Sociales Et Représentations. Prie, Puf.
- 4) Abric, J-C. (2003). Méthodes d'étude Des Représentations Sociales. Ramonville Saint-Agne : Edition Errés.
- 5) Bardin, L. (1991) . L'analyse De Contenu. Paris : Presse Universitaire De France.
- 6) Belmin J, Amalberti F, Béguin Am (2005) . L'infirmier(E) et les soins aux personnes âgées, Paris : Masson.
- 7) Bennett, Kingston et Penhale (1997). Bennett, G., Kingston, P. And Penhale, B. (1997): The Dimensions Of Elder Abuse: Perspectives For The Practitioner. Basingstoke: Macmillan
- 8) Berger, P. Et Luckmann, T. (2003) . La construction sociale de la réalité. Deuxième Edition, Pris Armand Colin.
- 9) Bernardette Veysset-Puijalon (1991) . Être Vieux, Ed. Autrement.
- 10) Biggs, Phillipson et Kingston (1995) . Elder abuse in perspective, Buckingham: Open University.
- 11) Bonardi, C . Et Roussiau, (1999). Les Représentations Sociales. Paris : Dunod.
- 12) Brown, H. (2004). Violence Envers Les Groupes Vulnérables Ed Du Conseil De L'Europe.

## Références bibliographiques

---

- 13) Brown, H. (2003). Protection des adultes et des enfants handicapés contre les abus, Ed; Du conseil de l'Europe.
- 14) Cario, R. (2003): La victimisation des aînées, négligence et maltraitance à l'égard des aînées, Ed. L'Harmattan.
- 15) Cirillo, S. Et Di Blasio, P. (1992.). La famille maltraitante. Ed. Esf, Paris,
- 16) Darwin (1989). *The Expression Of The Emotions In Man And Animals* [Éd. Orig. 1872], Edited By Francis Darwin, Vol. 23 In *The Works Of Charles Darwin* Edited By Paul H. Barrett & R. B. Freeman. London, William Pickering, In , *l'expression des émotions chez l'homme et les animaux*. (1998), Préface De Jacqueline Duvernay Bolens. Traduit De l'anglais Par Les Docteurs Samuel Pozzi & René Benoît. Fac-Similé De l'édition De 1890. Paris, Editions Du Cths.
- 17) Debout, M. (2003). Prévenir La Maltraitance Envers Les Personnes Agées. Ed. Ensp
- 18) Doise, W. et Palmonari, A (1986). L'étude des représentations sociales, Dlachaux Et Niestlé : Neuchâtel.
- 19) DSM-IV- (2000). Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, Edition : MASSON.
- 20) Durkheim, E. (1991). Les formes élémentaires de la vie religieuse, Le Livre De Poche, Paris.
- 21) Flament (1987). Pratique et représentation sociale ; In. J.L. Beauvois, R-V. Joule et J.M. Monteil (coord): perspectives cognitives et conduites sociales. Tome 1, théories implicites et conflits cognitifs. Cousset: Deval. 117-138.
- 22) [Fondation Eisai](#) (2007). Quand est-ce que je vieillis, Éditeur : Puf.

## Références bibliographiques

---

- 23) Poussin, G. (2005). La pratique de l'entretien clinique, 3ème Edition Gérard Poussin, Dunod.
- 24) Guillemard, A.(1970). La Retraite, une mort sociale, Puf,.
- 25) Guillemard, A-M. (2003) . **L'âge de l'emploi : les sociétés à l'épreuve du vieillissement**, Ed. Armand Colin.
- 26) Herzlich (1969) . Santé Et Maladie. Analyse d'une Représentation Sociale, Pris, Mouton.
- 27) Jack, R. (1994, P. 89). Dependence, Power And Violation; Gender Issues In The Abuse Of Elderly People By Formal Carers In Eastman, M. (1994) (Ed.) Old Age Abuse, London: Chapman Hall
- 28) Laforest, J. (1990) . Introduction à la gérontologie, Ed: Hurtubise, Hmh.No 618,97.
- 29) Antoine,J-M., Czenichow,P. Et Housset , B.(2005) . Le Vieillissement, Module 5 .Ed Masson No618, 97.
- 30) Seca,J-M. (2002) . Les représentations sociales, Armand Colin.
- 31) Jodelet, D. (1994) . Les Représentations Sociales, Paris, Puf,
- 32) Jodelet, D. (1989). Les Représentations Sociales. Paris : Presse Universitaires De France.
- 33) Jodelet, D. (1991). Les Représentations Sociales. Paris : Presse Universitaires De France.
- 34) Jodelet, D. (1995) . Folie et représentations sociales. Paris : Presse Universitaires De France.
- 35) Laplanche, J. Et Pontalis, J.-B. (1975). Vocabulaire de la psychanalyse, Paris, Puf.
- 36) Israel, L. (1993). La Vie Jusqu'au Bout, Collection Tribunes Libre Librairie Plon.

