



Université d'Oran 2  
Faculté des Sciences sociales

**THESE**

Pour l'obtention du diplôme de Doctorat en Sciences  
En sociologie de la santé

**Le corps vécu chez les personnes âgées atteintes  
de maladies chroniques**

Présentée et soutenue publiquement par :  
Mme Benaoum Fatima Zohra

Thèse dirigée par : Moulaï Hadj Morad, Professeur à l'Université d'Oran 2

Devant le jury composé de :

Zaoui Hamza	Professeur	Université d'Oran 2	Président
Moulaï Hadj Morad	Professeur	Université d'Oran 2	Rapporteur
Malek Chelih Tewfik	Professeur	Université d'Oran 2	Examineur
Bouaziz Karima	Maitre de Conférence "A"	Université d'Alger 2	Examinatrice
Rahoui Abbassia	Maitre de Conférence "A"	Université de Tizi-Ouzou	Examinatrice
Labair Belabbass	Maitre de Conférence "A"	Université de Sidi-Belabbes	Examineur
Mebtoul Mohammed	Professeur	Université d'Oran 2	Membre invité

Année 2020/2021

## « Le corps vécu chez les personnes âgées atteintes de maladies chroniques »

### Résumé :

Office National des Statistiques ONS confirme que les personnes âgées de plus de 60 ans qui ont été estimées à 2,2 millions en 2002 seront de l'ordre de 6,7 millions en 2030. C'est ce que révèlent les projections de population effectuées par l'ONS sur la période 2000-2030. (Office National des Statistiques ONS, 2004). En conséquence, il est d'ores et déjà acquis que dès 2040, l'Algérie comptera plus de personnes âgées que de personnes moins de 20 ans. Ce sont des éléments traduisant le début d'un vieillissement progressif de la population Algérienne. Désormais le vieillissement de la population en Algérie sera un enjeu incontournable pour la société dans les années à venir. Partant de ce constat, il est pertinent d'appréhender, dans toute sa complexité, la catégorie des personnes âgées atteintes de maladies chroniques, en nous focalisant sur les différents usages sociaux de leur corps.

Notre étude s'inscrit dans un triple champ disciplinaire : la sociologie de la vieillesse, celle du corps et enfin la sociologie de la santé. En partant des travaux les plus significatifs produits dans ce triple champ, il nous a semblé important de déconstruire la notion de vieillesse souvent interprétée dans la société par les termes de dépendance, d'incapacité ou de passivité en référence uniquement à l'âge de ces personnes.

L'objectif de ce travail est de comprendre et d'analyser, du dedans, l'expérience du corps social de la personne âgée face à la maladie chronique. Ici, le corps ne se réduit pas à un ensemble d'organes. En effet, les pratiques corporelles les plus ordinaires (soins, entretien du corps et la marche, etc...) ne sont pas naturelles. Elles sont construites socialement. Autrement dit, les personnes âgées déploient des logiques sociales liées à leur expérience et à leur histoire sociale. Nous souhaitons montrer que le patient âgé est aussi un « corps sujet ». Notre recherche tente de mettre au jour l'expérience corporelle ordinaire des personnes âgées atteintes de maladies chroniques. Le but est de mettre en exergue les différentes logiques sociales et culturelles qui se côtoient dans l'épaisseur et les mouvements de l'homme.

**Mots clés :** vieillissement, personnes âgées, corps social, expérience corporelle, gestion de la maladie chronique.

## « The body experienced in the elderly with chronic diseases »

### Abstract:

The National Office of Statistics ONS confirms that people aged over 60 who were estimated at 2.2 million in 2002 will be around 6.7 million in 2030. This is what reveals the population projections made by the ONS for the period 2000-2030. (National Office of Statistics ONS, 2004). As a result, it is already clear that by 2040, Algeria will have more elderly people than people under 20 years old. These are elements reflecting the beginning of a gradual aging of the Algerian population. From now on, the aging of the population in Algeria will be an essential stake for society in the years to come. From this statement, it is relevant to apprehend, in all its complexity, the category of the elderly people reached of chronic diseases, by focusing us on the various social uses of their body. Our study fits in a triple disciplinary field : the sociology of old age, that of the body and finally the sociology of health. On the basis of the work the most significant products in this triple field, it seems important to us to deconstruct the concept of old age often interpreted in the society by the terms of dependence, of inability or passivity in reference only to the age of this category of people.

The objective of this work is to understand and analyze, from within, the experience of the social body of elderly person facing chronic disease. Here, the body cannot be reduced to a set of organs. Indeed, the body practices most ordinary (care and maintenance of the body, walk, etc) are not natural. They are socially constructed. In other words, the elderly people deploy social logics related to their experiment and their social history. We wished to show that the old patient is also a "prone body" Apprehend the meaning attributed to the bodily experience of this category of patients deal with chronic conditions will allow us to highlight the different needs and expectations of patients. The objective is to develop strategies and create tailored to these seniors social and health institutions.

**Key words:** Management of chronic disease, the experience of the social body, elderly person, social body

## "تجربة الجسد الاجتماعي لدى الأشخاص المسنين الذين يعانون من الأمراض المزمنة"

### الملخص:

تؤكد الوكالة الوطنية للإحصاء ONS أن عدد الأشخاص الذين تزيد أعمارهم عن 60 عامًا في الجزائر والذين قُدر عددهم بـ 2.2 مليون في عام 2002 سيتجاوزون حوالي 6.7 مليون في عام 2030. هذا ما كشفته التوقعات السكانية التي قدمتها هذه الوكالة للفترة 2000-2030, (الوكالة الوطنية للإحصاء ONS 2004). نتيجة لذلك، من الواضح أنه واعتبارًا من عام 2040، سيتجاوز عدد كبار السن في الجزائر عدد الأشخاص الذين تقل أعمارهم عن 20 عامًا. هذه المؤشرات تعكس بداية تنامي ظاهرة الشيخوخة في الجزائر، مما يبين أن هذه الظاهرة ستشكل تحديًا كبيرًا للمجتمع الجزائري بكل مكوناته في السنوات القادمة. تهدف هذه الدراسة إلى تحليل التجربة الاجتماعية للجسد لدى الأشخاص المسنين في مواجهتهم للأمراض المزمنة. إن مفهومنا للجسد يتعدى بعده البيولوجي والفيزيولوجي. فممارسات الجسد الأكثر شيوعًا (رعاية وصيانة الجسد، المشي... الخ) لا يمكن اعتبارها كوظائف فيزيولوجية طبيعية وعادية بل هي عبارة عن بناء اجتماعي معقد.

هذه الممارسات باختلاف أنماطها، ترتبط بالتجربة الاجتماعية للمسن وتاريخه الاجتماعي. إن دراستنا المعنى الذي يعطيه المريض المسن للتجربة الاجتماعية لجسده في مواجهة الأمراض المزمنة تمكننا من إظهار أهمية البعد الاجتماعي للجسد في عملية التفسير اليومي لهذه الأمراض. نهدف من خلال هذه الدراسة إلى إعادة تحديد مفهوم الشيخوخة الذي كثيرا ما يرتبط بمفاهيم سلبية كالعجز، الإعاقة، الخرف... الخ.

لقد اعتمدنا في دراستنا على المنهج الكيفي باستعمالنا للمقابلة النصف موجهة الى جانب الملاحظة. عينة البحث ارتكزت على 25 مبحوث من الجنسين. ينتمون إلى فئات سوسيواقتصادية مختلفة. أجري البحث الميداني بمصلحة إعادة التأهيل الوظيفي بالمستشفى الجامعي بوهران وبالفضاءات المنزلية للمبحوثين.

**كلمات مفتاحية:** ظاهرة الشيخوخة ; التجربة الاجتماعية للجسد; الأشخاص المسنين; الأمراض المزمنة; البعد الاجتماعي للجسد.

*« Il y a de la flamme dans les yeux  
des jeunes gens. Mais dans l'œil du  
vieillard il y a de la lumière »*

Victor Hugo. La légende des siècles. Hetzel, 1859

*A mes parents : à l'âme de mon père que Dieu ait son âme et qui continue d'être mon inspiration dans la vie.*

*A ma mère qui représente l'énergie et la source de ma volonté.*

*A mon époux Dr MAAZA Abdelhafid Médecin Inspecteur en Chef de Santé Publique : sans son soutien ce travail n'aurait pas vu le jour.*

## **Remerciements**

Ce travail a été possible grâce à l'appui et la bienveillance de diverses personnes.

J'aimerais, en premier lieu, remercier le professeur Moulaï Hadj Morad d'avoir accepté de diriger cette thèse. Je lui suis infiniment reconnaissante pour m'avoir donné l'opportunité de surmonter toutes les contraintes et d'aboutir à l'accomplissement de ce travail.

Je rends hommage à l'âme du professeur Guerid Djamel que Dieu ait son âme. Qu'il trouve dans ce travail, un hommage vivant. Je garderai à tout jamais en mémoire la qualité des échanges que j'avais eu avec lui pendant la direction de mon mémoire de fin d'études en licence, tant sur le plan scientifique que sur le plan humain.

Mes remerciements vont au Professeur Mebtoul Mohammed, pour m'avoir fait découvrir et aimer ce champ si riche et si passionnant de la sociologie de la santé.

J'adresse mes sincères remerciements également, aux membres de jury pour leur lecture et les commentaires qu'ils apporteront à ce travail.

Ce travail, bien sûr, n'aurait pas abouti sans la généreuse participation des enquêtés.

Les mots de merci s'adressent aussi à toutes les personnes qui m'ont facilité l'accès aux lieux de l'enquête : Dr Layadi Khaled (Chef de service de rééducation fonctionnelle, Centre Hospitalo-Universitaire d'Oran),

Egalement, je voudrais exprimer toute ma gratitude à toutes les personnes auprès desquelles, j'ai trouvé compréhension, disponibilité et encouragements nécessaires pour réaliser ce travail. Ces remerciements vont à l'endroit de mes amies proches : Melle Azzouz Naouel, Melle Grine Halima et Melle Salemi wassila. Que j'espère continuer avec eux cette aventure de la Recherche.

J'adresse enfin un remerciement spécial à tous les membres de ma famille, pour leur encouragement et soutien tout au long de ce travail.

# SOMMAIRE

Remerciements

Introduction générale .....5

## Chapitre I

### **Approche méthodologique : corps et vieillesse des objets de recherche complexes**

Introduction .....35

1-De la sociologie des âges à la sociologie de la vieillesse : un parcours complexe .....36

2-Expérience du vieillissement, « mondes sociaux » et « déprise » : une nouvelle ère .....40

3-Le corps : un objet de recherche tourmenté ; entre ambiguïté et diversité des approches.....43

4-Le cheminement méthodologique de l'étude : notre façon de faire.....53

Conclusion.....65

## Chapitre II

### **Vieillesse en Algérie : Evolution démographique et changement de statut**

Introduction .....68

1- L'évolution démographique en Algérie : un enjeu de société .....70

1-1 Le vieillissement de la population : conséquence de la transition démographique .....73

1-2 Caractéristiques sociodémographiques et économiques des personnes âgées : .....78

2- Aides, politique sociale et prise en charge institutionnelle des personnes âgées : des modalités de soutien en question.....84

2-1 La création et l'évolution du système de sécurité social en Algérie : entre contraintes et limites .....87

2-2 Retraite, aides et prise en charge institutionnelle des personnes âgées : enjeux et défis .....	92
3- Changement de statut et déplacement de prestige .....	102
Conclusion.....	109

### **Chapitre III**

#### **La structure de soins publique : Un espace de resocialisation et d'échanges**

Introduction .....	111
1- Le service de rééducation fonctionnelle, un espace social avant tout :.....	112
2- La relation aux professionnels de soins : entre distanciations et frustrations ....	117
2-1 L'accueil : une autre dimension des soins .....	118
2-2 La négociation : une forme relationnelle:.....	122
Conclusion : .....	128

### **Chapitre IV**

#### **Corps âgé malade et famille : Rrestructuration de l'espace relationnelle**

Introduction : .....	130
1-Solidarité familiale et réaménagement de l'espace relationnelle du patient : .....	131
2- La famille, acteur «invisible» dans le travail de soins : .....	134
Conclusion : .....	141

### **Chapitre V**

#### **Rapport au corps dans la maladie chronique : Le sens attribué à l'expérience corporelle**

Introduction .....	143
1- Crise d'identité et hiérarchisation des maux :.....	144
2 Le traitement comme expérience.....	153
3 L'alimentation : le goût de vivre : .....	159
4- Le corps de la personne âgée : lieu de résistance.....	164

Conclusion :.....	187
Conclusion générale.....	189
Bibliographie :.....	196
Annexes :.....	230

# **Introduction**

## **générale**

## Introduction générale

*«La tâche des sciences sociales est de trouver le moyen de comprendre les configurations mouvantes que les hommes tissent entre eux, la nature de ces liaisons ainsi que la structure de cette évolution».* Elias Norbert, *Engagement et distanciation. Contributions à la sociologie de la connaissance.* Paris, Fayard, 1993.

Notre travail tente d'analyser du dedans l'expérience corporelle de la personne âgée dans la maladie chronique.

Nous entendons par expérience corporelle : les différentes façons de faire et d'agir de la personne âgée face à la maladie chronique. Ici, le corps ne se réduit pas à un ensemble d'organes.

En effet, les pratiques corporelles les plus ordinaires (soins et entretien du corps, la marche, etc.) ne sont pas naturelles. Elles sont construites socialement. Autrement dit, les personnes âgées déploient des logiques sociales liées à leur expérience et à leur histoire sociale pour faire face à leurs maladies.

Contrairement à la perception dominante qui identifie l'expérience corporelle de la personne âgée, malade chronique comme «un processus de perte, une fin de parcours» (Collin J. 2003), le patient âgé tente, en revanche, de donner sens à son existence en déployant des comportements corporels signifiants dans son environnement spatial et relationnel. L'expérience corporelle est au cœur de l'expérience du vieillissement.

En effet, force est de reconnaître que le vieillissement de la population est le principal phénomène de société de ces dernières années. Il constitue aujourd'hui un "problème" auquel sont confrontés la majorité des pays développés et auquel doivent se préparer déjà les pays en voie de développement. En effet, il semble

difficile d'occulter l'accroissement significatif, durant ces dernières années, de la population du troisième âge dans notre pays. Elle représente 2,7 millions sur 35 millions d'habitants (Amir N, 2010).

Même si l'Algérie est considérée comme un pays jeune, elle connaît pourtant une transition démographique importante. Selon Feddad N, la directrice de la Population et en référence à une étude conduite par la direction de la Population au ministère de la Santé, le nombre des personnes âgées a augmenté au cours de la période 1987-1998 à un rythme quatre fois plus rapide que celui des moins de 20 ans. Au cours des 25 prochaines années, le nombre de personnes ayant atteint l'âge de la retraite sera multiplié par 3, passant à 4 millions. Les personnes âgées de plus de 80 ans atteindront les 600.000 (Taher A. O, 2006).

En partant de ce constat, il est possible de noter que la société algérienne est confrontée à un enjeu important lié à l'accompagnement économique et social du vieillissement de sa population. Pourtant, force est de reconnaître que la question de la vieillesse est peu étudiée par les chercheurs en sciences sociales en Algérie.

Les personnes âgées confrontent souvent des contraintes liées à plusieurs maladies chroniques, la poly-pathologie devient alors, une caractéristique prégnante dans leur quotidien. En effet, les statistiques montrent que la prévalence des maladies chroniques est plus élevée chez cette catégorie d'âge par rapport à l'ensemble de la population en Algérie. L'office National des Statistiques dévoile dans une étude antérieure que " La prévalence des maladies chroniques en Algérie augmente d'une manière sensible avec l'âge, notamment auprès des personnes âgées de 60 ans et plus, pour environ une personne sur deux (51%) " (L'office National des Statistiques, 2007).

Il faut souligner qu'une prise en charge médicale spécialisée pour cette catégorie d'âge est jusqu'à lors occultée des programmes de santé. Le système de santé algérien est marqué par une absence totale de structures et d'une médecine spécialisée pour cette catégorie d'âge en l'occurrence la Gériatrie. En partant de ces

données, il est pertinent d'appréhender, dans toute sa complexité, la catégorie des personnes âgées atteintes de maladies chroniques, en nous focalisant sur les différents usages sociaux de leur corps.

Notre intérêt pour cette catégorie d'âge, est à l'origine lié, en premier lieu, à notre expérience personnelle avec des parents âgés<sup>1</sup> atteints de maladies chroniques. Vivre au quotidien avec notre père et notre mère, les accompagner au cours de leurs maladies, nous a conduit à remettre en question l'idée qui définit les personnes âgées à partir d'un corps défaillant démuné de tout pouvoir. Tout au long de cet accompagnement nous avons pu constater l'investissement actif de nos parents dans le processus de gestion de leurs maladies.

Force est de souligner dans ce domaine, que dans les sciences sociales, le chercheur s'identifie avec l'objet de son investigation, ils ont la même nature, ils sont engagés. Rien ne peut constituer un problème intellectuel s'il n'a pas été, d'abord, un problème de la vie pratique, au moins pour les sciences sociales. Ainsi, le choix d'un thème n'émerge pas spontanément, mais il naît d'intérêts, de circonstances, de passions, fruits d'une certaine insertion dans le réel.

En effet il doit y avoir une certaine « intimité » qui doit exister entre le chercheur et son objet de recherche afin que le désir d'y approfondir ses connaissances soit légitime : Une recherche naît toujours d'une passion qui transmet à notre corps et à notre esprit l'envie d'entreprendre un travail d'observation, d'investigation nous permettant en conséquence de choisir un objet d'étude. Sans passion, il n'y a pas de connaissance. C'est pour cela que le sociologue doit s'investir entièrement dans un terrain de prédilection pour participer et contribuer à la compréhension du monde. (La Rocca F, 2008)

---

<sup>1</sup> Un père mort à l'âge de 86 ans( depuis 8ans), il était atteint d'une hypertension pendant plus de 30 ans, ainsi que des problèmes cardiaques, et une mère âgée de 85 ans et atteinte d'une hypertension depuis plus de 22 ans, ainsi que d'un diabète depuis plus de 8ans.

Notre expérience personnelle nous a amené donc à appréhender la vieillesse dans la maladie chronique non pas comme une expérience homogène, mais comme « une épreuve qui se décline différemment suivant les ressources dont disposent les personnes âgées pour la surmonter » (Caradec V, 2007).

Cette idée était le fil conducteur de nos travaux antérieurs de terrain. Ces derniers ont été effectués dans le cadre de la préparation de deux mémoires de fin d'études, le premier concernant la préparation d'un mémoire de fin d'études en Licence. Le thème étant le suivant : « la perception du médecin vis-à-vis de son espace de travail ». Le deuxième, était dans le cadre d'un magister en sociologie de la santé, intitulé : « la construction de la réputation des médecins chez les personnes âgées atteintes de maladies chroniques en Algérie ». Cette étude nous a amené à déconstruire la notion de la vieillesse définie souvent d'une façon négative.

Cette vision négative de la vieillesse apparaît indéniablement dans les différentes mesures prises par les politiques dans le domaine de lutte contre l'épidémie du coronavirus (Covid-19) qui a affecté le monde ces deux dernières années. Nous pouvons évoquer ici, les différentes frustrations et même le refus des personnes âgées dans notre société (notre entourage proche) et même dans les sociétés occidentales vis-à-vis des différentes mesures et stratégies de lutttes adoptées contre l'épidémie. Ces mesures dans leur majorité se sont focalisés, comme nous l'avons tous constaté sur la protection des personnes âgées en priorité.

Elles ont décidé d'adopté une politique d'isolement de cette catégorie d'âge, dans le but de les protéger, sans les intégrer dans cette décision tout en négligeant que l'isolement de ces personnes peut être plus affectant que la maladie du Covid-19. Et comme nous l'avons pu suivre dans les médias, les conséquences de ces politiques ont été désastreuses pour la majorité des personnes âgées surtout ceux résidant en HEPAD (Etablissement d'Hébergement des Personnes Dépendantes) ; en effet dans une enquête récente sur les effets du confinement sur l'isolement des personnes âgées en France, l'enquête reflète parfaitement les problématiques auxquelles sont confrontés les aînés aujourd'hui. Elles ne sont pas nouvelles mais

la crise sanitaire les a indéniablement exacerbées. L'isolement des personnes âgées notamment, qui demeure terriblement présent. Savoir que 720 000 personnes âgées n'ont eu aucun contact avec leur famille pendant le premier confinement et que le sentiment de solitude est en hausse doit particulièrement nous alerter. L'étude montre également que le manque de contact physique, d'affection, de tendresse contribue de manière significative à la dégradation de la santé mentale des personnes âgées » (Sénécal I ; Le Breton M, 2021).

En effet, l'isolement de cette catégorie d'âge a entraîné une mort silencieuse due à des comportements favorisant la détérioration de l'état psychique, physique et moral de cette population. Ces différentes politiques dans le monde dévoilent le processus de fragilisation et d'infantilisation de la personne âgée marquant les sociétés modernes. Où la parole de la personne âgée est occultée d'une façon signifiante. Ces personnes sont souvent appréhendées dans une vision de dépendance, fragilité et incapacité.

Alors que notre modeste expérience personnelle a pu mettre en évidence l'importance de l'investissement productif de la personne âgée dans le processus thérapeutique de sa maladie. Malgré sa maladie et son avancement dans l'âge, la personne âgée peut avoir une maîtrise sur les différents effets combinés de la vieillesse. En effet, la terminologie adoptée par les recherches anglo-saxonnes concernant le concept du vieillissement est beaucoup moins ambiguë que celle présentée par les études françaises.

Selon Hervé Le Bras : « Les français disent vieillissement la ou les anglo-saxons parlent d'*ageing*. Ce n'est pas nuance, mais toute la différence entre une observation et un jugement de valeur. On prend de l'âge à n'importe quel âge, enfant, adulte ou retraité. Mais on ne devient vieux qu'au terme de l'existence. L'âge, comme la durée, renvoie à une mesure du temps écoulé ; la vieillesse à une dégradation.

Parler d'*ageing* , c'est soulever le problème de l'augmentation du nombre et de la proportion de personnes qui ont dépassé 60, 65 ou 70 ans dans la population, c'est s'interroger sur le financement des retraites et sur les coûts de santé qui peuvent en découler.....Parler de vieillissement, c'est annoncer l'arrivée d'une catastrophe, dès que le mot est lâché ; c'est aussi suggérer une évolution irréversible, « un mouvement de bascule que rien ne saurait arrêter » selon l'expression de Sauvy Debré.»( Le Bras H,1991. P 123).

La vieillesse peut être définie aussi comme une façon de vivre, avec tout ce qu'elle comporte comme activités autonomes, d'animation familiale, de participations productives et de mobilisation de ressources matérielles et humaines, donc d'interactions et d'engagements divers qui s'accompagnent d'une diversité de significations. Elle est caractérisée par un processus de réorganisation des activités du patient âgé dans les différents espaces sociaux vécus.

Entre autre, les observations menées dans nos différents terrains de recherche nous ont permis de constater l'importance de la corporéité<sup>2</sup> dans la gestion de la maladie chronique chez les personnes âgées.

Nous avons pu remarquer que la dimension du corps est centrale dans l'analyse des façons de faire des personnes âgées dans la gestion de leurs maladies chroniques. Nous avons pu constater que le corps est un élément social avant tout. Les techniques corporelles déployées pour faire face à la maladie montrent bien que la personne âgée a sa propre façon pour s'adapter à la maladie et a son espace social. Les personnes âgées sont acteurs dans la scène sociale.

Notre expérience de recherche nous a amené à définir le corps comme une réalité sociale et non pas comme une réalité organique. En effet, les personnes âgées élaborent leur propre conception de la maladie et de soins, quels que soient les impératifs et les risques encourus (Giddens A, 1987). Le corps vieillissant, malade

---

<sup>2</sup> La corporéité est définie comme : " l'ensemble des traits concrets du corps comme être social ". (Berthelo J-M, 1983).

est une entité organique ayant une extension sociale prégnante. Le corps vécu tel que l'éprouve le patient âgé n'est en effet pas réductible à la connaissance anatomique et physiologique que nous en donne la médecine (Pierre Ancet, 2010).

Dans la société, le discours commun produit une image simpliste et trop uniforme de la notion de vieillesse. Identifiée rapidement à l'impossibilité des personnes âgées de déployer une gestualité autonome dans la prise en charge de la maladie chronique. A contrario, notre recherche mettra constamment l'accent sur la complexité de la notion de vieillesse, qui nous semble une entrée pertinente pour tenter de montrer ce corps agissant des personnes âgées.

Le corps vieillissant, malade est d'abord «un corps sujet» (Le Breton D, 1985). Il exprime une volonté forte d'exister socialement. Il n'est nullement «un corps marqueur d'une image déficitaire, manifestant déjà ses limites de façon récurrente et devenant un corps prison lorsqu'il est atteint de maladies chroniques» (Collin J, 2003). Il est, au contraire, producteur de significations prégnantes.

Nous appréhendons, ici, le corps comme «l'opérateur de toutes les pratiques sociales et de tous les échanges entre les acteurs, et toute relation avec le monde implique sa médiation» (Le Breton D. 1985).

### **Il s'agit de comprendre comment le corps de la personne âgée se déploie face aux maladies chroniques?**

Pour tenter de maintenir son statut auprès des siens, le patient âgé participe de façon active à la vie quotidienne. Le corps ne peut être donc appréhendé à partir d'une image standardisée renvoyant à sa marginalisation et son isolement. Le corps est ici pluriel.

L'avancée en âge et la maladie ne peut empêcher la personne âgée de s'imposer et de s'affirmer face à son entourage proche. Elle a recours à de multiples «mises en jeu du corps» (Le Breton D. 1985). Ces dernières représentent une forme de résistance contre la marginalisation. Citant comme exemple une stratégie

déployée contre la marginalisation par la présence dominante et effective des personnes âgées assises dans des espaces publics (jardins, postes, cafés etc...) et surtout devant leur domicile familial. Cette stratégie leur permet d'être en contact direct et permanent avec la société et de continuer de vivre socialement. En effet, par une apparence physique dans ces espaces c'est bien une présence sociale qui est revendiquée.

Pour lutter contre «la relégation sociale plus ou moins feutrée, qui distingue la vieillesse et la met à l'égard de la sociabilité ordinaire» (Le Breton D. 1990), le patient âgé invente au quotidien ses propres techniques. Elles lui permettent d'assurer un rôle utile dans son environnement familial.

Notre recherche tente de mettre au jour l'expérience corporelle ordinaire des personnes âgées atteintes de maladies chroniques. Le but est de mettre en exergue les différentes logiques sociales et culturelles qui se côtoient dans l'épaisseur et les mouvements de l'homme (Mauss M, 1934). En effet, dans le processus de vieillissement la personne âgée développe ses propres stratégies pour faire face à des circonstances nouvelles telle que la déficience physique accentuée, une fatigue croissante, ainsi qu'à une marginalisation dans l'entourage social.

L'expérience corporelle dans la maladie ne peut être mise en évidence qu'à travers les différents espaces dans lesquels elle se déploie. Nous insistons sur l'importance des différentes logiques construisant le rapport des personnes âgées à ces espaces (espaces de soins, espace familial et espace domestique).

Au-delà d'une représentation du vieillissement comme usure et dégradation nous voulons proposer un regard sur un processus de développement d'une personne à travers le temps.

### Cadre théorique :

Notre projet s'inscrit, au départ, dans le champ de la sociologie de la vieillesse. Cette dernière un domaine d'investigation relativement récent, pour lequel les chercheurs s'y sont intéressés vers la fin des années 60. Ces premiers travaux (Pitrou A, 1978, Martin C, 1993 et Pochet P, 1997) se sont intéressés uniquement aux questions liées à la prise en charge des personnes âgées et ses enjeux politiques et socio-économiques. Si ces recherches ont pu produire des connaissances scientifiques sur les questions de solidarité et de soutien aux personnes âgées (Donfut C. A, 1995), elles ont occulté le point de vue de la personne âgée et de ses différentes stratégies pour donner sens à sa vie. Il faut souligner que l'inventivité humaine ne s'arrête pas à 60 ans.

En outre la sociologie de la vieillesse adopte trois grandes visions analytiques de la question de la vieillesse. (Caradec V, 2001.) **La première consiste** à appréhender la construction sociale de la vieillesse. Elle s'intéresse à la manière dont la société pense, organise et met en forme cet épisode de la vie. En effet, selon Caradec V (2001) le poids des politiques de la vieillesse dans cette construction sociale est incontournable.

C'est dans la mise en place des systèmes de sécurité sociale et l'invention de la retraite que cette construction se concrétise. En fait, les politiques publiques délimitent et catégorisent la vieillesse.

Cette vision de recherche se centre sur la construction sociale de la vieillesse et le poids des politiques de la vieillesse sur cette construction. Ces dernières n'hésitent pas à délimiter et catégoriser la population âgée. Ces catégorisations politiques incitent à penser la vieillesse particulièrement sous l'angle des problèmes. Effectivement, dans cette approche l'hétérogénéité de la vieillesse est occultée. Car les différentes dénominations utilisées souvent par les études sociologiques ont contribué à une catégorisation et une homogénéisation de la vieillesse. Or, cette catégorie d'âge est hétérogène car on ne vieillit pas de la même

façon que l'on est femmes ou hommes, ancien cadre ou simple ouvrier, habitant en ville ou à la campagne. La vieillesse est plurielle.

**La deuxième approche** propose de décrire le groupe des « personnes âgées » à partir d'enquêtes quantitatives dans le but de dresser son portrait statistique. Alors elle s'intéresse aux modes de vie à la retraite, ou encore à explorer plus particulièrement telle ou telle frange de la population âgée comme « les jeunes retraités » ou bien « les personnes âgées vivant en institution ». En dressant le portrait statistique de cette catégorie d'âge tout en élaborant des typologies de modes de vie à la retraite cette approche tente de cartographier la diversité interne de cette tranche de population. (Caradec V, 2009. Page 38).

Cette vision s'intéresse plus particulièrement aux différentes pratiques des personnes âgées. A priori, et selon Caradec V (2001) le critère des pratiques est beaucoup plus pertinent pour caractériser ce groupe. Cette approche a pu mettre en évidence l'importance de la spécificité et de la diversité des pratiques selon la tranche d'âge observée.

Dans son travail Guillemard A-M (1972) a présenté une typologie des pratiques des retraités. Elle distingue entre retraite-troisième âge, la retraite-retrait, la retraite-consommation, la retraite-revendication et la retraite-participation. En outre l'étude effectuée par la Fondation Nationale de Gérontologie (Paillat P et al, 1989) a pu mettre en exergue la divergence des pratiques et des activités des retraités de plus de 62 ans.

Cette posture de recherche met en exergue l'importance des modes de mobilisation de cette population dans différents aspects de la vie sociale. En effet, le célèbre rapport LAROQUE<sup>3</sup> parut en 1962 préconisait déjà le développement des associations visant l'intégration et la mobilisation des personnes âgées. Cette expertise recommandait de mettre l'accent « en priorité sur la nécessité d'intégrer les personnes âgées dans la société, en leur fournissant les moyens de continuer, le plus longtemps possible, à mener une vie indépendante par la construction de logements adaptés, par la généralisation de l'aide-ménagère à domicile, par la création de services sociaux de toute nature qui leur sont nécessaire, par l'organisation de leur occupation et de leurs loisirs » (Rapport Laroque, 1962, p 9)

On assiste ainsi à l'émergence d'une nouvelle catégorie sociale, le troisième âge, vers qui il ne s'agit plus seulement de porter une politique des retraites, mais une politique des "modes de vie" (Alvarez, S. 2014, p.74.).

Cette catégorie d'âge s'identifie par une mobilisation importante dans des mouvements associatifs. Ces derniers sont représentés souvent par des sections syndicales d'anciens salariés d'une part, ou bien par des fédérations d'associations des retraités. Ces associations vont jouer un rôle principal dans le mouvement revendicatif des retraités et se représentent comme les portes parole des retraités en tant qu'un groupe social portant des enjeux distincts.

C'est ainsi que ces différentes formes de mobilisation attirent l'attention des chercheurs et deviennent un champ d'analyse privilégié des sociologues car ces formes de mobilisation sont l'un des aspects illustrant la diversité et l'hétérogénéité des pratiques chez la population âgée. Justement, Caradec V, (2001) nous affirme que ces pratiques apparaissent extrêmement disparates selon la catégorie d'âge

---

3 Considéré comme l'acte fondateur des politiques vieillesse en France, élaboré par la Commission d'études des problèmes de la vieillesse le rapport LAROQUE a pu mettre en évidence la situation alarmante et particulièrement précaire d'un grand nombre de personnes âgées en France. Il propose une approche « moderniste » de la vieillesse où la catégorie des jeunes retraités est envisagée « comme un 3em âge actif, autonome et participant » (Grand, A. 2016. p.16).

analysée. L'auteur montre que les sexagénaires<sup>4</sup> se différenciant clairement des septuagénaires<sup>5</sup> ou octogénaires<sup>6</sup>, par exemple concernant l'utilisation des nouvelles technologies, l'ordinateur ou internet, les loisirs (départs en vacances) ou bien l'engagement bénévole.

La diversité des vieilleses et des modes de vie de la population âgée renvoie ainsi d'un côté, aux contextes sociaux dans lesquelles elles s'inscrivent. La culture, le genre et le contexte territorial sont des éléments faisant varier de manière très forte les expériences de la vieillesse. D'un autre côté les pratiques diversifiées des personnes âgées doivent être replacées dans leurs trajectoires familiales, professionnelles et résidentielles. Même si cette perspective d'analyse a pu dresser un portrait descriptif des différents groupes d'âge dans la vieillesse elle a occulté, par contre l'expérience vécue et le sens donné à cette expérience par la personne âgée.

**La troisième et dernière** vision sociologique de la vieillesse « place son dispositif d'observation au niveau des individus sociaux – et non plus des dispositifs sociétaux ou du groupe des « personnes âgées » ». (Elle consiste à mettre en évidence le processus et l'expérience du vieillissement individuel au cours des années de retraite. Cette approche est partagée chez plusieurs travaux comme les recherches psychologiques et socio psychologiques de (Vandenplas-Holper C, 1998 ; Balthe P B, Mayer K U, 1999 ; Bouisson J, 2005).

Cette approche appréhende la vieillesse à travers le processus du vieillissement. Elle tente de définir les formes et le sens du vieillir pour les personnes. Elle propose des analyses interrogeant les processus qui organisent les transitions du vieillissement, le passage d'un âge à un autre ainsi que les différentes

---

4 Sexagénaires : personne âgée entre soixante et soixante-neuf ans

5 Septuagénaires : personne âgée entre soixante-dix et soixante-dix-neuf ans

6 Octogénaires : personne âgée entre quatre-vingts et quatre-vingt-neuf ans.

(<https://dictionnaire.reverso.net/francais-definition>)

manières dont les personnes négocient avec quelques épreuves qui traversent habituellement le grand âge comme la maladie, la solitude, le veuvage, la vie en institution.

Les différentes contributions dans cette approche ont pu mettre en évidence les manières dont les processus de vieillissement questionnent l'organisation de la vie quotidienne ainsi que les relations sociales (Caradec V , 2001). Il s'agit des études analysant la vieillesse tout en se centrant sur l'expérience individuelle de la personne âgée, de l'évolution de son rapport au monde social ainsi qu'aux différentes étapes de son processus de vieillissement.

Cette approche conforte bien notre réflexion centrée sur l'expérience individuelle du vieillissement. Nous nous intéressons non pas à une vision extérieure de l'avancée en âge mais en contraire à celle de la personne âgée elle même. En effet, nous voulons mettre en avant la propre vision de cette dernière et qui est souvent occultée, concernant son processus du vieillissement. Pour cela, nous nous intéressons plus particulièrement aux travaux de « Caradec V ». Il s'intéresse au processus du vieillissement individuel.

Considéré comme une figure emblématique de la sociologie de la vieillesse actuellement, l'auteur s'interroge sur les transformations du rapport au monde pendant l'avancée en âge, de la vieillesse à la mort.

Dans son œuvre, l'auteur présente une analyse des différents moments de transition biographique qui marquent le processus du vieillir. Ces moments tels que la retraite, le veuvage ainsi que l'entrée en maison de retraite, constituent des points d'observation privilégiés du vieillissement selon ce sociologue.

Dans ces travaux (Caradec V, 2004,2008), il s'intéresse aux différentes formes du vieillir et plus particulièrement dans le grand âge ou il examine les transformations et les tensions identitaires du grand âge. L'auteur affirme que dans l'expérience du vieillir les personnes sont confrontées à des nouvelles difficultés, à

des contraintes liées souvent aux : problèmes de santé, une fatigue plus prégnante ainsi qu'à une étrangeté au monde social.

Ces difficultés accentuées souvent avec l'avancée en âge peuvent produire, chez la personne âgée, des transformations progressives du rapport avec soi et au monde. Trois phénomènes y sont identifiées : le processus de déprise<sup>7</sup> des activités où l'enjeu, pour les plus âgés, de conserver une prise sur le monde est crucial ; le phénomène d'étrangeté accentuée du monde, qui met en exergue la problématique du maintien d'espace de familiarité avec lui, en dernier lieu, les tensions de l'identité entre le « devenir vieux » et « l'être vieux ». Ces dernières mettent en exergue les différentes manières des personnes très âgées à préserver le sentiment de leur propre valeur, leur estime de soi. ( Caradec V, 2009).

Ainsi, les personnes âgées racontent souvent dans leurs discours ce sentiment de décalage entre leur image de soi, ce qu'elles ressentent d'elles-mêmes, et la perception des autres qui les classe généralement dans la catégorie des « vieux ». En effet, « Les récits du vieillir témoignent des diverses manières de se définir ou de se situer dans les temps du parcours de vie : soit les personnes se disent vieilles et se perçoivent en rupture avec leur vie passée, comme si vieillir consistait à changer d'état, soit elles ont le sentiment d'accumuler des années dans une continuité revendiquée et acceptée d'un « passage », d'une transition vers un soi transformé ». (Membrado M, 2010).

Selon Caradec V, la vieillesse est aussi un phénomène relationnel (Caradec V, 2008). L'auteur souligne l'importance du rôle des interactions dans l'expérience du vieillissement. Dans cette dernière les interactions avec les autres<sup>8</sup> peuvent être

---

7 Le concept de déprise selon Caradec, est pertinent pour appréhender le vieillissement au grand âge. Il désigne : « le processus de réaménagement de l'existence qui se produit au fur et à mesure que les personnes qui vieillissent doivent faire face à des circonstances nouvelles telles que des déficiences physiques croissantes, une fatigue plus prégnante, ou encore de moindres sollicitations d'autrui. » ( Caradec V,2008.p94).

8 Quand Caradec V évoque ici les autres, il ne parle pas uniquement des gens mais il inclut également les interactions avec les choses.

productrices du sentiment de vieillir et de la déprise. Les « supports » interpersonnels<sup>9</sup> sont envisagés comme supports ambivalents de la personne vieillissante. Ils peuvent être une source de sollicitations, de soutiens et d'encouragements pour cette dernière comme ils peuvent conduire à un enfermement relationnel et à une mise en dépendance de celle-ci.

Trincaz *j* (2002) rappelle pertinemment la critique adressée au terme «dépendance»<sup>10</sup>, trop souvent assimilé à la «perte d'autonomie». Cette confusion conduit souvent la société et ses institutions à infantiliser la personne âgée. Cette infantilisation est plus visible dans le cas d'une maladie chronique.

En effet, nous nous alignons aux différentes idées formulées et élaborées dans l'approche expérientielle de la vieillesse. Cette dernière conforte bien notre réflexion basée sur une vision positive de la vieillesse et du processus du vieillissement. Envisager ce dernier comme un processus non linéaire c'est explorer les parcours de vie dans la vieillesse dans leurs diversité car nous appréhendons la vieillesse au plurielle. Nous voulons montrer dans notre travail que les personnes âgées agissent différemment en réponse des contraintes quotidiennes imposées par l'avancée en âge dans la maladie.

Par contre, nous contestons l'idée selon laquelle le phénomène de déprise serait spécifique uniquement au grand âge. Approuver cette idée c'est tomber dans le piège de catégorisation de la vieillesse. Hors, le travail de réaménagement de l'existence peut être observé tout au long du processus du vieillissement. Car les expériences de l'avancée en âge sont multiples, les contraintes liées au quotidien, à

---

9 Les proches ainsi que les professionnels

10 La dépendance ne peut être synonyme de perte d'autonomie (Henrard J C, 1988). On ne peut considérer que toute personne dépendante ne peut être autonome (on peut parler de « situation de dépendance », car le patient peut être dépendant physiquement mais autonome financièrement).

la santé, à l'environnement, aux relations interpersonnelles peuvent surgir des « l'entrée dans la vieillesse <sup>11</sup> ».

En outre et malgré leur pertinence ainsi que la richesse de leurs idées, les travaux dans l'approche expérientielle du vieillissement ont occulté deux dimensions primordiales pour explorer l'expérience du vieillir en l'occurrence : la santé et la maladie ainsi que la dimension corporelle. Bien qu'ils existent quelques travaux sociologiques qui ont appréhendé ces deux éléments dans leurs analyses sauf qu'ils restent insuffisants. Les différentes analyses présentées par : (M Drulhe, 1993 ; M Drulhe et S Clément, 1998 ; C Rolland-Dubreuil, 2003 ; A Meidani, 2007 ; A Meidani et M Membrado, 2011) ont investi les enjeux de la santé dans la vieillesse tout en mettant l'accent uniquement sur les formes de médicalisation en gérontologie avec une attention soutenue au corps vieillissant et plus particulièrement à la maladie d'Alzheimer.

Dans le cadre d'une étude récente (Benaoum F.Z. ,2010), l'auteur a pu montrer l'importance de l'investissement cognitif, affectif et relationnel de la personne âgée dans la prise en charge de sa maladie chronique. Il est opportun de rappeler ici les travaux importants de Strauss A. (1992), sociologue américain, pionnier en sociologie de la santé. Il montre bien tout le travail médical assuré par les patients hospitalisés et atteints d'une maladie chronique, caractérisée par l'incertitude médicale et les discontinuités dans sa prise en charge.

L'objet principal de notre étude est le corps de la personne âgée, plus précisément les différentes façons d'agir de celle-ci face aux maladies chroniques. Ceci nous renvoie à la sociologie du corps. Nous nous intéressons plus particulièrement aux expériences corporelles des personnes âgées dans la maladie chronique. Ceci nous renvoie à la sociologie du corps.

---

11 Même si nous considérons que l'entrée dans la vieillesse ne peut être définie par un moment précis, ce terme étant relatif, nous l'utilisons ici à titre illustratif.

Selon D. Le Breton (2008). La sociologie du corps est un chapitre de la sociologie. Elle tente d'investir la corporéité humaine autant que phénomène social et culturel. Cette dernière est chargée de sens, elle est objet de représentations.

En effet, les recherches dans ce champ particulier de la sociologie rappellent que « les actions qui tissent la trame de la vie quotidienne, des plus futiles ou des moins saisissables à celles qui se déroulent sur la scène publique, impliquent l'entremise de la corporéité. ». Appliquées au corps, ces recherches s'attachent à « l'inventaire et à la compréhension des logiques sociales et culturelles qui se côtoient dans l'épaisseur et les mouvements de l'homme. » (Le Breton D, 2008,p 03).

Il est important de rappeler que Marcel Mauss (1934) a fondé ce champ disciplinaire centré sur le corps social. Dans son célèbre texte sur «les techniques du corps» (1934), il décrypte le corps comme un objet social et culturel. Ce corps agissant n'est pas sans lien avec l'histoire sociale de la personne. Les travaux de Goffman E. (1974) de Bourdieu P. (1978), et de Le Breton D. (1985,1990, 1991,1992) ont ultérieurement approfondi les recherches sociologiques novatrices de Mauss M.

Force est de reconnaître que le corps a longtemps été maintenu hors du champ des préoccupations des sciences sociales. En effet, jusqu'au début des années 1980 l'intérêt des chercheurs dans ce domaine est resté très marginal. (Berthelot J M et al, 1985).

L'un des pères fondateurs de la sociologie américaine du corps, Bryan S Turner (1984), évoque la plus importante raison pour laquelle la sociologie ne s'est intéressée que tardivement au corps c'est parce que : « la tradition sociologique (Karl Marx, Émile Durkheim, Max Weber) se préoccupait davantage de la société industrielle émergente et de ses différents rapports avec les sociétés traditionnelles que de l'histoire des individus. Bien que leurs cadres théoriques soient sensiblement différents les uns des autres, il reste que ces auteurs étudient tous les différents

changements que la dynamique sociétale a subis à la suite de l'émergence de la modernité avec le capitalisme, l'industrialisme et la rationalisation formelle, et cela, au détriment d'autres phénomènes sociaux. ». (Mathieu ST-Jean.2010, p 25)

Dans ces classiques de la sociologie ou la perspective macrosociologique dominait les analyses des auteurs, la société était considérée comme étant indépendante des sujets. Dés lors, « le corps individuel se trouve ainsi délaissé au profit du corps social » (Mathieu ST-Jean.2010, p 25). Même si les figures centrales de la tradition sociologiques n'ont toujours pas affiché un intérêt primordial aux dimensions corporelles des relations sociales, il reste qu'une « sociologie implicite du corps » (Berthelot J M, et al, 1985) s'avère présente dans leurs œuvres et dès le commencement de la pensée sociologique. (Le Breton 2008). Cet intérêt implicite au corps peut être remarqué dans les analyses de la condition ouvrière chez Marx K, Villermé L R ,Engels F. En effet il semble que le corps occupe une place dominante dans l'analyse du mode de production capitaliste de Marx K comme nous le rappelle Henry M (2004).

Dans cette analyse le travail le corps apparaît comme un outil de construction de l'environnement matériel pour le sujet. La réalité corporelle apparaît dans les différents rapports au monde et à soi dans la théorie de l'aliénation ainsi que dans la réalité historique dans l'analyse des modes de production.

Pour sa part Simmel G avec son intérêt porté sur des éléments primordiaux de la corporéité humaine, comme : la sensorialité, le regard, le visage, etc. Il ouvre des voies importantes dans ce champs d'investigation particulier et intéressant. (Le Breton 2008).

Son travail a pu attirer « l'attention sur les nouvelles « expériences sensorielles » de la vie urbaine moderne » (Adelman M et Ruggi L, 2013). En revanche et en ce qui concerne la contribution de Weber M, il rappelle bien que « « l'action rationnelle » privilégiée dans la société moderne était circonscrite dans le temps et dans l'espace ». Il met en évidence « la manière dont la signification et

l'intentionnalité supposent une représentation de la réalité corporelle [...] il démontre l'importance des valeurs dans les pratiques sociales et les différents rapports au corps que cela induit ». (Mathieu ST-Jean.2010. p 26). En somme, même s'il n'était pas au centre d'intérêt de la sociologie classique, il apparaît bien que le corps était présent dans les discours sociologiques. La réalité corporelle et même en étant dissimulée elle occupait donc, une place significative dans les théories classiques.

Force est de reconnaître que l'œuvre de Mauss M (1950) se présente comme un travail incontournable dans la construction et le développement d'une réflexion sociologique sur le corps. Son œuvre marque une rupture indéniable avec « la manière dont le corps s'est historiquement construit, dans la culture occidentale, à partir d'une séparation du corps et de l'esprit ». ( Fournier L-S et Raveneau G , 2008. P 10).

Contrairement à une conception dualiste et qui valorise l'esprit et rejette le corps, la réflexion de Mauss propose d'appréhender l'homme dans sa « totalité ». Avec son célèbre texte sur « les techniques du corps »<sup>12</sup> (Mauss M, 1950 : p 365), il a pu poser les fondements des recherches sociologiques, voir anthropologiques de l'école Française concernant le corps. (Loudcher J F, 2011).

L'auteur traite cette notion à partir d'un triple point de vue biologique, psychologique et social. D'ailleurs, s'il n'occulte pas la dimension psychologique des techniques du corps. Il souligne bien la pertinence et la prégnance de la dimension socioculturelle de ces dernières. En effet, cette notion est envisagée comme un ensemble cohérent de techniques plurielles, représentatives de la

---

12 La notion de « technique du corps » a fait l'objet de plusieurs travaux. Marcel Mauss l'a exposé, lors d'un séminaire de la Société de psychologie le 17 mai 1934. Son travail a été publié en premier lieu dans le *Journal de Psychologie* XXXII 3-4 (15 mars – 15 avril 1936). C'est Claude Lévi-Strauss qui a fait largement diffuser cette œuvre en 1950 dans un travail où il a réuni un certain nombre des textes de Marcel Mauss, dont les « techniques du corps ». Sous le titre : « Sociologie et Anthropologie » l'ouvrage paraît aux Presses Universitaires de France. (Fournier M et Marcel J-C, 2004).

technicité corporelle d'une société ou d'une culture. L'œuvre de Mauss à attirer l'attention sur la dimension sociale de la corporéité, car si les techniques du corps sont définies comme « les façons dont les hommes, société par société, d'une façon traditionnelle, savent se servir de leur corps » (Mauss M, 1950, p.365) elles sont envisagées comme des « actes traditionnels et efficaces » (Mauss M, 1950, p.371).

Selon l'auteur, les attitudes corporelles des individus sont donc le produit de la société. Cette dernière impose des modèles que les individus peuvent s'approprier, rejeter ou dévier dans la forme, comme dans le contenu. Les adaptations individuelles dépendent ainsi de déterminations sociales. En ce sens, il y a, inévitablement une empreinte de la société sur le corps des individus.

En revanche, force est de souligner que même si la société construit les corps, il existe aussi des singularités et signatures individuelles (Banes, Sally. 1999). Comme nous l'affirme Bernard M : « il n'y a pas d'entité corporelle, mais des expériences hybrides, variables, instables et contingentes » (Cazemajou A, 2005. P 3). En effet supposer une surdétermination sociale des attitudes corporelles c'est occulter cette créativité et inventivité individuelle des pratiques corporelles au quotidien. L'œuvre de Mauss a pu susciter des réflexions rigoureuses concernant la corporéité humaine. Elle devienne une référence incontournable dans les études contemporaines<sup>13</sup> s'intéressant au corps.

Force est de reconnaître qu'en dépit de l'importance du corps dans l'expérience du vieillissement, ce dernier était occulté dans les études sociologiques sur la vieillesse. Ainsi « le corps âgé dans l'ensemble des études en sciences humaines et sociales n'est quasiment pas abordé en France ni du reste en Europe » (Feillet R, 2012. P 15).

Aussi le corps « vieux » reste le grand absent des études en sciences humaines sur la vieillesse durant tout le 20ème siècle et jusqu'à aujourd'hui.

---

<sup>13</sup> Nous évoquerons ces études avec plus de détail dans le premier chapitre : « Approche méthodologique : corps et vieillesse des objets de recherche complexes ».

Effectivement les sociologues du vieillissement se sont intéressé plus souvent et plus particulièrement à la question de l'identité dans le processus de l'avancé en âge tout en occultant la dimension corporelle alors que celle-ci occupe, selon nous, une place centrale dans le processus du vieillissement.

En effet si des sociologues du vieillissement comme : (Drulhe M, 1986; Clément S, 1997 ; Clément S et Mantovani J, 1999 ; Caradec V, 2004) ; Mallon I, 2004). Ont pu mettre en évidence la relation entre l'identité et plusieurs éléments comme : les catégories sociales, les types de pratiques, les rôles, l'appartenance sexuelle ; néanmoins le rapport au corps n'y est nullement abordé. (Feillet R, Héas S et Bodin D. 2011). Or toute recherche sur la vieillesse qui occulte le corps risque de n'être « qu'une spéculation vide, futile, et stérile ». (Bernard M, 1976. P 08).

Le corps est mis en distance dans ces travaux, il est objectivé donc séparé pour deux raisons comme nous l'explique Feillet R (Feillet R, 2012. p 15) ; La première est que les études sur le vieillissement sont souvent menés « sur » cette catégorie d'âge mais pas « avec » elle.

La connaissance dans ce domaine est produite à partir des textes, des discours, des lois, des dispositifs mettant à distance le corps âgé. La deuxième raison concerne la prédominance des sciences biologique dans les études sur le corps âgé. Ainsi ce dernier reste l'apanage des sciences biologiques.

En effet, les études émergentes en sciences humaines s'accordent sur la définition du vieillissement comme un processus pluriel lié à la trajectoire individuelle. Tout en occultant la question du corps.

Les travaux de (Attias-Donfut C. 1988 ; Levet-Gautrat M.1987 ; Gaullier X. 1988 ; Paillat P.1989 ; Membrado M. 1999 ; Mallon I. 2004 ; Caradec V.2004, quand ils traitent les questions du corps dans le processus du vieillissement, ils les évoquent uniquement en terme de la dépendance, de la déficience, des incapacités, de vulnérabilité et de la maladie ; ici le corps continu d'être perçu comme un objet,

comme un corps biologique détérioré le réduisant uniquement à un ensemble d'organes tout en ignorant l'importance de sa dimension culturelle et sociale.

Or, selon Elias N.1988, quand le corps est toujours réduit à la nature, la vieillesse du corps peut paraître un processus « ignoble ». Ces travaux ont négligé l'importance de l'expérience corporelle dans le processus du vieillissement.

Cependant, il faut souligner que le corps n'est ni uniquement biologique, ni purement imaginaire ou symbolique. Le corps représenté par un ensemble d'organes, d'appareils, le corps organisme ne peut plus être séparé du corps vécu à travers l'émotion, du corps en relation avec autrui, ou bien celui porteur de valeurs ou de normes culturelles. (Andrieu B, 2007).

En somme, même si les études citées plus haut ont développé une idée novatrice selon laquelle qu'on ne peut plus parler du vieillissement au singulier mais de plusieurs formes des vieillissements ; elles ne traitent pas par contre, le corps en tant qu'expérience corporelle spécifique dans le processus de l'avance en âge. Ainsi le vieillissement en tant qu'expérience corporelle reste occulté.

Néanmoins, notre travail met l'accent sur cette notion d'expérience corporelle pour tenter de comprendre la façon dont les personnes âgées gèrent leurs maladies chroniques au quotidien.

Pour approfondir la notion de l'expérience corporelle il faut se référer d'abord à la sociologie de l'expérience chez Dubet F.1994. Selon cet auteur la sociologie de l'expérience sociale « vise à définir l'expérience comme une combinaison de logiques d'action, logiques qui lient l'acteur à chacune des dimensions d'un système. L'acteur est tenu d'articuler des logiques d'action différentes et c'est la dynamique engendrée par cette activité qui constitue la subjectivité de l'acteur et sa réflexivité" (Philippe Lavigne Delville, 1995. P 02).

Effectivement, il définit la société comme un système social, soit l'association d'une communauté, d'un marché, d'une historicité, et surtout,

d'acteurs pris dans des logiques d'actions<sup>14</sup> intrinsèquement liées, toujours à l'œuvre mais hiérarchisées par l'individu selon les contextes qu'il traverse. Certainement, « le sujet se constitue dans la mesure où il est tenu de construire une action autonome et une identité propre en raison même de la pluralité des mécanismes qui l'enserrent et des épreuves qu'il affronte. Ne reposant plus sur le système, l'unité des significations de la vie sociale ne peut exister que dans le travail des acteurs eux-mêmes, travail par lequel ils construisent leur expérience et qui devient alors un des objets essentiels de la sociologie ». "(Philippe Lavigne Delville, 1995,p.02).

Cependant, il refuse d'envisager l'individu dans sa passivité, soumis aux contraintes quotidiennes et dominées par les règles et les valeurs imposées par la société. Nous rejoignons parfaitement cette idée car nous considérons les personnes âgées comme des acteurs à part entière. Ils nous semblent s'inscrire dans plusieurs rationalités, dans plusieurs logiques. Ils réfléchissent, ils agissent, ils ne sont jamais totalement adéquats à leur rôle ou à leurs intérêts. Ils ne peuvent être totalement et toujours dépendants.

En effet, si l'expérience sociale permet de dévoiler l'inventivité ainsi que la créativité des acteurs, elle se réfère cependant « à la conscience que le sujet a du monde où il vit. » » (Jodelet D.2006, P 340).

L'analyse de l'expérience sociale prend en compte les actions et les pratiques des acteurs tout en prenant en considération les contextes et leur cadre de vie, c'est-à-dire leur vécu.

En effet, l'expérience vécue « renvoie toujours à une situation locale concrète ; elle est une forme d'appréhension du monde par les significations qu'elle y investit ; elle comporte des éléments émotionnels qui engagent les subjectivités

---

14 Dubet F renomme l'action « expérience sociale » il l'envisage comme :« la cristallisation plus ou moins stable chez les individus ou les groupes, de logiques d'actions différentes, parfois opposées, que les acteurs sont tenus de combiner et de hiérarchiser afin de se constituer comme des sujets » (Dubet F, 2007, p 98 ).

particulières ; elle est mise en forme dans son expression et sa conscientisation par des codes et des catégories de nature sociale ; elle est le plus souvent analysée à partir de la rencontre intersubjective impliquant un fond de savoirs et significations commun ; elle réclame l'authentification par les autres ; elle a des fonctions pratiques dans la vie quotidienne, renvoyant au mode d'existence des sujets dans leur réalité concrète et vivante.» (Jodelet D. 2006, P 238).

En outre, l'expérience corporelle est une expérience sociale vécue. En fait, se centrer sur l'expérience corporelle dans l'analyse du processus du vieillissement c'est se focaliser sur la subjectivité de l'acteur tout en prenant en compte la dimension spatio-temporelle et relationnelle de son vécu.

« L'expérience corporelle », cette notion empruntée à (Chirpaz F, 1977). Est définie par Raymonde Feillet<sup>15</sup> « Comme une expérience sociale visible dans des conduites, donnant lieu à des stratégies pour garder « la forme », qui s'appuient chez chaque individu sur des perceptions intimes de transformations corporelles, non réductibles aux normes et aux valeurs intériorisées par les individus ». (Feillet R, 2012. p19).

En effet, dans le processus du vieillissement les personnes ont conscience de leurs transformations corporelles et ils utilisent tous les moyens à leur disposition pour faire face aux éventuels dysfonctionnements organiques. Dans l'avancé en âge la personne à la compétence et la capacité de développer des stratégies d'adaptation

---

15 Raymonde Feillet est docteur en sciences de l'éducation. Son œuvre semble être le premier et le seule à avoir essayer d'analyser et d'approfondir la notion de l'expérience corporelle dans le vieillissement. En convoquant Le corps pour soi (la manière dont la personne se perçoit) et le corps pour les autres (livré aux regards des autres et image renvoyée par autrui), elle tente de comprendre les mécanismes de (re)construction identitaire au cours du vieillissement. Elle croise plusieurs modèles théoriques issus de la phénoménologie, de la sociologie et de la psychanalyse en s'intéressant aux représentations sociales et culturelles de la vieillesse (diffusées par exemple dans les médias)et à l'expérience corporelle individuelle du vieillissement, notamment à travers l'analyse de la place des activités physiques et sportives. (Feillet R, 2012).

multiples pour tenter de garder son autonomie, de préserver un équilibre à partir de son histoire, de sa trajectoire de vie.

Partant de l'idée appréhendant les personnes âgées comme acteurs à part entières, pouvant agir contre les différentes contraintes imposées par la maladie et l'avancée en âge, nous voulons montrer que la vieillesse ne peut être toujours assimilée à la vulnérabilité, dépendance ou à l'incapacité car la personne âgée a la compétence utile pour résister aux difficultés imposées par l'avancé en âge. Elle résiste pour continuer d'exister, pour préserver son statut dans son entourage proche et cela malgré un corps organique malade et qui se détériore. Ces différentes façons de résister mettent en exergue la complexité des logiques construisant le rapport de la personne âgée à son corps. Ce dernier apparait bien comme un lieu de résistance incontournable.

Partant de la conscience que les personnes âgées ont du monde et deux mêmes. Il s'avère nécessaire d'appréhender l'expérience corporelle des personnes âgées dans la maladie chronique pour tenter de comprendre comment ces personnes « justifient leurs conduites, leurs stratégies dans leur résistance à l'idée de vieillesse et dans leur lutte pour être reconnus comme sujets et non comme des « vieux » » (Feillet R, 2012. P19).

En somme, prendre l'expérience corporelle comme objet de recherche c'est se centrer sur la subjectivité des personnes âgées, sur le sens qu'ils donnent à leurs pratiques, leurs actions et à leur vie quotidienne. Effectivement, investir de l'intérieure cette notion nous amène à nous focaliser « sur la production de sens dans l'expérience de la vie quotidienne et le flux de son vécu. » (Jodelet D. 2006, P 238).

Nous envisageons l'expérience corporelle comme une expérience sociale. Nous tentons de l'investir dans toute sa complexité. Le but est de montrer l'importance de la dimension sociale du corps dans l'analyse du processus de gestion de la maladie chronique chez les personnes âgées. Ici le réductionnisme

biologique dans la conception médicale du corps est remis en question. Aussi semble-t-il intéressant de se poser quelques questions qui puissent ouvrir la porte à des réflexions nouvelles, et actuelles, soulignant la complexité des rapports entre le corps et la personne. Car parler de l'expérience corporelle dans la maladie chronique c'est, en effet parler de la personne âgée autant que personne dans sa totalité et autant qu'acteur incontournable dans la gestion quotidienne de sa maladie.

Effectivement, cette réflexion s'inscrit en partie dans la lignée des travaux sur l'expérience de la maladie chronique, qui étudient les réaménagements dans la vie quotidienne et les perturbations biographiques à la suite d'une maladie chronique (Bury M., 1982). Le point de vue des personnes concernées est privilégié afin d'identifier les ressources et les stratégies développées face aux contraintes du processus de gestion de leur maladie dans un contexte social, économique, culturel et médical particulier (Schneider J., Conrad P., 1983 ; Strauss A.L., Glaser B.G., 1975). Dans cette perspective, le patient est considéré comme acteur de sa maladie et du travail de gestion qu'elle requiert (Baszanger I., 1986).

En souscrivant à cette perspective, nous relativisons l'approche strictement biomédicale centrée sur la dimension organique du corps du patient âgé. Ce dernier est réduit à un ensemble d'organes «défaillants».

Les personnes âgées en Algérie n'ont pas fait l'objet d'études exhaustives pour évaluer leur situation et leurs difficultés. Mais, dès la fin des années quatre-vingt et quatre-vingt-dix l'intérêt pour cette catégorie d'âge a commencé à se développer<sup>16</sup>. Même si cet intérêt est resté centré sur des aspects restreints de la vieillesse (quantitative) la qualité de vie ainsi que le quotidien de ces personnes reste négligé.

A partir des années 2000, apparaissent les premières études sur cette catégorie : en 2002, le Conseil National Economique et Social (CNES, 2002) a fait un rapport sur les personnes âgées et l'enfance abandonnée en Algérie. Une enquête nationale sur la santé de la famille (EASF, 2003) a consacré un module aux personnes âgées, c'est la première enquête dans le Monde arabe qui aborde clairement la question. En 2010, une enquête qualitative, par focus group sur la famille intégrant dans le protocole de recherche des questions sur cette tranche d'âges, est réalisée dans cinq wilayas : Oran, Mascara, Bechar, Bejaïa, Alger (SNAFAM, CRASC, 2010).

En 2014, une étude a été réalisée dans un cadre des Programmes Nationaux de Recherche par le Centre de Recherche en Anthropologie Sociale et Culturelle CRASC Oran. Un PNR population et société (PNR 31) a été réalisé sur : « La population âgée en Algérie : Dynamique et tendance ».

---

16 Le projet de la Ligue des Etats Arabes sur la santé de la famille « PAFAM » a constitué la première occasion pouvant donner des réponses à plusieurs préoccupations concernant cette catégorie d'âge en Algérie. En effet, ce projet qui fait suite au projet PAPCHILD a donné cette fois-ci, aux pays concernés par le projet, la possibilité d'adjoindre au questionnaire principal, des modules dont le choix leur revient. A ce titre, l'Algérie a opté pour trois domaines ayant une relation directe avec la santé de la famille. Il s'agit des jeunes âgés de 15 à 29 ans, des femmes en âge de ménopause et enfin des personnes âgées de 60 ans et plus. Ces catégories de population, dont le rôle n'est pas des moindres et ce tant dans la famille que dans la société, méritaient bien d'être étudiés dans la mesure où les données qui les concernent sont assez rares.

Il convient de noter que l'Algérie est le premier pays à avoir intégré dans le projet, le module sur les personnes âgées. Les variables introduites répondent pratiquement à un grand nombre de nos interrogations sur la population du troisième âge. Elles permettent une étude assez complète de cette catégorie de population, tant sur le plan quantitatif que qualitatif (Hassen Souaber, Amar Ouali. 2005)

Les différentes expériences vécues par les personnes âgées en Algérie peuvent représenter un gain de connaissance qui permettrait de fonder au mieux les politiques et les programmes qui leur sont destinés.

En effet, l'analyse du vieillissement et de la vieillesse depuis la perspective de ceux qui vieillissent contribue à la qualité et à la spécificité des études dans ce domaine. Il est donc essentiel d'élaborer un chemin de pensée qui soit en consonance à la fois avec l'objet d'étude et avec l'esprit du temps, capable de percevoir la vie, les sentiments, l'âme, la part sensible de tout problème humain. (Featherstone, M. 1992).

Les études sur les séniors n'étant pas très répandues, l'objectif de cette thèse est de susciter l'intérêt des chercheurs en sciences sociales pour cette question et de contribuer à ouvrir un nouveau champ de réflexion.

« La tâche consiste à éclairer les zones d'ombre, sans illusion, ni fantasme de maîtrise, avec cependant la ferveur qui doit guider toute recherche, sans omettre ni l'humilité ni la prudence, ni d'ailleurs l'invention qui doit présider à l'exercice de la pensée » ( Le Breton D, 1992. P 118).

Notre thèse se présente en Cinq chapitres interdépendants

**Le premier chapitre :** Approche méthodologique : corps et vieillesse des objets de recherche complexes. Nous allons dans ce chapitre, tenter de présenter une définition des concepts de l'âge, de vieillesse et le corps tout en exposant les différentes approches qui les ont définis, et en définissant notre réflexion par rapport à ces approches. Pour finir par présenter notre approche méthodologique adoptée ainsi que notre façon de faire sur le terrain de recherche.

**Le deuxième chapitre,** nous allons aborder la question de la vieillesse en Algérie. En exposant l'évolution démographique en Algérie comme un enjeu de société. En deuxième lieu nous abordons les modalités d'aides, de prise en charge institutionnelle ainsi que la politique sociale en Algérie. En troisième lieu nous

tontons de présenter les différents éléments de changement sociale et leurs influences sur l'évolution du statut de la personne âgée.

**Le troisième chapitre** va aborder la structure de soins publique comme un espace de resocialisation et d'échange pour la personne âgée. En deuxième lieu il traite la relation de la personne âgée aux professionnels de soins, dans cet élément l'accueil est envisagé comment une dimension centrale dans le travail de soins. En outre la négociation est une forme relationnelle ;

Le quatrième chapitre, corps âgé malade est famille : restructuration de l'espace familial.il va traiter la question de la solidarité familiale et le réaménagement de l'espace relationnel du patient âgé. En deuxième lieu il va aborder la famille comme acteur invisible dans le travail de soins.

Le cinquième et dernier chapitre il va aborder le rapport au corps dans la maladie chronique : le sens attribué à l'expérience corporelle. Il est question de traiter en premier lieu, la crise identitaire de la personne âgée définie par les transitions identitaires, ainsi, une hiérarchisation des maux est opérée.

En deuxième lieu il va appréhender le traitement comme expérience. En troisième lieu l'alimentation est envisagée comme le goût de vivre. En dernier lieu le corps de la personne âgée est un lieu de résistance.

# **Chapitre I**

**Approche méthodologique :  
corps et vieillesse des objets  
de recherche complexes**

# Chapitre I

## Approche méthodologique : corps et vieillesse des objets de recherche complexes

---

### **Introduction :**

La sociologie de la vieillesse met l'accent sur l'importance de la distinction entre la sénescence en tant que donnée biologique et le vieillissement envisagé d'un point de vue social. En effet, l'intérêt à la question de la vieillesse comme élément d'analyse sociologique a évolué dans des conditions complexes. D'une définition centrée sur le processus de désengagement de la personne âgée à l'appréhension de la vieillesse comme expérience et comme processus, la sociologie de la vieillesse a changé de visage.

En outre l'intérêt à un certain souci du corps dans les sciences de la société a pu être observé à partir des années 1960. Ce souci n'est pas pour autant unifié autour d'un paradigme, ou d'un programme de recherche clairement identifiable. Il se laisse plutôt observer sous la forme d'indices de lecture, permettant de retracer les différents parcours du « corps » qu'ont empruntés les sociologues, les anthropologues, les historiens ... » (Beauchez J, 2011. P 318). Du corps comme objet au corps comme sujet la sociologie du corps tente de se construire.

## **1-De la sociologie des âges à la sociologie de la vieillesse : un parcours complexe**

La sociologie de la vieillesse et du vieillissement est une branche de la sociologie qui étudie les représentations et les mises en jeu sociales de la vieillesse et des étapes qui permettent de l'atteindre, de la conforter ou de la réduire. Elle met en accent l'importance de la distinction entre la sénescence en tant que donnée biologique et le vieillissement envisagé d'un point de vue social. L'intérêt à la question de l'âge comme élément d'analyse sociologique a évolué dans des conditions complexes.

Effectivement, il faut souligner l'intérêt tardif des sociologues francophones et Européens pour l'âge comme catégorie sociale pertinente dans l'analyse sociologique. En effet, si la sociologie anglo-saxonne a très précocement mis en avant l'âge comme catégorie primordiale dans l'analyse des faits sociaux, cette approche n'a été prise en compte dans les recherches francophones que récemment. « Vieillesse et vieillissements » (Hummel C ; Mallon I ; Caradec V (dir.), 2014.)

Cet intérêt tardif des sociologues pour l'âge en générale et la vieillesse en particulier peut être expliqué en partie par deux éléments essentiels. Le premier étant lié à l'histoire de la sociologie francophone et européenne. Le deuxième concerne la prise en compte du poids de la démographie dans l'histoire du champ.

En ce qui concerne le premier élément. Sachant que la sociologie française et européenne se sont fondées sur le principe de répartition des objets entre les différentes disciplines existantes ; la question des âges a ainsi longtemps été laissée à la psychologie, à l'anthropologie ou encore à l'histoire.

Dans la réflexion sociologique de Durkheim E et de Mauss M l'âge n'est nullement appréhendé comme un objet d'analyse mais il est abordé comme

## Chapitre I

### Approche méthodologique : corps et vieillesse des objets de recherche complexes

---

catégorie de description fine de la vie sociale des sociétés exotiques. En effet, « Baudelot et Establet » nous confirment :

« qu'Emil Durkheim ne considère jamais l'âge comme une variable sociale à part entière ». (Baudelot C ; Establet R, 2006. P 21). Il faut souligner que dans les années 1960 aux années 1970 les analyses structurales et marxistes dominaient le champ sociologique. Ce dernier était structuré principalement autour des questions de socialisation, d'éducation notamment scolaire et du travail<sup>17</sup> (Dubet F, Martuccelli D, 1998).

Les années 1960 semblent être un tournant dans la construction d'un champ sociologique ayant comme objet les différents âges de la vie humaine. Ces années sont marquées par des transformations démographiques et sociales<sup>18</sup> importantes faisant émerger des phénomènes sociaux liés à deux catégories centrales, les jeunes ainsi que les personnes âgées. Des lors, la jeunesse et la vieillesse commencent à susciter l'intérêt des analyses sociologiques. Nous pouvons citer dans ce domaine,

---

<sup>17</sup> Il faut souligner que le travail constitue jusqu' à ce jour un objet central dans les analyses sociologiques.

<sup>18</sup> Cette époque est marquée par l'apparition de la génération de l'après-guerre. Etant à l'origine d'une « vague internationale des mouvements contre-culturels et des manifestations étudiantes » et exprimant des « déclarations récusant les valeurs « traditionnelles », sinon les systèmes établis. » (Falardeau G, 1990. P 60). Cette génération a pu susciter l'intérêt des sociologues dans le souci « de recherche de liens entre les jeunes, les générations et le changement sociopolitique. Pour plusieurs observateurs, il ne fait aucun doute que la génération de l'après-guerre a exercé, et exerce encore, une influence non négligeable sur le changement social » cet intérêt prend de plus en plus de l'ampleur à partir des années 1970. En outre, l'évolution et la généralisation du système de retraite a eu comme conséquences l'émergence d'un groupe d'âge prenant une consistance sociale inédite et exprimant des revendications incontournables (Guillemard A-M. 1972). Les retraitées font désormais, l'objet de quelques études sociologiques.

## Chapitre I

### Approche méthodologique : corps et vieillesse des objets de recherche complexes

---

les deux contributions pertinentes « d'E Morin, 1967 »<sup>19</sup>(Morin E,1967.) et « Bourdieu P, 1984 »<sup>20</sup> Considérées comme précurseurs de la sociologie des âges.

Même si les deux champs ont été initiés au même moment, un déséquilibre de taille est observé dans l'évolution des recherches concernant les deux catégories d'âge (jeunesse et vieillesse). Car il faut souligner qu'à partir des années 1990 la sociologie de la jeunesse s'est rapidement structurée (Mauger G. 1995). Alors que le champ de la vieillesse est longtemps demeuré liée à d'autres champs sociologiques comme la sociologie de la famille, la sociologie urbaine...etc.

Egalement, la prise en compte du poids de la démographie dans les études sociologiques est un élément primordial dans la structuration de la sociologie de la vieillesse. D'ailleurs les travaux de Bourdelais P (1989) nous confirment que le changement démographique inédit dans l'histoire et les défis qu'il pose non seulement pour les pouvoirs publics mais encore pour la société a fortement déterminé les orientations des chercheurs pour l'objet « vieillesse et vieillissement ».

Force est de constater qu'à la fin du 19<sup>ème</sup> siècle et qu'avec la mise en place des retraites, la vieillesse se révèle comme problème social et met à jour la

---

<sup>19</sup> Dans son œuvre « commune en France. La métamorphose de Plodémet » E Morin présente la commune de Plodémet comme une illustration incontournable de la grande transformation de la France de l'après-guerre. Dans cette étude parue chez les éditions Fayard en 1967, l'auteur était l'un des premiers sociologues à avoir analysé la question du rapport entre générations dans son fameux chapitre intitulé « jeunes et vieux ».

<sup>20</sup> Dans son célèbre texte « la jeunesse n'est qu'un mot » P Bourdieu rappelle déjà que l'âge « est une donnée biologique, socialement manipulée et manipulable » car le fait « de parler des jeunes comme d'une unité sociale, d'un groupe constitué, doté d'intérêts communs et de rapporter ces intérêts à un âge défini biologiquement, constitue déjà une manipulation évidente » (P Bourdieu. 1984, p 145) même s'il considère l'âge comme déterminant secondaire des conduites sociales, l'auteur a pu initier les recherches définissant l'âge comme l'un des facteurs explicatifs de ces conduites.

## Chapitre I

### Approche méthodologique : corps et vieillesse des objets de recherche complexes

---

nécessaire intervention publique. Comme le montre Guillemard A M (1986) la formation du droit social à la retraite a constitué un enjeu majeur des politiques de la vieillesse jusque dans les années 1960. En revanche l'analyse sociologique tente de comprendre les questions liées à la retraite et aux retraités tout en mettant en exergue les effets pervers des politiques consacrées à cette catégorie d'âge.

Elle propose encore d'analyser la manière avec laquelle l'apparition de nouvelles catégories comme celles de « troisième âge » aux années soixante (60), de « personnes âgées dépendantes » dans les années quatre-vingt (80), ou encore de « seniors » dans les années quatre-vingt-dix(90) a contribué dans l'évolution des représentations de la vieillesse. Puisque la vieillesse ne peut être réduite qu'aux retraités, d'autres découpages s'imposent.

Au cours des années 1970 le terme « troisième âge » fait son apparition véhiculant une vision activiste de la retraite. Il se définit en opposition de la vieillesse et représente une nouvelle jeunesse. En même période, un autre concept émerge « le quatrième âge ». Il définit « les personnes âgées dépendantes ».

Il faut souligner que le terme « dépendance » était utilisé pour la première fois chez les médecins gériatres pour définir les multiples déficiences physiques pouvant caractériser le parcours de la vieillesse.

En outre le terme de « sénior » est apparu au début des années 1990. Il est utilisé dans le monde du marketing pour désigner les personnes de 50 ans et plus. Elles sont appréhendées comme des personnes toujours actives et dynamiques et qui deviennent une cible privilégiée des multiples stratégies de marketing. Ce concept se développe très rapidement pour être adopté dans les domaines diversifiés de la recherche sociologique.

Ces changements sociaux qui ont marqué les différentes désignations de la vieillesse ont pu transformer la réflexion sociologique concernant la vieillesse et le

**Chapitre I**  
**Approche méthodologique : corps et vieillesse des objets de recherche complexes**

---

vieillesse. Elle devienne plus attentive aux expériences de l'avancé en âge. Ainsi une nouvelle approche a vu le jour

**2-Expérience du vieillissement, « mondes sociaux » et « déprise » : une nouvelle ère**

Une nouvelle approche s'est développée dans la sociologie contemporaine. Elle propose une analyse appréhendant la vieillesse en terme d'expérience et de processus. Effectivement, cette vision de recherche se présente comme une critique incontournable des théories fonctionnalistes.

Celles-ci appréhendent la vieillesse souvent sous une conception négative en se centrant uniquement sur le processus de désengagement caractérisant l'avancée en âge. En effet, la théorie du désengagement est restée pendant plusieurs années un outil d'analyse de première importance chez les sociologues.

Appartenant à la gérontologie sociale et générée par Elaine Cumming et William Henry la théorie du désengagement propose une définition de la vieillesse basée sur le désengagement de la personne vieillissante. Ce dernier se traduit par la restriction du réseau relationnel de la personne, par une limitation de ses interactions sociales et par une réduction de ses rôles sociaux (Cumming E ; Henry W. 1961). A contrario, l'expérience individuelle du vieillissement est une perspective théorique invitant à prendre de la distance par rapport à une interprétation déficitaire de la vieillesse.

En effet, plusieurs critiques ont porté sur les limites de cette théorie et sur son inadaptation avec la réalité. La première critique concerne son androcentrisme et sa focalisation sur le travail extérieur rémunéré<sup>21</sup>. (Hochschild A.1975) est la

---

<sup>21</sup> Dans une telle approche, « le vieillissement se caractérise par une perte de rôles, à la fois professionnel au moment de la retraite et familiaux avec le départ des enfants et le décès du conjoint. »(Caradec V,2008. P88).

## Chapitre I

### Approche méthodologique : corps et vieillesse des objets de recherche complexes

---

première a avoir mis, en premier lieu, l'accent sur les limites du modèle de désengagement lié à la cessation d'activité professionnelle. Notamment, « ce modèle d'interprétation du vieillissement comme retrait du monde du travail, d'une part, concernait essentiellement les hommes et, d'autre part, excluait les autres dimensions participant du processus d'avance en âge ». (Membrado M, 2010. P 09). Elle affirme qu'avoir une moindre activité et se désengager n'est pas forcément la même chose.

