

Lien social et Politiques

La lutte contre la maltraitance des personnes âgées : politique de la souffrance et sanitarisation du social

Claire Scodellaro

La santé au risque du social
Numéro 55, printemps 2006

URI : id.erudit.org/iderudit/013226ar
DOI : [10.7202/013226ar](https://doi.org/10.7202/013226ar)

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Lien social et Politiques

ISSN 1204-3206 (imprimé)
1703-9665 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Scodellaro, C. (2006). La lutte contre la maltraitance des personnes âgées : politique de la souffrance et sanitarisation du social. *Lien social et Politiques*, (55), 77–88.
doi:10.7202/013226ar

Tous droits réservés © Lien social et Politiques, 2006

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter en ligne. [<https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>]

érudit

Cet article est diffusé et préservé par Érudit.

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche. www.erudit.org

La lutte contre la maltraitance des personnes âgées : politique de la souffrance et sanitarisation du social

Claire Scodellaro

Le 19 novembre 2002, le Secrétaire d'État aux personnes âgées installait le Comité national de vigilance contre la maltraitance des personnes âgées. La lutte contre la maltraitance, comme sa prévention, devenait ainsi une « cause nationale ». La circulaire du 30 avril 2002 de la Direction générale des affaires sociales (DGAS, organe du ministère des Affaires sociales) avait déjà érigé en « priorité absolue » « la lutte contre les maltraitements dont sont victimes les enfants et les adultes vulnérables accueillis dans les institutions sociales et médico-sociales » : la « maltraitance des personnes âgées vulnérables » est devenue l'objet d'une politique publique spécifique.

Il n'y a cependant de véritable innovation ni dans le phénomène ainsi désigné, ni dans sa dénonciation. Il ne s'agit pas ici de décrire les différentes formes de violences que les aînés ont pu subir à travers les siècles, ni de montrer qu'elles ne

sont pas une exclusivité de l'époque contemporaine¹. Nous nous attacherons plutôt à retracer le processus qui a conduit à l'annonce d'une politique visant certains aspects des conditions de vie des personnes âgées. Nous le ferons remonter aux années soixante et il nous mènera aux mesures mises en place depuis le début du 21^e siècle dans le cadre de cette « nouvelle » politique.

Nouvelle, elle l'est résolument sur le plan lexical, puisque l'expression « maltraitance des personnes âgées » n'est apparue que dans les années quatre-vingt-dix. Elle a tout d'abord eu pour effet de rassembler des actes, paroles et absences d'actes de natures et de degrés de gravité divers, sous un seul vocable relevant du scandale et de la condamnation. De ce fait, elle est à même de créer un nouvel intolérable (Fassin et Bourdelais, 2005), c'est-à-dire de dénoncer sur la scène publique des transgressions moralement et socia-

lement inacceptables, contre lesquelles pouvoirs politiques et citoyens sont appelés à lutter. L'expression rencontre un succès indéniable auprès des institutions et personnalités politiques, des « professionnels de la personne âgée », des experts scientifiques et de certains citoyens dénonciateurs, parce qu'ils y trouvent les moyens de faire valoir qui leurs droits, qui leurs savoir-faire, qui leur activisme. Cependant, le consensus est loin d'être fait sur ce qui peut ou doit être considéré, en pratique, comme une « maltraitance ». Autrement dit, les différents acteurs livrent une lutte pour définir ce qui est une « transgression inacceptable », en convaincre l'opinion et les pouvoirs publics, et déterminer les mesures à prendre. Comme matériaux d'étude de ces débats idéologiques, des pratiques choisies, et de leurs enjeux pour les différents acteurs, nous disposons des discours politiques, nouveautés législatives, de la littérature

et des dossiers de plaintes parvenant à la DGAS². Après avoir retracé l'émergence de la dénonciation de la «maltraitance des personnes âgées», nous en montrerons le tracé actuel, flou sur certains points, consensuel sur d'autres. Puis nous nous interrogerons sur les significations, en termes politiques, de l'approche dominante.

Car parler de maltraitance *des personnes âgées*, au-delà du contenu qu'on donne au terme, c'est aussi désigner une catégorie de victimes, caractérisées par leur âge chronologique. De là à affirmer que les victimes le sont du fait de leur âge, il n'y a qu'un pas à franchir, et il semble qu'il le soit par tous les acteurs. Plus précisément, c'est le traitement social de ces personnes que l'âge rend particulièrement vulnérables qui est mis en cause de manière récurrente. Or cette approche n'est pas sans soulever des paradoxes. En outre, elle amène à occulter des situations sociales génératrices de violences et qui sont sans rapport avec l'âge des personnes.