## Références bibliographiques

---

- 37) Mac Dougall, J. (1989). Théâtres du corps. Le psycho soma en psychanalyse, Paris, Trad. Française, Gallimard.
- 38) Medaward (1952) Et Williams (1957) .(Cité par Roger Fontaine :psychologie du vieillissement 2° edition Dunod, paris, 2007.
- 39) Moliner, P, Rateau, P., Cohen-Scali, V., (2002) . Les représentations sociales. Pratique des études de terrain, Rennes, Presses Universitaires de Rennes.
- 40) Moscovici, S.(1961) . La psychanalyse, son image et son public, Pris : Puf.
- 41) Moscovici, S.(1969) . Preface. In. C. Herzlich : Santé et maladie. Paris : Mouton.
- 42) Pellissier, J.(2003) . **La Nuit Tous Les Vieux Sont Gris**, La Société contre la vieillesse Bibliophane Edition.
- 43) Debray,Q.(2005). Protocoles de traitements des personnalités pathologiques - approche cognitivo-comportementale. Ed .MASSON.
- 44) Debray,Q, B.Granger, F. Azais (2005). Psychopatologie de l'adulte, Ed. MASSON.
- 45) Hugonot, H. (2007) . Violences invisibles : reconnaître les situations de maltraitance envers les personnes âgées, Editions Dunod.
- 46) Fontaine, R.(2007) . Psychologie Du Vieillissement 2° Edition Dunod, Paris.
- 47) Roussiau, N.et Bonardi, C. (2001) . Les représentations sociales, Dunod.
- 48) Tisseron, S. (1992). La Honte. Psychanalyse d'un lien social, Paris, Dunod.
- 49) Caradec, V. (1999) . Sociologie de la vieillesse et du vieillissement, 2em Edition Armand Colin.

## Références bibliographiques

---

- 50) Vergés (1994). Approche du noyau central; propriété qualitatives et structurales. Structure et transformation des représentations sociales. Guimellis, Delachaux et Nestlés, Lausanne.
- 51) Whittaker, T. (1995). Gender and elder abuse, In Arber, S. And Ginn, J. (1995) (Eds.) Connecting Gender And Ageing: Sociological Approaches To Gender Relations In Later Life, Buckingham, Open University Press.
- 52) Castellan, Y. (1993) . Psychologie De La Famille, Ed Privat No 158,2.
- Revus et presse :**
- 53) Abric (1984). L'artisan et l'artisanat, analyse de conteneue et de la structure d'une représentation sociale, Bulletin de psychologie, 37(366), 861-876.
- 54) Brown, A. (1989) . A Survey on Elder abuse in one native American tribe. Journal of Elder abuse and neglect, Une enquête sur les mauvais traitements dans une tribu amérindienne
- 55) Flament, C. (1981). L'analyse de similitude, une technique pour l'analyse des représentations sociales. Cahier de psychologie cognitive, 1,375-395.
- 56) Flament, C. (2001) . Approche structurale et aspects normatifs des représentations sociales. Psychologie Et Société, 2(4), 57-80.
- 57) Gillatte, A. (1989) . Accueillir des personnes âgées, Ed Du Moniteur No 618,97.
- 58) Grafstrom, M., Norberg, A. And Wimblad, B. (1992). Abuse Is In The Eye Of The Beholder. Reports By Family Members About Abuse Of Demented Persons In Home Care. A Total Population Based Study, Scandinavian Journal Of Social Medicine. 24, 4: 247-55. Buse est dans l'oeil du spectateur. Rapports de membres de

## Références bibliographiques

---

la famille sur l'abus de personnes Demented soins à domicile. Étudier une population totale de la base, Scandinavian Journal de médecine sociale

59)Guimelli, C. Et Rouquette, M.L, (1992) . Contribution du modèle associatif des schèmes cognitifs de base a l'analyse structurale des représentations sociales. Bulletin De Psychologie, T. XlV, N°405, 196-202.

60)Le Quotidien El Khabar (Le Numéro Du 25/01/2009)

61)Pillemer, K. A. And Suitor, J. J. (1992). Violence and violent feelings. What causes them among family caregivers? Journal Of Gerontology: Social Sciences. 4, 7: S165-72.

62)Saint-Jean, O. Et Thomas, H(2003) . Autonomie sociale et citoyenneté dans la vie quotidienne des personnes âgées vivant en institution, In Les Personnes âgées entre aide a domicile et établissement, Drees, Dossiers Solidarité Et Santé, Documentation Française, N° 1.

63)Straus, M. (1993) . Physical assaults by wives , a major social problem, In R. Gelles, R. And Loseke, D. (Eds.) Current controversies on family violence. Newbury Park, Ca: Sage.Tatara, T. (1993) Finding The Nature And Scope Of Domestic Elder Abuse With State Aggregate Data, Journal Of Elder Abuse And Neglect, 5 (4): 35-6.

64)Tatara,( 1993) . Finding the nature and scope of domestic elder abuse with state aggregate data, Journal of Elder Abuse and Neglect, 5 (4): 35-6.