Entre autres, la focalisation sur le facteur activité professionnelle nous empêche d'aboutir à une analyse dynamique et plurielle du vieillissement cela peut nous amener, notamment, à négliger les arrangements avec soi et les multiples transitions et transactions vécues différemment selon les trajectoires sociales.

Deuxièmement, l'auteur critique sa prétention à la validité universelle. Elle souligne qu'étant donné l'hétérogénéité sociale de la catégorie des personnes âgées, le désengagement ne peut être considéré comme caractéristique universelle de la vieillesse. « il apparaît beaucoup trop général » (Caradec V, 2008. P 91) effectivement on lui reproche son caractère global et mécanique alors qu'il peut y avoir des différences dans le processus de retrait d'un individu à un autre.

En dernier lieu Hochschild A conteste la manière objectiviste avec laquelle est appréhendé le désengagement ( Caradec V, 2008), car la perception de son propre vieillissement par la personne qui vieillit n'est pas du tout questionnée. En négligeant l'importance des significations que les personnes donnent à leur avancée en âge, cette approche n'appréhende la vieillesse que de l'extérieur.

Pour analyser le processus du vieillissement de l'intérieur. « La sociologie du vieillissement a changé de visage » (Caradec V, 2008. P 96). Désormais, elle abandonne les théories fonctionnalistes du désengagement pour adopter les approches constructivistes et interactionnistes. Dans ces dernières le vieillissement

## Chapitre I

### Approche méthodologique : corps et vieillesse des objets de recherche complexes

---

est défini comme processus et comme expérience. Celle-ci est envisagée en termes de « mondes sociaux » et de « déprise ».

David Unruh (1983). Cité dans Caradec, V (2008.P 92) appréhende l'avancée en âge comme combinaison de désengagement et d'engagement. Il emprunte le concept du « monde social »<sup>22</sup> pour montrer que l'évolution de l'intégration sociale, dans le processus du vieillissement, est caractérisée par un double mouvement de désengagement et d'engagement qui concerne les mondes sociaux ainsi que les formes plus classiques d'intégration. Le sens donné à cette évolution par les personnes qui la vivent est primordial pour comprendre le processus du vieillissement. (Caradec V, 2008).

L'investissement actif des personnes dans ces mondes sociaux devient plus difficile au cours de l'avancée en âge. Une restriction d'activités ainsi que de relations s'impose conduisant à un processus de transformation progressive avec soi et avec le monde. Un phénomène de déprise est opéré.

En effet, le concept de déprise devient un concept incontournable dans plusieurs champs sociologiques<sup>23</sup>. Il est mis en œuvre dans la sociologie de la vieillesse pour appréhender ses transformations progressives dans l'avancée en âge, et plus particulièrement dans le grand âge. Malgré son préfixe privatif, la déprise désigne un processus de réajustement, de réorganisation de l'existence autour d'activités, d'intérêts ainsi que des liens les plus essentielles où un travail de

---

<sup>22</sup> Le monde social est un concept central dans les analyses interactionnistes et plus particulièrement dans celles de « Strauss A » et Shibutani T». Unruh D définit les mondes sociaux comme « des formes d'organisations sociales aux contours peu définis, dont les membres ne sont pas liés par leur coprésence dans un même espace, mais par le partage de perspectives semblables résultant d'un centre d'intérêt commun et de la participation aux mêmes canaux de communication. » cité dans (V Caradec V, 2008.P 93).

<sup>23</sup> Ce concept a été utilisé non seulement dans la sociologie de la vieillesse mais dans d'autres champs sociologiques comme la sociologie de la santé, de la famille ainsi que celle du travail.

# Chapitre I

## Approche méthodologique : corps et vieillesse des objets de recherche complexes

---

sélection et « d'économie des forces » est réalisé. (Clément et al, 1998, 1999 et 2010) ; Caradec V, 2004, 2008).

Elaborée par une école Toulousaine<sup>24</sup> ce concept est conçu dans une ambition pour rendre compte de l'hétérogénéité des expériences et des processus du vieillissement. Dans cette approche, la vieillesse est envisagée comme un processus non linéaire, de combinaisons d'engagements et de désengagement, mais aussi comme une expérience. ( Caradec V, 2009).

Dans le processus du vieillissement l'expérience corporelle est une dimension centrale.

En effet le corps est l'opérateur principal du rapport de la personne âgée à son monde. Il est au cœur de l'expérience du vieillir.

### **3-Le corps : un objet de recherche tourmenté ; entre ambiguïté et diversité des approches**

L'émergence d'une sociologie appliquée au corps a pu être observée à partir des années 1960<sup>25</sup>. Les différents changements qui ont marqué la société contemporaine dans cette période, ont pu nourrir la curiosité des sociologues intéressés par ce champ d'investigation. L'importance de la montée du féminisme pendant ces années et au cours desquelles le corps devient un enjeu politique,

---

<sup>24</sup> Les fondateurs de cette école toulousaine qui fait actuellement autorité quant à la déprise sont : Serge Clément, Marcel Drulhe, Monique Membrado, Jean Mantovani et Jean-François Barthe.

La déprise est définie comme un processus de réaménagement de l'existence dans l'expérience du vieillir. (Clément S ; Mantovani J, 1999).

<sup>25</sup> « Il est en effet notable qu'un certain souci du corps transparait au même moment dans les sciences de la société. Ce souci n'est pas pour autant unifié autour d'un paradigme, ou d'un programme de recherche clairement identifiable. Il se laisse plutôt observer sous la forme d'indices de lecture, permettant de retracer les différents parcours du « corps » qu'ont empruntés les sociologues, les anthropologues, les historiens et les juristes français des cinquante dernières années. » (Beauchez J, 2011. P 318).

## Chapitre I

### Approche méthodologique : corps et vieillesse des objets de recherche complexes

---

comme nous l'affirme Shilling (Shilling C, 2003), l'émergence du néo-capitalisme et la société de consommation, l'accroissement de la capacité collective de contrôler le corps ainsi que le vieillissement de la population dans les sociétés occidentales, ces mutations ont pu placer le corps au centre de la réflexion sociologique. (Mathieu ST-J, 2010).

Comme nous le confirme Kevin White (1995. P 188) : « La structure du vieillissement dans les sociétés capitalistes tardives et la baisse du taux de mortalité dans les pays du tiers-monde ont littéralement rendu problématique le nombre des corps. Le corps en tant qu'un consommateur de produits et de styles de vies a souligné son façonnage social, et des développements dans la technologie médicale – en ce qui concerne les parties du corps – ont problématisé ce qui étaient avant des événements pris pour acquis, notamment la mort et l'inviolabilité des organes dans l'organisme humain »<sup>26</sup>.

Ce qui a favorisé l'apparition et le développement d'une réflexion sur le corps plus approfondie, même si cette dernière n'était pas structurée autour d'un champ bien définie, bien déterminé<sup>27</sup>. En conséquence, plusieurs contributions ont pu voir le jour à partir de cette période.

---

<sup>26</sup> Cité dans : Adelman M et Ruggi L , (2013, p 02).

<sup>27</sup> « Parce que son objet d'études est seulement désigné sans être systématiquement construit, « la sociologie du corps paraît s'enfermer dans les débats et les querelles qui concernent la définition même de son champ d'application, et se contente souvent de poser, dans des termes qui ne sont pas loin de rappeler ce~ du droit et plus particulièrement du droit international, la question de ses relations avec les autres disciplines réductible à la question du partage des terrains conquis ou de la gestion des zones d'influence ou encore prétend se fonder sur la volonté de procéder à la synthèse des différentes sciences du corps, solution qui n'est pas sans lien elle aussi avec la logique régissant les relations entre états et qui rappelle, par son caractère utopique et par l'idéologie pragmatique qui lui est sous-jacente, les efforts des organismes internationaux pour concilier verbalement (c'est-à-dire en effaçant artificiellement les différences) les intérêts les plus divergents ». (Boltanski L,1971. P 205)

## Chapitre I

### Approche méthodologique : corps et vieillesse des objets de recherche complexes

---

Ces travaux proposent plusieurs façons d'aborder le corps : Le corps porteur des différences sociales ou culturelles, tel qu'il a été analysé dans les travaux de Pierre Bourdieu et Luc Boltanski, le corps dans l'interaction (Hall ET, Goffman E) ou bien encore, le corps « sensible et expressif » (Becker H ou la phénoménologie Husserl E et Merleau-Ponty M) (Duret P ; Roussel P, 2005). Même si notre propos n'est pas de reconstituer l'histoire de ces idées, certains éléments décisifs méritent d'être évoqués. L'œuvre de Merleau-Ponty M (1945, 1964)<sup>28</sup> mérite d'être cité.

Effectivement, en abordant le corps dans sa relation au monde, cet auteur est l'un des premiers à mettre à jour l'idée d'une pensée corporelle. Il envisage le corps comme un « sentant sensible » car toute perception se fait dans et par le corps. (Cazemajou A, 2005. P 02).

En insistant sur une insertion réciproque entre le corps et le monde, l'auteur a pu mettre à jour, même si d'une façon implicite, une potentielle influence réciproque entre le corps et son environnement (relationnel et matériel) ; cette idée au quelle nous nous intéressons le plus c'est ce corps devenant, en conséquence, actif et passif en même temps.

En employant pour la première fois la notion de corporéité tout en insistant sur l' « être corps », cette théorie a le mérite d'instaurer implicitement une réflexion autour de la notion d'expérience corporelle ainsi que sur le corps vécu. Ces deux notions deviennent plus tard incontournables dans l'analyse de la réalité corporelle dans la sociologie contemporaine.

Il faut souligner qu'à partir des années 1970 une pensée sociologique appliquée au corps commence à se concrétiser dans les deux courants

---

<sup>28</sup> Merleau-Ponty M, 1945. La phénoménologie de la perception. Paris, Gallimard.

- Le visible et l'invisible. Paris : Gallimard, 1ère edit (1964) 1995.

## Chapitre I

### Approche méthodologique : corps et vieillesse des objets de recherche complexes

---

emblématiques de la sociologie contemporaine. Le structuralisme de (Foucault M, Bourdieu P) et l'interactionnisme symbolique de (Goffman E).

Le premier met en avant les concepts d'inculcation et d'incorporation pour traiter la corporéité humaine. Ce programme affirme qu'il existe un double mouvement d'intériorisation et d'objectivation qui « lie le corps aux structures et, à travers eux, au sujet. L'efficace des structures s'opère et se donne à voir dans des dispositifs corporels autorisant en dernière analyse, par les concepts d'inculcation et d'incorporation, la production d'une véritable théorie structuraliste du sujet<sup>29</sup>. Celle-ci trouve son cœur dans la construction du concept d'habitus par Bourdieu.[...] L'incorporation définit ici le statut médiat du corps, à la fois produit et producteur, générique et singulier, socialement façonné et individuellement exprimé » (Berthelot J M, 1992. P 14).

Par contre, L'analyse interactionniste « introduit le sujet comme acteur concret de situation qu'il reçoit et construit tout à la fois dans l'échange immédiat de significations qui s'instaure entre lui et les autres participant ». (Berthelot J M, 1992. P 14). Dans cette analyse l'individu est supposé être doté du minimum d'autonomie pour pouvoir résoudre les différents problèmes que lui pose son environnement.

Il apparaît bien que lorsque dans la perspective structuraliste il est question de structures. Dans le programme interactionniste on parle d'acteur. Mais il faut souligner que malgré leurs divergences apparentes les deux courants s'inscrivent

---

<sup>29</sup> Vu que pour le structuralisme l'être humain ne peut être appréhendé qu'à travers un réseau de relations symboliques qui sont autant de structures auxquelles il participe sans en être conscient. Il peut paraître donc insensé de « parler du sujet dans le cas du structuralisme. C'est oublier que celui-ci s'enracine dans un rejet du sujet transcendantal de la philosophie classique ou de la phénoménologie, il pose simultanément la nécessité d'un mode de présence factuel de structures fondamentalement abstraites » (Berthelot J M, 1992. P 14).

## Chapitre I

### Approche méthodologique : corps et vieillesse des objets de recherche complexes

---

dans un registre discursif qui tente de dévoiler les significations cachées dans une corporéité en action.

En effet. Que l'analyse de la corporéité soit révélatrice d'un ordre (interactionnisme) ou d'un fonctionnement (structuralisme) cachés ; qu'il s'agisse de code rituel d'interactions entre acteurs, de logique d'action déterminée ou bien de mode de positionnement dans une hiérarchie sociale, de forme de socialité émergente. Bien que ces contradictions sont visibles, force est de souligner que l'essentiel pour ces deux théories « n'est pas le « corps » mais ce qui, à travers lui, peut se lire »(Berthelot J M, 1992. P 16).

Il importe à préciser que ce registre discursif<sup>30</sup> à indéniablement imprégné les discours sociologiques ultérieurs s'intéressant au corps ou aux pratiques corporelles. Ainsi, plusieurs travaux ont pu voir le jour. Tout en s'inscrivant dans ce registre discursif. En prenant le corps pour objet ces contributions tentent de retrouver « à travers lui le fonctionnement d'un champ, la santé, la justice, la mode, le sport...et au-delà ses grandes structuration par lesquelles le sociales est pensé » (Berthelot J M, 1992. P 16).

Effectivement une réflexion sociologique appliquée au corps se développe dans une sociologie sectorielle émergente entre les années 1970-1980. Le corps est désormais objet de recherche dans la sociologie du travail, de la santé, du sport....etc.

C'est, par contre, « dans deux domaines surtout que se sont développées les sociologies sectorielles qui accordent tant soit peu d'intérêt à la dimension

---

<sup>30</sup> L'approche discursive « « souligne l'importance des acteurs sociaux dans la production et la circulation sociale des savoirs et des connaissances. En outre, elle utilise les outils méthodologiques propres à la recherche qualitative en sciences sociale ».elle s'intéresse « au développement et au fonctionnement des univers symboliques dans le monde social ». (Reiner Keller.2007.p 287 -290).

## Chapitre I

### Approche méthodologique : corps et vieillesse des objets de recherche complexes

---

corporelle. La sociologie du sport, tout d'abord, depuis le début des années 70 ( Brohm J-M ; Defrance J ; Pociello CH ; Le Pogam ; Michon B). Il s'agit ensuite de la sociologie de la santé (Herzlich C ; Pierret J ; Loux F), ou encore des travaux portant sur les discours médicaux sur le corps ( Bennani J ; Boltanski L ; Dubois P ; Le Breton D).

La sociologie de la médecine, davantage tournée vers l'institution médicale et l'action thérapeutique, accorde finalement peu d'attention spécifique à la dimension corporelle de la pratique (Lucas PH ; Dupuy J-P et Karsenty S ; Guyot J-C). Plus fructueux, de ce point de vue, les travaux produits dans la mouvance de la sociologie du travail sur la *santé* des travailleurs (Lucas Y ; Wiesner A ; Fischer GN ; Brangeon J-L et Jégouzo G ; Chombart de Lawe, Bungener, C. Horellou-Lafarge, M.V. Louis) » (Memmi D, 1998. p 6).

En somme, tenter de lire la réalité sociale à travers le corps et la corporéité humaine a été la matrice de la réflexion sociologique de plusieurs contributions contemporaines. Les différentes façons d'appréhender le corps se multiplient et se diversifient. Dans les travaux de Bourdieu P, (1979,1982) ; concernant la société contemporaine, il nous offre une riche analyse de « l'habitus »<sup>31</sup> ainsi que de divers modèles de « capital » qui selon lui, reproduisent les différentes formes de domination dans la société. Le corps est selon Bourdieu, « un site privilégié où les relations sociales de pouvoir et de domination sont reproduites. » (Adelman M et Ruggi L, 2013. P 05). En effet il « est l'objectivation la plus irrécusable du goût de classe » (Bourdieu P, 1979. P 210).

Selon cet auteur « les habitudes s'inscrivent dans les corps comme les effets impensés de cultures si profondément acquises qu'elles apparaissent le plus souvent

---

<sup>31</sup> « Les *habitus* corporels seraient les mises en jeu d'*habitus* plus large embrassant l'ensemble des conduites propres aux « agents » d'une classe sociale. L'*habitus* est une formule génératrice de comportements et de représentations liés à une position de classe. » (Le Breton D, (1992) 2008. P 104).

## Chapitre I

### Approche méthodologique : corps et vieillesse des objets de recherche complexes

---

à l'observateur extérieur sous l'aspect d'une seconde nature, une nature précisément culturalisée[...] le corps peut dès lors être conçu comme un lieu privilégié d'inscription et d'expression des appartenances sociales et culturelles. » (Beauchez J, 2011. P 320).

Dans le même ordre d'idées Boltanski L, en analysant quelques indicateurs liés à l'alimentation, soins médicaux, relation à la douleur ou soins corporelle, il met en exergue les « usages sociaux du corps » propres aux différentes classe sociales.(Le Breton D, (1992) 2008. P 104). En s'incorporant dans les corps, les usages sociaux et culturels deviennent indissociables de l'être et prennent alors, de manière paradoxale, une apparence de naturel (Détrez C ,2002).

L'auteur appréhende les usages que font les « sujets sociaux » de leurs corps comme signes de statut<sup>32</sup>, un indicateur incontournable d'appartenance sociale. Pour définir ces « usages sociaux du corps », Boltanski L rappelle que : « Les règles qui déterminent les conduites physiques des sujets sociaux, et dont le système constitue leur "culture somatique", sont le produit des conditions objectives qu'elles retraduisent dans l'ordre culturel, c'est-à-dire sur le mode du devoir être et sont fonction, plus précisément, du degré auquel les individus tirent leurs moyens matériels d'existence de leur activité physique, de la vente des marchandises qui sont le produit de cette activité ou de la mise en œuvre de leur force physique et de sa vente sur le marché du travail. » (Boltanski L, 1971. P 226).

---

<sup>32</sup> «le corps est en effet, au même titre que tous les autres objets techniques dont la possession marque la place de l'individu dans la hiérarchie des classes, par sa couleur (blafarde ou bronzée), par sa texture (asque et molle ou ferme et musclée), par son volume (gros ou mince, replet ou élancé), par l'ampleur, la forme ou la vitesse de ses déplacements dans l'espace (gauche ou gracieux), un signe de statut - peut-être le plus intime et par là le plus important de tous - dont le rendement symbolique est d'autant plus fort qu'il n'est pas, le plus souvent, perçu comme tel et n'est jamais dissocié de la personne même de celui qui l'habite» ( Boltanski L, 1971.P 231)

## Chapitre I

### Approche méthodologique : corps et vieillesse des objets de recherche complexes

---

Cette ambition de mettre en évidence la dimension sociale du corps a saisi d'autres sociologues comme Berthelot J-M. Il affirme que quelle que soit la situation sociale considérée, il faut toujours un corps, en fin de compte, pour la permettre et l'interpréter. Selon cet auteur l'objet de la sociologie du corps c'est les situations de mise en jeu du corps. Toute pratique sociale est mise en jeu du corps. Cette mise en jeu sociale est simultanément production du corps.

Dans les pratiques de mise en jeu du corps, ce dernier est un outil produit en fonction de nécessités (formé / déformé, épanoui / mutilé...). Le corps est selon cet auteur, un organisme « in situ », en actes, agissant, parlant, appréhendant et modelant son espace, modulant ses gestes. (Berthelot J-M, 1983).

Il définit le corps comme production sociale. « Par les diverses pratiques de production/reproduction et d'entretien du corps, c'est l'être biologique qui est construit simultanément comme être social; l'existant concret, le corps dans sa corporéité<sup>33</sup> immédiate c'est-à-dire dans son paraître, dans ses gestes, dans ses postures est ainsi un produit social et en tant que tel inscrit dans son mode d'être les structures sociales et les modèles culturels qui le génèrent. » (Berthelot J M, 1982. P 62).

Dans son analyse il présente deux modalités de la production sociale du corps : la première concerne les pratiques de ritualisation : pratiques de marquage qui produisent l'apparence corporelle comme signe (parures, habits, attitudes, contrôle du corps...etc). Ces pratiques ont de forts liens avec l'institutionnel.

La deuxième est en lien avec les pratiques de perpétuation : entretien quotidien du corps, perpétuer le corps comme être social concret. Comme les

---

<sup>33</sup> La corporéité est définie ici comme « l'ensemble des traits concrets du corps comme être social » (Berthelot J-M, 1983. P 120).

## Chapitre I

### Approche méthodologique : corps et vieillesse des objets de recherche complexes

---

pratiques en relation avec la santé, la jeunesse, la vieillesse ....etc. Ici l'importance est donnée au quotidien des individus. (Berthelot J-M, 1983).

Aussi le travail de Le Breton D (1985, 1990, 1991,1992)<sup>34</sup> s'affiche dans une continuité des analyses évoquées ci-dessus. Dans un souci de déceler les logiques sociales et culturelles de l'expérience corporelle des acteurs, Le Breton appréhende le corps comme « une matière inépuisable de pratiques sociales, de représentations, d'imaginaire».

Il dessine « un monde de significations et de valeurs, un monde de connivence et de communication entre les hommes en présence et leur milieu. Face au monde l'individu n'est jamais un œil, une oreille, une main, une bouche ou un nez, mais un regard, une écoute, un toucher, une gustation ou une olfaction, c'est-à-dire une activité d'interprétation» (Le Breton D, 2014. P 22). Le corps est considéré ici : premièrement comme un phénomène social et culturel, puis comme un symbole, objet de représentations et d'imaginaires et qu'il subit enfin les effets de la société actuelle.

L'œuvre de cet auteur se distingue par la façon d'envisager les individus comme acteurs dans leur propre expérience corporelle. Car même si la société contribue à donner au corps le relief social dont il a besoin, elle lui offre en même temps la possibilité de se construire comme acteur à part entière de son collectif d'appartenance. (Le Breton D, 2014)

En effet, « L'acteur étreint physiquement le monde et le fait sien, en l'humanisant et surtout en en faisant un univers familier et compréhensible, chargé

---

<sup>34</sup> Le Breton D, 1985. *Corps et société*, Paris. Les Méridiens.

- 1990. *Anthropologie du corps et modernité*, Paris. PUF.

- 1991. *Passions du risque*, Paris. Métailié.

- 1992. *La sociologie du corps*, Paris. Presses Universitaire de France PUF.

## Chapitre I

### Approche méthodologique : corps et vieillesse des objets de recherche complexes

---

de sens et de valeurs, partageable en tant qu'expérience par tout acteur inséré comme lui dans le même système de références culturelles.

Exister signifie d'abord se mouvoir dans un espace et une durée, transformer son environnement grâce à une somme de gestes efficaces, trier et attribuer une signification et une valeur aux *stimuli* innombrables de l'environnement grâce aux activités perceptives, livrer à l'adresse des autres acteurs une parole, mais aussi un répertoire de gestes et de mimiques, un ensemble de ritualités corporelles ayant l'adhésion des autres. À travers sa corporéité, l'homme fait du monde la mesure de son expérience. ». (Le Breton D, (1992) 2008. P 5- 6). Cette idée conforte bien notre réflexion centrée sur cette capacité des personnes âgées à agir sur leur environnement social et matériel.

Par ailleurs et malgré leurs divergences apparentes, les approches citées plus haut s'accorde dans le fait d'appréhender le corps comme une construction sociale. Effectivement, les approches exposées présentent cependant des analyses qui se rejoignent par l'attention qu'elles portent aux constructions sociales et culturelles du corps et à ses positionnements concrets dans l'espace social.

Cependant « la détermination sociale des comportements ne laisse guère de place à l'innovation ou à l'imagination des acteurs. Elle enferme ceux-ci dans une reproduction de l'habitus et semble méconnaître les aspects contemporains d'une société où la seule permanence est celle du provisoire et où l'imprévisible l'emporte souvent sur le probable. Le problème qui demeure est celui du changement, de l'homme non plus « agent » mais « acteur » de son existence et du social » (Le Breton D, (1992) 2008. P106).

En somme, même si dans notre travail, nous nous alignons à cette approche envisageant le corps comme construction sociale, nous tenons en parallèle, à mettre en évidence l'inventivité et la créativité de ce corps vieillissant face aux contraintes

**Chapitre I**  
**Approche méthodologique : corps et vieillesse des objets de recherche complexes**

---

et difficultés imposées par son environnement social et physique. Car le corps vieillissant malade ne peut être toujours façonné par la société mais il peut à son tour influencer et changer son environnement.

Effectivement Giddens A met l'accent sur les façons uniques par lesquelles la modernité devient réflexive et engage les personnes en tant qu'agents dans les processus de changement social. (Giddens A, 1994).

Notre intérêt est porté sur l'expérience corporelle des personnes âgées dans la maladie. Nous tonton donc de dévoiler les différentes façons de faire et de dire des personnes âgées dans leur gestion de la maladie. De ce fait l'approche qualitative s'avère cruciale et indispensable.

#### **4-Le cheminement méthodologique de l'étude : notre façon de faire**

Pour investir de l'intérieur les différentes logiques corporelles de la personne âgée face aux maladies chroniques, nous nous appuyons sur l'approche qualitative (entretiens approfondis et l'observation fine de la gestualité de la personne âgée). Cette approche méthodologique est pertinente pour accéder aux façons de dire et de faire des acteurs. Elle s'intéresse, d'une façon essentielle, à la qualité de l'information produite par nos différents interlocuteurs, en l'occurrence les personnes âgées.

En effet, l'enquête qualitative « se veut au plus près des situations naturelles des sujets – vie quotidienne, conversations –, dans une situation d'interaction prolongée entre le chercheur en personne et les populations locales, afin de produire des connaissances in situ, contextualisées, transversales, visant à rendre compte du « point de vue de l'acteur », des représentations ordinaires, des pratiques usuelles et de leurs significations autochtones. (De Sardan J-P O, 1995. P 02).

## Chapitre I

### Approche méthodologique : corps et vieillesse des objets de recherche complexes

---

Notre enquête de terrain<sup>35</sup> a débuté dans le service de rééducation fonctionnelle au CHU d'Oran. Ce dernier accueille quotidiennement un nombre important de patients âgés.

En premier lieu, nous avons procédé à une exploration du terrain. Nous avons réalisé des entretiens informels avec les patients âgés. Force est de reconnaître que les relations que nous avons construites avec les personnes âgées dans cette étape s'est révélé déterminantes pour le déroulement ultérieur de l'enquête. Etant donné que c'est à ce moment que nous nous sommes positionné dans l'espace enquêté et que nous avons pu construire les premiers liens de confiance avec les différents acteurs (professionnelles de soins, patients âgées et leurs proches).

D'ailleurs c'est à travers ces échanges qui se voulaient plutôt informels que nous avons pu instaurer une première forme de collaboration avec les enquêtés où chacun, chercheur et enquêté, a pu se retrouver dans le processus et le résultat de la recherche venant ainsi favoriser une cohésion qui se veut indispensable à la « co-création du savoir » (Donnay J, 2001. P 43).

Dans cette étape, nous avons effectué des observations qui nous ont été utiles pour élaborer notre grille d'observation. L'observation est un processus complexe qui aide le chercheur à acquérir des compétences lui permettant de maîtriser, relativement le travail d'enquête.

Il faut rappeler que dans la mesure où celui qui pratique l'observation de terrain se comporte en observateur conscient capable de s'analyser lui-même dans

---

<sup>35</sup> L'enquête de terrain, « repose très schématiquement sur la combinaison de quatre grandes formes de production de données : l'observation participante (l'insertion prolongée de l'enquêteur dans le milieu de vie des enquêtés), l'entretien (les interactions discursives délibérément suscitées par le chercheur), les procédés de recension (le recours à des dispositifs construits d'investigation systématique), et la collecte de sources écrites ». (De Sardan J-P O, 1995. P 03).

## Chapitre I

### Approche méthodologique : corps et vieillesse des objets de recherche complexes

---

ce rôle, il devient alors un authentique sociologue. Car les concepts auxquels il devra faire appel pour s'observer dans son rôle d'observateur sont précisément les concepts qui sont indispensables à l'analyse de n'importe quelle interaction sociale.

Sachant que tout processus de recherche impliquant la participation des acteurs à des observations ou à des entretiens « suppose un jeu d'interactions sociales et la mise en scène de rapports sociaux qui influencent les comportements et les discours des personnes observées ou interrogées. Lorsqu'il adopte une posture collaborative, le chercheur ne se pose plus comme le seul expert puisqu'il reconnaît l'expertise des sujets-acteurs qu'il observera ou interrogera. Il importe donc de reconnaître le participant ( l'enquêté) dans son savoir, de l'inviter à participer à titre d'expert et de se positionner, à titre de chercheur, comme celle qui regarde, celle qui écoute, celle qui rassemblera les informations, les analysera afin de faire ressortir les aspects d'une réalité inconnue ou mal connue »( Laquerre M-E, 2015. P 40).

Les difficultés rencontrées pendant l'observation du terrain – la résistance des sujets, le risque pour l'observateur, que sa réussite comme participant ne lui interdise plus tard de faire un compte –rendu complet de ses observations, ou même le risque d'être expulsé de la ville- sont autant de faits qui doivent être analysés d'un point de vue sociologique. Lorsqu'il en prit connaissance notre petit groupe de travail s'exclama presque d'une seule voix : « nous sommes en train de faire la sociologie de la sociologie » (Hugues E, 1996. p 279).

La complexité de l'approche qualitative indique sa pertinence, parce qu'elle nous conduit à travailler et à nous interroger de façon approfondi sur les mots, les pratiques, les rituels, les objets techniques pour tenter de déchiffrer leurs significations, leurs sens, leurs logiques en nous armant de procédures descriptives et interprétative.

## Chapitre I

### Approche méthodologique : corps et vieillesse des objets de recherche complexes

---

En adoptant cette perspective nous avons opté pour une pensée du *dans* (une expérience du terrain et une langue singulière) et non une pensée *sur* (surplombant et dominant les interactions dans une position de mirador (Laplantine F, 2012)

Cette étape nous a permis de nouer le premier contact avec les enquêtés. Le but était de s'appropriier un certain nombre de données utiles pour élaborer notre guide d'entretien.

En deuxième lieu, nous avons réalisé des entretiens approfondis et répétés (revoir la personne âgée plusieurs fois) dans les espaces domestiques des enquêtés. Il faut dans ce domaine insister sur l'importance de l'espace de l'enquête dans le travail de production de données ce qui nous a permis d'aborder la personne âgée dans son environnement naturel avec une rencontre spontanée et une écoute attentive.

Quoique « pénétrer l'espace domestique d'une personne qui a ses habitudes et ses manières de vivre ne se fait pas au hasard et sans précaution » (Gagnon E et al, 2000. P85). En effet nous étions amenés à intégrer des espaces différenciés étrangers et inconnues, à assimiler les logiques des enquêtés, à s'approprier même leur langage et parfois leur activité quotidienne ; cela dans un souci de nous fondre dans leur espace social.

En fait, pénétrer le domicile de la personne âgée c'est entrer dans le territoire privé, un territoire autre qui lui appartient ainsi qu'à sa famille, avec ses rites, ses logiques, ses symboles (Lesemann F, 2001).

Les discours des patients âgés nous ont permis de mieux comprendre leurs expériences corporelles déployées dans la prise en charge des maladies chroniques. En effet, l'entretien approfondi est un élément central dans l'enquête qualitative car il permet de restituer précisément les compétences cognitives des enquêtés et de montrer que leurs expériences sociales sont aussi productrices de savoirs. C'est à

## Chapitre I

### Approche méthodologique : corps et vieillesse des objets de recherche complexes

---

l'aide des entretiens effectués avec les personnes âgées que nous avons pu arriver à une lecture des différentes interprétations et définitions données par ces acteurs à leurs situations vécues.

Nous avons pu accéder à leurs façons d'interpréter le réel, de le construire, de lui donner un sens. Nous avons constaté que les mots ont une charge sociale, ils traduisent des situations sociales qui ont été vécues par les personnes âgées. En effet, l'entretien contient une dimension sociale indéniable, car tout discours est construit socialement dans un espace social donné.

Les entretiens ont été enregistrés (un enregistrement sonore) et retranscrits avec précision. L'enregistrement sonore nous a permis de capter le discours des enquêtés dans son intégralité. En outre, cet enregistrement nous a donné l'opportunité d'observer finement la gestualité de la personne interviewée. Sachant qu'il «faut d'abord décrire le quotidien des réalités vécues pour pouvoir les conceptualiser» (Lapassade G. cité dans Hess R. 2003). L'observation nous a permis aussi de saisir les différentes «manières de faire» (De Certeau, 1980) du corps de la personne âgée dans les maladies chroniques.

Notre population enquêtée concerne 25 personnes âgées de plus de 60 ans, hommes et femmes, issues de milieux sociaux et culturels diversifiés et atteintes de plusieurs maladies chroniques. Selon Atek, épidémiologiste de l'Institut National de Santé Publique (INSP), les maladies chroniques constituent la première cause de mortalité en Algérie. La proportion de décès la plus élevée est celle de la tranche d'âge des 70 ans et plus (Kourta D, 2007). Ces types de pathologies représentent un problème de santé publique de première importance, ils sont la principale cause des Accidents Vasculaires Cérébraux (AVC) chez les personnes atteintes. Selon une recherche antérieure (Layadi K, 2008), les Accidents Vasculaires Cérébraux sont plus sévères chez les patients dont l'âge est supérieur à 60 ans.

## Chapitre I

### Approche méthodologique : corps et vieillesse des objets de recherche complexes

---

Tout travail de recherche dans les sciences sociales implique un investissement actif du chercheur dans son terrain de recherche. Nous étions contraints de s'y impliquer comme acteur spectateur dans un espace sociale investies (l'hôpital et les espaces domestiques des enquêtés). En effet dans le processus de production de savoir le chercheur est dans une confrontation perpétuelle à des difficultés contraignantes. Il fait face, en premier lieu, au paradoxe de subjectivité- objectivité, ou d'une part il est obligé de s'impliquer dans son terrain pour pouvoir l'observer et le décrire, d'une autre part, prendre distance pour mieux le comprendre et l'analyser.

D'ailleurs le chercheur qui adhéré à une démarche qualitative s'inscrit dans une posture dynamique de recherche car il suppose, d'entrée de jeu, que le déroulement et la réussite de son enquête reposent sur la relation qu'il établit avec les enquêtés ainsi que sur son habileté à s'adapter aux circonstances. Ainsi une nécessaire agilité dans le terrain en plus d'un ajustement sans cesse et systématique des dispositifs de collecte de données vont devenir dans ce cas les caractéristiques indispensables de toute étude empirique puisqu'elles renforcent sa validité à la fois sociale et scientifique (Hoggart R, 1991 ;1957).

Effectivement notre travail de terrain nous a imposé à plusieurs reprises et dans des différentes situations une certaine flexibilité vis-à-vis nos façons de faire. Nous étions contraints à maintes fois de changer ou d'adapter notre emploi du temps selon la disponibilité des enquêtés. Nous avons dû retravailler et réorienter notre stratégie de prise de contact avec les différents acteurs du terrain. Au lieu d'aller vers eux nous avons compris qu'une altitude discrète de notre part s'avère une stratégie efficace pour les encourager à venir vers nous et nous parler. Cette façon de faire nous a permis de renouer une relation de confiance avec les enquêtés.

De plus et comme l'a déjà rappelé, haut et fort, Herzlich C (2005. P70) que : « dans un travail empirique, le corps compte autant que la tête ». Effectivement « on

## Chapitre I

### Approche méthodologique : corps et vieillesse des objets de recherche complexes

---

n'insistera jamais assez sur cet aspect : on fait une thèse avec son corps ». Cette affirmation peut se décliner sur plusieurs aspects, le plus important reste celui de la fatigue. En fait le travail de terrain implique souvent une fatigue inhabituelle.

Nous étions souvent forcées à faire plusieurs déplacements pour effectuer des entretiens ; Travailler sans cesse le week-end quand les enquêtés n'avaient que ses jours-là comme temps libre, en fin nous nous mettions souvent à la disposition des personnes âgées lorsqu'ils avaient besoin d'aides pour leurs différents déplacements.

Néanmoins, dans tous les cas, comme l'a confirmé Herzlich C (2005) : l'épreuve physique que constitue une étude empirique en sciences sociales révèle une difficulté plus fondamentale : nous menions deux vies à la fois et nous étions dans deux mondes.

Effectivement, dès que nous accédons aux espaces enquêtés, nous pénétrons dans un univers social étranger. Nous sommes contraints, dans ce cas, d'en faire partie. Tout en continuant, en parallèle à vivre dans notre monde de thésarde, occupée à recueillir les données et à élaborer une réflexion intellectuelle (Herzlich C, 2005).

L'incertitude est une autre difficulté auquel nous nous sommes confronté. Nous avons fait face à des situations d'incertitudes contraignantes sur le terrain car tout espace social est dynamique et en changement continu. Le chercheur est, comme tout être social, munie d'un système référentiel dont il ne peut se détacher et c'est pour cela qu'il doit prendre toujours garde de ses préjugés concernant un espace social donné.

En pratiquant l'observation nous avons remarqué que nous étions nous même observés de la part des acteurs et même jugés, c'est pour cela que nous étions dans l'obligation de bien définir notre position ainsi que notre statut dans l'espace

## Chapitre I

### Approche méthodologique : corps et vieillesse des objets de recherche complexes

---

investie. Nous avons constaté que la situation de rencontre avec les enquêtés est primordiale pour une implication « réussie » dans le terrain. Le premier contact avec les enquêtés est un moment qui peut définir notre position sur le terrain.

Il est indispensable de rappeler que l'interaction entre enquêteur- enquêté représente la concrétisation de la relation qui se construit, se développe et évolue tout au long du processus de l'enquête. Il faut considérer la rencontre entre le chercheur et l'enquêté comme : « un système complexe, dynamique, producteur de sens et porteur d'enjeux pour les interlocuteurs, aux finalités multiples dans lequel le transfert d'information n'est qu'un aspect parmi d'autres puisque communiquer c'est aussi : définir une relation, affirmer son identité, négocier sa place, influencer l'interlocuteur, partager des sentiments ou des valeurs et plus largement, des significations »( Marc E ; Picard D, 2008. P 63).

L'approche qualitative est basée sur la confrontation entre dialogues et remises en question. Elle met le chercheur face à des situations de tension. La plus prégnante c'est la confrontation entre deux perspectives différentes, celle du chercheur qui essaye de décrire, d'analyser et de comprendre un espace sociale donné, et celle de l'acteur qui exprime des attentes et développe sa propre perception envers le chercheur. Ainsi, et contacte de la réalité sociale, le questionnement construit rigoureusement et scientifiquement, fait objet de subtiles contournements ; ces multiples tensions sont à l'origine du sentiment d'incertitude qui nous a accompagné tout au long de l'enquête.

En somme nous pourrions plutôt affirmer que l'enquête de terrain engage le chercheur dans des rapports sociaux complexes qui contraignent le chercheur de développer des savoir-faire et des savoir-être relationnels et de mettre en place des stratégies adaptatives qui engagent sa subjectivité tout autant que celle des participants qu'il rencontre.

## Chapitre I

### Approche méthodologique : corps et vieillesse des objets de recherche complexes

---

D'où l'importance, pour le scientifique, de posséder des habiletés relationnelles et des aptitudes en communication interpersonnelles qui lui suggèrent parfois de sortir de son rôle d'expert pour favoriser la rencontre humaine, essentielle à l'obtention d'informations riches et dénuées de retenue. C'est en fait dans l'analyse, lorsque sera mis en rapport l'objet empirique avec la théorie que s'effectuera le travail de distanciation ( De Bruyne et al, 1974).

Notre cheminement méthodologique est axé sur la diversité des expériences corporelles. En effet, « chaque individualité est le lieu où joue une pluralité incohérente (et souvent contradictoire) de ses déterminations relationnelles » (De Certeau, 1980).

En outre, notre travail s'inscrit dans la perspective interactionniste <sup>36</sup>(Strauss A, 1992). Elle conforte nos observations qui montrent bien l'implication active et dynamique de la personne âgée dans la gestion de sa maladie chronique. Elle nous permet de dévoiler l'inventivité au quotidien caractérisant l'expérience corporelle de cette catégorie d'âge face à la pathologie.

A partir d'une approche qualitative axée sur des observations minutieuses et des entretiens approfondis, cette perspective s'oppose à une vision trop rigide des fonctionnalistes considérant l'ordre social comme un ensemble de règles formelles et maintenues par une communauté d'intérêts qui lie les acteurs entre eux. Elle propose en revanche, une conception plus souple qui se focalise en priorité sur la construction continue de l'ordre social par les individus.

---

<sup>36</sup> La sociologie interactionniste donne de l'importance à l'action dotée de sens, qui a une intentionnalité, de l'explicité ainsi qu'aux justifications des individus. Dans ce courant de sociologie, la société est appréhendée comme une production collective. Les systèmes sociaux et les institutions sont le produit du commerce des hommes, des rencontres entre les groupes. L'interactionnisme considère que les ressources de l'activité humaine (compétences cognitives, positions sociales, règles...) s'élaborent essentiellement dans des relations intersubjectives qui évoluent dans le temps, et pour expliquer l'ordre social, il faut resituer les interactions dans le contexte précis de leur déroulement (Strauss A, 1992).

## Chapitre I

### Approche méthodologique : corps et vieillesse des objets de recherche complexes

---

On nous souscrivant à cette perspective nous voulons montrer que la réalité sociale dans le processus du vieillissement n'est pas le simple résultat d'une détermination structurelle, mais le résultat de processus complexes, où chaque personne âgée participe à la représentation de la situation dans laquelle elle est engagée; et où le déroulement de l'interaction n'est jamais figé, mais sans cesse réadapté, réinvesti, négocié, et donc, bien plus le fait de savoir-faire, de conflits, de négociations, de divergences d'intérêts, de tensions affectives, que la conséquence de l'application de règles strictes et fonctionnelles – souvent ignorées d'ailleurs, par les personnes auxquelles elles sont censées s'appliquer (Baszanger I, 1992).

Nous nous rejoignons parfaitement à l'idée d'Anselm Strauss (1992), figure emblématique de la sociologie interactionniste<sup>37</sup>, et selon laquelle : les personnes âgées sont des créatures actives qui modèlent leurs environnements et leurs futurs, et font face à des contraintes qui pèsent sur l'action ainsi que sur leur environnement.

Ainsi les idées développées par cette auteure confortent notre réflexion centrée sur l'importance de l'environnement de ses acteurs dans la production de sens de l'expérience corporelle dans l'avancé en âge. Car selon cette auteure on ne peut comprendre le sens donné aux expériences individuelles que si on les remet dans les contextes de leur production.

Puisque les actions s'inscrivent dans un rapport contextuel entre les individus et leur environnement, elles sont vaguement déterminées, plus ou moins inscrites dans l'habitude et elles sont réorientées au fur et à mesure de la progression de

---

<sup>37</sup> Considéré comme l'une des figures emblématiques de l'interactionnisme symbolique américain, Anselm Strauss a construit une œuvre qui se démarque par sa clarté et sa cohérence. Proche du terrain, opérationnelle, accumulant progressivement des concepts bien construits qui composent entre eux un vaste ensemble théorique, constituée d'enquêtes empiriques précises, se limitant à des recherches qui sont positionnées dans un espace méthodologique relativement clair, la sociologie de Anselm Strauss peut à juste titre, revendiquer l'appellation que certains lui ont donnée, de « sociologie robuste », (Strauss A, 1987, p 20).

# Chapitre I

## Approche méthodologique : corps et vieillesse des objets de recherche complexes

---

l'action (Baszanger I, 1992). Dans ces conditions les concepts doivent donc être tirés de l'expérience de terrain, et le mouvement doit aller de la recherche empirique vers l'élaboration de modèles théoriques (Strauss A, 1987). L'étude qualitative, basée sur des observations minutieuses et des entretiens approfondis, devienne dans ce cas l'approche privilégiée chez Strauss A et ses partisans.

En effet nous nous alignons à sa réflexion centrée sur l'expérience du malade chronique sur son vécu tout en insistant sur l'importance du point de vue de ce patient.

C'est pour cette raison que la perspective de Strauss A nous paraît centrale pour tenter de comprendre et de restituer le sens que les personnes âgées donnent à leur expérience corporelle dans la maladie chronique.

En somme, la pertinence de la perspective interactionniste réside dans sa conception de la réalité sociale. Elle l'envisage en terme de processus complexe qui se développe dans une succession d'interactions entre les individus et leur environnement sociale.

Impressionnée par le changement social et ses potentialités caractérisant la société contemporaine, cette perspective envisage ce changement dans une dynamique de l'ordre social. Cette dernière n'est nullement une organisation rigide qui contrôlerait mécaniquement le jeu des acteurs, elle est au contraire inscrite dans un processus qui engage ceux qui y participent sur de longues périodes, et qui les plonge dans des contextes d'interaction qui vont être réévalués, redéfinis et négociés suivant, et durant le déroulement des événements (Strauss A, 1992). Tenter de décrire et de comprendre cette dynamique nous amène à dévoiler la complexité des processus contrôlant le changement social.

Sachant que ce dernier est la caractéristique commune et principale de l'évolution de la vieillesse et du vieillissement dans la société contemporaine, il

**Chapitre I**  
**Approche méthodologique : corps et vieillesse des objets de recherche complexes**

---

devient impératif d'aborder les différents aspects marquant cette évolution plus particulièrement dans la société Algérienne.

# Chapitre I

## Approche méthodologique : corps et vieillesse des objets de recherche complexes

---

### Conclusion

Force est de souligner que corps et vieillesse sont des dimensions incontournables dans le processus du vieillissement. Pourtant elles sont abordées séparément dans les études sociologiques. Il faut souligner que la sociologie de la vieillesse s'est structurée dans un processus long et complexe.

En effet la vieillesse n'a pu susciter l'intérêt des analyses sociologiques que tardivement. Ce n'est qu'à la fin du 19<sup>ème</sup> siècle et qu'avec la mise en place des retraites, que la vieillesse se révèle comme problème social et attire ainsi l'attention des analyses sociologiques. D'une approche centrée sur une conception négative de la vieillesse l'appréhendant comme un processus de désengagement de la vie active ; à une conception focalisée sur l'expérience du vieillissement, la sociologie de la vieillesse traverse une nouvelle ère.

Entre autre, lire la réalité sociale à travers le corps et la corporéité humaine a été la matrice de la réflexion sociologique de plusieurs contributions contemporaines. Les différentes façons d'appréhender le corps se multiplient et se diversifient. Qu'il s'agisse « d'habitus » ou « d'usages sociaux du corps », de « mise en jeu du corps » ou « le corps comme production sociale » ; l'objet corps à évolué dans des contextes tourmentés.

Dans un souci de déceler les logiques sociales et culturelles de l'expérience corporelle des acteurs, une nouvelle sociologie appliquée au corps voit le jour. Elle envisage les individus comme acteurs dans leur propre expérience corporelle.

Car même si la société contribue à donner au corps le relief social dont il a besoin, elle lui offre en même temps la possibilité de se construire comme acteur à part entière de son collectif d'appartenance (Le Breton D, 2014).

## Chapitre I

### Approche méthodologique : corps et vieillesse des objets de recherche complexes

---

Pour restituer le sens donné à l'expérience corporelle des personnes âgées dans la maladie chronique nous adoptons l'approche qualitative. Elle s'avère primordiale pour accéder aux façons de faire et d'agir des patients âgés.

Cette approche nous permet de mettre en exergue l'importance de la production des sens attribués par les différents agents sociaux à leurs activités quotidiennes, leur permettant de nommer les objets, d'interpréter les différentes situations, en usant bien souvent de métaphores construites à partir de leurs différentes expériences sociales ( Mebtoul M, 2018)

En outre, si le vieillissement démographique en Europe et plus particulièrement en France se présente comme un phénomène inquiétant, provoquant l'angoisse et le pessimisme sur le devenir des systèmes de protection sociale puisque le financement des retraites sera de plus en plus problématique (Pochet P, 1997). Qu'en est-il pour le cas de l'Algérie ?

# **Chapitre II**

**Vieillissement en Algérie :  
évolution démographique  
et changement de statut**

#### Introduction

Le vieillissement de la population est le principal phénomène de société de ces dernières années. Il constitue aujourd'hui un enjeu auquel sont confrontés la majorité des pays développés et auquel doivent se préparer déjà les pays en voie de développement.

Une évolution sociale et démographique de cette ampleur entraîne inéluctablement de nouvelles exigences et de nouveaux défis dont certains se font déjà sentir depuis fort longtemps notamment dans les pays développés. Le phénomène du vieillissement de la population « vient modifier l'organisation et le fonctionnement des sociétés et exigent de la part des pouvoirs publics, des collectivités, des familles et des individus un effort de réadaptation considérable » (M.Carballo, 1994).

L'augmentation du nombre de personnes âgées constitue désormais le défi prioritaire du 21ème siècle. Sous l'effet de l'allongement de l'espérance de vie liée au recul de la mortalité grâce notamment aux progrès de la médecine et à l'amélioration des conditions de vie, l'effectif des personnes âgées ne cessera pas d'augmenter. Avec la baisse de la natalité liée au repli progressif de la fécondité, leur part dans la population totale devient également de plus en plus importante, et ce à l'échelle mondiale.

La modification rapide de la structure par âge fera du poids démographique des personnes âgées un phénomène semblable à celui du baby boom des années 50 avec des conséquences à la fois sociales, économiques et culturelles. Un tel phénomène est, en effet, porteur de lourdes conséquences qui n'affectent pas le seul groupe des personnes âgées. Il engage l'ensemble de la société et ce, dans un très grand nombre de domaines, depuis le financement des régimes des retraites jusqu'à l'accès au transport.

Compte tenu de son caractère inéluctable, son irréversibilité et son universalité, l'organisation des Nations Unies a intégré parmi ses missions, dès 1982, les préoccupations liées aux personnes âgées en élaborant pour la première fois un plan d'action sur le vieillissement<sup>38</sup>.

Force est de souligner qu'en Algérie, l'Office Nationale des Statistiques ONS confirme que les personnes âgées de plus de 60 ans qui ont été estimées à 2,2 millions en 2002 seront de l'ordre de 6,7 millions en 2030. C'est ce que révèlent les projections de population effectuées par l'ONS sur la période 2000-2030. (l'Office Nationale des Statistiques ONS, 2004) En conséquence, il est d'ores et déjà acquis que dès 2040, l'Algérie comptera plus de personnes âgées que de personnes moins de 20 ans. Ce sont des éléments traduisant le début d'un vieillissement progressif de la population Algérienne. Désormais le vieillissement

---

38 Ce plan a été consolidé à la fois par la résolution 46/91 relative aux principes des Nations Unies pour les personnes âgées adoptée lors de son Assemblée générale tenue le 16 décembre 1991 et la résolution 47/5 relative à la proclamation des Nations Unies sur le vieillissement en 1992 ou il a été décidé de célébrer, en 1999, l'Année internationale des personnes âgées. En ce qui concerne le continent africain, la commission du travail et des affaires sociales de l'Organisation de l'Unité Africaine avait recommandé, dans sa 22ème session ordinaire en 1999, la signature d'un protocole d'accord entre l'OUA et «Help Age International » notamment en matière de sensibilisation et de plaider en vue de promouvoir les droits des personnes âgées et les questions de vieillissement et de susciter des actions visant à répondre aux besoins des personnes âgées.

Le protocole étant signé en mars 2000, les deux organismes étaient parvenus, en novembre de la même année, à élaborer un cadre d'orientation et un plan d'action basés sur les dispositions des principaux instruments et conventions des Nations Unies cités ci-dessus. Ce cadre d'orientation et plan d'action avait pour objectif de servir de guide aux États membres de l'O.U.A dans l'élaboration, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des politiques et programmes nationaux intégrés et appropriés aux besoins individuels et collectifs des personnes âgées.

Des dispositions pratiques ainsi qu'un ensemble de démarches y ont été recommandées aux États membres afin de promulguer ou d'adapter des législations assurant et garantissant Droits et Protection à cette catégorie sociale aussi précieuse que vulnérable. (Hassen Souaber, Amar Ouali.2005. « Les personnes âgées en Algérie : réalités et perspectives. » in, enquête algérienne sur la santé de la famille, analyses approfondies. 2002.

de la population en Algérie sera un enjeu incontournable pour la société dans les années à venir.

#### **1- L'évolution démographique en Algérie : un enjeu de société**

Le vieillissement se caractérise par l'ensemble des modifications morphologiques et fonctionnelles qui apparaissent progressivement à partir de l'âge adulte. C'est souvent un événement qui fait prendre conscience de sa propre vieillesse. (Souaber H ; Ouali O.2005).

Les multiples progrès réalisés dans la société contemporaine ont fait que les pathologies du grand âge sont de moins en moins invalidantes ou responsables de l'incapacité. Effectivement, Malgré l'âge et avec l'évolution de la médecine, la progression des soins les corps deviennent plus résistants favorisant la réduction des « incapacités »<sup>39</sup>.

La notion de vieillissement désigne d'abord un phénomène individuel, celui des incidences de l'âge, dans ses dimensions biologique et psychologique, depuis la naissance jusqu'à la mort. La limite d'âge ne peut être fixée que de façon arbitraire ou conventionnelle.

Les seuils retenus, comme l'âge de 60 ans tel que fixé par les Nations Unies, lors de l'assemblée mondiale sur le vieillissement, tenue à Vienne du 26 juillet au 6 août 1982, « relèvent bien plus des représentations sociales, liées notamment à l'âge de départ à la retraite, que d'une réalité physiologique qui, elle, évolue au gré des progrès de l'espérance de vie » (Bourdelaïs P. 1993).

Le vieillissement revêt également une autre acception. Il s'agit de l'augmentation de la part relative des personnes âgées dans la population totale.

---

39 Si nous utilisons cette notion c'est uniquement pour désigner les déficiences fonctionnelles des personnes âgées.

## Chapitre II

### **Viellissement en Algérie : évolution démographique et changement de statut**

---

Cette dimension collective a été théorisée par Alfred Sauvy dans les années 1920 (Sauvy A.1928).

En Algérie, le vieillissement démographique de la population, dans sa dimension collective, est devenu désormais, à long terme, une certitude. Il est à souligner que « les statistiques disponibles, aussi bien celles issues des recensements, de l'Etat Civil que des enquêtes montrent bien les modifications profondes intervenues sur la structure par âge. Aussi, les projections effectuées sur la base de la tendance récente permettent d'appréhender les trajectoires futures dans le domaine. » (Amokrane F, 2012. P 66.).

Dans ce domaine, l'Office Nationale des Statistiques ONS confirme que les personnes âgées de plus de 60 ans qui ont été estimées à 2,2 millions en 2002 seront de l'ordre de 6,7 millions en 2030. C'est ce que révèlent les projections de population effectuées par l'ONS sur la période 2000-2030. (l'Office Nationale des Statistiques ONS, 2004) En conséquence, il est d'ores et déjà acquis que dès 2040, l'Algérie comptera plus de personnes âgées que de personnes moins de 20 ans. Ce sont des éléments traduisant le début d'un vieillissement progressif de la population Algérienne.

On peut relever qu'en raison du taux de natalité élevé au cours de la période post indépendance, la population de l'Algérie demeure encore très jeune. Toutefois et en dépit de cette extrême jeunesse, l'Algérie, en amorçant la baisse de sa fécondité, à partir de 1986, se voit être engagée dans un processus de vieillissement de la population, passage obligé avant d'atteindre l'équilibre démographique escompté.

Sous l'effet d'un fort taux de natalité, maintenu pendant près de deux décennies et d'une baisse progressive et constante de la mortalité infantile, la population algérienne s'est accrue à un rythme très rapide. Avec ce rythme d'accroissement, parmi les plus élevés au monde, la proportion de jeunes a toujours

## Chapitre II

### **Vieillesse en Algérie : évolution démographique et changement de statut**

---

été très importante. La part des moins de 20 ans était estimée à 55.0 % en 1987. A l'opposé, au sommet de la pyramide, la population âgée dont l'augmentation du volume est due essentiellement à l'allongement de la vie moyenne, ne représentait que 5.7% de la population totale. Jusqu'au recensement général de la population et de l'habitat réalisé en 1987, les problèmes du vieillissement ne se sont pas posés avec acuité (Ouali, A. 2012).

Toutefois, avec l'amorce de la nouvelle phase de la transition démographique, celle de la "transition de la fécondité", constatée en 1986, le poids relatif de la population âgée dans la population totale a commencé à croître.

A l'inverse des deux périodes de plein élan démographique (66-77 et 77-87), la population âgée s'est accrue, au cours de la période (87-98), à un rythme quatre fois plus rapide que celui des moins de 20 ans.

Si le vieillissement de la population algérienne est d'ores et déjà patent, il est appelé à s'amplifier dans les prochaines décennies. Les plus de 60 ans représentaient 6,6 % de la population totale en 1998, situant l'Algérie dans la moyenne des pays arabes. Leur poids relatif devrait considérablement se renforcer dans les années 2030-2050 avec l'arrivée à l'âge de la retraite des générations du baby boom des années 70 et 80. La population âgée de 60 ans et plus atteindrait 14,7 % en 2030 et devrait dépasser 22 % vers 2050. (ONS, collection statistiques. 2004). En outre, le nombre de personnes très âgées (plus de 75 ans) devrait augmenter proportionnellement beaucoup plus rapidement compte tenu de l'allongement de l'espérance de vie.

La population algérienne amorce ainsi une tendance vers le modèle universel marquée par le vieillissement de la structure par âge. Structure qui est caractérisée par un rétrécissement de la base et un gonflement du sommet de la pyramide des âges. Les dernières données confirment cette tendance et mettent en évidence, une fois de plus, l'ampleur du phénomène de vieillissement.

#### **1-1 Le vieillissement de la population : conséquence de la transition démographique**

Force est de rappeler que l'Algérie a connu un changement démographique important après son indépendance. Ce dernier est marqué par une dynamique démographique due essentiellement à deux facteurs : la natalité et la mortalité.

Il faut souligner que chaque modification concernant l'un de ces facteurs peut entraîner un effet sur le vieillissement de la population. Une baisse de la natalité ou de la mortalité au âges avancé peut provoquer ainsi, une accentuation du vieillissement. (Cherif A ; Ouadah Rebrab S ; Bedrouni M ; Boulfakhar N. 2014).

Effectivement, en s'appuyant sur les données démographiques des différents recensements réalisés après l'indépendance, nous pouvons observer 3 périodes qui ont marqué la transition démographique en Algérie. La première s'étend de l'indépendance jusqu'à 1985, la seconde de 1986 jusqu'en 2000 et la dernière période, qui est actuellement en cours d'accomplissement a été entamée en 2001.

**Pendant la première période**, une augmentation continue du volume des naissances a été observée. Ces dernières sont passées respectivement de 603.000 naissances vivantes en 1970 à 864.000 naissances vivantes en 1985. Ce qui a placé l'Algérie, dans cette période, comme le pays avec le taux de natalité les plus élevés au monde, il était de l'ordre de 50,2 naissances vivantes pour habitants.

**La seconde période** de cette transition est marquée par une chute jugée drastique de natalité. Le nombre de naissances vivantes ayant baissé de près de 31,8% en l'espace de 15 ans en passant respectivement de 864.000 en 1985 à 589.000 en 2000, soit moins que celui qui a été enregistré en 1970 et cela pour une population qui a presque triplé au cours de la même période. Ainsi, le taux de natalité enregistré dans cette période était le plus bas avec 19,4 naissances vivantes pour 1000 habitants, en 2000. En conséquence, avec la baisse du volume des

## Chapitre II

### **Viellissement en Algérie : évolution démographique et changement de statut**

---

naissances conjuguées à celle des taux de natalité, l'Algérie s'est trouvée de plain-pied dans la seconde phase de la transition démographique<sup>40</sup> (Ouali A. 2012).

Il est important de rappeler que la réduction des taux de natalité observés lors de cette deuxième période étaient favorisés en parti, par l'adoption de la part de l'Algérie d'une attitude et position officielle et effective dans sa politique nationale de population. En 1983 elle a pu mettre en œuvre son premier programme national de maîtrise de la croissance démographique (PNMCD).

Malgré une position opposée à un tel programme. L'Algérie a mis toutes les conditions nécessaires à l'évolution des comportements en matière de procréation dès le début des années 70 en intégrant la contraception dans les structures sanitaires de base en plus de la mise en œuvre du programme national de protection maternelle et infantile/ espacement des naissances (PMI/EN) dont l'objectif était d'améliorer la santé de la mère et de l'enfant par la prévention des grossesses multiples et rapprochées. Ainsi il a été constaté une diffusion sociale assez large de la planification familiale dans cette période (Document portant Politique Nationale de Population à l'horizon 2010. Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière 2002).

En outre, cette deuxième phase de transition démographique peut être expliquée aussi par les progrès en matière de la scolarisation et surtout celle concernant les filles, ainsi que par la transformation du système matrimoniale (caractérisée par l'augmentation de l'âge moyen au mariage) amplifiée par la crise du logement ainsi que par l'urbanisation. Comme on peut y ajouter l'émancipation des femmes dans le monde du travail (ayant investi tous les secteurs d'activité).

---

40 La transition démographique peut être définie comme « le passage d'un régime démographique où la natalité et la mortalité sont élevées, à un régime caractérisé par de faibles taux de natalité et de mortalité. La première phase est celle de la baisse de la mortalité et la seconde est celle de la baisse de la natalité » (Kamel Kateb et Zahia Ouadah-Bedidi. Avril 2002. P 25).

En effet, « nombre de spécialistes voient l'origine de la transformation du système matrimonial dans les progrès de l'instruction des femmes, le chômage des jeunes adultes (rendant difficile la constitution de la dot et des frais de première installation du couple) ou la crise de l'offre de logement qui sévit en Algérie » (Kateb K et Ouadah-Bedidi Z. 2002. P 13).

**La troisième période** de la transition démographique affiche une reprise de la natalité. En l'espace de 10 ans, le nombre de naissances vivantes a augmenté de 33,7 recouvrant ainsi la baisse observée en l'espace de 15 ans (1985-2000). Effectivement, pendant le second quinquena de la décennie 2000, la fécondité a plutôt enregistré une légère reprise de la natalité grâce à l'amélioration relative des conditions socio-économique et en terme de sécurité après la décennie sanglante des années 90. (Ouali A. 2012 ; Cherif A, Ouadah Rebrab S, Bedrouni M, Boulfakhar N. 2014).

En ce qui concerne la mortalité. Un facteur inéluctable dans ce phénomène de transition démographique. La mortalité, examinée à travers le volume des décès, a enregistré une nette réduction et ce juste après l'indépendance du pays. En termes de taux, la mortalité n'a pas cessé de baisser. Actuellement et ce depuis 2000, le niveau de mortalité générale balance autour de 4 décès pour 1000 habitants contre 16,5 décès pour 1000 habitants en 1970.

En fait, « l'évolution du niveau de vie des ménages associée aux progrès qu'à connu la médecine et les différents programmes afférents à la santé publique initiés par les pouvoirs publics depuis l'indépendance ont inéluctablement été des facteurs importants dans la baisse très marquée du taux brut de mortalité (TBM) et plus particulièrement le taux de mortalité infanto-juvénile. C'est ainsi que le TBM est passé de de 17,37‰ en 1968 contre 4,55 ‰ en 2019 » (Hammouda N, Zidouni H. 2020 ; P 08).

## Chapitre II

### Vieillesse en Algérie : évolution démographique et changement de statut

---

Il est important de rappeler que le recul considérable de la mortalité obtenu en Algérie est lié à l'interférence de plusieurs facteurs ; notons principalement la mise en œuvre des programmes nationaux de santé en direction de la population (comme l'implantation des structures de soins, vaccination obligatoire ainsi que l'utilisation des méthodes et des techniques médicales modernes...etc). Comme nous pouvons y ajouter de manière beaucoup plus globale, l'évolution de la société algérienne à de multiples niveaux, tant sont fortes en ce domaine les synergies entre les différents aspects du développement ( Bourahla F, Chellai F. 2012 ; Oufriha F Z , 2002).

Force est de constater également que cette baisse de mortalité a eu un effet indéniable sur l'évolution de l'espérance de vie à la naissance en Algérie. Cet élément démographique qui constitue à la fois un indicateur de santé et de développement, dépasse aujourd'hui les 75 ans, soit plus de 24 ans qu'en 1970 et de 19 ans de plus qu'en 1980. Comparée à l'année 2000, chaque année l'espérance de vie à la naissance s'accroît en moyenne entre 4 et 5 mois, signifiant un recule toujours marqué des risques de décès. L'espérance de vie à la naissance est plus importante chez les femmes que pour les hommes. Néanmoins, l'écart entre le sexe qui se situe entre 2 et 3 ans, reste moins creusé que dans les pays occidentaux.

Effectivement, « l'espérance de vie à la naissance a gagné plusieurs années, passant de 66,9 ans en 1990 à 77,8 ans en 2019. A 75 ans, cette espérance de vie est passée de 5,5 ans en 1990 à 11,4 ans en 2019. L'espérance de vie à 65 ans est de 18,8 ans en 2019 » (Hammouda N, Zidouni H. 2020 ; P 08).

Il faut souligner, l'importance des changements intervenus sur les principaux facteurs démographiques en Algérie. Ces derniers observés et enregistrés par les différents recensements menés depuis l'indépendance, vont avoir des effets différentiels sur la structure par âge de la population dans notre pays.

## Chapitre II

### **Vieillesse en Algérie : évolution démographique et changement de statut**

---

Les données statistiques montrent bien que c'est le groupe d'âge des moins de 15 ans qui a connu plus particulièrement, un recul considérable. Il est passé de 47% en 1960, à près de 30% en 2004. La population âgée de 20-59 ans a connu au cours de la période 1966-1998 une augmentation spectaculaire. Elle a accru de 25%. Ce groupe d'âge est en vue d'accroissement dans les années à venir à un rythme encore plus élevé.

La part des personnes âgées de 60 ans et plus affiche une hausse passant de 5,7% en 1987, à 6,66% en 1998, pour atteindre 7,4 en 2008. (Amokrane F. 2012) Ces données illustrent parfaitement une tendance du vieillissement inévitable de la population algérienne. Ce dernier va constituer sans aucun doute, la caractéristique la plus spectaculaire dans les prochaines décennies. Il continue de constituer un défi auquel l'Algérie doit se préparer.

Si les données démographiques concernant l'évolution de la proportion des personnes âgées en Algérie peuvent être fournies par les différents recensements effectués depuis l'indépendance jusqu'aux nos jours. Cependant, les caractéristiques sociodémographiques et économiques de ce groupe d'âge ne sont pas disponibles dans les rapports de recensements. Car cette catégorie de la population ne figurait nullement comme préoccupation des pouvoirs publics. En conséquence, aucun volet ne lui a été préservé lors de ces recensements. Pour cette raison nous allons nous référer plus particulièrement aux données fournies par l'Enquête Algérienne sur la santé de la famille EASF 2002 pour traiter les éléments sociodémographiques et économiques de cette catégorie d'âge. Cette enquête et comme nous l'avons déjà précisé précédemment, a dédié un chapitre spécial pour cette population.

#### **1-2 Caractéristiques sociodémographiques et économiques des personnes âgées :**

La part des personnes âgées dans la population totale, en 2002, est estimée à 7.5 %. Leur structure par groupes d'âge au-delà de 60 ans indique que 30,6% ont moins 65 ans et 10,9% appartiennent à la tranche 80 ans et plus. Ces proportions sont légèrement différentes entre les milieux urbain et rural. L'âge moyen des personnes âgées, les deux sexes confondus, est de 69,3 ans, soit près de 4 ans en moins par rapport à l'espérance de vie à la naissance enregistrée au cours de la même année. Par sexe, l'âge moyen est estimé à 69,7 ans pour les hommes et à 69,0 ans pour les femmes ; soit respectivement un écart de 2.8 ans et de 5 ans par rapport à leur espérance de vie. ( Souaber H, Ouali O.2005).

Concernant la situation matrimoniale des personnes âgées, L'examen de la structure des personnes âgées selon cette situation fait apparaître que 72,0% parmi elles sont marié(es), 26,3% sont veuves, 1.3 % sont divorcées ou séparées et seulement 0.4 % sont célibataires. Les mariés sont relativement beaucoup plus nombreux parmi les hommes. Ils représentent 93,3% de l'ensemble des hommes de 60 ans et plus contre 51.1 % du total des femmes du même âge ; soit un écart de 42,2 points. Le veuvage semble concerner, quant à lui, plus les femmes. Près de la moitié (46.1%) des femmes du troisième âge sont veuves contre seulement 6.2 % des hommes, ce qui indique des chances de se remarier supérieures chez les hommes algériens. ( Bouaziz K, 2013).

L'écart entre les hommes et les femmes, enregistré à la fois en matière de mariage et de veuvage est lié à trois principaux facteurs, le remariage qui est plus fréquent chez les hommes que chez les femmes, l'écart d'âge entre conjoint, les hommes se marient généralement avec des femmes beaucoup plus jeunes et enfin la longévité féminine qui dépasse celle des hommes. Pour les personnes âgées, ces trois facteurs conjugués expliquent en grande partie à la fois l'importance de la part

## Chapitre II

### **Viellissement en Algérie : évolution démographique et changement de statut**

---

des hommes mariés et l'ampleur du veuvage chez les femmes, notamment à partir de 70 ans.

Concernant les sources de revenu des personnes âgées, les principales sources de revenu pour les personnes âgées sont la pension de retraite déclarée par plus de la moitié d'entre elles (52,6%) et l'aide des enfants qui concerne 28,0%.

Ayant été occupé dans le passé, les hommes sont relativement plus nombreux que les femmes à percevoir une pension de retraite ; 71,1% du total des hommes ont déclaré la retraite comme principale source de revenu contre 34,2% du total des femmes. Pour ces dernières, il s'agit le plus souvent de la pension de la retraite du mari décédé. 67,2% parmi les femmes retraitées sont en effet, veuves. A l'inverse 94,3% des hommes retraités sont encore mariés. Les femmes dépendent également en grande partie de l'aide de leurs enfants (34.7%) contre 21.2% des hommes. ( Kateb K, 2010).

Quelle que soit la source, 78.4% des hommes et 74.4 % des femmes estiment que leur revenu est insuffisant et ne leur permet pas par conséquent de subvenir à leurs besoins. En dépit du revenu qu'ils considèrent insuffisant, la majorité des hommes âgés prennent autrui en charge comme nous l'indique l'enquête algérienne sur la santé de la famille (Office National des Statistiques ONS. juin 2007).

La plupart des femmes sont par contre prises en charge par d'autres personnes.

- **Mode de vie :**

La grande majorité des personnes âgées habitent avec leur famille, soit à titre de chef de famille, soit à titre de conjoint, ou avec leur famille élargie. Le pourcentage des personnes âgées vivant seules en Algérie comme dans les autres pays du sud est beaucoup plus faible que dans les pays du nord en raison de la

persistance d'une piété filiale fortement ancrée dans la tradition qui s'exprime souvent par le fait que les personnes âgées vivent sous le même toit que leurs enfants. En effet, les études menées dans ce domaine montrent « qu'aux âges avancés, les personnes qui vivent seules ne constituent que 1,8% de la totalité des personnes âgées et se sont essentiellement des femmes (3,0%) ». ( Bouaziz K, 2013).

Cependant, les personnes qui vivent seules risquent davantage de souffrir d'isolement social, même si elles ont toujours un système de soutien actif. Plus l'isolement social est grand, plus grande est la possibilité pour les personnes âgées « de connaître toute une variété de problèmes de santé et de facteurs de risque qui peuvent limiter davantage leurs réseaux de soutien social». (Macleod, L, and associates, 1997. p 14).

- **Etat de santé et « dépendance » :**

Même si le vieillissement est un processus naturel et sain, il est généralement perçu comme une source de maladies et d'incapacités. Dans le même ordre d'idées, J-C Henrard dit : « Le vieillissement de la population s'accompagne d'une augmentation du nombre des personnes atteintes de maladies chroniques, non mortelles, plus ou moins invalidantes. Ces maladies ajoutent leur retentissement fonctionnel aux effets du vieillissement ; ceci accentue le risque et la difficulté ou même l'incapacité à effectuer un certain nombre de gestes et d'activités de la vie courante. Ces incapacités, lorsqu'elles se conjuguent à un environnement défaillant, sont à l'origine de handicaps ou désavantages sociaux compromettant les six rôles de survie définis par l'Organisation Mondiale de la Santé: indépendance physique, orientation dans le temps et dans l'espace, capacité à se déplacer dans son environnement immédiat (mobilité), occupations habituelles pour l'âge et le sexe, suffisance économique» (Henrard J-CI, 1992).

## Chapitre II

### **Vieillesse en Algérie : évolution démographique et changement de statut**

---

La notion de vieillissement démographique traduit essentiellement l'avancée en âge de la population. Ce processus s'accompagne d'un vieillissement biologique, psychologique et social des individus. Il en résulte une fragilisation de l'état de santé de cette fraction de la population qui limite leur capacité d'effectuer leurs activités quotidiennes et de participer à la vie de la famille ou de leur communauté.

L'augmentation de l'effectif des personnes très âgées qui nécessitent des soins de plus en plus coûteux, exercera sans aucun doute une pression grandissante sur les systèmes de soins formels. Ces derniers devront dès lors s'adapter aux nouvelles situations.

Les données de l'enquête algérienne de la santé de la famille indiquent que plus du tiers (36,6%) des personnes âgées de 60 ans et plus jugent que leur état de santé est mauvais, 13,3% considèrent qu'il est bon et 49,0% estiment que leur état est satisfaisant. Les femmes ayant déclaré que leur état de santé est mauvais sont relativement plus nombreuses que les hommes et ce quelque soit le milieu de résidence. Globalement plus des deux tiers (66,9%) de la population âgée de 60 ans et plus ont déclaré souffrir de maladies ou de problèmes de santé : 59,0% des hommes et 74,7% des femmes. (Office National des Statistiques ONS. juin 2007).

Les données de l'enquête laissent penser que l'état de santé des femmes se fragilise plus précocement que celui des hommes. La proportion des femmes ayant déclaré que leur état de santé est mauvais dépasse de 14 points celle des hommes pour la tranche d'âge à 60-64 ans et de 13 points pour la tranche 65-69.

Les principales maladies dont souffrent les personnes âgées de 60 ans et plus sont l'hypertension avec un taux de prévalence de 43.3 %, les maladies articulaires (36.5%), les problèmes d'estomac (19.1 %) et le diabète (16.9 %). Les autres maladies qui touchent plus du 1/10ème des personnes âgées concernent les problèmes de dos avec 14.6 %, les maladies cardiovasculaires (12.0 %) et les

## Chapitre II

### Vieillesse en Algérie : évolution démographique et changement de statut

---

cataractes avec 11.6 %. et la migraine (11,4%) sachant qu'une même personne peut en cumuler plusieurs.

Si l'hypertension, les maladies articulaires, les problèmes d'estomac et le diabète, occupent les mêmes places chez les hommes et chez les femmes, elles ne les affectent, cependant, pas de la même intensité notamment en ce qui concerne l'hypertension et les maladies articulaires qui concernent plus les femmes que les hommes ( Bouaziz K, 2013). Les femmes semblent par ailleurs affectées plus par les maladies de dos et les maladies cardiovasculaires alors que les hommes sont plus touchés par la cataracte et les problèmes de dos.

Il n'existe pas de services spécialisés pour les personnes âgées et les personnels de santé ne sont guère préparés à la prise en charge de cette catégorie de population. Beaucoup de personnes âgées n'ont pas les moyens de se procurer les soins essentiels et encore moins les médicaments. A ce titre, les résultats de l'enquête sur les personnes âgées sont préoccupants : 44.6 % des personnes âgées éprouvent des difficultés pour se procurer des médicaments et 30,5 % déclarent qu'elles ne sont pas satisfaites des prestations sanitaires notamment en ce qui concerne les soins et l'accueil au sein des structures sanitaires. La nature et l'ampleur des besoins sanitaires des personnes âgées aux plans physique, social et mental restent très méconnues.

En effet, Le vieillissement de la société mettra à l'épreuve, dans les années à venir, la capacité de la société et de ses institutions à réagir de manière significative à la généralité des besoins sanitaires des personnes âgées (Carballo M. 1994).

La grande majorité des personnes âgées habitent avec leur famille, soit à titre de chef de famille, soit à titre de conjoint, ou avec leur famille élargie. Le pourcentage des personnes âgées vivant seules en Algérie comme dans les autres pays du sud est beaucoup plus faible que dans les pays du nord en raison de la persistance d'une piété filiale fortement ancrée dans la tradition qui s'exprime

souvent par le fait que les personnes âgées vivent sous le même toit que leurs enfants. En effet, aux âges avancés, les personnes qui vivent seules ne constituent que 1,8% de la totalité des personnes âgées et se sont essentiellement des femmes (3,0%) ( Bouaziz K, 2013).

Cependant, les personnes qui vivent seules risquent davantage de souffrir d'isolement social, même si elles ont toujours un système de soutien actif. Plus l'isolement social est grand, plus grande est la possibilité pour les personnes âgées « de connaître toute une variété de problèmes de santé et de facteurs de risque qui peuvent limiter davantage leurs réseaux de soutien social.» (Macleod L, and associates. 1997).

La qualité de vie des personnes âgées est largement déterminée par la capacité à conserver leur autonomie et leur indépendance, notamment en vivant dans leur environnement avec une aide extérieure minimale (Organisation mondiale de la santé, OMS. 2002). L'état de santé fonctionnelle qui mesure la capacité d'effectuer les fonctions habituelles et nécessaires permettant à l'individu de se maintenir dans un environnement donné (Christensen. K, 2009) tient compte dans notre analyse les limitations fonctionnelles<sup>41</sup> et les restrictions d'activités.

Les limitations fonctionnelles peuvent à leur tour entraîner une restriction des activités qui représentent les difficultés de la réalisation des activités de vie quotidienne (se nourrir, se laver, s'habiller...). Plus les incapacités sont graves et nombreuses plus elles risquent d'entraîner une restriction d'activités et, à la limite, la dépendance envers les autres. La restriction est une dimension importante pour apprécier l'état de santé d'une personne, notamment chez les personnes âgées :

---

41 Ces limitations fonctionnelles déterminent l'état fonctionnel de l'individu, indépendamment de son environnement ou des aides techniques dont il dispose, et l'exposent au risque de rencontrer des difficultés dans ses activités. (Christensen. K, 2009).

incapacité peut conduire à une dépendance vis-à-vis de l'entourage pour la vie quotidienne.

L'intensité de toutes ces difficultés rencontrées au cours de l'avancée en âge ainsi que l'effet de masse lié à l'évolution démographique font cependant de la prise en charge de ces personnes un enjeu majeur de société. La diversité des problèmes rencontrés par le grand âge suppose une approche globale. La personne âgée requiert en effet, au-delà des soins curatifs, des prestations relevant aussi bien du soin corporel que de l'accompagnement psychologique et social.