Élaborer une politique de lutte contre les maltraitements des personnes âgées montre quelles sont les dimensions de la vie sociale d'une «population» sur lesquelles les

acteurs politiques — du citoyen au député, en passant par le professionnel — considèrent devoir et pouvoir agir. Plusieurs grandes catégories peuvent être repérées: l'intégrité corporelle, la dignité, l'autonomie citoyenne (Thomas, Scodellaro et Dupré-Lévêque, 2005). Peuvent-elles être absorbées dans celles de santé et de bien-être, notions auxquelles les différents acteurs font souvent référence, ou existe-il des zones d'exclusion? La question primordiale est sans doute celle des différents degrés d'attention qui leur sont accordés. Si la politique de lutte contre les maltraitements ne laissait de place qu'à la répression des actions délétères pour la santé ou la prévention d'un bon état de santé, on se situerait dans la droite ligne d'une sanitarisation des politiques, prenant appui sur les experts médicaux. En effet, ne serait reconnu comme objet d'intervention légitime que l'état de santé des citoyens âgés, c'est-à-dire ce qui, dans la vie aux âges élevés, est exprimable dans le langage de la santé.

La longue émergence de la «maltraitance des personnes âgées»

Le rassemblement des citoyens et des acteurs politiques et médicaux autour de l'exigence de dignité

Dans le triptyque intégrité corporelle, autonomie, dignité, c'est sans doute le dernier terme qui a fait l'objet de l'attention la plus ancienne. La dénonciation des atteintes à la dignité subies spécifiquement par les vieux remonte à plusieurs décennies. En 1962, la commission Laroque, qui devait émettre des propositions quant à la création d'une «politique de la vieillesse», partait en guerre contre ce qui apparaissait comme des «inégalité-

tés choquantes», à savoir «les conditions matérielles trop souvent lamentables dans lesquelles [vivaient] un grand nombre de personnes âgées». L'intégration sociale des personnes âgées, leitmotiv du rapport, devait notamment passer par le logement: il était préconisé d'éviter la ségrégation spatiale par les logements collectifs et donc de favoriser les logements individuels en milieu ordinaire. Néanmoins, aux personnes nécessitant un hébergement collectif, il fallait garantir l'adaptation des établissements à leurs besoins et les aider à «garder le plus de contacts possibles avec l'extérieur» (Haut Comité consultatif de la population et de la famille, 1962: Introduction). De fait, le maintien à domicile fut favorisé et les hospices humanisés. La loi hospitalière de 1970 en programma le remplacement par des maisons de retraite, basées sur l'individualisation de l'hébergement. Les classes moyennes montantes, de plus en plus empreintes d'individualisme et désireuses de conserver dans leur vieillesse l'autonomie pratiquée et valorisée dans leur vie active, ne pouvaient que soutenir ce projet (Benoît-Lapierre, 1980).

Du côté des médecins, la dénonciation du traitement indigne des vieillards trouva un écho chez ceux qui considéraient, comme Goffman, que leurs lieux et conditions de travail relevaient d'«institutions totalitaires» (Goffman, 1968). À la fin des années soixante-dix, les hospices français correspondaient toujours au modèle goffmanien (Benoît-Lapierre, 1980). Aux principes de leur fonctionnement, la réclusion des vieux, stigmatisés par l'invalidité de la vieillesse, et leur traitement rationalisé selon l'idéologie hygiéniste. Pris en charge uniquement comme des corps, les plus âgés connaissaient une dépersonnalisation, une homo-

généralisation et une infantilisation contraires à leur dignité. Impliqués dans ce traitement des personnes âgées et en subissant eux aussi l'image négative, les gériatres cherchèrent à fonder la légitimité de leur profession à travers l'affirmation d'un traitement spécifique des corps des vieux. Ils s'opposaient à un traitement purement médical, mais, adoptant une vision large de la santé, ils préconisaient des soins et une prise en charge englobant toute la personne, dans ses dimensions biologiques, psychologiques et sociales. Ce faisant, ils garantissaient le souci de la dignité de la personne dans les soins.

Ils rejoignaient donc les préconisations du rapport Laroque et les revendications des «malades-citoyens», réclamant plus d'autonomie et une approche personnalisée dans la relation avec le médecin. En outre, les travaux entrepris par la gérontologie naissante apportaient une légitimation à leur démarche du côté des sciences humaines et sociales, elles aussi soucieuses d'une approche globale de la personne. D'une part, les acteurs purent trouver intérêt à des échanges interdisciplinaires et politico-scientifiques, mêlant d'emblée les considérations sociales, psychologiques, politiques et médicales. D'autre part, le corps et le respect de la dignité de la personne dans les soins se trouvèrent immédiatement au cœur des questions posées par les différents acteurs.