65)Vergés (1992):l'évocation de l'argent, une méthode pour la définition du noyau central d'une représentation sociale. Bulletin de psychologie, XLV, no 405,203-209.



## Références bibliographiques

---

### Dictionnaires :

- 66) Le Dictionnaire Historique De La Langue Française, Le Robert(2000): Alain Rry, Ed. Le Robert.
- 67) Le Dictionnaire Le Robert (1976). Le **Robert & Collins**.
- 68) Le Dictionnaire Petit Larousse (2010) : Ed. Anniversaire de la semeuse.
- 69) Le Petit Larousse (2004) : Paris : Larousse.
- 70) L'école Anglaise Du Langage Ordinaire, Notamment, Austen(1962) Austin, J. L. (1962). *How to Do Things With Words*. Oxford University Press: Oxford, England.
- 71) Searle(1972), *Les Actes de langage*, 1972, éd. Hermann, rééd. 2009

### Textes Légaux :

- 72) Code Pénal.(2011), Texte intégral du code mis à jour au 25 février 2009, Edition : BERTI.

### Web graphie:

- 73) Weber, A. Dépendance des personnes âgées et handicap: les opinions des Français entre 2000 et 2005 in <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er491/er491.pdf> (visité le 11/05/2009)
- 74) Bridg, Penhale Et Jonathan Parkerin. Les hommes âgés et la maltraitance des personnes âgées, in <http://www.euowrc.org/> -Visité Le 29/04/2009
- 75) Développement Personnel  
[Http://Fr.Wikipedia.Org/W/Index.Php?Title=D%C3%A9veloppement\\_Personnel&action=Edit](http://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=D%C3%A9veloppement_Personnel&action=edit)

## Références bibliographiques

---

- 76) Jaoui, d'h. (1979). Par Marie-Odile Martin Sanchez : Etude d'un Groupe d'aides A Domicile, in [http://www.serpsy.org/formation\\_debat/mariodile\\_6.html](http://www.serpsy.org/formation_debat/mariodile_6.html).
- 77) Kourta, D. Aide pour 3,5 millions de personnes âgées in, El Watan, 3 Octobre 2006 in, <http://news.fibladi.com> :88/
- 78) Thomas, H. Et col. Perceptions et réactions des personnes âgées aux comportements maltraitants : une enquête qualitative in <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er370.pdf>, visité le 11/05 2009.
- 79) Falco, H; (2002). Cité in association Française de protection et d'assistance aux personnes âgées, in , <http://www.afpap.org/infofalco.htm>, visité le 08/05/2011)
- 80) [Juilhard](#), J-M. Et [Blanc](#), P. : Maltraitance envers les personnes handicapées : briser la loi du silence (tome 1, rapport) In <http://www.Senat.Fr/Index.Hlml> Visité Le 24/02/2009
- 81) Jodelet(1984), Cité par Deswart, E. : Les représentations sociales in : [http://www.psychologie-sociale.com/index.php?Option=com\\_content&task=view&id=104&Itemid=34](http://www.psychologie-sociale.com/index.php?Option=com_content&task=view&id=104&Itemid=34) visité le 11/05/2009)
- 82) Jodelet(1989) Cité In . Michèle Jouet Le Pors , La théorie des représentations sociales in <http://www.cadredesante.com/spip/index.php>) visité le 15/05/2009. Ou <http://www.cadredesante.com/spip/spip.php?Article314>
- 83) Plamondon, L. ,Lauzonet, S. , Rapin, C .H. : Sur les abus et les négligences chez les personnes âgées tel que perçu par les intervenants dans des services a domicile Effectuée En 2000-2001,in [http://rhone-alpes.sante.gouv.fr/social/cdmaltraitance/Chapitre\\_2/1/Rifvel\\_abus\\_a\\_domicile.pdf](http://rhone-alpes.sante.gouv.fr/social/cdmaltraitance/Chapitre_2/1/Rifvel_abus_a_domicile.pdf) visité le 11/05/2009.