Les besoins psychosociaux s'accroissent également avec l'âge ; de même que le besoin de compagnie, l'envie de sentir qu'on a besoin de vous, le besoin d'aide sociale et psychosociologique qui sont au centre de la vie quotidienne des personnes âgées (Carballo M, 1994).

#### **2- Aides, politique sociale et prise en charge institutionnelle des personnes âgées : des modalités de soutien en question.**

Il faut noter que le développement de la sécurité sociale est un long processus. Il est le fruit d'une évolution longue et complexe. Ainsi, Il est important de rappeler que dans les pays industrialisés, la situation des droits sociaux de l'homme a commencé à s'améliorer dès la mise en place d'une politique sociale basée sur la protection sociale et ce dès le 19ème siècle.

Dans les pays occidentaux la situation des droits sociaux des individus a amorcé une évolution lors de l'invention des nouvelles formes de protection sociale sous la pression des idées et du mouvement ouvrier au 19ème siècle. ( Caire G, 2002).

## Chapitre II

### **Viellissement en Algérie : évolution démographique et changement de statut**

---

En effet, la notion de sécurité sociale<sup>42</sup> fait souvent l'objet de confusion avec celle de protection sociale, dans leur utilisation. Pourtant, la sécurité sociale n'est pas la protection sociale, elle n'en est qu'une composante, la protection sociale recouvre plusieurs techniques de couverture sociale dont la complémentarité permet de composer un système.

Au 20<sup>ème</sup> siècle, les démocraties occidentales reconnaissent les droits sociaux en considérant l'homme comme étant le moteur du développement. Il est donc essentiel de lui assurer le bien-être qu'il requiert pour qu'il puisse fournir l'effort intellectuel et/ ou physique approprié.

Dans l'ambition d'assurer le développement de leur économie nationale, les gouvernements des pays industrialisés ont été contraints d'articuler entre le champ économique et le champ social. « La sécurité sociale a comme fonction principale : la prévention et la couverture des risques qui pourraient amoindrir les rendements des individus.

Elle remplit cette mission par la mise en place d'une meilleure protection possible de la ressource humaine et ce au service du développement économique et social. Cependant, la sécurité sociale se présente comme un système devant protéger les individus contre certains risques de même qu'elle constitue un instrument

---

42 Nous avons opté pour une définition plus synthétique de cette notion : « la sécurité sociale est une institution ou un ensemble d'institutions qui ont pour fonction de garantir collectivement les individus de toutes conditions pécuniaires, contre un certain nombre de risques de l'existence susceptibles de porter atteinte à leur sécurité économique et auxquels la société attache une importance particulière. Ces risques sont dits sociaux parce qu'ils sont mutualisés par la sécurité sociale au moyen des techniques particulières destinées à promouvoir la solidarité et la redistribution des revenus » (Huteau G, 2001 P 09).

Dans la littérature économique la sécurité sociale est définie : « Au plan conceptuel, garantie d'un minimum social pour toute personne. Institutionnellement, ensemble des organismes ou des opérations de redistribution économique tendant à garantir aux individus les soins médicaux, à les protéger contre les risques de diminution ou de perte de son revenu dus à la maladie, la maternité, l'invalidité, la vieillesse, le décès et à l'aider à assumer ses charges familiales » (Silem, A ; Albertini, J M, 1999. P 550-551).

d'intervention des pouvoirs publics pour instaurer un équilibre social entre les différentes catégories de personnes. Pour garantir à ces dernières certains droits comme le droit à la santé, les pouvoirs publics imposent un système à la fois obligatoire et solidaire, c'est-à-dire que chacun cotise selon ses revenus, les riches cotisent plus que les pauvres, mais la couverture reste la même pour tous. Néanmoins, la solidarité comporte une limite : ceux qui ne cotisent pas à la sécurité sociale sont exclus de la couverture contre les risques pouvant les affecter » (Salmi M, 2012, P 173).

En Algérie, force est de souligner que le processus de l'évolution démographique qu'a vécue l'Algérie dès son indépendance impose la mise en œuvre d'une politique sociale prenant en compte l'évolution de la proportion des personnes âgées dans la société ; pourtant il n'existe pas dans ce pays de politique spécialement conçue et appliquée à la population vieillissante, vue leur besoin en soins et médicaments grandissants<sup>43</sup>. En effet, d'autres priorités s'imposent aux pouvoirs publics, comme le chômage, la relance de l'économie et ce dans une conjoncture particulièrement défavorable qui se prolonge. (Kacimi L. 2003).

Force est de reconnaître que le système de sécurité sociale reste actuellement la première et l'unique offre disponible en terme de soutien social aux personnes âgées. Cette offre procure la seule assistance concrète aux ayants droits ; le cas des personnes âgées. Cette assistance se limite principalement en terme de retraite ainsi que l'assurance santé. Effectivement et malgré des initiatives de l'Etat concernant la mise en œuvre de quelques dispositifs de soutien et d'accompagnement que nous

---

43 Comme nous l'avons déjà évoqué, les résultats de l'Enquête Algérienne sur la Santé de la Famille (2002) ont indiqué que 66% des personnes âgées souffre au moins d'une maladie chronique. Ce qui implique que leur besoin en soins et médicaments sont importants. En outre et selon cette enquête, plus ces personnes avancent en âge et plus elles ont besoins de soutiens et d'aides. La proportion de ces personnes ayant ces besoins s'accroît passant de 14% à 65 ans à 67% à l'âge de quatre-vingt ans. Ce qui exige la mise en œuvre d'une politique sociale ayant comme objectif principale l'aide et le soutien de cette population.

exposerons ultérieurement, à l'image des dispositions de la loi N°10-12 du 29 décembre 2010 (voir annexe 21-27) déjà évoquée dans notre introduction générale, néanmoins ces dispositifs sont insuffisants, limités et demeurent, dans leur majorité uniquement au niveau législatif. Ainsi leur concrétisation dans la réalité semble être compliquée.

#### **2-1 La création et l'évolution du système de sécurité sociale en Algérie<sup>44</sup> : entre contraintes et limites**

Il est à préciser que c'est la période entre 1941-1949 qui a vu l'instauration d'un système de protection sociale en Algérie. Une législation importante a été décrétée, premièrement concernant la retraite ouvrière en 1941 ensuite sur les allocations familiales en 1949. Ces législations constituent le fondement du système de sécurité sociale dans notre pays.

En 1949 la sécurité sociale a été créée en instituant toute une législation en matière de retraite, d'allocations familiales et d'accident de travail. De fait plusieurs régimes sont conçus recouvrant différents secteurs d'activités.

Au lendemain de l'indépendance de l'Algérie ce système a été reconduit dans sa totalité par l'ordonnance présidentielle du 31 décembre 1962.

De ce fait, plusieurs décisions ont été ordonnées notamment : L'extension des allocations familiales au secteur agricole public ; Les indemnités journalières en matière d'accidents de travail sont revalorisées ; Plusieurs textes réglementaires et décrets sont promulgués le plus important reste, le décret n° 64-364 du 31 décembre 1964 portant création de la caisse nationale de sécurité sociale et

---

44 Nous précisons qu'en raison de l'absence et de la rareté des sources de données et de la documentation concernant cet élément ; nous étions contraints de nous référer principalement à une thèse de doctorat réalisée par Mr Salmi Madjid portant le thème du « système de santé en Algérie » et soutenue en 2012.

## Chapitre II

### **Viellissement en Algérie : évolution démographique et changement de statut**

---

l'ordonnance de juin 1966 qui confie la gestion des accidents de travail aux caisses de sécurité sociale pour tous les régimes.

Pendant les années 1970-1974 avec la mise en œuvre du premier plan de développement le pays a connu les meilleurs taux de croissance dans son histoire.

Avec une économie dirigée, centralisée et fondée sur les ressources pétrolières ; ces dernières représentent plus de 95% de l'ensemble des exportations du pays. Grâce aux prix favorables au sein du marché international jusqu'aux années 1986, ces ressources deviennent la première source de finance et du développement de l'économie.

Ce climat a favorisé la mise en place d'un programme de protection des travailleurs et leurs familles et ce dans une politique volontariste de la part de l'Etat. Ainsi des avantages sociaux sont accordés aux assurés sociaux, et ce en augmentant les tarifs de remboursement, la durée du congé maternité passe de 8 à 14 semaines et la liste des maladies de longue durée passe de 4 à 25.

En outre, cette période est caractérisée par : la création de la caisse d'assurance vieillesse pour les non-salariés non agricoles, l'organisation d'un nouveau régime agricole qui couvre les travailleurs agricoles et leur familles contre les risques : maladie, invalidité, décès, maternité et vieillesse en leur assurant une pension de retraite, le rattachement de l'ensemble des organismes de sécurité sociale sous la tutelle administrative du ministère du travail et des affaires sociales alors que le régime agricole continue de relever du ministère de l'agriculture. Enfin, l'extension en 1974 des assurances sociales aux bénéficiaires des non-salariés.

En 1983 le secteur de la sécurité sociale a été bouleversé par une réforme radicale.

Ainsi cette période se distingue par la dissolution de tous les régimes existant ultérieurement et la constitution d'un régime unique ; avec une uniformisation des

## Chapitre II

### Vieillesse en Algérie : évolution démographique et changement de statut

---

cotisations et des avantages offerts aux travailleurs algériens indifféremment du secteur de leur profession et leurs ayants droit, ainsi qu'à d'autres franges de la population (handicapés, moudjahidine inactifs, détenus, etc).

05 lois ont été adoptées le 02 juillet 1983 (voir annexe Journal Officiel de la République Algérienne 05 juillet 1983). Ces lois sont relatives aux : aux assurances sociales, à la retraite, aux accidents du travail et aux maladies professionnelles et aux obligations des assujettis en plus qu'au contentieux en matière de la sécurité sociale. L'unification des régimes et des organismes de sécurité sociale est réalisé par le décret no 92-07 du 4 janvier 1992 qui définit le statut juridique des caisses de sécurité sociale, leur organisation administrative et financière. ( Kacimi L, 2003) Ce texte organise la sécurité sociale en trois organismes : la caisse nationale de l'assurance sociale (CNAS), la caisse nationale de retraite(CNR) ainsi que la caisse nationale de sécurité sociale des non-salariés (CASNOS).

En 1994, suite à l'application du plan d'ajustement structurel l'Etat a procédé aux licenciements massifs des travailleurs salariés du secteur économique. D'où la création d'une nouvelle caisse appelée Caisse Nationale d'Assurance Chômage (CNAC). Elle a en charge principalement, l'allocation de chômage des travailleurs ayant perdu leur emploi pour des causes économiques. Deux ans plus tard, il y a eu la conception d'une Caisse Nationale des Congés Payés et du Chômage intempéries du Secteur du Bâtiment des Travaux Publics et de l'Hydraulique (CACOBATPH) à travers l'ordonnance n° 97-01 du janvier 1997 (Rouabhi, M R, 2010).

Le système de sécurité sociale est actuellement organisé autour de cinq (05) organismes (caisses) couvrant principalement tous les risques : la CNAS et la CASNOS couvrent les risques : soins médicaux, invalidité, décès, maternité, les accidents de travail et les maladies professionnelles. La CNR (Caisse Nationale de

Retraite) pour l'assurance vieillesse, la CNAC (la Caisse Nationale de l'Assurance Chômage), et enfin, les congés payés sont à la charge de CACOBATH.

Ces organismes sont sous la tutelle du Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité Sociale, et ils bénéficient d'un statut particulier : Etablissement Public à Gestion Spécifique (EPGS). Ils sont donc soumis au droit public dans leurs relations avec l'Etat et au droit privé dans leurs relations avec les tiers. Ceci s'explique par le fait que les ressources ne proviennent pas des prélèvements fiscaux (impôts) mais aussi des prélèvements sociaux obligatoires (cotisations sociales des travailleurs et des employeurs). (Lamri L, 2004).

Dans chaque Wilaya (division administrative), ces caisses disposent d'une structure dénommée "Agence de Wilaya" qui fonctionne comme une annexe de la caisse nationale concernée.

Ce qu'il faut souligner que ces régimes de sécurité sociale avaient comme principale source de financement les prélèvements sur les salaires, mais l'incapacité de ces recettes contributives<sup>45</sup> à couvrir les prestations croissantes a nécessité l'intervention de l'Etat par son budget social<sup>46</sup> pour combler les carences du système. La place du budget social dans le système de protection sociale devient de

---

45 Un système est dit contributif, si les prestations servies sont supérieures ou égales aux cotisations recouvertes. (Salmi M, 2012)

46 Face à une économie informelle envahissante, les recettes contributives n'arrivaient pas à couvrir les dépenses de protection sociale. Les caisses de sécurité sociale se retrouvent souvent dans des situations financières précaires, ce qui nécessite l'intervention de l'Etat par le biais de son budget social pour éponger les déficits des caisses de sécurité sociale et pour accomplir aussi des missions de solidarité (action sociale de l'Etat) et d'aide aux catégories les plus démunies dans la société. L'action sociale s'est accentuée ces dernières années. Le budget alloué pour cette action n'a cessé d'augmenter, de même que pour les lignes de programme destinées pour les caisses de sécurité sociale notamment la caisse nationale des retraites. Le budget social de l'Etat est financé par la fiscalité pétrolière principalement. Ce qui remet en cause la question de la contributivité du système Algérien de protection sociale.(Merouani Walid ; Hammouda N E ; El Moudden C, 2014.)

plus en plus importante, au point de remettre en cause le principe de contributivité du système.

Les risques couverts par le système de sécurité sociale se distinguent en 2 type de prestations : Les prestations en espèces sont représentées par les indemnités journalières pour maladie, maternité ou pour accidents de travail et maladies professionnelles, la pension d'invalidité, l'allocation décès, les prestations familiales dont l'allocation familiale pour enfants à charge et la prime de scolarité, la pension de retraite personnelle ou de réversion, la retraite anticipée et enfin, les indemnités d'assurance chômage ; Les prestations en nature comportent les remboursements de frais médicaux et de médicaments, les remboursements de frais de soins et de réadaptation pour les accidentés du travail ou pour ceux attrapant des maladies professionnelles et enfin, des séjours en centres de vacances pour les enfants et fonctionnaires des caisses de la sécurité sociale (Grangaud M F, 1984).

Cependant, c'est prestations sont offertes aux : assurés sociaux. Ce sont les personnes qui ont droits aux prestations sur leur propre compte, suite à leurs cotisations. Ils constituent : les travailleurs salariés, les travailleurs non-salariés exerçant une activité professionnelle pour leur propre compte, les bénéficiaires des dispositifs d'insertion professionnelle (DAIP) ainsi que les catégories particulières qui comprennent: les travailleurs assimilés aux travailleurs salariés , les travailleurs exerçant des activités particulières et des personnes n'exerçant aucune activité professionnelle telles: les étudiants, les moudjahidine<sup>47</sup>,...etc ; En plus des ayants droit d'assurés sociaux.

La couverture sociale s'étend aux ayants-droit des assurés sociaux soient : le conjoint, les enfants et les ascendants à charge (les ascendants de l'assuré ou de conjoints de l'assuré lorsque leurs ressources personnelles ne dépassent pas 75% du

---

47 Les anciens combattants de la guerre de libération nationale.

Salaire National Minimum Garanti SNMG<sup>48</sup>) (Les caisses algériennes de sécurité sociale, le bureau de liaison de l'AISS pour l'Afrique du nord, 2010).

Force est de rappeler que la couverture sociale en Algérie repose principalement sur les deux formes les plus importantes d'assurance, en l'occurrence : les assurances sociales (couvrant les risques : de maladie, de maternité, d'invalidité et de décès. C'est la branche la plus importante comparativement aux autres, d'après le nombre d'assurés qu'elle prend en charge. Elle concerne à la fois les salariés (CNAS) et les non-salariés (CASNOS)), ainsi que l'assurance vieillesse ou la retraite (CNR).

#### **2-2 Retraite, aides et prise en charge institutionnelle des personnes âgées : enjeux et défis**

La retraite ou l'assurance vieillesse, est une branche fondamentale de la protection sociale puis qu'elle assure un revenu de remplacement aux personnes âgées. Elle est donc, parmi les principaux moyens de lutte contre la pauvreté. Elle œuvre théoriquement, pour la préservation de la cohésion et de la solidarité sociale. Car, assurer un revenu de remplacement après les années d'activité est un devoir et surtout une responsabilité collective, seule capable de dépasser l'imprévoyance individuelle.

La retraite d'un point de vue sociale et financier est le fait de se retirer de la vie professionnelle sous certaines conditions d'âge, de durée d'exercice. Ce retrait de la vie professionnelle ouvre le droit à une pension de la vieillesse, appelé retraite, versée par la Caisse Vieillesse de la Sécurité Sociale (CNR). (Bourahla F, Chellai F, 2012).

---

48 Le Salaire National Minimum Garanti (SNMG) en Algérie a été revalorisé dernièrement. Il est passé de 18 000 DZD par mois pour 40 h de travail hebdomadaire, au 27 avril 2020 ; à 20 000 DZD à partir du 1er juin 2020.

## Chapitre II

### Viellissement en Algérie : évolution démographique et changement de statut

---

Tous travailleur a le droit de bénéficier d'une pension de retraite (assurance vieillesse) : dans les conditions suivantes : Pour les hommes , avoir atteint l'âge de 60 ans à condition de réunir au moins 15 années de travail dont au moins 7 ans et demi ayant donné lieu à versement de cotisations et ce avec certaines dérogations pour des catégories particulière (moudjahidine, femmes, travailleurs qui occupent des emplois comportant des nuisances), 59 ans en 2018 à condition d'avoir accompli 32 ans d'assurance.

En outre, pour les femmes, l'âge de la retraite est fixé à 55 ans. Elles bénéficient d'une réduction d'une année par enfant élevé pendant au moins 9 ans, dans la limite de 3 enfants.

Lorsque le travailleur âgé au moins de 65 ans, qui ne réunit pas à cet âge 15 ans d'activité mais justifie d'au moins 05 ans de travail, il peut bénéficier d'une allocation de retraite calculée dans les mêmes conditions que la pension de retraite.

Le départ anticipé à la retraite (retraite anticipée) peut être accordé dans les cas suivants :

Sans condition d'âge et avec 15 ans de cotisations, pour le travailleur atteint d'une incapacité totale et définitive qui ne remplit pas les conditions d'obtention d'une pension d'invalidité.

À partir de 50 ans pour les hommes et 45 ans pour les femmes, à condition d'avoir accompli au moins 20 ans d'assurance. L'assuré doit avoir exercé pendant au moins 3 ans en continu dans la même entreprise au cours des 10 années précédentes ; à partir de 55 ans pour le travailleur occupant un emploi pénible (mineurs de fonds...).

Lorsque le travailleur âgé au moins de 65 ans, qui ne réunit pas à cet âge 15 ans d'activité mais justifie d'au moins 05 ans de travail, il peut bénéficier d'une

allocation de retraite<sup>49</sup> calculée dans les mêmes conditions que la pension de retraite.

Les ayants droit d'un titulaire d'une allocation de retraite décédé, peuvent bénéficier d'une allocation de retraite de réversion. (Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité Sociale. 2010).

Le système de retraite en Algérie fonctionne sur le principe de répartition. Il se présente donc comme un régime assurantiels et donc contributifs (Dupuis J-M, El Moudden C., Pétron A. 2009 ; Dupuis J-M, El Moudden C., Pétron A., 2010; Merouani Merouani Walid ; Hammouda N E ; El Moudden C, 2014).

Le principe fondamental de ce système est de garantir aux personnes cessant leur activité un revenu de remplacement proportionnel aux salaires. Cela se traduit par une assiette de cotisations dé plafonnées, constituée de la quasi-totalité des éléments de salaire, et par une assiette de calcul de prestation qui correspond à l'assiette des cotisations.

Le principe de calcul de pension est semblable pour les salariés et les non-salariés. Pour les salariés, chaque année validée donne droit à 2,5 % du salaire de référence. Ce dernier correspond aux cinq dernières ou aux cinq meilleures années si ce dernier calcul est plus favorable. La réglementation fixe un taux maximum de pension à 80 %, il correspond à 32 ans d'activité. Ce taux de pension « théorique » est souvent présenté comme généreux, même si la réalité des pensions versées

---

49 L'assuré peut percevoir une allocation de retraite : à condition d'avoir 60 ans ; s'il ne remplit pas la condition minimale de 15 ans d'activité pour prétendre à une pension de retraite ; en plus d'accomplir au moins 20 trimestres d'assurance. Les allocations de retraite dont le montant est inférieur à 3 500 DZD par mois sont relevées au seuil mensuel de ce même montant.

Les montants de l'allocation de retraite sont revalorisés tous les ans au 1er mai. Une indemnité complémentaire d'allocation de retraite (ICAR) permet de majorer l'allocation de retraite dont le montant net est inférieur à 7 000 DZD par mois. Cette majoration varie de 10 % à 50 % selon le niveau de l'allocation perçue. ([www.cnr-dz.com](http://www.cnr-dz.com))

## Chapitre II

### **Viellissement en Algérie : évolution démographique et changement de statut**

---

impose de nuancer ce propos (Benallah S., Bonnet C., El Moudden C., Math A. - 2012; Ben Braham M., Dupuis J-M, El Moudden C., Hammouda N.E, Pétron A., Dkhissi I. 2011).

Ainsi le montant de la pension de retraite, comme nous l'avons évoqué précédemment , est égal à 2,5 % multiplié par le nombre d'années d'assurance multiplié par le salaire moyen soumis à cotisation au cours des 5 dernières années précédant la mise à la retraite ou si cela est plus favorable, le salaire des 5 années de la carrière ayant donné lieu à la rémunération la plus élevée. Le montant de la pension ne peut être inférieur à 75 % du SNMG, ni supérieure à 80% du salaire moyen ayant servi de base de calcul de la pension et à 15 fois le SNMG.

En cas de départ anticipé, le montant obtenu est affecté d'une minoration de 1 % par année d'anticipation.

Force est de préciser que les montants des pensions et allocations de retraite sont revalorisés tous les ans à compter du 1<sup>er</sup> mai. Au 1<sup>er</sup> mai 2020, suivant l'arrêté du 16 mai 2020 du ministère du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité Sociale (JORA N° 33 du 4 juin 2020, voir l'annexe) le taux est fixé à : 7 % pour les pensions et allocations dont le montant est inférieur à 20 000 DZD, 4 % pour les pensions et allocations dont le montant est égal à 20 000 DZD et inférieur à 50 000 DZD, 3 % pour les pensions et allocations dont le montant est égal à 50 000 DZD et inférieur à 80 000 DZD, 2 % pour les pensions et allocations dont le montant est égal ou supérieur à 80 000 DZD. (Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité Sociale (MTESS). [www.mtess.gov.dz](http://www.mtess.gov.dz)).

Cependant il faut souligner la disparité des montants des pensions de retraite chez les personnes âgées. Car la pension moyenne varie indéniablement selon le type de retraite. Néanmoins, la majorité des montons de ces pensions restent très faibles. En effet une grande partie de nos enquêtés ont déclaré l'insuffisance et la faiblesse des revenus de leurs pensions. Dans le même ordre d'idée, les résultats de

## Chapitre II

### Vieillesse en Algérie : évolution démographique et changement de statut

---

L'Enquête Algérienne sur la Santé de la Famille EASF (2002) ont bien indiqué que les pensions et les revenus des personnes âgées sont relativement faibles, effectivement, seuls 23, 3% des enquêtés déclarent leurs revenus suffisants.

D'ailleurs, « la pension moyenne fluctue depuis plus de 10 ans autour du SNMG, s'accompagnant d'une amélioration du pouvoir d'achat de ces pensions moyennes sur les quinze dernières années. Comparativement au salaire mensuel moyen net (29 507 DA en 2011, 36 084 DA dans le secteur public et 22 872 DA dans le privé) ou aux dépenses mensuelles moyennes par ménage (59 716 DA en 2011, 62 215 DA en milieu urbain et 54 334 en milieu rural), les montants des pensions de retraite peuvent être considérés comme relativement modestes en moyenne. Toutefois, il convient de préciser que les ménages de retraités peuvent voir leur situation compensée par au moins deux choses : - des revenus d'activité (cela concerne entre 3 et 8 % d'entre eux), en particulier pour les plus jeunes des retraités, ou des revenus en provenance d'autres membres du ménage ; - la possession d'un capital économique » (EL Moudden C ; Hammouda N E, 2018. P 318).

Les régimes de retraite algériens versent une pension à un peu plus de 3 millions de bénéficiaires dont plus de 90 % sont affiliés à la CNR. En près de 15 ans, entre 2001 et 2015, ce nombre de bénéficiaires a doublé (voir l'annexe). (La caisse nationale de la retraite (CNR). [www.cnr.dz.com](http://www.cnr.dz.com)).

En somme, ces dernières années ont été témoin d'une reconnaissance à une large échelle de l'importance des systèmes de retraite pour la stabilité économique des nations et la sécurité de leur population âgée. Il est prouvé par tous les démographes que la baisse de la fécondité est à l'origine du vieillissement. Cette baisse est suite à une autre baisse plus précoce, celle de la mortalité. En Europe comme en Afrique tous les pays dont le système de retraite fonctionne par répartition connaissent des difficultés. Cependant le système de retraite de notre

pays n'est nullement à l'abri de ces difficultés. Le système de retraite par répartition repose sur un contrat intergénérationnel dont l'État est le garant. La viabilité de ce système nécessite que les engagements de retraite pris envers les actifs d'aujourd'hui soient honorés par conséquent que l'équilibre financier du système de retraite soit respecté. D'où ressort le principe d'équilibre du système de retraite par répartition. L'équilibre de tout système de retraite repose principalement sur l'évolution du nombre des actifs qui sont affiliés à la Caisse de Sécurité Sociale, car ce sont les cotisants qui financent les retraites. Il est important de souligner l'importance du déséquilibre observé dans notre système de retraite. En plus du problème d'une faible couverture<sup>50</sup> sociale de ce régime, le déficit financier dont il endure aggrave la situation des retraités en Algérie.

Effectivement, il est important de souligner la pesanteur du déséquilibre observé dans ce dernier. Puisque que le rapport cotisants/retraités a enregistré un recul considérable. Ce rapport était en 1988 de six cotisants pour un retraité. Ce qui reflétait un état satisfaisant du marché du travail, avec une affiliation quasi-totale de population occupée (à cause d'une domination du secteur public en matière de création d'emploi). Ce rapport était dans son bas niveau, de 2.69 en 2000 passant même en-dessous du ratio requis pour la viabilité du système de retraite par répartition qui est de 3 cotisants pour un retraité. Ce qui à engendré un déficit financier indéniable pour le régime des retraites pouvant menacer l'attribution des retraites aux personnes âgées.

---

50 On se référant aux données statistiques de l'Office Nationale des Statistiques ainsi qu'aux celles de Grangaud M F, nous observons un faible taux de couverture des personnes âgées par le système des retraites. Ces données montrent bien que malgré la tendance haussière des taux de couverture (15% en 1980, 32% en 2000 et 45% en 2008), une bonne partie de la population âgée (55% en 2008) reste à nos jours exclue de la couverture retraite. À ce titre, les femmes sont les plus vulnérables avec un taux de couverture plus faible que celui des hommes (21% contre 70% pour les hommes en 2011). La grande majorité des femmes bénéficiaires perçoivent une pension de réversion, du fait des faibles taux d'activité féminin des générations passées. (L'Office Nationale des Statistiques. Données statistiques 2000 à 2010 ; Grangaud M F, 1984).

Cette situation est caractéristique dominantes dans l'ensemble du système de sécurité sociale en Algérie.

Dans le même ordre d'idée Kaddar M., 1990. A évoqué la question de l'équilibre du système de sécurité sociale dans la période de 1980-1990. En effet, après l'unification du régime en 1983 et l'élargissement de la couverture à une plus grande partie de la population, la branche retraite et assurance sociale ont connu un déficit important. Ceci s'explique notamment par une augmentation des effectifs des retraités, par le forfait hôpitaux et par l'importance les investissements socio sanitaires. Toutes les prévisions des experts du ministère du travail effectuées à cette époque avaient prévenu une tendance à l'accentuation du déficit, et avaient attribué ce déficit au ralentissement de l'emploi salarié, au soutien des dépenses de soins et de retraite et à l'accroissement des charges indues supportées par le budget de la sécurité sociale (financement des secteurs sanitaires et des soins à l'étranger des non assurés et mesures sociales en faveur des moudjahidines). Selon l'auteur, le non paiement des cotisations par les entreprises et les administrations publiques, l'obligation de prise en charge des frais de soins des non assurés et des pensions de moudjahidine, allaient peser sur l'équilibre du système de sécurité sociale. (Kaddar M, 1990).

Par ailleurs, sur le plan économique, le passage de l'économie planifiée à l'économie de marché et la difficulté pour l'Etat d'atteindre le plein emploi ont permis l'apparition de certaines formes d'activités informelles sur le marché de travail. En 2011, l'office national des statistiques estime 46% de la population occupée sans aucune couverture sociale. Cette population ne s'acquitte pas de ses 2 cotisations sociales bien qu'elle pourrait bénéficier des prestations sociales, du fait de la gratuité des soins ou parce qu'elle est ayant droits d'un assuré social.

La question de la couverture sociale de la population occupée sur le marché du travail est plus que jamais posée. L'extension de la couverture sociale aux

travailleurs informels est plus qu'une nécessité pour non seulement atténuer les déficits des caisses de sécurité sociale mais pour créer une certaine cohésion sociale au sein de la société algérienne. (Merouani W; Hammouda N E ; El Moudden C, 2014).

En outre, Compte tenu du changement des réalités socio-économiques et culturelles de la société algérienne (restructuration de la famille, ouverture de la société sur la modernité et réduction de la taille des familles), la prise en charge et l'accompagnement de la population âgée apparaissent comme un enjeu important. Plusieurs dispositifs ont été promulgués dans le domaine de la promotion de la santé ainsi que dans le champ médico-social et visent à répondre aux besoins des personnes âgées démunies et/ou sans attaches familiales ( Bouaziz K, 2018).

Depuis les années 1980, l'État algérien a commencé à développer un premier dispositif de protection des personnes âgées démunies. Ce dernier s'est axé plus particulièrement sur la prise en charge institutionnelle gratuite dans des établissements d'accueil appelés foyers pour personnes âgées et/ou handicapées, en plus de quelques dispositifs juridiques définissant les responsabilités ainsi que les modalités d'intervention auprès des personnes âgées, en particulier ceux considérés comme démunis et vulnérables. A l'image de la loi N°10-12 de 2010 relative à la protection de la personne âgée (voir annexe N° 37).

Les foyers pour personnes âgées et/ou handicapées semblent être la résultante des transformations qui ont traversé la réalité socio-économique et culturelle de la société Algérienne ces dernières années<sup>51</sup>. Ces transformations qui ont touché principalement les relations intergénérationnelles et la structure familiale ont accentué la problématique de l'accompagnement des personnes âgées en Algérie.

---

<sup>51</sup> Nous aborderons ces transformations avec plus de détails dans l'élément qui suit.

## Chapitre II

### **Viellissement en Algérie : évolution démographique et changement de statut**

---

Selon les termes de leur texte de création, les foyers pour personnes âgées et /ou handicapées (FPAH), sont créés donc pour accueillir « les personnes âgées de plus de 65 ans, sans soutien familial ni ressources ainsi que les handicapés et infirmes moteurs de plus de 15 ans, sans soutien familial ni ressources, reconnus inaptes au travail et à la rééducation professionnelle »<sup>52</sup>. Notre pays compte 33 foyers accueillant un total de 1130 personnes âgées ainsi que quelques pavillons situés au sein d'établissements appelés Diar-Rahma.

Théoriquement ces établissements sont réservés uniquement aux personnes âgées démunies et/ou sans attaches familiales, ces personnes ne peuvent être admises ou maintenues dans ces établissements ou structures qu'en cas de nécessité ou en l'absence de solution de substitution, et qu'après échec de toutes les tentatives d'obtention des différentes aides octroyées par les pouvoirs publics (allocations forfaitaires de solidarité, soins et médicaments gratuits...).

Ainsi, l'admission en foyer s'effectuera après une étude attentive du dossier de la personne âgée, et son placement dans les établissements sera subordonné à la présentation d'une demande accompagnée d'un dossier dont la composition est fixée par le ministre chargé de la solidarité nationale et soumis à l'avis de la commission d'admission de l'établissement ( Bouaziz K, 2018). Or, ces conditions semblent être bafouées dans le fonctionnement réel et quotidien de ces structures.

En effet l'introduction du terme handicapé dans la dénomination de ces foyers a entraîné une certaine confusion juridique permettant l'admission dans la plupart des foyers de personnes atteintes généralement de troubles mentaux et placées sous l'étiquette de handicapés (Benkamla B., Zehmani H. - 1993). D'ailleurs 4 pensionnaires sur 10 sont porteurs d'handicap dans ces établissements. Ce qui accentue la complexité de la gestion de ces structures et complique le vécu des pensionnaires et plus particulièrement celui des personnes âgées. Rassembler

---

<sup>52</sup> Décret N° 80-82 du 15 mars 1982

## Chapitre II

### **Viellissement en Algérie : évolution démographique et changement de statut**

---

ces deux catégories dans les mêmes structures met en exergue la perception négative des politiques vis-à-vis les personnes âgées.

En plus de la création de ces structures, les dispositifs de prises en charge de la vieillesse se déclinent en plusieurs formes malgré leur précarité. Le dispositif le plus concret reste celui qui concerne l'aide personnalisée : allocation forfaitaire de solidarité (AFS) Les personnes âgées de 60 ans et plus, sans ressources, non pensionnées, sont éligibles aux mécanismes relevant de la solidarité nationale et bénéficient de l'allocation forfaitaire de solidarité (AFS), qui ne doit pas être inférieure à deux tiers (2/3) du salaire national minimum (SNMG).

Instituée par décret n° 94- 336 du 24 octobre 1994, cette allocation était initialement attribuée aux personnes âgées et aux personnes handicapées chefs de familles sans revenu. Cette allocation a été revalorisé en 2008, elle est passée de 1000 DA/mois à 3000 DA/mois par arrêté interministériel n°08 du 27 octobre 2008, Il est à signaler que plus de 53 % des bénéficiaires de l'AFS sont de sexe féminin (Bouaziz K, 2018).

En somme, il faut souligner que la mise en œuvre des dispositifs de prise en charge de la vieillesse en Algérie s'opère dans une rupture avec la réalité sociale vécue par cette catégorie d'âge. Puis que cette dernière demeure une dimension occultée des études et enquêtes effectuées sur la population Algérienne ; ces études désormais devraient intégrer systématiquement des questions sur les conditions de vie de la population âgée. Le but est d'identifier les problèmes réels rencontrés et en proposer des moyens adaptés et efficaces de prise en charge.

Le premier obstacle de la politique sociale en Algérie reste l'inexistence d'une stratégie de communication au profit de la catégorie des personnes âgées. En effet dans l'absence affichée des moyens d'informations pouvant communiquer avec cette catégorie d'âge et les informant des différents dispositifs offerts, l'accessibilité à ces offres reste compliquée et même impossible. En outre, l'absence

des institutions spécialisées (centres de gériatrie et de gérontologie) ainsi que la formation dans le domaine de la santé de cette catégorie d'âge complique la prise en charge sanitaire de cette population.

Force est de constater que les différentes interventions de l'état visant la population âgée restent très limitées et insuffisantes. Elles ne peuvent pas être donc promues au rang d'une politique de vieillesse.

En fin , il faut impérativement souligner que si nous avons insisté sur le fait d'exposer les différents éléments démographiques concernant les personnes âgées en Algérie dans ce chapitre, ce n'est nullement dans une logique de « phobie démographique » comme l'a nommé Bernard Ennuyer (2020) ; mais dans un souci de montrer l'importance de l'évolution d'une catégorie qui au lieu de la traiter comme problème sociale et démographique à prendre en charge, il faut en contraire la considérer impérativement comme un atout pouvant servir la société tout en investissant dans son expérience et son savoir-faire dans la vie.

L'évolution démographique en Algérie a été accompagnée par des changements sur le plan politique et socioéconomique. Ces transformations ont pu affecter le statut de la personne âgée en Algérie.

### **3- Changement de statut et déplacement de prestige**

Dans les sociétés anciennes les personnes âgées avaient communément un statut marqué par des privilèges. L'avancé en âge leur assurait un statut de « proche de Dieu<sup>53</sup> ». La mémoire et la disponibilité en font les détenteurs de la sagesse et les dispensateurs du savoir : savoir et pouvoir sont d'ailleurs vite confondus. Ils deviennent les caractéristiques leur garantissant une place prestigieuse dans la société.

---

<sup>53</sup> Il faut rappeler que par exemple dans la culture musulmane la personne âgée procure un statut particulier car privilégiée chez Dieu, le Coran lui assure respect et dignité.

Néanmoins cette catégorie d'âge a connu ultérieurement une évolution assez commune dans la majorité des civilisations. Ainsi, les personnes âgées perdent leur pouvoir et leur prestige à mesure que les sociétés s'organisent. Cette évolution est la conséquence du développement des institutions où les classes plus jeunes détiennent plus de droits et donc de pouvoir. Les personnes âgées peuvent désormais faire l'objet d'appréciations à caractères négatives telles que la dérision la pitié ou le mépris (Bois J-P, 1994).

Force est de rappeler que la société Algérienne a vécu des restructurations indéniables de l'indépendance à nos jours. Ces restructurations ont participé d'une façon signifiante dans la construction d'une nouvelle place de la personne âgée en Algérie. En effet, après l'indépendance, la société algérienne a vécu des transformations économiques, sociales et spéciales (une urbanisation accélérée) accompagnées par une croissance économique importante.

Une économie plus diversifiée dépendant de la rente pétrolière, l'industrialisation, la réforme agraire et les grands chantiers d'infrastructures ont transformé le monde rural et accéléré l'exode rural provoqué par la colonisation et la guerre de libération. (Kateb K, 2010).

Ces conditions ont profité à toutes les catégories sociales et à tous les cycles de vie. Il est important de rappeler que l'histoire de la société Algérienne a été traversée par des changements irréversibles et qui ont pu affecter sa structure ainsi que son système de valeurs.

Les différents processus de changements qu'a vécue l'Algérie résultent de la convergence de plusieurs facteurs en l'occurrence et en premier lieu : le colonialisme qui a pu avoir des effets multidimensionnels bouleversants sur la société ; ainsi que les politiques étatiques de l'après-indépendance, la crise des années 1980 et 1990, la restructuration économique, on peut y ajouter les transitions démographiques et la scolarisation. (Mohammedi S M, 2013).

## Chapitre II

### **Vieillesse en Algérie : évolution démographique et changement de statut**

---

Plusieurs appellations ont caractérisé les différentes périodes de transformation qu'a vécues l'Algérie. Pays du tiers-monde<sup>54</sup>, non aligné, en voie de développement ou actuellement pays en transition. Au début de son indépendance, elle était plutôt analysée dans les études politico-économiques comme étant un pays du tiers-monde

En dépit d'une stratégie de développement ambitieuse adoptée par l'Algérie juste après l'indépendance, basée principalement sur l'industrialisation de l'économie et lancée au lendemain de la valorisation des hydrocarbures ; pourtant le pays a basculé dans des périodes de crises interminables et multifactorielles (sécuritaires [la décennie sanglante], économiques et culturelles) , ayant des répercussions irréversibles sur la société et ce sur tous les champs.

Aux années 1980 le recule des prix sur le marché pétrolier affecte considérablement les rentrées financières de l'Algérie. La rente pétrolière se rétrécit le recule des recettes provenant des hydrocarbures combiné à la dette extérieure provoque une crise financière profonde à la même période une baisse de fécondité s'amorce. (Kamel Kateb, 2010). Cette dernière est un élément central dans la transition démographique qui a marquée la population algérienne ces dernières années.

Ces différentes transformations ont produit un nouveau système de gestion politique, économique et sociale dans la société. C'est l'individu avec ses relations familiales et son système de valeurs qui s'engage dans cette étape des restructurations à tous les niveaux sont à prévoir. Les personnes âgées sont

---

54 Cette expression a été utilisée pour la première fois au début des années cinquante (1952) par le célèbre démographe français Alfred Sauvy et ce dans un article de France Observateur intitulé « Trois mondes, une planète ». Une expression qui fut choisie pour titre d'un ouvrage intitulé « Le tiers du monde, sous-développement et développement » paru en 1956. Cet ouvrage est dirigé par Georges Balandier, Alfred Sauvy écrivit la préface. Le concept a une connotation politique : le tiers-monde c'est donc l'ensemble des pays exclus (Salmi Madjid, 2012).

contraintes donc d'intégrer une société en rénovation et un nouveau statut. Une nouvelle image de la personne âgée se construit dans la société.

Autrefois, la capacité d'intégration se mesurait à la participation au système traditionnel, dominé par l'image de l'autorité incarnée par le père. Admiration et prestige étaient la racine de l'autorité. Aujourd'hui, la capacité d'intégration est fonction également de la participation, mais ce terme a pris un sens nouveau : de nos jours participer c'est être capable de s'adapter aux innovations, c'est être engagé à innover. (Jarosz L, 1983).

Tandis que la société traditionnelle idéalise l'image du vieux sage, les exigences du développement entraînent la valorisation d'un nouveau modèle d'individu devant se caractériser par son efficacité économique. Néanmoins et comme l'a bien confirmé Lipovetsky G, (1983) pour définir l'individualisme contemporain : Nous vivons un nouvel air du temps. À la révolte des années d'expansion succèdent aujourd'hui l'indifférence et le narcissisme ; à la logique de l'uniformisation succèdent la déstandardisation et la séduction ; à la solennité idéologique succède la généralisation de la forme humoristique. Nouvel âge démocratique se traduisant par la réduction de la violence et l'épuisement de ce qui fait depuis un siècle figure d'avant-garde. Avec ce nouveau stade historique de l'individualisme, les sociétés démocratiques avancées sont situées dans l'âge « postmoderne ».

Dans le même ordre d'idées Ulrich Beck, estime que les sociétés contemporaines ont changé de visage. Analysant les caractéristiques des sociétés contemporaines, l'auteur met l'accent sur l'individualisation croissante, L'émancipation progressive à l'égard des institutions et des formes sociales typiques de la société industrielle engendre, un manque de repères des individus par rapport à leur existence qui devient plus incertaine. Leurs choix de vie en sont fortement modifiés, d'autant plus que chacun est maître de ses décisions. La société

## Chapitre II

### Vieillesse en Algérie : évolution démographique et changement de statut

---

contemporaine, selon cette auteure devient alors un lieu de méfiance généralisé où profanes, et parfois même les experts, doutent et remettent en question les fondements sur lesquels elle s'est construite. Il préconise, en conséquence, une transformation complète des formes classiques de la vie publique (Beck U, 2001)

En fait, si le contenu du système de valeurs semble n'avoir pas beaucoup changé, par contre son mode d'organisation a beaucoup évolué. Le système actuel s'organise autour du débat, authenticité et modernité d'une part, et d'autre part spécificité et universalisme.

Comme le souligne Jacques Berque, c'est en effet, sur les thèmes de l'authenticité et du renouvellement que se fondent les normes et modèles d'aujourd'hui : « or, il faut bien voir, dit-il, que le « passé » en tant que racine de l'identité n'est nullement le passé que l'on tenterait vainement de restituer, puisque tout au contraire, la survie de l'identité impose un changement perpétuel... l'identité collective d'un peuple ne consiste pas dans des contenus forcément attachés au contexte chronologique, mais dans la façon dont elle les organise.. Il y a un Orient Second aux contenus nouveaux ou renouvelés » (Berque J, 1971. P 29).

Contenu semblable et organisation renouvelée du système de valeurs, dans cette organisation ce qui apparaît comme de première importance c'est le déplacement de prestige. Autrefois lié à l'âge le prestige est actuellement lié au travail et au statut socio-économique. Il apparaît bien que ce déplacement du prestige s'opère selon un processus de « transfert ».

Dans son œuvre Gabriel Tarde montre bien que dans « une société où pénètrent de nouvelles idées et de nombreux besoins à la suite d'innovation imitées, il arrive inévitablement que beaucoup de prestiges sont ébranlés ou démolies : celui du vieillard, du chef de clan, du noble de race, du riche propriétaire, etc... Mais les habitudes d'obéissance, de confiance, de respect que ces prestiges ont fait naître, leur survivent et se reportent sur un autre objet » (Gabriel Tarde, 1970. P. 270).

Dans la société actuelle les valeurs liées à la vieillesse centrées essentiellement sur la sagesse et l'autorité ont changé ; les qualificatifs, s'ils n'ont pas changé, se sont déplacés de personnes : bien que jeunes le plus souvent, ceux qu'on appelle maintenant les grands, ce sont les officiels et non pas les personnes âgées. De nombreux enfants sont plus instruits, mieux placés que leur père et rivalisent ainsi avec eux.

D'ailleurs, le différentiel éducatif considérable a longtemps marqué la société Algérienne depuis l'indépendance jusqu'aux années 1980. Pendant cette période dans la catégorie des moins de 35 ans, la part des personnes n'ayant reçu aucune instruction ou une instruction faible est relativement faible, alors que chez les plus de 35 ans, l'analphabétisme ou un niveau d'instruction primaire sont prépondérants. Parmi la population âgée de dix ans et plus, la proportion de ceux ayant un niveau d'étude supérieur est passé de moins de 1% à plus de 5%. Des générations moins analphabètes que celles de leurs parents et ayant un niveau d'instruction plus élevé modifient les rapports familiaux et accentuent les conflits intergénérationnels dans des sociétés patriarcales en dissolution. (Kateb K, 2001). Ces transformations ont eu des répercussions sur les relations intergénérationnelles. Ainsi l'autorité paternelle s'affaiblit et en conséquence le statut de la personne âgée change.

Il faut souligner que l'esprit de renouvellement est la source des perturbations que continue de subir l'autorité paternelle. L'industrialisation et l'urbanisation avec les transformations des modes de vie, l'habitation dans les grandes villes entraîne notamment le passage de la vie parentale et communautaire à la vie conjugale ou vie de couple (Lucette Jarosz, 1983).

Sachant que les systèmes de valeur subissent des mutations lentes, dans le cadre d'une long histoire ; ces mutations ont pu s'accélérer en période de crise, les interactions entre culturel, social, économique et politique étant constantes. L'évolution du statut de la personne âgée se mesure aux différentes

## Chapitre II

### Vieillesse en Algérie : évolution démographique et changement de statut

---

modalités organisationnelles de la patriarchie originale à la société Algérienne (Lucette Jarosz, 1983).

Cette évolution est fonction des restructurations multiples et du déplacement de prestige de l'une à l'autre société.

Georges Minois, dans son histoire de la vieillesse nous indique qu'à «chaque époque l'atmosphère générale à l'égard des vieux prend une teinte particulière dans chaque catégorie sociale, il a toujours mieux valu être vieux et riche que vieux et pauvre, le mieux que l'on puisse espérer dans ce dernier cas, c'est la charité (...). Bref il n'y eut jamais d'âge d'or de la vieillesse, mais une évolution chaotique au gré des changements de valeurs des civilisations.

En fait on peut distinguer deux catégories de vieux, les vieux actifs qui se confondent avec la masse des adultes et les vieux inactifs que la « décrépitude » a forcés au repos et que l'on range parmi les infirmes et les malades (...) c'est à cette époque le milieu social qui en définitive crée l'image des vieux à partir des normes et des idéaux humains de l'époque » (Minois G, 1987. p. 407).

Force est de rappeler que dans notre travail, la condition des personnes âgées est saisie à travers une réalité dynamique.

#### Conclusion

En Algérie, la personne âgée jouissait jusqu'à une période récente d'un statut valorisé car elle contribuait, grâce à sa sagesse et à son expérience, à l'équilibre de la société en mettant à disposition son savoir, son savoir-faire et son savoir-être. Mais aujourd'hui une profonde mutation des relations intergénérationnelles redéfinit le rôle et le statut des personnes âgées.

En effet, les tensions sociales découlant de la crise économique qui se traduit par le chômage et le désœuvrement des jeunes remettent en cause les modèles de prise en charge des personnes âgées basés sur la solidarité intergénérationnelle. Ce sont même dans bien des cas les aînés qui soutiennent financièrement leurs descendants sans emploi stable. Or, en dépit des régimes de retraite existants et de différentes initiatives, les mécanismes institutionnels de soutien à la vieillesse demeurent insuffisants (Abdou KA et al,2018).

Force est de constater que le phénomène du vieillissement est corrélatif des bouleversements économiques ayant affecté les structures familiales qui jusqu'alors prenaient en charge les parents âgés ayant souvent besoin d'aides et de soutiens. Avec l'insuffisance et l'impuissance des mécanismes de prise en charge institutionnelle, sociale et sanitaire de la vieillesse en Algérie, la famille s'est ainsi vue directement inscrite dans l'exercice d'une responsabilité publique, entre autres prendre le relais d'une protection publique défaillante. La problématique de la solidarité familiale est une dimension centrale dans l'expérience corporelle des patients âgées. Elle est définie dans des contextes relationnelles complexes

# **Chapitre III**

**La structure de soins**

**publique :**

**Un espace de  
resocialisation et  
d'échanges**

## **Introduction**

L'espace public de soins est appréhendé, ici, comme un espace caractérisé par une dynamique socio-sanitaire intense. En effet, au-delà de la dimension technique d'une structure sanitaire publique, cette dernière est définie comme le lieu de production d'une pluralité de logiques<sup>55</sup> déployées au quotidien par les différents acteurs dans le domaine de la santé.

Mebtoul M confirme dans ce domaine que la santé publique entendue comme : un ensemble de pratiques entendue comme un ensemble de pratiques et d'actions socio sanitaires profondément ancrées dans la société locale, devant permettre sa transformation sociale, est resté de l'ordre de l'invisibilité au cours de mes investigations. Le fonctionnement des structures de soins est dominé par une médicalisation rapide et routinière qui se traduit en général au cours e la consultation par la valorisation de l'ordonnance, seul élément qui donne sens à l'activité quotidienne des professionnelles de soins. ( Mebtoul M, 19993).

---

<sup>55</sup> Les logiques désignent les interprétations des acteurs face aux situations sanitaires vécues mais dont l'élucidation relèvent d'un processus social plus globale qui leur donne sens et s'inscrit essentiellement dans les types de rapports instaurés dans le champ de la santé publique. Celui-ci est traversé par des enjeux sociaux qui peuvent être mis au jour à partir des élaborations diversifiées des acteurs de santé. (Mebtoul M,2005).

**1- Le service de rééducation fonctionnelle, un espace social avant tout :**

Caractérisé par des interactions signifiantes, quotidiennement, entre les différents acteurs de soins, professionnels et patients, l'espace sanitaire fait l'objet d'une construction sociale (Mebtoul M, 2010).

Les observations menées au service de rééducation fonctionnelle nous ont amené à appréhender cette structure comme un espace social avant tout. En effet, les travaux de R. Rochefort montrent bien l'importance de la dimension sociale de l'espace. Hérin R. (1986, p 18) parle de "fonction sociale" de ce dernier.

Ce service reçoit, au quotidien, un nombre important de patients de toutes catégories, enfants, adultes et personnes âgées. La salle de rééducation fonctionnelle semble être l'espace privilégié pour les patients en général et pour les personnes âgées en particulier.

Les patients âgés envisagent la salle de rééducation comme un espace d'échange important qui les aide à renouer des relations sociales «nouvelles» pour sortir de leur solitude. La relation d'échange élaborée dans cette structure met en exergue la prégnance de la "dimension spatiale des rapports sociaux" (J. Pailhé, 1983, p. 150).

Lors d'une observation effectuée dans cet espace, nous notons:

*«Une malade âgée est assise sur une chaise en faisant ses exercices de rééducation. Elle est accompagnée par un membre de sa famille. Une fille. En face d'elle, il y a une autre malade âgée qui accompagne son fils malade. Les deux femmes âgées mènent une discussion qui paraît intense. La fille de la première intervient de façon continue, rappelant à sa mère son exercice. Elle lui répond : laisse-moi parler, راني نقلع في الضيقة».*

### Chapitre III :

## La structure de soins publique : un espace de resocialisation et d'échanges

---

En l'absence d'espaces de loisirs pour cette catégorie d'âge, la salle de rééducation devient une structure de resocialisation de première importance. Elle est un lieu où bon nombre de patients âgés tentent de conserver un lien relationnel avec «*le monde extérieur*». En effet, «l'analyse des processus de socialisation, porteurs de reproduction et/ou de changement, requiert impérativement la prise en compte des lieux et des espaces où s'effectuent rencontres et échanges, où se forgent des projets, où se nouent des enjeux» (A. Vant, 1984, p. 100). Une patiente nous dit :

*«...Quand je viens au service, je viens pour discuter avec les personnes comme moi, qui vivent les mêmes conditions que moi, quand je suis à la maison je ne vois personne, je me sens seule et ça me fait mal... »* (Hadja Fatma, 77ans Hypertension, Rhumatisme cardiaque).

Les relations d'échange caractérisant la salle de rééducation permettent aux patients âgés de continuer de vivre socialement. En effet, lorsque l'espace domestique, désigné par le patient âgé par l'expression «*monde d'intérieur*» devient un espace d'isolement. Le recours au service de rééducation permet au patient âgé «*de sortir et de voir le monde*». Il est souvent un lieu de défoulement pour lui. Le discours suivant illustre bien cette idée :

*«...Je viens ici surtout quand je me sens mal à l'aise chez moi. J'ai arrêté la rééducation pendant un bout de temps. Mais les problèmes que j'ai à la maison... (Un silence suivi d'un soupir). Pour te dire la vérité... j'ai beaucoup de problèmes à la maison... les bagarres entre mes enfants c'est mon quotidien. " قاع " تهرب باه نطلع الغمة كي ننغم نخرج العام الزقا عندي (un sourire), pour fuir ces problèmes là je sors, je viens ici, car je ne connais pas d'autres espaces où je pourrais discuter avec les gens, mais dommage...il lui manque une chose il n'est pas bien conçu à mon*

### Chapitre III :

## La structure de soins publique : un espace de resocialisation et d'échanges

---

*avis !*». (Hadj Kada, 70ans, hypertendu, hémiparétique et des problèmes cardiaques).

En effet, les patients âgés évoquent les problèmes d'accessibilité de la structure comme un élément central dans leur rapport avec cet espace. Les escaliers menant aux deux ailes du service semblent être un obstacle de première importance pour les patients âgés.

Au cours de nos observations, nous avons pu relever la difficulté que trouvaient les patients âgés pour accéder au premier étage et à la salle de rééducation. Illustrons nos propos. Dans nos observations, nous notons :

« Nous sommes au service de rééducation, au rez-de-chaussée et devant la porte principale du service, un patient âgé, sur un fauteuil roulant et accompagné d'un membre de sa famille, arrivent, ils nous regardent en souriant. L'accompagnateur nous dit : *«comment je vais faire maintenant pour monter les escaliers ? J'espère que l'ascenseur marche !*». Il monte pour vérifier, je l'accompagne. Nous arrivons au premier étage. Un membre du personnel lui dit que l'ascenseur ne marche plus ! Il se tourne vers les accompagnateurs des patients, il leur demande de l'aider. Il est soutenu de 4 personnes. Ils ont dû soulever le patient tout au long des escaliers. Pour quitter le service, ils ont dû faire la même manœuvre».

Ce genre d'observations se sont reproduites au similaire tout au long de l'enquête.

Les discours des patients âgés montrent bien leur insatisfaction vis-à-vis du mode de conception de la structure. Selon eux, *«une structure de soins, conçue pour traiter les patients (handicapés), ne doit jamais contenir des escaliers*». Ces propos reviennent souvent dans les discours des patients âgés.

### Chapitre III :

#### La structure de soins publique : un espace de resocialisation et d'échanges

---

L'absence d'une salle d'attente est évoquée par le patient âgé comme un élément de défaillance de cette structure de soins. La salle d'attente représente pour eux un espace pouvant préserver l'intimité du patient:

*« ...Ce qui dérange le plus ici c'est que tu n'as même pas où attendre ton tour de rééducation. Comme tu le vois très bien, nous sommes « entassés » رانا معر مين هنايا dans le couloir. Quand il y a du monde, tu trouves les gens assis sur les escaliers, " الناس تتفرج " ايا قوليلي هذي حالة رانا فيها فينا » (Hadja Khedidja, 80 ans, AVC ischémique, diabétique).*

Pour attendre leur tour de rééducation, les patients âgés sont contraints de s'installer dans le couloir. En s'exposant aux «regards des passants», ils expriment un sentiment de malaise:

*«...ça ne se fait pas, le malade n'a même pas où attendre, ce n'est pas normal qu'il n'y ait pas de salle d'attente pour les malades. Et surtout s'il s'agit d'une vieille personne comme moi, pour monter les escaliers c'est déjà une grande difficulté. Alors pour arriver au premier étage et ne pas trouver où reprendre mon souffle, tu trouves ça normal وزيد قاع الناس تتفرج فينا » (Hadja Bakhta, 75 ans, hypertendue).*

Nous avons pu relever la prégnance des différentes logiques d'interprétation de l'activité des soins de rééducation chez les patients âgés. Elles sont nommées de façon signifiante. «*Massage ou sport*», tels sont les noms assimilés à la pratique de soins de rééducation ; ils sous-entendent une activité physique intense ainsi qu'une relation de proximité avec le professionnel. En outre, les discours des patients âgés mettent l'accent sur l'importance des moyens techniques dans cette activité de soins, ainsi que dans l'élaboration d'un lien avec l'espace socio-sanitaire de la structure de rééducation. Les patients âgés entretiennent des liens différenciés aux

### Chapitre III :

#### La structure de soins publique : un espace de resocialisation et d'échanges

---

divers outils techniques servant aux soins de rééducation. Ils s'opèrent dans des logiques de hiérarchisation de «l'efficacité» de chaque outil:

*« ...Le miroir... (Un long sourire)... Je ne vois pas comment peut-il me guérir ! Je préfère la corde elle m'aide à faire bouger mes bras et pour moi c'est bien... »* (Hadja Yamina, 72 ans, hémiparétique et hypertendue).

L'efficacité de l'outil de rééducation est évaluée selon l'intensité de l'activité physique qu'il provoque. Il s'agit d'évaluer son rôle symbolique. Les discours des patients mettent en exergue l'importance de la dimension sociale «des choses concrètes et matérielles». Elles sont envisagées comme des véritables «faits sociaux» (Mauss M, 1925).

Ce patient montre bien son attachement à un outil de rééducation. Cet outil traite son corps dans sa totalité:

*« ...Pour moi, la corde est le meilleur moyen pouvant m'aider à guérir تجيد ملىح القوايم, elle fait travailler tout mon corps, les pieds et les bras, et c'est ça l'essentiel. Un outil qui ne me fatigue pas... (un sourire), à mon avis, ne peut être efficace...»* (Hadj Kada, 70ans, hypertendu, hémiparétique et des problèmes cardiaques).

La fatigue est signe d'efficacité de l'exercice de rééducation. Ce dernier doit faire suer le patient. La sueur est, pour le patient âgé, un moyen de se débarrasser du mal affectant son corps:

*«... Pour moi tant que je n'ai pas sué, je n'arrête pas. Il faut que l'exercice me fasse suer pour que j'arrête... »* (Hadj Mohamed, 82 ans, hémiparétique).

### **Chapitre III :**

## **La structure de soins publique : un espace de resocialisation et d'échanges**

---

Les femmes âgées élaborent un autre rapport aux outils de rééducation. Elles préfèrent les moyens techniques pouvant garder leur intimité. une patiente nous révèle :

*«... Moi je préfère les exercices dans lesquels je suis assise sur la chaise, car quand je m'allonge sur le lit... (un silence)... Tu le sais, moi j'ai honte de m'allonger devant tout le monde, et surtout devant les hommes...» (Elhadja Saadia, 64 ans, hypertendue, fracture au pied).*

L'analyse des entretiens montre bien que «tout objet doit être étudié: 1<sup>er</sup> en lui-même, 2<sup>ème</sup> par rapport aux gens qui s'en servent, 3<sup>ème</sup> par rapport à la totalité du système observé» (Mauss M, 1947, p26-27), soit l'importance de la dimension symbolique des moyens techniques employés dans l'élaboration du rapport du patient âgé à l'espace socio-sanitaire.

La structure de soins de rééducation est appréhendée, ici, comme un «lieu pratique» (De Certeau, 1990). Un espace socio-sanitaire, objet d'évaluations et d'interprétations significatives des objets techniques. Ces interprétations et évaluations sont au cœur du rapport du patient âgé à cette structure. En outre, la dimension relationnelle n'est pas sans importance dans la construction de ce rapport.

### **2- La relation aux professionnels de soins : entre distanciations et frustrations**

Loin d'être un acte purement technique, l'activité thérapeutique est un lieu d'échange émotionnel et cognitif de première importance.

Elle est appréhendée comme une succession d'interactions complexes. C'est un espace de confrontation des attentes et des perceptions du médecin et du patient.

Michel Personne évoque le corps de la personne âgée comme élément essentiel de la relation médecin-patient et un véritable agent thérapeutique. Selon cet auteur, dans de nombreuses pathologies de la vieillesse, le corps devient l'unique moyen de communication. Or, il faut souligner que la négligence de la dimension corporelle de la relation avec le patient est source de dysfonctionnements spécifiques dans la relation thérapeutique. En effet, Michel Personne évoque le corps comme élément essentiel de la relation médecin-patient et un véritable agent thérapeutique.

L'auteur explique dans ces œuvres que le corps est l'instrument premier de la communication. Il détaille que l'attention portée au corps permet de renouer la relation et de restituer au malade un statut de personne. (Personne M ,1994).

Ce statut semble se construire autour d'une dimension centrale de soins souvent négligée dans le travail médical, il s'agit de l'accueil.

### **2-1 L'accueil : une autre dimension des soins**

La situation de rencontre est un élément central dans la construction du lien entre professionnel de soins et patient âgé. « Il est indispensable de produire une théorie expliquant comment le profane rencontre le médecin » (Stimpson G, Webb B, 1975).

Les patients âgés évoquent la prégnance de la situation de rencontre avec le professionnel. Elle va déterminer la nature de leur rapport aux praticiens de soins de rééducation. La qualité d'accueil est envisagée comme une dimension centrale dans ce rapport. Ce patient âgé nous décrit bien cette situation:

*« ...L'accueil... (un long soupir)... C'est un grand problème dans nos hôpitaux, ma fille, qu'est-ce que je peux te dire ? Il y a beaucoup à dire mais ça me demandera des jours et des jours. L'accueil مصيبة ,حبيوة c'est ça ; il n'existe pas d'accueil dans*

### Chapitre III :

## La structure de soins publique : un espace de resocialisation et d'échanges

---

*nos hôpitaux...». (Elhadj Taher, 72ans, hypertrophie du cœur, hypertendu, hémiplégique).*

«L'accueil recouvre des situations complexes, dès qu'il concerne un lien social, qui est lui même difficile à appréhender» (Formarier M, 2003).

Fisher (1996) considère que le fait d'accueillir l'autre n'est pas une finalité en soi mais seulement la première phase, l'ouverture du lien social ; c'est ce dernier qui donne un sens à l'accueil. Cette phase ritualisée, voire protocolisée n'est pas sans conséquence sur la relation qu'elle inaugure.

La façon de saluer est considérée par la personne âgée comme un signe de respect

De la personne. Elle est primordiale pour construire une relation de proximité

Avec les professionnelles de soins. Elhadj Moumen décrit une situation d'accueil déplaisante dans une structure de santé public :

*« .....ce qui me déplais vraiment quand quelqu'un ne m'estime pas (un silence suivit d'un soupir), un jour, je suis parti a l'hôpital, je veux dire ici, pour consulter chez le medecin. La premiere des choses et devant l'entrée j'ai trouvé un agent qui ne sais même pas parler avec les gents. Il ma dit « eh toi ou est ce que tu vas » alors imagine est ce que c'est une facon de parler avec un vieux comme moi ? (Elhadj Momen, 70 ans. Hypertension, une insuffisance cardiaque)*

En effet, « les rituelles du salut cachent derrière leur façade, souvent artificielle, un principe

Il est perçu comme la dimension humaine de l'activité de soins:

### Chapitre III :

## La structure de soins publique : un espace de resocialisation et d'échanges

---

*«... Il y a peu de personnes ici qui te sourient et qui t'accueillent bien, mais sinon les autres, ils sont toujours de mauvaise humeur... Qu'est-ce que tu veux que je te dise. Normalement, la médecine est une activité qui doit respecter la personne avant tout, mais malheureusement ce n'est pas le cas chez nous... ».* (Hadj Abdelkader, 67 ans, hypertendu, problèmes d'arthrose).

Dans la situation de soins, chaque mouvement et chaque comportement du praticien sont observés attentivement par le patient. En effet, la responsabilité du praticien dans la relation professionnelle de soins- patient est non seulement verbale, mais aussi gestuelle et comportementale (Hervé C, 2002).

*« ... je vais te raconter une histoire, et tu vas en juger toi-même. Un jour, je suis venue ici et je suis entrée directement à la salle de «massage». Mon médecin m'a vue et il m'a fait un signe, qui n'est pas poli à mon avis, un signe de la main me demandant de ressortir... Cela, à mon avis, veut tout dire sur la façon d'accueillir les pauvres malades comme moi...»* (Hadja Kheira, 64 ans, Parkinson).

Au cours d'une éventuelle rencontre, les caractéristiques personnelles du médecin sont mises en valeur par le patient âgé (Benaoum F. Z. 2010).

Le silence semble être une dimension centrale dans la construction du rapport praticien/patient âgé. La situation de rencontre est caractérisée par des incompréhensions réciproques entre le patient et le médecin (Mebtoul M, 2001). Celles-ci se traduisent souvent par le silence des protagonistes. L'absence d'un échange entre le professionnel et le patient âgé est définie comme une incompétence professionnelle du praticien:

### Chapitre III :

## La structure de soins publique : un espace de resocialisation et d'échanges

---

*«... Ils m'ont changé mon médecin, et j'étais très énervée quand je l'ai su. La première était gentille, elle me sourit dès qu'elle me voit. Arrivée, elle discute avec moi ; elle était bien et des fois je venais ici juste pour discuter avec elle...» (Hadja Saadia, 64 ans, hypertendue, fracture au pied).*

Les pratiques professionnelles et les logiques institutionnelles dans lesquelles elles s'insèrent se comportent de façon paradoxale : elles s'attribuent le versant « dur » de l'acte de soin, versant technique, spécialisé, le plus souvent isolé de son contexte relationnel, dévalorisant par là les pratiques profanes qui assurent le « reste » de l'acte de soin, dont elles ont pourtant besoin pour assurer leur efficacité » (Lesmann F, Martin C. 1993)

La compétence thérapeutique est envisagée dans sa dimension relationnelle. L'acte thérapeutique est évalué et jugé selon le degré d'implication du praticien de soins dans la situation d'interaction:

*«... J'étais en train de lui expliquer que ma main me faisait mal et que j'avais des douleurs atroces pendant la nuit... Et de manière impolie, elle m'a remis la carte de rééducation, sans me dire un mot... Sans me répondre et là j'ai su qu'elle ne m'écoutait même pas, elle n'est pas une bonne soignante...»(Hadj Abdelkader, 67ans, hypertendu, problèmes d'arthrose).*

L'acte dévaluation de l'activité des soins s'opère dans une logique de proximité. Les soins de rééducations sont perçus chez les patients âgés comme une action sociale et relationnelle:

*«... Il me montre seulement et en silence ce que je dois faire et comment faire l'exercice, et après, il part. Sans explications précises et sans m'observer. Comment il peut savoir si j'ai fait le mouvement correctement ou pas ?... il ne fait pas son travail*

### **Chapitre III :**

## **La structure de soins publique : un espace de resocialisation et d'échanges**

---

*correctement...»* (Hadj Taher, 72 ans, hypertrophie du cœur, hypertendu, hémiplégique).

A contrario de la conception médicale, l'acte de soins «ne peut être appréhendé uniquement comme un acte technique, mais représente aussi une catégorie qui est l'objet d'une construction sociale» (Mebtoul M, 1998) par les patients âgés.

Dans nos observations effectuées au service de rééducation, nous avons pu constater cette mise à distance de quelques soignants vis-à-vis des patients. Nous notons : «... nous sommes dans le service, à la salle de rééducation. Dans le couloir (espace aménagé comme une salle d'attente), il y a un nombre important de patients. Nous remarquons l'arrivée d'un patient âgé, accompagné de son fils. Ils se dirigent vers la kinésithérapeute le prenant en charge. Il la salue «... *Bonjour ma fille...*». Elle lui répond «... *Bonjour Hadj...*». Ce sont les seules mots échangés entre le patient et cette professionnelle de soins. Elle le conduit, en silence toujours, vers la table de rééducation, lui prescrit l'exercice qu'il doit faire. Dès qu'il termine sa séance, il se dirige vers elle de nouveau et lui donne la fiche de son programme de rééducation tout en négociant un RDV avec son médecin traitant. Elle ne lui répond pas et lui remet sa carte en silence...».

Face à cette distance sociale caractérisant, souvent, la relation professionnelle de soins/patient âgé, ce dernier est contraint de négocier au quotidien un acte de soins

### **2-2 La négociation : une forme relationnelle:**

Il « existe toujours une frange de négociation à l'intérieur de tout ordre social (...). Encore faut-il la replacer dans un contexte de règles, de rôles, de rapports de pouvoir qui la rend possible et lui donne son sens» (Strauss A, 1992). En effet, dans la situation de rencontre entre médecin et patient âgé, caractérisée par des

### Chapitre III :

## La structure de soins publique : un espace de resocialisation et d'échanges

---

rapports de pouvoir, la négociation va être au centre de l'interaction. « L'autorité » médicale au cours de l'acte de soins fait elle-même l'objet de négociation.

« ...Nous sommes dans la salle de rééducation. Nous nous installons à côté d'un patient âgé. Il fait sa séance de rééducation. Après avoir eu la main fixée pendant plus d'un quart d'heure sur un outil de rééducation, il commence à avoir mal à la main et il appelle la kinésithérapeute pour la lui libérer : «... *s'il te plaît ma fille détache-moi car je commence vraiment à avoir mal !* ». Elle lui répond : «... *non Hadj pas encore, il faut que vous patientiez...* » (Notes d'observation).

Cette logique de négociation apparaît souvent comme une forme de de foulement de la norme médicale imprégnant les différentes activités de soins. En effet, le discours des professionnels de santé consiste la plupart du temps en l'énonciation de règles et de prescriptions, pour faire du patient «un bon malade» pour qu'il guérisse (Herzlich et Pierret, 1990). Même si les patients sont porteurs de valeurs et savoirs variés, influençant leurs jugements et pratiques de soins, ils n'ont habituellement que peu d'occasions pour les faire valoir (Corbin et Strauss, 1985).

Ce rapport de négociation est, souvent, producteur des situations d'interactions conflictuelles entre le patient âgé et les thérapeutes. Cette patiente âgée décrit bien cette situation :

*«... j'ai demandé à mon thérapeute et à plusieurs reprises de ne pas me laisser ce sac de sable sur mon bras pour longtemps car il me fait trop mal après avoir fini la séance... Alors un jour je me suis disputée de façon violente avec elle... عايرتها »* (Hadja Saadia, 64 ans, hypertendue, fracture au pied).

Dans une logique de normalisation, les professionnels de soins évoquent ces interactions conflictuelles avec le patient comme résultante «normale» de la complexité des contraintes caractérisant leur activité au quotidien.

### Chapitre III :

## La structure de soins publique : un espace de resocialisation et d'échanges

---

Les différents « malentendus » entre les protagonistes sont liés à la pression et la charge de travail affectant leurs pratiques de soins. Le discours de ce kinésithérapeute décrit bien son malaise vis-à-vis des «*mauvaises conditions de travail dans cet espace sanitaire* » :

*«... je ne peux pas vous décrire la pression et les problèmes que nous vivons au quotidien ici... Nous exerçons dans de mauvaises conditions... D'ailleurs, vous l'avez peut-être remarqué déjà, la charge de travail est énorme. Chaque kiné a au moins 8 ou 9 malades à traiter chaque jour... Donc on est obligé de les faire attendre et ça créé des problèmes...».*

La défaillance en moyens techniques est perçue chez les agents de santé comme un élément au cœur du dysfonctionnement de la structure sanitaire:

*«... Bon qu'est-ce que tu veux que je te dise ? Les conditions de travail ... (un long silence suivi d'un soupir). Bon tu vas voir tu sais, et je crois que tu l'as constaté déjà, les conditions de travail... euh... (elle éclate de rire)... non tu vas le voir avec tes propres yeux, c'est-à-dire qu'il n'y a pas de bonnes conditions de travail, (elle me demande d'arrêter l'enregistrement et je le fais effectivement, je continue de prendre note). Elle reprend :... le matériel par exemple est très ancien comme tu le vois, je crois qu'ils ne l'ont pas changé depuis l'ouverture du service, à ce qu'il paraît. Il y a un problème de maintenance. Imagine, nous n'avons pas de techniciens de maintenance pour les outils techniques du service ! Ce que je trouve bizarre. Nous avons un manque terrible de moyens de rééducation, et comme tu le sais la médecine évolue, elle progresse et les moyens évoluent aussi avec elle. Mais nous procédons avec les anciennes méthodes et nous utilisons des moyens qui datent d'un siècle ! Par exemple, nous*

### Chapitre III :

## La structure de soins publique : un espace de resocialisation et d'échanges

---

*avons besoin au moins d'un matériel, on ne demande pas un matériel sophistiqué, mais au moins le minimum, par exemple les vélos statiques, l'infrarouge par exemple. Nous recevons des malades qui souffrent... euh, de maladies du nerf sciatique, de maladies lombaires chroniques, alors il nous faut vraiment du matériel pour traiter ce genre d'affections. Par exemple, les ultrasons... Voilà même ces tables de rééducation que tu vois ne sont pas adaptées pour les exercices de rééducation, actuellement, il existe d'autres tables spéciales et plus adaptées aux nouvelles formes de rééducation... on ne peut pas travailler correctement avec ces moyens là ! ».*

« C'est toute la logique professionnelle dans sa globalité (de l'accueil au traitement), subissant en permanence des discontinuités et des ruptures en partie à l'origine de cette dépréciation de l'activité médicale» (Mebtoul M. 1994).

Face aux contraintes qui traversent la pratique de soins, l'activité de soins est retravaillée et réorganisée. Elle s'opère dans une logique de bricolage au quotidien.

Les praticiens évoquent, avec beaucoup de regrets, la «*décadence*» du service de soins de rééducation. L'arrêt de l'acte de l'hospitalisation apparaît comme un élément central du déclenchement de cette «*dégradation*» des activités de soins au sein du service :

*«... Depuis l'arrêt de l'hospitalisation, ici tout va de plus en plus mal... Ce service s'est vidé, il ne reste rien ; il n'y a que la salle de rééducation et les consultations qui fonctionnent pour le moment...».*

### Chapitre III :

## La structure de soins publique : un espace de resocialisation et d'échanges

---

L'activité de l'hospitalisation apparaît comme un élément vital pour le bon fonctionnement de cet espace sanitaire. L'arrêt de cette pratique a provoqué le «vide» dans le service, écoutons cet agent de la santé :

*« ... Quand nous avions l'hospitalisation, il y avait....heu...  
Le service, tout le service était en mouvement tout au long de la  
journée, maintenant qu'on a arrêté l'hospitalisation... C'est le  
vide... à 11h00 tu ne trouves personne ici ».*

En effet, l'expression du «vide», qui revient souvent dans les discours des patients aussi, exprime la «défaillance» et la «désorganisation» de l'activité de soins dans la structure.

*«... Ici, ils n'ont rien, les outils sont très vieux et abimés!  
Déjà, quand tu rentres au service, tu ne trouves aucune  
orientation, et tu perds ton temps à chercher quelqu'un pour  
t'orienter...». (Elhadj Taher, 72ans, hypertrophie du cœur,  
hypertendu, hémiparétique).*

Pour évaluer la qualité de l'activité des soins de rééducation, le patient âgé n'hésite pas à se référer aux différentes expériences de soins vécues dans son itinéraire thérapeutique. Cette évaluation s'opère dans un travail de comparaison continu entre la qualité des services de soins dans les différentes structures publiques et privées.

*« ... Moi j'ai fait la rééducation chez un privé, c'est une autre  
chose... ils t'accueillent bien, ils ont les moyens et des structures  
adaptées pour cette forme de soins... » (Elhadj Mohamed, 82 ans,  
hémiparétique).*

Il apparaît bien que le rapport des patients âgés aux activités de soins de rééducation s'opère dans une dynamique socio-sanitaire complexe et pertinente.

### **Chapitre III :**

#### **La structure de soins publique : un espace de resocialisation et d'échanges**

---

Elle met en exergues les différentes logiques et interprétations des différents acteurs de l'espace sanitaire (professionnels et patients). Il est important de souligner la prégnance de ces logiques diversifiées dans la construction du rapport du patient âgé aux structures de soins publiques disponibles.

Il est important d'insister sur l'investissement actif du patient âgé dans le travail médical. « Face à la maladie chronique, les deux interlocuteurs sont en principe actifs, chaque décision faisant l'objet d'un processus de « marchandage », celui d'un « ordre négocié » (Strauss A 1978 ; Baszanger I, 1986).

La famille semble être un acteur au cœur de la gestion de la maladie chronique de son proche âgé.

**Conclusion :**

La structure de soins publique est appréhendée, ici, comme un « lieu pratique » (De Certeau, 1990). Un espace socio-sanitaire, objet d'évaluations et d'interprétations signifiantes des objets techniques. Ces interprétations et évaluations sont au cœur du rapport du patient âgé à cette structure. En outre, la dimension relationnelle n'est pas sans importance dans la construction de ce rapport.

Il est important d'insister sur l'investissement actif du patient âgé dans le travail médical. « Face à la maladie chronique, les deux interlocuteurs sont en principe actifs, chaque décision faisant l'objet d'un processus de « marchandage », celui d'un « ordre négocié » (Strauss A 1978 ; Baszanger I, 1986).

Il apparaît bien que le rapport des patients âgés aux activités de soins de rééducation s'opère dans une dynamique socio-sanitaire complexe et pertinente. Elle met en exergue les différentes logiques et interprétations des différents acteurs de l'espace sanitaire (professionnels et patients). Il est important de souligner la prégnance de ces logiques diversifiées dans la construction du rapport du patient âgé aux structures de soins publiques disponibles.

La rencontre professionnelle de soins- patient âgé est souvent objet de tensions et même de conflits entre les protagonistes. En confrontant deux logiques différentes, l'une privilégiant la vérité médicale et l'autre se référant principalement aux expériences de vie pour gérer leur maladie, elle met les protagonistes dans des situations de tensions et de conflits qu'il faut gérer. Ainsi, l'Hôpital est un « ordre négocié » en permanence.

