
La gestion de la maladie chronique chez les personnes âgées en Algérie : les sens attribués à l'expérience corporelle.

Fatima Zohra BENAOUM

Faculté des Sciences Humaines et Sociales,
Université de Mascara, Algérie.

Doctorante en sociologie de la santé, Université d'Oran2
Chercheuse associée à l'Unité de Recherche en Sciences
Sociales et Santé (GRAS), l'Université d'Oran2, Algérie.

Email : benaoumfati@yahoo.fr

Pr. Mohamed MEBTOUL,

Université d'Oran2.

Résumé

Il semble difficile d'occulter l'accroissement significatif, durant ces dernières années, de la population du troisième âge. Elle représente 2,7 millions sur 35 millions d'habitants (Nabila Amir, 2010). En partant de cette donnée, 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 (Mauss M, 1934) 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 » (Le Breton D, 1985).

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).

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

Abstract

It seems difficult to ignore the significant increase, in recent years, the elderly population. It represents 2.7 million of 35 million (Nabila Amir, 2010) on the basis this data, 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 (Mauss M, 1934) 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” (Le Breton D, 1985).

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.

ملخص

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 شيوعا (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، ستمكنا دراستنا للمعنى الذي يعطيه المريض المسن للتجربة الاجتماعية لجسده في مواجهة الأمراض المزمنة من إظهار أهمية البعد الاجتماعي للجسد في عملية التسيير 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. يتمون إلى فئات سوسيو اقتصادية مختلفة. اجري البحث الميداني بمصلحة إعادة التأهيل الوظيفي بالمستشفى الجامعي بوههران وبالفضاءات المنزلية للمبحوثين.

Introduction

Cet article s'appuie sur les résultats préliminaires d'une recherche effectuée dans le cadre d'une thèse de doctorat en sociologie de la santé traitant le thème de « vieillesse et maladies chroniques : les usages sociaux du corps »

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 vingt ans. Au cours des vingt cinq prochaines années, le nombre de personnes ayant atteint l'âge de la retraite sera multiplié par trois, passant à quatre millions. Les personnes âgées de plus de 80 ans atteindront les 600.000 (Taïer 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.

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 article 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.

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 significatifs.

L'avancée en âge et la maladie ne l'empêchent pas de s'imposer et de s'affirmer face à son entourage proche. La personne âgée a recours à de multiples «mises en jeu du corps»

(Le Breton D, 1985) ; ces dernières représentent une forme de résistance contre la marginalisation. 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.

En effet, 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.

Appréhender le sens attribué à l'expérience corporelle de cette catégorie de patients face aux maladies chroniques nous permettra de mettre en évidence les différents besoins et attentes de ces patients. Le but est d'élaborer des stratégies et de créer des institutions socio-sanitaires adaptées à ces personnes âgées.

Matériel et méthode

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.

L'enquête de terrain s'est effectuée dans deux espaces : le service de rééducation fonctionnelle au Centre Hospitalo-Universitaire (CHU) d'Oran ainsi qu'aux domiciles des enquêtés. Notre travail de terrain a débuté, en premier lieu, dans le service de rééducation fonctionnelle au CHU d'Oran. Ce dernier accueille quotidiennement un nombre important de patients. Nous avons procédé à une exploration du terrain où nous avons pu réaliser des entretiens informels avec les patients âgés. Cette étape nous a permis de nouer le premier contact avec les enquêtés. Le but était de s'approprier 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. Les discours des patients âgés nous ont permis de mieux comprendre leurs expériences corporelles déployées dans la prise en charge des maladies chroniques. Les entretiens ont été enregistrés (un enregistrement sonore) et retranscrits avec précision et puis traduits pour être en fin analysés. 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. 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.

La population d'enquête 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.

Le présent travail consiste à souligner, en premier lieu, l'importance des différentes logiques construisant le rapport des patients âgés aux structures de soins publiques. Nous appréhendons ces dernières comme un espace social avant tout.

En deuxième lieu, nous aborderons la question du rapport au corps comme une dimension pertinente et complexe, dans la gestion quotidienne de la maladie chronique chez les patients âgés.

Résultats et discussion

1-La structure de soins publique : un espace de socialisation et d'échanges.

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, 1994).

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 déployées au quotidien par les différents acteurs dans le domaine de la santé.

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.

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" (Pailhé J, 1983. p150). 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, Hypertendue et cardiaque).

En l'absence d'espaces de loisirs pour cette catégorie d'âge, la salle de rééducation devient une structure de socialisation 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» (Vant A, 1984, p100).

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 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, hémiplegique 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).

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 signifiantes des objets techniques. Ces interprétations et évaluations sont au cœur du rapport du patient âgé à cette structure.