## Références bibliographiques

---

- 84) La Retraite, Quelle Identité Après Le Travail ? In: <http://www.Ecole.Org> Visité Le 05/08/2010.
- 85) Plamondon, C .H. In: [http://rhone-alpes.sante.gouv.fr/social/cdmaltraitance/Chapitre\\_2/1/Rifvel\\_abus\\_a\\_domicile.pdf](http://rhone-alpes.sante.gouv.fr/social/cdmaltraitance/Chapitre_2/1/Rifvel_abus_a_domicile.pdf)
- 86) Maladie d'alzheimer in: <http://Fr.Wikipedia.Org/Wiki/Wikipédia> Visité Le 05/01/2011
- 87) Martin, M-O. Et Sanchez in Etude d'un Groupe d'aides A Domicile Preparant Le C.A.F.A.D. Modulaire in: <http://www.serpsy.org/formation> debat/mariodile 6 html visité le 19/04/2009
- 88) Casman, M-T. (1998) cité par, CASMAN, LENOIR et BAWIN-LEGROS. *Vieillir en Maison de Repos : quiétude ou inquiétude ?* Ministère de la Politique d'Egalité des Chances, Bruxelles 1998, disponible sur <http://www.rifvel.be/abus%20institution>.
- 89) Etienne, G. et col. Rapport Mondial Sur La Violence Et La Sante In [http://docs.google.com/viewer?A=v&q=cache:ve\\_kmylp8lij:whqlibdoc.who.int/publications/2002/9242545619\\_fre.pdf+Rapport+Mondial+Sur+La+Violence+Et+La+Sante&hl=fr&pid=bl&srcid=adgeesjvpxnzkiifize-rdnpdtsyerdaszxu7khs3vv22vz0bvvgi\\_LQM4L0JXBcxYZIEfi\\_pprvzz5svwogkcjtva7gpxpqemv\\_Nvsd1LDgytG3DQed2E0aBH3zUDRMQ3nad5VI2G7&sig=ahietbrhuplq1e\\_hgnmrumy4\\_k1llhgjq](http://docs.google.com/viewer?A=v&q=cache:ve_kmylp8lij:whqlibdoc.who.int/publications/2002/9242545619_fre.pdf+Rapport+Mondial+Sur+La+Violence+Et+La+Sante&hl=fr&pid=bl&srcid=adgeesjvpxnzkiifize-rdnpdtsyerdaszxu7khs3vv22vz0bvvgi_LQM4L0JXBcxYZIEfi_pprvzz5svwogkcjtva7gpxpqemv_Nvsd1LDgytG3DQed2E0aBH3zUDRMQ3nad5VI2G7&sig=ahietbrhuplq1e_hgnmrumy4_k1llhgjq), Visité Le 15/05/2009.
- 90) Sur Le Sujet Au Canada, Révèlent Que l'ensemble Des Personnes En Contact Régulier,
- 91) Tainturier Topie : LA LETTRE D'ALMA , in, [http://www.alma-france.org/img/pdf/lettre\\_21.pdf](http://www.alma-france.org/img/pdf/lettre_21.pdf) visité le 14/05/2011.

## Références bibliographiques

---

- 92) Un Projet De Charte De La Solidarité Nationale [Http://www.Liberte-Algerie.Com/Edit.Php?Id=106028&Titre=Un%20projet%20de%20charte%20de%20la%20solidarité%20nationale](http://www.Liberte-Algerie.Com/Edit.Php?Id=106028&Titre=Un%20projet%20de%20charte%20de%20la%20solidarité%20nationale)
- 93) Violences Et Maltraitements Possibles En Institution Pour Personnes Agées in: <http://www.Membres.Lycos.Fr/Papidoc/Index.Shtml> , Visité Le 15/05/2009.

# **Annexe**

**Les mots induits par la technique de la carte associative :**

**سلسلة 1:**

- (1) سوء المعاملة ----- مأكلة مش مليحة.
- (2) سوء المعاملة ----- عنف لفظي
- (3) سوء المعاملة ----- لا يساعد
- (4) Maltraitance                      Infantiliser
- (5) سوء المعاملة ----- ما يداويوش مليح
- (6) سوء المعاملة ----- عنف لفظي
- (7) سوء المعاملة ----- مطيش
- (8) سوء المعاملة ----- بيوت مش ملاح
- (9) سوء المعاملة ----- معاملة بالضد
- (10) Maltraitance-----aucune considération
- (11) سوء المعاملة ----- الظلم
- (12) سوء المعاملة ----- سرقة
- (13) سوء المعاملة ----- الشتم
- (14) سوء المعاملة ----- ما يداويوش

- (15) سوء المعاملة ----- الاعتداء اللفظي
- (16) سوء المعاملة----- سب
- (17) سوء المعاملة ----- مكاشن لحنانة
- (18) سوء المعاملة ----- حقرة
- (19) سوء المعاملة ----- حقرة
- (20) سوء المعاملة ----- حقد
- (21) سوء المعاملة ، الحقرة
- (22) سوء المعاملة ----- قباحة
- (23) سوء المعاملة ----- سب
- (24) سوء المعاملة ----- عنف لفظي

سلسلة 2:

- (1) سوء المعاملة ----- ماكله مش مليحه ----- عدم الراحة
- (2) سوء المعاملة ----- عنف لفظي ----- نقص الراحة
- (3) سوء المعاملة ----- لا يساعد ----- حقرة
- (4) Infantiliser                      prison                      crime
- (5) سوء المعاملة ----- ما يداويوش مليح ----- الحقد