# **Chapitre IV**

**Corps âgé malade et  
famille :**

**Rrestructuration de  
l'espace relationnelle**

#### **Introduction :**

Nous partons d'une idée pertinente définissant la maladie chronique comme un événement qui «marque la transformation, dans la durée, de l'événement social maladie et cela pour tous ses acteurs immédiats ou non : malades, professionnels de la maladie, médecins et non-médecins, familles, entreprises... Elle entraîne les acteurs de la maladie au-delà du monde médical, dans toutes les sphères de la vie sociale, pour une période de temps indéterminée, mettant en interaction des acteurs de plus en plus nombreux» (Baszanger, 1986). Elle est appréhendée, ici, comme un événement social affectant la vie sociale de la personne âgée dans toute sa totalité.

Il faut souligner que le processus de soins dans la maladie chronique est caractérisé par une démarche interactive d'organisation de la vie quotidienne, impliquant la personne qui aide et celle qui est aidée (Corbin J, Strauss A, 1985).

#### **1-Solidarité familiale et réaménagement de l'espace relationnelle du patient :**

La maladie chronique est loin d'être un désordre purement organique. Elle s'inscrit dans une dynamique sociale caractérisée par un réaménagement et réajustement relationnel prégnant de la vie sociale du patient âgé.

En effet, l'analyse des données nous a permis de mettre en évidence «l'impact désorganisateur» (Baszanger, 1986) de cette pathologie.

Une redéfinition des rôles familiaux est repérée. Le discours de la fille d'une patiente âgée illustre bien cette idée :

*«... Depuis que ma mère a eu cette maladie, toute notre vie a été bouleversée. Elle a complètement changé هذا المرض بدلنا حياتنا moi, par exemple, je ne m'occupais nullement des affaires de la famille, mais maintenant je suis obligée de prendre soin de ma mère et de l'accompagner...».*

Ce discours montre bien la prégnance de ce remaniement des rôles des membres de la famille. Les activités quotidiennes de chaque membre sont reconstruites autour de la maladie et sa prise en charge. De «nouvelles» activités sont mises en avant dans la vie familiale, amenant les proches du patient âgé à produire de nouvelles «stratégies» pour gérer leur vie quotidienne:

*«... Je suis obligé de faire un cumul d'heures de travail pour pouvoir accompagner mon père au service de rééducation pour ses séances de soins !... C'est très fatiguant mais je n'ai pas le choix...».*

Une autre illustration appuyant cette idée :

## Chapitre IV

### Corps âgé malade et famille : Restructuration de l'espace relationnelle

---

*« ... Ma fille est obligée de s'absenter de ses cours pour m'accompagner au service... Et après, la pauvre elle passe des nuits à recopier les cours qu'elle a ratés... ».*

La «division du travail» entre les membres de la famille désigne tout d'abord la régulation des modalités socio-économiques, c'est-à-dire la répartition des fonctions alimentaires. Cette catégorie renferme en outre le partage intrafamilial des responsabilités, qu'il s'agisse du domaine de l'éducation ou de l'organisation, de la décision ou de la gestion.(Friedrich H ; Ziegeler G ; Denecke P ; Flath E, 1987).

Avec l'arrivée de la maladie chronique, un nouveau mode de vie s'opère dans l'espace familial et de nouvelles « habitudes » apparaissent.

Cette épouse d'un patient décrit bien le changement affectant son mode de préparation des repas familiaux :

*«... Maintenant, tout a changé pour moi ! Depuis la maladie de mon époux, je suis obligée de préparer deux repas. Pour mon mari je prépare la nourriture sans sel... ça demande plus de temps bien sûr ! ».*

Ce changement affecte tous les aspects de la vie quotidienne ; des nouveaux comportements sont repérables :

En effet, quand il s'agit de prendre soin de membres familiaux dépendants ou de parents âgés « le rapport d'obligation l'emporte, exprimant tout les poids des statuts prescrits. Pourtant la liberté de l'acteur semble pouvoir être constamment reconquise, le cours des événements contrôlés, car s'il est vrai que la plupart des personnes qui prennent soin de leur proche ne choisissent pas leur condition, elle n'est pas pour autant des victimes du destin. (Lesmann F, Martin C. 1993).

## Chapitre IV

### Corps âgé malade et famille : Restructuration de l'espace relationnelle

---

*«... Depuis que j'ai eu cette maladie, ma fille s'est déplacée dans ma chambre. Elle dort maintenant avec moi dans la même chambre, car elle a peur que j'ai une crise en pleine nuit...».* (Elhadja Khedidja, 80 ans, AVC ischémique, diabétique).

Cette restructuration des activités quotidiennes n'est pas sans effet sur le statut de la personne âgée malade dans l'espace familial. Le statut de chef de famille assignant une autorité au père ou à la mère est en redéfinition permanente dans le processus de la gestion de la maladie chronique:

*«... Après avoir été toujours le décideur (celui qui décide) dans la famille, maintenant je me contente de regarder sans dire un mot...»* (Elhadj Kada, 70ans, hypertendu, hémiplegique et des problèmes cardiaques).

Cette mise à distance du patient âgé peut être repérée dans les différentes interactions familiales traversant la vie quotidienne du patient âgé. Dans cette illustration, le patient âgé interprète la situation de sa mise à distance dans l'espace familial comme un acte «*déprimant* » et «*infantilisant*»:

*«... Avant (avant l'arrivée de la maladie), je m'installais à table avec mes enfants... mais maintenant (un profond soupir suivi d'un silence)... ils me donnent à manger ici (dans sa chambre), et je mange tout seul... Je suis traité comme un enfant !»* (Elhadj Kada, 70ans, hypertendu, hémiplegique et des problèmes cardiaques).

En effet, il est important de souligner la prégnance de l'infantilisation de la personne âgée dans le processus de la gestion d'une pathologie chronique en milieu familial. Cette infantilisation s'inscrit dans une « inversion des rôles » dans

## Chapitre IV

### Corps âgé malade et famille : Restructuration de l'espace relationnelle

---

l'espace familial. Après avoir vécu sous l'assistance parentale, face à la maladie chronique, l'enfant se trouve donc dans une situation où il assure le rôle du protecteur et d'aidant pour son parent âgé.

Il faut souligner que la personne âgée ne se plie pas souvent à cette infantilisation, ou à son processus de fragilisation de la part de l'entourage proche, elle développe par contre, plusieurs formes de résistance lui permettant de maintenir ou de réhabiliter sa position et son statut dans l'espace familial. Nous développerons cette idée dans le 5<sup>ème</sup> chapitre.

Il apparaît bien que la gestion de la maladie chronique d'un parent âgé s'opère dans un véritable travail de redéfinition de l'espace familial. Elle met en exergue les différentes logiques employées dans la reconstruction de l'espace familial ainsi que les rôles attribués à chaque membre.

Nous soulignons, ici, la prégnance de l'implication active de la famille dans le processus de gestion de la pathologie chronique.

Il faut souligner que cette implication s'opère, particulièrement chez les femmes. En effet Toutes les études sur le soutien familial s'accordent pour affirmer que les femmes contribuent particulièrement aux divers échanges au sein des familles. Du fait de leur traditionnelle prédominance dans l'univers domestique, elles sont le « centre de gravité » du réseau familial et c'est à travers elles que transitent les demandes et les offres de soutiens ainsi que la communication entre les membres. Ce sont donc surtout les femmes qui tissent les relations sociales du réseau familial. (Isabelle Van Pevenagedu, 2010).

#### **2- La famille, acteur «invisible» dans le travail de soins :**

La maladie chronique s'inscrit dans un schéma ouvert, mettant le patient âgé devant des situations imprégnées par l'incertitude et l'errance. Pour faire face à ces situations complexes et contraignantes, le patient âgé se réfère, souvent, aux

## Chapitre IV

### Corps âgé malade et famille : Restructuration de l'espace relationnelle

---

différentes ressources sociales disponibles dans son entourage proche. La famille, comme «groupe organisateur de la thérapie» selon (Janzen John M, 1995), apparait comme une ressource relationnelle de première importance pour le patient âgé.

Lors de nos observations dans l'espace investi, nous avons pu relever l'implication active des membres de la famille du patient âgé dans le recours aux structures de soins disponibles. Nous notons : «...la majorité des patients âgés sont accompagnés par l'un des membres de leur entourage proche. Ces personnes effectuent un travail d'accompagnement non négligeable dans cet espace de soins...». (Notes d'observation).

Cet investissement des membres de la famille est repérable dans les différents aspects du travail de soins dans l'espace sanitaire. L'observation suivante décrit d'une façon fine le travail de surveillance effectué par la petite fille accompagnant son grand-père : «... un patient âgé arrive avec sa petite-fille, il est âgé de 87ans. Il marche difficilement en s'adossant sur sa petite-fille. Elle le conduit vers le lit de rééducation, l'aide à remonter sur ce lit. Elle y arrive difficilement. Elle n'a pas cessé de le surveiller et de lui «corriger» les mouvements et les gestes à chaque fois, tout au long de la séance...».

Ces différentes tâches, souvent invisibles et considérées comme naturelles, réalisées par les membres de la famille du patient âgé, montrent bien l'investissement actif de la famille dans les activités de soins. Cette dernière effectue un travail de soins imprégnant.

Le soutien familial apparait comme un processus de soutien discret. Agnès Pitrou, souligne dans ses travaux sur la solidarité familiale, le caractère discret de celles-ci. Car « méconnu par les pouvoirs publics et les économistes, le réseau souterrain ou intimiste des échanges de biens et de services à l'intérieur de la famille n'apparait que rarement à la lumière ». (Agnès P,1979).

## Chapitre IV

### Corps âgé malade et famille : Restructuration de l'espace relationnelle

---

Selon cet auteur, l'apport des services domestiques, considérés comme des services gratuits au sens propre du terme, ainsi que les échanges d'argent entre les membres d'une même famille sont souvent négligés. Il faut dire qu'il en est de ces petits ou grands actes comme de tout ce qui semble « aller de soi ». ce qui fait partie de la vie courante et que l'on ne remarque plus pour cette raison même. (Agnès P,1979).

Le soutien informationnel apparaît comme une autre dimension de l'implication active de la famille dans le processus de soins. Les membres de la famille constituent une ressource sociale de première importance dans le recours aux soins de leurs proches âgés :

*«... Je compte toujours sur mes enfants pour m'aider à gérer les différents problèmes de ma maladie, et ils sont nombreux... mais le plus important pour moi c'est que je les ai trouvés à mes côtés quand je suis tombée malade, c'est eux qui m'ont orienté... ils connaissent les structures de soins mieux que moi...»*  
(Elhadj Mohamed, 82 ans, hémiplegique).

Les enfants apparaissent comme des acteurs au cœur du processus de soutien du patient âgé. Les enfants se mobilisent autour de la maladie de leurs proches âgés, leur procurant l'aide nécessaire pour la gestion de celle-ci:

*« ... mes enfants sont autour de moi, Dieu merci. Ils m'achètent les médicaments, ils m'accompagnent chez les médecins ; ils sont là pour moi quand j'ai besoin d'eux... leur présence me soulage beaucoup...»* (Elhadja Saadia).

La présence des enfants est perçue par le patient âgé comme une forme de soulagement et d'apaisement. Elle l'aide à surmonter les différents aléas de la

## Chapitre IV

### Corps âgé malade et famille : Restructuration de l'espace relationnelle

---

pathologie. En outre, le soutien affectif est considéré comme la forme la plus importante des ressources mobilisées dans la gestion de la maladie:

*«Ma fille... la plus jeune... elle est très tendre avec moi... je discute avec elle, elle ne me cache rien, elle me raconte tout ce qu'il lui arrive dans la journée avec détail. Elle parle avec moi d'une façon très tendre.....elle est ma préférée (un sourire)... ».*  
(Elhadja Khaira).

Le soutien affectif est appréhendé comme une dimension centrale dans la restructuration des relations interfamiliales. Une hiérarchisation des relations familiales s'opère. « L'enfant préféré » devient une figure mettant en exergue l'importance des degrés d'implication des enfants dans la définition de la qualité du lien intergénérationnel.

En effet, On ne peut pas parler d'un « ordre de mobilisation » de l'entourage familial dans le recours aux soins (Weber F). Cette mobilisation est définie par le degré de disponibilité de la personne appartenant à l'entourage social du patient âgé.

Le processus de soutien du patient âgé semble s'inscrire dans une logique d'échange de services. En effet une analyse approfondie de nos entretiens a pu nous dévoiler que cette aide apportée par les membres du réseau familial s'inscrit dans une logique de réciprocité, dans un échange mutuel de services. En échange du soutien apporté par sa fille, ayant un revenu très bas, elhadja Yamina lui assure un appui financier de grande importance. Elle lui paye les factures d'électricité, lui achète les affaires scolaires pour ses enfants. Autant de services déterminants la relation d'échange entre la fille et sa mère. Elle nous dit :

*« ... Ma fille, la plus jeune... elle n'a pas de chance la pauvre. Elle vit dans la misère. Son mari ne travaille presque pas... elle est mariée mais quand même elle vient me ramener au service.*

## Chapitre IV

### Corps âgé malade et famille : Restructuration de l'espace relationnelle

---

*C'est très souvent elle qui m'accompagne au service. Elle vient à la maison pour me laver le linge etc. C'est elle la plus proche de mon cœur...»* (Elhadja Yamina).

Il apparaît bien que le processus de soutien semble s'inscrire dans une logique du «don et de la dette» (Bloch F, Buisson M, 1994).

On rend souvent ce que l'on a reçu. Les parents ayant beaucoup donné avant de recevoir, ils sont en attente «légitime» et «continue» de l'aide et du soutien de la part de leurs enfants (Godbout JT. 2000).

Ces différents éléments semblent nous confirmer que le réseau familial fonctionne sur un modèle de réciprocité.

On est conduit à relativiser la notion de solidarité «naturelle». Elle est souvent appréhendée comme la caractéristique principale dans la définition du lien de parenté et les échanges familiaux. Cette aide ne peut être considérée comme «naturelle». Elle est véhiculée par des attentes réciproques entre le patient âgé et son entourage familial (en premier lieu les enfants) (Benaoum F. Z., 2010).

La notion de solidarité autour d'une maladie chronique est une notion complexe elle met en exergue la complexité des différentes logiques élaborées dans la gestion d'une pathologie chronique. Elle est définie comme « un soutien à la fois matériel et moral aux personnes concernées. Elle suppose un lien entre des personnes ayant des intérêts communs, des rapports familiaux ou un sentiment d'appartenance collective ». (Sow K., Desclaux A, 2002).

Il existe plusieurs formes de solidarité, elles peuvent être exercées par différents acteurs et prendre différentes formes. Elles s'inscrivent essentiellement dans le cadre familiale.

## Chapitre IV

### Corps âgé malade et famille : Restructuration de l'espace relationnelle

---

En effet, Qu'elle soit proche ou élargie, la famille est la plus sollicitée en cas de problème de la vie quotidienne. Cette dernière apparaît comme la principale structure d'aide.

En effet la maladie chronique mobilise un certain nombre d'acteurs dans l'entourage proche du patient.

En effet, Selon Dechaux, la famille constitue un lieu d'entraide et, par conséquent, contribue à mettre en œuvre des solidarités privées. Celles-ci peuvent prendre la forme classique d'aides financières mais aussi d'autres formes comme la cohabitation temporaire, la prise en charge de la maladie etc. (J. H. Dechaux, 2007).

Les solidarités familiales présentent des caractéristiques distinctes des solidarités publiques. Elles sont, par exemple, plus souples, plus polyvalentes et gratuites, ce qui, par ailleurs, peut créer un sentiment de dette. D'autre part, au sein des solidarités privées, certains auteurs vont distinguer différents types d'aides ou de services pouvant être rendus : les biens, les services et le support qu'il soit affectif, moral ou informationnel.

Malgré la difficulté à définir la solidarité familiale, nous conviendrons dans ce travail, de la définition suivante : « au sens large, la solidarité familiale réfère à cette cohésion grâce à laquelle les membres d'un groupe social (ici, la famille élargie ou le réseau familial) ont à cœur les intérêts des uns et des autres. La solidarité est donc un état des relations entre personnes qui, ayant conscience d'une communauté d'intérêts, la traduisent concrètement dans différentes conduites de communication (sociabilité) ou d'échanges (soutiens) » (Dandurand R. B, Oullette F.-R., 1992).

Il faut souligner l'importance de l'engagement en profondeur de la famille dans la gestion quotidienne de la maladie chronique. L'analyse de cette implication

## Chapitre IV

### Corps âgé malade et famille : Restructuration de l'espace relationnelle

---

active du réseau familiale met en exergue les différentes normes et logiques véhiculant les liens interfamiliaux dans l'espace familial.

Cette gestion quotidienne de la maladie met en avant la complexité de la façon dont se construit le rapport au corps chez la personne âgée.

#### **Conclusion :**

Le processus de gestion de la maladie chronique chez la personne âgée est opéré dans un travail de restructuration des activités quotidiennes autour de la maladie. Cette forme de réorganisation du quotidien n'est pas sans effet sur le statut de la personne âgée malade dans l'espace familial. Le statut de chef de famille assignant une autorité au père ou à la mère est en redéfinition permanente dans le processus de la gestion de la maladie chronique. La gestion de la maladie chronique s'élabore dans un véritable travail de redéfinition de l'espace familial. Elle met en exergue les différentes logiques employées dans la reconstruction de l'espace familial ainsi que les rôles attribués à chaque membre.

Le soutien informationnel apparaît comme une dimension centrale dans la gestion d'une pathologie d'un parent âgé. Ce travail de soutien informationnel dévoile l'implication active de la famille dans le processus de soins. Les membres de la famille constituent une ressource sociale de première importance dans le recours aux soins de leurs proches âgés

Le processus de soutien du patient âgé semble s'inscrire dans une logique d'échange de services. L'aide apportée par les membres du réseau familial s'inscrit dans une logique de réciprocité, dans un échange mutuel de services.

Il faut souligner l'importance de l'engagement en profondeur de la famille dans la gestion quotidienne de la maladie chronique. L'analyse de cette implication active du réseau familiale met en exergue les différentes normes et logiques véhiculant les liens interfamiliaux dans l'espace familial.

# **Chapitre V**

**Rapport au corps dans  
la maladie chronique :  
le sens attribué à  
l'expérience corporelle**

## Chapitre V

### Rapport au corps dans la maladie chronique : le sens attribué à l'expérience corporelle

---

#### Introduction

La maladie chronique est un fait social avant tout. C'est un événement à la fois biologique, individuel et social. Elle est caractérisée par son impact désorganisateur qui touche toutes les sphères de la vie sociale du patient. En effet, «la vieillesse partage plusieurs caractéristiques avec la maladie chronique. Dans un cas comme dans l'autre, il y a rupture biographique» (Collin J. 2003, p121). Les activités sociales et les relations avec les proches sont profondément modifiées. Il faut en outre repenser l'organisation des structures qui encadrent le rapport social et instrumental au quotidien (Charmaz 2000, Kirchgassker et Matt 1987). Face au double effet de l'avancée en âge et de la maladie, la personne âgée est contrainte de faire face à un bouleversement biographique affectant son identité sociale.

Le rapport au corps est au cœur de ce bouleversement.

**Chapitre V**  
**Rapport au corps dans la maladie chronique : le sens attribué à l'expérience corporelle**

---

**1- Crise d'identité et hiérarchisation des maux :**

L'analyse des données montre bien la prégnance de la notion de rupture biographique dans la conception de la vieillesse et de la maladie chronique chez les personnes âgées. Cette dernière est au cœur de l'expérience corporelle du malade chronique âgé. Les discours des patients âgés mettent en exergue la prégnance de ces moments de « ruptures » caractérisant l'avancée en âge ainsi que la détérioration de l'état de santé. Les personnes âgées décrivent bien ces moments de rupture avec une «*vie normale*». Cette rupture avec la normalité est définie comme une étape déterminante dans la transition biographique et dans la construction d'une nouvelle identité de « la personne âgée malade ». Le discours de ce patient illustre bien cette idée :

*«... Tu sais, je ne suis plus comme avant, c'est fini ! (silence suivi d'un long soupir). Comment je peux te l'expliquer ? Je n'ai plus la santé et je ne suis plus la même personne d'avant... Si on n'a pas la santé on ne peut pas vivre normalement (d'une façon normale)...» (Elhadj Kada, 70ans, hypertendu, hémiplégique avec des problèmes cardiaques).*

Ce discours montre bien que la santé est un élément central dans l'existence de la personne âgée. C'est la condition primordiale d'une vie sociale et relationnelle «*normale*» pour cette catégorie d'âge :

*«... Tout a changé pour moi ! Tout... je suis une vieille femme maintenant, avec la maladie dont je souffre... ah tout a changé... je ne fais plus les choses que je faisais avant. Je fais attention ! je ne sors plus comme avant, je ne peux pas monter les escaliers... tu vois il y a beaucoup de choses auxquelles j'ai renoncé...» (Hadja Kheira).*

## Chapitre V

### Rapport au corps dans la maladie chronique : le sens attribué à l'expérience corporelle

---

En effet, la santé est souvent assimilée à « *la vie* », « *c'est lorsqu'on est en bonne santé qu'on peut faire face aux problèmes de la vie* ». Ce sont des expressions récurrentes dans les discours des personnes âgées. La santé semble être une dimension centrale dans la vie quotidienne de ces personnes. Hadj Karim est un ancien chef de Daïra, il nous révèle que depuis qu'il a eu le diabète sa santé se dégrade et c'est ce qui a changé le sens de sa vie :

*« Tu sais ma fille, depuis que j'ai « attrapé » cette maladie de misère, ma vie a changé. Chaque jour je me sent faible et je ne peux rien faire, alors que j'étais très actif avant d'avoir cette misère »* ( Hadj Karim 73 ans. Hypertendu depuis 20 ans et diabétique depuis 14 ans)

La santé représente une ressource indispensable pour le maintien d'un statut respectable dans la société. Elle est dans ce cas une source qui peut procurer le respect pour la personne âgée. Cette dernière attribue une signification centrale à la préservation de la santé. Hadj Tayeb est âgé de 77 ans. Atteint d'une hypertension, avec des problèmes cardiaques et de problèmes neuro-vasculaires. Il considère la santé comme une source de respect et de préservation du statut de la personne âgée dans son environnement social :

*« Celui qui perd sa santé perd sa place dans notre société. santé peut te procurer le respect des autres, car tant que tu as ta santé tu ne peux compter que sur toi même. Tu peux accomplir tout tes rôles dans ta famille ce qui te permet d'être en position de force... (un sourire) Dès que tu deviens dépendante tu es obligée de te soumettre aux exigences des autres ! »*

## Chapitre V

### Rapport au corps dans la maladie chronique : le sens attribué à l'expérience corporelle

---

Coudin G (2002) rappelle dans ce domaine que la sensation de contrôler sa santé dans l'expérience du vieillissement conduit forcément à un état psychologique de bien-être chez la personne âgée.

Cette sacralisation de la santé est plus vigoureuse chez les femmes âgées. Ces dernières affirment que la santé représente une ressource primordiale leur permettant d'accomplir leurs tâches quotidiennes au profit des membres de la famille. Hadja Sakina est âgée de 67ans, hypertendue depuis 5 ans. « *Ayant que des hommes dans sa famille* » elle est contrainte d'assurer seule les tâches de la vie quotidienne. Sa santé est cruciale pour la continuité de sa vie familiale :

*« Tu sais, je n'ai pas le droit de tomber malade... (un sourire), si non ma famille ne trouvera personne pour la prendre en charge. Ma santé, c'est ma vie. Je fais tout ce que je peux pour la préserver. Si tu tombes malade tu perds tout ton entourage, tu seras délaissée ».*

Effectivement, pour les femmes, un lien fort est construit entre santé, travail domestique et vie familiale. C'est lorsqu'on est en bonne santé qu'il est possible de faire face au travail quotidien et aux aléas de la vie familiale (Mebtoul M,2001).

Etre en bonne santé signifie pour la femme : continuer d'assurer et d'assimiler ses rôles de : mère, épouse, fille, sœur ou bien belle fille dans l'entourage familiale. La préservation de la santé devienne donc une dimension centrale dans la conservation de la stabilité des relations familiales ainsi que de l'entourage proche.

Ainsi, la vieillesse est caractérisée par une restriction importante de l'espace relationnel de la personne âgée et par la perte des relations et des liens passés (Ripon A, 1992). En effet, la dimension relationnelle est au cœur de l'expérience corporelle des patients âgés. Elle semble être un élément majeur dans

## Chapitre V

### Rapport au corps dans la maladie chronique : le sens attribué à l'expérience corporelle

---

sa transition identitaire. Ce patient nous décrit la restriction de ses relations d'amitié avec beaucoup d'amertume :

*« ... j'avais beaucoup de connaissances (des amis), je ne connaissais pas ce qu'était la maison. Je rentrai toujours tard. Je voyageais tout le temps avec mes amis. Ils venaient me rendre visite. J'organisais des repas à leur honneur, mais maintenant, rien n'est plus comme avant. Je me trouve seul ! Vraiment seul. Personne ne me rend visite ! »* (Hadj Taher, 72 ans, hypertrophie du cœur, hypertendu, hémiparétique).

Ce discours renforce l'idée d'Elias N considérant le vieillissement d'abord comme une histoire relationnelle. On ne peut pas comprendre l'expérience des personnes âgées « à moins de prendre conscience du fait que le processus de vieillissement modifie souvent de façon fondamentale la position de l'individu dans la société et du coup l'ensemble de ses relations à autrui » ( Elias N, 1985. P 98)

Ces différents changements peuvent affecter, et d'une façon prégnante, les relations familiales du patient. Ce dernier se retrouve souvent confronté à la solitude au sein de sa propre famille. Le discours de ce patient confirme bien cette idée :

*«... Tu sais, ma fille, pour mes enfants je suis trop vieux pour comprendre leurs discours ! Eh oui. Et c'est pour ça qu'ils ne prolongent plus la discussion avec moi comme avant ! Je les ennuis par mes problèmes de maladie. Cette dernière m'a beaucoup affaibli, je ne peux même pas marcher comme avant. Et c'est pour ça que je suis toujours seul dans mon petit coin à la maison...»* (Hadj Kada, 70ans, hypertendu, hémiparétique et des problèmes cardiaques).

## Chapitre V

### Rapport au corps dans la maladie chronique : le sens attribué à l'expérience corporelle

---

Le rapport au corps apparaît comme un déterminant central dans le processus de transition identitaire du patient âgé. Le changement identitaire est perçu avant tout dans une dimension corporelle.

Partant de l'idée considérant « le corps comme le premier espace de vie, le lieu même de l'identité » (Feillet R, 2012. P145), les différents changements corporels accompagnant l'avancée en âge et l'évolution de la pathologie sont vécus comme un bouleversement biographique de première importance chez le patient âgé. En effet cette patiente nous décrit le processus de perte de ces capacités physiques comme une fatalité affectant sa vie quotidienne :

*« ... Je ne fais plus rien comme avant. Je ne mange plus comme avant, je ne marche plus comme avant. Ma maladie m'empêche de faire beaucoup de choses. Elle me complique la vie... » (Hadja Kheira)*

Il est important de souligner que ce changement corporel est loin d'être appréhendé dans sa seule dimension organique. En effet, le dysfonctionnement corporel est vécu comme une désorganisation de la vie quotidienne de la personne âgée dans sa totalité. La rupture avec les activités quotidiennes antérieures affecte le patient d'une façon importante dans sa vie émotionnelle et affective. Elle entraîne chez lui un sentiment d'angoisse et d'amertume :

*« ... ça me tue de ne pas pouvoir faire quelques gestes que je trouve anodins. C'est vraiment embêtant. Pour éviter les douleurs de mon dos, j'évite de me pencher le plus souvent... Ce qui m'angoisse le plus c'est les douleurs de mon dos qui m'empêchent souvent de faire beaucoup de choses dans ma vie... » (Elhadj Taher, 72 ans, hypertrophie du cœur, hypertendu, hémiplégié.)*

## Chapitre V

### Rapport au corps dans la maladie chronique : le sens attribué à l'expérience corporelle

---

En effet, «c'est quand le corps ne répond plus à toutes les exigences de la vie quotidienne que les malades se tournent vers les interrogations de l'esprit. Ils réinterprètent certains aspects de la vie, et en fonction de cette interprétation, ils envisagent leur place dans cette vie d'une façon différente de celle qu'ils avaient avant la maladie » (Foucart, 2003. P159).

L'expérience de la douleur est une expérience quotidienne dans le processus de la gestion d'une maladie chronique. La personne âgée est souvent confrontée à cette expérience contraignante. Contrairement à l'interprétation médicale qui identifie la douleur comme un mal purement organique, elle est appréhendée ici comme une expérience sociale avant tout. Dans cette dernière un travail d'adaptation et de résistance est opéré chez le patient âgé. En effet, le patient âgé a ses propres façons pour lutter contre les différents maux qui traversent son corps. Ces manières d'agir et de réagir face à la douleur nous montrent que cette catégorie d'âge n'est nullement passive mais active face à sa maladie.

Il faut souligner l'importance des différentes significations données à la douleur dans la perception des sensations corporelles et les symptômes des maladies chroniques. Ces derniers sont loin d'être des données extra-sociales. Georges Lakoff et Mark Jhonson (1985) montrent que les métaphores ne peuvent être conçues comme un phénomène purement linguistique. Elles structurent notre système conceptuel et nos activités quotidiennes. Il est raisonnable de penser que les mots seuls ne changent pas la réalité. Mais les changements de notre système conceptuel modifient notre réel et affectent notre perception du monde ainsi que les actions accomplies en fonction de cette perception. Ainsi, ces différentes désignations des maux ne sont pas des productions purement linguistiques. Elles donnent, au contraire, une cohérence à l'expérience sociale des personnes.

Les patients âgés ne ressentent pas de la même façon les différentes manifestations corporelles (fatigue, douleur, etc.) qui constituent les symptômes

## Chapitre V

### Rapport au corps dans la maladie chronique : le sens attribué à l'expérience corporelle

---

subjectifs de la maladie ; celle-ci risque donc d'être perçue de façon différente d'un contexte social à un autre. Le discours de cette patiente illustre bien cette idée :

*« ... La douleur... (Un sourire) elle fait partie de mon existence maintenant ! Depuis que j'ai eu cette fracture, je vis avec la douleur au quotidien... Je la surmonte. Je dois la surmonter pour pouvoir travailler et faire manger mes enfants... Je ne lui donne pas beaucoup d'importance... » (Hadja Saadia).*

L'intensité de la douleur est loin d'être définie comme une donnée uniquement organique. Elle est appréhendée dans sa dimension sociale. Ce patient nous décrit bien l'importance de l'intensité des migraines dont il souffre. Ces dernières l'obligent, souvent, à se désengager de ses responsabilités familiales :

*«... Ce qui m'agace le plus ce sont les migraines dont je souffre... Elles me gênent beaucoup et ça me fait trop mal... Elles m'empêchent même de faire le marché pour ma famille... ça me fait vraiment mal... » (Hadj Abdelkader).*

Force est de souligner que ce conditionnement social des perceptions corporelles (Herzlich, 1994) met en évidence la pertinence du travail de hiérarchisation des maux élaboré par le patient âgé :

*«... Ce qui m'angoisse le plus c'est les palpitations de mon cœur qui deviennent de plus en plus embêtantes, car j'ai le souffle qui se coupe... Et je sens que je meurs à chaque fois... » (Hadj Taher, 72 ans, hypertrophie du cœur, hypertendu, hémiplégique).*

Cette hiérarchisation des maux met en exergue une hiérarchisation des organes chez le patient âgé. En effet l'évaluation de l'importance de la douleur est mise en lien avec l'importance de l'organe la supportant.

## Chapitre V

### Rapport au corps dans la maladie chronique : le sens attribué à l'expérience corporelle

---

Le patient suivant souffre de plusieurs maladies chroniques mais les troubles cardiaques sont considérés comme prioritaires et les plus angoissants, selon lui:

*« ... Je souffre souvent des troubles cardiaques... Ils me font trop peur. C'est ça mon vrai problème de santé... C'est mon cœur... »* Hadj Kada, 70ans, hypertendu, hémiplegique et des problèmes cardiaques).

Le cœur est un organe privilégié chez le patient âgé. Il est perçu comme le « moteur » du corps. Il est loin d'être considéré comme un simple organe. Au-delà de sa fonction organique, il véhicule une image symbolique signifiante. Il est le symbole de la santé et de la vivacité de la personne:

*« ... Moi j'ai le « cœur chaud »... Je ne peux pas arrêter de faire des choses... De travailler à la maison... Même si je suis malade... «قلبي ما يخلىنيش نقعد نتفرج و الناس تخدم»* (Hadja Saadia).

Le cœur peut être aussi le lieu des émotions. Il est le symbole de l'affectivité de la personne et sa fragilité face aux problèmes de la vie sociale :

*«... il y a des personnes qui ont le cœur doux... ces individus sont souvent fragiles et ne peuvent pas affronter les problèmes de la vie, surtout les problèmes de la maladie à notre âge...»* (Hadja Khaira, 64 ans, Parkinson).

Le cerveau apparaît aussi comme un organe de première importance pour le patient âgé. Il est le symbole de la sagesse :

*«... Je ne tolérerai pas que le mal touche mon cerveau... Il représente ma mémoire et mon histoire... Si je les perds, c'est toute ma vie que je vais perdre...»* (Hadj Kada).

## Chapitre V

### Rapport au corps dans la maladie chronique : le sens attribué à l'expérience corporelle

---

La mémoire fait partie des principales préoccupations des patients âgés. Elle est loin d'être définie comme un simple mécanisme de stockage d'informations. Elle est la condition de l'existence du patient âgé. Pour ce patient âgé, perdre sa mémoire signifie perdre le sens de sa vie et perdre son statut au sein de sa famille et même dans la société :

*« ... Ce qui me fait peur surtout c'est d'arriver au jour où je peux perdre ma tête... Ma mémoire... De ne plus pouvoir me rappeler de mon histoire personnelle. De ma vie antérieure... ça va être une catastrophe pour moi... Personne ne me respectera... Je serais un pauvre dément... Je préfère mourir avant d'arriver à ce jour... » (Elhadj Mohamed, 82 ans, hémiplégique).*

Le travail d'hierarchisation des maux élaboré par le patient âgé montre bien la pertinence de la dimension sociale de l'expérience corporelle du patient âgé dans la maladie chronique. En effet, les symptômes et les sensations corporelles sont perçus d'une manière très variable, en fonction du sens qui leur sera attribué par la culture, ou de celui qui se construit au cours des interactions sociales (Herzlich, 1994).

En outre, l'interprétation profane des différents troubles corporelles dans la maladie chronique est un élément central dans la définition de cet investissement actif du patient âgé dans la gestion de sa maladie chronique. Le patient âgé s'engage dès l'émergence de la maladie chronique dans une quête de sens signifiante. Cette dernière confirme l'idée considérant que les patients ont un rôle actif et conscient dans l'élaboration de l'ordre social de leur monde (Strauss A, 1978).

L'analyse des données montre bien la pertinence des différentes façons de faire des personnes âgées dans la gestion quotidienne de leurs pathologies. Elle met en évidence la prégnance de la dimension sociale de l'expérience corporelle du

## Chapitre V

### Rapport au corps dans la maladie chronique : le sens attribué à l'expérience corporelle

---

patient âgé. Les différents gestes considérés souvent comme normaux et naturels véhiculent un travail de réorganisation et de reconstruction identitaire chez le patient âgé.

Néanmoins, la gestion du traitement semble être au cœur de ce travail de réaménagement de la vie quotidienne opéré chez le patient âgé.

#### **2-Le traitement comme expérience :**

Il est important de souligner la prégnance et la complexité des logiques élaborées dans la définition et l'évaluation du traitement médical par les patients âgés. Le traitement est souvent définie d'une manière exclusive sous terme d'observance ou de non-observance. Dans cette vision strictement médicale il est question de mesurer de l'adéquation existante entre le comportement du patient et les recommandations de son médecin : Ceci inclut, la prise du traitement comme il est prescrit, le suivi des règles hygiéno-diététiques, la ponctualité aux rendez-vous, et la réalisation des examens complémentaires (Bureau M, 2001). Or, le rapport au traitement ne se réduit pas à une relation entre le patient et le médicament comme un objet strictement technique, mais, il recouvre des réalités complexes qui induits la relation entre le patient, comme acteur et le médicament comme actant. Il s'agit d'envisager le traitement comme expérience vécue.

En effet l'observance ou la non- observance sont envisagées ici, comme des stratégies propres qui régulent le rapport des patients au médicament dans la vie quotidienne et leur consommation médicamenteuse (Conrad P. 1985).

Hadja khedidja est âgée de 80 ans et les poly pathologies dont elle souffre l'oblige à prendre plusieurs médicaments dans chaque repas. Pour s'organiser dans ces prises de sorte qu'elle n'oublie aucun médicament. Elle les a mis dans une boîte. Cette dernière est bien cachée dans son armoire.

## Chapitre V

### Rapport au corps dans la maladie chronique : le sens attribué à l'expérience corporelle

---

*« ...tu sais j'ai plus de 7 médicaments à prendre chaque repas...au début je me perdais dans ces prises...je connais tous mes médicaments... je les reconnais... le problème c'est que quand je laissais ma fille s'en occuper, elle les mettait dans l'armoire de la cuisine, ils se « mélangeaient » avec les médicaments de tous les jours...les médicaments de la maison...ce qui fait que à chaque prise elle cherchait pendant une heure pour me les ramener...c'est pour ça que je les ai rassemblés dans cette boîte ( elle me la montre)...pour qu'ils ne se mélangent plus...je suis tranquille et ma fille l'a aussi(un sourire)... »*

Ainsi, des pratiques d'organisation et de réorganisation dans le processus de gestion du traitement sont opérées. Les manières de ranger les médicaments, les multiples astuces pour ne pas les oublier, s'opèrent dans un pragmatisme de la part des personnes âgées. D'ailleurs, elles révèlent aussi leur créativité dans l'utilisation d'un produit imposé comme l'est le médicament, et son appropriation. Nos observations ont dévoilé l'importance des différentes « tactiques », « manières de faire » (De Certeau M. 1990), de la personne âgée dans la gestion du médicament, afin de se réapproprier son usage à sa façon et non de se soumettre aux règles et aux normes médicales.

Ces manières de faire, ces tactiques se diversifient elles peuvent concerner la façon de prendre ou d'ingérer le médicament. Les différentes manières « d'avaler *les médicaments* » s'inscrivent dans des logiques de maîtrise des effets indésirables. Plusieurs astuces, techniques ou manières sont observées.

Hadja Kheira a trouvé une astuce pour éviter le mal d'estomac qui était causé, selon elle par le médicament elle nous la décrit :

## Chapitre V

### Rapport au corps dans la maladie chronique : le sens attribué à l'expérience corporelle

---

*« ...Mon médicament me causait un mal d'estomac terrible...je le sais...car dès que je le prenais, il commençait à me faire des brûlures dans l'estomac...donc j'ai trouvé une astuce pour éviter ce mal...maintenant j'enveloppe le comprimé dans un bout de pain...(un sourire)...et je te le jure que ça a marché...maintenant il me fait moins mal...les brûlures ont diminués.... ».*

Ces différentes « techniques » mettent en exergue l'importance du processus d'inventivité caractérisant la gestion du traitement chez les personnes âgées. Ces façons de maîtriser les risques sont multiple : « avaler le traitement d'un seul coup pour ne pas ressentir son gout amère », « changer les horaires de prises, pour s'adapter au rythme familial », ce sont des manières de faire qui révèlent les logiques d'appropriation et de régulation autonome d'une thérapie donnée chez le patient âgé.

Hadja Houria souffre d'une incontinence elle a dû avancer l'horaire de sa prise de médicament du soir vers l'après-midi pour diminuer son effet. Il lui causait des problèmes d'urine pendant la nuit...ce qu'il l'empêchait de dormir.

*« ...j'étais obligée d'avancer mon médicament vers l'après-midi...normalement je dois le prendre le soir...mais il ma causait des problèmes d'urine...ça m'empêchait de dormir...il est très efficace...dès que je le prends il agit(un sourire des que je le prends je commence à faire des aller et des retours au toilette.il est très efficace...il agit très bien et très vite... ».*

Il est important de souligner la prégnance et la complexité des logiques élaborées dans la définition et l'évaluation du traitement par les patients âgés.

## Chapitre V

### Rapport au corps dans la maladie chronique : le sens attribué à l'expérience corporelle

---

Dans sa quête de soins, le patient âgé est à la recherche du traitement le plus efficace. Etant définie, par le patient âgé « en fonction du corps et non de sa pathologie » (Jaffré Y, 1990), l'efficacité du traitement implique de multiples significations. Le patient âgé a tendance à développer une attitude d'attention, plus aigüe, à son corps (Collin J, 2003) et tout traitement pouvant améliorer sa condition physique lui permettant de renouer avec ses habitudes antérieures, est perçu comme étant efficace.

Hadj Lahcen est âgé de 73 ans. Son traitement contre l'hypertension était très efficace. Il lui convenait parfaitement. Sauf qu'il était obligé de changer le médecin car ce dernier est malheureusement décédé dans un accident de route. Mais le nouveau médicament ne lui convient pas.

*« ...Le médicament que je prenais marchait bien...il était très efficace...dès que je le prenais je ne sentais plus cette pression dans ma tête...mais malheureusement j'étais obligé de changer de médecin, le mien est décédé, le pauvre, il était jeune mais il a eu un accident (accident de route) ...je l'aimais beaucoup...il était comme un fils pour moi, que Dieux ai son âme. Alors le nouveau médecin (un sourire) ...il ne me plais pas...et même son médicament. Il n'est pas efficace. Il me cause des maux de tête, depuis que je l'ai changé... »*

La maladie chronique ne semble pas trop préoccuper le patient âgé. L'efficacité d'une cure implique l'effacement du mal. En conséquence, la prise de médicament ne se réfère pas, pour le patient âgé, à sa maladie chronique, mais bien plus à l'évolution des symptômes. Si le patient âgé se sent bien, il peut décider d'arrêter, temporairement, le traitement. ( Benaoum FZ, 2011).

## Chapitre V

### Rapport au corps dans la maladie chronique : le sens attribué à l'expérience corporelle

---

Hadj Hachemi est trop attaché à son traitement. Il a une préférence pour un médicament prescrit par son meilleur médecin, mais il est obligé des fois de ne pas le prendre car il lui donne sommeil. Et cela dans des conditions bien particulières.

*« ...depuis que j'ai eu cette misère (hémiplegie), mon médecin m'a prescrit un médicament...il m'a bien aidé pour surmonter la chute de cette misère, mais il me donne sommeil. Quelque fois je suis obligé de ne pas le prendre surtout, lorsqu'on reçoit des invités à la maison...si je le prends je dors tout de suite, je ne vais dormir et les laisser seuls quand même, n'est-ce pas ? mais si non c'est mon médicament préféré, c'est mon médecin préféré qui me l'a prescrit...il a une grande compétence...c'est un connaisseur ».*

Il faut souligner l'importance du caractère dynamique de l'observance au cours du temps se modulant en fonction du vécu autour du traitement (Spire B ; Moatti JB, 2000).

Les différentes pratiques d'adhésion ou non au traitement apparaissent comme des pratiques d'arbitrage face à une pluralité de contraintes imposées au quotidien.

Néanmoins, la relation au médecin semble définir les formes diversifiées d'évaluation du traitement. Elle est au cœur du processus d'adhésion ou non à une thérapie donnée.

Il apparaît que la relation médecin-malade peut être définie comme une relation thérapeutique, c'est-à-dire l'influence que va avoir le médecin sur le traitement qu'il prescrit. ( Sarradon A, 2002)

N'étant pas un objet strictement technique, le traitement médical est producteur de multiples significations symboliques lors de la rencontre entre

## Chapitre V

### Rapport au corps dans la maladie chronique : le sens attribué à l'expérience corporelle

---

médecin et patient âgé. « Peu d'expériences humaine ont une puissance symbolique aussi manifeste que les actes ordinaires de prescrire et d'ingérer des médicaments (Pellegrino E D, 1976).

Hadj Taher se souvient très bien d'une situation « *catastrophique* » de prescription où le médecin prescripteur ne lui prêter même pas attention.

*« ...je me souviens une foi je suis allez chez un médecin qu'un ami me la conseiller...c'était catastrophique...lorsqu'il a commencé à prescrire les médicaments...il ne me regardait même pas...il ne m'a rien, mais absolument rien sur les médicaments...aucune explication...rien...c'était catastrophique...je ne suis jamais retourné le voir... ».*

L'évaluation du traitement semble obéir à la façon dont le patient rencontre le médecin.

Les comportements du médecin sont scrupuleusement observés, évalués et jugés.

De la part du patient âgé<sup>56</sup>. La façon de parler au patient, les regards, les gestes du médecin et son espace de prescription (salle de consultation) sont des éléments de première importance dans le processus d'évaluation de la compétence du médecin chez la personne âgée. Ainsi, ce dernier ne peut être envisagé comme un consommateur passif des soins. .

Le rapport au traitement se construit dans une réalité complexe dépassant la logique médicale. Cette dernière, en réduisant l'adhésion au traitement dans une

---

<sup>56</sup> Dans une étude antérieure nous avons pu relever qu'au moment de la prescription, le praticien est observé attentivement par le patient âgé. Les gestes, les mots et l'attitude du prescripteur sont restitués d'une façon significative pour être réinterprétés. (Benaoum FZ, 2010). Le rapport au traitement semble se construire dans des conditions relationnelles et spatiales.

## Chapitre V

### Rapport au corps dans la maladie chronique : le sens attribué à l'expérience corporelle

---

logique de désignation du « bon » ou « mauvais » malade, occulte donc la complexité de l'expérience du traitement.

Il apparaît bien que les comportements des malades jugés irrationnels du point de vue biomédical répondent à leur propre rationalité dans la mesure où, comme l'écrit ils obéissent à d'autres logiques et qu'ils sont fonction de la perception que le patient a de sa maladie et de l'efficacité de son traitement. Mettre en évidence ces logiques plurielles, sociales et symboliques permet de comprendre ce qui construit culturellement les pratiques des individus (Fainzang S, 2001).

Le traitement médical est souvent défini comme un moyen pouvant redonner sens à la vie sociale du patient âgé. Il met en exergue le rapport de ce dernier à son corps dans sa dimension organique et plus particulièrement sociale. Il ne peut avoir de sens chez le patient âgé que dans le cadre d'un système explicatif qui construit sa valeur.

L'expérience du traitement est un processus complexe qui associe l'ensemble d'interprétations, de significations symboliques et d'usages différenciés de cet objet social incontournable : le médicament.

Les pratiques alimentaires qui semblent être indissociables de l'expérience du traitement, s'opèrent comme une dimension centrale dans l'expérience corporelle du patient âgé.

### **3-L'alimentation : le goût de vivre :**

Il faut souligner que l'alimentation engage des significations qui dépassent le contenu des assiettes. Le sens donné aux pratiques alimentaires chez les personnes âgées révèle bien la complexité de la réalité des espaces socioculturelles de leur manifestation. L'aliment est producteur de significations multiples et socialement diversifiées.

## Chapitre V

### Rapport au corps dans la maladie chronique : le sens attribué à l'expérience corporelle

---

Le moment du repas est envisagé comme un moment de convivialité privilégié chez la personne âgée. Le repas peut être révélateur de la nature des relations et du lien interfamilial dans l'espace domestique de la personne âgée. Le moment du repas apparaît chez Hadj Kada peut dévoiler la nature de la relation conflictuelle caractérisant le lien chez ses enfants.

*« ...chez moi dès que tu vois mes enfants pendant nos repas tu peux comprendre tout de suite qui ne se supportent pas...il n'y a pas un seul repas qui passe sans qu'ils déclenchent un bagarre...sur des trucs banales...et moi je passe mon temps à essayer de les réconcilier... c'est pour cette raison que je crains toujours le moment des repas...mais les pauvres ils ont beaucoup de problèmes c'est pour ça qu'ils sont toujours sur leur nerfs... ».*

Dans la diversité des conditions sociales, (relationnelles et matérielles) des personnes âgées, les significations données aux pratiques alimentaires sont multiples.

Néanmoins, le repas peut être envisagé comme un événement de première importance chez la personne âgée. Quand la personne âgée vit dans la solitude, le repas devient un événement sacralisé, une « *festivité* ».

Hadj Brahim privilégie les moments des repas lorsque ses enfants lui rendent visite et mangent avec lui. Il désigne ces repas comme des « *festivités* ».

*« ...Lorsque mes enfants viennent manger avec moi je suis plus que ravi...j'attends le moment des repas avec impatience...ce moment je le considère comme une festivité pour moi... ça me fait sortir de la solitude que je vis tous les jours...le repas me fait rappeler ma vie antérieure...celle où mes enfants vivaient ici avec moi... ».*

## Chapitre V

### Rapport au corps dans la maladie chronique : le sens attribué à l'expérience corporelle

---

Face à l'aliment des logiques interprétatives sont mobilisées par les personnes pour donner sens aux pratiques culinaires selon leur goût respectif, leurs histoires sociales leurs places dans la société (Mebtoul M, 2003) et les habitudes alimentaires auxquelles elles sont fidèles.

Hadja Zoulikha n'apprécie nullement les habitudes alimentaires actuelles des jeunes. Ces enfants et ces petits enfants adorent le mode actuel de nourriture, les sandwiches, les pizzas, (le mode fastfood) elle le (*déteste*) c'est ce qui peut créer des situations conflictuelles avec ces enfants.

*« ...Les jeunes adorent ces nouvelles façons de manger, ils sont tout le temps branché sur leur portable avec des sandwiches en mains et quand le moment de manger arrive ils te disent on a déjà manger. Je n'arrête pas de me disputer avec eux à cause de ça ...mais de qu'elle nourriture veulent-ils parler ? si tu ne manges pas à l'aise sur la table...et un vrais repas... c'est une soupe et la salade...ce qu'ils mangent ce n'est pas un repas pour moi...moi j'adore la soupe...nos mères ne préparaient que ça... ».*

Les pratiques alimentaires chez la personne âgée se véhiculent autour d'une logique de continuité identitaire. A travers l'aliment la personne âgée se situe dans son histoire personnelle et ses origines. L'aliment devient dans ce cas, une référence sociale pour la personne âgée.

En effet, l'avancée en âge ne transforme pas les habitudes alimentaires incorporées tout au long de la vie. Les pratiques alimentaires, reflètent l'appartenance sociale chez la personne âgée.

En outre, l'aliment semble être un élément central dans le processus de restructuration des relations familiales dans l'espace domestique des personnes âgées. C'est un objet d'autorité et de pouvoir.

## Chapitre V

### Rapport au corps dans la maladie chronique : le sens attribué à l'expérience corporelle

---

Hadja Aicha défend rigoureusement son statut de belle-mère tout en imposant son autorité dans la préparation des repas dans l'espace domestique.

*« ...Mes deux belles filles ne font aucune chose sans me demander mon avis...pour le repas c'est moi qui leur donne le menu chaque jour...elle sont tranquille...elles n'ont pas à chercher quoi faire pour les repas. Je suis très exigeante...il faut que la table soit bien garnie, sinon je ne mange pas...j'adore le "Rogague", c'est mon plat préféré...il est un plat "hemma"<sup>57</sup> (prestigieux)...mon médecin me l'a interdit mais je le mange quand même... »*

La sacralisation des aliments chez les patients âgés peut conduire ces derniers à transgresser les règles imposées souvent par les médecins concernant le régime alimentaire.

Le rapport des patients à l'alimentation ne se réduit pas à un attribut d'ordre strictement sanitaire, nutritionnel ou diététique. Il est caractérisé par sa complexité liée à l'obligation du patient de se conformer aux normes sociales dominantes, au risque d'être exclu ou stigmatisé, aux appréciations différentes formulées sur tel ou tel aliment » (Mebtoul M, 2003).

La primauté de la norme sociale dans le rapport au régime alimentaire, met en exergue la prégnance de la dimension sociale dans la gestion de la maladie chronique chez le patient âgé.

Hadj Senouci n'apprécie aucun repas non salé. Le sel selon lui donne du goût aux aliments. Pourtant son médecin lui a interdit de manger salé. Il le lui a strictement interdit. Mais il ne peut pas vivre sans sel. C'est le sel qui donne goût à la vie. Sans sel il n'y a pas « de goût » (le plaisir de vivre).

---

<sup>57</sup> Signe de prestige

## Chapitre V

### Rapport au corps dans la maladie chronique : le sens attribué à l'expérience corporelle

---

*« ...le sel pour moi c'est le goût de la vie...en plus c'est embêtant, c'est gênant de demander aux gens chez qui tu es invitée de te préparer un menu spécial pour toi ce n'est pas possible... moi je ne peux pas manger sans sel...pourtant j'ai eu un arrêt du cœur (infarctus) ça a failli me tuer...mais je n'ai pas arrêté d'en prendre...ma vie sans sel, je ne l'imagine pas...la vie sans sel elle ne peut pas avoir de goût... »*

La sacralisation de certains aliments va conduire le patient âgé à affronter le risque. Les personnes savent et aiment jouer avec les règles qu'elles se sont données et qu'elles prennent des risques qui défient souvent les exigences de la raison, à un point tel que leurs comportements, en matière de santé comme dans les autres domaines, d'ailleurs, semblent relever d'une logique qui ne peut être ramenée au seul ordre de la rationalité abstraite » (Bibeau G, 1995).

La dimension sociale de l'alimentation est niée dans une logique strictement médicale, qui impose souvent, des régimes alimentaires en rupture avec les contraintes de la société.

Le patient âgé est souvent contraint de respecter les normes sociales au centre des pratiques alimentaires dans la société. Il semble difficile, au patient âgé, de refuser le repas collectif au cours d'une invitation, parce qu'il prend le risque d'un étiquetage négatif sur sa personne : *« il refuse de manger, il se prend pour qui ? etc.. »*.

Contrairement à la conception médicale, le régime alimentaire ne représente pas une dimension centrale pour les patients âgés. Il ne figure pas comme une priorité pour équilibrer la maladie chronique.

Les habitudes alimentaires sont structurées par des normes sociales et culturelles. L'aliment mobilise, au-delà du corps physiologique, tout notre esprit, nos émotions, nos appréciations, notre imagination, nos sens, etc. on se nourrit non

## **Chapitre V**

### **Rapport au corps dans la maladie chronique : le sens attribué à l'expérience corporelle**

---

seulement de viandes, de végétaux, mais aussi de signes, de symboles et d'imaginaire (Balandier, 1995).

C'est non seulement le corps, mais toute la personne qui se construit en mangeant (Rivière, 1994).

Les pratiques alimentaires avant d'être des actes nutritionnels ayant des effets sur la santé de la personne, sont des actes sociaux. L'acte alimentaire est un processus complexe faisant l'objet d'une construction sociale permanente.

L'alimentation apparaît comme une dimension centrale dans le processus d'avancée en âge. L'expérience alimentaire peut dévoiler la complexité des logiques construisant le rapport entre la personne âgée et son espace physique et relationnel.

Cet espace se construit dans des logiques de résistances et d'adaptation des patients âgés face aux différentes contraintes imposées dans le processus d'avancée en âge et de la maladie.

#### **4-Le corps de la personne âgée : lieu de résistance**

Dans l'expérience corporelle dans la maladie chronique, la personne âgée est souvent confrontée à des nouvelles difficultés, à des contraintes liées souvent aux : problèmes de santé, une fatigue plus prégnante ainsi qu'à une étrangeté au monde social. Ces difficultés accentuées souvent avec l'avancée en âge peuvent produire, chez la personne âgée, des transformations progressives du rapport avec soi et au monde.

En effet, Au cours du vieillissement, au fur et à mesure que les personnes se trouvent confrontées à des contraintes et des difficultés nouvelles : une fatigue plus prégnante ; des problèmes de santé et des limitations fonctionnelles ; une conscience accrue de leur finitude ; la disparition d'une partie de leurs contemporains ; une attitude surprotectrice des proches ; un monde extérieur de moins en moins accueillant (Caradec V ; 2004).

## Chapitre V

### Rapport au corps dans la maladie chronique : le sens attribué à l'expérience corporelle

---

Ces transformations s'accroissent avec l'avancée en âge et les complications de la maladie. De ce fait un processus de réaménagement de la vie est observé. Un phénomène de déprise<sup>58</sup> s'opère (Clément, S. et Mantovani, J. 1999).

Effectivement l'analyse des données montre bien la pertinence du travail de réadaptation et de réorganisation de la vie quotidienne, élaboré par le patient âgé, dans le processus de gestion de sa maladie et de l'avance en âge. La douleur apparaît comme une contrainte inéluctable du quotidien du patient. Le processus de gestion de la douleur s'opère dans une logique de résistance. Ainsi des stratégies de gestion de cette contrainte sont observées. En effet, pour faire face aux différentes douleurs provoquées, souvent par la maladie, le patient âgé invente, au quotidien, des gestes et des manières de faire significatives.

Dans le but d'apaiser les douleurs de dos, ressenties souvent pendant la nuit, Hadje Taher est contraint de dormir sans oreiller.

*« ...j'ai trouvé une bonne astuce pour éviter les douleurs que je ressens souvent pendant la nuit. Je dors maintenant sans oreiller..... ». (Hadje, Taher 72 ans, hypertrophie du cœur, hypertendu, hémiplégique).*

Ces différents gestes s'opèrent comme des stratégies d'adaptation à la pathologie et à ces contraintes pour le patient âgé.

Dans une observation effectuée à domicile d'Hadja kheira (64 ans, elle souffre de la maladie de Parkinson) nous avons pu constater la pertinence de sa façon d'agir face aux dysfonctionnements corporels provoqués par la maladie de Parkinson dont elle souffre. Nous notons :

---

<sup>58</sup> Ce concept est abordé avec plus de détail dans notre introduction générale.

## Chapitre V

### Rapport au corps dans la maladie chronique : le sens attribué à l'expérience corporelle

---

« Nous sommes à domicile de Hadja kheira. Dans le salon, nous sommes assises sur un banc, l'une en face de l'autre. Sa fille se met en face de nous deux. En évoquant les difficultés fonctionnelles provoquées par sa maladie, Hadja Kheira nous dit : « ...maintenant je n'arrive plus à me mettre debout facilement ! Mon état s'aggrave ! Je me trouve souvent coincée et mes organes ne m'obéissent plus comme avant ! Pour faire face à cette situation j'ai inventé « اخترعت » ma propre façon pour me lever. Je vais te la montrer. ». Elle essaye de se lever en s'appuyant sur ses deux bras.sa fille vient pour l'aider, elle l'empêche de le faire. Elle se penche doucement en avant et elle reste sur cette position pour quelques secondes, elle commence à se dresser tout doucement. Elle nous dit : « ...ça prend du temps mais si je ne fais pas comme ça je ne peux pas me lever et je resterais clouée au sol... ») Fin d'observation.

Le décryptage de ces différents gestes met en exergue l'importance de cet investissement corporel du patient âgé dans le processus du vieillissement. L'engagement dans un certain nombre d'activités physiques apparaît comme une forme de résistance contre la maladie et le vieillissement. En effet ce patient âgé évoque la marche comme la meilleure activité pour garder sa vitalité ainsi que « *le bon fonctionnement de son corps* » :

« .....je me dispute souvent avec mes enfants à cause de la marche. Ils ont peur pour moi. C'est normal. Mais moi j'aime marcher. Je me sens vivant quand je marche. Je sors et je voie les gens et eux aussi peuvent me voir... » ( Hadj Mohamed).

L'engagement dans l'activité corporelle témoigne d'une stratégie d'adaptation et de résistance à la maladie et ses contraintes. Ces stratégies procurent dans ce cas un sentiment de sécurité et de reconnaissance de soi. Hadja Malika est âgée de 68 ans elle est hypertendue et hémiplégique depuis 6 ans. Elle

## Chapitre V

### Rapport au corps dans la maladie chronique : le sens attribué à l'expérience corporelle

---

affirme qu'elle ne rate en aucun cas ses séances de rééducations, car ce sont bien ces exercices qui l'aident à oublier ses « *maux لضرار* »

*« Ah, moi je te le dis sincèrement, je ne rate jamais mes séances de sport (rééducation). Elles sont sacrées pour moi. Tu sais quand je fais le sport (rééducation), malgré que c'est fatigant, mais je ne ressente pas cette fatigue, car ces exercices me font oublier mes maux لضرار. La douleur disparaît, crois-moi dès que je commence à bouger... (un sourire). Je ne peux pas l'expliquer mais c'est comme ça... dès que j'ai commencé à les faire, ces exercices, j'ai commencé à revivre, à me reconnaître autant que Malika... »*

Les entretiens montrent bien que l'engagement dans des activités physiques aide la personne âgée à surpasser sa maladie. A « *l'affronter avec assurance* ». Il apparaît bien que l'activité corporelle diminue momentanément les sensations de douleur, donne le sentiment d'avoir prise sur son corps (Feillet R ; Roncin C, 2005), et même sur son monde social. Hadj Mnaouer est âgé de 67 ans. Avec 9 ans d'hypertension et 6 ans d'insuffisance cardiaque, il « *s'affaiblit de jour en jour* » et pour « *recupérer sa force* » il « *assiste ces enfants dans son commerce* », « *il fait du jardinage en plus il ne s'arrête jamais* », « *bouger* » pour lui c'est « *continuer d'exister* » :

*« ... Cette maladie m'affaiblit de jour en jour. Pour l'oublier et pour récupérer ma force, je bouge...j'assiste souvent mes enfants dans mon commerce, quand je ne suis pas dans la boutique, je m'occupe de mon petit jardin...c'est ma source d'énergie qui m'aide à continuer d'exister. Tu sais les gens quand ils me voient faire du jardinage ils me respectent... (un soupir). J'espère que tu m'as compris. Ma fille dans notre société il n'y a pas de place*

## Chapitre V

### Rapport au corps dans la maladie chronique : le sens attribué à l'expérience corporelle

---

*pour ceux qui sont faibles, tu dois garder tes forces. Pour que tu ne sois pas piétinée... ! ».*

Le sens donné à l'activité physique dépasse la dimension organique du corps. Cette dernière est interprétée comme un élément central dans le maintien du statut et la place de la personne âgée dans son entourage. Cette interprétation signifiante met en exergue la dimension sociale du corps.

Ces activités peuvent être interprétées comme des stratégies de dépassement de ses limites chez la personne âgée. Elles s'inscrivent souvent dans des « projets » précis. Hadj Hachemi est âgé de 84 ans. Hypertendu depuis 7 ans et hémiplegique depuis 2 ans. « *Malgré son âge avancé et sa maladie il continue de faire la marche et pas n'importe laquelle, il pratique la marche rapide !* ». Pour « *réaliser son rêve de visiter la Mecque et apporter une omra. Il doit surmonter sa fatigue ainsi que les contraintes de sa maladie. Il doit se préparer pour le voyage de sa vie* ».

*« ...mon rêve c'est d'apporter une Omra, de visiter la Mecque. Malgré mon âge et la fatigue causée par ma maladie, j'essaye de ne pas y penser. Je pratique la marche et ce n'est pas la marche normale mais je marche rapidement, je me fatigue mais je dois supporter cette fatigue. Je la surmonte pour me préparer au grands voyage qui m'attend, c'est le voyage de ma vie ; là-bas tout le monde coure et je dois être prêt pour ça ».*

Ces formes d'activités se diversifient selon la situation de chaque patient âgé. En dépit de sa maladie Hadja Fatma a accepté de garder les enfants de sa voisine pour qu'ils lui tiennent compagnie pendant la journée. Ce travail lui permet d'être en contact permanent avec la voisine. Cette dernière lui « ramène » toujours des informations concernant le « monde extérieure ». « *Connaitre ces informations* »,

## Chapitre V

### Rapport au corps dans la maladie chronique : le sens attribué à l'expérience corporelle

---

« être au courant de ce qui se passe dehors lui permet de continuer d'y faire partie ».

*« ...Je garde les enfants de ma voisine et ça me fait énormément plaisir. Même si je suis malade. Mais ces enfants m'aident à oublier ma solitude. Je sens que je vie toujours... (un sourire suivi d'un long soupir ), pour ne pas rester seule toute la journée...et en plus pour avoir les informations du monde du dehors. tu sais je ne sort pas beaucoup à cause de ma maladie et avoir ces informations me permet de continuer de faire partie de ce monde. ». (Hadj Fatma).*

Ces différentes formes d'activités ne peuvent être définies comme des simples mouvements organiques mais elles se déploient comme des stratégies de resocialisation et de réintégration du patient âgé.

Force est de souligner que l'expérience corporelle du patient âgé est traversée par un processus de résistance et d'adaptation. Partant de l'idée confirmant que : les personnes âgées ont conscience de leurs transformations corporelles et ils utilisent les moyens à leurs disposition (informations, médias, experts en santé, en activités physiques et sportives...) pour repousser les limites physiques imposées par la vieillesse et la maladie et pour écarter une vieillesse « vulnérable » ( Feillet R, 2012). La personne âgée met en œuvre des stratégies de résistance et d'adaptation pouvant lui permettre de garder prise sur son monde.

Hadj Senouci est âgé de 83 ans. Il est hypertendu avec une hypertrophie du cœur. Etant un ancien chauffeur de taxi, il avait beaucoup de relations et de « connaissances ». Dans le but de garder ce réseau relationnel et puisque le mal de son cœur (il a eu un infarctus) l'empêche de se déplacer, il s'est reconverti à la réparation des horloges et des montres.

## Chapitre V

### Rapport au corps dans la maladie chronique : le sens attribué à l'expérience corporelle

---

*« ...j'aime recevoir les gens. Quand je travaillais. J'avais beaucoup de connaissances (réseau relationnel). Je les recevais et ils me recevaient chez eux aussi. Mais maintenant avec mon mal de cœur (il a eu un infarctus) je ne peux plus me déplacer comme avant. Donc pour garder des relations avec les gens je me suis convertie aux réparations des horloges. C'est une passion. Un métier que je pratiquais en plus comme passion comme un loisir. J'adores tous ce qui est horloges, montres, réveils. Ce métier je l'ai appris aux maquis. Un moudjahid (que Dieu ai son âme) me l'a transmis...je refuse d'être considéré comme incapable, comme faible...je refuse de terminer ma vie seul jeté dans un coins... »*

Il apparait bien que même si la maladie et l'avancée en âge impose au patient âgé le retrait et le désengagement de quelques pratiques du quotidien. La personne âgée réorganise sa vie autour de nouvelles pratiques interprétées comme des manières de s'adapter aux contraintes du processus du vieillissement.

D'ailleurs, la « résistance » au vieillissement et à la maladie participerait d'un refus de s'identifier à l'image du corps traditionnelle de la vieillesse, véhiculant la perte, totalement dégradée, d'un corps biologique objectivé. Face à cette image, les patients âgés développent des stratégies pour maintenir leur équilibre identitaire. En effet, les acteurs veulent maintenir leur identité sociale pour continuer à se sentir intégrés quand les discours (politiques, scientifiques) relayés par les médias leur donnent le sentiment d'être relégués dans une catégorie perçue comme étrangère (Caradec V, 2005).

Cette résistance peut être définie : comme un processus de refoulement qui participe d'un processus d'identification, ou du refus d'identification, avec ceux qui vieillissent. Résister à cette image de vulnérabilité, d'inactivité, d'inutilité... c'est vouloir montrer aux autres une image de soi pouvant « camoufler » le poids du

## Chapitre V

### Rapport au corps dans la maladie chronique : le sens attribué à l'expérience corporelle

---

corps biologique, alors que l'ensemble des images du corps de la vieillesse dans la société « biologisent » la vieillesse (Elias N, 1982, 1985) et la réduisent uniquement au corps organique.

Hadj Khaled est âgée de 66 ans. Il est hypertendu depuis 6 ans. Hémiplégique depuis 2 ans. *Il continue de faire « le marché (les courses) » malgré son hémiplégie. Il « refuse de marcher avec une canne » pour ne pas voir « ce regard de pitié dans les yeux des gens ».* Il est bien « conscient de sa maladie » mais il ne veut pas que les gens le prennent pour « un pauvre vieux ».

*« ...Dans notre société...il n'y a pas de place pour les vieux...je fais tout ce que je peux pour ne pas voir ce regard...regard qui tu...le regard de pitié...au début de ma maladie (hémiplégie ) j'utilisais la canne pour marcher... mais quand les gens me voyaient, ils disaient « Messkine » (pauvre) vieux...donc je l'ai jeté...j'ai jeté la canne...je suis conscient que je suis âgé et malade mais je n'ai pas besoin qu'on me le rappelle à chaque fois... »*

En effet l'image du corps livrée aux regards d'autrui est l'intermédiaire qui peut permettre de compenser les valeurs dépréciatives liées à la vieillesse. Ces différentes façons de résister témoignent d'un individu « actif », qui entretient un rapport d'internalité au corps, c'est-à-dire conscient d'un corps qui se modifie, conscient du danger (renforcé par la diffusion des messages quotidiens). ( Feillet R, 2012). D'ailleurs ces différentes formes de résistances ne s'inscrivent pas dans une logique du refus du vieillissement, « *puis qu'il est inévitable* ».

Il ne s'agit pas de nier les transformations du corps mais au contraire de les reconnaître et de vouloir atténuer leur impact sur la vie quotidienne de la personne âgée. Il s'agit de stratégies d'adaptation aux incertitudes imposées par la maladie et

## Chapitre V

### Rapport au corps dans la maladie chronique : le sens attribué à l'expérience corporelle

---

l'avancée en âge. Il faut souligner l'importance du contexte dans lequel sont élaborées ses stratégies.

Effectivement sachant que les individus construisent le sens de leurs actions dans des contextes diversifiés, à travers des interactions nouées quotidiennement (Douglas, 1999 ; Goffman E, 1973), l'espace domestique devient dans ce cas un contexte incontournable de la production de sens dans l'expérience corporelle du patient âgé. Ce dernier considère l'espace domestique comme un élément central dans le processus de gestion de sa maladie et de l'avancée en âge.

En effet, si l'expérience de la maladie chronique est une épreuve existentielle qui conduit à redéfinir les contours de son rapport au monde et à ses propres repères. C'est bien en termes de spatialité qu'il est possible de parler de la maladie puisqu'elle touche à des territoires de l'intime qui connaissent des bouleversements constants. Le cours de la maladie, de l'annonce à la chronicité, traverse des moments mettant à jour des contraintes existentielles (Andrieux L, 2015). Un processus de réaménagement et de réorganisation de la vie quotidienne est opéré dans cet espace incontournable.

L'espace domestique, assimilé au domicile des personnes âgées est loin d'être un simple lieu d'habitation ou d'hébergement, c'est un espace relationnel, un lieu de construction et de reconstruction de soi. Ainsi, la dimension sociale de cet élément est mise en avant. Dès que la maladie survient, un travail de réaménagement de l'espace domestique est opéré. Hadja Houria est âgée de 84 ans. Elle est hypertendue et atteinte d'une insuffisance rénale depuis 20 ans. Ces problèmes d'incontinence, survenus depuis 15 ans l'ont obligé de changer de chambre pour être plus proche des toilettes.

*« ... Depuis 15 ans j'ai commencé à avoir des problèmes  
« d'urine » (d'incontinence), ma chambre était située au fond de*

## Chapitre V

### Rapport au corps dans la maladie chronique : le sens attribué à l'expérience corporelle

---

*la maison donc j'étais très loin des toilettes (un sourire) ... ce qui m'a obligé de changer et de me rapprocher des toilettes... »*

En outre en ce qui concerne Hajd khaled. Suite à son hémiplégie il était amené à supprimer quelques marches dans sa maison pour éviter le risque de chutes.

*« ...Depuis que j'ai eu cette maladie (hémiplégie), j'ai dû supprimer quelques marches à l'entrée de la maison pour éviter les chutes...pour ne pas aggraver mon état...si je tombe c'est fini pour moi... ».*

Ces stratégies d'adaptation ne sont pas de simple actes d'aménagement de l'espace physique, mais elles s'inscrivent en contraire dans des logiques d'inventivité, de réappropriation de l'espace. En mettant en place des stratégies d'accommodation, les personnes procèdent par anticipation : elles économisent leurs forces, se ménagent, réduisent la prise de risques, évitent des activités jugées secondaires ou trop coûteuses en énergie. En ce sens, la reprise est un hymne à l'inventivité déployée « pour contourner ces obstacles et leur substituer de multiples ouvertures ». Ces différentes formes d'adaptations témoignent de la possibilité positive qu'a un individu à s'adapter à l'expérience qu'il fait du vieillissement (Drulhe et al., 2007, P 336-337). Hadja Zoulikha est âgée de 70 ans ; elle est hémiplegique depuis 5 ans et hypertendue depuis 12 ans. Elle était femme de ménage. Suite au décès de son époux, elle a commencé à assurer des travaux ménagers à domicile des familles, pour subvenir aux besoins de ces enfants. L'hémiplegie l'a empêché de continuer d'assurer ce travail, alors elle s'est tournée vers une autre activité. Elle « assure maintenant des commandes de couscous pour les familles ». Pour cela elle a dû aménager un espace spécial à son domicile.

## Chapitre V

### Rapport au corps dans la maladie chronique : le sens attribué à l'expérience corporelle

---

*« ...quand mon mari est mort je commençais à faire du ménage chez les familles, pour subvenir aux besoins de mes enfants. Ils étaient encore jeunes, ils continuaient leurs études ; car mon mari est mort il y a 10 ans, j'avais 60 ans. Mais dès que ce malheur m'a frappé (l'hémiplégie), je ne pouvais plus faire ce travail et même les familles ne m'acceptaient pas comme ça... (un soupir) ... donc qu'est-ce que j'ai fait ? et ben...(un sourire)...j'ai commencé à préparer du couscous chez moi sur commande. Et pour cela...tu vois je n'ai pas beaucoup d'espace ici, mais j'ai réussi à débrouiller ce petit espace dans cette chambre. Maintenant je ne peux pas arrêter de travailler même si j'en n'en ai pas besoin car mes enfants travaillent et même si avec ma maladie c'est compliqué, je travaille avec une seule main. Ce travail me permet de continuer de voir du monde et ça me fait plaisir... ».*

Il apparaît bien que lors de ces procédés d'adaptations, guidées par une dynamique d'autodétermination, la personne âgée se rattache à des activités, des espaces, des temporalités, des objets, des liens ou en explore de nouveaux, ce qui lui permet de préserver une certaine familiarité avec le monde (Caradec V , 2007).

Ainsi, de telles procédés impliquent la sélection des activités, des objets, des lieux, des temps et des liens, et procèdent par suppression et/ou report sur d'autres registres équivalents : d'autres activités, objets, spatialités, temporalités ou réseaux relationnels (Membrado M et al, 2008).

L'espace domestique semble être au cœur de ce travail d'inventivité quotidienne des personnes âgées. Loin d'être un lieu strictement physique, il est envisagé comme une « composante sociale » (Chivallon C, 2000. p. 301). En effet les discours des personnes âgées montrent bien que le rapport de familiarité avec le

## Chapitre V

### Rapport au corps dans la maladie chronique : le sens attribué à l'expérience corporelle

---

monde est produit d'abords dans cette espace. Il est donc un lieu de réintégration et resocialisation de cette catégorie d'âge. Hadj Lachen est âgé de 73 ans. Il est hypertendu. Il construit « *une relation particulière avec son domicile* ». Il est marié. Il a deux garçons qui viennent le voir de temps en temps. C'est les retrouvailles avec ses enfants ainsi que les visites de son ami qui le relie au monde extérieur.

*« ...mon chez moi... ma maison est le seul lieu qui permet à mes enfants de se réunir. C'est cette maison qui les réunies. Ils viennent me voir de temps en temps. L'ors qu'ils viennent, ma vie change et j'oublie mes maux ; surtout avec leurs enfants...j'oublie mes maux quand je les vois... j'ai un ami aussi, il vient me voir, on discute...il est tout le temps dehors...il est au courant de tous ce qui se passe dehors...moi puisque je ne sors pas beaucoup donc c'est lui qui me ramène des informations sur tout ce qui se passe à l'extérieur ».*

Assimilé à un espace du « *dedans* ». Il est considéré comme un lieu de refuge. Un espace de résistance contre « l'étrangeté au monde » ( Caradec V, 2007).

Hadja Batoul est âgée de 70 ans. Elle est atteinte du rhumatisme cardiaque depuis 8 ans et d'une hypertension depuis 18 ans. Elle renonce de jours en jours à sortir de chez soi car elle trouve le monde du « *dehors* » « *troublant* » et trop « *dangereux* » pour elle. C'est pour ça qu'elle se réfugie chez elle.

*« ...tu sais ma fille... moi je ne sors pas beaucoup...actuellement j'évite de sortir .... Sauf en cas de nécessité absolue...ou est-ce que tu veux que je sors ? dehors il y a plein de fosses dans les rues... c'est dangereux je risque de tomber...les rues deviennent de plus en plus abimées. Il y a pleins*

## Chapitre V

### Rapport au corps dans la maladie chronique : le sens attribué à l'expérience corporelle

---

*de marches partout ...pleins de nouveaux bâtiments (nouvelles constructions) ...des fois, je te jure que je me perds quand je sors...donc il vaut mieux que je reste dans ma maison...je me sent en sécurité ici (dans sa maison) ... ».*

L'évitement consiste à se replier sur un espace proche, familial et sécurisant, qui fait pièce à l'étrangeté et à l'insécurité du monde extérieur. Cet espace est celui du chez-soi ( Caradec V, 2008).

Quand l'espace public fait défaut, la personne âgée préfère se réfugier chez soi pour trouver sécurité et paix. En effet, le rapport des personnes âgées avec l'espace public est souvent traversé par des logiques de ruptures. Dans l'absence d'environnement matérielle respectant leurs conditions physiques spécifiques (limitation fonctionnelles), cette environnement devient trop risqué et dangereux (risque de chutes, risque de se perdre...etc).

Cet espace est défini par la personne âgée comme un « non-lieux ». Ce néologisme désigne des espaces interchangeables dans lesquels l'être humain reste anonyme. (Augé M, 1992).

Les discours des personnes âgées mettent en exergue la dévalorisation de l'espace public, puis qu'il n'y a pas un effort affiché des pouvoirs publics pour réaménager ces lieux dans le but de les rendre plus accessibles. En conséquence des stratégies « d'évitement de l'espace public sont opérées » ( Caradec V. 2008), chez les personnes âgées. « *Il y a pleins de marches partout* », « *il n'y a pas des lieux adéquats pour moi* », « *il y a trop de trottoirs qui sont trop hauts* », « *il y a trop de fosses* », « *c'est un lieu pleins de risques* », « *dangereux* » telles sont les qualifications des personnes âgées envers les espaces publics. Cette dévalorisation n'est pas la conséquence absolue d'une détérioration matérielle mais il paraît bien qu'elle intègre une dimension sociale. En effet, l'évitement de ces lieux peut être dû

## Chapitre V

### Rapport au corps dans la maladie chronique : le sens attribué à l'expérience corporelle

---

aux différents comportements des individus pouvant dévaloriser la personne âgée dans cet environnement. Hadja Aicha est âgée de 70 ans. Elle est atteinte d'une insuffisance cardiaque depuis 6 ans et d'arthrose depuis 9 ans. Elle affirme qu'elle ne se sente pas appartenir à ce nouveau monde d'extérieur ou elle ne trouve plus le respect pour les aînés.