De l'exigence de dignité à la lutte contre les «maltraitements»

Il est incontestable que l'hébergement collectif des personnes âgées a généralement gagné en confort et qu'un certain mode d'expression de l'impératif hygiéniste a reculé avec

la disparition des hospices. Cependant, le tableau dépeint, en 1987, par le Professeur Hugonot faisait apparaître encore de nombreuses zones sombres. Le gériatre, chargé par le Conseil de l'Europe de présider une enquête sur les violences envers les personnes âgées au sein de la famille, mit en évidence les multiples formes qu'elles pouvaient prendre, ainsi que leur diffusion au sein de toute la société, au domicile comme en institution (Hugonot, 1990). Cette banalité des violences envers les personnes âgées en faisait sans aucun doute un phénomène social et culturel. Sur le modèle de l'enfance, il prit le nom de maltraitance et bien que l'on ne dispose pas de statistiques nationales fiables chiffrant ce type de violence³, il est toujours présenté comme un phénomène social d'ampleur suffisamment importante pour justifier une «politique volontariste», selon les termes du Secrétaire d'État aux personnes âgées lors de l'installation du Comité de vigilance.

Au cours des années quatre-vingt-dix, des initiatives locales d'écoute des personnes maltraitées (antennes Alma⁴) et de prévention virent le jour. Dans le même temps, gériatres et gérontologues s'emparèrent du sujet, soutenus peu à peu par les pouvoirs publics⁵. La Fondation nationale de gérontologie, qui a pour mission institutionnelle de favoriser la connaissance de la population âgée, publia en 2000 un numéro de sa revue, *Gérontologie et société*, entièrement consacré à la maltraitance. La pluridisciplinarité était de mise, comme le veut la gérontologie, mais les discours des médecins dominaient⁶. Le premier rapport sur le phénomène remis à la Secrétaire d'État aux personnes âgées, en janvier 2002, répond à la même logique,

pluridisciplinaire, sous la direction d'un médecin (Debout, 2002).

Depuis 2000, la lutte contre les maltraitements des personnes âgées est officiellement activée par les autorités politico-sanitaires⁷. Après s'être consacrées aux seules populations des enfants et des jeunes adultes handicapés, elles ont étendu leur champ d'intervention à la population âgée, reconnaissant de fait l'existence de violences spécifiques aux aînés. La politique suit trois axes: il s'agit de connaître, avec l'aide des experts scientifiques, mais aussi des acteurs professionnels (fédérations de médecins, d'établissements, membres des DDASS ou DRASS) et des citoyens âgés (fédération de retraités), réunis au sein du Comité de vigilance; il s'agit aussi de dépister et sanctionner (création du bureau de la protection des personnes à la DGAS en 2000, définition des missions de contrôle des DDASS); et enfin de prévenir (guide Angélique d'auto-évaluation de la qualité de vie par les établissements, communication publique sur le sujet, conventions tripartites entre les établissements et les instances étatiques et politico-sanitaires).

Nous nous trouvons donc, dans les questions de «maltraitance des personnes âgées», avec les mêmes types d'acteurs, des sphères politique, gériatrique et gérontologique, que dans les premières politiques de la vieillesse. Quelques déplacements se sont néanmoins opérés: l'existence récurrente d'un Secrétariat d'État aux personnes âgées ou d'un ministre délégué à cette population donne davantage de légitimité à une action spécifiquement tournée vers les vieux, même s'il est clair que ceux-ci ne constituent pas une priorité nationale; les infirmières, en voie

de professionnalisation (revendication d'une autonomie par rapport aux médecins et de la spécificité des soins infirmiers), se sont saisies de la question, au travers d'articles, de mémoires, de formations, et de dénonciations directement adressées aux autorités politico-sanitaires⁸. Comme les médecins, elles revendiquent un savoir-faire dans la prise en charge des personnes âgées qui respecte la dignité des patients. Quant aux DDASS, elles sont chargées de nouvelles missions auxquelles elles doivent s'adapter, et certaines associations se développent autour du soutien de cette nouvelle «cause» (Alma, AFPAP).