- (6) سوء المعاملة ----- عنف لفظي ----- عنف جسدي
- (7) سوء المعاملة----- مطيش ----- حقرة
- (8) سوء المعاملة ----- بيوت مش ملاح ----- العيش مع المرض العقليين
- (9) سوء المعاملة ----- معاملة بالضد ----- التعامل مع القوة
- (10) Maltraitance-----aucune considération -----sans valeur
- (11) سوء المعاملة ----- الظلم ----- السب
- (12) سوء المعاملة ----- سرقة ----- حقرة
- (13) سوء المعاملة ----- الشتم ----- ما يتحملوش
- (14) سوء المعاملة ----- ما يداويوش ----- سرقة
- (15) سوء المعاملة ----- الاعتداء اللفظي ----- مثل الأطفال
- (16) سوء المعاملة----- سب ----- قباحة
- (17) سوء المعاملة ----- مكائش لحنانة ----- يديرولو كيما لولاد
- (18) سوء المعاملة ----- حقرة ----- ما يداويوش مليح
- (19) سوء المعاملة ----- حقرة ----- ما عندو حتى قيمة
- (20) سوء المعاملة ----- حقد ----- سب.
- (21) سوء المعاملة ، الحقرة----- أكل مش مليح



- (22) سوء المعاملة ----- قباحة ----- كي الكلب
- (23) سوء المعاملة ----- سب ----- بيوت مش ملاح
- (24) سوء المعاملة ----- سب ----- الضرب
- (25) سوء المعاملة ----- عنف لفظي ----- نقص الرقاد

سلسلة 3:

- (1) سوء المعاملة ----- مأكلة مش مليحة ----- عدم الراحة ----- لباس  
مش مليح.
- (2) سوء المعاملة ----- عنف لفظي ----- نقص الراحة ----- الاستغلال
- (3) سوء المعاملة ----- لا يساعد ----- حقرة ----- السجن
- (4) Infantiliser                      prison                      crime  
traiter avec force
- (5) سوء المعاملة ----- ما يداويوش مليح ----- الحقد ----- التعدى على الحرية
- (6) سوء المعاملة ----- عنف لفظي ----- عنف جسدي ----- معاملة مع  
قوة
- (7) سوء المعاملة ----- مطيش ----- حقرة ----- سوفرى

(8) سوء المعاملة ----- بيوت مش ملاح ----- العيش مع المرض العقليين

(9) سوء المعاملة ----- معاملة بالضد ----- التعامل مع القوة ----- حقرة

10) Maltraitance-----aucune considération -----sans valeur  
----plus bas

(11) سوء المعاملة ----- الظلم ----- السب ----- عنف لفظي

(12) سوء المعاملة ----- سرقة ----- حقرة ----- التعامل بالقوة

(13) سوء المعاملة ----- الشتم ----- ما يتحملوش ----- كى لولاد

(14) سوء المعاملة ----- ما يداويوش ----- سرقة ----- كيما لولاد

(15) سوء المعاملة ----- الاعتداء اللفظي ----- مثل الأطفال ----- القش

مش مليح

(16) سوء المعاملة ----- سب ----- قباحة ----- بيوت مش ملاح

(17) سوء المعاملة ----- مكانش لحنانة ----- يديرولو كيما لولاد -----

سب

(18) سوء المعاملة ----- حقرة ----- ما يداويوش مليح ----- ما عندو حتى

قيمة

(19) سوء المعاملة ----- حقرة ----- ما عندو حتى قيمة ----- فى

الحضيض

(20) سوء المعاملة ----- حقد ----- سب ----- معاملة بالضد.

(21) سوء المعاملة ، الحقرة ----- أكل مش مليح ----- لباس مشمليح -----

نقص النظافة

(22) سوء المعاملة ----- قباحة ----- كي الكلب ----- نقص النظافة

(23) سوء المعاملة ----- سب ----- بيوت مش ملاح ----- رقاد ناقص

(24) سوء المعاملة ----- سب ----- الضرب ----- ما يداويوش العبد

(25) سوء المعاملة ----- عنف لفظي ----- نقص الرقاد ----- الخروج

واعر

Maltraitance → Plus bas → ne pas lui parler

crime

سلسلة 4 :

(1) سوء المعاملة -----ماكلة مش مليحة -----عدم الراحة-----لباس مش مليح--  
---استغلال.

(2) سوء المعاملة ----- عنف لفظي -----نقص الراحة-----الاستغلال-----قانون  
الاقوى

(3) سوء المعاملة -----لا يساعد-----حقرة-----السجن ----- معاملة بعنف

4) Infantiliser → prison → crime  
traiter avec force → aucune considération

(5) سوء المعاملة -----ما يداويوش مليح-----الحقد-----التعدى على الحرية ----  
-- لا يتحملون

(6) سوء المعاملة ----- عنف لفظي ----- عنف جسدي ----- معاملة مع قوة ---  
--- حقرة

(7) سوء المعاملة----- مطيش ----- حقرة ----- سوفرى ----- الضرب

(8) سوء المعاملة ----- بيوت مش ملاح ----- العيش مع المرضى العقليين -----  
نقص المياه

(9) سوء المعاملة ----- معاملة بالضد ----- التعامل مع القوة ----- حقرة -----  
العقاب

10) Maltraitance-----aucune considération -----sans valeur  
----plus bas -----infantiliser