*« Dans ce monde d'extérieur actuel, il n'y a plus le respect d'autre fois. Malheureusement, les gens et surtout les jeunes se comportent mal, il se comportent d'une façon inacceptable avec leurs aînés. Ils deviennent de plus en plus mal élevés. Plusieurs fois quand je prends le bus...eh bien les jeunes restent assis et moi je reste debout. Ils n'ont pas honte...et quand une personne respectable leur demande de me laisser leur place ils leur répondent qu'ils sont fatigués... (Un sourire) en plus moi je marche avec une canne dehors ... à cause de mon arthrose...des fois je gêne les passants donc je le vois dans leurs regards...un regard méprisant et même quelques fois ils me le disent carrément : « Hadja tu nous barre le passage laisse nous passer » et ils ne le disent pas poliment...alors qu'est-ce que j'ai à faire dehors...je préfère rester cachée chez moi... ».*

Force est de constater que les interactions avec des anonymes peuvent également jouer un rôle dans l'élaboration des stratégies d'évitement. Les plus âgés cherchent parfois, en renonçant à des sorties ou du moins en aménageant leurs horaires, à éviter ou à limiter les confrontations avec les jeunes dont ils redoutent les agressions, physiques ou, plus sûrement, symboliques (Clément S et al., 1996).

En effet, plusieurs auteurs ont souligné l'importance de cette problématique de l'appartenance au monde dans le processus d'avancée en âge : les personnes très âgées ont souvent le sentiment qu'elles n'ont plus vraiment leur place dans la

## Chapitre V

### Rapport au corps dans la maladie chronique : le sens attribué à l'expérience corporelle

---

société d'aujourd'hui et éprouvent des difficultés croissantes à comprendre cet univers qui tend à ne plus les comprendre. Parmi divers témoignages provenant d'entretiens de recherche ou encore de journaux d'écrivains très âgés, citons ces propos de Claude Lévi-Strauss qui déclarait, alors qu'il était âgé de 96 ans : «

Nous sommes dans un monde auquel je n'appartiens déjà plus. Celui que j'ai connu, celui que j'ai aimé, avait 1,5 milliard d'habitants. Le monde actuel compte 6 milliards d'humains. Ce n'est plus le mien » (Le Monde, 22 février 2005) (Caradec V, 2008 ). Il faut souligner dans ce domaine que contrairement à l'affirmation de Caradec V, (2008), cette étrangeté au monde ne semble pas être exclusivement l'apanage des personnes très âgées mais elle est présente, au contraire, dans tous les discours de nos interlocuteurs avec leurs âges diversifiés.

En outre et parce que la vieillesse est plurielle, dans la diversité des situations et des contextes socioculturels des personnes âgées, ces formes d'évitement de l'espace public semblent obéir à des logiques diversifiées. Il faut impérativement rappeler que la construction du rapport avec le monde extérieur ne se manifeste pas mécaniquement par l'évitement de ce dernier. Mais elle peut obéir, par contre, à une logique de résistance à l'isolement. Cette dernière se déploie par des formes diversifiées d'expositions dans cet espace.

Hadj Brahim est âgé de 82 ans. Marié, Hypertendu depuis 20 ans. *Il ne rate jamais la prière de la mosquée.* Cela lui permet « *de voir les voisins et de discuter avec eux* ». Puis qu'il a perdu ces deux meilleurs amis. Ils sont décédés. Ils s'échangeaient les visites souvent. Il « *n'aime pas rester seul à la maison* ».

« *...je ne rate jamais la prière de la mosquée...elle est tout proche d'ici...ça me permet de voir les voisins et de discuter un peu avec eux...depuis que j'ai perdu mes deux meilleurs amis...(après un long silence et des larmes aux yeux il reprend)...ils sont*

## Chapitre V

### Rapport au corps dans la maladie chronique : le sens attribué à l'expérience corporelle

---

*morts, que Dieu ai leurs âmes...on ne se séparaient presque jamais... ils travaillaient avec moi à la préfecture et on se rendait visites pratiquement tous les jours... maintenant ils sont partis (morts)...ils m'ont laisser tout seul...la mosquée me permet de voir les gens et d'être accompagné... ».*

Les stratégies de sociabilité se diversifient. Elles sont définies par les capacités de chacun à nouer de nouveaux liens avec autrui en profitant des occasions qui s'offrent (Ripon A, 1992).

Ces manières de résistances contre l'isolement se diversifient. Les pratiques d'exposition quotidienne des personnes âgées observées dans les différents espaces publics (devant les domiciles des personnes âgées, sur les bords des trottoirs ou sur les bancs publics), ces pratiques semblent s'inscrire dans une logique de continuer de vivre socialement ( Benaoum F Z, 2010).

Même si certaines personnes âgées adoptent des manières pouvant leur permettre d'être visibles au monde extérieure dans le but de continuer de l'intégrer, elles insistent sur la valorisation de leur domicile tout en considérant que le monde extérieur devient de plus en plus étranger pour eux.

La personne âgée construit un rapport particulier avec son lieu de vie. D'ailleurs, beaucoup de personnes âgées valorisent fortement leur domicile qui est à la fois un repaire et un repère : un repaire où elles se sentent protégées des agressions extérieures ; un repère identitaire (le domicile symbolise la personne dans sa continuité), spatial (il est un espace familier, intimement approprié, dont l'usage se trouve fortement ancré dans les habitudes corporelles) et temporel (car il est chargé de souvenirs) (Veysset B ; Deremble J-P, 1989).

Les différentes formes d'usages que fait la personne âgée de ces espaces, dévoilent l'importance de la dimension spatiale du corps. La personne âgée semble

## Chapitre V

### Rapport au corps dans la maladie chronique : le sens attribué à l'expérience corporelle

---

s'imprégner dans son lieu de vie. Elle lui appartient et il lui appartient. L'usage que font les personnes âgées de ces lieux dépasse sa dimension strictement utilitaire.

Ces usages peuvent dévoiler l'importance de la Consubstantialité du spatial et du social, tant sur le plan matériel (« il est nécessaire de considérer que les (corps) font partie, qu'ils sont une part de l'espace physique ») que sur le plan idéal (« il est nécessaire de considérer que les multiples découpages, qualifications et valorisations différentielles de l'espace physique sont dans la tête des êtres humains ») (Ripoll F, 2001, p. 37). Ainsi, l'expérience corporelle des patients âgés est avant tout « spatiale ». Le travail de réaménagement de l'existence de ces personnes face aux multiples contraintes imposées par la maladie et l'avancée en âge peut être opéré d'abord dans ces lieux.

En effet la personne âgée s'identifie à travers son « chez soi ». Pour ce faire, Elle y opère un travail de « marquage » des lieux. Des expressions comme : « *ma place réservée* بلاصتي », « *ma maison* », « *mon espace habituel* رحبتي », « *mon coin préféré* » sont des désignations signifiantes pouvant mettre en exergue la complexité des logiques construisant le rapport de cette catégorie d'âge à cet espace. Ce travail de marquage s'identifie d'abord, à travers des manières diversifiées de Ré-ancrage et de Réappropriation des lieux. Hadja Malika a dû réaménager sa chambre pour qu'elle soit plus adaptée à son hémiparésie survenue depuis 6 ans.

*« ...Depuis que j'ai eu cette « catastrophe » (Hémiparésie)...j'ai commencé à refaire de l'ordre dans mon espace habituel (sa chambre)...j'ai ramené un meuble spécial...un meuble à clef pour y cacher mes médicaments et mes différents objets utilisés pour le sport (les exercices de rééducations) de ma main...lorsque j'ai eu cette maladie, mes enfants m'ont acheté ses outils pour faire travailler ma main... ».*

## Chapitre V

### Rapport au corps dans la maladie chronique : le sens attribué à l'expérience corporelle

---

Ce travail de réaménagement de l'espace ne peut pas s'inscrire uniquement dans une logique utilitaire des lieux, mais semble s'inscrire dans des stratégies de positionnements de la personne âgée dans ces espaces. Hadj Brahim habite dans une « *grande maison* (une ancienne construction coloniale) ». Il habite seul avec sa femme. Il a 3 enfants (deux garçons et une fille). Ils habitent loin de lui. Sa chambre se situait au fond de la maison, ce qui l'empêchait de voir *ceux qui rentrent et qui sortent* de son chez soi. Donc il a dû changer de chambre pour *être plus proche de la porte d'entrée principale*. Pour « *qu'il reste au courant de tout ce qui se passe à la maison* » pour « *qu'il ne rate aucun évènement* ».

« *...comme tu vois ma fille, j'ai un grande maison...ma chambre était tout au fond, je ne voyais rien... (un sourire), je ne voyais rien de ce qui se passait à la maison. Ni les personnes qui rentrent ni ceux qui sortent...donc j'ai décidé de changer de chambre et de me rapprocher de la porte principale...pour voir tout ce qui se passe à mon chez moi...j'en suis le propriétaire et j'en ai le droit n'est-ce pas...c'est mon chez soi et j'en fait ce que je veux...* ».

Il apparait que ces stratégies de positionnement dans l'espace domestique, ne peuvent pas être identifiées à de simples formes de distribution ou de découpage pratique des lieux. Néanmoins, elles s'opèrent dans un processus de construction et reconstruction des liens dans l'espace domestique. Hadja Aicha habite avec ses deux fils mariés, dans un appartement F5. Elle a deux belles filles. Son coin préféré dans la maison c'est bien le salon. Dans une observation faite à son domicile nous notons : [ « *...nous sommes au domicile de Hadja Aicha. Dès qu'on rentre on l'aperçoit. Installée dans le salon en face de la porte du salon. Elle nous reçoit et elle commence à parler de son coin préféré. Elle nous dit : « ...tous les jours je viens m'installer ici ( au salon)...c'est ma place réservée toute la journée...personne d'autre n'a le droit de s'y installer...ici je peux regarder la télévision et être au*

## Chapitre V

### Rapport au corps dans la maladie chronique : le sens attribué à l'expérience corporelle

---

*courent de ce qui se passe dans la maison...*( elle échange avec l'une de ces belle fille qui était avec nous des regards tout en souriant)...*c'est plus facile pour mes deux belles filles...tu sais quand elles ont besoins de prendre mon avis en ce qui concerne toutes les activités quotidiennes comme tu le sais, préparer à manger, la façon de ranger les choses...tu peux comprendre puis que tu es une femme...la vérité elles me demandent mon avis à chaque fois qu'elle veulent réaliser quelque chose.* (À ce moment-là, un coup de vent fait fermer la porte de la cuisine ou il y avait sa deuxième belle fille en train de préparer le café, donc Hadja Aicha à tout de suite réagit en demandant à ça deuxième belle fille d'aller rouvrir la porte tout de suite, et dès que sa belle-fille l'a fait, Hadja Aicha a commencé à essayer d'apercevoir sa belle-fille et de voir qu'est ce qu'elle faisait) ... Fin d'observation]. Il faut souligner que tout au long de cette entretien les regards de Hadja Aicha sont restés fixés sur la cuisine. Dans un « *souci de contrôler* » cette espace. Dans le but de maintenir son autorité et son statut de belle-mère.

Ces différentes formes de division de l'espace de vie mettent en exergue l'importance de la « dimension spatiale du social » D'envisager la construction de la société dans l'espace ( Vant A, 1984.P 100).

En effet, ces formes de positionnement dans les lieux semblent obéir à des logiques de définition du statut et de la position de la personne âgées dans l'espace familiale. Elles se déploient dans des logiques de maintien ou de réhabilitation du pouvoir de la personne âgée autant que chef de famille.

Hadj Senouci interdit aux autres membres de la famille l'accès à son coin préféré, où il préserve « *son trésors* » la chambre qu'il l'a aménagé pour exercer sa passion : l'entretien et la réparation des horloges.

*«...Personne n'a le droit d'approcher mon espace habituelle, là où je passe presque tous mon temps. Est personne n'a le droit*

## Chapitre V

### Rapport au corps dans la maladie chronique : le sens attribué à l'expérience corporelle

---

*de discuter mes décisions. Personne ne touche mon trésors...oui mes Horloges sont mon plus chère trésors... quand je les touche et je commence à les réparer, et quand je réussis à en réparer je ressens comme si j'ai sauvé une vie humaine, car ses horloges sont pour moi non pas des choses mais des...ils sont vivants...elles sont très chères à moi...quand je commence à réparer ces objets, c'est toute mon histoire au maquis qui défile devant moi... (un silence. Il reprend tout ému) ...elles me rappellent tout ce que j'ai vécu là-bas...elle me rappellent mon compagnon d'arme qui est décédé...c'est lui en fait qui m'a appris ce métier(horloger)... ».*

Les discours des personnes âgées dévoilent l'importance des objets dans la construction du rapport à l'espace de vie. Ces derniers sont envisagés dans leurs dimensions sociale. En effet, "l'objet social », est un véritable "médiateur" au cœur du processus de construction sociale de la réalité. (Desjeux D., Garabuau-Moussaoui I, 2000). Il apparaît bien que l'objet quotidien qui semble tellement aller de soi, faire partie du décor, qu'on n'y prête aucune attention, est omniprésent dans les relations de la personne âgée au monde et aux autres.

Il est important de définir : comment les objets s'émissent dans l'interaction entre la personne et son monde ( Latour B, 1994)

Les objets quotidiens sont d'abord des supports de communication de première importance pour la personne âgée. Hadja Zoulikha donne beaucoup d'importance à sa table de cuisine, qui lui permet de rassembler tous ses enfants et pouvoir discuter avec eux. Elle ne renonce jamais à cette table.

*« ...Mes enfants aiment manger devant la télévision mais moi, j'ai installé la table sur laquelle on mange, dans la cuisine pour*

## Chapitre V

### Rapport au corps dans la maladie chronique : le sens attribué à l'expérience corporelle

---

*pouvoir discuter avec mes enfants...je tien toujours à manger sur cette table...je tiens à elle...c'est leur père, que Dieux ai son âme, qui l'a acheté...j'y suis très attachée ... ».*

Ainsi, tous les objets du quotidien sont à la fois des supports de relations et de communication. Des outils pour nous assimiler le monde (Tisseron S, 1999. P 22).

Il faut souligner que l'univers de la maison est constitué d'une masse d'objets les plus divers, stockant de la mémoire humaine, chacun à sa façon, portent un savoir longuement accumulé par l'histoire, incitant l'individu à agir et penser d'une certaine manière quand il les regarde ou les touche. Mémoire multiforme : technique, sociale, culturelle, familiale et individuelle pour les objets les plus personnalisés. Mémoire efficace, moins sujette aux pertes que la mémoire stockée dans les consciences (Norman D, 1993).

Hadja Batoul développe un lien particulier avec une boîte qui contient selon elle « toute son histoire ». Dans un entretien à domicile de cette personne nous notons l'observation suivante : (« ... Nous sommes reçu chez Hadja Batoul, en nous racontons son histoire personnelle, elle nous demande de l'accompagner dans son espace réservé. Elle prend une clef qui était attaché à sa ceinture et ouvre une armoire, elle y prend une boîte en bois fermée à clef. Elle prend la clef de l'armoire et elle l'ouvre et y prend une clef en me disant : « ...tu vois c'est tout ce qui me reste de mon histoire de vie... » elle commence à me raconter « ... cette boîte je la cache précieusement parce qu'elle contient toute mon histoire, tu vois cette clef, c'était la clef de ma maison...j'habitais en campagne...c'était la maison familiale. Je suis fille unique...c'était l'héritage de mes parent...j'y m'y suis mariée...mon marie est Chahid...j'y ai passé presque toute ma vie...mais quand mes enfants ont eu du travail à la ville ils ont insisté pour la vendre, dans le but de s'installer en ville...j'étais obligé de la vendre. Et accompagner mes enfants ici elle n'existe plus

## Chapitre V

### Rapport au corps dans la maladie chronique : le sens attribué à l'expérience corporelle

---

*maintenant les acheteurs l'ont démolie ...mais je garde cette clef, pour garder ma maison en moi (un soupir) ...quand je vois cette clef je vois toute ma vie qui défile devant moi, si jamais je la perds c'est ma vie que je vais perdre... »...fin d'observation).*

Dans l'armoire vit un centre d'ordre qui protège toute la maison contre un désordre sans bornes » (Bachelard, 1983, p. 83).

Il apparaît bien que certains objets occupent une place centrale dans les histoires individuelle et familiales. Ils sont au cœur de la construction du lien de familiarité avec l'espace domestique.

Les différents objets de la vie quotidienne participent à la fois à la conservation de la mémoire collective d'une société ainsi que la mémoire individuelle. Les deux processus sont très différents, se développant dans des espaces et des durées sans commune mesure, selon des règles particulières. Pourtant, lors de l'épisode de la familiarisation, tout est intimement mélangé. L'objet sort de son extériorité abstraite et entre dans le monde de la personne : il acquiert du sens et devient repère (Kaufmann J-CI, 1997).

Hadj khaled a un lien particulier avec son armoire. Il le fait penser à sa femme qui est décédée. C'est une armoire qui l'a acheté pour son mariage. Il ne peut jamais s'en séparer.

*« ... cette armoire représente beaucoup de choses pour moi... je l'ai acheté pour mon mariage avec mes propres économies...il me fait rappeler ma femme (que Dieu ai son âme) ...quand je le vois je vois ma femme...d'ailleurs j'y garde toujours ces affaires...personne n'a le droit d'y toucher... elles y sont bien cachées...je ne m'y imagine pas pouvoir vivre sans lui...il fait*

## Chapitre V

### Rapport au corps dans la maladie chronique : le sens attribué à l'expérience corporelle

---

*partie de moi...je me sens bien en l'ayant avec moi dans mon espace habituel... »*

Les objets deviennent familiers parce qu'ils enregistrent une part de l'identité, et jouent le rôle de garde-fous du Soi. Ici l'individu donne autant qu'il reçoit, travaillant chaque jour à remodeler et enrichir son univers, inscrivant dans les choses ce qu'elles réinscriront plus tard en lui (Kaufmann J-CI,1997. P 115)

Les objets de l'espace domestique ne s'identifient pas comme des simples choses utiles dans la vie quotidienne des personnes âgées, ils sont envisagés, par contre comme des moyens incontournables dans le processus de construction de liens dans l'environnement spatial de la personne âgée.

En somme, sans l'analyse des pratiques, des représentations, des formes d'appropriation de l'espace, il n'est pas possible de caractériser et de hiérarchiser socialement les individus et les groupes sociaux et d'appréhender les modes de reproduction sociale.

Le positionnement social se joue en partie dans la dimension spatiale, c'est à dire dans la capacité inégale qu'ont les individus et les groupes à retirer des usages de l'espace un certain nombre de ressources matérielles et symboliques et à les transmettre. (Veschambre V, 1995).

Notre étude s'est construite sur, en grande partie, sur le sens attribué par les personnes âgées à leur expérience corporelle quotidienne. Il faut rappeler, avec Marc Augé (2004), que c'est à travers le sens que les acteurs assignent aux objets, aux situations, aux symboles qui les entourent, que les acteurs fabriquent leur monde social.

## Chapitre V

### Rapport au corps dans la maladie chronique : le sens attribué à l'expérience corporelle

---

#### **Conclusion :**

Force est de souligner que l'acteur étreint physiquement le monde et le fait sien, en l'humanisant et surtout en en faisant un univers familier et compréhensible, chargé de sens et de valeurs, partageable en tant qu'expérience par tout acteur inséré comme lui dans le même système de références culturelles.

Exister signifie d'abord se mouvoir dans un espace et une durée, transformer son environnement grâce à une somme de gestes efficaces, trier et attribuer une signification et une valeur aux *stimuli* innombrables de l'environnement grâce aux activités perceptives, livrer à l'adresse des autres acteurs une parole, mais aussi un répertoire de gestes et de mimiques, un ensemble de ritualités corporelles ayant l'adhésion des autres. À travers sa corporéité, l'homme fait du monde la mesure de son expérience. » (Le Breton D, (1992) 2008. P 5- 6)

Telle est l'expérience corporelle de la personne âgée dans l'avancée en âge et la maladie.

# **Conclusion générale**

### Conclusion générale

L'analyse des différents usages sociaux du corps du patient âgé dans la maladie chronique nous a permis de mettre en évidence l'importance de la dimension sociale du corps. En effet, les façons de faire et d'agir de ces acteurs dans le processus de gestion de leur pathologie mettent en exergue le travail de réorganisation et d'adaptation élaboré par le patient dans les différentes phases de sa vie.

L'expérience corporelle du patient âgé est appréhendée ici, comme une construction sociale<sup>59</sup>. Cette expérience est rattachée aux espaces socioculturels de sa manifestation. En effet, le corps se révèle comme une « réalité complexe qu'il est impossible de traiter sur le seul mode de la physiologie » (Le Breton D, 1985. 100).

Ces façons de faire, dans leur diversité, sont appréhendées comme des stratégies de resocialisation du patient. On ne peut les réduire à des actes purement organiques. Elles sont chargées de sens et de significations. Elles sont élaborées dans une logique de résistance à l'effet de l'avance en âge et de la maladie.

Ces pratiques corporelles, sont élaborées dans une dynamiques des relations sociales se construisant et reconstruisant dans les différents espaces socioculturels quotidiens de la personne âgée.

En effet, la structure publique de soins apparait comme un espace incontournable dans l'expérience corporelle quotidienne du patient âgé. Elle est

---

<sup>59</sup> Deux approches se complètent pour définir ce concept :

- C'est la « production sociale d'une situation », la façon dont un ensemble d'évolutions, de stratégies et de mécanismes sociaux a priori distincts convergent et se combinent pour faire apparaître une situation nouvelle. Le recours au terme de construction sociale a pour but, dans ce cas, de souligner le caractère contingent des phénomènes étudiés qui apparaissent comme des effets émergents, non voulus par aucun des acteurs impliqués.

-Elle est la construction sociale des catégories de perception de la réalité, elle porte sur les processus à l'œuvre dans l'émergence d'une nouvelle étiquette permettant de catégoriser et caractériser un phénomène particulier (Loriol M, 2003).

appréhendée, ici, comme un lieu caractérisé par une dynamique socio-sanitaire intense. En effet, au-delà de la dimension technique d'une structure sanitaire publique, cette dernière est envisagée comme un lieu de resocialisation de première importance. Force est de constater, que dans l'absence des espaces de loisirs pour cette catégorie d'âge, cet espace devient une structure d'échanges incontournable. Un « lieu pratique » (De Certeau, 1990). Un espace socio-sanitaire, objet d'évaluations et d'interprétations significatives des objets techniques, de l'espace physique ainsi qu'aux relations avec les professionnelles de soins. La relation avec ces derniers est appréhendée dans sa dimension sociale : L'évaluation de la prestation médicale repose en premier lieu et surtout sur les « compétences relationnelles » du praticien ; c'est son identité sociale (la façon d'accueillir, le respect, l'écoute, la clarification sur le traitement et la maladie....etc.) qui est mise en valeur par le patient âgé.

Les différentes logiques d'interprétations et d'évaluations de soins, nous amènent à appréhender le patient âgé non pas comme un consommateur passif, mais comme un acteur central, pouvant interpréter, évaluer et négocier un acte de soins.

Les compétences interprétatives du patient âgé sont une dimension centrale dans la construction du rapport du patient âgé à cet espace social de négociations.

En outre, la famille est une dimension centrale dans l'expérience corporelle du patient âgé. La prise en charge de la maladie chronique dans cet espace s'inscrit dans des logiques de restructuration et de réorganisation de l'espace familiale autour de la maladie.

Il faut souligner l'importance de l'engagement en profondeur de la famille dans la gestion quotidienne de la maladie chronique. L'analyse de cette implication active du réseau familiale met en exergue les différentes normes et logiques véhiculant les liens interfamiliaux dans l'espace familial.

L'implication de ces acteurs de soins dans la prise en charge de leurs proches parents malades, indiquent bien, sauf à s'inscrire dans la distanciation sociale, le

déploiement d'une production de santé assurée par l'institution familiale. Elle ne se limite pas à consommer des soins. Son savoir d'expérience lui permet de mobiliser des ressources affectives, cognitives, financières et relationnelles dans le double espace domestique et professionnel (Mebtoul M, 2010).

Elle apparaît comme une ressource relationnelle de première importance pour le patient âgé. Le processus de soutien du patient âgé semble s'inscrire dans une logique d'échange de services. Nous avons pu dévoiler que cette aide apportée par les membres du réseau familial s'inscrit dans une logique de réciprocité, dans un échange mutuel de services.

Les données de l'étude nous amènent à relativiser la notion de solidarité "naturelle". Elle est souvent appréhendée comme la caractéristique principale dans la définition du lien de parenté et les échanges familiaux. Cette aide ne peut être considérée comme "naturelle". Elle est véhiculée par des attentes réciproques entre le patient âgé et son entourage familial (en premier lieu les enfants).

L'expérience corporelle dans la maladie chronique se prolonge dans l'espace domestique du patient âgé. L'analyse des données montre bien la pertinence des différentes façons de faire des personnes âgées dans la gestion quotidienne<sup>60</sup> de leurs pathologies dans cette espace. Elle met en évidence la prégnance de la dimension sociale de l'expérience corporelle du patient âgé. Les différents gestes considérés souvent comme normaux et naturels véhiculent un travail de réorganisation et de reconstruction identitaire chez le patient âgé.

---

<sup>60</sup> Les pratiques quotidiennes sont appréhendées comme « la somme des insignifiances » (Lefebvre, 1968), représentées par les actes routiniers, ordinaires et banals comme allant de soi, assurée par les personnes dans leurs différents espaces sociaux et professionnels - permet de relever finement les sens attribués par les acteurs à leurs pratiques sociales. Ce qui est de l'ordre du détail, de l'évidence, de la routinisation et de l'invisible n'efface pas, loin de là, des enjeux sociaux importants mis en exergue par les acteurs sociaux qui accordent une valeur suprême à leur vie de tous les jours (Fassin D, 2018).

Le rapport au traitement, à l'alimentation, à l'espace physique et aux objets met en exergue des logiques plurielles, sociales et symboliques qui permettent de comprendre ce qui construit culturellement les pratiques des individus.

Il faut rappeler que l'expérience corporelle se déploie principalement dans deux espaces Essentielles : l'espace de soins et l'espace domestique (le domicile de la personne âgée). Ces deux lieux semblent être privilégiés chez cette catégorie d'âge. En effet, force est de constater que l'espace public ou l'espace du « *dehors* » comme il est désigné souvent, par les personnes âgées est un lieu qui ne les « *appartient pas* », c'est un « *non-lieu* ».

Néanmoins, dans l'absence des lieux de loisirs pouvant accueillir cette catégorie d'âge en Algérie, l'espace public reste une dimension occultée de l'expérience corporelle de la personne âgée. Il représente « *un espace plein de risques* », de « *non considération* ». Il est un lieu « *non adéquat* », faute d'aménagements spécifiques de sorte qu'il s'adapte aux « *déficiences* » potentielles de cette catégorie d'âge. Ainsi l'espace domestique reste dans ce cas le plus sûr et le plus sécurisé pour elle.

Les logiques interprétatives qui s'opèrent dans l'expérience corporelle des patients âgés, dévoilent la complexité de la dimension sociale de l'expérience corporelle. Ces formes d'investissement corporel du patient âgé nous amènent à relativiser la notion de dépendance appréhendée souvent comme un élément central dans la définition de la vieillesse et de la maladie chronique.

Force est de souligner que l'expérience corporelle du patient âgé est traversée par un processus de résistance et d'adaptation.

Elle nous a permis de mettre en évidence le processus d'inventivité et de créativité de ce corps vieillissant face aux contraintes et difficultés imposées par l'environnement social et physique. En effet la personne âgée ne peut être toujours dépendante mais elle peut agir d'une façon active dans son processus d'avance en âge.

L'analyse de ces expériences dans leur diversité, met en exergue la complexité des logiques construisant le rapport de la personne âgée à son monde social.

Le monde des personnes âgées est loin d'être ce monde homogène qui représente selon nous une image stéréotypée. Nous avons, au contraire, tenté de mettre en exergue toute la dynamique socio sanitaire déployée par la personne âgée.

Les différentes formes d'investissement active des personnes âgées dans la gestion de leur avancée en âge et leur maladie met en cause les programme de politique sociales appréhendant cette population comme une population homogène en terme de problème démographique qu'il faut affronter. Or il faut, à contrario, mettre en œuvre une démarche globale de prise en charge et d'accompagnement de la vieillesse en Algérie. Cette approche doit mettre en avant l'hétérogénéité de cette catégorie d'âge. Une politique globale de la vieillesse ne se basant pas uniquement sur la logique de prise en charge<sup>61</sup>, même si cette dernière est indispensable, mais sur une démarche d'investissement dans cette ressource si riche et importante dans notre société. Investir dans ces compétences, ces expériences, son savoir-faire et son savoir être.

Ainsi, il est primordial de dénoncer l'ineptie d'une pensée rationalisatrice qui chercherait à réduire le vieillissement à ses aspects économiques et médicaux ; il faut alors pouvoir appréhender la complexité de ce nouveau scénario. Sa complexité commence à peine à se révéler, mais génère de nouvelles exigences et nécessités sociales dans tous les secteurs de la société — culture, travail, éducation, transport, santé, etc.

Le vieillissement pose de multiples questions qui interrogent les conditions du vivre ensemble et les priorités que la société compte se donner : emploi, financements des retraites, modes de vie, relations sociales, solidarité et coopération

---

<sup>61</sup> Il faut souligner que cette dimension est indispensable pour la promotion, le suivi et l'amélioration de l'état de santé de la catégorie des personnes âgées.

entre les générations, allocations de ressources, habitat, évolution des normes collectives, implication dans l'aide de proximité, soutien à la formation des jeunes...(Guérin, S, 2009. P 90).

Appréhender l'expérience des personnes âgées dans la maladie chronique nous a amené à déconstruire la notion de la vieillesse qui représente un monde social complexe même face à la maladie chronique.

Sachant que l'utilité de tout travail de recherche réside dans les questionnements qu'il peut susciter et les perspectives qu'il peut ouvrir, il reste cependant une réflexion à mener sur la question des inégalités sociales dans l'expérience du vieillissement.

Appréhender ces inégalités sociales peut nous amener à dévoiler les réalités sociales diversifiées sur le comment et dans quelles conditions on vieillit en Algérie.

# **Bibliographie**

**Bibliographie :**

**Ouvrages :**

- Adam P ; Herzlich C, 1994. *Sociologie de la maladie et de la Médecine*, Paris, édit, Nathan.
- Adelman M ; Ruggi L, 2013, 'Sociologie contemporaine et le corps. Traduit de l'anglais par Leonardo D Cardoso Nogueira Machado et Manuela Hobi Volaco. Sociopedia.isa, Université Fédérale du Paraná, Brésil.(p 01) Le titre en anglais: Negotiating masculinity and femininity: The athlete female as oxymoron'
- Albou P. 1999. *L'image des personnes âgées à travers l'histoire*. Editions Glyphe (1 septembre 1999). Collection : Histoire, médecine et société
- Ancet P, 2010. *Le corps vécu chez la personne âgée et la personne handicapée*, edit Dunod, Paris Collection : Action sociale Vieillesse, handicap.
- Argoud D ; Puyjalon B. 1999, *La Parole des vieux. Enjeux, analyse, pratiques*, Paris, Éditions Dunod et Fondation de France
- Attias-Donfut C. 1988, *Sociologie des générations : l'empreinte du temps*, Paris, Presses universitaires de France
- Augé M ; Cohen J P, 2004. *L'anthropologie*, Paris : PUF.
- Balthe P B ; Mayer K U, 1999. *The Berlin Aging Study. Aging from 70 to 100*, Cambridge University Press, NY.
- Beaud S. ; Weber F, 1997. *Guide de l'enquête de terrain*, Paris, Éditions La Découverte et Syros
- Beck U, 2001. *La société du risque. Sur la voie d'une autre modernité*, trad. de l'allemand par L. Bernardi. Paris, Aubier.

- Becker H S, 2002. *Les ficelles du métier. Comment conduire sa recherche en sciences sociales*, Paris, Éditions La Découverte.
- Bernard M, 1976. *L'expressivité du corps*, rééd, Paris, Chiron. 1986.
- Bernard E, 2004. *Les malentendus de la dépendance : De l'incapacité au lien social*.Edit Dunod.
- Berque J, 1971. *L'Orient Second*, Gallimard, Paris.
- Berthelot J.-M. 1996, *Les Vertus de l'incertitude. Le Travail de l'analyse dans les sciences sociales*, Paris, Presses universitaires de France
- Bouisson J, 2005. *Psychologie du vieillissement et vie quotidienne*, Solal, coll. « *Psychologie* », Marseille,
- Bourdelais, P., 1993, *L'Age de la vieillesse Paris* Ed. O. Jacob
- Bourdieu P, 1979 *.La distinction. Critique sociale du jugement*.Paris, edit Minuit.
- Bourdieu P, 1982. *Ce que Parler Veut Dire : L'Economie des Echanges Linguistiques*. Paris : Fayard.
- Caire G, 2002. *Economie de la protection sociale*, Bréal éditions, Paris.
- Caradec V, 2001. *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement*, Natan, coll « 128 », Paris.
- Caradec V, 2004, *vieillir après la retraite.Approche sociologique du vieillissement*, PUF, coll, « *Sociologie d'aujourd'hui* », PARIS.
- Caradec V, 2004. *Vieillir après la retraite. Approche sociologique du vieillissement*, PUF.

- Charpentier, Michèle et Quéniart, Anne (eds.). 2009. *Vieilles, et après! Femmes, vieillissement et société*, Montréal: Editions du Remue-ménage
- Chirpaz F, 1977. *Le corps*, Paris, PUF, 3eme édit,
- Christine Détrez, 2002. *La construction sociale du corps*, Seuil, coll. Points Essais.
- Christophe T, 2010. *Vieux et malade : la double peine*. L'Harmattan.
- Cibois P. 1984, *L'Analyse des données en sociologie*, Paris, Presses universitaires de France
- Combessie JC. 1996, *La méthode en sociologie*, Paris, édit, la Découverte
- Corin E Al. 1983, *Le fonctionnement des systèmes de support naturel des personnes âgées*, vol 1, Québec, Laboratoire de gérontologie sociale, Université Laval (miméo).
- Cumming, E, Henry, W, 1961. *Growing Old. The Process of Disengagement*, New York, Basic Books.
- David Le Breton, 1985. *Corps et société*, Paris. Les Méridiens.
- De Beauvoir S. 1964, *une mort très douce*. Gallimard.
- De Beauvoir S. 1970, *La Vieillesse*. Gallimard.
- De Bruyne P ; Herman J ; De Schoutheete M. 1974. *Dynamique de la recherche en sciences sociales : les poles de la pratique méthodologique*. Edit Presse Universitaire de France PUF. Paris.
- De Certeau M, 1990, *l'invention du quotidien*, Arts de faire, Paris, Gallimard,
- De Singly F. 1993, *Sociologie de la famille contemporaine*, Paris, édit Nathan.

- Dechaux J. H, 2007. *Sociologie de la famille*, La Découverte.
- Demazière D. ; C. Dubar, 1997. *Analyser les entretiens biographiques. L'exemple de récits d'insertion*, Paris, Éditions Nathan
- Desjeux D., Garabuau-Moussaoui I, 2000. *Objet banal, objet social. Les objets quotidiens comme révélateurs des relations sociales*, Paris, L'Harmattan,
- Bois J-P, 1994. *Histoire de la vieillesse, Que-sais-je*, N° 2850. PUF.
- Donfut AC. 1995, *Les solidarités entre générations : vieillesse -famille- Etat*. Paris, édit, Nathan
- Donfut CA.1988, *Sociologie des Générations: L'empreinte du Temps*. Paris, édit, Presses Universitaires de France (PUF).
- Douglas M, 1999. *Comment pensent les institutions*. Paris. La Découverte/Syros.
- Drulhe M. 1981, *Vivre ou survivre ? Les Centres d'hébergement pour personnes âgées*, Paris, Éditions du CNRS.
- Dubet F ; Martuccelli D, 1998. *Dans quelle société vivons-nous ?* Paris, Le Seuil.
- Dubet F, 2007. *L'expérience sociologique*, Paris, edit La Découverte, 2007.
- Dumazerdier J 1988. *Révolution culturelle du temps libre 1968-1988*, Méridiens Klincksieck.
- Elias N,1982, 1985. *La solitude des mourants suivi de vieillir et mourir. Quelques problèmes sociologiques*, Paris. Agora.
- Elias N. 1993, *Engagement et distanciation. Contributions à la sociologie de la connaissance*, Paris, édit Fayard.

- Ennuyer, Bernard. 2006. *Repenser le maintien à domicile. Enjeux, acteurs, organisation*, Dunod. "Action Sociale".
- Featherstone, M. 1992, *The life course : body, culture and imagery in the ageing process. Studies on the social and cultural background of the Image of Ageing /* ed. par Shuichi WADA. Tóquio : Waseda University Press,)
- Foucart, Jean. 2003, *Sociologie de la souffrance*, Éditions de Boeck, Université Bruxelles.
- Gagnon E ; Saillant F, avec la col de Montgomery C ; Paquet S et Sévigny R. 2000. *De la dépendance et de l'accompagnement. Soins à domicile et liens sociaux*. Edit Les Presses de l'Université Laval. Sainte-Foy.
- Gaullier X ,1988. *La deuxième carrière*,Paris, Le Seuil),
- Giddens A. 1987, *La constitution de la société*, Paris, édit, P.U.F.
- Giddens Anthony. *les conséquences de la modernité*. Traduction de l'anglais par Olivier Meyer. Paris. L'Harmattan.1994)
- Godbout JT. 2000, *Le don, la dette et l'identité*, Montréal et Paris, édit, Boréal et La Découverte.
- Goffman E, 1973. *La mise en scène de la vie quotidienne*. Paris : Éditions de Minuit.
- Guérin S, 2007, *L'invention des séniors*, édit Hachette Littératures coll, Pluriél, Pris.
- Guérin, S, 2009. *La société des seniors*. Paris : Editions Michalon.
- Guillemard, A-M, 1972. *La Retraite, une mort sociale*, Paris, Mouton,

- Guillemard, A-M, 1986. *Le déclin du social. Formation et crise des politiques de la vieillesse*, Paris, PUF,
- Henrard J-Cl, 1992. *Perceptions de la santé chez les personnes âgées*, Dossier santé publique et grand âge.
- Henry, Michel. 2004. *Auto-donation: entretiens et conférences*. Paris edit Beauchesne.)
- Herzlich C, Pierret J 1990. *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui*. Paris, Payot.
- Hess R, 2003. *Produire son œuvre : le moment de la thèse*, Paris. Edit Téraédre,
- Hezlich C, 2005. *Réussir sa Thèse en sciences sociales*. Paris. Edit Armand Colin.
- Hoggart R, 1991, 1957. *La culture du pauvre*, édit De Minuit, coll « Le sens commun ». Paris.
- Hugues E, 1996. *Le regard sociologique*, EHESS,
- Jarosz L, 1983. *vieillesse et vieillissement en Algérie. Enquête sur l'hospitalisation géronto- psychiatrique*. Collection Elmojtamaa. Office des publications universitaires. Alger.
- Lakoff G ; Johnson M, 1985. *Les métaphores dans la vie quotidienne*. Paris : Éditions de Minuit.
- Laplantine F, 2012. *Quand le moi devient autre. Connaitre, partager, transformer*. Paris : CNRS Éditions.
- Le Bras H, 1991. *Marianne et les lapins ; L'obsession démographique*, Olivier Orban, Paris.

- Le Breton D 1985. *Corps et société, Essai de sociologie et d'anthropologie du corps*, paris, Méridien, Klincksiek, p 19.
- Le Breton D, 1990. *Anthropologie du corps et modernité*, Paris, édit PUF.
- Le Breton D, 1991. *Passions du risque*, Paris. Métaillé
- Le Breton D, 2008. *La sociologie du corps*, Presse Universitaire de France. Paris.6eme édition mise à jour.
- Le Breton D. 1992, *La sociologie du corps*, Paris. Presses Universitaire de France PUF.
- Le Breton, 1990.*Anthropologie du corps et modernité*, Paris.PUF. 1990
- Le Breton. 2014, *le corps entre significations et informations*. Revue HERMES, N°68 : p 21-30
- *Le visible et l'invisible*. Paris : Gallimard, 1ère edit (1964) 1995.
- Lefebvre, H. 1968. *La vie quotidienne dans le monde moderne*. Paris : Gallimard, « Idées ».
- Macleod, L, and associates, 1997. *Toward Healthy-Aging Communities: A Population Health Approach*, Canada.
- Mallon I, 2004. *Vivre en EHPAD*, Rennes, PUR.
- Marc E ; Picard D, 2008. *Relation et communications interpersonnelles*. Edit Dunod. Paris.
- Mebtoul M. 1994, *Une anthropologie de la proximité les professionnels de la santé en Algérie*, Paris, édit L'Harmattan.
- Mebtoul, M. 2005. *Médecins et patients en Algérie*, Oran : Dar-El-Gharb.

- Merleau-Ponty, M, 1945, *la phénoménologie de la perception*. Paris Gallimard
- Minois G, 1987. *Histoire de la vieillesse*, Paris, Fayard.
- Morin E, 1967. *Commune en France. La métamorphose de Plodémet*. Edit Fayard
- Odile Le Guern et Hugues de Chanay, 2009. *Signes du corps, corps du signe*. l'Harmattan.
- Pascal Duret, Peggy Roussel 2005. *Le corps et ses sociologies*. Edit Armand Colin. Collection 128.
- Pennec, S ; Le Borgne-Uguen, F. 2005. *Technologies urbaines, vieillissements et handicaps*. Rennes: ENSP.
- Personne M, 1994. *Le corps du malade âgé. Pathologies de la vieillesse et relation de soins*. Edit Dunod.
- Pitrou A. 1978, *Vivre sans famille ? Les solidarités familiales dans le monde d'aujourd'hui*. Toulouse.Edit Privat.
- Pochet P, 1997.*les personnes âgées*. Edit La Découverte. Paris.
- Ripon A. 1992, *Eléments de gérontologie sociale*, Toulouse, édit, Privat.
- Rouabhi, M R, 2010. *Le système de sécurité sociale en Algérie : évolution historique*. Alger : El-othmania.
- Schneider J., Conrad P., 1983, *Having epilepsy: the experience and control of illness*, Philadelphia, Temple University Press.
- Shilling, C. 2003. *The body and social theory*. Theory, culture & society. London: SAGE Publications, 238 p.
- Simmel G. 1991, *Secret et sociétés secrètes*, Strasbourg, édit, Circé.

- Spire B., Moatti J.P., 2000, *L'observance, une donnée dynamique*, Transcriptase
- Stéphane Beaud, Florence Weber, 2010. *Guide de l'enquête de terrain produire et analyser des données ethnographiques*. La Découverte collection Guides Repères. Paris.
- Stimpson G, Webb B.1975, *Going to see the doctor: the consultation process in general practice*, London, edit, Routledge and kegan Paul.
- Strauss A, 1987, *Qualitative analysis for social scientists*. Edit Cambridge University Press. Cambridge.
- Strauss A. 1992, *La trame de la négociation, sociologie et interactionnisme, textes présentés par Baszanger*, Paris, édit, L'Harmattan.
- Strauss A.L., Glaser B.G., 1975, *Chronic illness and the quality of life*, St. Louis, Mosby.
- Tisseron S, 1999. *Comment l'espace vient aux objets*. Aubier.Paris.
- Unruh D, 1983. *Invisible lives. Social worlds of the aged*. Beverly Hills,Sage. Cité dans Caradec, 2008
- V.Caradec, 2008. *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement*, 128 la Collection Universitaire de poche, 2ème édition.Armand Colin. Espagne .Barcelon).
- Vandenplas-Holper C, 1998. *Le développement psychologique à l'âge adulte et pendant la vieillesse*, PUF, coll. « Recherches scientifiques », Paris
- Veysset B ; Deremble J-P, 1989.*Dépendance et Vieillissement*, Paris, L'Harmattan,
- Watier P. 1996, *La sociologie et les représentations de l'activité sociale*, édit, Méridiens, Klincksieck.

- Weber F. 2009, *Le recours aux soins et l'aide et la mobilisation de l'entourage familial : approche sociologique*, Ecole normale supérieure Paris. - « Régimes de retraite, inégalités de revenu et redistribution au Maghreb », Région et développement, p. 175-194.

**Ouvrages collectifs :**

- Aiach P; Kaufmann A E; Waissman R, 1989. *Vivre une maladie grave analyse d'une situation de crise*. Paris, édit Méridiens Klincksieck.
- Andrieu.B 2007, « Pratiques sportives et handicap : un combat des victoires » dans Gaillard J, *pratiques sportives et handicap*, Lyon, Chronique sociale.
- Caradec V, 2005. « Les “supports” de l'individu vieillissant. Retour sur la notion de “déprise” », in Caradec V ; Martuccelli D (dir.), *Matériaux pour une sociologie de l'individu. Perspectives et débats*, Presses universitaires du Septentrion, coll. Le regard sociologique, Villeneuve –d'Ascq
- Chivallon C, 2000. « D'un espace appelant forcément les sciences sociales pour le comprendre », dans : J. Lévy J, Lussault M, *Logiques de l'espace, esprit des lieux. Géographies à Cerisy*, Belin, Paris, p 319-333.
- Chrmaz M, 2000. « Experiencing chronic illness », in G Albrecht, R Fitzpatrick et C Scrimshaw (dir), *Handbook of social studies in health and medicine*. Thousand oaks, sage, p277-292.
- Clement, S. et M. Membrado, 2010. « Expériences du vieillir : généalogie de la notion de déprise », dans Sylvie Carbonnelle (coord.) *Penser les vieillesse, Regards anthropologiques et sociologiques sur l'avancée en âge*, Seli Arslan, p. 109-128.

- Coleman P, 1994. « Adjustment in Later Life », in *Ageing in Society: An Introduction to Social Gerontology*, John Bond, Peter G. Coleman et Sheila Peace (dir.), Sage Publications, Londres
- Cook-Gumperz J. 1981, « La grille de codage », dans Padioleau J., *L'Opinion publique. Examen critique, nouvelles directions*, Paris, La Haye, Éditions Mouton
- Dias N. 2004, « La Mesure des sens. Les anthropologues et le corps humain au xixe siècle ». Paris, Seuil. Foucault M., *Sécurité, territoire, population*. Paris, Gallimard, Seuil
- Drulhe M, 1986 « identité des vieillards en situation d'hébergement définitif » dans Tap P, *identité individuelle et personnalisation*, Toulouse, Privat.
- Feillet R ; Héas S ; Bodin D, 2011. *Corps et identité au grand âge : l'exercice corporel ou son abandon comme analyseur de la lutte contre la vulnérabilité. Nouvelles pratiques sociales ; personnes âgées : repenser la vieillesse, renouveler les pratiques*. Edit Université du Québec. Montréal. P 21-35.
- Fernandez F ; Leze S ; Marche H (dir), 2008. *Le langage social des émotions. Etudes sur les rapports au corps et à la santé*, Economica – Anthropos, collection "Sociologiques", Paris.
- Guillaume J-F (dir) avec la collaboration de Lalive D'Épinay C et Thomsin L, 2005, *Parcours de vie. Regards croisés sur la construction des biographies contemporaines*. Edit L'Université de Liège.
- Hummel C, Mallon I et Caradec V (dir.), 2014. *Vieillesse et vieillissements : les enjeux d'un ouvrage 11 l'objet de débats*. Presses universitaires de Rennes,
- Jaffré Y. 1990, « Comprendre les mots du malade », in Fassin D et Jaffré Y, (eds) *Société, Développement et Santé*, Paris, édit, Ellipses/AUPELF. P126-133

- Janzen J M, avec la collaboration du Dr Arkininstall W. 1995, La quête de la thérapie au bas-zair, Paris, édit, Karthala.
- Jodelet D. 2006 "Place de l'expérience vécue dans le processus de formation des représentations sociales". Un article publié dans l'ouvrage sous la direction de Hass V, Les savoirs du quotidien. Transmissions, Appropriations, Représentations, pp. 235-255. Rennes: Les Presses universitaires de Rennes., Collection: Di-dact - Psychologie sociale.
- Lalive d'Épinay, Christian et Spini, Dario (eds.). 2008. Les années fragiles. La vie au-delà de quatre-vingts ans, Laval (Québec/Canada): Les Presses de l'Université de Laval. 347p.
- Laquerre M-E, 2015. L'approche collaborative dans une enquête ethnographique : Une question de savoirs, de savoir-faire, de savoir-dire et de savoir être. Dans Mebtoul M (dirs) ; Les sciences sociales à l'épreuve du terrain. Algérie, Belgique, France, Québec, Laos, Vietnam. Coédition L'Harmattan Algérie /GRAS. Collection « Santé et Société ». P 35-53.
- Le Borgne-U F, Pennec S. 2002. "L'adaptation de l'habitat chez des personnes de plus de 60 ans souffrant de maladies et/ou de handicaps et vivant à domicile", dans Les techniques de la vie quotidienne, Ages et usages, DREES, collection MiRe, La Documentation française.
- Lesemann F, Nahmiash D. 1993, « Logiques hospitalières et pratiques familiales de soins (Quebec) », in : Lesemann F, Martin C, (eds), *Les personnes âgées, dépendance, soins et solidarités familiales ; comparaisons internationales*, Paris, édit, la Documentation Française. P162-169
- Mebtoul M. 2001, « Les acteurs sociaux face à la santé publique :médecins,Etat et usagers »,in : Hours B (eds), *Systèmes et politiques de santé, de la santé publique à l'anthropologie*, Paris, édit Karthala. P103-116.

- Mebtoul M. 2001, «Santé et société en Algérie : le travail de santé des femmes», in : Aiach P, Cébe D, Cresson G, Philippe C, (éds), Femmes et Hommes dans le champ de la santé, aspects sociologiques, Rennes, édit, ENSP.P281-302.
- Mebtoul M. 2003, « Les significations attribuées par les médecins et les patients à la prise en charge du diabète (Algérie) », in : Cresson G, Drulhe M, schweyer F X, (éds), *Coopérations, Conflits et Concurrences dans le système de santé*, Rennes, édit, ENSP. P 251-268.
- Mebtoul, M., 2010, « La dimension sociopolitique de la production de santé en Algérie. Dans G. Cresson, M. Mebtoul, (dir.), *Famille et santé*, Rennes : Presses de l'EHESP, 21-30.
- Mebtoul, M., 2010, « La dimension sociopolitique de la production de santé en Algérie. Dans G. Cresson, M. Mebtoul, (dir.), *Famille et santé*, Rennes : Presses de l'EHESP, 21-30.
- Membrado M ; Mantovani J ; et Clément S, 2008. Habiter et formes du vieillir : du domicile à l'espace public. Dans S. Guérin (dir.), *Habitat social et vieillissement : représentations, formes et liens*. Paris, France. La Documentation française. P 145-158).
- Pin S. 2005, «Personnes âgées : prise en charge et accompagnement. Prévention et vieillissement : éléments de réflexion sur les programmes de prévention et de promotion de la santé à destination des personnes âgées », in : Chauvin P, Parizot I, Revet S, (eds), *Santé et expériences de soins, de l'individu à l'environnement social*, Paris, édit, Librairie Vuibert. P15-37.
- Sow K., Desclaux A. 2002. La solidarité familiale dans la prise en charge des patients : réalités, mythes et limites. In : Lanièce Isabelle (dir.), Ndoye I. (dir.), Taverne Bernard (dir.). *L'initiative sénégalaise d'accès aux médicaments antirétroviraux : analyses économiques, sociales, comportementales et*

*médicales*. Paris (FRA) ; Paris : EDK ; ANRS, p. 79-93. (Sciences Sociales et Sida).

- Touilly V, Chicoye A, Chauvenet M, et al. 2004. Les enjeux du vieillissement : quelle prise en charge sanitaire et médico-sociale des personnes âgées en 2003 ? Quelle anticipation des besoins futurs ? in : Jeandel C et Bonnel M, livre blanc de la gériatrie française. Paris : Sepeg international.
- Vant A., 1986, « À propos de l'impact du spatial sur le social », In F. Auriac et R. Brunet (dir.), *Espaces, jeux et enjeux*, Paris, Fayard, P 97-111.

### Articles de revue :

- Akrich M. 1995, « Petite anthropologie du médicament », *Thechnique et médicament. Les objets de la médecine*. Paris, N°25-26, Janvier-décembre, édit, La Maison des Sciences de l'Homme, P 129-157.
- Andrieux L, 2015. « Vivre sa maladie. L'expérience des nouveaux territoires du corps ». *Rech Soins Infirm*. Dec N° 123.P8-18.
- Armi F, Guilley E, 2004. « La fragilité dans le grand âge. Définition et impact sur les échanges de services », *Fondation nationale de gérontologie, Gérontologie et Société*, n°109, Paris.
- Attias-Donfut C, 1986. « les nouveaux retraités. Un groupe social novateur ? ». *Loisirs et Société*, automne.
- Banes, S. 2005, « Power and the Dancing Body ». *Mobiles*, 1999, n°1, p. 27- 39.
- Barbillon C. 2004, « Les Canons du corps humain au xixe siècle » ; *l'art et la règle*. Paris, Odile Jacob

- Barthe J F ; Clément S ; Drulhe M, 1988. « vieillesse ou vieillissement? Les processus d'organisation des modes de vie chez les personnes âgées », *les Cahiers de la Recherche sur le Travail Social*, N° 15, Caen.
- Barthe J-F, Clément S et Drulhe M, 1988. « Vieillesse ou vieillissement ? Les processus d'organisation des modes de vie chez les personnes âgées », Jean-François Barthe, Serge Clément et Marcel Drulhe, *Revue du Centre de recherches sur le travail social*, n°15, Caen.
- Baszanger I, 1992. « La trame de la négociation, sociologie qualitative et interactionnisme. Anselm L Strauss, textes réunis ». *Sciences Sociales et Santé*. 10-4. P154-157.
- Baszanger I. 1986. « Les maladies chroniques et leur ordre négocié », *Revue française de sociologie*, XXVII, 1, 3-27.
- Beauchez J, 2011. « Entre nature et culture, le partage des corps ? L'Homme », *Revue française d'anthropologie*, N°198-199. Edit l'EHESS ; juillet 2011. P : 317-332.
- Becker HS, 1987. « Problèmes d'inférence et de preuve dans l'observation participante, Présentation et traduction par Marcel Drulhe (en collaboration avec G. Moore) », *Cahiers du Ce.R.S.*, n°5, février.
- Ben Braham M., Dupuis J-M, El Moudden C., Hammouda N.E, Pétron A., Dkhissi I. - 2011, « L'impact des systèmes de retraite sur le niveau de vie et la pauvreté des personnes âgées au Maghreb », *Économie et statistique*, 441-442, p. 205-224.
- Benallah S., Bonnet C., El Moudden C., Math A. - 2012, « Comment mesurer la «générosité» des systèmes de retraite ? Une application aux pays de la Méditerranée », *Région et développement*, 35, p. 215-234.

- Benaoum F Z. 2008. « Personnes âgées et recours au soins : l'élaboration de la décision profane dans la maladie chronique, *Journal Algérien de Médecine (JAM)*, Mai- juin. Volume 16, N°03. P 90- 94.
- Berthelot J M, 1982. Une sociologie du corps a-t-elle un sens ? *Recherches Sociologiques*, 1-2, p59-65.
- Berthelot J M, Drulhe M, Clément S, Forne J., M'bodg G., Dirs, 1985 "Les sociologies et le corps", *Current Sociology*, Vol. 33,(2).
- Berthelot J M. 1992. Du corps comme opérateur discursif ou les apories d'une sociologie du corps. Entre le corps et le soi: une sociologie de la «subjectivation». *Sociologie et sociétés*. Vol 24, N°1, Les Presses de l'Université de Montréal.1992. p 11-18.)
- Berthelot Jean-Michel, 1983. " Corps et Société. Problèmes méthodologiques posés par une approche sociologique du corps " *Cahiers internationaux de sociologie*, LXXIV, pp. 119-131).
- Bickel J F, Girardin-Keciour M, 2004 « De l'impact de la fragilité sur la vie quotidienne. Changement et continuité des activités et du bien-être dans le grand âge », Fondation nationale de gérontologie, *Gérontologie et Société*, n°109, Paris.
- Bloch F, Buisson M. 1994, « La circulation du don entre générations, ou comment reçoit-on? », *Communication*. N° 59. P 55-71.
- Boltanski L. 1971. « Les usages sociaux du corps », *Les Annales*, N°1, p.205-233.
- Boltanski, L, 1971. « Les usages sociaux du corps ». *Les Annales*, 1, p 205-233.

- Bouaziz K, 2013. « La santé de la population âgée de 60 ans et plus en Algérie ; Caractéristiques et déterminants ». *Revue des sciences de l'homme et de la société*. Septembre N° 07.
- Bouaziz K, 2018. Structures d'accueil pour personnes âgées en Algérie et dispositifs de soutien aux aînés démunis Golaz V., Sajoux M. dirs. Politiques publiques et vieillesse dans les Suds. *Les Impromptus du LPED* n°4. Laboratoire Population-Environnement-Développement LPED, Creative Commons. Marseille. P 170-193.
- Bourdelais P "Vieillesse de la population ou artefact statistique ?", *Gérontologie et Société*, 49, 1989, pp. 22-32.
- Bourdieu P, 1984. « La jeunesse n'est qu'un mot », *Questions de sociologie*, Paris, Les Éditions de Minuit, p 143-154.
- Bury M., 1982, Chronic illness as a biographical disruption, *Sociology of Health and Illness*, 4, P 167-182.)
- Caradec V, 2007. « L'épreuve du grand âge », *Retraite et Société*, N° 52, P 12-37.
- Caradec V, 2008. « Vieillir au grand âge », *Recherche en Soins Infirmiers*, vol septembre 3, N°94. P 28-41.
- Caradec V, 2009. « L'expérience sociale du vieillissement », *Idées économiques et sociales*. N° 157 /3, p. 38-45.
- Carballo, M., 1994 ; 'Personnes âgées ; des besoins qui s'accroissent' *Santé du monde, magazine de l'Organisation Mondiale de la Santé*, 47ème année, n°3.
- Castel R.1986, « La construction des significations et le désert du sens », *sciences sociales et santé*, Vol 4, N°2, Juin, P 33-38.

- Cazemajou A, 2005. « Théories du corps, de Platon à Mauss » *corps et corporéité*, Médiathèque du Centre national de la danse. p 1- 3.
- Christensen. K et coll. 2009, Ageing Populations: The Challenges Ahead, *The Lancet*, vol. 374, n° 9696, p. 1196.
- Clément S et Mantovani J, 1999 « Les déprises en fin de parcours de vie. Les toutes dernières années de la vie. *Gérontologie et société*, 22(90), 95-108.
- Clément S ; Mantovani J ; Membrado M, 1996. « Vivre la ville à la vieillesse: se ménager et se risquer », *Les Annales de la Recherche Urbaine*, n° 73, p. 90-98.
- Clément S ; Mantovani J, 1999. « Les déprises en fin de parcours de vie », *Gérontologie et société*, n°90.
- Clément S ; Mantovani J. 1999. « Les déprises en fin de parcours de vie. Les toutes dernières années de la vie ». *Gérontologie et société*, 22 (90), P 95-108.
- Clément S, 1997 « qualité de vie de la vieillesse ordinaire » *Prévenir*, N°33, P 169-176 »
- Clément S. 1993, « Des enfants pour la vieillesse. Forme de la fratrie et soutien aux parents âgés dans le Sud-Ouest rural français », *Social Science and Medicine*, Vol.37, n°2
- Clément S., Drulhe M. ; J. Mantovani, 2000. « Les résistances locales aux politiques de santé publique », *Cahiers lillois d'économie et de sociologie*, n°35-36.
- Clément, S., Drulhe M., Durand D. et Membrado M. (dir.), 1998. Formes et sens du vieillir. *Prévenir*, N° 35, P 5-8.

- Collin J. 2003, « Médicament et vieillesse. Trois cas de figure ». in Desclaux A, Lévy J-J (eds), *Anthropologie et Sociétés, Cultures et médicaments*, 27,2, édit l'Harmattan. P 119-137.
- Corbin J, Strauss A, 1985. “ Managing chronic illness at home: three lines of Work”. *Qualitative Sociologie*, 8, (3), pp 224-27.
- Coudin G. 2005, « La vieillesse n'est pas une maladie », *Sciences Humaines, la santé des maux et des hommes*, N° 48, mars –avril- mai. P 20-22.
- Cresson G. 1991, « La santé, production invisible des femmes » *Recherches féministes*, N° 4. P 31-44.
- Dirn L ; Mendras H. 1984, « Le 3è âge animera la société française », *Futuribles*, n°80.
- Dodier N. ; Baszanger I, 1997, « Totalisation et altérité dans l'enquête ethnographique », *Revue française de sociologie*, n°38-1.
- Donnay J, 2001. « chercheur, praticien même terrain ? », *Recherches qualitatives*, Vol 22, p 34-53.
- Drulhe M. 1981, « L'approche biographique en sociologie », *Psychologie et Éducation*, Publications de l'Université de Toulouse-le-Mirail, n°1, mars.
- Drulhe M. 1985, « La sociologie entre l'explication et la compréhension », *L'Homme et la Société*, n° 75-76, juin.
- Drulhe M. 1987, « Rupture et transition. Le devenir des pensionnaires d'un centre d'hébergement pour femmes battues », *Revue française de sociologie*, N°28-4.

- Drulhe M. 1987, Traduction (en collaboration avec Geneviève MOORE) et présentation de : Becker H.S., « Problèmes d'inférence et de preuve dans l'observation participante », *Cahiers du Ce.R.S.*, n°5, février.
- Drulhe M. 1990, « L'enseignement méthodologique de Raymond Ledrut, dans Collectif, *Raymond Ledrut, Dits et Inédits*, Toulouse, Presses Universitaires du Mirail.
- Drulhe M. 1993, « Effets de la culture sur les représentations et les activités des corps vieillissants », dans Clanet C., Fourasté R. & J.-L. Sudres, *Corps, cultures et thérapies*, Presses Universitaires du Mirail, Collection Interculturels.
- Drulhe, M., Clément S., Mantovani J. et Membrado M, 2007. L'expérience du voisinage : propriétés générales et spécificités au cours de la vieillesse, *Cahiers internationaux de sociologie*. 2(123). P 325-339.
- EL Moudden C ; Hammouda N E, 2018. Le système de retraite algérien à la croisée des chemins. Golaz V., Sajoux M. dirs. Politiques publiques et vieillesse dans les Suds. *Les Impromptus du LPED* N°4. Laboratoire Population-Environnement-Développement LPED, Creative Commons. Marseille. P 308-330.
- Fainzang S, 2001. Cohérence, raison et paradoxe. L'anthropologie aux prises avec la question de la rationalité, *Ethnologes Comparées*, N°3.
- Falardeau G, 1990. La sociologie des générations depuis les années soixante : synthèse, bilan et perspective. *Politique*, N°17, page 60 - p 59-89).
- Feillet R ; Roncin C, 2005. « Place des activités physiques et sportives dans les institutions spécialisées », *Handicap, Revue de sciences humaines et sociales*, N°107-108, P 59-79

- Feillet R, 2012. « Corps, vieillesse et identité : entre préservation et présentation de soi. Place des activités physiques et sportives ». *Pratiques gérontologiques*. Edit érés, Toulouse. France.
- Formarier M. 2003, « Approche du concept d'accueil, entre banalité et complexité », *Recherche en soin infirmiers*, N° 75-décembre. P15-20.
- Fournier L S et Raveneau G, 2008. « Anthropologie des usages sociaux et culturels du corps », *Journal des anthropologues*, 112-113 ; 2008. Edit Association française des anthropologues. P 09-22
- Fournier M et Marcel J-C, 2004. Présentation. Avec Mauss, et au-delà de Mauss. *Revue Sociologie et sociétés*. Volume 36, Numéro 2, Automne 2004, p 5-14.
- Grand, A, 2016. "Du rapport Laroque à la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement en France". *Vie sociale*, 15(3).
- Grangaud M F 1984. Rôle de la sécurité sociale en Algérie. *Cahiers du CREAD* n°2, pages 29-55.
- Hammouda N, Zidouni H. 2020. Quelques statistiques sur la population algérienne âgée de 65 ans et plus. *Revue Gériatrie N°1* – Septembre. La Société Algérienne de Gériatrie (SAGE). P 07-13.
- Henrard JC. 1988, « Maladie chroniques invalidantes, maintien de l'autonomie et respect de la personne », *Sciences Sociales et Santé*, vol VI N°2, juin. P 25-30.
- Hérin R., 1986, Une géographie des rapports sociaux, *L'Espace Géographique*, n° 2, pp. 108-110.
- Hochschild A, 1975. « Disengagement Theory: A Critique and Proposal », *American Journal Review*, n°40, p553-569.

- Huteau, G, 2001. *Sécurité sociale et politiques sociales*. 3<sup>ème</sup> édit. Italie: Dollaz-Sirey.
- KA Abdou, Hane F et Chapuis-Lucciani N, 2018. Déclinaisons multiples du soutien aux aînés au Sénégal. Dans, Golaz V ; Sajoux M. dirs. Politiques publiques et vieillesse dans les Suds. *Les Impromptus du LPED* n°4. Laboratoire Population-Environnement-Développement LPED, Creative Commons. Marseille. P 126-143.
- Kaddar M., 1990. «Sécurité sociale et contrainte de financement en Algérie : données et problèmes actuels», *les cahiers du CREAD*, N°22. Alger.P 61-75.
- Kateb K, 2001. *Fin du mariage traditionnel en Algérie (1876-1998) ? Une exigence d'égalité des sexes*, Paris, Bouchène.
- Kateb K, 2010. Transition démographique en Algérie et marché du travail, *Confluences Méditerranée* 1 (N°72), p. 155-172.
- Kaufmann J-Cl, 1997. Le monde social des objets. In: *Sociétés contemporaines*, N°27. Autour d'Everett C. Hughes. P 111-12
- Keller R.2007 .L'analyse de discours du point de vue de la sociologie de la connaissance. Une perspective nouvelle pour les méthodes qualitatives. Actes du colloque : Bilan et perspectives de la recherche qualitative. (rev) *Recherches Qualitatives*, N°3. Edit Association pour la recherche qualitative : p287-306
- Kirchgassker K et E Matt, 1987. « La fragilité du quotidien : les processus de normalisation dans les maladies chroniques ». *Sciences sociales et santé*, N°5/1. p 93-114.
- Lalive D'épinay, Bickel C, 1996. La recherche en sociologie et psychosociologie de l'âge et de la vieillesse : un survol. *Gérontologie et société* ; 79, p155-174

- Lamri, L. 2004. *Le système de sécurité sociale en Algérie : approche économique*. Alger: Office des Publications Universitaires,
- Latour B, 1994. Une sociologie sans objets. Remarques sur l'interobjectivité. *Sociologie du Travail*. N°4/94. Dunod. Montrouge. P 587-607
- Layadi K et col, 2008. « Evaluation du pronostic fonctionnel chez les hémiplésiques par Accident Vasculaire Cérébral (AVC) », *le Journal de Réadaptation Médical* ; édit Elsevier Masson ; 28. P 97-101.
- Lesemann F, 2001. L'évolution des politiques sociales et le maintien à domicile. *Gérontophile*. Vol 23, N° 1. P3-6
- Levet-Gautrat M 1987. Levet-Gautrat M ; Fontaine A. *Gérontologie sociale*, Paris, PUF, coll « Que sais-je ? » N°2373),
- Loudcher J F, 2011, Limites et perspectives de la notion de techniques du corps de Macel Mauss dans le domaine du sport. *Staps : Revue Internationale des Sciences du Sport et de l'éducation Physique*. 2011 vol 01 N° 91 : p09- 27. France.
- M. Membrado, 2010. Les expériences temporelles des personnes âgées : des temps différents ? , *Enfances, Familles, Générations*, N° 13, , p 1-20.
- Mallon I. 2007, le « Travail de vieillissement » en maison de retraite. Retraite et société, le vieillissement au grand âge. *Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse*. Paris .N° 52, 40-58.
- Mallon, I. 2007. "Entrer en maison de retraite : rupture ou tournant biographique ?" *Gérontologie et société: "Ruptures et passages"* 121 (2): 251-264.
- Marcil-Gratton N , Légaré J 1987. « Vieillesse d'aujourd'hui et de demain, un même âge, une autre réalité ». *Futuribles*, N° 110.

- Martin C, Lesmann F, 1993. *Les personnes âgées : dépendance, soins et solidarités familiales, comparaisons internationales*, Paris, édit la Documentation Française.
- Mauger G 1995. Les mondes des jeunes in : *Sociétés contemporaines*, N°21, p 5-14.
- Mauss M, 1925. « Essai sur le don. Forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques », *Année sociologique* N° 1 .Sociologie et anthropologie, pp. 143-279.
- Mauss M. 1934, « Les techniques du corps », *Sociologie et Anthropologie*, Paris, PUF.
- Mauss, M. 2001. Les techniques du corps (1936), in *Sociologie et anthropologie* (1950), Paris, PUF,p 365-386.).
- Mebtoul M, Cook J, Grangaud J P, Tursz A. 1996, « La santé de l'enfant: les sens des pratiques médicales », *Journal Algérien de Médecine*, (JAM), volume 06, N°03, Mai-Juin.P163-165.
- Mebtoul M. 1998, « Pour un regard anthropologique sur la santé publique en Algérie », *Santé publique et sciences sociales*. N°1, juin.
- Mebtoul, M .2018 « Un parcours de recherche. Le quotidien : clé de lecture de la société algérienne », *Insaniyat / إنسانيات*, 80-81.P 17-33.
- Membrado M, 2010. « Les expériences temporelles des personnes aînées : des temps différents? » *Enfances, Familles, Générations, Revue internationale de recherche et de transfère*. No 13, 2010.p1-20.
- Membrado M. 1999, « L' « identité de l'aidante » : entre filiation et autonomie, un autre regard sur la vieillesse », *Gérontologie et Société, la galaxie des aidants*, N°89, juin. P117-134.

- Memmi Dominique. 1998 ; p 6 : Introduction : la dimension corporelle de l'activité sociale. In: *Sociétés contemporaines* N°31, 1998.pp. 5-14).
- Mendil D, 2014, « L'efficacité et l'étendue du système de protection sociale algérien en matière de retraite », *Revue française des affaires sociales*, 3, p. 66-83.
- Mendras H, Dirn L, 1984. « Le troisième âge animera la société française ». *Futuribles*. N° 80.
- Merouani Walid ; Hammouda N E ; El Moudden C, 2014. Le système Algérien de protection sociale: entre Bismarckien et Beveridgien. *Les cahiers du CREAD* N°107-108. P109-147).
- Michaël V, 2004. « Du Jeu dans le Je : rupture biographique et travail de mise en cohérence » *Lien social et Politiques*, RIAC, *Engagement social et politique dans le parcours de vie*. n° 51, p. 145-158.
- Mohammedi S M, 2013. Changement social et famille en Algérie *Les cahiers du CRASC*, n° 27, pp.109-121.
- Moutassem Mimouni B, 2013. « Les personnes âgées en Algérie et au Maghreb : enjeux de leur prise en charge », *Insaniyat / إنسانيات*, N° 59 ; P 11-32.
- Norman D, 1993. Les artefacts cognitifs, Raisons pratiques, n° 4, *Les objets dans l'action*.
- Ouali Amar, 1999. Vieillesse et vieillissement en Algérie. Tendances nouvelles de l'évolution de la structure par âge. *Bulletin d'information et de communication de la population*. Ministère de la santé et de la population. Juin N° 06.
- Paillat P ; C Attias-Donfut ; F.Clément ; C. Delbés ;S.Renaut ;A. Rozenkier, 1989. *Passages de la vie active à la retraite*. Paris, PUF.

- Pellegrino ED. 1976, « Prescribing and Drug Ingestion: Symbols and Substances
- Ripoll F, 2001. Lieux(x) et action collective, *ESO*, n° 16, p 23-39.
- Sarradon A, 2007. « Le sens de l'observance. Ethnographie des pratiques médicamenteuses de personnes hypertendues ». *Sciences sociales et santé*. N°2, vol. 25 ; P 5-36.
- Sénécal I ; Le Breton M, 2021. Isolement des personnes âgées : les impacts de la crise sanitaire. *Rapport Petits Frères des Pauvres #5*. Paris.France.
- Silem, A; Albertini, J-M, 1999. *Lexique d'économie*. 6<sup>ème</sup> édit. Italie: Dollaz, P 550-551.
- Sylvie R. 2001. "Vivre ou non à domicile après 75 ans : l'influence de la dimension générationnelle." *Gérontologie et société*: "Le grand âge" 98 (3): 65-83.
- Thomas LV. 1983, « La vieillesse en Afrique noire. Transmission orale et rareté individuelle », *Communication*, N° 37.
- Van Pevenagedu I, 2010. La recherche sur les solidarités familiales Quelques repères. *Revue Idées économiques et sociales* 4/ (N° 162). Pages 6 - 15.
- Veschambre V, 1995. « Mobilité, identité, position sociale : l'exemple des professeurs du secondaire public », *Cahiers de la Maison de la recherche en sciences humaines*, Université de Caen, N° 4, p 9-30.

**Thèses, Mémoires de magister et Rapports de recherche :**

\_algerie.pdf. (Consulté le 28 /06/2016).

- Amokrane F. 2012. Vieillesse et politique de population en Algérie. Dans, Dynamique démographique en Algérie. Caractéristiques émergentes. Ministère de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière, Direction de la Population. Edition et Publication ANDS, ANEP Rouiba 2012.p 65-79.
- Annuaire Statistique de l'Algérie n° 31 Chapitre X : Sécurité Sociale
- Benaoum FZ. 2010, La construction de la réputation du médecin chez les personnes âgées atteintes d'une maladie chronique. Mémoire de Magister. L'Université d'Oran.
- Bourahla F, Chellai F, 2011. La transition démographique et ses effets économiques et sociaux. Analyse et Perspectives. Analyse démo-économique sur la période 1970-2010. Mémoire de fin d'étude pour l'obtention du Diplôme d'Ingénieur d'Etat en Statistiques et Economie Appliquée. Option : Statistique Appliquée. Dirigée par : Iles A. Ecole Nationale Supérieure de Statistique et d'Economie Appliquée. Année universitaire 2011-2012.
- Cherif A, Ouadah Rebrab S, Bedrouni M, Boulfakhar N. 2014. Population âgée en Algérie : dynamique et tendance. Programmes Nationaux de Recherche, Population et société. PNR 31. Edit DGRSDT, CRASC.
- Clément S ; Mantovani J ; Membrado M, 1995 « Vieillesse et espaces urbains. Modes de spatialisation et formes de déprise », rapport pour le PirVilles CNRS.

- Dandurand R. B, Ouellette F.-R. 1992, Entre autonomie et solidarité. Parenté et soutien dans la vie de jeunes familles montréalaises, rapport présenté au Conseil québécois de la recherche sociale, Montréal, IQRC.
- Document portant Politique Nationale de Population à l'horizon 2010. Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière 2002).
- Dupuis J-M, El Moudden C., Pétron A. - 2008, Retraite et développement au Maghreb - un état des lieux, Rapport pour la MIRE, ministère du travail, des relations sociales et de la solidarité.
- Hassen Souaber, Amar Ouali.2005. « les personnes âgées en algérie : réalités et perspectives. » in, enquête algérienne sur la santé de la famille, analyses approfondies.2002.
- Mathieu ST-Jean, 2010. Métamorphose de la représentation sociétale du corps dans la société occidentale contemporaine. Thèse présentée comme exigence partielle du Doctorat en Sociologie. Mai 2010. Université du Québec.Montréal. Canada.
- Merouani W. - 2014, Modélisation des dépenses et recettes du système algérien des Retraites. Sarrebruck : Éditions Universitaires Européennes. 2015, Les déterminants microéconomiques de la demande d'assurance sociale : de la théorie à l'application (enquête auprès de la population occupée en Algérie), Thèse de doctorat, Université de Caen Basse Normandie – École nationale supérieure de la statistique et de l'économie appliquée d'Alger.
- Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité Sociale. 2010 Présentation du système de sécurité sociale[En ligne]. Algérie. Format PDF. Disponible sur : [http://conselho.saude.gov.br/cm/docs/presentation\\_securite\\_sociale](http://conselho.saude.gov.br/cm/docs/presentation_securite_sociale)

- Office National des Statistiques (ONS). L'Algérie en quelques chiffres, N°40, 2010.
- Office National des Statistiques ONS. Démographies algérienne 2011. N°600).
- Office National des Statistiques ONS. juin 2007. Enquête Algérienne sur la Santé de la Famille EASF 2002 : analyses approfondies, Alger.
- ONS, 2004 : Projection de population à l'horizon 2030 ; collection statistique N° 106.série S.
- ONS, collection statistiques. 2004 : Projections de population à l'horizon 2030, collection statistiques n°106 (hypothèse probable).
- Organisation mondiale de la santé, Vieillir en restant actif. Cadre d'orientation, Genève, 2002, p.12
- Ouali A. 2012. Situation démographique de l'Algérie évolution et principaux déterminants. Dans, Dynamique démographique en Algérie. Caractéristiques émergentes. Ministère de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière, Direction de la Population. Edition et Publication ANDS, ANEP Rouiba 2012.p 07-18.
- Oufriha F Z, 2002. « Les paradoxes de la démographie et de l'économie Algérienne, crise et réformes du comportement fécond : Quelles liaisons ? » CENEAP. Centre National d'Etudes et d'Analyses pour la Population et le Développement.
- Rapport CNES, 2000. *Le regard sur l'exclusion sociale : le cas des personnes âgées et de l'enfance privée de famille*, 17<sup>ème</sup> session plénière, Bulletin officiel n° 11.

- Rapport CRASC/SNAFAM (2010), Enquête focus groupe SNAFAM, CRASC, étude réalisée par Moutassem-Mimouni, B. Sebaa, F.-Z., Benghabrit-Remaoun, N.
- Salmi M, 2012 ; Système de santé en Algérie à l'heure de la transition plurielle : éléments pour une évaluation de la qualité des soins. Thèse de Doctorat en Sciences Economiques. Faculté des Sciences Economiques, commerciales et de gestion. Université Mouloud Mammeri de Tizi-Ouzou.
- Sauvy, A., 1928 et 1929, Journal de la société de statistique de Paris, n°12, décembre 1928 et n°1, janvier 1929.

### Actes Colloques :

- Articles de journaux.
- Baudelot C. et Establet R., « Suicide : changement de régime. Un observateur hors pair, Maurice Halbwachs », *intervention au colloque Dialogue avec Maurice Halbwachs*, Paris, Campus Paris-Jourdan, jeudi 1er décembre 2005, liens socio, janvier 2006.
- Beanoum FZ, 2011. « Les sens attribués au « traitement » médical par les personnes âgées atteintes de maladies chroniques en Algérie ». *Colloque annuel de l'Institut Américain d'Etudes Maghrébines : La santé publique et la politique de la santé au Maghreb Exploration des questions actuelles et des nouvelles priorités*. 17-20 juin. Tunis, Tunisie.
- Benkamla B ; Zehmani H, 1993, « Difficultés de prise en charge des malades mentaux dans les foyers pour personnes âgées et / ou handicapées », in *Actes du troisième séminaire International ; la personne âgée, ses espérances, ses droits et sa protection*, CNEPS.