2-Rapport au corps dans la maladie chronique : le sens attribué à l'expérience corporelle.

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).

P 121). 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.

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)...* » (Hadj Kada, 70ans, hypertendu, hémiparétique et cardiaque).

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 dus à 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...* » (Hadj Kheira. 64ans, atteinte du Parkinson)

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.

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.

Les patients âgés ne ressentent pas de la même façon les différentes manifestations corporelles (fatigue, douleur, etc...) qui constituent les symptômes subjectifs de la maladie ; celles-ci risquent donc d'être perçues de façon différente d'un contexte social à un autre.

Le discours de cette patiente illustre bien cette idée :

« ... La douleur... (Un sourire) 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. 64 ans, hypertendue, atteinte d'une fracture au pied).

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. 67ans, hypertendu, atteint d'arthrose).

Force est de souligner que ce conditionnement social des perceptions corporelles (Herzlich C, 1994) met en évidence la pertinence du travail de hiérarchisation des maux élaboré par le patient âgé.

Le travail d'hiérarchisation 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 C, 1994).

En outre, l'interprétation profane des différents troubles corporels 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 significative ; 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 patient âgé. Les différents gestes considérés souvent comme normaux et naturels véhiculent un travail de réorganisation et de reconstruction identitaire chez le patient âgé.

Conclusion

L'expérience corporelle du patient âgé est appréhendée ici, comme une construction sociale. 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. P 100).

L'analyse des données a mis en évidence l'importance de la dimension sociale du corps dans la gestion de la maladie chronique. Les façons de faire et d'agir du patient âgé dans le processus de gestion de sa pathologie mettent en exergue le travail de réorganisation et d'adaptation élaboré par cet acteur dans les différentes phases de sa vie.

Ces pratiques corporelles, dans leur diversité, sont appréhendées comme des stratégies de socialisation du patient. 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 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.

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.

Bibliographie

1. Aiach P, Kaufmann A E, Waissman R. 1989. Vivre une maladie grave analyse d'une situation de crise. Paris, édit Méridiens Klincksieck.
2. Adam P, Herzlich C. 1994. Sociologie de la maladie et de la Médecine, Paris, édit, Nathan.
3. Baszanger I. 1986. « Les maladies chroniques et leur ordre négocié », *Revue française de sociologie*, XXVII, 1, 3-27.
4. Benaoum FZ. 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.
5. 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.
6. Bloch F, Buisson M. 1994, « La circulation du don entre générations, ou comment reçoit-on? », *Communication*. N° 59. P 55-71.

La gestion de la maladie chronique chez les personnes âgées en Algérie.

BENAOUM Fatima Zohra

7. Caradec V. 2001, Sociologie de la vieillesse et du vieillissement, Paris.Édit Nathan.
8. 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.
9. 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.
10. Combessie JC. 1996, La méthode en sociologie, Paris, édit, la Découverte.
11. Corbin J, Strauss A, 1985. “ Managing chronic illness at home: three lines of Work”. *Qualitative Sociologie*, 8, (3), pp 224-27.
12. Corin E Al. 1983, Le fonctionnement des systèmes de support naturel des personnes âgées, vol 1, Québec, Laboratoire de gérontologie sociale, Université Laval (miméo).
13. 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.
14. De Certeau M, 1990, l'invention du quotidien, Arts de faire, Paris, Gallimard, 349 P.
15. De Singly F. 1993, Sociologie de la famille contemporaine, Paris, édit Nathan.
16. Donfut AC. 1995, Les solidarités entre générations : vieillesse -famille- Etat. Paris, édit, Nathan
17. Donfut CA.1988, Sociologie des Générations: L'empreinte du Temps. Paris, édit, Presses Universitaires de France (PUF).
18. Elias N. 1993, Engagement et distanciation. Contributions à la sociologie de la connaissance, Paris, édit, Fayard.
19. Formarier M. 2003, « Approche du concept d'accueil, entre banalité et complexité », *Recherche en soin infirmiers*, N° 75-décembre. P15-20
20. Foucart, Jean. 2003, Sociologie de la souffrance, Éditions de Boeck, Université Bruxelles.
21. Godbout JT. 2000, Le don, la dette et l'identité, Montréal et Paris, édit, Boréal et La Découverte.
22. Héryn R., 1986, Une géographie des rapports sociaux, *L'Espace Géographique*, n° 2, pp. 108-110.
23. Herzlich C,Pierret J 1990. Malades d'hier, malades d'aujourd'hui. Paris Payot, 313P.
24. Hess R,2003. Produire son œuvre : le moment de la thèse, Paris. Edit Téraédre,
25. http://actualite.elannabi.com/article.php3?id_article=1379.
26. 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
27. Janzen John M, avec la collaboration du Dr Arkinstall W. 1995, La quête de la thérapie au bas-zair, Paris, édit, Karthala.
28. Kirchgassker K et E Matt, 1987. « La fragilité du quotidien : les processus de normalisation dans les maladies chroniques ». *Sciences sociales et santé*, 5,1,p 93-114.
29. Kourta Djamilia.2005, Maladies cardiovasculaires en Algérie. Première cause de mortalité. //A:\m.cardiovasculaires%20algérie.htm
30. 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. P97-101.
31. Le Breton D 1985. Corps et société, Essai de sociologie et d'anthropologie du corps, paris, Méridien, Klincksiek, p 19.
32. Le Breton D, 1990. Anthropologie du corps et modernité, Paris, édit PUF.
33. Lesmann F, Martin C. 1993, « Solidarité familiale et politiques sociales »,in : Lesmann F, Martin C, *Les personnes âgées : dépendance*,