- (11) سوء المعاملة ----- الظلم ----- السب ----- عنف لفظى -----  
الطعام مش مليح
- (12) سوء المعاملة ----- سرقة ----- حقرة ----- التعامل بالقوة -----  
الألم
- (13) سوء المعاملة ----- الشتم ----- ما يتحملوش ----- كى لولاد -----  
ضرب
- (14) سوء المعاملة ----- ما يداويوش ----- سرقة ----- كيما لولاد -----  
الضرب
- (15) سوء المعاملة ----- الاعتداء اللفظي ----- مثل الأطفال ----- القش -----  
مش مليح ----- التدواش ناقص
- (16) سوء المعاملة ----- سب ----- قباحة ----- بيوت مش ملاح -----  
حقرة
- (17) سوء المعاملة ----- مكانش لحنانة ----- يديرولو كيما لولاد -----  
سب ----- الدوش ناقص
- (18) سوء المعاملة ----- حقرة ----- ما يداويوش مليح ----- ما عندو حتى  
قيمة ----- قانون الاقوى

- (19) سوء المعاملة ----- حقرة ----- ما عندو حتى قيمة ----- فى الحضيض ----- ماکلة مش مليحة
- (20) سوء المعاملة ----- حقد ----- سب ----- معاملة بالضد ----- ضرب.
- (21) سوء المعاملة ، الحقرة ----- أكل مش مليح ----- لباس مشمليح ----- نقص النظافة ----- ما كانش الاحترام
- (22) سوء المعاملة ----- قباحة ----- كي الكلب ----- نقص النظافة ----- - ما كانش الاحترام
- (23) سوء المعاملة ----- سب ----- بيوت مش ملاح ----- رقاد ناقص - ----- ماکلة مش مليحة
- (24) سوء المعاملة ----- سب ----- الضرب ----- ما يداويوش العبد ----- --- بيوت مش ملاح
- (25) سوء المعاملة ----- عنف لفظي ----- نقص الرقاد ----- الخروج ----- واعر

Maltraitance → Plus bas → ne pas lui parler  
crime → lourd de charge

سلسلة 5 :

(1) سوء المعاملة ----- مأكلة مش مليحة ----- عدم الراحة ----- لباس مش مليح --  
--- استغلال --- لا يساعدونه.

(2) سوء المعاملة ----- عنف لفظي ----- نقص الراحة ----- الاستغلال ----- قانون  
الاقوى ----- التعدي على حرية

(3) سوء المعاملة ----- لا يساعد ----- حقرة ----- السجن ----- معاملة بعنف -----  
وانعدام النظافة

(4) Infantiliser → prison → crime  
traiter avec force                      aucune considération

(5) سوء المعاملة ----- ما يداويوش مليح ----- الحقد ----- التعدي على الحرية ---  
-- لا يتحملون ----- السجن

(6) سوء المعاملة ----- عنف لفظي ----- عنف جسدي ----- معامله مع قوة ---  
--- حقرة ----- ماكان حتى اعتبار

(7) سوء المعاملة ----- مطيش ----- حقرة ----- سوفرى ----- الضرب -----  
التعدي على الحرية

(8) سوء المعاملة ----- بيوت مش ملاح ----- العيش مع المرض العقليين -----

نقص المياه ----- انعدام النظافة

(9) سوء المعاملة ----- معاملة بالضد ----- التعامل مع القوة ----- حقرة -----

العقاب ----- السب

10) Maltraitance-----aucune considération -----sans valeur

----plus bas -----infantiliser ----mauvaise nourriture

(11) سوء المعاملة ----- الظلم ----- السب ----- عنف لفظي -----

الطعام مش مليح ----- غرفة غير كافية

(12) سوء المعاملة ----- سرقة ----- حقرة ----- التعامل بالقوة -----

الألم ----- الخرجة صعبة

(13) سوء المعاملة ----- الشتم ----- ما يتحملوش ----- كي لولاد -----

ضرب ----- لباس مش مليح

(14) سوء المعاملة ----- ما يداويوش ----- سرقة ----- كيما لولاد -----

الضرب ----- لباس مش مليح

(15) سوء المعاملة ----- الاعتداء اللفظي ----- مثل الأطفال ----- القش

مش مليح ----- التدواش ناقص ----- نقص المياه.



- (16) سوء المعاملة----- سب ----- قباحة ----- بيوت مش ملاح -----  
حقرة ----- مأكلة مش مليحة
- (17) سوء المعاملة ----- مكانش لحنانة ----- يديرولو كيما لولاد -----  
سب ----- الدوش ناقص ----- ما يعاونوهش
- (18) سوء المعاملة ----- حقرة ----- ما يداويوش مليح ----- ما عندو حتى  
قيمة ----- قانون الاقوى ----- الضرب
- (19) سوء المعاملة ----- حقرة ----- ما عندو حتى قيمة ----- فى  
الحضيض ----- مأكلة مش مليحة ----- اللباس مش مليح
- (20) سوء المعاملة ----- حقد ----- سب ----- معاملة بالضد ----- ضرب  
----- ميهدروش معاه.
- (21) سوء المعاملة ، الحقرة----- أكل مش مليح ----- لباس مشمليح -----  
نقص النظافة ----- ما كانش الاحترام ----- الحقرة
- (22) سوء المعاملة ----- قباحة ----- كي الكلب ----- نقص النظافة -----  
- ما كانش الاحترام ----- الحقرة
- (23) سوء المعاملة ----- سب ----- بيوت مش ملاح ----- رقاد ناقص -  
----- مأكلة مش مليحة ----- كي الكلب
- (24) سوء المعاملة ----- سب ----- الضرب ----- ما يداويوش العبد -----  
--- بيوت مش ملاح ----- ما كانش الاحترام