- Christine Rolland-Dubreuil ,2004. *Modes du vieillir et formes de déprise au cours de la maladie d'Alzheimer*, 1<sup>er</sup> congrès de l'association française de sociologie, Université Paris XIII.
- Kacimi L. 2003. Travail, retraite et accès aux soins des personnes vieillissantes : cas de l'Algérie. Dans 4<sup>ème</sup> Conférence internationale de recherche en sécurité sociale : "La sécurité sociale dans une société de longue vie". Anvers, 5-7 mai.
- Kateb K et Ouadah-Bedidi Z. 2002. L'actualité démographique du Maghreb ; Dans, enseigner la guerre d'Algérie et le Maghreb contemporain - actes de la DESCO Université d'été octobre 2001. Ministère de l'Education Nationale - direction de l'Enseignement Scolaire pour Eduscol.
- Membrado M, 1999, Expériences de la vieillesse et confrontation aux regards des autres, Actes du colloque international, Les sciences sociales face au défi de la grande vieillesse, Genève, Hummel C 1).
- Tahar A.O. 2006. « L'Algérie vieillit : plus de vieux, moins de jeunes », *La voix de L'Oranie mercredi 12 juillet*.

### **Webographie :**

- « Les systèmes de retraite du Maghreb face au vieillissement démographique », 2010, Revue Française d'économie, XXV, p. 79-116 (www.cnr-dz.com) (Consulté le 20/9/2017)
- Amir N, 2010. « Protection des personnes âgées. Les députés regrettent le flou qui caractérise le texte de loi »
- De Sardan J-O, « La politique du terrain », Enquête [En ligne], 1 | 1995, mis en ligne le 10 juillet 2013, consulté le 30 septembre 2016.

- Delville P L, 1995 « François Dubet : Sociologie de l'expérience, Paris, Seuil, , 271», Bulletin de l'APAD [En ligne], 10 | 1995, mis en ligne le 19 juillet 2007, consulté le 21 septembre 2020.
- Ennuyer B, 2020. « La discrimination par l'âge des « personnes âgées » : conjonction de représentations sociales majoritairement négatives et d'une politique vieillesse qui a institué la catégorie « personnes âgées » comme posant problème à la société », La Revue des droits de l'homme [En ligne], 17 | 2020, mis en ligne le 03 février 2020, consulté le 19 octobre 2020. URL : <http://journals.openedition.org/revdh/8756> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/revdh.8756>
- Kourta D, 2005. Maladies cardiovasculaires en Algérie. Première cause de mortalité. [www.maladiescardiovasculaires.org/alg%C3%A9rie.htm](http://www.maladiescardiovasculaires.org/alg%C3%A9rie.htm)
- L'office National des statistiques (ONS). [www.ons.dz](http://www.ons.dz).
- L'Office Nationale des Statistiques (ONS). [www.ons.dz.com](http://www.ons.dz.com)
- l'Office Nationale des Statistiques. « Démographie Algérienne » Données statistiques 2000 à 2010.
- La caisse nationale de la retraite (CNR). [www.cnr.dz.com](http://www.cnr.dz.com)
- Marcel D, « Orientations épistémiques et niveaux d'analyse en sociologie », *SociologieS* [En ligne], Théories et recherches, mis en ligne le 28 octobre 2008, consulté le 05 janvier 2012. URL : <http://sociologies.revues.org/2123>
- Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité Sociale (MTESS). [www.mtess.gov.dz](http://www.mtess.gov.dz).
- Trincaz J, 2002 « Vincent Caradec, Sociologie de la vieillesse et du vieillissement, Paris, Nathan, 2001, 128 p. (« Sociologie ») », *L'Homme*, 163 |

juillet-septembre 2002, [En ligne], mis en ligne le 10 juillet 2007. URL : <http://lhomme.revues.org/indexHYPERLINK>.

"<http://lhomme.revues.org/index12731.html>"12731HYPERLINK.

"<http://lhomme.revues.org/index12731.html>".html. Consulté le 04 octobre 2010.

Turner, B S. 1984. *The body and society: explorations in social theory*. Oxford, Eng.: B. Blackwell, 272 p.) URL : <http://journals.openedition.org/apad/1331> ; DOI  
Les Caisses Algériennes de Sécurité Sociale, le bureau de liaison de l'AISS pour l'Afrique du nord, 2010. Présentation générale des principales réformes de sécurité sociale adoptées en Algérie[en ligne]. In : Séminaire technique sur les réformes de la sécurité sociale, Alger, 25- 26 octobre 2010. P.1-53. Format PDF. Disponible sur : [http://www.coopami.org/fr/countries/countries/algeria/social protection/ PDF/social protection07.pdf](http://www.coopami.org/fr/countries/countries/algeria/social%20protection/PDF/social%20protection07.pdf). (consulté le 18/06/2016).

# **Annexes**

**Annexes :**

**Annexe 01 : Guide d'entretien**

**1- Identification personnelle**

- 1-1 Sexe :
- 1-2 Age :
- 1-3 Situation matrimoniale :
- 1-4 Niveau de scolarité :
- 1-5 Occupation :
- 1-6 Type et durée de maladie :

**2- La structure de soins publique : un espace de socialisation et d'échanges**

- Racontez-moi comment votre expérience de soins dans ce service.
- Comment décrivez-vous cette structure.

**3- Corps âgé malade et famille : restructuration de l'espace relationnel**

- Racontez –moi comment vivez-vous la maladie au sein de votre famille ?
- Qu'est-ce qu'elle a changé pour vous dans ce contexte ?

**4- Rapport au corps dans la maladie chronique : le sens attribué à l'expérience corporelle**

- Racontez-moi un peu votre maladie, comment l'avez-vous eu ?
- Racontez-moi votre expérience quotidienne avec la maladie ?

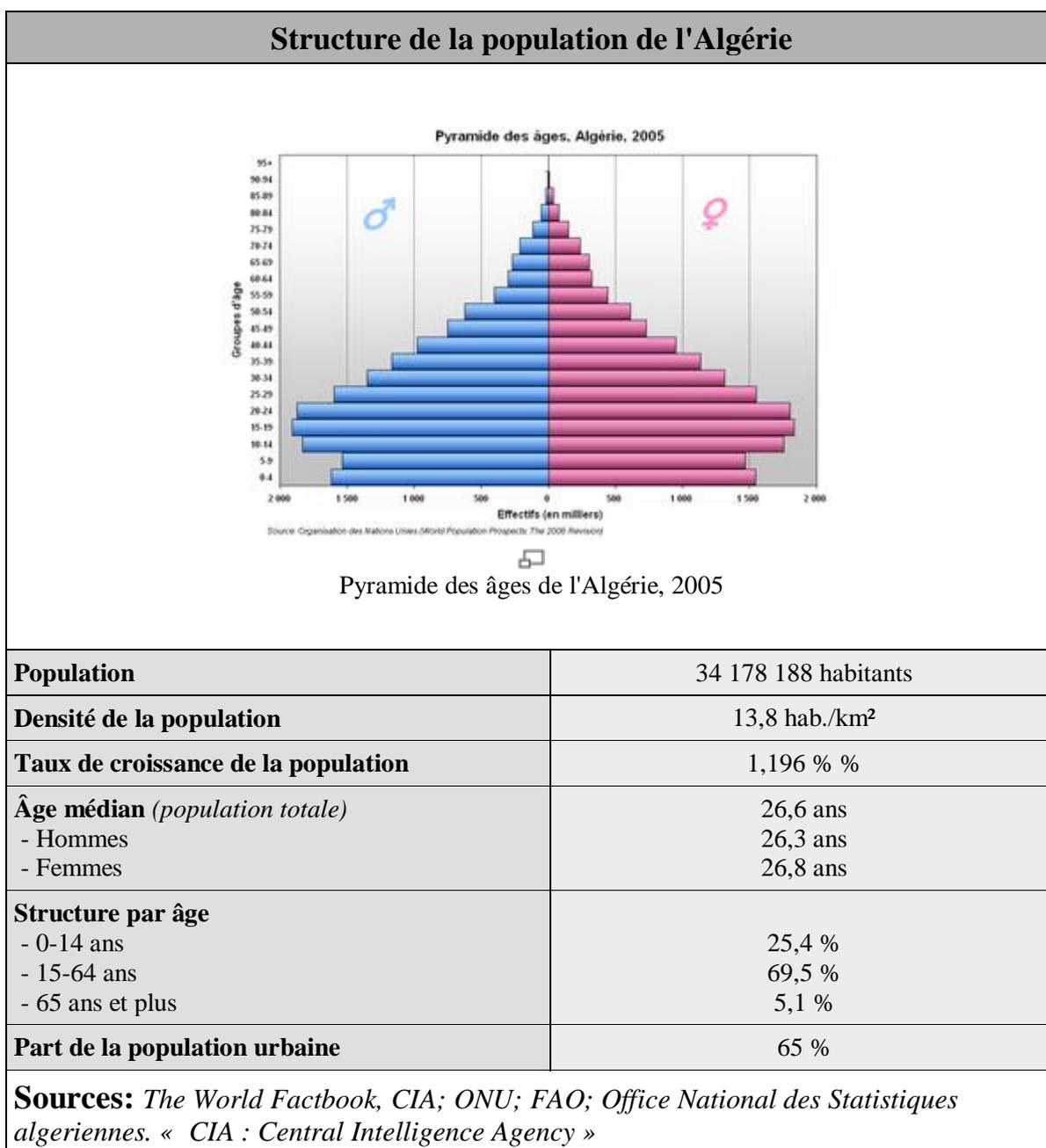
## Annexe 02 : Tableau récapitulatif des enquêtés

Nom <sup>1</sup> fictif	Age	Sexe	Situation matrimoniale	Niveau Scolaire	Occupation	Type de maladie	Durée de maladie
<b>Fatma</b>	77ans	Féminin	Mariée	Analphabète	femme au foyer	Hypertendue Cardiaque	10 ans
<b>Khaled</b>	66 ans	Masculin	Veuf		Enseignant lycée en retraite	Hypertension Hémiplégie	6 ans 2 ans
<b>Sakina</b>	67 ans	Féminin	Mariée	Analphabète	femme au foyer	Hypertension	5 ans
<b>Mnaouer</b>	67 ans	Masculin	Marié		Commerçant	Insuffisance Cardiaque Hypertension	6 ans 9 ans
<b>Malika</b>	68 ans	Féminin	Mariée	Analphabète	femme au foyer	Hypertension Hémiplégie	6 ans
<b>Moumen</b>	70 ans	Masculin	Marié	Niveau secondaire	ancien officier à la gendarmerie Nationale	Hypertension Insuffisance Cardiaque	10 ans 6 ans
<b>Batoul</b>	70 ans	Féminin	veuve de « chahide »	Analphabète	femme au foyer	Rhumatisme cardiaque Hypertension	8ans 18 ans
<b>Zoulikha</b>	70 ans	Féminin	Veuve	Analphabète	femme de ménage en retraite	Hémiplégie Hypertension	05 ans 12 ans
<b>Aicha</b>	70 ans	Féminin	Veuve	Analphabète	femme au foyer	Insuffisance Cardiaque arthrose	6 ans 9 ans
<b>Karim</b>	73 ans	Masculin	Marié	Baccalauréat	Ancien chef de daïra	Hypertension Diabète	20 ans 14 ans
<b>Lahcen</b>	73 ans	Masculin	Marié	Niveau primaire	un ancien cadre dans la douane maritime	Hypertension Il a eu un infarctus	12 ans 8 ans
<b>Yamina</b>	72 ans	Féminin	Veuve	Niveau primaire	Institutrice en retraite	Hémiplégique Hypertendue	2ans 12ans
<b>Tayeb</b>	77 ans	Masculin	Marié	Analphabète	Ancien agent de laboratoire à l'université.	Hypertension des problèmes cardiaques problèmes neuraux-vasculaires	10 ans
<b>Brahim</b>	82 ans	Masculin	Marié		Ancien employé à la préfecture	Hypertension	20 ans
<b>Senouci</b>	83 ans	Masculin	Marié		Moudjahid et ancien chauffeur de taxi	hypertrophie du cœur Hypertension Il a eu un infarctus	9 ans

<b>Hachemi</b>	84 ans	Masculin	Marié	Analphabète	ancien ouvrier chemin de Ferre d'Oran	Hypertension Hémiplégie	7 ans 2 ans
<b>Houria</b>	84 ans	Féminin	Veuve	Analphabète	femme au foyer	Hypertension Insuffisance rénale	20 ans
<b>Saadia</b>	64 ans	Féminin	Divorcée	Analphabète	femme de ménage en retraite	Hypertention Fracturée au pied	5ans
<b>Abdelkader</b>	67ans	Masculin	Marié	Niveau Terminal	Menuisier	Hypertention Arthrose	10ans
<b>Kheira</b>	64ans	Féminin	Mariée	Analphabète	femme au foyer	Parkinson	4ans
<b>Kada</b>	70ans	Masculin	Veuf	Niveau Secondaire	Agent comptable en retraite	Hypertendu Hémiplégique Cardiaque	10ans 3ans 8ans
<b>Khedidja</b>	80 ans	Féminin	Mariée	Analphabète	femme au foyer	AVC ischémique diabétique	5ans 12 ans
<b>Bakhta</b>	75 ans	Féminin	Veuve	Analphabète	femme au foyer	hypertendue	20 ans
<b>Mohamed</b>	82 ans	Masculin	Marié	Niveau secondaire	Directeur d'une école primaire en retraite	Hémiplégique Hypertendu	3 ans 20 ans
<b>Taher</b>	72ans	Masculin	Marié	Niveau primaire	Commerçant	hypertrophie du cœur hypertendu hémiplégique	

<sup>1</sup> Pour le respect de l'éthique de la recherche scientifique, les enquêtés sont présentés ci-dessus sous des noms fictifs.

**Annexes : Eléments démographiques  
concernant les personnes Agées**

Annexe 03 : Structure de la population de l'Algérie<sup>1</sup>

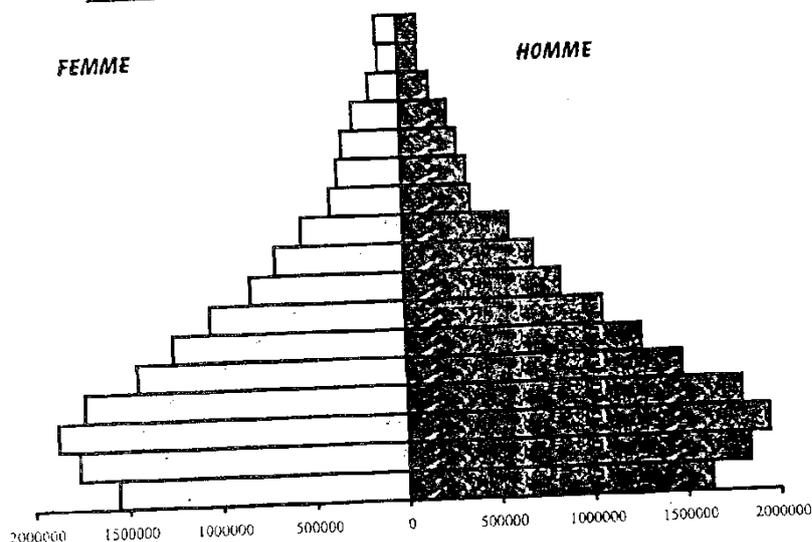
<sup>1</sup> [http://fr.wikipedia.org/wiki/Fichier:Pyramide\\_Algerie.PNG](http://fr.wikipedia.org/wiki/Fichier:Pyramide_Algerie.PNG)

## Annexe 04 : Répartition de la population résidente des ménages ordinaires et collectifs selon groupes d'âges et sexe

### RÉPARTITION DE LA POPULATION RÉSIDENTE DES MÉNAGES ORDINAIRES ET COLLECTIFS SELON GROUPES D'ÂGES ET LE SEXE. 1998

#### NATIONAL

GRUPE D'ÂGE	MASCULIN	FEMININ	TOTAL
0 à 4 ans	1631666	1553637	3185303
5 à 9 ans	1830840	1761798	3600638
10 à 14 ans	1941525	1868411	3809937
15 à 19 ans	1797514	1728729	3526243
20 à 24 ans	1481823	1443167	2924990
25 à 29 ans	1265376	1248486	2513862
30 à 34 ans	1061720	1046783	2108504
35 à 39 ans	841984	828102	1670087
40 à 44 ans	699695	695885	1395580
45 à 49 ans	573146	550586	1123732
50 à 54 ans	372855	394195	767050
55 à 59 ans	350221	352492	702713
60 à 64 ans	302330	323748	626078
65 à 69 ans	255346	262378	517724
70 à 74 ans	165008	169713	334721
75 à 79 ans	106936	112232	219167
80 & +	108893	123595	232488
ND	6145	7382	13527
<b>TOTAL</b>	<b>14801024</b>	<b>14471318</b>	<b>29272343</b>



Source : Office national des statistiques, 1998 (recensement générale de la population et de l'habitat et principaux résultat du sondage au 1<sup>er</sup>, 10<sup>e</sup>). Collection statistique N°8. Série résultat N°1.

## Annexe 05 : Les principaux indicateurs démographiques 2008-2016

أهم المؤشرات الديموغرافية خلال الفترة 2009-2016  
Les principaux indicateurs démographiques durant la période 2008-2016

Indicateurs/ année	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010	2009	المؤشرات / السنة
Population*	40 836	39 963	39 114	38 297	37 495	36 717	35 978	35 268	عدد السكان *
Naissances	1 067	1 040	1 014	963	978	910	888	849	عدد الولادات
décès	180	183	174	168	170	162	157	159	عدد الوفيات
Accroissement naturel	886	858	840	795	808	748	731	690	النمو الطبيعي
mariages	357	369	386	388	371	369	345	341	عدد الزواجات
Divorces	62	60	61	57	55	55	50	41	عدد حالات الطلاق

\* Population estimée au milieu d'année à partir de l'accroissement naturel

\* تم تقدير عدد السكان في منتصف السنة و حسب النمو الطبيعي

Indicateurs/ année	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010	2009	المؤشرات / السنة
Taux de dépendance démographique ensemble (%)	61,8	60,1	58,5	57,3	56,2	55,4	55,0	55,2	معدل الإعالة الديمغرافية اجمالي (%)
Taux de dépendance démographique moins de 15 ans	47,4	46,1	45,0	44,2	43,5	43,0	43,0	43,7	معدل الإعالة الديمغرافية للأشخاص الأقل من 15 سنة
Taux de dépendance démographique 60 ans et plus	14,4	14,0	13,5	13,1	12,7	12,4	12,0	11,5	معدل الإعالة الديمغرافية للأشخاص 60 سنة فأكثر
Taux brut de natalité (‰)	26,12	26,03	25,93	25,14	26,08	24,78	24,68	24,07	المعدل الخام للولادات (‰)
Taux brut de mortalité (‰)	4,42	4,57	4,44	4,39	4,53	4,41	4,37	4,51	المعدل الخام للوفيات (‰)
Taux d'accroissement naturel (%)	2,17	2,15	2,15	2,07	2,16	2,04	2,03	1,96	معدل النمو الطبيعي (%)

Indicateurs/ année	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010	2009	المؤشرات / السنة
Taux de mortalité infantile (‰) :	20,9	22,3	22,0	22,4	22,6	23,1	23,7	24,8	معدل وفيات الرضع (‰) :
Masculin	22,4	23,7	23,5	23,6	23,9	24,6	25,2	26,6	ذكور
Féminin	19,3	20,7	20,4	21,2	21,2	21,6	22,2	22,9	إناث
Quotient de mortalité juvénile (‰) :	25,4	25,7	25,6	26,1	26,1	26,8	27,5	29,0	نسبة وفيات الأطفال الأقل من 5 سنوات (‰)
Masculin	26,9	27,1	27,1	27,3	27,3	28,3	29,0	30,8	ذكور
Féminin	23,7	24,2	23,9	24,9	24,7	25,2	26,0	27,1	إناث

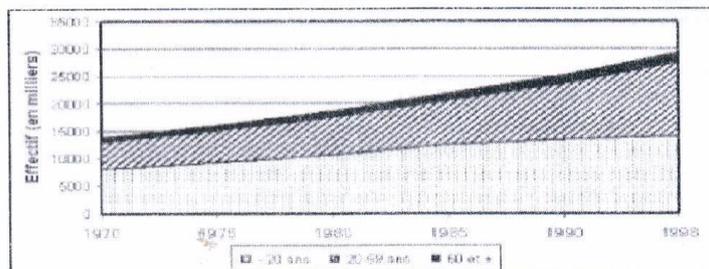
Indicateurs/ année	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010	2009	المؤشرات / السنة
Taux de mortalité néonatale (‰) :	13,2	13,9	14,6	15,9	15,9	16,7	18,2	18,4	معدل المواليد الأموات (‰) :
Masculin	14,1	14,8	15,8	16,8	16,8	18,0	19,6	19,6	ذكور
Féminin	12,2	12,9	13,5	14,9	14,9	15,4	16,7	17,2	إناث

Indicateurs/ année	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010	2009	المؤشرات / السنة
Espérance de vie à la naissance (Années)	77,6	77,1	77,2	77,0	76,4	76,5	76,3	75,5	احتمال البقاء على قيد الحياة (بالسنوات)
Masculin	77,1	76,4	76,6	76,5	75,8	75,6	75,6	74,7	ذكور
Féminin	78,2	77,8	77,8	77,6	77,1	77,4	77,0	76,3	إناث
Taux brut de nuptialité (‰)	8,73	9,24	9,88	10,13	9,90	10,05	9,58	9,68	المعدل الخام للزواجات (‰)
Taux brut de divorcialité (‰)	1,52	1,50	1,56	1,50	1,47	1,49	1,39	1,18	المعدل الخام للطلاق (‰)
Taux de divorce (%)	17,42	16,23	15,75	14,81	14,81	14,86	14,46	12,16	معدل الطلاق (%)

Source: ONS, Donnée statistique N° 740

المصدر: البيان الوطني للإحصائيات، معطيات إحصائية، رقم 740

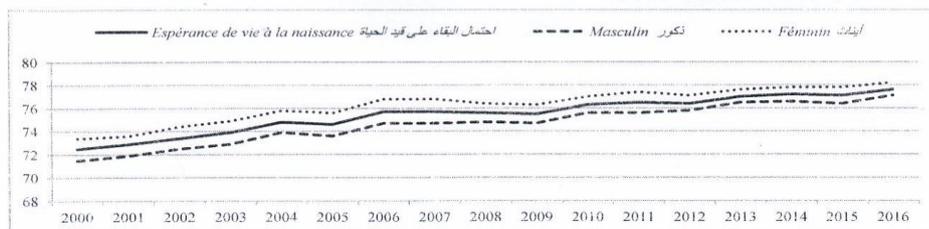
**Annexe 06 : Evolution de la population algérienne par groupe d'âges**



ÉVOLUTION DE LA POPULATION ALGERIENNE PAR GRANDS GROUPES D'AGES

(1970-1998)

Evolution annuelle de l'espérance de vie à la naissance par genre de 2000 à 2016

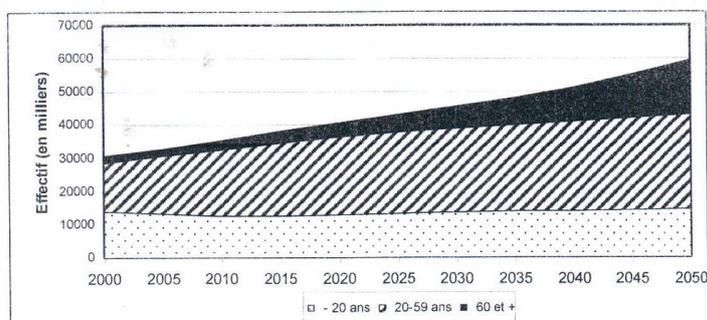


## Annexe 07 : Evolution des indicateurs de vieillissement en Algérie

ÉVOLUTION DES PRINCIPAUX INDICATEURS DE VIEILLISSEMENT EN ALGERIE  
(1966-2002)

Indicateurs	1966 (1)	1977(1)	1987(1)	1998(1)
Effectif des personnes âgées (60 ans et +)	795118	908167	1299575	1926532
Proportion des plus de 60 ans(%)	6,7	5,80	5,8	6,6
Age moyen de la population (en années)	22,7	21,9	22,7	25,3
Indice de vieillissement	0,1	0,10	0,1	0,1
Indice de séniorité	0,2	0,22	0,3	0,2
Indice de féminisation du vieillissement	0,6	0,52	0,5	0,5
Coefficient de charge des personnes âgées(%)	0,2	0,16	0,2	0,2
Coefficient de charge total	1,78	1,9	1,5	1,2

Source : (1) Recensements Généraux de la Population et de l'Habitat



PROJECTION DE LA POPULATION ALGERIENNE PAR GRANDS GROUPES D'AGES  
(2000-2050)

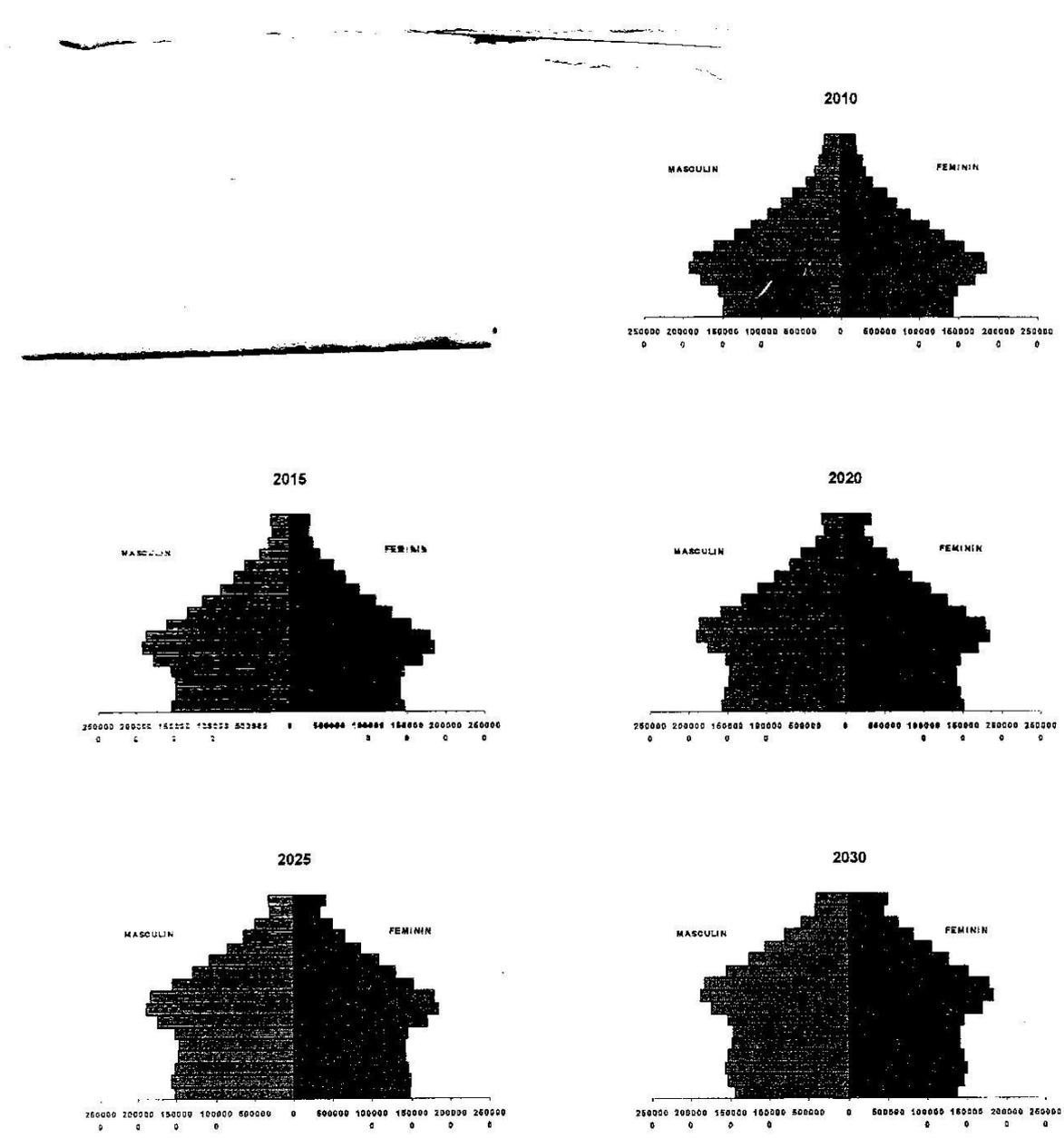
### Annexe 08 : Quelques caractéristiques des personnes âgées de 60 ans et plus en Algérie (en%)

Variables	Groupes d'âges				Total
	60-64 ans	65-69 ans	70-74 ans	75 ans et plus	
<b>Milieu de résidence</b>					
Urbain	61,9	62,4	60,3	59,4	61,1
Rural	31,1	37,6	39,7	40,6	38,9
Total	100	100	100	100	100
<b>Sexe</b>					
Masculin	47,7	47,3	50,5	60,2	49,7
Féminin	52,3	52,7	49,5	39,8	50,3
Total	100	100	100	100	100
<b>Situation matrimoniale</b>					
Célibataire	0,5	0,5	0,4	0,6	0,5
Marié(e)	80,7	75,2	71,1	55,5	71,5
Veuf (ve)	17,2	22,8	27,3	42,1	26,4
Divorcé(e), séparé(e)	1,6	1,5	1,2	1,8	1,6
Total	100	100	100	100	100
<b>Niveau d'instruction</b>					
Analphabète	77,6	84,6	87,9	91,6	84,8
Lire et écrire-Primaire	16,8	12,5	10,3	7,3	12,2
Moyen et plus	5,6	2,9	1,8	1,1	3,1
Total	100	100	100	100	100
<b>Descendance</b>					
Aucun enfant vivant	3,2	3,4	4,2	4,9	3,8
Enfants vivants	96,8	96,6	95,8	95,1	96,2
Total	100	100	100	100	100
<b>Mode de vie</b>					
Vit seul	1,4	1,8	1,3	2,9	1,8
Ne vit pas seul	98,6	98,2	98,7	97,1	98,2
Total	100	100	100	100	100
<b>Activité</b>					
Actif (ve)	14,7	7,7	6,7	3,2	8,6
Inactif (ve)	85,3	92,3	39,3	96,8	91,4
Total	100	100	100	100	100

Source : Calculs effectuée sur les données de l'Enquête Algérienne sur la Santé de la Famille(EASF2000) (Bouaziz k)



**Annexe 10 : projection de la population à l'horizon 2030**



Source : Office national des statistiques, 2004, **projection de la population à l'horizon 2030**.  
Collection statistique N°8. Série S N°106.

**Annexe 11 : Evolution de l'espérance de vie à la naissance par sexe, évolution des taux de fécondité générale par groupe d'âges, de l'indice synthétique de fécondité (1970-2008).**

**Tableau 7 : Evolution des taux de fécondité générale par groupes d'âges, de l'indice synthétique de fécondité (1970-2008)**

Années	Groupes d'âges (taux pour 1000)							ISF
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	
1970	114	338	388	355	281	152	42	<b>7.8</b>
1980	69	288	331	286	265	126	25	<b>6.9</b>
1985	43	240	298	308	236	101	22	<b>6.2</b>
1990	23	148	222	223	186	86	17	<b>4.5</b>
1998 (1)	10.9	81.4	139.7	138.3	104.5	48.6	9.8	<b>2.7</b>
2000 (2)	6.0	59.0	119.0	134.0	105.0	43.0	9.0	<b>2.4</b>
2006 (3)	4.4	51.3	111.1	129.2	108.9	44.7	2.3	<b>2.3</b>
2008 (4)	<b>9.3</b>	<b>75.1</b>	<b>139.0</b>	<b>148.5</b>	<b>117.7</b>	<b>51.2</b>	<b>8.0</b>	<b>2.7</b>

(1) : Recensement général de la population et de l'Habitat1998, (2) : Enquête algérienne sur la santé de la famille réalisée en 2002, (3) Enquête à indicateurs multiples, (4) Recensement Général de la Population et de l'Habitat-2008.

**Tableau 10 : Evolution de l'espérance de vie à la naissance par sexe**

Année	1970	1980	1985	1991	2000	2005	2010
<b>Hommes</b>	52.6	55.9	62.7	66.9	71.5	73.6	75.6
<b>Femmes</b>	52.8	58.8	64.2	67.8	73.4	75.6	77.0
<b>Ensemble</b>	<b>52.6</b>	<b>57.4</b>	<b>63.6</b>	<b>67.3</b>	<b>72.5</b>	<b>74.6</b>	<b>76.3</b>

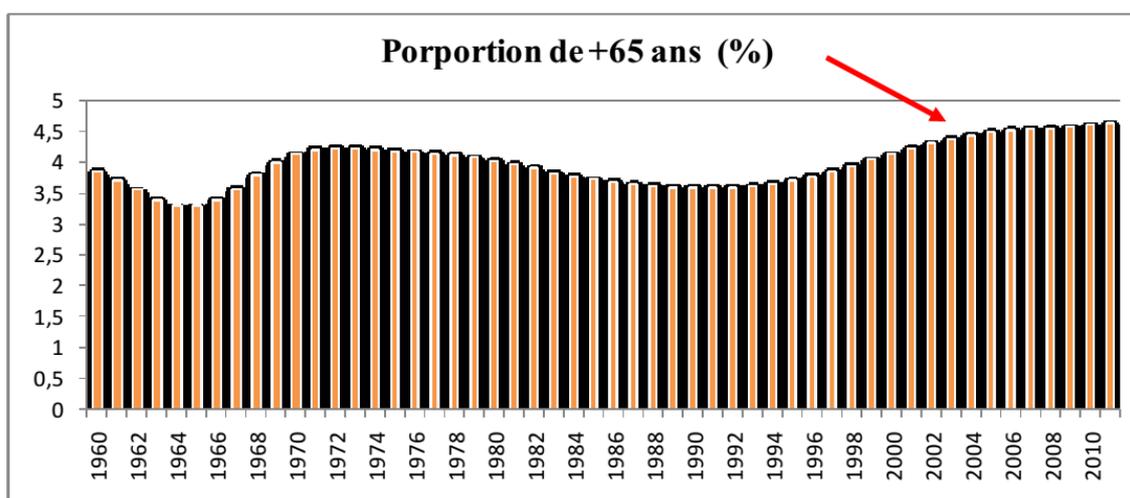
**Annexes 12 : L'évolution de la part de la population âgée de +65 ans en (%) de la population totale sur la période (1960-2011) ; Evolution de la population active et celle de + 60 ans sur la période (1988-2008).**

**Évolution de la population active et celle de + 60 ans sur la période (1988-2008)**

Années	Pop active	Popu +60	rapport(%)	Années	Pop active	Popu +60	rapport(%)
1988	5392001	1352000	3.99	1998	8326000	1920732	4.33
1989	5442900	1381000	3.94	1999	8589000	1999000	4.30
1990	5674400	1412000	4.02	2000	8860000	2043000	4.34
1991	5799610	1445000	4.01	2001	8568221	2112266	4.06
1992	6057790	1526000	3.97	2003	8762000	2034000	4.31
1993	6561000	1565000	4.19	2004	9500000	2076000	4.58
1994	6814000	1611000	4.23	2005	9850000	2121000	4.64
1995	7561000	1657000	4.56	2006	10100000	2170000	4.65
1996	7811000	1689000	4.62	2007	9969000	2225000	4.48
1997	8072000	1804866	4.47	2008	10315000	2556102	4.04

Source : ONS ; 2009.

**L'évolution de la part de la population âgée de +65 ans en (%) de la population totale sur la période (1960-2011).**



Source : fait à partir des données de la Banque Mondiale.

### Annexe 13 : proportion des personnes âgées souffrant de maladie ou de problèmes de santé

PROPORTION DES PERSONNES AGEES SOUFFRANT DE MALADIE OU DE PROBLEMES DE SANTE

Age	Masculin	Féminin	Total
60 à 64 ans	46,0	67,3	57,3
65 à 69 ans	56,8	75,7	66,6
70 à 74 ans	63,6	74,7	69,3
75 à 79 ans	70,9	88,7	77,6
80 ans et plus	74,8	83,5	79,1
Total	59,0	74,7	66,9

Source : Enquête Algérienne sur la Santé de la famille (2002)

PROPORTION DES PERSONNES AGEES SELON LES PRINCIPALES MALADIES ET LE SEXE

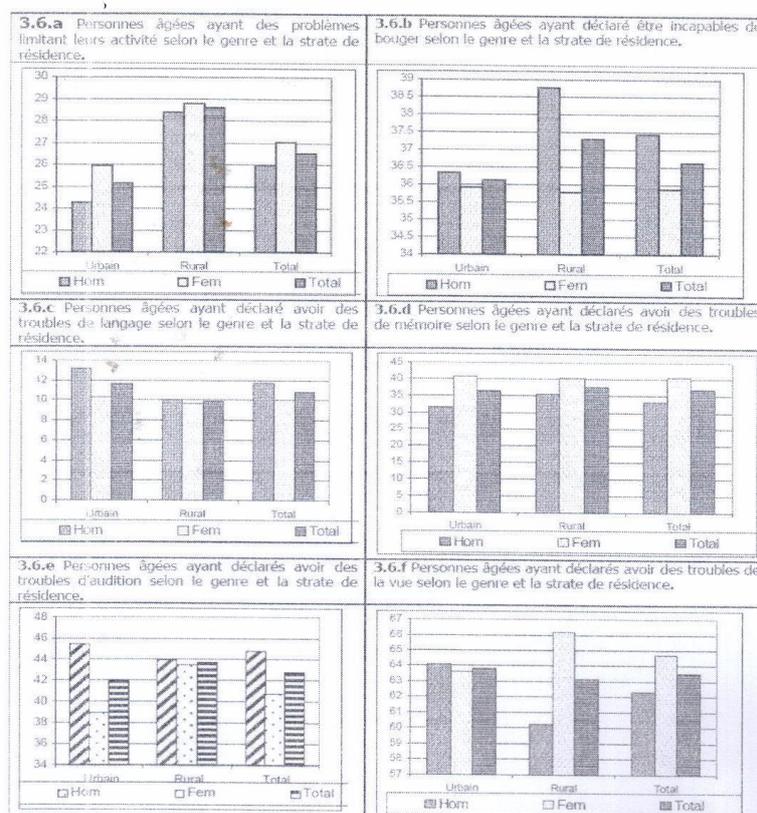
Type de maladie	Masculin		Féminin		Total	
	Déclaré	Diagnostic médecin	Déclaré	Diagnostic Médecin	Déclaré	Diagnostic médecin
Hypertension	35,1	94,7	49,7	96,7	43,3	96,0
Diabète	16,4	97,6	17,3	97,4	16,9	97,5
Problèmes d'estomac	17,1	90,2	20,7	87,3	19,1	88,4
Maladies cardiovasculaires	11,4	96,0	12,5	94,4	12,0	95,1
Maladies rénales	6,9	87,0	5,2	85,5	6,0	86,2
Maladies articulaires	28,6	87,0	42,6	87,9	36,5	87,6
Asthme	7,1	97,2	4,6	88,9	5,7	93,4
Hyperplasie prostatique	7,4	94,1	0,8	78,9	3,7	92,3
Glaucome	5,6	81,0	4,8	82,7	5,1	81,9
Cataracte	13,5	86,7	10,0	84,8	11,6	85,8
Problèmes de dos	13,4	65,3	15,5	68,7	14,6	67,3
Problèmes de contrôle d'urine	9,6	81,3	8,4	65,7	8,9	73,1
Problèmes Nerveux et psycho	7,7	71,2	6,5	62,8	7,0	67,0

Source : Enquête Algérienne sur la Santé de la famille (2002)

## Annexe 14 : proportion des personnes âgées souffrant d'incapacité diverses

Enquête Algérienne sur la Santé de la Famille, 2002

Analyses approfondies



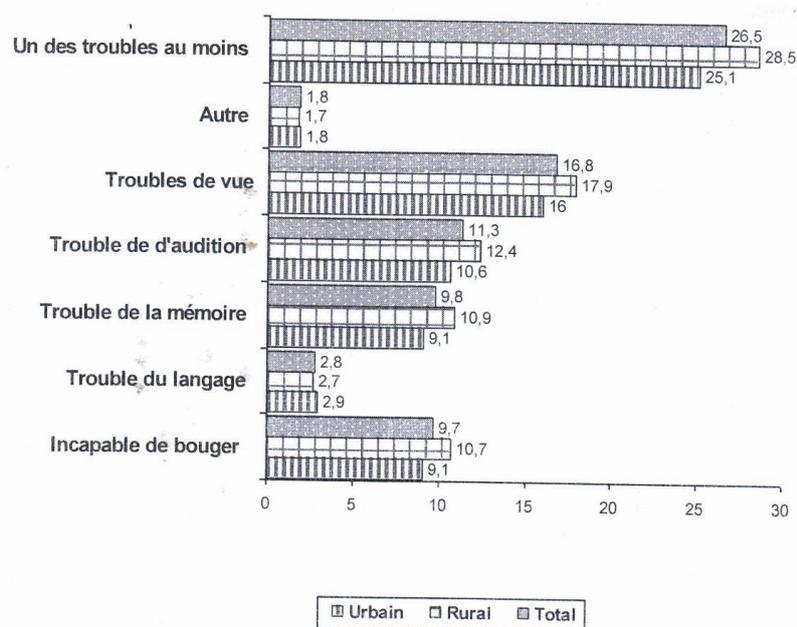
PROPORTIONS DE PERSONNES AGEES SOUFFRANT D'INCAPACITES DIVERSES SELON LE SEXE ET LA RESIDENCE

**Source :** Enquête Algérienne sur la Santé de la Famille. Analyses approfondies.2002.Office Nationale des Statistiques ; Ministère

L'Enquête Algérienne sur la Santé de la Famille a été réalisée dans le cadre du projet pan arabe sur la santé de la famille sur la base d'un protocole d'accord signé entre le gouvernement Algérien, représenté par le Ministre de la Santé, de la Population et de la Réforme hospitalière et la Ligue des États Arabes. La réalisation de l'Enquête Algérienne sur la Santé de la Famille (EASF) a été confiée à l'Office National des Statistiques (O.N.S). Elle a été préparée, exécutée et exploitée en 2002 par l'O.N.S en étroite collaboration avec les services en charge des questions de population du Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière.

## Annexe 15 : proportion des personnes âgées souffrant de troubles limitant leur activité quotidienne

Proportion des personnes âgées souffrant de problèmes/toubles limitant leur activité quotidienne selon le type de problème et le milieu de résidence.



Répartition relative des personnes âgées

selon le besoin en aide pour l'accomplissement des tâches quotidiennes.

Variables	A besoin d'aide	N'a pas besoin d'aide
<b>Groupes d'âges</b>		
60-64	14.6	85.4
65-69	18.1	81.9
70-74	28.1	71.9
75-79	40.8	59.2
80 et +	67.2	32.8
<b>Genre</b>		
Masculin	22.8	77.2
Féminin	30.9	69.1
<b>Milieu de résidence</b>		
Urbain	26.5	73.5
Rural	27.5	72.5
Total	26.9	73.1

## Annexe 16 : structure des personnes âgées selon le lien de parenté des personnes qui vivent avec la personne âgée

Tableau 16.1 : Structure des personnes âgées selon le lien de parenté des personnes qui vivent avec l'enquêté(e) et les caractéristiques de l'enquêté(e)

Variables	Vit seul	Époux/ Épouse	Les enfants	Belle-fille/beau-fils	Petits enfants	Beaux petits enfants	Frères et sœurs	Autres proches	Autre personne sans lien de parenté	Se déplace d'une maison à une autre	Autre
Groupes d'âges											
60-64	1.2	79.1	91.7	27.2	26.8	0.6	1.8	3.6	0.3	0.0	1.8
65-69	1.7	74.9	88.3	32.1	32.8	1.0	0.9	3.9	0.3	0.1	1.2
70-74	1.1	70.6	82.3	36.3	40.0	1.7	0.7	4.3	2.1	0.2	1.2
75-79	3.1	65.5	76.8	39.2	40.9	0.8	0.7	3.5	0.6	0.2	1.9
80 et +	3.8	46.3	75.0	46.5	49.3	3.6	0.8	4.9	1.0	0.0	1.2
Genre											
Masculin	0.7	92.1	88.7	27.3	26.7	0.7	0.8	3.2	0.4	0.1	1.1
Féminin	3.0	50.5	82.2	40.2	43.3	1.8	1.4	4.7	1.1	0.0	1.9
État matrimonial											
Célibataire	10.4	0.0	0.0	9.3	12.6	0.0	63.2	65.8	0.0	0.0	0.0
Marié(e)	0.3	98.1	86.8	28.2	28.3	0.7	0.5	3.0	0.5	0.1	1.5
Veuf/veuve	5.4	2.0	84.2	49.5	54.0	2.9	1.6	5.5	1.5	0.1	1.2
Divorcé(e)	16.5	0.8	65.5	32.9	35.7	0.0	7.5	4.1	0.0	0.0	6.8
Séparé(e)	0.0	0.0	49.9	15.6	15.6	0.0	0.0	15.6	0.0	0.0	50.1
État de résidence											
Vit seul(e)	100	0.0		0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
avec un membre de la famille chez l'enquêté(e)	0.0	77.5		30.8	32.3	1.0	0.7	3.3	0.7	0.1	1.5
avec un membre de la famille chez le membre	0.0	46.3		53.8	53.7	2.5	3.4	8.0	1.2	0.0	1.4
Milieu de résidence											
Urbain	1.9	68.6	85.4	33.2	34.5	1.0	1.0	4.6	0.8	0.1	1.6
Rural	1.7	75.1	85.5	34.7	35.9	1.6	1.3	3.0	0.7	0.1	1.3
Total	1.8	71.2	85.5	33.8	35.0	1.2	1.1	3.9	0.8	0.1	1.5

### Annexe 17 : répartition des personnes âgées ayant des enfants vivants qui leur rendent visite.

Répartition des personnes âgées ayant des enfants vivants qui leur rendent visite, la fréquence des visites et les caractéristiques de l'enquêté(e)

Variables	Reçoivent des visites de leurs enfants	Habitent tous ensemble	Les visites quotidiennes	Une seule visite par semaine	Une seule visite par mois	Occasionnellement	En cas malade	L'enquêté(e) rend visite lui-même à ses enfants	Autre	Non déclaré
Groupes d'âges										
60-64	58.7	38.7	21.1	28.0	19.5	28.0	1.5	0.1	0.8	1.0
65-69	67.3	29.8	22.9	28.9	17.8	27.2	1.6	0.2	0.6	0.8
70-74	72.8	25.1	22.1	32.1	18.6	24.7	1.7	0.1	0.5	0.2
75-79	74.2	20.7	24.1	29.6	14.7	28.6	1.4	0.0	0.6	1.0
80 et +	75.9	17.7	20.7	28.8	21.3	25.5	3.0	0.5	0.3	0.0
Genre										
Masculin	63.2	13.8	20.6	29.6	18.7	27.6	1.8	0.1	0.5	1.0
Féminin	71.6	24.8	23.5	29.1	18.2	26.2	1.7	0.2	0.7	0.3
Milieu de résidence										
Urbain	67.4	29.4	22.8	31.7	17.7	25.6	1.1	0.3	0.5	0.4
Rural	67.4	29.1	21.1	25.9	19.7	28.9	2.7	0.0	0.8	1.0
Total	67.4	29.3	22.2	29.4	18.5	26.9	1.7	0.2	0.6	0.6

Répartition des personnes âgées ayant des enfants vivant selon les sorties avec les enfants, demande de conseil des enfants auprès l'enquêté(e) les conseils pris en considération par les enfants, aide financière des enfants, enfants accomplissent leur devoir envers l'enquêté(e) et les caractéristiques de l'enquêté(e)

Variables	Les sorties avec les enfants	Demande de conseil des enfants auprès l'enquêté(e)	Les conseils pris en considération par les enfants	Aide financière des enfants	Les enfants accomplissent leur devoir envers l'enquêté(e)	Nombre
Groupes d'âges						
60-64	40.9	77.4	79.8	45.1	80.0	1168
65-69	43.3	79.0	78.8	44.6	81.7	1067
70-74	41.2	73.9	73.9	47.3	77.5	709
75-79	39.7	70.1	67.6	44.1	79.2	434
80 et +	35.1	65.8	63.7	48.1	71.9	406
Genre						
Masculin	36.5	75.7	77.3	39.7	79.3	1900
Féminin	45.3	74.5	73.2	51.5	78.8	1885
Milieu de résidence						
Urbain	42.1	76.3	76.2	47.3	81.1	2274
Rural	39.0	73.3	73.8	43.1	76.0	1511
Total	40.9	75.1	75.3	45.6	79.0	3785

## Annexe 18 : répartition des personnes âgées selon leur contribution financière dans le ménage

Répartition des personnes âgées selon leur contribution financière dans le ménage et les caractéristiques de l'enquêté(e)

Les caractéristiques	Se prend en charge seul(e)	Prend d'autre en charge	Il/elle est pris(e) en charge	Non déclaré
<b>Groupes d'âges</b>				
60-64	11.4	49.1	39.4	0.1
65-69	12.9	50.7	36.3	0.1
70-74	13.1	49.3	37.4	0.2
75-79	22.1	48.1	29.5	0.3
80 et +	14.1	38.1	47.5	0.3
<b>Genre</b>				
Masculin	14.4	75.9	9.4	0.3
Féminin	13.0	21.0	66.0	0.0
<b>Etat de survie des enfants</b>				
Enfants vivants	13.2	48.7	37.9	0.2
Enfants décédés	23.9	36.9	39.2	0.0
Non déclaré	14.9	55.6	29.5	0.0
<b>État de résidence</b>				
Vit seul(e)	82.5	8.1	9.4	0.0
Vit avec un membre de la famille chez l'enquêté(e)	13.0	56.4	30.4	0.2
Vit avec un membre de la famille chez le membre	9.0	10.4	80.6	0.0
<b>État d'emploi</b>				
Travail actuellement	8.0	88.4	3.6	0.0
A travaillé(e) dans le passé	16.4	70.1	13.3	0.3
N'a jamais travaillé(e)	11.9	19.0	69.0	0.1
<b>Milieu de résidence</b>				
Urbain	13.3	49.4	37.1	0.1
Rural	14.2	46.5	39.0	0.2
Total	13.7	48.3	37.9	0.2

**Annexe 19 : Répartition des personnes âgées qui rendent visite aux proches, amis ; répartition des personnes âgées selon la marche régulière, autres activités sportives.**

Répartition des personnes âgées qui rendent visite aux proches, amis et les caractéristiques de l'enquêté(e)

Variables	Visiter les proches et les amis	Recevoir des visites des proches et des amis
Groupes d'âges		
60-64	7.2	79.8
65-69	5.5	77.7
70-74	6.4	75.0
75-79	5.2	66.9
80 et +	2.6	46.5
Genre		
Masculin	6.1	76.0
Féminin	5.6	70.4
Milieu de résidence		
Urbain	6.9	72.8
Rural	4.3	73.8
Total	5.8	73.2

Répartition des personnes âgées selon la marche régulière, autre activité sportive et les caractéristiques de l'enquêté(e)

Les caractéristiques	La marche de façon régulière	Autre activité sportive
Groupes d'âges		
60-64	63.6	2.3
65-69	59.3	2.1
70-74	51.3	1.8
75-79	48.9	0.7
80 et +	32.2	1.7
Genre		
Masculin	66.6	2.5
Féminin	43.5	1.3
Milieu de résidence		
Urbain	57.4	2.4
Rural	51.2	1.1
Total	55.0	1.9

**Annexe 20 : proportion des personnes âgées selon l'exercice des activités quotidiennes ; proportion des personnes âgées qui réalisent seules et sans aucune aide des activités selon le sexe.**

PROPORTION DES PERSONNES AGEES SELON L'EXERCICE DES ACTIVITES QUOTIDIENNE ET LE GENRE

Activités quotidiennes	Hommes	Femmes	Ensemble
Prière à domicile.	65,4	88,2	76,9
Prière à la mosquée.	57,3	8,0	32,5
Travaux ménagers.	10,4	61,2	36,0
Recevoir les visiteurs.	37,1	42,8	39,9
Loisirs à domicile.	5,6	7,8	6,7
Loisirs à l'extérieur.	8,9	2,4	5,6
Regarder la télévision.	59,0	63,2	61,1
Écouter la radio.	27,6	21,4	24,5
Aller au travail.	11,8	1,5	6,6
Visiter les proches et amis.	34,0	35,6	34,8
Faire des courses.	59,4	23,4	41,3
Aller au café.	25,4	0,2	12,7

Source : Enquête Algérienne sur la Santé de la Famille (2002)

PROPORTION DES PERSONNES AGEES QUI FONT REGULIEREMENT DE LA MARCHÉ SELON LE SEXE

Age regroupé	Hommes	Femmes	Ensemble
60 à 64 ans	77,3	52,1	63,8
65 à 69 ans	72,6	47,5	59,6
70 à 74 ans	67,0	36,9	51,6
75 à 79 ans	56,3	37,1	49,1
80 ans et plus	38,7	25,9	32,3
Total	66,8	43,7	55,2

Source : Enquête Algérienne sur la Santé de la Famille (2002)

PROPORTION DES PERSONNES AGEES QUI REALISENT SEULES ET SANS AUCUNE AIDE LES ACTIVITES SUIVANTES SELON LE SEXE

Type de dépendance	Masculin		Féminin		Total	
	80 ans &+	Total	80ans &+	Total	80ans &+	Total
Utilisation des toilettes	67,3	91,1	68,1	91,1	67,7	91,1
Prendre le bain	54,1	86,3	47,9	82,1	51,0	84,2
S'habiller	64,4	90,3	60,6	90,2	62,5	90,2
Se déplacer	71,1	91,8	66,9	90,5	69,0	91,1
Manger	87,6	95,4	86,1	95,9	86,8	95,6
Marcher 350-400m	55,5	86,6	47,5	79,5	51,5	83,0
Utilisation des escaliers	48,7	82,9	38,3	75,8	43,5	79,3
Transporter poids (4.5kg) pour moins 10m	41,9	80,1	31,8	71,9	36,9	76,0
Se plier pour soulever des choses	60,1	85,6	52,0	81,5	56,1	83,5
Tenir les choses	74,9	91,4	69,2	89,4	72,0	90,4

Source : Enquête Algérienne sur la Santé de la famille (2002)

## Annexe 21 : répartition des personnes âgées selon leurs capacités

Tableau 16.7 Répartition des personnes âgées selon leurs capacités et les caractéristiques de l'enquêté(e)

Variables	Capable de travaillé(e)	Aide un membre de la famille / exerce une activité	Garde les petits enfants	Aider dans le ménage	Faire le marché	Activité économique à domicile	Activité économique à l'extérieur	Autre
Groupes d'âges								
60-64	10.5	51.8	25.5	55.8	52.1	12.6	17.3	2.1
65-69	7.3	44.4	26.2	51.8	56.7	14.4	15.2	1.9
70-74	4.1	38.2	23.2	42.4	54.6	13.5	11.6	1.7
75-79	2.2	33.2	29.2	42.3	62.1	12.5	16.3	4.3
80 et +	1.1	15.7	24.5	40.0	53.9	12.9	5.1	2.0
Genre								
Masculin	0.4	37.8	7.6	10.9	85.0	16.2	27.7	2.9
Féminin	12.4	44.3	40.7	83.4	29.7	10.8	4.5	1.5
Etat de survie des enfants								
Enfants vivants	6.5	41.4	25.8	49.9	55.0	13.3	15.3	2.1
Enfants décédés	4.1	35.2	21.0	64.1	50.6	14.0	7.3	2.8
Non déclaré	14.9	29.8	0.0	0.0	100	0.0	50	0.0
Etat de résidence (habitation)								
Vit seul(e)	6.0	22.9	18.9	78.4	85.4	17.7	30.0	0.0
Vit avec un membre de la famille chez l'enquêté(e)	5.7	41.9	21.4	45.4	60.3	14.5	16.6	2.5
Vit avec un membre de la famille chez le membre	10.3	39.0	49.6	75.9	22.6	5.9	5.2	0.6
Etat d'emploi								
Travail actuellement	0.0	63.2	5.7	12.5	62.5	17.6	61.2	4.6
A travaillé(e) dans le passé	0.0	35.3	13.4	20.4	83.8	16.2	15.3	2.7
N'a jamais travaillé(e)	14.1	43.3	40.8	84.8	29.0	9.7	3.2	1.1
Milieu de résidence								
Urbain	6.8	42.5	26.6	51.8	60.3	12.5	12.0	1.6
Rural	5.8	38.9	23.9	47.8	46.0	14.6	20.1	3.1
Total	6.4	41.1	25.6	50.3	54.9	13.3	15.1	2.2

## Annexe 22 : répartition des personnes âgées qui bénéficient des centres, clubs ou associations des personnes âgées

Répartition des personnes âgées qui bénéficient des centres, clubs ou des associations de prise en charge des personnes âgées et les caractéristiques de l'enquêté(e)

Variables	Ont des centres/ clubs/ des associations	Bénéficié(e)	Ne bénéficié(e) pas
<b>Genre</b>			
Masculin	6.1	7.5	92.5
Féminin	5.6	9.2	90.8
<b>Milieu de résidence</b>			
Urbain	6.9	10.8	89.2
Rural	4.3	2.5	97.5
<b>Total</b>	<b>5.8</b>	<b>8.4</b>	<b>91.6</b>

SERVICES QU'IL FAUDRAIT CREER SELON POUR LES PERSONNES AGEES

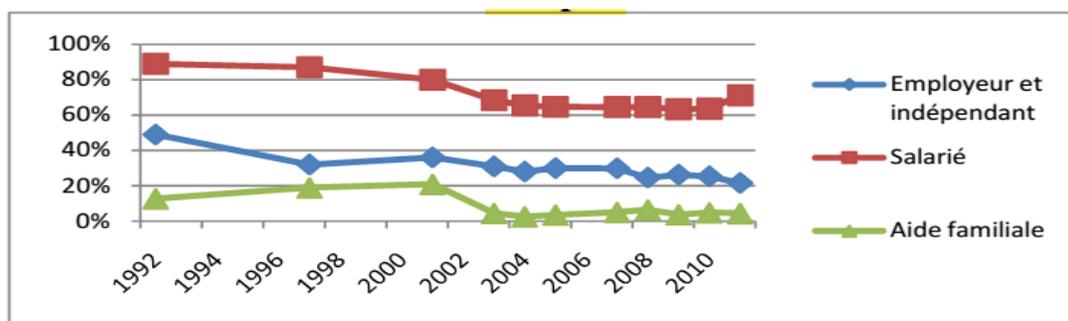
	Masculin	Féminin	Total
Créer des centres de services sociaux	46,4	37,4	41,9
Créer clubs sportifs	17,6	9,2	13,4
Assurance médicale	76,7	73,7	75,2
Assurer transport gratuit	56,7	49,6	53,1
Recevoir la pension de retraite a domicile	51,0	41,3	46,1
Remises dans les services	57,3	50,7	54,0

Source : Enquête Algérienne sur la Santé de la Famille (2002)

**Annexes : Eléments statistiques  
concernant la sécurité sociale et la  
retraite en Algérie**

## Annexe 23 : Evolution des taux de couverture de la population occupée ; Le taux de couverture des personnes âgées par le système de retraite.

### Evolution des taux de couverture de la population occupée



Source : calculé à partir des données de l'ONS.

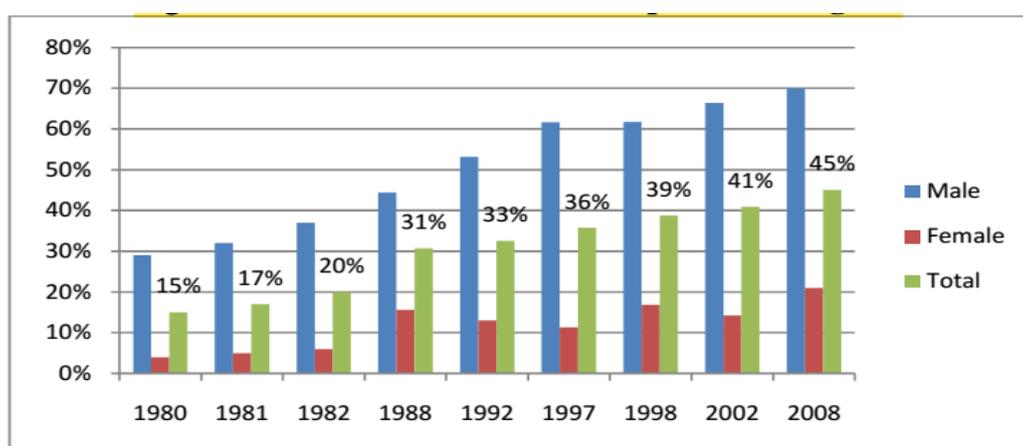
\*pour les années 1992 et 1997 les apprentis sont inclus dans les aides familiaux, sinon sont compris dans la catégorie des salariés à partir de 2001.

### Le taux de couverture des personnes âgées par le système de retraite

Nombre de bénéficiaires de 60 ans et plus :	Taux de couverture 2005			Taux de couverture 2011		
	Masculin	Féminin	Total	Masculin	Féminin	Total
Allocation				272	25410	
Droit direct	637283	75261		877783	106153	
Droit réversion	4033	247354		5283	334726	
Total retraite	641316	322615	963931	883338	466289	1349627
Population >60 ans	1259530	1128116	2387647	1465450	1472870	2938320
Taux de couverture de la pop >60 ans	51%	29%	40%	60%	32%	46%

Source : calculé à partir des données de la CNR

### Taux de couverture des personnes âgées



Source : calculé à partir des enquêtes et recensements de l'ONS et Grangaud 1984.

**Annexe 24 : Evolution du taux de cotisation (en pourcentage du salaire soumis à cotisation) ;  
le manque à gagner de la CNAS (en millions de dinars)**

**Evolution du taux de cotisation (en pourcentage du salaire soumis à cotisation)**

	1985			1991			1995				1998				2011			
	Employeur	Salarié	Total	Employeur	Salarié	Total	Employeur	Salarié	FOS*	T	Employeur	Salarié	FOS*	T	Employeur	Salarié	FOS*	T
Assurances Sociales	12,5	1,5	14	12,5	1,5	14	12,5	1,5		14	12,5	1,5		14	12,5	1,5		14
Accidents de travail	2	0	2	2	0	2	1			1	1			1	1,25	0		1,25
Allocations Familiales	6	0	6	6	0	6	0	0		0	0	0		0	0	0		0
Retraite	3,5	3,5	7	3,5	6,5	7,5	3,5		11	7,5	5		12,5	10	6,75	0,5		17,25
Retraite Anticipée			0	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	1,5	0,5	0,5	0,5	1,5	0,25	0,25			0,5
Chômage			0			2,5	1,5		4	2,5	1,5		4	1	0,5			1,5
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>5</b>	<b>29</b>	<b>24</b>	<b>5</b>	<b>29</b>	<b>24</b>	<b>70,5</b>	<b>31,5</b>	<b>24</b>	<b>8,50</b>	<b>5,5</b>	<b>33</b>	<b>25</b>	<b>90,5</b>	<b>0,5</b>		<b>34,5</b>

Source : CNAS FOS : Fonds des œuvres sociales.

**Le manque à gagner de la CNAS (en millions de dinars)**

Années	Recettes de la CNAS (1)	Masse salariale (2)	recettes potentielles(3)= (2)*34,5%	manque à gagner (4)= (3)-(1)	(4)/(1) en pourcentage
2000	189 909,00	884 617,00	305 192,87	115 283,87	61%
2001	231 550,00	970 615,30	334 862,28	103 312,28	45%
2002	264 174,00	1 048 921,80	361 878,02	97 704,02	37%
2003	283 355,00	1 137 905,07	392 577,25	109 222,25	39%
2004	341 538,00	1 278 516,40	441 088,16	99 550,16	29%
2005	383 009,00	1 363 926,70	470 554,71	87 545,71	23%
2006	392 079,00	1 471 427,10	507 642,35	115 563,35	29%
2007	450 499,00	1 725 034,60	595 136,94	144 637,94	32%
2008	535 862,00	2 121 992,80	732 087,52	196 225,52	37%
2009	594 802,00	2 375 826,30	819 660,07	224 858,07	38%

Source : calculs des auteurs à partir des données du ministère de travail, ONS

## Annexe 25 : Risques couverts par la sécurité sociale

## Risques couverts par la sécurité sociale

Nature du risque	Type de prestations	
	En espèces	En nature
Branche assurances sociales maladie → maternité → invalidité → décès →	Revenu de remplacement Indemnités journalières pour maladie ou maternité pension d'invalidité allocation décès	Remboursement de frais médicaux
Branche accidents du travail et maladies professionnelles	<ul style="list-style-type: none"> <li>• indemnités journalières</li> <li>• pension</li> </ul>	Remboursement de frais de soins et de réadaptation.
Branche prestations familiales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• allocation pour enfants à charge</li> <li>• allocation pour conjoint à charge</li> <li>• prime de scolarité</li> </ul>	Séjours en centres de vacances
Branche retraite	<ul style="list-style-type: none"> <li>• pension directe ou de réversion</li> <li>• retraite anticipée</li> </ul>	
Branche chômage*	Allocations chômage	

**Source :** Grangaud M.F. « rôle de la sécurité sociale en Algérie » in cahiers du CREAD n° 2, Alger, 2eme trimestre 1984 pages 29 à 55.

\*la branche chômage est apparue en 1994 rattachée à la caisse nationale du chômage (CNR).

**Annexe 26 : Évolution de la part de financement de l'Etat et de la sécurité sociale aux budgets des établissements de santé en Algérie (en milliers de DA) ; évolution de la part de financement de l'Etat et de la CNAS aux budgets des établissements de santé en Algérie**

**Evolution de la part de financement de l'Etat et de la sécurité sociale aux budgets des établissements de santé en Algérie (en milliers de DA)**

année	participation de l'Etat	Taux de participation de l'Etat	participation de la CNAS	taux de participation de la CNAS
1990			8600000	0,66
1991	9000000	0,44	9500000	0,47
1992	15106000	0,60	9500000	0,38
1993	15246000	0,57	9983000	0,38
1994	18168095	0,59	11250000	0,37
1995	21276280	0,58	13551000	0,37
1996	25536787	0,59	16576000	0,38
1997	27983000	0,59	17972000	0,38
1998	28780880	0,58	19652000	0,40
1999	31245515	0,58	19872000	0,37
2000	33036043	0,60	20540477	0,37
2001	36260000	0,61	21500000	0,36
2002	46752201	0,65	24000000	0,33
2003	60731718	0,67	24000000	0,26
2004	66267647	0,67	25000000	0,25
2005	59455922	0,57	35000000	0,34
2006	73468310	0,66	35000000	0,31
2007	106660000	0,74	35000000	0,24
2008	139040817	0,78	38000000	0,21

Source : direction du budget du ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière.

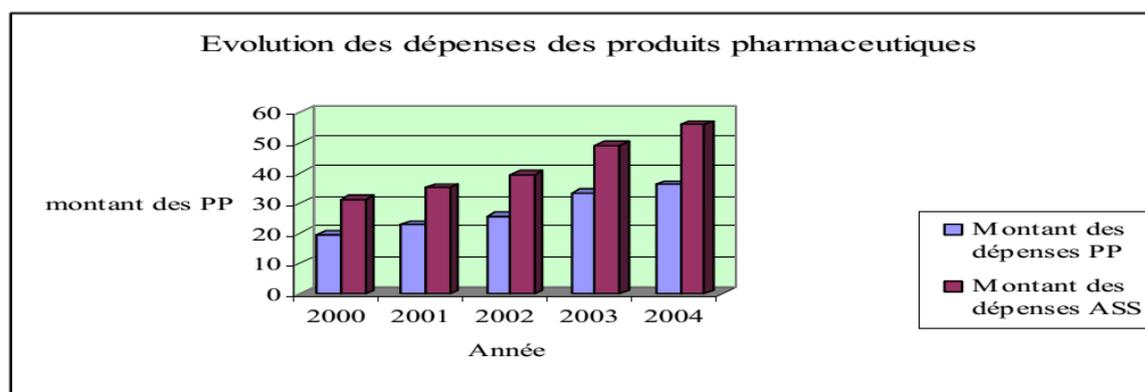
**Annexe 27 : Evolution des dépenses des produits pharmaceutiques (en milliards de DA), évolution des dépenses des produits pharmaceutiques relativement aux montants des dépenses des assurances sociales**

**Evolution des dépenses des produits pharmaceutiques (en milliards de DA)**

année	Montant des dépenses en produits pharmaceutiques (PP)	Montant des dépenses des assurances sociales (ASS)	La part des PP dans les ASS (%)
2000	19,667	31,278	62,87
2001	22,769	35,186	64,70
2002	25,544	39,419	64,80
2003	33,333	49,123	67,83
2004	36,000	55,898	64,40

Source : CNAS (direction générale d'Alger) / direction des finances.

**Évolution des dépenses des produits pharmaceutiques relativement aux montants des dépenses des assurances sociales**



Source : CNAS (direction générale d'Alger) / direction des finances.

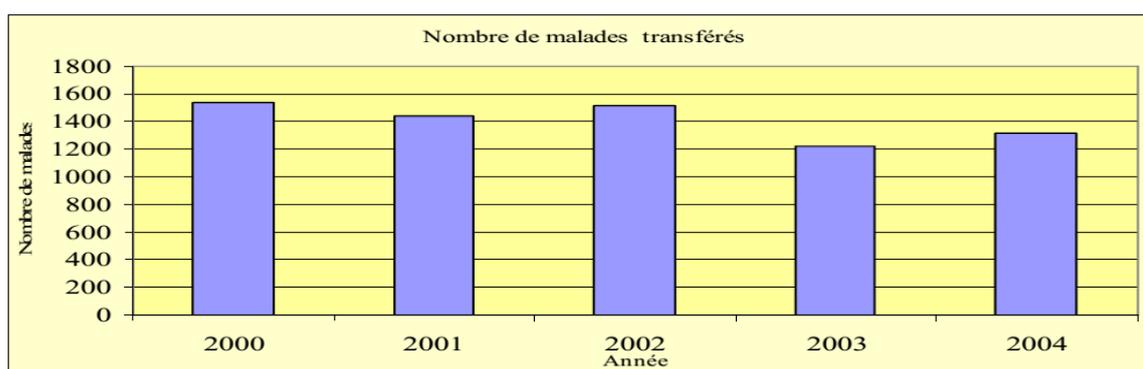
**Annexe 28 : Evolution du nombre de malades et des dépenses de transfert pour soins à l'étranger ; évolution du nombre de malades transférés à l'étranger ; évolution des montants de transfert de malades à l'étranger en milliards de DA**

**Evolution du nombre de malades et des dépenses de transfert pour soins à l'étranger**

année	Nombre de malades transférés	Montant en milliard de DA
2000	1541	1,794
2001	1442	1,918
2002	1512	3,130
2003	1220	2,597
2004	1316	3,000

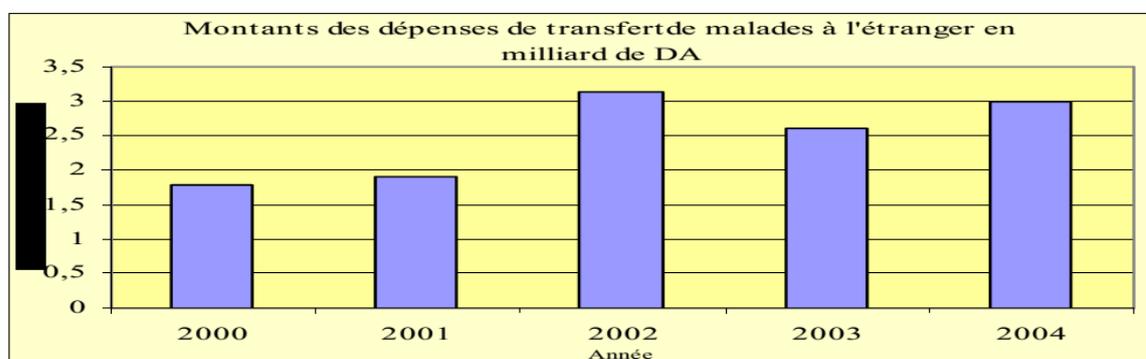
Source : CNAS (direction générale d'Alger) / direction des finances.

**Évolution du nombre de malades transférés à l'étranger**



Source : CNAS (direction générale d'Alger) / direction des finances.

**Evolution des montants de transfert de malades à l'étranger en milliards de DA**



Source : CNAS (direction générale d'Alger) / direction des finances.

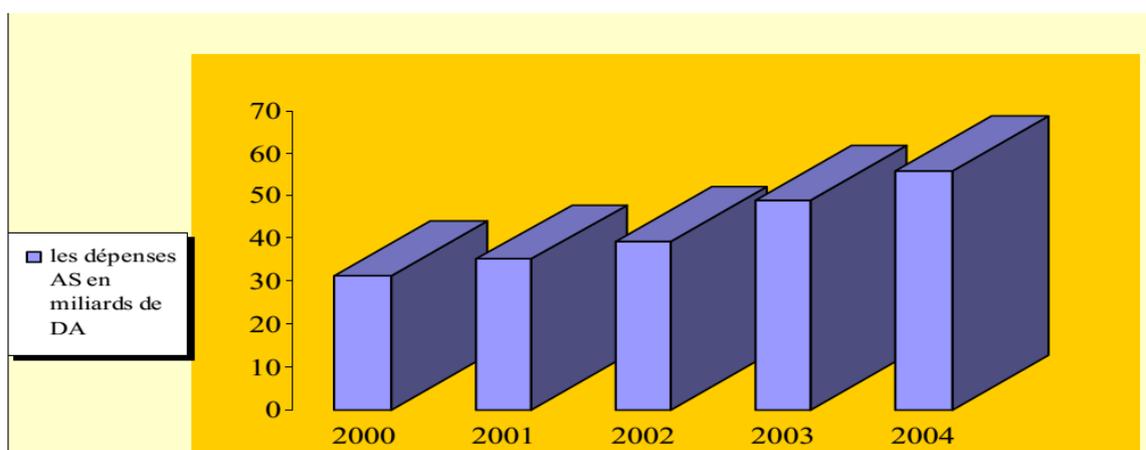
### Annexe 29 : Évolution des dépenses des assurances sociales (en milliards de DA)

#### Évolution des dépenses des assurances sociales (en milliards de DA)

année	les dépenses des assurances sociales (AS) en milliards de DA
2000	31,27
2001	35,18
2002	39,41
2003	49,12
2004	55,89

Source : CNAS (direction générale d'Alger) / direction des finances.

#### Evolution des dépenses des assurances sociales



Source : CNAS (direction générale d'Alger) / direction des finances.

### Annexe 30 : Evolution des Recettes et des Dépenses du système de Sécurité Sociale (1) CNAS Caisse nationale des assurances sociales de 2001 à 2013

#### Evolution des Recettes et des Dépenses du système de Sécurité Sociale (1) CNAS Caisse nationale des assurances sociales de 2001 à 2013

	Unité: 1000 D.A						
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Recettes*	88 173 856	104 770 780	115 330 643	137 144 406	169 702 948	162 429 201	176 930 075
Dépenses*	80 604 875	98 719 064	106 430 650	128 658 775	159 710 475	160 858 422	167 284 883
<b>Solde</b>	<b>+7 568 981</b>	<b>+ 6 051 716</b>	<b>+ 8 899 993</b>	<b>+ 8 485 631</b>	<b>+ 9 992 473</b>	<b>+ 1 570 779</b>	<b>+ 9 645 192</b>
Nombre d'assurés sociaux	4 873 699 <sup>1</sup>	4 872 715 <sup>1</sup>	4 055 243 <sup>1</sup>	6 369 266 <sup>1</sup>	6 756 271 <sup>1</sup>	6 816 052 <sup>1</sup>	7 337 372
Dont : - Salariés	3 726 436	3 473 458	3 425 801	3 508 155	3 567 394	3 693 254	3 809 980
- en %	76,46	71,28	84,48	55,08	52,80	54,18	51,93

	Unité: 1000 D.A						
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	
Recettes*	217 423 186	237 279 581	290 834 513	374 138 481 <sup>1</sup>	477 285 349 <sup>1</sup>	429 838 012	
Dépenses*	191 726 288	187 103 526	209 741 504 <sup>1</sup>	240 607 471	280 753 058 <sup>1</sup>	322 523 436	
<b>Solde</b>	<b>+ 25 696 898</b>	<b>+ 50 176 055</b>	<b>+ 81 093 009<sup>1</sup></b>	<b>+133 531 010<sup>1</sup></b>	<b>+196 532 291<sup>1</sup></b>	<b>+107 314 576</b>	
Nombre d'assurés sociaux	7 800 320	8 346 692 <sup>1</sup>	8 494 919	8 819 160	9 288 143	9 917 243	
Dont : - Salariés	4 109 664	4 788 252	4 860 627	5 050 319	5 332 787	5 673 522	
- en %	52,69	57,37	57,22	57,27	57,41	57,21	

Source: Ministère du Travail, de l'emploi et de la sécurité Sociale./

\* Données extracomptables/(1) Hors Retraite et Mutuelle agricole.

<sup>1</sup> Chiffres révisés par rapport à l'édition précédente.

### Annexe 31 : Evolution des remboursements des produits pharmaceutiques, les accidents de travail et les maladies professionnelles de 1988 à 2013

#### Evolution des remboursements des produits pharmaceutiques, les accidents de travail et les maladies professionnelles de 1988 à 2013

*Unité: 1000 D.A.*

<i>Années</i>	<i>Produits Pharmaceutiques</i>	<i>Accidents de Travail et Maladies Professionnelles</i>
1988	500 000	865 601
1989	740 000	976 090
1990	940 231	1 063 107
1991	1 348 412	1 357 729
1992	3 531 871	1 807 600
1993	5 534 062	2 255 155
1994	6 485 568	2 902 943
1995	10 623 358	3 604 681
1996	15 000 794	4 302 424
1997	16 533 809	4 611 125
1998	16 246 471	5 108 927
1999	15 908 555	5 820 846
2000	19 800 044	6 082 931
2001	23 053 167	7 358 029
2002	25 743 746	7 991 896
2003	33 373 005	8 223 959
2004	40 378 338	9 975 234
2005	47 465 089 <sup>1</sup>	10 373 780
2006	51 071 353 <sup>1</sup>	10 523 344
2007	60 793 291 <sup>1</sup>	12 089 839
2008	72 728 686 <sup>1</sup>	12 801 118
2009	76 908 050	13 619 989
2010	89 132 885	15 155 385
2011	103 320 988	17 367 672 <sup>1</sup>
2012	124 661 142	19 394 887 <sup>1</sup>
2013	147 966 191	21 853 682

**Source:** Ministère du travail, de l'emploi et de la sécurité sociale.

<sup>1</sup>Chiffres révisés par rapport à l'édition précédente.