La gestion de la maladie chronique chez les personnes âgées en Algérie.

BENAOUM Fatima Zohra

-
- soins et solidarités familiales, comparaisons internationales*, Paris, édit la Documentation Française. P13-23.
34. Lesmann F, Nahmiash D. 1993, « Logiques hospitalières et pratiques familiales de soins (Quebec) », in : Lesmann F, Martin C, (eds), *Les personnes âgées, dépendance, soins et solidarités familiales ; comparaisons internationales*, Paris, édit, la Documentation Française. P162-169
 35. 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.
 36. Martin C, Lesmann F, 1993. *Les personnes âgées : dépendance, soins et solidarités familiales, comparaisons internationales*, Paris, édit la Documentation Française.
 37. Mauss M, 1925. « Éssai sur le don. Forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques », *Année sociologique* n.s. 1 [Sociologie et anthropologie, pp. 143-279].
 38. Mauss M. 1934, « Les techniques du corps », *Sociologie et Anthropologie*, Paris, PUF.
 39. Mebtoul M. 1994, *Une anthropologie de la proximité les professionnels de la santé en Algérie*, Paris, édit L'Harmattan, (p, 22)
 40. Mebtoul M. 1998, « Pour un regard anthropologique sur la santé publique en Algérie », *Santé publique et sciences sociales*. N°1, juin.
 41. 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.
 42. 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.
 43. Amir N, 2010. « Protection des personnes âgées. Les députés regrettent le flou qui caractérise le texte de loi ». <http://www.elwatan.dz/pdf/telecharger2.php?pdfpf=/&pdfg=%2Fpdf%2Ftelecharger.php%3Fdir%3DJOURNAL%26file%3D20101005.pdf>
 44. Ancelet P, 2010. *Le corps vécu chez la personne âgée et la personne handicapée*, edit **Dunod**, Paris Collection : Action sociale Vieillesse, handicap <http://www.mollat.com/comptes/index.html>
 45. 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.
 46. Pitrou A. 1978, *Vivre sans famille ? Les solidarités familiales dans le monde d'aujourd'hui*. Toulouse.Edit Privat.
 47. Pochet P. 1997, *Les personnes âgées*, Paris, édit, La Decouverte.
 48. 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.
 49. Ripon A. 1992, *Eléments de gérontologie sociale*, Toulouse, édit, Privat.
 50. Simmel G. 1991, *Secret et sociétés secrètes*, Strasbourg, édit, Circé.
 51. Stimpson G, Webb B.1975, *Going to see the doctor: the consultation process in general practice*, London, edit, Routledge and kegan Paul.
 52. Strauss A. 1992, *La trame de la négociation, sociologie et interactionnisme*, textes présentés par Baszanger, Paris, édit, L'Harmattan.
 53. STRAUSS, A L. et Barney G. Glaser, 1975, « Chronic illness and the quality of life », *Saint-Louis*, C.V. Mosby Co, pp. 54-65.
 54. Tahar A.O. 2006. « L'Algérie vieillit : plus de vieux, moins de jeunes », *La voix de L'Oranie mercredi 12 juillet*.
-

La gestion de la maladie chronique chez les personnes âgées en Algérie.

BENAOUM Fatima Zohra

-
55. 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/index12731.html>. Consulté le 04 octobre 2010.
56. Vant A., 1986, « A propos de l'impact du spatial sur le social », In F. Auriac et R. Brunet (dir.), Espaces, jeux et enjeux, Paris, Fayard, pp. 97-111.
57. Watier P. 1996, La sociologie et les représentations de l'activité sociale, édit, Méridiens, Klincksieck.
58. Weber F. « Le recours aux soins et l'aide et la mobilisation de l'entourage familial : approche sociologique », Ecole normale supérieure Paris. 4%44 <http://www.sante.gouv.fr/drees/seminaire/qad/seance4/fweber.ppt>