## Annexe

---

(25) سوء المعاملة ----- عنف لفظي ----- نقص الرقاد ----- الخروج

واعر----- ما يحملوهش

Maltraitance → Plus bas → ne pas lui parler

crime → lourd de charge → manque de tendresse →

**Les mots induits par la méthode de vergés :**

- (1) مأكلة مش مليحة -----لباس مش مليح -----لا يساعده.
- (2) عنف لفظي -----نقص الراحة -----التعدي على حرية
- (3) حقرة ----- معاملة بعنف ----- وانعدام النظافة
- (4) **Infantiliser**                      **crime**                      **traiter avec force**                      (4)
- (5) ما يداويوش مليح -----التعدي على الحرية -----السجن
- (6) عنف لفظي ----- عنف جسدي ----- معاملة مع قوة
- (7) مطيش ----- الضرب ----- التعدي على الحرية
- (8) بيوت مش ملاح ----- العيش مع المرض العقليين ----- نقص المياه
- (9) معاملة بالضد ----- التعامل مع القوة ----- السب
- (10) **aucune considération** ----**plus bas** -----**infantiliser** ----
- (11) الظلم ----- السب ----- عنف لفظي
- (12) سرقة ----- حقرة ----- الألم ----- الخرجة صعبة
- (13) الشتم ----- ضرب ----- لباس مش مليح
- (14) ما يداويوش ----- سرقة ----- كيما لولاد
- (15) الاعتداء اللفظي ----- مثل الأطفال ----- التدواش ناقص

- (16) سب ----- قباحة ----- بيوت مش ملاح
- (17) مكانش لحنانة ----- يديرولو كيما لولاد ----- سب
- (18) حقرة ----- ما يداويوش مليح ----- ما عندو حتى قيمة
- (19) حقرة ----- ما عندو حتى قيمة ----- ماكله مش مليحة
- (20) حقد ----- سب ----- ميهدروش معاه.
- (21) أكل مش مليح ----- نقص النظافة ----- ما كانش الاحترام
- (22) قباحة ----- كي الكلب ----- ما كانش الاحترام
- (23) سب ----- بيوت مش ملاح ----- رقاد ناقص
- (24) سب ----- الضرب ----- بيوت مش ملاح
- (25) عنف لفظي ----- نقص الرقاد ----- الخروج واعر
- (26) ne pas lui parler → crime → lourd  
→ de charge

### Index des tableaux statistiques :

Tableau 1: indicateurs de la maltraitance, tiré du rapport mondial sur la violence(cité in Rapport Mondial Sur La Violence EtLaSantecité9242545619\_chap5\_fre%20maltraitance%20des%20personnes%20ag%C3%A9es[1] visité le 15/05/2009).

Tableau 2 : Développement psychosocial selon Eikson((cité par Hubert Falco(2002)).

Tableau 3: développement de la personnalité chez l'adulte selon Loevirger(1976) ((cité par Hubert Falco(2002)).

Tableau 4 : clinique des symptômes de la maladie d'Alzheimer (DSM-IV ).

Tableau 5 : caractéristiques de la population de recherche selon la situation sociale

Tableau 06: caractéristiques de la population de recherche selon l'handicap

Tableau 07 : caractéristiques de la population de recherche la situation sociale

Tableau 08 : grille d'entretien avec les personnes âgées.

Tableau 09: caractéristiques de la population de recherche selon la situation sociale

Tableau 10 : analyse des entretiens

Tableau 11 : fréquences des mots induits et leur pourcentage pour la **carte associative** (pré- enquête).

Tableau 12: regroupement des mots induits en catégorie.

Tableau no13: mots induits par la carte associatif.

Tableau no14: le regroupement des mots induits en catégories.

Tableau no15: résultat obtenus par la méthode de Vergès.

### **Index des graphes :**

Schéma 1 : changement des représentations sociales selon Cl. Flament ( 2001).

Figure 2 :les mécanismes cognitifs selon Whibbourne (cité par Hubert Falco(2002)):

Figure 3: relation entre cancer et causes exogènes (cité par Hubert Falco(2002)).

Schéma04 : la carte associative de la pré-enquête.

Figure no 05 : les pourcentages des catégories

## **Summary:**

We made a commitment through this study to analyze and to determine the images and the perceptions bound to the phenomenon of the ill-treatment of the elderly .