### Annexe 32: Cotisations et prestations sociales de la CNAS de 2001 à 2013 (1) ; Evolution des Recettes et des Dépenses de la Caisse Nationale de la Retraite (CNR) (1) de 2003 à 2013

#### Cotisations et prestations sociales de la CNAS de 2001 à 2013 (1)

*Unité: 1000 D.A*

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
<i>Cotisations Sociales/ Social Shares</i>	83 384 316	89 165 467	101 563 627	114 018 359	127 412 141	141 788 866	164 182 050
<i>Prestations Sociales/ Social Prestations</i>	68 104 300	78 248 952	91 089 948	108 223 752	123 498 074	137 262 446	143 333 024

*Unité: 1000 D.A*

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
<i>Cotisations Sociales/ Social Shares</i>	206 086 634	229 759 489	279 262 891	366 099 743 <sup>1</sup>	473 876 061 <sup>1</sup>	425 076 569
<i>Prestations Sociales/ Social Prestations</i>	168 779 993	164 929 586	183 015 602	204 719 153	247 559 975	277 832 442

**Source:** Ministère du Travail, *de l'emploi* et de la sécurité Sociale /(1) Hors Retraite et Mutuelle agricole.

<sup>1</sup>Chiffres révisés par rapport à l'édition précédente.

#### Evolution des Recettes et des Dépenses de la Caisse Nationale de la Retraite (CNR) (1) de 2003 à 2013

*Unité: Million de DA*

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013**
<i>Recettes</i>	148 710	183 460	190 110	204 150	244 910	284 400	317 550	360 471	445 663	683 060	599 899
<i>Dépenses</i>	145 440	172 300	186 930	212 870	250 720	278 260	298 750	350 067	406 601	572 520	685 661
<b>Solde</b>	<b>+3 270</b>	<b>+11 160</b>	<b>+3 180</b>	<b>-8 720</b>	<b>-5 810</b>	<b>+6 140<sup>1</sup></b>	<b>+18 800</b>	<b>+10 404<sup>1</sup></b>	<b>+39 062</b>	<b>+110 540</b>	<b>-85 762</b>
<i>Nombre de retraités***</i>	1 512 681	1 605 527	1 688 055	1 771 596	1 858 902	1 948 138	2 075 444	2 169 892	2 189 702	2 319 531	2 482 454

**Source:** Ministère du Travail, *de l'emploi* et de la sécurité Sociale (1) Branches retraite et retraite anticipée.

\* Compte non tenu de la provision des placements Khalifa banque (6 900 Millions de dinars).

\*\* Données actualisées. / <sup>1</sup>Chiffre révisé par rapport à l'édition précédente.

\* \* \*Tous avantages de retraite confondus.

### Annexe 33 : La couverture du risque vieillesse en Algérie par les pensions de droit direct

#### La couverture du risque vieillesse en Algérie par les pensions de droit direct

	Salarié du public et du privé – CNR					Non-salariés - CASNOS	
	Pension d'âge légal	Allocation de retraite	Pension de retraite anticipée	Retraite proportionnelle	Retraite sans condition d'âge	Pension d'âge légal	Allocation de retraite
<b>Conditions d'âge</b>	Homme : 60 ans Femme : 55 ans	60 ans		Homme : 50 ans Femme : 45 ans	aucune	Homme : 65 ans Femme : 60 ans	65 ans
<b>Durée minimale d'activité</b>	15 ans	5 ans	Aucune	Homme : 20 ans Femme : 15 ans	32 ans	15 ans	5 ans
<b>Autres conditions</b>		Rachat de trimestres d'assurance	licenciement économique et versement contribution forfaitaire				
<b>Base de calcul (salaire de référence)</b>	Soit au salaire mensuel moyen des cinq dernières années précédant la retraite ; Soit, si c'est plus favorable, au salaire mensuel moyen déterminé sur la base des cinq années ayant donné lieu à la rémunération la plus élevée au cours de la carrière professionnelle					10 meilleures années des revenus plafonnés à 8 SNMG	
<b>Taux d'annuité</b>	2,5 % par an						
<b>Autres éléments de calcul</b>			Minoration de 1 % de la retraite par année d'anticipation tant que l'assuré n'a pas atteint l'âge légal				
<b>Minimum de la pension</b>	75 % du SNMG			aucun		75 % du SNMG	aucun
<b>Maximum</b>	80 % du salaire soumis à cotisation et 15 fois le SNMG					80 %	
<b>Revalorisation des pensions</b>	Indice suivant les salaires jusqu'en 1999, fixé par CA de la CNR depuis.					Fixé par arrêté ministériel	

**Annexe 34 : Évolution du nombre de bénéficiaires (CNR) (CASNOS) entre 2001 et 2015, Structure des ménages dont le chef de ménage (CM) est retraité par groupes d'âge et sexe selon l'âge du CM ; Répartition du nombre de bénéficiaires d'une pension ou allocation de retraite de droit direct, CNR - 31/12/2015**

**Évolution du nombre de bénéficiaires entre 2001 et 2015**

	2001	2006	2012	2013	2015
Nombre de bénéficiaires <b>CNR</b>	1 341 161	1 771 596	2 319 531	2 482 454	2 773 615
Nombre de bénéficiaires <b>CASNOS</b>	134 908	185 791	223 121	231 466	243 241
Nombre de bénéficiaires <b>CNR + CASNOS</b>	<b>1 476 069</b>	<b>1 957 387</b>	<b>2 542 652</b>	2 713 920	3 016 856

Source : ONS

**Structure des ménages dont le chef de ménage (CM) est retraité par groupes d'âge et sexe selon l'âge du CM**

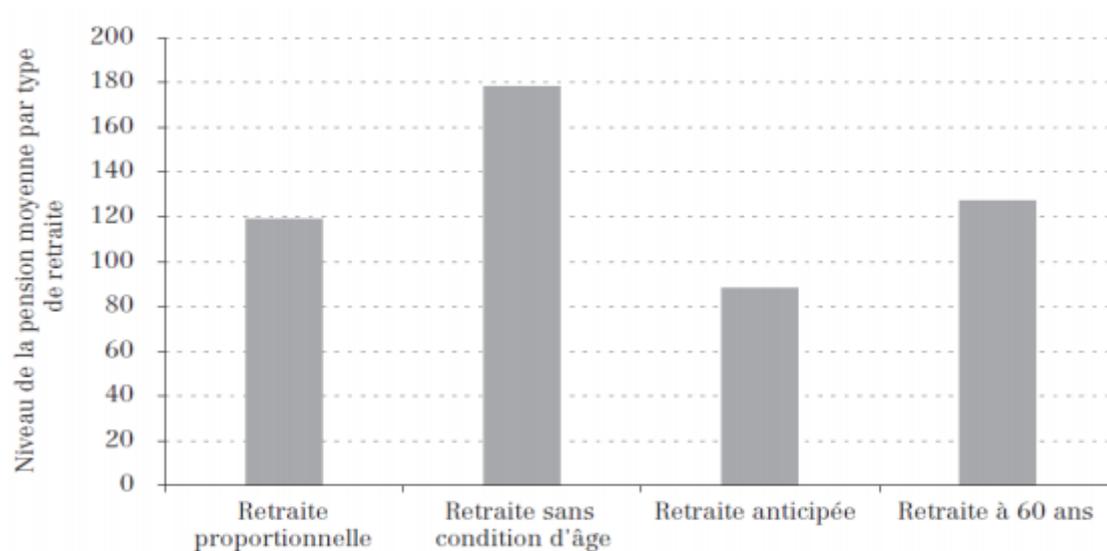
		Age du CM		Total
		- de 60 ans	60 ans & +	
Masculin	0-14 ans	19,8 %	11,6 %	13,9 %
	15-29 ans	44,9 %	30,4 %	34,5 %
	30-59 ans	34,8 %	30,5 %	31,7 %
	60 ans & +	,6 %	27,4 %	19,9 %
	Total*	100,0 %	100,0 %	100,0 %
Féminin	0-14 ans	21,3 %	11,9 %	14,6 %
	15-29 ans	37,9 %	27,8 %	30,7 %
	30-59 ans	38,1 %	38,1 %	38,1 %
	60 ans & +	2,6 %	22,1 %	16,6 %
	Total*	100,0 %	100,0 %	100,0 %
Total	0-14 ans	20,5 %	11,8 %	14,2 %
	15-29 ans	41,4 %	29,1 %	32,6 %
	30-59 ans	36,4 %	34,3 %	34,9 %
	60 ans & +	1,6 %	24,8 %	18,3 %
	Total*	100,0 %	100,0 %	100,0 %

\* Les sommes des quatre tranches d'âge ne font parfois pas exactement 100% du fait d'arrondis successifs.

Source : exploitation enquête MICS 2012

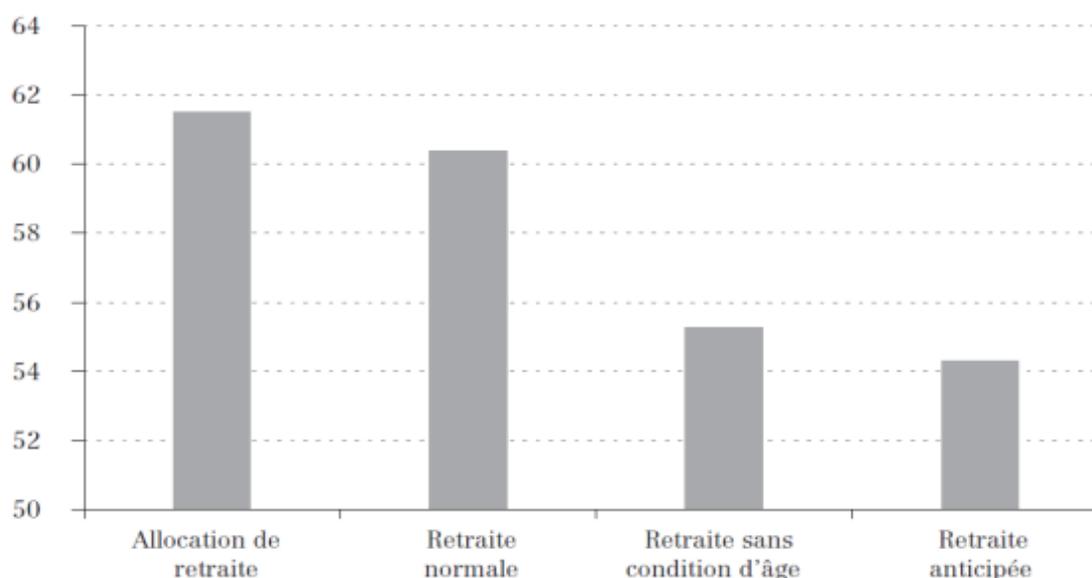
**Annexe 35 : Pension moyenne en pourcentage du SNMG (salaire national minimum garanti), CNR – 2012 ; Taux de possession d'un capital économique des ménages dont le chef est retraité**

**Pension moyenne en pourcentage du SNMG (salaire national minimum garanti), CNR – 2012**



Source : Mendil (2014).

**Taux de possession d'un capital économique des ménages dont le chef est retraité**

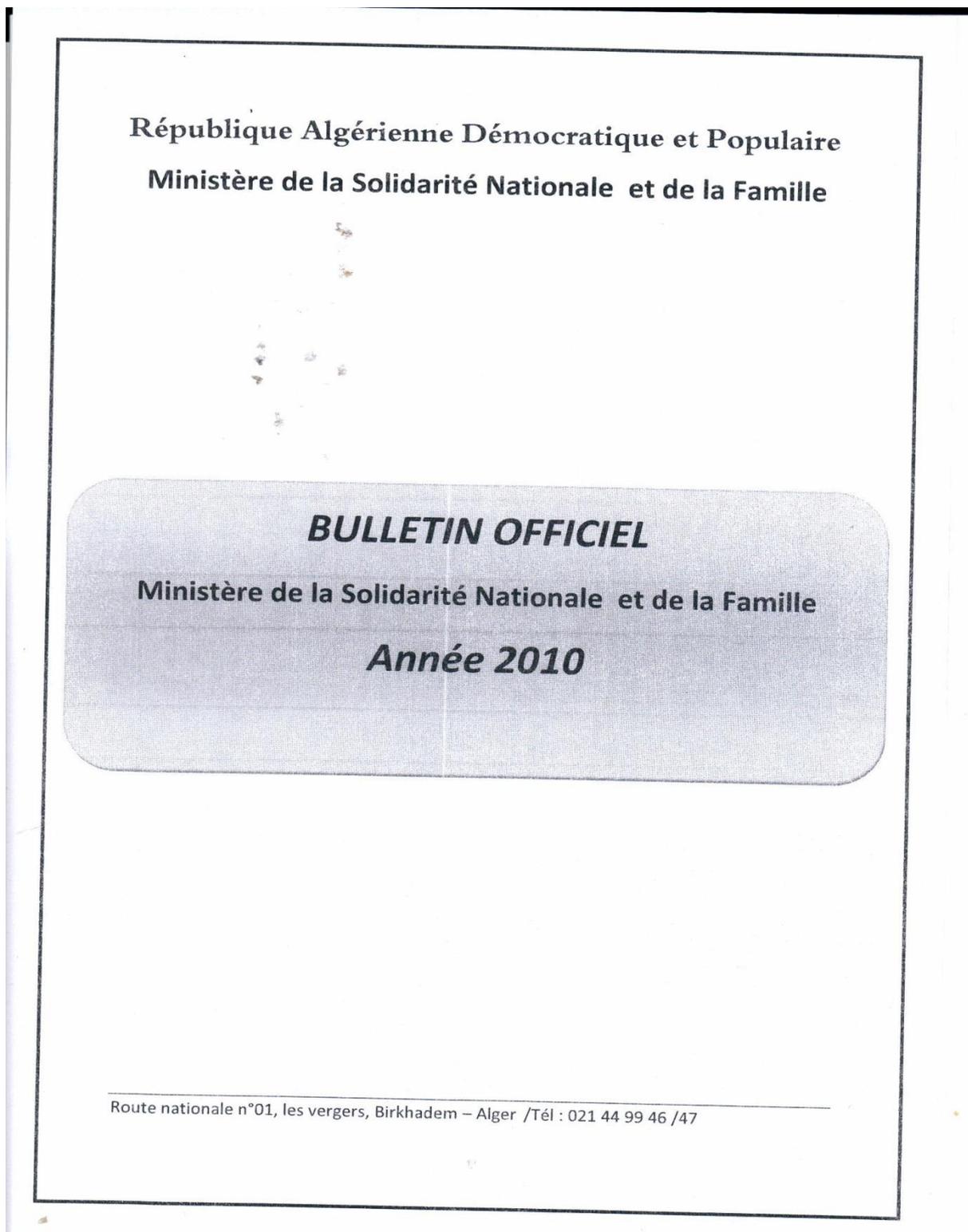


Source : Mendil (2014).

**Annexes : Lois, Décrets concernant :**

- Le système de sécurité sociale.**
- Aides et prise en charge des personnes âgées.**

**Annexe 36 : lois pour la protection des personnes âgées**



Source : Bulletin Officiel, Ministère de la Solidarité Nationale et de la Famille. Année 2010

## Annexe 36 : lois pour la protection des personnes âgées

### Loi n° 10-12 du 23 Moharram 1432 correspondant au 29 décembre 2010 relative à la protection des personnes âgées.

Le Président de la République,

Vu la Constitution, notamment ses articles 54, 59, 65, 119, 120, 122, 125 (alinéa 2) et 126,

Vu l'ordonnance n° 66-155 du 8 juin 1966, modifiée et complétée, portant code de procédure pénale ;

Vu l'ordonnance n° 66-156 du 8 juin 1966, modifiée et complétée, portant code pénal ;

Vu l'ordonnance n° 75-58 du 26 septembre 1975, modifiée et complétée, portant code civil ;

Vu la loi n° 83-11 du 2 juillet 1983, modifiée et complétée, relative aux assurances sociales ;

Vu la loi n° 83-12 du 2 juillet 1983, modifiée et complétée, relative à la retraite ;

Vu la loi n° 84-11 du 9 juin 1984, modifiée et complétée, portant code de la famille ;

Vu la loi n° 85-05 du 16 février 1985, modifiée et complétée, relative à la protection et à la promotion de la santé ;

Vu la loi n° 90-08 du 7 avril 1990, complétée, relative à la commune ;

Vu la loi n° 90-09 du 7 avril 1990, complétée, relative à la wilaya ;

Vu la loi n° 90-31 du 4 décembre 1990 relative aux associations ;

Vu la loi n° 90-33 du 25 décembre 1990, modifiée et complétée, relative aux mutuelles sociales ;

Vu la loi n° 91-10 du 27 avril 1991, modifiée et complétée, relative aux biens wakfs ;

Vu l'ordonnance n° 94-03 du 27 Rajab 1415 correspondant au 31 décembre 1994 portant loi de finances pour 1995, notamment son article 142 ;

Vu la loi n° 02-09 du 25 Safar 1423 correspondant au 8 mai 2002 relative à la protection et la promotion des personnes handicapées ;

Vu la loi n° 08-04 du 15 Moharram 1429 correspondant au 23 janvier 2008 portant loi d'orientation sur l'éducation nationale ;

Vu la loi n° 08-07 du 16 Safar 1429 correspondant au 23 février 2008 portant loi d'orientation sur la formation et l'enseignement professionnels ;

Vu la loi n° 08-09 du 18 Safar 1429 correspondant au 25 février 2008 portant code de procédure civile et administrative ;

**Après avis du Conseil d'Etat ;**

**Après adoption par le Parlement ;**

**Promulgue la loi dont la teneur suit :**

#### CHAPITRE 1er DISPOSITIONS GENERALES

## Annexe 36 : lois pour la protection des personnes âgées

Article 1<sup>er</sup> : La présente loi a pour objet de fixer les règles et principes tendant à renforcer la protection des personnes âgées et à préserver leur dignité dans le cadre de la solidarité nationale, familiale et inter-générationnelle.

Art. 2 : Les dispositions de la présente loi s'appliquent à toute personne âgée de soixante-cinq (65) ans et plus. Elles visent à assurer, notamment, la prise en charge des personnes âgées démunies et/ou sans attaches familiales et celles se trouvant en situation de difficulté ou de précarité sociales et à leur assurer des conditions de vie décentes, en rapport avec leur état physique et mental.

Art. 3 : La protection et la préservation de la dignité des personnes âgées constituent une obligation nationale. Cette obligation incombe, en premier lieu, à la famille, notamment les descendants, à l'Etat, aux collectivités locales et au mouvement associatif à caractère social et humanitaire ainsi qu'à toute personne de droit public ou privé susceptible d'apporter sa contribution en matière de protection et de prise en charge des personnes âgées.

### CHAPITRE 2 RÔLE ET OBLIGATIONS DE LA FAMILLE ENVERS LES PERSONNES AGEES

Art. 4 : La personne âgée a le droit de vivre naturellement entourée des membres de sa famille, quel que soit son état physique, mental ou social.

La famille, notamment les descendants, doit préserver la cohésion familiale et assurer la prise en charge et la protection de ses membres âgés et subvenir à leurs besoins.

Art. 5 : Les familles démunies et/ou en situation de précarité reçoivent l'aide de l'Etat, des collectivités locales ainsi que des établissements et institutions spécialisés concernés qui prennent, dans le cadre de leurs compétences respectives, les mesures appropriées pour assister ces familles à accomplir le devoir de prise en charge de leurs personnes âgées et encourager leur intégration dans leur milieu familial et social conformément à nos valeurs nationales, musulmanes et sociales.

Art. 6 : Les personnes en charge des personnes âgées doivent, lorsqu'elles disposent de moyens suffisants pour le faire, assurer la prise en charge et la protection de leurs ascendants, notamment lorsqu'ils se trouvent dans un état de vulnérabilité en raison de leur âge ou de leur état physique et/ou mental avec respect, dévouement et considération.

Art. 7 : Les descendants en charge des personnes âgées qui ne disposent pas de moyens matériels et financiers suffisants pour prendre en charge leurs ascendants bénéficient d'une aide de l'Etat. Les modalités d'application du présent article sont fixées par voie réglementaire.

### CHAPITRE 3 PROTECTION DES PERSONNES AGEES

Art. 8 : La protection des personnes âgées vise à soutenir le maintien de la personne âgée dans son milieu familial, à renforcer ses relations familiales et à veiller à son confort et à la préservation de sa dignité.

Art. 9 : L'Etat veille à la préservation de la dignité et du devoir de respect envers les personnes âgées dans toutes les situations et en toutes circonstances, notamment l'obligation d'aide et d'assistance et la protection de leurs droits.

Art. 10 : L'Etat s'engage à assister les personnes âgées, notamment pour lutter contre toute forme d'abandon, de violence, de maltraitance, d'agression, de marginalisation et d'exclusion du milieu familial et social.

Art. 11 : En vue de garantir la protection des personnes âgées, toute personne physique ou morale peut informer les autorités compétentes des cas de maltraitance ou de négligence à l'encontre de la personne âgée.

Art. 12 : Il est fait recours à la médiation familiale et sociale par le biais des services sociaux compétents afin de maintenir la personne âgée dans son milieu familial. Les modalités d'application du présent article sont déterminées par voie réglementaire.

Source : Bulletin Officiel, Ministère de la Solidarité Nationale et de la Famille. Année 2010

## Annexe 36 : lois pour la protection des personnes âgées

Art. 13 : La protection des personnes âgées tend à conforter leur insertion familiale et sociale. Elle vise, notamment :

- . à concevoir et à mettre en place une stratégie et une politique nationale pour la protection des personnes âgées et à assurer la mise en œuvre des programmes et actions y afférents ;
- . à lutter contre toute forme de déracinement des personnes âgées de leur milieu familial et social contraire à nos valeurs nationales, sociales et civilisationnelles ;
- . à garantir des conditions d'une vie décente aux personnes âgées dont les capacités intellectuelles ou physiques réduites limitent leur autonomie et favorisent leur isolement ;
- . à assurer une prise en charge médico-sociale et à mettre en place un dispositif d'aide à domicile adapté ;
- . à organiser une prise en charge des personnes âgées au niveau des établissements et structures d'accueil adaptés, le cas échéant ;
- . à garantir aux personnes âgées un niveau de ressources minimal leur permettant de subvenir à leurs besoins et de réduire les difficultés matérielles qu'elles rencontrent ;
- . à entreprendre des actions d'information, de communication et de sensibilisation aux aspects liés à la protection des personnes âgées ;
- . à encourager la formation, les études et les recherches dans les domaines de la protection et la prise en charge des personnes âgées ;
- . à encourager le mouvement associatif à caractère social et humanitaire activant dans les domaines de la protection des personnes âgées.

Art. 14 : Les personnes âgées ont le droit d'accès à la gratuité des soins au niveau des structures de santé publique.

L'Etat met en place un dispositif de prévention des maladies et accidents qui peuvent atteindre les personnes âgées et favorise la création de structures de gériatrie au niveau des structures hospitalières concernées. Il met en place, en outre, un dispositif de veille de nature à prémunir les personnes âgées, particulièrement les personnes vivant seules, contre les différents aléas des conditions climatiques et des risques liés à la solitude et à l'isolement.

Art. 15 : Les personnes âgées démunies, en difficulté ou en situation de précarité sociale bénéficient de la gratuité ou de la réduction des tarifs de transport terrestre, aérien, maritime et ferroviaire. Bénéficie également des mêmes mesures l'accompagnateur de la personne âgée devant effectuer des soins.

Les modalités d'application du présent article sont fixées par voie réglementaire.

Art. 16 : Les personnes âgées bénéficient de la priorité dans les établissements et lieux assurant un service public.

Elles bénéficient, également, de la priorité dans les places situées aux premiers rangs des lieux et salles où se déroulent des activités et manifestations culturelles, sportives et de loisirs.

Elles bénéficient, en outre, de la priorité des premières places dans les transports publics.

Art. 17 : L'Etat doit assurer aux personnes âgées le droit d'accès à l'information dans les domaines en rapport avec leurs droits et leurs besoins, notamment les mesures prises en faveur des personnes âgées démunies, en difficulté ou en situation de précarité sociale à travers des supports d'information et de communication.

Art. 18 : L'Etat encourage le développement et la promotion des activités et programmes concourant au bien-être des personnes âgées, notamment les activités culturelles, sportives, éducatives et religieuses ainsi que les activités de détente et de loisirs.

Art. 19 : La participation des personnes âgées à des actions diversifiées et valorisantes pour la société, notamment les activités économiques, sociales ou culturelles, doit être encouragée.

La création d'espaces d'échange et de développement d'activités communautaires, notamment pour les personnes âgées vivant seules et/ou dans des zones isolées, doit être soutenue.

## Annexe 36 : lois pour la protection des personnes âgées

### CHAPITRE 4 AIDE AUX PERSONNES AGEES DEPENDANTES

Art. 20 : Est entendue par personne âgée dépendante, au sens de la présente loi, toute personne âgée qui a besoin de l'assistance d'une tierce personne pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie quotidienne, ou qui nécessite une surveillance régulière.

Art. 21 : Les personnes âgées dépendantes démunies bénéficient d'une prise en charge particulière, notamment, en matière de soins, d'acquisition d'équipements spécifiques, d'appareillages et, le cas échéant, d'accompagnement adéquat.

La situation de dépendance de la personne âgée est constatée par les services chargés de l'action sociale territorialement compétents.

Les modalités d'application du présent article sont fixées par voie réglementaire.

Art. 22 : L'Etat veille à la disponibilité des établissements, des structures d'accueil, des personnels et des moyens nécessaires à la prise en charge des personnes âgées dépendantes.

### CHAPITRE 5 AIDE SOCIALE AUX PERSONNES AGEES

Art. 23 : L'Etat œuvre pour le maintien des personnes âgées dans leur milieu familial et /ou à leur domicile à travers des dispositifs et des mesures permettant une offre de prise en charge globale intégrant à la fois les soins, les équipements spécifiques, l'aide à domicile, l'aide ménagère et les prestations nécessaires susceptibles de répondre à leurs besoins. Elles ont droit à un accompagnement adéquat à leur état physique et mental.

Les modalités d'application du présent article sont fixées par voie réglementaire.

Art. 24 : Toute personne âgée en difficulté et/ou sans attaches familiales dont le niveau des ressources est insuffisant ouvre droit à une aide sociale et/ou à une allocation financière qui ne doit pas être inférieure à deux tiers (2/3) du salaire national minimum (SNMG).

Les conditions d'application du présent article sont fixées par voie réglementaire.

Art. 25 : Les personnes âgées en difficulté et /ou sans attaches familiales peuvent être placées chez une famille d'accueil, dans un établissement spécialisé ou une structure d'accueil de jour.

Art. 26 : Le placement dans un établissement spécialisé ou structure d'accueil est réservé, notamment, aux personnes âgées démunies et /ou sans attaches familiales.

Les personnes âgées ne peuvent être admises ou maintenues dans les établissements spécialisés ou structures d'accueil qu'en cas de nécessité ou en l'absence de solution de substitution.

Les conditions de placement des personnes âgées ainsi que les missions, l'organisation et le fonctionnement des établissements spécialisés et structures d'accueil sont fixés par voie réglementaire.

Art. 27 : Les familles d'accueil et les personnes de droit privé peuvent bénéficier, en contrepartie de la prise en charge des personnes âgées démunies et /ou sans attaches familiales, du soutien de l'Etat en matière de suivi médical, paramédical, psychologique et social.

Les prestations et le placement des personnes âgées font l'objet de conventions entre les services chargés de l'action sociale territorialement compétents et les prestataires de services concernés.  
Les modalités d'application du présent article sont fixées par voie réglementaire.

Art. 28 : La prise en charge des personnes âgées est assurée par les établissements spécialisés et les structures d'accueil de jour de droit public ou de droit privé prévus à l'article 25 ci-dessus, conformément aux programmes d'activités définis par le ministre chargé de la solidarité nationale.

Source : Bulletin Officiel, Ministère de la Solidarité Nationale et de la Famille. Année 2010

## Annexe 36 : lois pour la protection des personnes âgées

Art. 29 : La création, l'extension, la transformation et la suppression des établissements et structures d'accueil des personnes âgées, par une personne de droit privé, sont subordonnées à l'autorisation préalable du ministre chargé de la solidarité nationale.

Art. 30 : Il est fait obligation aux personnes qui ont la charge des personnes âgées disposant d'un revenu suffisant de participer aux frais de leur prise en charge au sein des établissements et structures prévus à l'article 25 ci-dessus.

Il est fait obligation, également, aux personnes âgées disposant d'un revenu suffisant, bénéficiaires des prestations dans les établissements et structures d'accueil, de participer aux frais de leur prise en charge au sein de ces établissements et structures sous peine de remboursement des montants dus .

Les modalités d'application du présent article sont fixées par voie réglementaire.

Art. 31 : Les associations à caractère social et humanitaire peuvent participer à la protection des personnes âgées à travers l'élaboration et la mise en œuvre de programmes et d'activités adéquats, préalablement validés par le ministre chargé de la solidarité nationale.

### CHAPITRE 6 DISPOSITIONS PENALES

Art. 32 : Sans préjudice des dispositions de l'article 12 ci-dessus, il est fait recours au procédé de conciliation afin de maintenir la personne âgée dans son milieu familial, et ce, conformément à la législation en vigueur. En cas de non-conciliation, il est fait application des dispositions de l'article 34 de la présente loi.

Art. 33 : Quiconque délaisse ou expose une personne âgée au danger est puni, selon les cas, des mêmes peines prévues par le code pénal, notamment ses articles 314 et 316.

Art. 34 : Sans préjudice des dispositions prévues par le code pénal, est punie d'un emprisonnement de six (6) à dix-huit (18) mois et d'une amende de 20.000 à 200.000 DA toute personne qui contrevient aux dispositions des articles 6 et 30 (alinéa 1er) de la présente loi.

Art. 35 : Sans préjudice des dispositions prévues par le code pénal, est puni d'un emprisonnement d'un an (1) à trois (3) ans et d'une amende de 50.000 à 500.000 DA quiconque, sans autorisation préalable de l'autorité compétente :

- . crée ou procède à des modifications ou à la suppression d'un établissement ou structure accueillant des personnes âgées ;
- . dirige ou exploite un établissement ou une structure d'accueil pour personnes âgées.

Est puni de la même peine quiconque est reconnu avoir exploité des personnes âgées ou les structures les concernant à des fins contradictoires aux valeurs civilisationnelles et nationales.

Est puni de la même peine quiconque fait obstacle au contrôle exercé par les agents habilités.

Art. 36 : Est punie d'un emprisonnement d'un (1) an à trois (3) ans et d'une amende de 50.000 à 200.000 DA toute personne qui aura, par tout moyen, aidé ou favorisé la perception des prestations et aides sociales prévues par la présente loi par des indus bénéficiaires.

Art. 37 : Est puni d'un emprisonnement d'un (1) an à trois (3) ans et d'une amende de 50.000 à 200.000 DA quiconque aura perçu frauduleusement des prestations ou aides prévues par la présente loi sans préjudice de remboursement des sommes indûment perçues.

### CHAPITRE 7 DISPOSITIONS FINALES

Art. 38 : Un rapport annuel sur la situation des personnes âgées et la mise en œuvre des programmes destinés à leur protection est soumis au Président de la République et au Parlement.

Art. 39 : Il est inscrit annuellement, au titre du «Fonds spécial de la solidarité nationale», des dotations budgétaires supplémentaires pour la prise en charge des personnes âgées.

## Annexe 36 : lois pour la protection des personnes âgées

Ces dotations sont fixées par la loi de finances.

Art. 40 : Il est institué, au niveau du ministère de la solidarité nationale, une carte au profit des personnes âgées intitulée « Carte des personnes âgées ».

Les modalités d'application du présent article sont fixées par voie réglementaire.

Art. 41 : La journée du 27 avril de chaque année est consacrée « Journée nationale de la personne âgée ».

Art. 42 : La présente loi sera publiée au Journal officiel de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 23 Moharram 1432 correspondant au 29 décembre 2010.

**Abdelaziz BOUTEFLIKA.**

Source : Bulletin Officiel, Ministère de la Solidarité Nationale et de la Famille. Année 2010

## Annexe 37 : loi relative à la création d'un régime unique de sécurité sociale en Algérie 1983

22ème ANNEE. — N° 28

Mardi 5 juillet 1983



الجمهورية الجزائرية  
الديمقراطية الشعبية

# الجريدة الرسمية

اتفاقات دولية . قوانين . أوامر ومراسيم  
قرارات مقررات . مناشير . إعلانات وإعلانات

	ALGERIE		ETRANGER	DIRECTION ET REDACTION : SECRETARIAT GENERAL DU GOUVERNEMENT Abonnements et publicité : IMPRIMERIE OFFICIELLE 7, 9, et 13, Av. A. Benbarek - ALGER Tél : 65-18-15 à 17 - C.C.P. 3200-50 ALGER
	6 mois	1 an	1 an	
Edition originale ----	30 DA	50 DA	60 DA	
Edition originale et sa traduction -----	70 DA	100 DA	150 DA (frais d'expédition en sus)	

*Edition originale, le numéro : 1 dinar ; Edition originale et sa traduction, le numéro : 2 dinars. — Numéro des années antérieures : 1,50 dinar. Les tables sont fournies gratuitement aux abonnés. Prière de joindre les dernières bandes pour renouvellement et réclamation. Changement d'adresse : ajouter 1,50 dinar. Tarif des insertions : 15 dinars la ligne.*

JOURNAL OFFICIEL DE LA REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE  
CONVENTIONS ET ACCORDS INTERNATIONAUX — LOIS, ORDONNANCES ET DECRETS  
ARRETES, DECISIONS, CIRCULAIRES, AVIS COMMUNICATIONS ET ANNONCES  
(TRADUCTION FRANÇAISE)

## SOMMAIRE

### LOIS ET ORDONNANCES

- Loi n° 83-11 du 2 juillet 1983 relative aux assurances sociales, p. 1198.  
Loi n° 83-12 du 2 juillet 1983 relative à la retraite, p. 1206.  
Loi n° 83-13 du 2 juillet 1983 relative aux accidents du travail et aux maladies professionnelles, p. 1210.

- Loi n° 83-14 du 2 juillet 1983 relative aux obligations des assujettis en matière de sécurité sociale, p. 1217.  
Loi n° 83-15 du 2 juillet 1983 relative au contentieux en matière de sécurité sociale, p. 1220.  
Loi n° 83-16 du 2 juillet 1983 portant création du fonds national de péréquation des œuvres sociales, p. 1225.

## Annexe 37 : loi relative à la création d'un régime unique de sécurité sociale en Algérie 1983

1198

JOURNAL OFFICIEL DE LA REPUBLIQUE ALGERIENNE

5 juillet 1983

### SOMMAIRE (suite)

#### DECRETS, ARRETES, DECISIONS ET CIRCULAIRES

#### SECRETARIAT D'ETAT A LA PECHE ET AUX TRANSPORTS MARITIMES

Décret n° 83-422 du 2 juillet 1983 modifiant le décret n° 75-86 du 24 juillet 1975 fixant les titres et brevets de la marine marchande, p. 1226.

#### SECRETARE D'ETAT A LA FONCTION PUBLIQUE ET A LA REFORME ADMINISTRATIVE

Arrêtés du 17 janvier, 1er, 5, 9 et 20 février 1983 portant mouvement dans le corps des administrateurs, p. 1227.

### LOIS ET ORDONNANCES

#### Loi n° 83-11 du 2 juillet 1983 relative aux assurances sociales.

Le Président de la République.

Vu la Charte nationale, notamment son titre sixième, V, 7° ;

Vu la Constitution, notamment ses articles 151, 154 et 155 ;

Vu la loi n° 78-12 du 5 août 1978 relative au statut général du travailleur, notamment ses articles 1er, 9, 129, 143, 146, 187 à 198, 212 et 216 ;

Vu l'ordonnance n° 74-8 du 30 janvier 1974 relative à la tutelle des organismes de sécurité sociale ;

Après adoption par l'Assemblée populaire nationale,  
Promulgue la loi dont la teneur suit :

#### DISPOSITIONS PRELIMINAIRES

Article 1er. — La présente loi a pour objet d'instituer un régime unique d'assurances sociales.

Art. 2. — Les assurances sociales couvrent les risques suivants : maladie, maternité, invalidité, décès.

#### TITRE I

##### BENEFICIAIRES

Art. 3. — Bénéficient des dispositions de la présente loi, tous les travailleurs, qu'ils soient salariés ou assimilés à des salariés, et ce, quel que soit le secteur d'activité auquel ils appartiennent et le régime dont ils relevaient antérieurement à la date d'effet de la présente loi.

Les modalités d'application du présent article seront précisées par décret.

Art. 4. — Bénéficient des prestations en nature, les personnes physiques non salariées qui exercent effectivement, pour leur propre compte, une activité industrielle, commerciale, libérale, artisanale, agricole ou toute autre activité, dans les conditions fixées par la réglementation en vigueur.

Les personnes précitées bénéficient, également, de prestations en espèces, sous forme d'allocations de décès et d'invalidité.

Un décret fixera la liste des bénéficiaires et les conditions particulières d'application du présent article.

Art. 5. — Bénéficient des prestations en nature :

a) les moudjahidine ainsi que les titulaires de pensions au titre de la législation des moudjahidine et des victimes de la guerre de libération nationale, lorsqu'ils n'exercent aucune activité professionnelle ;

b) les personnes handicapées, physiques ou mentales, qui n'exercent aucune activité professionnelle ;

c) les étudiants.

Art. 6. — Sont affiliées obligatoirement aux assurances sociales, les personnes, quelle que soit leur nationalité, occupées sur le territoire national, salariées ou travaillant, à quelque titre et en quelque lieu que ce soit, pour un ou plusieurs employeurs, quels que soient le montant et la nature de leur rémunération, la forme, la nature ou la validité de leur contrat ou de leur relation de travail.

Les modalités d'application du présent article seront définies par décret.

#### TITRE II

##### PRESTATIONS

##### Chapitre I

##### Assurance-maladie

Art. 7. — Les prestations de l'assurance-maladie comportent :

##### 1° Prestations en nature :

— la prise en charge des frais de soins de santé, à titre préventif et curatif, en faveur de l'assuré et de ses ayants droit.

##### 2° Prestations en espèces :

— l'attribution d'une indemnité journalière au

## Annexe 37 : loi relative à la création d'un régime unique de sécurité sociale en Algérie 1983

5 juillet 1983

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE ALGÉRIENNE

1199

travailleur contraint, pour cause de maladie, d'interrompre, momentanément, son travail.

### Section I

#### *Prestations en nature*

**Art. 8.** — Les prestations en nature de l'assurance-maladie comportent la couverture des frais :

- médicaux,
- chirurgicaux,
- pharmaceutiques,
- d'hospitalisation,
- d'explorations biologiques, électro-radiographiques, endoscopiques et isotopiques.
- de soins et de prothèses dentaires,
- d'optique médicale,
- de cures thermales et spécialisées,
- d'appareillage et de prothèse,
- d'orthopédie maxillo-faciale,
- de rééducation fonctionnelle,
- de réadaptation professionnelle,
- de transport par ambulance ou tout autre moyen lorsque ce mode de transport est nécessité par l'état du malade.

La liste des frais prévus au présent article peut être complétée par décret.

**Art. 9.** — Les frais de déplacement de l'assuré, de ses ayants droit et, le cas échéant, de son accompagnateur, sont pris en charge dans les conditions fixées par voie réglementaire, lorsque celui-ci est convoqué par l'organisme de sécurité sociale pour un contrôle médical ou une expertise, ou lorsque le traitement doit être dispensé dans un établissement sanitaire autre que celui de sa résidence.

**Art. 10.** — Les prestations ne peuvent être accordées que si les soins ont été prescrits par un médecin ou par toute personne habilitée, à cet effet, par la réglementation.

**Art. 11.** — Les frais de prothèse dentaire ne concernent que les appareils fonctionnels ou thérapeutiques ou ceux nécessaires à l'exercice de certaines professions.

La liste de ces professions sera fixée par voie réglementaire.

**Art. 12.** — Les prestations prévues à l'article 8 ci-dessus sont attribuées sans limitation de durée si l'assuré remplit, à la date des soins, les conditions d'ouverture des droits.

**Art. 13.** — Le dossier médical doit être adressé ou présenté à l'organisme de sécurité sociale, dans

les trois mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il y a traitement médical continu ; dans ce dernier cas, le dossier doit être présenté dans les trois mois qui suivent la fin du traitement.

Le défaut des formalités prévues à l'alinéa précédent entraîne, sauf cas de force majeure prouvée par le bénéficiaire, déchéance du droit aux prestations pour la période pendant laquelle l'organisme de sécurité sociale aura été mis dans l'impossibilité d'exercer son contrôle.

### Section II

#### *Prestations en espèces*

**Art. 14.** — Le travailleur se trouvant dans l'incapacité physique ou mentale, constatée médicalement, de continuer ou de reprendre son travail, a droit à une indemnité journalière fixée ainsi qu'il suit :

- du 1<sup>er</sup> au 15<sup>ème</sup> jour suivant l'arrêt du travail : 50 % du salaire de poste journalier net ;
- à partir du 16<sup>ème</sup> jour suivant l'arrêt du travail : 100 % du salaire visé ci-dessus ;
- en cas de maladie de longue durée ou d'hospitalisation, le taux de 100 % est applicable à compter du premier jour d'arrêt du travail.

**Art. 15.** — L'indemnité journalière est due pour chaque jour ouvrable ou non ; elle ne peut être supérieure au trentième (1/30<sup>ème</sup>) du salaire de poste mensuel perçu, pris pour base de calcul des prestations d'assurances sociales.

**Art. 16.** — L'indemnité prévue à l'article 15 ci-dessus est servie pendant une période d'une durée maximale de trois (3) ans, calculée dans les conditions ci-après :

1 — en cas d'affections de longue durée, l'indemnité journalière peut être servie pendant une période de trois (3) ans, calculée de date à date pour chaque affection.

Dans le cas d'interruption suivie de reprise du travail, il est ouvert un nouveau délai de trois (3) ans, dès l'instant où ladite reprise a été, au moins, d'un (1) an.

2 — en cas d'affections autres que les affections de longue durée, l'indemnité journalière est servie de telle sorte que, pour une période quelconque de deux (2) années consécutives, le travailleur perçoive, au maximum, au titre d'une ou plusieurs affections, trois cents (300) indemnités journalières.

**Art. 17.** — L'indemnité journalière est maintenue, en tout ou en partie, pendant une durée fixée par l'organisme de sécurité sociale :

- si la reprise du travail et si le travail effectué sont reconnus comme étant de nature à favoriser l'amélioration de l'état de santé du travailleur ;
- si le travailleur doit faire l'objet d'une rééducation fonctionnelle ou une réadaptation professionnelle, pour recouvrer un emploi compatible avec son état.

## Annexe 37 : loi relative à la création d'un régime unique de sécurité sociale en Algérie 1983

1200

JOURNAL OFFICIEL DE LA REPUBLIQUE ALGERIENNE

5 juillet 1983

Toutefois, cette durée ne peut excéder, d'un (1) an, le délai de trois (3) ans prévu à l'article 16 de la présente loi, et ce, dans la limite du salaire perçu antérieurement.

Art. 18. — Toute maladie d'un travailleur, susceptible d'ouvrir droit à une indemnité journalière, doit être portée à la connaissance de l'organisme de sécurité sociale, sauf cas de force majeure, dans un délai fixé par voie réglementaire.

Le défaut de cette formalité peut entraîner des sanctions pouvant aller jusqu'à la déchéance du droit aux indemnités journalières, pour la période pendant laquelle le défaut de déclaration aura rendu le contrôle de l'organisme de sécurité sociale impossible.

Art. 19. — En cas d'affection de longue durée, ou d'affection entraînant une interruption de travail ou nécessitant des soins continus pendant une période supérieure à six (6) mois, l'organisme de sécurité sociale doit faire procéder, périodiquement, à un examen médical du bénéficiaire, en vue de déterminer, conjointement avec le médecin traitant, le traitement que l'intéressé doit suivre si les soins sont dispensés sans interruption.

La continuation du service des prestations est subordonnée à l'obligation pour le bénéficiaire :

1° de se soumettre, sous le contrôle de l'organisme de sécurité sociale, aux visites médicales et aux examens nécessités par son état ;

2° de se soumettre aux traitements et mesures de toute nature prescrits, par l'organisme de sécurité sociale, conjointement avec le médecin traitant ;

3° de s'abstenir de toute activité non autorisée.

En cas de non-respect des obligations ci-dessus indiquées, l'organisme de sécurité sociale peut suspendre, réduire ou supprimer le service des prestations.

Art. 20. — La liste des affections de longue durée est fixée par voie réglementaire.

Art. 21. — Les indemnités journalières sont revalorisées en fonction de l'évolution du salaire de poste du travailleur.

Art. 22. — Le montant de l'indemnité journalière au taux de 100 %, ne peut être inférieur à huit (8) fois le montant net du taux horaire du salaire national minimum garanti

### Chapitre II

#### Assurance-maternité

Art. 23. — Les prestations de l'assurance-maternité comportent :

##### 1° Prestations en nature :

— la prise en charge des frais relatifs à la grossesse, à l'accouchement et à ses suites,

##### 2° Prestations en espèces :

— l'attribution d'une indemnité journalière à la femme travailleuse contrainte, pour cause de maternité, d'interrompre son travail.

Art. 24. — Les prestations de l'assurance-maternité ne peuvent être accordées que si l'accouchement a été pratiqué par un médecin ou des auxiliaires médicaux habilités, sauf cas de force majeure.

Art. 25. — Les prestations de l'assurance-maladie sont servies, en cas d'accouchement dystocique ou de suites de couches pathologiques.

### Section I

#### Prestations en nature

Art. 26. — Les frais relatifs à l'assurance-maternité sont remboursés dans les conditions ci-après :

1° les frais médicaux et pharmaceutiques sont remboursés sur la base de 100 % des tarifs fixés par voie réglementaire ;

2° les frais d'hospitalisation de la mère et de l'enfant sont remboursés sur la même base pendant une durée maximale de huit (8) jours.

Art. 27. — Les conditions dans lesquelles sont pratiqués les examens pré et post natals ainsi que le contrôle qui peut être opéré, par l'organisme de sécurité sociale, avant et après la naissance, seront fixés par voie réglementaire.

### Section II

#### Prestations en espèces

Art. 28. — La femme travailleuse, contrainte d'interrompre son travail pour cause de maternité, a droit à une indemnité journalière dont le montant est égal à 100 % du salaire de poste journalier perçu.

Art. 29. — L'indemnité journalière est due pour la période pendant laquelle la femme travailleuse a effectivement cessé son travail, et ce, pour une période de quatorze (14) semaines consécutives.

L'intéressée doit obligatoirement cesser son travail avant la date présumée de l'accouchement, déterminée sur la base d'un certificat médical.

Toutefois, cette durée ne peut être inférieure à une semaine.

Art. 30. — Les dispositions de l'article 22 de la présente loi sont applicables à l'indemnité journalière de l'assurance-maternité.

### Chapitre III

#### Assurance-invalidité

Art. 31. — L'assurance-invalidité a pour but l'attribution d'une pension à l'assuré contraint d'interrompre son travail pour cause d'invalidité.

## Annexe 37 : loi relative à la création d'un régime unique de sécurité sociale en Algérie 1983

5 juillet 1983

JOURNAL OFFICIEL DE LA REPUBLIQUE ALGERIENNE

1201

### Section I

#### *Evaluation et appréciation de l'état d'invalidité*

Art. 32. — L'assuré a droit à une pension d'invalidité lorsqu'il présente une invalidité réduisant, au moins de moitié, sa capacité de travail ou de gain.

Art. 33. — L'état d'invalidité est apprécié en tenant compte de la capacité de travail restante, de l'état général, de l'âge et des facultés physiques et mentales de l'assuré ainsi que de ses aptitudes et de sa formation professionnelle.

Art. 34. — La demande de pension d'invalidité n'est recevable que si l'assuré n'a pas encore atteint l'âge qui lui ouvre droit à la retraite.

Toutefois, cette condition d'âge n'est pas opposable à l'assuré qui ne remplit pas les conditions de durée de travail pour bénéficier d'une pension de retraite.

Art. 35. — A l'expiration de la période au cours de laquelle ont été servies les prestations en espèces de l'assurance-maladie, l'organisme de sécurité sociale procède d'office à l'examen des droits, au titre de l'assurance-invalidité, sans attendre que l'intéressé en fasse la demande.

### Section II

#### *Montant de la pension*

Art. 36. — En vue de déterminer le montant de la pension, les invalides sont classés en trois catégories :

1ère catégorie : invalides encore capables d'exercer une activité salariée.

2ème catégorie : invalides absolument incapables d'exercer une activité salariée.

3ème catégorie : invalides qui, étant absolument incapables d'exercer une activité salariée sont, en outre, dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne.

Art. 37. — Le montant annuel de la pension des invalides de la première catégorie est égal à 60% du salaire de poste annuel moyen, calculé en prenant pour base de référence :

— soit le dernier salaire annuel perçu,

— soit, s'il est plus favorable, le salaire annuel moyen des trois années qui ont donné lieu à la rémunération la plus élevée au cours de la carrière professionnelle de l'intéressé.

Lorsque l'intéressé ne compte pas trois (3) années d'assurances, la pension est calculée en fonction du salaire moyen annuel correspondant aux périodes de travail qu'il aura accompli.

Art. 38. — Le montant annuel de la pension des invalides de la deuxième catégorie est égal à 80% du salaire défini à l'article précédent.

Art. 39. — Le montant annuel de la pension des invalides de la troisième catégorie est égal à 80% du salaire défini à l'article 37 de la présente loi ; elle est majorée de 40 %, sans que cette majoration puisse être inférieure à un minimum fixé par voie réglementaire.

Art. 40. — Le conjoint, les enfants et les ascendants à charge d'un titulaire d'une pension d'invalidité décédé, bénéficient d'une pension d'invalidité de reversion.

Sont applicables aux ayants droit prévus à l'alinéa ci-dessus, les dispositions relatives aux pensions d'ayants droit en matière de retraite.

Art. 41. — Le montant annuel de la pension d'invalidité ne peut être inférieur à un minimum fixé à deux mille trois cents (2.300) fois le taux horaire du salaire national minimum garanti,

Art. 42. — Les pensions d'invalidité sont révisées en fonction de l'évolution du point indiciaire servant au calcul du salaire de base des travailleurs.

Art. 43. — Les pensions d'invalidité et les pensions de reversion sont versées mensuellement et à terme échu.

### Section III

#### *Révision de la pension*

Art. 44. — La pension d'invalidité est concédée à titre temporaire ; elle peut être révisée en raison d'une modification de l'état d'invalidité ; elle est supprimée s'il est constaté que la capacité de travail du bénéficiaire est supérieure à 50 %.

Art. 45. — Les arrérages de la pension d'invalidité servie aux bénéficiaires visés aux articles 38 et 39 ci-dessus, sont supprimés à l'expiration du mois d'arrérages au cours duquel les bénéficiaires ont exercé une activité salariée.

Art. 46. — La pension d'invalidité est remplacée, à partir de l'âge de la retraite, par une pension de retraite d'un montant au moins égal, à laquelle s'ajoute, éventuellement, la majoration pour conjoint à charge.

### Chapitre IV

#### *Assurance-décès*

Art. 47. — L'assurance-décès a pour objet de faire bénéficier d'une allocation-décès, les ayants droit d'un assuré décédé, tels qu'ils sont définis à l'article 67 de la présente loi.

Art. 48. — Le montant de l'allocation-décès est fixé à douze (12) fois le montant du dernier salaire de poste mensuel.

En aucun cas, ce montant ne peut être inférieur

## Annexe 37 : loi relative à la création d'un régime unique de sécurité sociale en Algérie 1983

1202

JOURNAL OFFICIEL DE LA REPUBLIQUE ALGERIENNE

5 juillet 1983

à douze (12) fois le montant mensuel du salaire national minimum garanti.

L'allocation-décès est versée en une seule fois.

Art. 49. — L'allocation-décès est versée aux ayants droit du décédé.

Art. 50. — En cas de pluralité d'ayants droit, l'allocation-décès est répartie entre eux, par parts égales.

Art. 51. — Les ayants droit d'un titulaire d'une pension d'invalidité, de retraite ou de rente d'accident du travail, tels qu'ils sont définis à l'article 67 de la présente loi, bénéficient, dans les conditions prévues aux articles 49 et 50 ci-dessus, d'une allocation-décès dont le montant est égal au montant annuel de la pension d'invalidité, de retraite ou de rente d'accident du travail, sans que ce montant puisse être inférieur au minimum prévu à l'article 41 de la présente loi.

### Chapitre V

#### Dispositions communes

##### Section I

##### *Conditions d'ouverture du droit aux prestations*

Art. 52. — Pour avoir et ouvrir droit aux prestations en nature et aux indemnités journalières de l'assurance-maladie pendant les six (6) premiers mois, l'assuré doit avoir travaillé :

— soit, au moins, pendant neuf (9) jours ou soixante heures au cours des trois (3) mois précédant la date des soins dont le remboursement est demandé ;

— soit, au moins, pendant trente six (36) jours ou deux cent quarante (240) heures au cours des douze (12) mois précédant la date des soins dont le remboursement est demandé.

Art. 53. — Le travailleur ouvre droit à l'allocation-décès à compter du premier jour de son entrée effective en fonction.

Art. 54. — Pour avoir et ouvrir droit aux prestations de l'assurance-maternité, dans le cadre de l'article 26 de la présente loi, l'assuré doit avoir travaillé :

— soit, au moins, pendant neuf (9) jours ou soixante (60) heures au cours des trois (3) mois précédant la date des prestations en nature à indemniser ;

— soit, au moins, pendant trente six (36) jours ou deux cent quarante (240) heures au cours des douze (12) mois précédant la date des prestations en nature à indemniser.

Art. 55. — Pour avoir et ouvrir droit aux prestations de l'assurance-maternité, dans le cadre de l'article 28 ci-dessus, l'assurée doit avoir travaillé :

— soit, au moins, pendant neuf (9) jours ou soixante (60) heures au cours des trois (3) mois précédant la date de la première constatation médicale de la grossesse,

— soit, au moins, pendant trente six (36) jours ou deux cent quarante (240) heures au cours des douze (12) mois précédant la date de la première constatation médicale de la grossesse.

Art. 56. — Pour avoir droit aux indemnités journalières de l'assurance-maladie au-delà du sixième mois, ainsi qu'à la pension d'invalidité, l'assuré doit avoir travaillé :

— soit, au moins, pendant trente six (36) jours ou deux cent quarante (240) heures au cours des douze (12) mois précédant l'interruption de travail ou la constatation de l'invalidité ;

— soit, au moins, pendant cent huit (108) jours ou sept cent vingt (720) heures au cours des trois (3) années qui ont précédé l'interruption de travail ou la constatation de l'invalidité.

Art. 57. — Les conditions prévues à l'article 56 ci-dessus ne sont pas applicables à l'assuré, si la maladie ou l'invalidité découlent d'un accident.

Art. 58. — Est assimilée à huit (8) heures de travail salarié en vue de la détermination du droit aux prestations :

1° toute journée pendant laquelle l'assuré a perçu les indemnités journalières des assurances-maladie, maternité, accidents du travail et maladies professionnelles ;

2° toute journée d'interruption de travail due à la maladie, lorsque l'assuré a épuisé ses droits à indemnisation, tels qu'ils sont définis à l'article 15 de la présente loi, à condition que l'incapacité physique de continuer ou de reprendre le travail soit reconnue par l'organisme de sécurité sociale ;

3° toute journée de congé payé légal ;

4° toute journée au cours de laquelle ont été remplies les obligations du service national ou effectuée dans les circonstances d'une mobilisation générale.

##### Section II

##### *Dispositions relatives aux soins de santé*

Art. 59. — 1 — Sous réserve des dispositions de l'article 60 ci-dessous, dans les structures autres que les structures sanitaires publiques, le montant des frais prévus aux articles 8 et 26 de la présente loi est réglé par l'assuré et remboursé par l'organisme de sécurité sociale, sur la base de 80 % des tarifs fixés par voie réglementaire.

2 — Ce taux est également applicable aux cures thermales et spécialisées, quelle que soit la nature de l'établissement où est effectuée la cure.

## Annexe 37 : loi relative à la création d'un régime unique de sécurité sociale en Algérie 1983

5 juillet 1983

JOURNAL OFFICIEL DE LA REPUBLIQUE ALGERIENNE

1209

3 — Les produits pharmaceutiques remboursables, le sont au taux maximal de 80% ; la liste des produits remboursables, ainsi que les taux de remboursement correspondants, seront fixés par voie réglementaire.

En attendant la publication des textes prévus à l'alinéa précédent, le remboursement est effectué au taux de 80%.

4 — Les taux de remboursement prévus aux paragraphes 1er et 3 ci-dessus sont portés à 100% dans certains cas, en tenant compte, notamment, soit de la nature, de l'importance ou de la durée des soins exigés, soit de la qualité de titulaire d'une pension ou d'une rente de la sécurité sociale.

5 — Les modalités d'application du présent article seront précisées par voie réglementaire.

Art. 60. — Bénéficient du système du tiers-payant, les assurés sociaux et leurs ayants droit qui s'adressent aux praticiens et personnels paramédicaux ainsi qu'aux établissements de soins privés, aux officines pharmaceutiques privées et publiques, lesquels aurent passé des conventions avec les organismes de sécurité sociale.

Les officines pharmaceutiques publiques devront passer des conventions avec les organismes de sécurité sociale.

Des conventions-types seront fixées par voie réglementaire, aux dispositions desquelles devront se conformer les conventions prévues par le présent article.

Art. 61. — Les consultations sont données au cabinet du praticien, sauf lorsque l'assuré se trouve dans l'impossibilité de se déplacer en raison de son état de santé.

Art. 62. — La nomenclature générale des actes professionnels sera établie par voie réglementaire.

Art. 63. — Les conditions dans lesquelles sont constatées les incapacités de travail seront fixées par voie réglementaire.

Art. 64. — Les organismes de sécurité sociale peuvent décider de soumettre les assurés à un examen médical, à charge, pour eux, de pourvoir aux frais du praticien.

Ils peuvent également soumettre les assurés à un contrôle par un de leurs représentants.

Au cas où l'assuré s'oppose à ces examens médicaux ou au contrôle demandé, ou lorsqu'il ne répond pas à la convocation, il est déchu de ses droits aux prestations pour la période pendant laquelle le contrôle aura été entravé.

Les conditions dans lesquelles fonctionne le contrôle médical des assurés sociaux, seront fixées par voie réglementaire.

Art. 65. — Un décret pris sur le rapport conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale, du ministre

chargé de la santé et du ministre chargé des finances, fixe, annuellement et en liaison avec la loi de finances, le montant de la participation forfaitaire des organismes de sécurité sociale aux dépenses des secteurs sanitaires et des établissements hospitaliers spécialisés.

Le montant visé à l'alinéa précédent est déterminé en fonction de l'évolution du coût de santé et du nombre des assurés sociaux.

### Section III

#### *Droit aux prestations en nature des ayants droit*

Art. 66. — Les ayants droit de l'assuré social bénéficient des prestations visées aux articles 8 et 26 de la présente loi, pour le conjoint seulement, et à l'article 8 de la présente loi, pour les enfants et les ascendants.

Art. 67. — Par ayants droit, on entend :

1° le conjoint de l'assuré ; toutefois, le conjoint ne peut pas prétendre au bénéfice des prestations en nature lorsqu'il exerce une activité professionnelle rémunérée. Lorsque le conjoint est lui-même salarié, il peut bénéficier des prestations à titre d'ayant droit, lorsqu'il ne remplit pas les conditions d'ouverture des droits, au titre de sa propre activité ;

2° les enfants à charge, au sens de la réglementation de sécurité sociale, et âgés de moins de dix-huit (18) ans,

Sont également considérés comme enfants à charge :

— les enfants de moins de 21 ans pour lesquels il a été passé un contrat d'apprentissage prévoyant une rémunération inférieure à la moitié du salaire national minimum garanti ;

— les enfants de moins de 21 ans qui poursuivent leurs études ; en cas de traitement médical débutant avant l'âge de 21 ans, la condition d'âge ne peut être opposée avant la fin du traitement ;

— les personnes du sexe féminin, sans revenu, quel que soit leur âge ;

— les enfants, quel que soit leur âge, qui sont, par suite d'infirmité ou de maladie chronique, dans l'impossibilité permanente d'exercer une activité rémunérée quelconque.

Sont réputés conserver la qualité d'ayants droit, les enfants qui, remplissant les conditions d'âge requises, ont dû interrompre leur apprentissage ou leurs études en raison de leur état de santé.

3° les ascendants à charge de l'assuré ou du conjoint de l'assuré, lorsque leurs ressources personnelles ne dépassent pas le montant minimal de la pension de retraite.

Art. 68. — Les ayants droit d'un détenu exécutant un travail pénal, tels qu'ils sont définis à l'article 67 ci-dessus, bénéficient des prestations en nature de l'assurance-maladie et de l'allocation-décès prévues par les articles 8 et 47 de la présente loi.

## Annexe 37 : loi relative à la création d'un régime unique de sécurité sociale en Algérie 1983

1204

JOURNAL OFFICIEL DE LA REPUBLIQUE ALGERIENNE

5 juillet 1983

### Section IV

#### *Droit aux prestations des personnes inactives*

Art. 69. — A droit et ouvre droit aux prestations en nature de l'assurance-maladie, le titulaire :

- 1° d'une pension directe d'invalidité des assurances sociales ;
- 2° d'une rente d'accident du travail ou de maladie professionnelle correspondant à une incapacité de travail au moins égale à 50% ;
- 3° d'une pension de retraite ;
- 4° d'une pension de retraite de reversion ;
- 5° d'une pension de retraite substituée à une pension d'invalidité ;
- 6° d'une allocation de retraite ;
- 7° d'une allocation de retraite de reversion ;
- 8° d'une allocation aux vieux travailleurs salariés ;
- 9° d'un secours viager ;
- 10° d'une pension d'invalidité de reversion ;
- 11° d'une pension de retraite de reversion substituée à une pension d'invalidité de reversion ;
- 12° d'une rente d'accident du travail ou de maladie professionnelle de conjoint, d'orphelin ou d'ascendant,

Art. 70. — A droit et ouvre droit aux prestations en nature de l'assurance-maternité, le titulaire :

- 1° d'une pension directe d'invalidité des assurances sociales ;
- 2° d'une rente d'accident du travail ou de maladie professionnelle correspondant à une incapacité de travail au moins égale à 50% ;
- 3° d'une pension de retraite directe, conformément aux conditions fixées par voie réglementaire.

### Section V

#### *Règles relatives au cumul*

Art. 71. — Est interdit le cumul entre les prestations suivantes :

- indemnités journalières de l'assurance-maladie,
- indemnités journalières de l'assurance-maternité,
- indemnités journalières de l'assurance-accidents du travail et maladies professionnelles.

### TITRE III

#### FINANCEMENT

Art. 72. — Le financement des dépenses d'assurances sociales est assuré par une fraction de cotisation obligatoire, à la charge des employeurs

ainsi que des bénéficiaires visés au titre I de la présente loi.

Art. 73. — Sont exonérés du paiement des cotisations :

- les moudjahidine et les titulaires de pensions visés à l'article 5-a) de la présente loi,
- les personnes handicapées physiques ou mentales visées à l'article 5-b) de la présente loi,
- les étudiants,
- les personnes visées aux articles 69, 70 et 71 ci-dessus, lorsque le montant de leur revenu est égal ou inférieur au salaire national minimum garanti.

Les modalités d'application du présent article seront précisées par décret.

Art. 74. — La fraction de cotisation d'assurances sociales constitue une partie de la cotisation de sécurité sociale qui est fixée par la loi.

Elle est destinée au financement des prestations à caractère individuel, aux dépenses d'action sanitaire et sociale prévues à l'article 92 de la présente loi ainsi qu'aux dépenses de fonctionnement et de gestion des organismes de sécurité sociale.

Art. 75. — La fraction de cotisation d'assurances sociales est assise sur le salaire de poste du travailleur.

Le taux de la fraction de cotisation d'assurances sociales ainsi que la quote-part à la charge de l'employeur et du bénéficiaire, sont fixés par décret.

A titre transitoire, le taux de fraction de cotisation à la charge de l'employeur peut être différent dans le secteur agricole socialiste.

Art. 76. — Le montant et les modalités de versement de la fraction de cotisation d'assurances sociales concernant certaines catégories de travailleurs, notamment ceux employés par les particuliers, sont fixés par décret.

Art. 77. — Le montant de la cotisation d'assurances sociales à la charge des personnes visées à l'article 4 ci-dessus, est fixé par décret.

### TITRE IV

#### GESTION

Art. 78. — La gestion des risques prévus par la présente loi est assurée par des organismes de sécurité sociale placés sous la tutelle du ministre chargé des affaires sociales.

Les modalités d'application du présent article seront fixées par décret.

Art. 79. — Les attributions, l'organisation administrative et financière et le fonctionnement des organismes de sécurité sociale, seront fixés par décret.

### TITRE V

#### DISPOSITIONS DIVERSES

Art. 80. — Il sera mis fin aux régimes d'assurances sociales existant à la date de mise en œuvre des dispositions de la présente loi.

## Annexe 37 : loi relative à la création d'un régime unique de sécurité sociale en Algérie 1983

5 juillet 1983

JOURNAL OFFICIEL DE LA REPUBLIQUE ALGERIENNE

1205

**Art. 81.** — A compter de la date d'effet de la présente loi, les employeurs ne seront plus habilités à assurer la gestion des prestations, laquelle incombera, exclusivement, aux organismes de sécurité sociale.

Les modalités d'application du présent article, en ce qui concerne le paiement, le cas échéant, des prestations pour le compte des organismes de sécurité sociale, seront fixées par voie réglementaire.

**Art. 82.** — Les montants des indemnités journalières et des pensions d'invalidité servies à la date d'effet de la présente loi, sont maintenus dans leur intégralité et sont revalorisés conformément aux dispositions des articles 21 et 42 de la présente loi.

L'ouverture des droits et le calcul d'une pension d'invalidité de reversion sont effectués sur la base du montant de la pension directe et en application des dispositions de la nouvelle législation.

**Art. 83.** — Les prestations prévues par la présente loi ne peuvent être servies hors du territoire national.

Toutefois, les conditions dans lesquelles sont accordées les prestations en nature ou en espèces, en cas d'urgence ou de nécessité de transfert à l'étranger, seront fixées par voie réglementaire.

**Art. 84.** — Les prestations dues aux agents en fonctions dans les missions diplomatiques ou représentations algériennes, ainsi qu'aux étudiants, stagiaires et leurs ayants droit, sont prises en charge par les organismes de sécurité sociale dans des conditions qui seront fixées par décret.

**Art. 85.** — Les organismes de sécurité sociale ne peuvent tirer argument du défaut d'accomplissement, par les employeurs, des obligations qui leur incombent, pour refuser les prestations à l'assuré qui remplit les conditions d'ouverture des droits.

Lorsque les employeurs n'ont pas rempli leurs obligations, les organismes de sécurité sociale sont tenus de servir les prestations à l'assuré et de se retourner par la suite contre les employeurs.

**Art. 86.** — Il est interdit, à tout employeur, de verser des compléments aux prestations instituées par la présente loi.

**Art. 87.** — Il est interdit à tout employeur de supporter, en tout ou en partie, la charge de cotisations ou primes d'assurances, en faveur de ses travailleurs, qu'elles soient individuelles ou collectives, auprès d'une compagnie d'assurances ou de tout organisme assureur, que ce soit à titre de complément ou de supplément aux prestations prévues par la présente loi.

Les contrats en cours concernant les assurances visées à l'alinéa précédent, sont résiliés, de plein droit, à la date d'entrée en vigueur de la présente loi.

**Art. 88.** — Les prestations en nature, les indemnités journalières, les pensions d'invalidité et l'allocation-décès sont incessibles et insaisissables.

**Art. 89.** — Les dispositions relatives aux fautes des tiers, en matière d'accidents du travail, sont applicables aux prestations prévues par la présente loi.

**Art. 90.** — Il est créé un fonds d'aide et de secours destiné à l'octroi d'avantages, dans certains cas exceptionnels, aux assurés sociaux et à leurs ayants droit :

— lorsque les intéressés ne remplissent pas les conditions pour bénéficier des prestations d'assurances sociales,

— lorsque les intéressés ont un faible revenu.

Le fonds d'aide et de secours est financé par une partie des cotisations de la sécurité sociale.

Les avantages sont accordés par une commission siégeant au sein des organismes de sécurité sociale et composée de représentants des assurés sociaux,

La nature, le montant et les règles des avantages octroyés par le fonds d'aide et de secours, seront fixés par décret.

**Art. 91.** — Des compléments aux prestations prévues par la présente loi peuvent être servis dans le cadre d'une assurance facultative auprès des mutuelles, et ce, dans les conditions fixées par la législation.

**Art. 92.** — En vue de faire bénéficier les travailleurs et leurs ayants droit de prestations collectives, les organismes de sécurité sociale entreprennent des actions, sous forme de réalisations à caractère sanitaire et social, dans le cadre du plan annuel et conformément aux procédures en vigueur en matière d'investissements planifiés,

Un décret fixera les différentes formes d'action sanitaire et sociale des organismes de sécurité sociale.

**Art. 93.** — Les fonds de la sécurité sociale, ses ressources et ses biens ne peuvent être utilisés qu'aux fins définies par la présente loi.

### TITRE VI

#### DISPOSITIONS FINALES

**Art. 94.** — Des décrets fixeront, en tant que de besoin, les modalités d'application de la présente loi.

**Art. 95.** — A titre transitoire, en attendant l'adoption des textes d'application de la loi n° 78-12 du 5 août 1978 susvisée, relatifs à la classification des postes de travail et à la définition du salaire de poste, l'assiette servant de base au calcul des cotisations et des prestations ainsi que des taux de revalorisation des indemnités journalières et des pensions d'invalidité, sera fixée par décret.

## Annexe 37 : loi relative à la création d'un régime unique de sécurité sociale en Algérie 1983

1206

JOURNAL OFFICIEL DE LA REPUBLIQUE ALGERIENNE

5 juillet 1983

**Art. 96.** — Les dispositions concernant les militaires et assimilés et relatives aux assurances sociales, s'inspireront de la présente loi.

**Art. 97.** — Toutes dispositions contraires à celles de la présente loi sont abrogées.

**Art. 98.** — La présente loi prendra effet à compter du 1<sup>er</sup> janvier 1984.

**Art. 99.** — La présente loi sera publiée au *Journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 2 juillet 1983.

Chadli BENDJEDID

Loi n° 83-12 du 2 juillet 1983 relative à la retraite.

Le Président de la République,

Vu la Charte nationale, notamment son titre sixième V. 7°

Vu la Constitution, notamment ses articles 151, 154 et 155 ;

Vu la loi n° 78-12 du 5 août 1978 relative au statut général du travailleur, notamment ses articles 1er, 9, 18, 126, 129, 146, 152, 187, 192 à 199, 212 et 216 ;

Vu la loi n° 83-11 du 2 juillet 1983 relative aux assurances sociales ;

Vu l'ordonnance n° 74-8 du 30 janvier 1974 relative à la tutelle des organismes de sécurité sociale ;

Après adoption par l'Assemblée populaire nationale ;

Promulgue la loi dont le teneur suit :

### DISPOSITIONS PRELIMINAIRES

**Article 1er.** — La présente loi a pour objet d'instituer un régime unique de retraite.

**Art. 2.** — Le régime unique de retraite est basé sur les principes suivants :

— uniformisation des règles relatives à l'appréciation des droits,

— uniformisation des règles relatives à l'appréciation des avantages,

— unification du financement.

**Art. 3.** — La pension de retraite constitue un droit à caractère pécuniaire, personnel et viager.

### TITRE I

#### CHAMP D'APPLICATION

**Art. 4.** — Ont droit au bénéfice de la présente loi,

les personnes visées aux articles 3 et 4 de la loi n° 83-11 du 2 juillet 1983 relative aux assurances sociales.

**Art. 5.** — Les droits accordés au titre de la retraite comportent :

1°) une pension directe attribuée du fait de la propre activité du travailleur, augmentée d'une majoration pour conjoint à charge ;

2°) des pensions de reversion comprenant :

a) une pension en faveur du conjoint survivant,

b) une pension d'orphelin,

c) une pension d'ascendant.

### TITRE II

#### LES PENSIONS DE RETRAITE

##### Chapitre I

##### La pension directe

##### Section I

##### Conditions d'ouverture du droit à la pension

**Art. 6.** — Pour pouvoir bénéficier d'une pension, le travailleur doit remplir les deux conditions suivantes :

— être âgé de soixante ans au moins pour l'homme, et cinquante cinq ans pour la femme ;

— avoir travaillé pendant au moins quinze (15) années.

La durée minimale prévue ci-dessus, ainsi que les durées prévues à l'article 59 de la présente loi, doivent avoir donné lieu, pendant une période égale au moins à la moitié desdites durées, à un travail effectif et à un versement de cotisation de sécurité sociale par le travailleur, pour permettre, à ce dernier, de bénéficier d'une pension de retraite.

Les modalités d'application du présent article seront fixées par décret.

**Art. 7.** — Les travailleurs occupés dans des emplois présentant des conditions particulières de nuisance, bénéficient de la pension avant l'âge prévu à l'article 6 ci-dessus.

Un décret fixera la liste des emplois visés à l'alinéa précédent, ainsi que les âges correspondants et la durée minimale passée dans ces emplois.

**Art. 8.** — Les travailleurs du sexe féminin qui ont élevé un ou plusieurs enfants pendant au moins neuf ans, bénéficient d'une réduction d'âge d'un an par enfant, dans la limite de trois années.

Les enfants visés à l'alinéa précédent sont les enfants à charge tels qu'ils sont définis à l'article 67 de la loi n° 83-11 du 2 juillet 1983 relative aux assurances sociales.

**Art. 9.** — La condition d'âge prévue à l'article 6 ci-dessus, n'est pas exigée du travailleur atteint d'une

Annexe 38 : loi relative au Moudjahid et au Chahid correspondant au 12 avril 1999

N° 25		Lundi 26 Dhou El Hidja 1419	
38 <sup>e</sup> ANNEE		correspondant au 12 avril 1999	
 <p>الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية</p> <h1>الجريدة الرسمية</h1> <p>اتفاقات دولية ، قوانين ، مراسيم قرارات وآراء ، مقررات ، منشور ، إعلانات و بلاغات</p>			
<p><b>JOURNAL OFFICIEL</b> DE LA REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE CONVENTIONS ET ACCORDS INTERNATIONAUX - LOIS ET DECRETS ARRETES, DECISIONS, AVIS, COMMUNICATIONS ET ANNONCES (TRADUCTION FRANÇAISE)</p>			
<b>ABONNEMENT ANNUEL</b>	Algérie Tunisie Maroc Libye Mauritanie	ETRANGER  (Pays autres que le Maghreb)	<p>DIRECTION ET REDACTION: SECRETARIAT GENERAL DU GOUVERNEMENT</p> <p>Abonnement et publicité: <b>IMPRIMERIE OFFICIELLE</b> 7,9 et 13 Av. A. Benbarek-ALGER Tél: 65.18.15 à 17 - C.C.P. 3200-50 ALGER Télex: 65 180 IMPOF DZ BADR: 060.300.0007 68/KG ETRANGER: (Compte devises): BADR: 060.320.0600 12</p>
	<b>1 An</b>	<b>1 An</b>	
	<b>Edition originale.....</b>	<b>1070,00 D.A</b>	
<b>Edition originale et sa traduction</b>	<b>2140,00 D.A</b>	<b>5350,00 D.A</b> (Frais d'expédition en sus)	
<p>Edition originale, le numéro : 13,50 dinars. Edition originale et sa traduction, le numéro : 27,00 dinars. Numéros des années antérieures : suivant barème. Les tables sont fournies gratuitement aux abonnés. Prière de joindre la dernière bande pour renouvellement, réclamation, et changement d'adresse. Tarif des insertions : 60,00 dinars la ligne.</p>			

## Annexe 38 : loi relative au Moudjahid et au Chahid correspondant au 12 avril 1999

26 Dhou El Hidja 1419 12 avril 1999	JOURNAL OFFICIEL DE LA REPUBLIQUE ALGERIENNE N° 25	3
<b>L O I S</b>		
<p><b>Loi n° 99-07 du 19 Dhou El Hidja 1419 correspondant au 5 avril 1999 relative au moudjahid et au chahid.</b></p>		
<p>Le Président de la République,</p> <p>Vu la Constitution, notamment ses articles 62, 122, 126 et 127 ;</p> <p>Vu la loi n° 63-99 du 2 avril 1963, modifiée et complétée, relative à l'institution d'une pension d'invalidité et à la protection des victimes de la guerre de libération nationale ;</p> <p>Vu la loi n° 63-278 du 26 juillet 1963, modifiée et complétée, fixant la liste des fêtes nationales ;</p> <p>Vu la loi n° 63-321 du 31 août 1963 relative à la protection sociale des anciens moudjahidine ;</p> <p>Vu l'ordonnance n° 66-156 du 8 juin 1966, modifiée et complétée, portant code pénal ;</p> <p>Vu l'ordonnance n° 74-03 du 16 janvier 1974, modifiée et complétée, portant attribution de pensions aux victimes d'engins explosifs posés pendant la guerre de libération nationale, ainsi que leurs ayants-droit ;</p> <p>Vu l'ordonnance n° 75-07 du 22 janvier 1975, modifiée et complétée, portant attribution de pensions aux grands invalides victimes civiles de la guerre de libération nationale ;</p> <p>Vu la loi n° 83-12 du 2 juillet 1983, modifiée et complétée, relative à la retraite ;</p> <p>Vu la loi n° 84-03 du 2 janvier 1984 portant création d'une médaille du moudjahid ;</p> <p>Vu la loi n° 90-25 du 18 novembre 1990, modifiée et complétée, portant orientation foncière ;</p> <p>Vu la loi n° 90-30 du 1er décembre 1990 portant loi domaniale ;</p> <p>Vu la loi n° 90-31 du 4 décembre 1990, modifiée et complétée, relative aux associations ;</p> <p>Vu la loi n° 91-01 du 8 janvier 1991 relative à la retraite des veuves de chouhada ;</p> <p>Vu la loi n° 91-16 du 14 septembre 1991 relative au moudjahid et au chahid ;</p> <p>Vu la loi n° 91-32 du 21 décembre 1991 relative à la consécration du 18 février "journée nationale du chahid de la révolution de libération nationale" ;</p> <p>Vu le décret législatif n° 93-11 du 22 juin 1993 relatif à la consécration de journées nationales liées à la révolution de libération nationale ;</p>	<p>Vu l'ordonnance n° 95-27 du 8 Chaâbane 1416 correspondant au 30 décembre 1995 portant loi de finances pour 1996 ;</p>	<p>Vu la loi n° 97-02 du 2 Ramadhan 1418 correspondant au 31 décembre 1997 portant loi de finances pour 1998 ;</p>
<p>Après adoption par le Parlement,</p>		
<p><b>Promulgue la loi dont la teneur suit :</b></p>		
<p>TITRE I</p>		
<p><b>PRINCIPES GENERAUX</b></p>		
<p>Article 1er. — La présente loi a pour objet de fixer les principes et les règles qui régissent les moudjahidine et ayants-droit de chouhada et de moudjahidine ainsi que la protection, la préservation, la promotion et la valorisation du patrimoine historique et culturel de la révolution de libération nationale.</p>		
<p>Art. 2. — L'Etat veille à la glorification des chouhada et au respect des symboles et monuments de la révolution de libération nationale. Il garantit la protection de la dignité des moudjahidine et ayants-droit de chouhada.</p>		
<p>Art. 3. — Les droits des moudjahidine et des ayants-droit des chouhada constituent une dette pour la société. Il incombe à l'Etat de l'honorer et d'assumer les charges et obligations qui en découlent.</p>		
<p>Art. 4. — La société doit respect et considération aux moudjahidine et ayants-droit de chouhada.</p>		
<p>L'Etat accorde une attention particulière aux moudjahidine, à leurs ayants-droit et aux ayants-droit de chouhada.</p>		
<p>L'Etat garantit les droits fondamentaux des catégories susvisées.</p>		
<p>TITRE II</p>		
<p><b>LE MOUDJAHID ET LE CHAHID</b></p>		
<p>Chapitre I</p>		
<p><b>Définition du moudjahid</b></p>		
<p>Art. 5. — Est considéré moudjahid, toute personne qui a participé à la révolution de libération nationale de manière effective, permanente et sans interruption dans les structures et/ou sous la bannière du Front de libération nationale durant la période allant du 1er Novembre 1954 au 19 mars 1962.</p>		

## Annexe 38 : loi relative au Moudjahid et au Chahid correspondant au 12 avril 1999

4	JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE ALGÉRIENNE N° 25	26 Dhou El Hidja 1419 12 avril 1999	
<p>Chapitre II</p> <p><b>Qualité de membre de l'Armée de libération nationale et du Front de libération nationale</b></p> <p>Art. 6. — Le moudjahid est classé en :</p> <p>a) <b>Membres de l'Armée de libération nationale:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— les militants qui ont porté les armes et déclenché la révolution du 1er Novembre 1954 ;</li> <li>— les personnes qui ont rejoint les rangs de l'Armée de libération nationale entre le 1er Novembre 1954 et le 19 mars 1962 et ont été structurées dans les différentes instances politiques et militaires (wilaya, zone, région, secteur).</li> </ul> <p>b) <b>Membres du Front de libération nationale:</b></p> <p>1) <b>Le fidaï :</b> Est considéré fidaï, le militant structuré au sein des formations armées secrètes et chargé d'accomplir diverses missions contre l'ennemi, ses institutions et ses équipements à l'intérieur et à l'extérieur du pays.</p> <p>2) <b>Le moussebel :</b> Est la personne qui était classée dans les formations para-militaires chargées d'accomplir diverses missions contre l'ennemi.</p> <p>Sont considérés moussebeline :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— les membres des comités populaires urbains et ruraux ainsi que leurs adjoints ;</li> <li>— les responsables des mechtas ;</li> <li>— les éléments qui ont exercé au niveau des centres d'approvisionnement et lieux de cantonnement de l'Armée de libération nationale.</li> </ul> <p>3) <b>Le prisonnier ou le détenu :</b> Est le militant structuré qui justifie que son emprisonnement ou sa détention est imputable à la révolution de libération nationale.</p> <p>4) <b>Le permanent :</b> Est le membre qui a exercé ses activités militantes en dehors du pays.</p> <p>Ses catégories seront déterminées par voie réglementaire.</p> <p>Bénéficient également de la qualité de permanent, les militants nationalistes emprisonnés ou détenus à la suite des événements du 8 mai 1945 jusqu'au 19 mars 1962 à condition qu'ils aient rejoint les rangs du Front de libération nationale.</p> <p>Les étrangers qui ont rejoint les rangs de l'Armée de libération nationale ou du Front de libération nationale bénéficient de la même qualité, conformément à la législation en vigueur.</p>			<p>Les membres du Front de libération nationale bénéficient des mêmes droits accordés aux membres de l'Armée de libération nationale.</p> <p>Art. 7. — Le membre de l'Armée de libération nationale conserve sa qualité :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— s'il a été appelé à assumer des fonctions au sein du Front de libération nationale ;</li> <li>— s'il se trouve dans l'incapacité de porter les armes.</li> </ul> <p>Art. 8. — Sont considérés membres non permanents du Front de libération nationale, les personnes qui ont participé par des fonds ou des dons, qui ont milité volontairement ou qui ont rendu service à la révolution de libération nationale sans réunir les conditions requises dans les catégories définies dans la présente loi. Des attestations de mérite leur sont délivrées en reconnaissance des services rendus à la révolution de libération nationale.</p> <p>Les modalités d'application du présent article seront déterminées par voie réglementaire.</p> <p>Art. 9. — Perd la qualité de membre de l'Armée de libération nationale ou du Front de libération nationale, quiconque a quitté les rangs sans autorisation ou collaboré avec l'ennemi après sa détention.</p> <p>Perd également la qualité de membre de l'Armée de libération nationale ou du Front de libération nationale quiconque a été libéré et n'a pas poursuivi ses activités, sauf en cas de force majeure qui sera appréciée par les instances concernées.</p> <p>Les modalités d'application du présent article seront déterminées par voie réglementaire.</p>
<p>Chapitre III</p> <p><b>Le chahid</b></p> <p>Art. 10. — Est considéré chahid :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— le moudjahid ou la moudjahida tombé (e) au champ d'honneur ;</li> <li>— le moudjahid ou la moudjahida décédé (e) durant la révolution de libération nationale à la suite de blessures ou de maladies, ou porté (e) disparu (e) ou décédé (e) en prison ou dans les lieux de détention ou après sa libération par suite des tortures subies.</li> </ul> <p>Art. 11. — Les moudjahidine décédés lors des événements allant du 5 juillet 1962 au 1er septembre 1962 sont considérés victimes du devoir.</p> <p>Leurs ayants-droit bénéficient des mêmes droits accordés aux ayants-droit de chahid mentionnés à l'article 13 de la présente loi.</p> <p>Art. 12. — Le chahid est le symbole et la fierté de la Nation. La société lui doit glorification et reconnaissance. L'Etat doit honorer sa mémoire en toutes manifestations et cérémonies et enseigner aux générations futures les valeurs et les idéaux pour lesquels il a lutté.</p>			

## Annexe 38 : loi relative au Moudjahid et au Chahid correspondant au 12 avril 1999

26 Dhou El Hidja 1419 12 avril 1999	JOURNAL OFFICIEL DE LA REPUBLIQUE ALGERIENNE N° 25	5
<p style="text-align: center;"><b>Chapitre IV</b> <b>Ayants-droit</b></p> <p>Art. 13. — Sont considérés ayants-droit de chahid :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— les ascendants ;</li> <li>— la ou les veuves ;</li> <li>— les fils et filles de chouhada.</li> </ul> <p>Art. 14. — Sont considérés ayants-droit de moudjahid :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— les ascendants ;</li> <li>— la ou les veuves.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Chapitre V</b> <b>Reconnaissance et rectification</b></p> <p>Art. 15. — Il est institué une commission composée de moudjahidine auprès du ministre des moudjahidine en vue de statuer, exclusivement, en matière de reconnaissance et de rectification.</p> <p>Les modalités d'application du présent article seront déterminées par voie réglementaire.</p> <p>Art. 16. — Les intéressés peuvent introduire un recours contre les décisions de la ou des commission(s) citée(s) à l'article 15 ci-dessus.</p> <p>Les modalités d'application du présent article, notamment les parties ayant droit au recours, l'instance chargée de statuer sur le recours ainsi que les délais de celui-ci, seront fixés par voie réglementaire.</p> <p>Art. 17. — La qualité de membre de l'Armée de libération nationale ou du Front de libération nationale est authentifiée et consignée dans le registre administratif conçu à cet effet. Un extrait en est établi à la demande.</p> <p>Art. 18. — Les membres de la commission ou des commissions de reconnaissance et de rectification ainsi que les témoins requis pour présenter leur témoignage bénéficient de la protection contre toute forme de pression ou de menace. Les auteurs de ces pressions et menaces s'exposent à des poursuites judiciaires conformément au code pénal.</p> <p>Le ministère concerné est tenu d'assurer la prise en charge adéquate des membres des commissions susvisées et de les doter des moyens et des outils nécessaires à l'accomplissement de leur mission.</p> <p>Art. 19. — Les témoins requis pour présenter leur témoignage sont tenus de prêter serment devant les membres de la ou des commissions de reconnaissance et de rectification susvisées qui doivent se prononcer sur les demandes de reconnaissance et de rectification.</p>	<p style="text-align: center;"><b>TITRE III</b> <b>INVALIDITE</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Chapitre 1er</b> <b>L'invalide</b></p> <p>Art. 20. — Est considéré invalide, le moudjahid atteint de blessures ou ayant contracté des maladies à cause de sa participation à la révolution de libération nationale.</p> <p>Art. 21. — Il est institué des commissions médicales spéciales chargées de déterminer le degré des atteintes et blessures ainsi que le taux d'invalidité.</p> <p>La preuve du lien de cause à effet entre la participation à la révolution de libération nationale et l'invalidité incombe à l'intéressé.</p> <p style="text-align: center;"><b>Chapitre II</b> <b>Grands invalides</b></p> <p>Art. 22. — Est considéré grand invalide, le moudjahid dont le taux d'invalidité est égal ou supérieur à 80 % et sera classé comme suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— grand invalide ;</li> <li>— grand invalide, handicapé permanent ;</li> <li>— grand invalide, handicapé permanent assisté d'une tierce personne.</li> </ul> <p>Art. 23. — L'Etat doit accorder aux grands invalides une attention et un traitement particuliers.</p> <p>Les modalités d'application du présent article seront déterminées par voie réglementaire.</p> <p style="text-align: center;"><b>Chapitre III</b> <b>Pensions d'invalides</b></p> <p>Art. 24. — La pension d'invalidité du moudjahid est une réparation légale et un droit légitime accordé par l'Etat au moudjahid en reconnaissance des sacrifices consentis et des préjudices subis tant sur le plan matériel que moral.</p> <p>La pension d'invalidité du moudjahid est reversée sur la base de 100 % à sa veuve ou à ses veuves, quel que soit son taux d'invalidité, en plus de la pension complémentaire.</p> <p>En cas de décès de la veuve du moudjahid invalide, la pension est reversée à part égales, aux enfants mineurs et aux filles non mariées célibataires sans aucun revenu.</p> <p>Art. 25. — La veuve du chahid perçoit une pension de compensation égale à 150 % au moins du salaire national minimum garanti (SNMG), en plus de la pension complémentaire mentionnée ci-après.</p>	

## Annexe 38 : loi relative au Moudjahid et au Chahid correspondant au 12 avril 1999

6 JOURNAL OFFICIEL DE LA REPUBLIQUE ALGERIENNE N° 25 26 Dhou El Hidja 1419 12 avril 1999	
<p>En cas de décès de la veuve du chahid, la pension de compensation et la pension complémentaire sont reversées aux fils de chahid sans emploi ni revenu, ainsi qu'aux filles de chahid célibataires, divorcées ou veuves, à parts égales.</p> <p>En cas de décès de la veuve du chahid avant l'obtention de ses droits, ses enfants bénéficient des mêmes droits susmentionnés.</p> <p>Les enfants mineurs de chahida ayant perdu leurs parents avant 1962 bénéficient également de la même pension de compensation.</p> <p>Art. 26. — Est bénéficiaire d'une pension complémentaire, tout moudjahid invalide ou veuve de chahid n'ayant aucun revenu, à l'exception de la pension d'invalidité allouée au moudjahid et à la veuve du chahid en cette qualité.</p> <p>Cette pension est reversée aux ayants-droit tel que prévu aux articles 24 et 25 ci-dessus.</p> <p style="text-align: center;"><b>Chapitre IV</b> <b>Pensions des ayants-droit</b></p> <p>Art. 27. — Est considéré comme pension de compensation au préjudice matériel et moral subi, le montant perçu par les ayants-droit de chahid et de moudjahid.</p> <p>Art. 28. — Bénéficiaire de la pension de compensation :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— les fils de chahid handicapés et fils de moudjahid handicapés qui sont nés après 1942 et qui n'ont bénéficié d'aucune autre pension d'invalidité, conformément à la législation relative à la sécurité sociale ;</li> <li>— les fils de chahid handicapés et les fils de moudjahid handicapés qui sont nés avant la date précitée, sous réserve qu'ils n'aient eu aucune conduite contraire à la révolution de libération nationale ;</li> <li>— les filles de chahid mariées sans emploi ainsi que les divorcées, les veuves et les célibataires.</li> </ul> <p>En cas de décès du fils de chahid handicapé ou du fils de moudjahid handicapé, la pension est reversée à leurs veuves. En cas de décès ou de remariage de la veuve du fils de chahid handicapé ou de la veuve du fils de moudjahid handicapé, la pension est reversée à leurs enfants mineurs à parts égales.</p> <p>Art. 29. — Les ascendants de chahida bénéficient d'une pension pour chaque fils tombé au champ d'honneur.</p> <p>Art. 30. — Le fils de parents chahida bénéficie d'une pension de compensation au préjudice matériel et moral subi.</p>	<p style="text-align: center;"><b>Chapitre V</b> <b>Pension de victimes civiles</b></p> <p>Art. 31. — Sont considérées victimes civiles, les personnes qui sont décédées ou blessées durant la révolution de libération nationale ou à cause d'événements y afférents.</p> <p>Art. 32. — Les victimes civiles bénéficient d'une pension de compensation, conformément à la législation en vigueur.</p> <p>La pension des victimes civiles est reversée, conformément à la législation en vigueur, aux ayants-droit.</p> <p>Bénéficiaire du même droit, les ascendants des mineurs décédés durant la révolution de libération nationale ou à cause d'événements y afférents.</p> <p style="text-align: center;"><b>Chapitre VI</b> <b>Pension de victimes d'engins explosifs</b></p> <p>Art. 33. — Sont considérées victimes d'engins explosifs, les personnes qui sont décédées ou blessées après l'indépendance, à la suite de l'explosion d'engins restants de la période coloniale.</p> <p>Art. 34. — Les victimes d'engins explosifs bénéficient d'une pension de compensation, conformément à la législation en vigueur.</p> <p>La pension de la victime d'engins explosifs est reversée aux ayants-droit, conformément à la législation en vigueur.</p> <p style="text-align: center;"><b>Chapitre VII</b> <b>Dispositions communes</b></p> <p>Art. 35. — Le salaire national minimum garanti (SNMG) constitue la base référentielle de la valeur des pensions.</p> <p>Ces pensions révisées, annuellement, en fonction de l'évolution du pouvoir d'achat.</p> <p>Les modalités d'application du présent article seront déterminées par voie réglementaire après consultation des instances représentatives nationales concernées.</p> <p style="text-align: center;"><b>TITRE IV</b> <b>PROTECTION DU MOUDJAHID</b> <b>ET DES AYANTS-DROIT</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Chapitre I</b> <b>Protection sociale</b></p> <p>Art. 36. — Les ayants-droit de chahida et les moudjahidine, leurs veuves, leurs conjoints et leurs enfants mineurs handicapés, sans limite d'âge, bénéficient de :</p>

## Annexe 38 : loi relative au Moudjahid et au Chahid correspondant au 12 avril 1999

26 Dhou El Hidja 1419 12 avril 1999	JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE ALGÉRIENNE N° 25	7
<p>— soins gratuits dans tous les établissements de l'Etat pour toutes les maladies et infirmités dont ils sont atteints;</p> <p>— gratuité du montage et de réparation des prothèses orthopédiques ainsi que la fourniture de tous les accessoires nécessaires à leur infirmité ;</p> <p>— la prise en charge totale de l'Etat pour les soins dans les stations thermales de l'Etat ;</p> <p>— soins à l'étranger pour les maladies qui paraissent difficiles à traiter à l'intérieur du pays.</p> <p>Les modalités d'application du présent article seront déterminées par voie réglementaire.</p> <p>Art. 37. — Les veuves de chouhada, les enfants de chouhada handicapés, les moudjahidine ainsi que leurs conjoints, veuves ou enfants handicapés, bénéficient de la gratuité de transport ou de la réduction de son coût dans tous les moyens de transport terrestres, maritimes, aériens publics et privés.</p> <p>Bénéficient également des mêmes dispositions, les personnes accompagnant les grands invalides.</p> <p>L'Etat prend en charge la gratuité de transport ou la réduction de son coût telle que prévue dans le présent article.</p> <p>Les modalités d'application des dispositions du présent article seront déterminées par voie réglementaire.</p> <p>Art. 38. — Les moudjahidine, les veuves et les enfants de chouhada bénéficient de la priorité dans la formation, l'emploi et la promotion.</p> <p>Art. 39. — Les moudjahidine, les veuves et enfants de chouhada en activité bénéficient, une fois dans leur carrière du droit à une promotion spéciale par l'ajout de deux catégories dans leur classement et de la dispense des concours professionnels au sein des organismes publics où ils exercent, lorsqu'ils remplissent les conditions requises.</p> <p>Art. 40. — A l'exception des cas d'achèvement de travaux ou la dissolution définitive des entreprises ou l'expiration de la durée du contrat de travail, les moudjahidine et les ayants-droit du chahid bénéficient du droit de conserver leurs emplois soit à titre permanent ou contractuel.</p> <p>Art. 41 — Les moudjahidine et les veuves de chouhada en activité bénéficient en matière de retraite, d'une réduction d'âge et de la bonification double des années de participation à la révolution de libération nationale; il en est de même pour le taux d'invalidité accordé conformément à la législation en vigueur.</p> <p>La retraite du moudjahid et de la veuve de chahid est reversée intégralement à leurs ayants-droit, conformément à la législation en vigueur.</p>	<p>Les modalités d'application du présent article seront déterminées par voie réglementaire.</p> <p>Art. 42. — Les années de la révolution de libération nationale constituent une période de travail effectif ouvrant droit au versement d'une pension de retraite et de sa liquidation au profit des enfants de chouhada en activité.</p> <p>Art. 43. — L'Etat prend en charge le paiement à la caisse nationale de retraite des charges financières induites par les mesures relatives à la retraite des moudjahidine et des ayants-droit du chahid, prévues à la présente loi.</p> <p>Art. 44. — L'Etat consacre 20 % de chaque quota de logements ou terrains à bâtir au profit des moudjahidine et des ayants-droit n'ayant pas bénéficié, au préalable, d'un logement ou d'un terrain à bâtir.</p> <p>Les catégories susvisées bénéficient d'une réduction du prix de location allant de 20 à 40% et d'une réduction de 40 % du prix d'achat.</p> <p>Les procédures d'application de cette réduction seront précisées par voie réglementaire.</p> <p>Art. 45. — L'Etat accorde la priorité du bénéfice de terres agricoles, dans tous les cas, aux moudjahidine et aux ayants-droit.</p> <p>Art. 46. — Les moudjahidine et les ayants-droit bénéficient de prêts pour la réalisation de projets d'investissement dans les domaines économique, agricole et de services avec une réduction de 50% sur le taux d'intérêt.</p> <p style="text-align: center;">Chapitre II</p> <p style="text-align: center;"><b>Protection de la dignité du moudjahid et des ayants-droit</b></p> <p>Art. 47. — L'Etat crée des médailles et des décorations pour honorer et récompenser les moudjahidine et chouhada en reconnaissance des sacrifices consentis.</p> <p>Les modalités d'application du présent article seront fixées par voie réglementaire.</p> <p>Art. 48. — Les autorités officielles et les fonctionnaires de l'Etat ont le devoir de respecter les moudjahidine et les veuves de chouhada dans toutes les situations, notamment s'ils portent des médailles, des décorations et des insignes qui indiquent leur qualité.</p> <p>Art. 49. — Les fonctionnaires de l'Etat, des administrations publiques, organismes et entreprises ont le devoir de respect et d'assistance, en toute circonstance, envers les moudjahidine et les ayants-droit.</p> <p>Art. 50. — L'Etat protège les moudjahidine et les veuves de chouhada contre toute agression ou attaque en raison de la présentation de cartes indiquant leur qualité.</p>	

## Annexe 38 : loi relative au Moudjahid et au Chahid correspondant au 12 avril 1999

8 JOURNAL OFFICIEL DE LA REPUBLIQUE ALGERIENNE N° 25	26 Dhou El Hidja 1419 12 avril 1999
<p>Il protège également les moudjahidine et les ayants-droit de tout abus susceptible de les priver de leurs droits légaux.</p> <p>Les autorités publiques répondent à l'appel des invalides et des veuves de chouhada en vue de les protéger.</p> <p style="text-align: center;"><b>TITRE V</b></p> <p style="text-align: center;"><b>PATRIMOINE HISTORIQUE ET CULTUREL</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Chapitre I</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Symboles et patrimoine</b></p> <p>Art. 51. — Sont considérés patrimoine historique et culturel de la révolution de libération nationale tous les symboles et les hauts-faits inhérents à la révolution de libération nationale et sont propriété de la Nation.</p> <p>Art. 52. — Sont considérés comme symboles de la révolution de libération nationale :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— la déclaration du 1er Novembre ;</li> <li>— l'emblème national ;</li> <li>— l'hymne national officiel ;</li> <li>— le chahid ;</li> <li>— le moudjahid ;</li> <li>— la veuve du chahid ;</li> <li>— les cimetières de chouhada ;</li> <li>— les musées du moudjahid ;</li> <li>— les hauts-faits historiques ;</li> <li>— les stèles commémoratives et historiques ;</li> <li>— les places et lieux abritant les stèles commémoratives, et d'une manière générale, tout ce qui symbolise la révolution de libération nationale.</li> </ul> <p>Art. 53. — Sont considérés hauts-faits et stèles historiques de la Révolution de libération nationale, les lieux de commandement, les bâtiments, les centres de communication, les refuges, les grottes, les précipices, les hopitaux, les vestiges, les prisons, les lieux de détention, de concentration, de groupement, de torture, d'exécution collective, les lieux de surveillance, les tours de contrôle, les établissements utilisés par l'ennemi pour réprimer le peuple et la révolution de libération nationale et d'une manière générale, tout ce qui a trait directement à la révolution de libération nationale.</p> <p>Est également considéré stèle de la révolution de libération nationale, le lieu où se sont déroulés des événements historiques, le lieu naturel utilisé pour mener les batailles ou les opérations, les édifices utilisés ou réalisés comme support à la Révolution de libération nationale quel que soit leur forme.</p>	<p>Art. 54. — Sont considérés patrimoine historique et culturel de la révolution de libération nationale, tous les symboles et hauts-faits visés aux articles 52 et 53 ci-dessus, et tous les archives, ouvrages, effets, documents, registres, objets, équipements, écritures, rapports, déclarations militaires et politiques, journaux individuels et collectifs, armes de toutes sortes, explosifs et tous les ouvrages audiovisuels filmés ou écrits qui ont été réalisés entre le 1er novembre 1954 et le 5 juillet 1962.</p> <p>Il est interdit de céder, sous quelque forme que ce soit, les parties du patrimoine mentionné dans le présent article.</p> <p>L'utilisation, la circulation et l'exposition du patrimoine cité dans le présent article sont soumises à l'autorisation du ministre des moudjahidine.</p> <p style="text-align: center;"><b>Chapitre II</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Protection du patrimoine</b></p> <p>Art. 55. — L'Etat veille à la protection et à la surveillance du patrimoine, symboles, hauts-faits et stèles de la révolution de libération nationale ainsi qu'à leur préservation de toute déformation, dégradation ou destruction.</p> <p>La gestion du patrimoine historique et culturel est confiée à des institutions compétentes, placées sous la tutelle du ministre des moudjahidine.</p> <p>L'institution concernée est chargée de procéder à l'inventaire, à la valorisation et au reclassement de ce patrimoine.</p> <p>Art. 56. — L'édification de stèles commémoratives est soumise à l'autorisation préalable du ministre des moudjahidine sur la base d'un dossier dont la composition sera fixée par voie réglementaire.</p> <p>Toute restauration, transformation, démolition ou transfert des sites, hauts-faits et stèles inhérents à la révolution de libération nationale est soumis aux mêmes procédures.</p> <p>Art. 57. — Le constat d'authenticité des textes et des œuvres audio-visuels, écrits, filmés ou techniques ayant trait à la révolution de libération nationale obéit, avant leur présentation ou leur publication, à l'autorisation préalable du ministre des moudjahidine.</p> <p>Art. 58. — L'Etat s'engage à compenser équitablement les biens meubles et immeubles et documents acquis ou expropriés aux tiers, conformément à la législation en vigueur.</p>

## Annexe 38 : loi relative au Moudjahid et au Chahid correspondant au 12 avril 1999

26 Dhou El Hidja 1419 12 avril 1999	JOURNAL OFFICIEL DE LA REPUBLIQUE ALGERIENNE N° 25	9
<p>Art. 59. — La baptismation ou la débaptisation des institutions et lieux quel que soit leur forme aux noms de chouhada, de moudjahidine décédés, d'évènements ou de dates inhérents à la Révolution de libération nationale, est soumise à l'autorisation préalable du ministre des moudjahidine après avis de l'organisation nationale des moudjahidine.</p> <p>Les modalités d'application du présent article seront déterminées par voie réglementaire.</p> <p>Art. 60. — L'Etat doit commémorer :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— les fêtes nationales ;</li> <li>— les journées historiques ;</li> <li>— les évènements commémoratifs de la Révolution de libération nationale.</li> </ul> <p>Les modalités d'application du présent article seront déterminées par voie réglementaire.</p> <p>Art. 61. — L'Etat œuvre à ce que l'histoire de la résistance populaire, et du mouvement national, et l'histoire de la révolution de libération nationale occupent une place prépondérante dans la vie nationale.</p> <p>Art. 62. — L'Etat veille à enseigner, promouvoir et inculquer aux générations montantes, l'histoire nationale, les principes et les valeurs de la révolution de libération nationale. L'enseignement de l'histoire est une matière obligatoire et fondamentale dans le système national d'éducation et de l'enseignement.</p> <p>Cette mission est conférée aux secteurs concernés, notamment à l'éducation nationale, la communication et la culture, la jeunesse et les sports, la formation professionnelle, l'enseignement supérieur et les affaires religieuses.</p> <p>Art. 63. — L'Etat soutient tout projet en matière de protection du patrimoine historique et culturel et toutes les activités visant la pérennisation et la glorification des symboles, hauts-faits et stèles historiques de la révolution de libération nationale initiées par les instances représentatives des moudjahidine et des enfants de chouhada.</p> <p>Art. 64. — Il est créé auprès du Président de la République, un conseil supérieur pour la mémoire de la Nation.</p> <p>Il est chargé de préserver, promouvoir, évaluer et protéger la mémoire nationale. Ce conseil accorde la priorité à la résistance populaire, au mouvement national et à la révolution du 1er novembre 1954.</p>	<p>La composition, le fonctionnement et les attributions du conseil seront déterminés par voie réglementaire.</p> <p style="text-align: center;"><b>TITRE VI</b></p> <p style="text-align: center;"><b>DISPOSITIONS PENALES</b></p> <p>Art. 65. — Toute falsification des documents de reconnaissance de la qualité de membre de l'Armée de libération nationale ou du Front de libération nationale est punie conformément au code pénal.</p> <p>Art. 66. — Toute atteinte aux symboles de la révolution de libération nationale prévus à l'article 52 de la présente loi est punie conformément au code pénal.</p> <p>Art. 67. — Toute agression ou attaque contre le moudjahid et la veuve de chahid, en raison du port de leurs médailles, décorations ou insignes ou en raison de la présentation de cartes indiquant leur qualité, est punie, conformément aux dispositions prévues dans la législation en vigueur.</p> <p>Art. 68. — Perdent leurs droits civiques et politiques, conformément à la législation en vigueur, les personnes dont les positions pendant la révolution de libération nationale ont été contraires aux intérêts de la patrie et ayant eu un comportement indigne.</p> <p style="text-align: center;"><b>TITRE VII</b></p> <p style="text-align: center;"><b>DISPOSITIONS TRANSITOIRES ET FINALES</b></p> <p>Art. 69. — La procédure de déclaration de constitution n'est pas applicable à l'organisation nationale des moudjahidine compte tenu de son existence historique et légale sous réserve des autres dispositions prévues par la loi n° 90-31 du 4 décembre 1990 relative aux associations.</p> <p>Art. 70. — La ou les instances représentatives nationales sont consultées pour toute modification de la présente loi.</p> <p>Art. 71. — Sont abrogées, toutes les dispositions contraires à la présente loi.</p> <p>Art. 72. — La présente loi sera publiée au <i>Journal officiel</i> de la République algérienne démocratique et populaire.</p> <p>Fait à Alger, le 19 Dhou El Hidja 1419 correspondant au 5 avril 1999.</p> <p style="text-align: right;">Liamine ZEROUAL</p>	

## Annexe 38 : loi relative au Moudjahid et au Chahid correspondant au 12 avril 1999

10 JOURNAL OFFICIEL DE LA REPUBLIQUE ALGERIENNE N° 25	26 Dhou El Hidja 1419 12 avril 1999
<b>D E C R E T S</b>	
<p><b>Décret exécutif n° 99-73 du 25 Dhou El Hidja 1419 correspondant au 11 avril 1999 modifiant et complétant le décret exécutif n° 95-177 du 25 Moharram 1416 correspondant au 24 juin 1995 fixant les modalités de fonctionnement du compte d'affectation spéciale n° 302-082 intitulé "Fonds national de la recherche scientifique et du développement technologique".</b></p> <p style="text-align: center;">-----</p> <p>Le Chef du Gouvernement,</p> <p>Sur le rapport conjoint du ministre des finances et du ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique,</p> <p>Vu la Constitution, notamment ses articles 85-4° et 125 (alinéa 2) ;</p> <p>Vu la loi n° 84-17 du 7 juillet 1984, modifiée et complétée, relative aux lois de finances ;</p> <p>Vu la loi n° 90-21 du 15 août 1990 relative à la comptabilité publique ;</p> <p>Vu l'ordonnance n° 94-03 du 27 Rajab 1415 correspondant au 31 décembre 1994 portant loi de finances pour 1995, notamment son article 146 ;</p> <p>Vu la loi n° 98-11 du 29 Rabie Ethani 1419 correspondant au 22 août 1998 portant loi d'orientation et de programme à projection quinquennale sur la recherche scientifique et le développement technologique 1998-2002 ;</p> <p>Vu la loi n° 98-12 du 13 Ramadhan 1419 correspondant au 31 décembre 1998 portant loi de finances pour 1999, notamment son article 86 ;</p> <p>Vu le décret présidentiel n° 98-427 du 25 Chaâbane 1419 correspondant au 15 décembre 1998 portant nomination du Chef du Gouvernement ;</p> <p>Vu le décret présidentiel n° 98-428 du Aouel Ramadhan 1419 correspondant au 19 décembre 1998 portant nomination des membres du Gouvernement ;</p> <p>Vu le décret exécutif n° 95-177 du 25 Moharram 1416 correspondant au 24 juin 1995 fixant les modalités de fonctionnement du compte d'affectation spéciale n° 302-082 intitulé "Fonds national de la recherche scientifique et du développement technologique" ;</p>	<p><b>Décète :</b></p> <p>Article 1er. — En application de l'article 86 de la loi n° 98-12 du 13 Ramadhan 1419 correspondant au 31 décembre 1998 portant loi de finances pour 1999, le présent décret a pour objet de modifier et de compléter le décret exécutif n° 95-177 du 25 Moharram 1416 correspondant au 24 juin 1995, susvisé.</p> <p>Art. 2. — Les dispositions de l'article 3 du décret exécutif n° 95-177 du 25 Moharram 1416 correspondant au 24 juin 1995 susvisé, sont modifiées et complétées comme suit :</p> <p>"Art. 3. — Le compte n° 302-082 enregistre :</p> <p><b>En recettes :</b></p> <p>... (sans changement)...</p> <p><b>En dépenses :</b></p> <p>— Toute dépense liée au développement de la recherche scientifique et technologique et à sa valorisation économique notamment les dotations aux entités dotées de l'autonomie financière, chargées de l'exécution et/ou de la gestion et du suivi de l'exécution des projets de recherche scientifique et du développement technologique dans le cadre des conventions établies avec le ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique.</p> <p>Les responsables des entités susvisées sont ordonnateurs des crédits qui leur sont alloués".</p> <p>Art. 3. — Les dispositions de l'article 4 du décret exécutif n° 95-177 du 25 Moharram 1416 correspondant au 24 juin 1995 susvisé sont complétées et rédigées comme suit :</p> <p>"Art. 4. — Les modalités d'application du présent décret sont déterminées, en tant que de besoin, conjointement par le ministre chargé des finances et le ministre chargé de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique".</p> <p>Art. 4. — Le présent décret sera publié au <i>Journal officiel</i> de la République algérienne démocratique et populaire.</p> <p>Fait à Alger, le 25 Dhou El Hidja 1419 correspondant au 11 avril 1999.</p> <p style="text-align: right;">Smaïl HAMDANI.</p>

## Annexe 38 : loi relative au Moudjahid et au Chahid correspondant au 12 avril 1999

26 Dhou El Hidja 1419 JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE ALGÉRIENNE N° 25 11 12 avril 1999																				
<p><b>Décret exécutif n° 99-74 du 25 Dhou El Hidja 1419 correspondant au 11 avril 1999 portant attribution d'un permis de recherche d'hydrocarbures à la société nationale SONATRACH sur le périmètre dénommé "Zemlet En Nous" (blocs 441 et 442).</b></p> <p>-----</p> <p>Le Chef du Gouvernement,</p> <p>Sur le rapport du ministre de l'énergie et des mines,</p> <p>Vu la Constitution, notamment ses articles 85-4° et 125 (alinéa 2) ;</p> <p>Vu la loi n° 86-14 du 19 août 1986, modifiée et complétée, relative aux activités de prospection, de recherche, d'exploitation et de transport par canalisation des hydrocarbures ;</p> <p>Vu la loi n° 90-30 du 1er décembre 1990 portant loi domaniale ;</p> <p>Vu le décret n° 87-157 du 21 juillet 1987 relatif à la classification des zones de recherche et d'exploitation des hydrocarbures ;</p> <p>Vu le décret n° 87-158 du 21 juillet 1987, modifié et complété, relatif aux modalités d'identification et de contrôle des sociétés étrangères candidates à l'association pour la prospection, la recherche et l'exploitation des hydrocarbures liquides ;</p> <p>Vu le décret n° 87-159 du 21 juillet 1987, modifié et complété, relatif à l'intervention des sociétés étrangères dans les activités de prospection, de recherche et d'exploitation d'hydrocarbures liquides ;</p> <p>Vu le décret n° 88-34 du 16 février 1988, modifié et complété, relatif aux conditions d'octroi, de renonciation et de retrait des titres miniers pour la prospection, la recherche et l'exploitation des hydrocarbures ;</p> <p>Vu le décret n° 88-35 du 16 février 1988 définissant la nature des canalisations et ouvrages annexes relatifs à la production et au transport d'hydrocarbures ainsi que les procédures applicables à leur réalisation ;</p> <p>Vu le décret présidentiel n° 95-102 du 8 Dhou El Kaada 1415 correspondant au 8 avril 1995 portant création du conseil national de l'énergie ;</p> <p>Vu le décret présidentiel n° 98-48 du 14 Chaoual 1418 correspondant au 11 février 1998 portant statuts de la société nationale pour la recherche, la production, le transport, la transformation et la commercialisation des hydrocarbures "SONATRACH" ;</p> <p>Vu le décret présidentiel n° 98-427 du 25 Chaâbane 1419 correspondant au 15 décembre 1998 portant nomination du Chef du Gouvernement ;</p> <p>Vu le décret présidentiel n° 98-428 du Aouel Ramadhan 1419 correspondant au 19 décembre 1998 portant nomination des membres du Gouvernement ;</p>																				
<p>Vu le décret exécutif n° 94-43 du 18 Chaâbane 1414 correspondant au 30 janvier 1994 fixant les règles de conservation des gisements d'hydrocarbures et de protection des aquifères associés ;</p> <p>Vu le décret exécutif n° 96-214 du 28 Moharram 1417 correspondant au 15 juin 1996 fixant les attributions du ministre de l'énergie et des mines ;</p> <p>Vu la demande n° 461 du 29 juin 1998 par laquelle la société nationale SONATRACH sollicite l'attribution d'un permis de recherche d'hydrocarbures sur le périmètre dénommé "Zemlet En Nous" (blocs 441 et 442) ;</p> <p>Vu les résultats de l'enquête réglementaire à laquelle cette demande a été soumise ;</p> <p>Vu les rapports et avis des services compétents du ministère de l'énergie et des mines ;</p> <p>Vu l'approbation en conseil de Gouvernement du 7 février 1999 ;</p> <p><b>Décrète :</b></p> <p>Article 1er. — Il est attribué à la société nationale SONATRACH, un permis de recherche d'hydrocarbures sur le périmètre dénommé "Zemlet En Nous" (blocs 441 et 442), d'une superficie totale de 1.469,35 km<sup>2</sup>, situé sur le territoire des wilayas d'El Oued et d'Ouargla.</p> <p>Art. 2. — Conformément aux plans annexés à l'original du présent décret, le périmètre de recherche, objet de ce permis, est défini en joignant successivement les points dont les coordonnées géographiques sont :</p>																				
<table border="1"> <thead> <tr> <th>SOMMETS</th> <th>LONGITUDE EST</th> <th>LATITUDE NORD</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>01</td> <td>08° 50' 00"</td> <td>Front Alg-Tunis.</td> </tr> <tr> <td>02</td> <td>Front Alg-Tunis.</td> <td>31° 25' 00"</td> </tr> <tr> <td>03</td> <td>09° 00' 00"</td> <td>31° 25' 00"</td> </tr> <tr> <td>04</td> <td>09° 00' 00"</td> <td>31° 50' 00"</td> </tr> <tr> <td>05</td> <td>08° 50' 00"</td> <td>31° 50' 00"</td> </tr> </tbody> </table> <p>Superficie totale : 1.469,35 km<sup>2</sup></p>			SOMMETS	LONGITUDE EST	LATITUDE NORD	01	08° 50' 00"	Front Alg-Tunis.	02	Front Alg-Tunis.	31° 25' 00"	03	09° 00' 00"	31° 25' 00"	04	09° 00' 00"	31° 50' 00"	05	08° 50' 00"	31° 50' 00"
SOMMETS	LONGITUDE EST	LATITUDE NORD																		
01	08° 50' 00"	Front Alg-Tunis.																		
02	Front Alg-Tunis.	31° 25' 00"																		
03	09° 00' 00"	31° 25' 00"																		
04	09° 00' 00"	31° 50' 00"																		
05	08° 50' 00"	31° 50' 00"																		
<p><b>Coordonnées géographiques des parcelles à exclusion du périmètre de recherche:</b></p> <p><b>Keskessa (situé à l'intérieur du bloc 442).</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>SOMMETS</th> <th>LONGITUDE EST</th> <th>LATITUDE NORD</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>01</td> <td>09° 00' 00"</td> <td>31° 51' 29"</td> </tr> <tr> <td>02</td> <td>09° 05' 30"</td> <td>31° 51' 29"</td> </tr> <tr> <td>03</td> <td>09° 05' 30"</td> <td>31° 49' 11"</td> </tr> <tr> <td>04</td> <td>09° 00' 00"</td> <td>31° 49' 11"</td> </tr> </tbody> </table> <p>Superficie totale : 50,5 km<sup>2</sup></p> <p>Bloc 442</p>			SOMMETS	LONGITUDE EST	LATITUDE NORD	01	09° 00' 00"	31° 51' 29"	02	09° 05' 30"	31° 51' 29"	03	09° 05' 30"	31° 49' 11"	04	09° 00' 00"	31° 49' 11"			
SOMMETS	LONGITUDE EST	LATITUDE NORD																		
01	09° 00' 00"	31° 51' 29"																		
02	09° 05' 30"	31° 51' 29"																		
03	09° 05' 30"	31° 49' 11"																		
04	09° 00' 00"	31° 49' 11"																		

## Annexe 38 : loi relative au Moudjahid et au Chahid correspondant au 12 avril 1999

12 JOURNAL OFFICIEL DE LA REPUBLIQUE ALGERIENNE N° 25			26 Dhou El Hidja 1419
			12 avril 1999
<b>El Borma (situé à l'intérieur du bloc 441).</b>			
SOMMETS	LONGITUDE EST	LATITUDE NORD	
01	Front Alg-Tunis.	31° 47' 00"	
02	09° 06' 00"	31° 47' 00"	
03	09° 06' 00"	31° 30' 00"	
04	Front Alg-Tunis.	31° 30' 00"	
Superficie totale : 298,61 km <sup>2</sup>			
Bloc 441			
<p>Art. 3. — La société nationale SONATRACH est tenue de réaliser, pendant la durée de validité du permis de recherche, le programme minimum de travaux annexé à l'original du présent décret.</p> <p>Art. 4. — Le permis de recherche est délivré à la société nationale SONATRACH pour une période de trois (3) ans à compter de la publication du présent décret au <i>Journal officiel</i> de la République algérienne démocratique et populaire.</p> <p>Art. 5. — Le présent décret sera publié au <i>Journal officiel</i> de la République algérienne démocratique et populaire.</p> <p>Fait à Alger, le 25 Dhou El Hidja 1419 correspondant au 11 avril 1999.</p> <p style="text-align: right;">Smaïl HAMDANI.</p>			
DECISIONS INDIVIDUELLES			
<p><b>Décret présidentiel du 24 Dhou El Hidja 1419 correspondant au 10 avril 1999 portant acquisition de la nationalité algérienne.</b></p> <p style="text-align: center;">-----</p> <p>Par décret présidentiel du 24 Dhou El Hidja 1419 correspondant au 10 avril 1999 sont naturalisés algériens dans les conditions de l'article 10 de l'ordonnance n° 70-86 du 15 décembre 1970 portant code de la nationalité algérienne les personnes dénommées ci-après :</p> <p>* Abdelkrim Mohamed, né le 8 août 1944 à Ben Sekran (Tlemcen) et ses enfants mineurs :</p> <p>* Abdelkrim Houari, né le 12 mai 1979 à Ben Sekran (Tlemcen) ;</p> <p>* Abdelkrim Hafida, née le 4 juillet 1981 à Ben Sekran (Tlemcen) ;</p> <p>* Abdelkrim Nassira, née le 3 septembre 1983 à Tlemcen (Tlemcen).</p> <p>Abassia Bent Seddik, née le 3 décembre 1960 à Sidi Bel Abbès, (Sidi Bel Abbès) qui s'appellera désormais : Amrani Abassia.</p> <p>Abdelmoula Fatima, née le 5 novembre 1973 à Béchar (Béchar).</p> <p>Abdellaoui Ali, né le 3 septembre 1960 à Las Sous Kaf (Tunisie) et son fils mineur :</p> <p>* Abdellaoui Raouf, né le 8 décembre 1993 à Bougara (Blida).</p> <p>Abdellah Imed Eddine, né le 18 novembre 1962 à El Yermouk, Damas (Syrie).</p> <p>Abdelkader Ben Mohamed, né le 27 décembre 1965 à Fouka (Tipaza), qui s'appellera désormais : Ben Hedou Abdelkader.</p> <p>Al Khalili Mohamed, né en 1946 à Haïfa (Palestine) et sa fille mineure :</p> <p>* Al Khalili Houda, née le 7 octobre 1984 à Mascara (Mascara).</p> <p>Boussedik Abdelaziz, né en 1962 à Sig (Mascara) et ses enfants mineurs :</p> <p>* Boussedik Sara, née le 6 avril 1989 à Sig (Mascara) ;</p> <p>* Boussedik Mohammed, né le 12 janvier 1992 à Sig (Mascara).</p> <p>* Bidalaoui Mohamed, né le 17 mai 1953 à Hadjout (Tipaza) et ses enfants mineurs :</p> <p>* Bidalaoui Zohra, née le 10 juillet 1980 à Hadjout (Tipaza) ;</p> <p>* Bidalaoui Bilal, né le 2 novembre 1981 à Hadjout (Tipaza) ;</p> <p>* Bidalaoui Mustapha, né le 17 septembre 1984 à Hadjout (Tipaza) ;</p> <p>* Bidalaoui Meriem, née le 13 octobre 1986 à Hadjout (Tipaza) ;</p> <p>* Bidalaoui Samia, née le 2 novembre 1991 à Hadjout (Tipaza).</p> <p>Belhouari Omar, né le 17 août 1965 à El Mohammadia (Mascara).</p> <p>Belkacem Ben Si Ali, né le 8 septembre 1962 à Aïn Talout (Tlemcen), qui s'appellera désormais : Ziani Belkacem.</p>			

## Annexe 38 : loi relative au Moudjahid et au Chahid correspondant au 12 avril 1999

26 Dhou El Hidja 1419 12 avril 1999	JOURNAL OFFICIEL DE LA REPUBLIQUE ALGERIENNE N° 25	13
Ben Zeroual Mohammed, né le 12 février 1961 à Sidi Bel Abbès (Sidi Bel Abbès).	Gedhgadhi Moufida, née le 18 mars 1973 à El Kala (El Tarf).	
Belhachemi Kaddour, né le 26 novembre 1971 à Aïn Larbaa (Aïn Témouchent).	Gedhgadhi Nacira, née le 12 septembre 1965 à El Kala (El Tarf).	
Belhachemi Rahmouna, née le 26 septembre 1954 à Aïn Larbaa (Aïn Témouchent).	Karima Bent M'Hamed, née le 5 mars 1955 à Tlemcen (Tlemcen), qui s'appellera désormais : Mimouni Karima.	
Benabou Ahmed, né en 1957 à Henaya (Tlemcen) ;	Khadidja Bent Mohamed, épouse Arrab Mohamed, née le 27 mai 1956 à Ksar El Boukhari (Médéa) qui s'appellera désormais : Benchourak Khadidja.	
Baira Latifa, épouse Bennour Sidi Mouhamed, née le 31 janvier 1965 à Tlemcen (Tlemcen).	Kighlani Abderrahmane, né le 24 février 1971 à Bologhine Ibnou Ziri (Alger).	
Dari Abderrahmane, né en 1939 à Henaya (Tlemcen) et ses enfants mineurs :	Khaled Hishem, né en 1943 à Aïn Ghezal, Haïfa (Palestine) et ses enfants mineurs :	
* Dari Oukacha, né le 22 juillet 1978 à Henaya (Tlemcen) ;	* Khaled Sadlina, née le 8 août 1978 à Reghaïa (Alger) ;	
* Dari Rachid, né le 25 octobre 1982 à Henaya (Tlemcen) ;	* Khaled Lamia, née le 14 novembre 1982 à Hussein Dey (Alger) ;	
* Dari Tarik, né le 14 mars 1986 à Henaya (Tlemcen).	* Khaled Sarra, née le 23 novembre 1984 à Hussein Dey (Alger) ;	
Dahmani Mimouna, épouse Targui Hamou, née le 26 mars 1971 à Knadssa (Béchar).	* Khaled Kanan, né le 23 juillet 1991 à Kouba (Alger).	
Djebli Aïcha, épouse Ben Boukhari Abdelkader, née le 30 mai 1945 à El Guetna Tizi (Mascara).	Kheira Bent M'Hamed, épouse Berdad Mohamed, née le 14 mai 1948 à Aïn Solatane (Aïn Defla), qui s'appellera désormais : Safir Kheira.	
El Djaouadi El Mabrouk, né le 1er juin 1953 à Kasr Krakeur Titaouyine (Tunisie) et ses enfants mineurs :	Karroum Yamina, épouse Mellahi Habib, née le 22 décembre 1964 à Sig (Mascara).	
* El Djaouadi Nahla, née le 5 novembre 1991 à Alger-centre (Alger) ;	Karroumi Rekia, épouse Ben Tahar Mahfoud, née le 24 avril 1967 à Aïn Bessam (Bouira).	
* El Djaouadi Ramzi Zakaria, né le 6 octobre 1994 à Bourouba (Alger).	Khenteche Mustapha, né en 1930 à Beni Boughafer, Nador (Maroc).	
El Mouloudi Fatima, épouse Kandour Hakoum, née le 23 mars 1973 à Koléa (Tipaza).	Laghla Ali, né en 1945 à Taza (Maroc) et ses enfants mineurs :	
El Houssni Fatma, née le 17 octobre 1975 à Koléa (Tipaza).	* Laghla Farid, né le 13 avril 1978 à Oran (Oran) ;	
El Amrani Nacéra, née le 16 août 1966 à Mers El Kébir (Oran).	* Laghla Farida, née le 8 juillet 1983 à Oran (Oran).	
El Gamah M'Hamed, né le 12 janvier 1963 à Blida (Blida) ;	Mekaoui Hafida, épouse Baghdadi Mohamed, née le 13 novembre 1963 à Maghnia (Tlemcen).	
El Mouhsni Naïma, née le 22 mars 1971 à Khroub (Constantine).	Mekaoui Houria, épouse Diab Nouredine, née le 26 février 1963 à Béni Ouassine, Maghnia (Tlemcen).	
El Salem Roya, née le 18 juillet 1974 à Damas (Syrie).	Mekaoui Mohamed, né le 21 avril 1971 à Maghnia (Tlemcen).	
El Djelidi Sourour, née le 4 mars 1973 à Constantine (Constantine).	Mekaoui Oussinia, épouse Awillal Nasreddine, née le 1er mars 1966 à Maghnia (Tlemcen).	
El Bouhaisi Awad, né le 6 juin 1940 à Souafir, Gaza (Palestine).	Mouiziz Mohamed, né le 1er mai 1972 à Frenda (Tiaret).	
Fatma Zohra Bent Mohamed, épouse Zeddani Mohamed, née le 1er octobre 1939 à El Affroun (Blida), qui s'appellera désormais : Beghdad Fatma Zohra.		

## Annexe 38 : loi relative au Moudjahid et au Chahid correspondant au 12 avril 1999

14 JOURNAL OFFICIEL DE LA REPUBLIQUE ALGERIENNE N° 25		26 Dhou El Hidja 1419	
		12 avril 1999	
Mohamed Fatiha, née le 19 juillet 1970 à Souagui (Médéa), qui s'appellera désormais : Mohammedi Fatiha.	Jamus Ali, né le 10 mars 1956 à Tolkarem (Palestine) et ses enfants mineurs :		
Mohamed Djamilia, née le 10 décembre 1972 à Souagui (Médéa), qui s'appellera désormais : Mohammedi Djamilia.	* Jamus Mourad, né le 14 mai 1981 à Constantine (Constantine) ;		
Mimouni Brahim, né le 29 août 1971 à Koléa (Tipaza).	* Jamus Nesrine, née le 12 avril 1982 à Constantine (Constantine) ;		
Mimouna Bent Ahmed, épouse Fekira Hadj, née le 17 avril 1961 à Matmor (Relizane), qui s'appellera désormais : Boutaleb Mimouna.	* Jamus Ahlam, née le 3 mai 1984 à Constantine (Constantine) ;		
Mohammed Ben Khalifa, né le 25 décembre 1942 à Sidi Bel Abbès (Sidi Bel Abbès), qui s'appellera désormais : El Mokhtar Mohamed.	* Jamus Houda, née le 20 juin 1985 à Constantine (Constantine) ;		
Moulay Idriss, né le 12 octobre 1962 à Hamma El Annasser (Alger).	* Jamus Taissir, née le 23 août 1989 à Constantine (Constantine) ;		
Mimouna Bent M'Hamed, née en 1923 à Hassi El Ghella (Aïn Témouchent), qui s'appellera désormais : Yahiaoui Mimouna.	* Jamus Madjda, née le 9 octobre 1992 à Constantine (Constantine).		
Naceri Fatima, née le 25 octobre 1960 à Chlef (Chlef).	Haddouch Fatma, épouse Debache Ali, née en 1947 à Douar Myassar, Nador (Maroc).		
Naceri Halima, née le 14 février 1965 à Chlef (Chlef).	Hafsou Abdallah, né le 24 août 1956 à Ouled Slim, Chihani (El Tarf).		
Saadi Souhir, épouse Rezki Fateh, née le 20 février 1970 à Béjaïa (Béjaïa).	Ouarghami Afifa, née le 1er novembre 1974 à Annaba (Annaba).		
Ikhlef Ben Amar, né le 5 juin 1953 à Boumedfaa (Aïn Defla), qui s'appellera désormais : Benamar Ikhlef.	Ouarghami Sihem, née le 12 octobre 1972 à Ben M'Hidi (El Tarf).		
Zaaroun Zine Eddine, né le 1er août 1959 à Oran (Oran).	Sekkaki Mohamed, né le 14 octobre 1968 à Mehdiya (Tiarèt).		
Abdulwahab Mohamed Jawad Nahla, née le 21 août 1973 à Casablanca (Maroc).	Temam Ibrahim, né le 25 janvier 1944 à Seila El Dhehr (Palestine) et ses enfants mineurs :		
Abdulwahab Mohamed Jawad Najla, née le 1er février 1976 à Casablanca (Maroc).	* Temam Walid, né le 1er décembre 1978 à Blida (Blida).		
Alati Nour El Houda, née le 16 juillet 1951 à Alep (Syrie).	* Temam Soumia, née le 14 septembre 1982 à Blida (Blida) ;		
Abou Ennadja Hocine, né le 16 juillet 1945 à Kobeiba (Palestine) et ses enfants mineurs :	* Temam Houda, née le 24 septembre 1988 à Ouled Aïche (Blida) ;		
* Abou Ennadja Djamel Eddine, né le 26 juillet 1981 à Koléa (Tipaza).	* Temam Mohamed, né le 28 avril 1994 à Ouled Aïche (Blida).		
* Abou Ennadja Hayet, née le 11 novembre 1983 à Bousaada (M'Sila).	Yahia Ben Egi, né en 1935 à Agadez (Niger) et ses enfants mineurs :		
Azizi Abdrrahmane, né le 25 janvier 1973 à Hussein Dey (Alger).	* Ben Agi Brahim, né le 10 octobre 1989 à Djanet (Illizi) ;		
Azzioui Samira, née le 14 septembre 1973 à Béchar (Béchar).	* Ben Agi Moussa, né le 26 mai 1991 à Djanet (Illizi) ;		
El Kaim Islam, né le 16 novembre 1971 à Mostaganem (Mostaganem).	* Ben Agi Zohra, née le 29 mars 1993 à Djanet (Illizi).		
	Yahia Ben Egi qui s'appellera désormais : Ben Agi Yahia.		
	Abou Mahadi Mohamed Ibrahim, né le 15 octobre 1975 à Mohamed Belouizdad (Alger).		
	Rifi Abdelkader, né le 4 mars 1966 à Sidi Ben Adda (Aïn Témouchent).		
	Amine Belkacem Mohamed, né le 30 octobre 1954 à Alger-Centre (Alger).		

## Annexe 38 : loi relative au Moudjahid et au Chahid correspondant au 12 avril 1999

26 Dhou El Hidja 1419 JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE ALGERIENNE N° 25 15 12 avril 1999	
<p><b>Décret présidentiel du 9 Jomada Ethania 1419 correspondant au 30 septembre 1998 portant acquisition de la nationalité algérienne (rectificatif).</b></p> <p>-----</p> <p><b>J.O. n° 74 du 14 Jomada Ethania 1419 correspondant au 5 octobre 1998</b></p> <p>Page 11, 1ère colonne, 1ère ligne.</p> <p><b>Au lieu de :</b> "le 25 avril".</p> <p><b>Lire :</b> "le 23 avril".</p> <p>(Le reste sans changement).</p>	<p><b>Décret présidentiel du 8 Chaoual 1419 correspondant au 25 janvier 1999 portant acquisition de la nationalité algérienne (rectificatif).</b></p> <p>-----</p> <p><b>J.O. n° 05 du 10 Chaoual 1419 correspondant au 27 janvier 1999</b></p> <p>Page 7, 2ème colonne, ligne 44.</p> <p><b>Au lieu de :</b> "né en 1970".</p> <p><b>Lire :</b> "né le 6 août 1970".</p> <p>(Le reste sans changement).</p>
<b>ARRETES, DECISIONS ET AVIS</b>	
<p style="text-align: center;"><b>MINISTERE DES FINANCES</b></p> <p><b>Arrêté du 5 Dhou El Kaada 1419 correspondant au 21 février 1999 portant création et composition de la commission des œuvres sociales de l'administration centrale de la direction générale des impôts.</b></p> <p>-----</p> <p>Le ministre des finances,</p> <p>Vu la loi n° 78-12 du 5 août 1978 relative au statut général du travailleur, notamment ses articles 180 à 186 ;</p> <p>Vu la loi n° 83-16 du 2 juillet 1983 portant création du fonds national de péréquation des œuvres sociales ;</p> <p>Vu le décret n° 82-179 du 15 mai 1982, modifié et complété, fixant le contenu et le mode de financement des œuvres sociales ;</p> <p>Vu le décret n° 82-303 du 11 septembre 1982 relatif à la gestion des œuvres sociales, notamment son article 21 ;</p> <p><b>Arrête :</b></p> <p>Article 1er. — Il est créé auprès de l'administration centrale de la direction générale des impôts, conformément au décret n° 82-303 du 11 septembre 1982 susvisé, une commission des œuvres sociales.</p>	<p>Art. 2. — La commission est composée de sept (7) membres titulaires suivants :</p> <p>M. Abdelkader Bensadi ; Mme Djamila Safsaf ; M. Améziane Ammar ; M. Abdelkrim Harrache ; M. Mohamed Akboudj ; M. Farid Bouaddis ; M. Mohamed Dorbane ;</p> <p>et de trois (3) membres suppléants :</p> <p>M. Mahfoud Khelassi ; Mme Samia Ould Taleb ; M. Redouane Yacoub .</p> <p>Art. 3. — Le présent arrêté sera publié au <i>Journal officiel</i> de la République algérienne démocratique et populaire.</p> <p>Fait à Alger, le 5 Dhou El Kaada 1419 correspondant au 21 février 1999.</p> <p style="text-align: right;">P. le ministre des finances et par délégation, <i>Le directeur général des impôts,</i> Abderrezak NAILI DOUAOUA.</p>

## Annexe 39 : décret correspondant au 30 avril 2020 fixant les modalités de poursuite d'activité après l'âge légal de la retraite

4	JOURNAL OFFICIEL DE LA REPUBLIQUE ALGERIENNE N° 27	13 Ramadhan 1441 6 mai 2020
<b>DECRETS</b>		
<p><b>Décret exécutif n° 20-107 du 7 Ramadhan 1441 correspondant au 30 avril 2020 fixant les modalités de poursuite de l'activité après l'âge légal de la retraite.</b></p> <p style="text-align: center;">-----</p> <p>Le Premier ministre,</p> <p>Sur le rapport du ministre du travail, de l'emploi et de la sécurité social,</p> <p>Vu la Constitution, notamment ses articles 99-4° et 143 (alinéa 2) ;</p> <p>Vu la loi n° 83-12 du 2 juillet 1983, modifiée et complétée, relative à la retraite, notamment son article 6 ;</p> <p>Vu la loi n° 83-14 du 2 juillet 1983, modifiée et complétée, relative aux obligations des assujettis en matière de sécurité sociale ;</p> <p>Vu la loi n° 90-11 du 21 avril 1990, modifiée et complétée, relative aux relations de travail ;</p> <p>Vu l'ordonnance n° 06-03 du 19 Joumada Ethania 1427 correspondant au 15 juillet 2006 portant statut général de la fonction publique ;</p> <p>Vu la loi n° 08-08 du 16 Safar 1429 correspondant au 23 février 2008 relative au contentieux en matière de sécurité sociale ;</p> <p>Vu le décret présidentiel n° 19-370 du Aouel Joumada El Oula 1441 correspondant au 28 décembre 2019 portant nomination du Premier ministre ;</p> <p>Vu le décret présidentiel n° 20-01 du 6 Joumada El Oula 1441 correspondant au 2 janvier 2020 portant nomination des membres du Gouvernement ;</p> <p>Vu le décret exécutif n° 08-124 du 9 Rabie Ethani 1429 correspondant au 15 avril 2008 fixant les attributions du ministre du travail, de l'emploi et de la sécurité sociale ;</p> <p style="text-align: center;"><b>Décète :</b></p> <p>Article 1er. — Le présent décret a pour objet de fixer les modalités de poursuite de l'activité après l'âge légal de la retraite de soixante (60) ans, en application des dispositions de l'article 6 de la loi n° 83-12 du 2 juillet 1983, modifiée et complétée, relative à la retraite.</p> <p>Art. 2. — Le (la) travailleur (se) peut opter, à sa demande, pour la poursuite de son activité au-delà de l'âge légal de la retraite dans la limite de cinq (5) ans.</p> <p>Art. 3. — Le (la) travailleur (se) ayant opté pour la poursuite de son activité après l'âge légal de la retraite doit formuler une demande écrite, datée et signée par ses soins, déposée auprès de l'organisme employeur, au moins, trois (3) mois avant l'âge légal de départ à la retraite. En contrepartie l'organisme employeur lui délivre un récépissé de dépôt.</p> <p>Le (la) travailleur (se) peut transmettre sa demande de poursuite de l'activité à l'organisme employeur, le cas échéant, par tous les moyens y compris par lettre recommandée avec accusé de réception.</p> <p>Art. 4. — Le (la) travailleur (se) doit être en activité lors du dépôt de la demande de poursuite de son activité, après l'âge de la retraite.</p> <p>Art. 5. — L'employeur ne peut refuser la réception de la demande déposée par le (la) travailleur (se) ayant opté pour la poursuite de son activité après l'âge légal de la retraite, conformément aux dispositions du présent décret.</p> <p>La demande du (de la) travailleur (se) doit être conservée dans son dossier administratif.</p> <p>Art. 6. — L'employeur ne peut prononcer la mise à la retraite du (de la) travailleur (se) unilatéralement pendant la durée de cinq (5) ans citée à l'article 2 ci-dessus.</p> <p>Art. 7. — Le (la) travailleur (se) ayant poursuivi son activité après l'âge légal de la retraite et qui souhaite bénéficier de la retraite avant l'âge de 65 ans est tenu(e) de formuler une demande de retraite deux (2) mois, au moins, avant la date de départ à la retraite envisagée.</p> <p>La demande de départ à la retraite doit être formulée par écrit, datée, signée et déposée par le (la) travailleur (se) auprès de l'organisme employeur. En contrepartie l'organisme employeur lui délivre un récépissé de dépôt.</p> <p>Art. 8. — L'employeur peut décider la mise à la retraite d'office du (de la) travailleur (se), à compter de l'âge de soixante cinq (65) ans révolus et plus.</p> <p>Art. 9. — Le présent décret sera publié au <i>Journal officiel</i> de la République algérienne démocratique et populaire.</p> <p>Fait à Alger, le 7 Ramadhan 1441 correspondant au 30 avril 2020.</p> <p style="text-align: right;">Abdelaziz DJERAD.</p>		

**Annexe 40 : Arrêté correspondant au 16 mai 2020 portant revalorisation des pensions, allocations et rentes de sécurité sociale**

N° 33		Jeudi 12 Chaoual 1441	
59ème ANNEE		Correspondant au 4 juin 2020	
			
الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية			
<h1>الجريدة الرسمية</h1>			
إتفاقات دولية ، قوانين ، ومراسيم قرارات وآراء ، مقررات ، منشور ، إعلانات و بلاغات			
<b>JOURNAL OFFICIEL</b> DE LA REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE CONVENTIONS ET ACCORDS INTERNATIONAUX - LOIS ET DECRETS ARRETES, DECISIONS, AVIS, COMMUNICATIONS ET ANNONCES (TRADUCTION FRANÇAISE)			
<b>ABONNEMENT ANNUEL</b>	Algérie Tunisie Maroc Libye Mauritanie	ETRANGER  (Pays autres que le Maghreb)	DIRECTION ET REDACTION SECRETARIAT GENERAL DU GOUVERNEMENT WWW.JORADP.DZ Abonnement et publicité: IMPRIMERIE OFFICIELLE Les Vergers, Bir-Mourad Raïs, BP 376 ALGER-GARE Tél : 021.54.35.06 à 09 021.65.64.63 Fax : 021.54.35.12 C.C.P. 3200-50 ALGER TELEX : 65 180 IMPOF DZ BADR : 060.300.0007 68/KG ETRANGER : (Compte devises) BADR : 060.320.0600 12
	<b>1 An</b>	<b>1 An</b>	
	Edition originale.....	1090,00 D.A	
Edition originale et sa traduction....	2180,00 D.A	5350,00 D.A (Frais d'expédition en sus)	
Edition originale, le numéro : 14,00 dinars. Edition originale et sa traduction, le numéro : 28,00 dinars. Numéros des années antérieures : suivant barème. Les tables sont fournies gratuitement aux abonnés. Prière de joindre la dernière bande pour renouvellement, réclamation, et changement d'adresse. Tarif des insertions : 60,00 dinars la ligne			

## Annexe 40 : Arrêté correspondant au 16 mai 2020 portant revalorisation des pensions, allocations et rentes de sécurité sociale

24	JOURNAL OFFICIEL DE LA REPUBLIQUE ALGERIENNE N° 33	12 Chaoual 1441 4 juin 2020
<b>MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SECURITE SOCIALE</b>		
<b>Arrêté du 23 Ramadhan 1441 correspondant au 16 mai 2020 portant revalorisation des pensions, allocations et rentes de sécurité sociale.</b>		
<p>Le ministre du travail, de l'emploi et de la sécurité sociale,</p>		
<p>Vu la loi n° 83-11 du 2 juillet 1983, modifiée et complétée, relative aux assurances sociales, notamment son article 42 ;</p>		
<p>Vu la loi n° 83-12 du 2 juillet 1983, modifiée et complétée, relative à la retraite, notamment son article 43 ;</p>		
<p>Vu la loi n° 83-13 du 2 juillet 1983, modifiée et complétée, relative aux accidents du travail et aux maladies professionnelles, notamment son article 84 ;</p>		
<p>Vu l'ordonnance n° 06-04 du 19 Joumada Ethania 1427 correspondant au 15 juillet 2006 portant loi de finances complémentaire pour 2006, notamment son article 29 ;</p>		
<p>Vu la loi n° 08-21 du 2 Moharrarm 1430 correspondant au 30 décembre 2008 portant loi de finances pour 2009, notamment son article 65 ;</p>		
<p>Vu l'ordonnance n° 12-03 du 20 Rabie El Aouel 1433 correspondant au 13 février 2012 portant loi de finances complémentaire pour 2012, notamment son article 5 ;</p>		
<p>Vu le décret n° 84-29 du 11 février 1984, modifié et complété, fixant le montant minimum de la majoration pour tierce personne prévue par la législation de sécurité sociale ;</p>		
<p>Vu le décret présidentiel n° 11-407 du 4 Moharrarm 1433 correspondant au 29 novembre 2011 fixant le salaire national minimum garanti ;</p>		
<p>Vu le décret présidentiel n° 20-01 du 6 Joumada El Oula 1441 correspondant au 2 janvier 2020 portant nomination des membres du Gouvernement ;</p>		
<p>Vu le décret exécutif n° 08-124 du 9 Rabie Ethani 1429 correspondant au 15 avril 2008 fixant les attributions du ministre du travail, de l'emploi et de la sécurité sociale ;</p>		
<p>Vu l'arrêté du 9 Ramadhan 1440 correspondant au 14 mai 2019 portant revalorisation des pensions, allocations et rentes de sécurité sociale ;</p>		
<p><b>Arrête :</b></p>		
<p>Article 1er. — Les pensions et allocations de retraite de sécurité sociale, prévues par la loi n° 83-12 du 2 juillet 1983, susvisée, sont revalorisées par application des taux fixés comme suit :</p>		
<p>— 7% pour les pensions et allocations dont le montant est égal ou inférieur à 20.000 DA ;</p>		
<p>— 4 % pour les pensions et allocations dont le montant est supérieur à 20.000 DA et égal ou inférieur à 50.000 DA ;</p>		
<p>— 3% pour les pensions et allocations dont le montant est supérieur à 50.000 DA et égal à 80.000 DA ;</p>		
<p>— 2% pour les pensions et allocations dont le montant est supérieur à 80.000 DA.</p>		
<p>Les coefficients d'actualisation applicables aux salaires servant de base au calcul des nouvelles pensions prévues à l'article 43 de la loi n° 83-12 du 2 juillet 1983, susvisée, sont fixés selon l'année de référence, conformément à l'annexe jointe à l'original du présent arrêté.</p>		
<p>Art. 2. — Les taux prévus à l'article 1er ci-dessus, s'appliquent au montant mensuel de la pension et allocation de retraite découlant des droits contributifs.</p>		
<p>Le montant de la revalorisation résultant de l'application de l'alinéa ci-dessus, s'ajoute aux minima légaux de la pension de retraite prévus par la loi n° 83-12 du 2 juillet 1983 et l'ordonnance n° 12-03 du 20 Rabie El Aouel 1433 correspondant au 13 février 2012, susvisées, aux indemnités complémentaires prévues par l'ordonnance n° 06-04 du 19 Joumada Ethania 1427 correspondant au 15 juillet 2006, ainsi qu'aux majorations exceptionnelles des pensions et allocations de retraite et à l'indemnité complémentaire de l'allocation de retraite prévues par la loi n° 08-21 du 2 Moharrarm 1430 correspondant au 30 décembre 2008 et à la revalorisation exceptionnelle prévue par l'ordonnance n° 12-03 du 20 Rabie El Aouel 1433 correspondant au 13 février 2012, susvisées.</p>		
<p>Art. 3. — Les taux prévus à l'article 1er ci-dessus, s'appliquent au montant mensuel de la pension d'invalidité découlant de l'application de l'article 42 de la loi n° 83-11 du 2 juillet 1983, susvisée.</p>		
<p>Le montant de la revalorisation résultant de l'application de l'alinéa ci-dessus, s'ajoute au minimum légal de la pension d'invalidité prévu par la loi n° 83-11 du 2 juillet 1983, susvisée.</p>		
<p>Art. 4. — Les rentes d'accidents du travail ou de maladies professionnelles sont revalorisées dans les conditions prévues à l'article 1er ci-dessus.</p>		
<p>Art. 5. — Le montant minimum de la majoration pour tierce personne attribué aux titulaires d'une pension d'invalidité, de retraite, d'une rente d'accident du travail ou de maladie professionnelle est revalorisé de 3%.</p>		
<p>Art. 6. — Le présent arrêté prend effet à compter du 1er mai 2020 et sera publié au <i>Journal officiel</i> de la République algérienne démocratique et populaire.</p>		
<p>Fait à Alger, le 23 Ramadhan 1441 correspondant au 16 mai 2020.</p>		
<p>Ahmed Chawki Fouad ACHEUK YOUCEF.</p>		



## Annexe 41 : Dépliant du Ministère de la Solidarité Nationale, de la Famille et de la Condition de la Femme de sensibilisation contre la violence faite aux personnes âgées ; liste des Foyers pour Personnes Agées ; liste des Directions des Activités Sociales et de Solidarité (DASS) en Algérie.

قائمة مديريات النشاط الاجتماعي و التضامن للولايات

رقم الهاتف/الفاكس	رقم الهاتف	العنوان	الولاية
037.14.51.02	037.14.51.03	بولفار نزار الهادي، قلعة	قالمة
031.92.41.80	031.92.28.28	شارع بن 21 ماليك عيد الرحمان،	قسنطينة
025.59.59.65	025.58.35.34	بولفار بنعبد الطاهر عين المرج المدينة	المدية
045.33.06.00	045.33.96.92	الحي الإداري، سلاماندر،	مستعالم
035.33.86.89	035.33.87.96	الحي الإداري،	المسيلة
045.73.71.70	045.73.71.63	حسبيية، معسكر	معسكر
029.71.31.22	029.71.30.48	المدينة الإدارية الجديدة	ورقلة
041.59.04.94	041.59.04.95	شارع جلالت حبيب، الصادقية	وهران
049.71.04.98	049.71.66.52	الحي الإداري، البيض	البيض
029.40.40.55	029.40.40.54	المنطقة السكنية الجديدة، أليزي	أليزي
035.74.13.80	035.74.13.80	الحي د. البرج	برج بوعريش
024.94.91.10	035.74.13.80	الحي الإداري، بومرداس	بومرداس
038.60.11.66	024.94.91.02	مقر الولاية حي تين الخمين	الطارف
049.92.42.23	049.92.14.69	حي سليمان عميرات قسابي	تندوف
046.56.92.10	046.56.92.00	الحي الإداري الجديد،	تيسمسيلت
032.24.82.85	032.24.82.84	حي الزمال،	الوادي
032.72.52.07	032.72.52.07	حي 700 سكن،	خنشلة
037.75.25.11	037.75.20.11	شارع 26 أفريل	سوق أهراس
024.47.78.01	024.47.97.66	مقر ولاية، تيبازة	تيبازة
031.57.98.78	031.57.98.72	الحي الإداري حي بوعلتوت،	ميلة
027.50.45.43	027.50.45.60	الحي الإداري، نهج 19 مارس،	عين الدفلى
049.59.82.29	049.59.82.11	حي أبو لؤييف عمارة 220	التعمامة
043.79.11.54	043.79.42.71	حي مزيان محمد (100 سكن)	عين تموشنت
029.28.69.43	029.28.65.21	حي 08 ماي 1945	غرداية
046.76.34.22	046.76.34.22	حي الانتصار،	غليزان

قائمة دور الأشخاص المسنين

رقم الهاتف/الفاكس	رقم الهاتف	العنوان	الولاية
049.95.25.58	045.95.25.58	الحي القريبي، أدرار	أدرار
027.77.06.52	027.77.06.52	طريق الكازيار،	الشلف
029.93.57.57	029.11.64.20	حي بن سحنون، معمورة، الأغواط	الأغواط
032.56.20.07	032.56.23.59	شارع يوسف حسان، أم البواقي	أم البواقي
033.98.18.12	033.98.18.11	حي بوزوران، باتنة	باتنة
034.11.96.27	034.11.96.31	طريق طلكويت ايجدان، بجاية	بجاية
033.54.46.73	033.54.46.76	بولفار الحكيم سعدان	بسكرة
049.81.14.70	049.83.20.16	حي البركة، بشار	بشار
025.20.31.33	025.20.31.28	الحي الإداري، طريق كرتي	البلدية
026.93.47.47	026.93.47.47	منطقة الحظائر	البويرة
029.32.61.83	029.32.61.81	حي اميشوان، تمنراست	تمنراست
037.47.31.64	037.48.42.39	الحي الجميل، تيسة	تيسة
043.21.70.70	043.21.70.70	الحي الإداري بوحناق منصوري،	تلمسان
046.41.79.15	046.41.69.65	طريق الجزائر 14000، تيارت	تيارت
026.20.99.58	026.20.99.53	الحي الإداري وزو	تيزي وزو
023.57.93.91	023.57.93.92	42، شارع الأخوة بوقرة، بنز خادم،	الجزائر
027.90.41.37	027.90.41.37	حي بريش، الجلفة	الجلفة
034.74.42.14	034.47.31.78	حي النشاطي جيجل	جيجل
036.72.38.53	036.51.24.99	حي بلخيرد حسان، 750 سكن، سطيف	سطيف
048.41.26.93	048.41.20.57	الحي الإداري، القسم 02	سعيدة
038.70.42.43	038.70.71.40	الحي الإداري (مرج الذيب) سكيكدة	سكيكدة
048.77.64.14	048.77.68.46	شارع معنور رقم 21 بين عيجة	سیدی بعباس
038.41.83.18	038.41.53.83	حي صمصاف،	عنابة

أرقام الهاتف/الفاكس	عناوين المؤسسة	الولاية
040-67-27-90	حي المساسيق وادي القضة، الشلف	الشلف
20-56-56-203	طريق قسنطينة، أم البواقي	أم البواقي
033-81-50-92	حي بوعلال شابي بوعلال (3)، باتنة	باتنة
-56-7316034-	دار الأشخاص المسنين سدي والي بجاية	بجاية
026-83-43-81	غابة الرش، البويرة	البويرة
037-40-83-44	مديرية الغابات، تيسة	تيسة
046-41-65-59/68	حي عين بوشيف، تيارت	تيارت
020-69-35-78	حي التضامن محفوظ بوسيمي بوخلفة،	تيزي وزو
020-37-84-77	طريق براق، سدي موسى، الجزائر	الجزائر
021-51-05-75/023-81-79-65	طريق برج الكيفان باب الزوار	الجزائر
021-91-96-64/021-91-96-32	طريق العربي بوخلة، بدالي إبراهيم	جيجل
034-59-05-53/52	حي مورايس العوامة ولاية جيجل	جيجل
036-58-63-30	19280 صالحي باب، سطيف	سطيف
030-92-56-57/038-75-51-93	15 نهج عبد الله مزاح، سكيكدة(1)	سكيكدة
048-77-91-72	22000 حي العربي بن مهدي، قميطة.	سیدی بعباس
038-41-48-61	حي السهل الغربي الصمصاف، عنابة	عنابة
037-22-81-23/037-22-80-18	بلدية حمام الدباع، قلعة	قالمة
031-86-32-67	حي جلوية، حمامة بوزين	قسنطينة
025-72-41-11/12	نهج محمد إبراهيمي بن شكوا، المدية	المدية
045-41-51-93	واد الحدائق، صيادة	مستعالم
045-73-71-65	شارع شريط علي شريف حسيبية، معسكر	معسكر
045-83-98-74	نهج الاستقلال ص ب 166 سيق، معسكر	معسكر
040-21-90-32/041-24-99-84	رقم 06 شارع شهداء الثورة حي السلام، وهران	وهران
041-19-29-69	بلدية مسرعين ولاية وهران	وهران
030-88-03-54	ص ب رقم 64 من عين الصل، الطارف	الطارف
032-70-42-47	حي 144 مسكن طريق بابار، خنشلة	خنشلة
037-87-20-79/037-87-23-66	شارع الفداء سدرانة، سوق أهراس	سوق أهراس
037-81-88-21	حي أحمد لولو، سوق أهراس	سوق أهراس
027-54-31-93	حمام ريفة، عين الدفلى	عين الدفلى
043-60-42-38/043-61-25-27	حي خلادي شيخ حي مولاي مصطفى، عين تموشنت	عين تموشنت
046-71-72-08(03)	حي 5 جويلية، غليزان	غليزان

Source : Ministère de la Solidarité Nationale, de la Famille et de la Condition de la Femme