This domain which is of recent concern on behalf of the researchers, remains still unexplored in our country. The Algerian state, begins to pay him/her attention, by establishing laws and penalties to manage this problem, foreign in our die, but which is growing in our society. The only data which the state about this phenomenon has, are collected by the judicial sector, about statistics declared, concerning the complaints recorded in the niveaux of the courts. As for the nature and the scale of the phenomenon, they remain still badly known. Indeed, we saw that he(it) been sensible to raise the veil on of some practice, to send to us to subjects which lived on such situations, to return best account of the phenomenon.

We left this report, to collect and analyze the social representations of a population of elderly constituted of 26 persons, residents in " the house for elderly and disabled women " of El Hama, situated in Constantine's wilaya, by proceeding to a methodological triangulation for the collection of the data, of which; the directive semi interview, the associative map and the method of vergés.

The analysis of the obtained results we in allowed to describe the structure and the organization of the social representations of the ill-treatment. We succeeded in spotting the central kernel of the representation of people asked, which together includes two categories of achievements: affected the psychic and physical integrity .

As for the peripheral elements, them referent rather in the categories: affected the freedom, the personal fulfillment and the nuisance in the financial safety.

**Keywords:** social representations, ill-treatment Old persons

## ملخص الدراسة:

لقد تعهدنا من خلال هذه الدراسة على تحليل وتحديد التصورات والادراكات المرتبطة بظاهرة سوء معاملة الأشخاص المسنين.

هذا الموضوع الذي يعتبر من الاهتمامات الحديثة من طرف الباحثين, ما زال غير مستكشف في بلادنا. لقد بدأت الدولة الجزائرية تعيره الاهتمام بوضع مشروع قوانين و العقوبات للتحكم في المشكلة الغربية عنا, لكنها تتزايد في مجتمعنا. غير أن البيانات الوحيدة التي تتوفر لدى الدولة حول هذه الظاهرة, جمعت من طرف قطاع القضاء وهي إحصائيات معلنه عن شكوى مسجلة علي مستوى المحاكم. أما طبيعة وحجم هذه الظاهرة فهي لا تزال غير معروفة جيدا. لهذا ارتأينا انه من الحكمة رفع النقاب عن هذه الممارسات, بالتوجه إلى أفراد عاشوا مثل هذه الوضعيات لتوضيح هذه الظاهرة .

لقد انطلقنا من هذه الوضعية لجمع و تحليل التصورات الاجتماعية لمجتمع من الأشخاص المسنين بشكل من (26) فرد, مقيمين في "دار المسنين و المعوقين " الواقعة بولاية قسنطينة, وذلك باعتماد المنهاج الثلاثي الأبعاد لجمع المعلومات, وهي المقابلة النصف موجهة , خريطة التداعيات و تقنية Vergés.

تحليل النتائج المحصل عليها سمح لنا بوصف بنية و تنظيم التصورات الاجتماعية لسوء المعاملة. كما توصلنا إلى تحديد النواة المركزية للتصورات الاجتماعية لدى الأشخاص المعتمدين و التي تشمل فئتين: المساس بالكلية النفسية و الجسدية للأشخاص.

أما العناصر المحيطة فهي تشمل ال فئات: المساس بالحرية الشخصية, بالتطور الشخصي و الإضرار المالي للأشخاص.

كلمات مفتاحية : التصورات الاجتماعية, سوء المعاملة, الأشخاص المسنين.



## **Résumé :**

Nous nous sommes engagés à travers cette étude à analyser et déterminer les images et les perceptions liées au phénomène de la maltraitance des personnes âgées.

Ce domaine qui est de préoccupation récente de la part des chercheurs, demeure encore inexploré dans notre pays. L'état Algérien, commence à lui prêter attention, en instaurant des lois et des sanctions pour gérer ce problème, étranger à nos mœurs, mais qui prend de l'ampleur dans notre société. Les seules et unique données dont dispose l'état à propos de ce phénomène, sont recueillis par le secteur judiciaire, à propos des statistique déclarées, concernant les plaintes enregistrées au niveaux des tribunaux. Quant à la nature et l'ampleur du phénomène, elles restent encore mal connues. En effet, nous avons vu qu'il été judicieux pour lever le voile sur de telles pratique, de nous adresser à des sujets qui ont vécues de tels situations, pour rendre le mieux compte du phénomène.

Nous sommes partie de ce constat, pour recueillir et analyser les représentations sociales d'une population de personnes âgées constitué de 26 personnes, résidents dans « la maison pour personnes âgées et handicapées » de El Hama, située dans la wilaya de Constantine, en procédant à une triangulation méthodologique pour le recueil des données, dont ; l'entretien semi directif, la carte associative et la méthode de vergés.

L'analyse des résultats obtenus nous à permit de décrire la structure et l'organisation des représentations sociales de la maltraitance. Nous sommes parvenues à repérer le noyau central de la représentation des personnes interrogées, qui regroupe deux catégories d'atteintes : atteinte à l'intégrité psychique et physique.

Quant aux éléments périphériques, ils se réfèrent plutôt aux catégories : atteinte à la liberté, au développement personnel et la nuisance à la sécurité financière.

**Mots- clés :** représentations sociales, maltraitance, personnes âgées.