Tutoyer est-il une maltraitance, ou les consensus et désaccords sur ce qui est intolérable

Si les différents acteurs proposent parfois des définitions plus adaptées aux professionnels, aux juristes, aux familles, ils ne rejettent jamais la définition de la maltraitance donnée par le Conseil de l'Europe et reprise notamment par la DGAS. Il s'agit de «tout acte ou omission commis par une personne, s'il porte atteinte à la vie, à l'intégrité corporelle ou psychique ou à la liberté d'une autre personne et compromet gravement le

développement de sa personnalité et/ou nuit à sa sécurité financière»⁹. Cette définition n'est pas sans évoquer le droit au bien-être, inscrit dans le préambule de la Constitution de 1946: «tout être humain possède, à l'égard de la société, les droits qui garantissent dans l'intégrité et la dignité de sa personne, son développement physique, intellectuel et moral». Le glissement du bien-être à la santé s'opère aisément en vertu de la définition donnée à celle-ci par l'OMS en 1946¹⁰.

La place centrale donnée à la subjectivité

Puisqu'elle renvoie à celle de bien-être, et ce faisant, à celle de santé, la notion de maltraitance flirte d'emblée avec le domaine sanitaire. Pour les mêmes raisons, la maltraitance est invitée à être appréciée du point de vue du sujet *atteint*. C'est le ressenti de la présumée victime qu'il faut interroger, en termes de bien-être et de mal-être. En pratique, cela n'est pas sans soulever de problème puisque ne sera reconnu comme une maltraitance que ce dont on pourra prouver, démontrer, qu'il provoque un sentiment de mal-être. Autrement dit, il faut pouvoir objectiver du subjectif. Par ailleurs, affirmer que tel acte ou telle parole est une maltraitance, poser des règles précises valables pour tous sur ce qui est intolérable s'avère difficile du fait même de l'adoption d'un point de vue subjectif. Alors que les sensibilités sont historiquement et socialement façonnées (Elias, 1975), qu'elles varient d'un individu à l'autre, il s'agit de s'accorder sur ce qui peut ou doit être ressenti par tous comme intolérable.

Comme l'a montré Norbert Elias, le développement d'une conscience de soi, la reconnaissance du pouvoir

de l'entendement et des sens de chaque individu va de pair avec le processus de civilisation en Occident qui a abouti à la création des États modernes (Elias, 1991). La mise en avant de la subjectivité dans le droit remonte à la période révolutionnaire et caractérise l'époque moderne (Schnapper, 2000). En affirmant que «la personne n'est pas une propriété aliénable»¹¹, les révolutionnaires faisaient de la victime un sujet et concentraient le préjudice sur son être privé et non plus sur ses tuteurs ou sa famille (Vigarello, 1998). Même si ce changement fut largement théorique à l'époque, il amorçait la revendication et la reconnaissance de droits subjectifs. La naissance de la psychologie à la fin du 19^e siècle, ainsi que l'évolution de la psychiatrie, vinrent donner des armes à la connaissance et à la reconnaissance de la subjectivité lorsqu'il est question de violences. Elles permirent, par exemple, d'aborder le viol comme un traumatisme, une souffrance physique et psychologique, et non plus comme un tort à l'honneur des victimes. Le changement de paradigme — de la honte morale à la souffrance — se retrouve dans la question des maltraitances.

L'écoute et la prise en compte de la souffrance des citoyens sont donc au cœur de l'action politique contre les violences. Autrement dit, le rapport au social est construit sur un mode empathique: fait l'objet d'une politique ce qui est peut être exprimé dans le registre de la souffrance, physique ou morale (Fassin, 2004). En reconnaissant des droits subjectifs, les politiques se font politiques de la souffrance et placent l'exposition de cette souffrance au centre du dispositif de lutte contre les violences, qu'elles soient physiques, psychologiques ou économiques.

Souffrance et santé dans la légitimation des plaintes par les autorités politico-sanitaires

Avec la question de l'exposition, et la reconnaissance, de la souffrance, la santé entre en jeu. Spécialisée dans le diagnostic de la souffrance du sujet, la psychiatrie l'objective à travers des pathologies telles que la dépression ou le syndrome de stress post-traumatique. Du point de vue des médecins, tout ce qui engendre un « processus traumatique » — équivalent médical de l'atteinte à l'intégrité — peut être considéré comme une maltraitance : par exemple, le non-soulagement de la douleur (Plamondon, 2000) et, plus généralement, les soins inadaptés (Pellissier, 2003).

Les médecins pourraient donc être érigés en experts-enquêteurs dans les affaires de violence : « le bien-être, élément central de la notion de santé, doit être questionné comme le sont le pouls ou la tension artérielle », préconisait le rapport Debout, faisant de l'auscultation psychologique un pan de la clinique classique. Et, en effet, les diagnostics portés par les médecins tendent à faire preuve : dans une affaire de maltraitance en maison de retraite signalée à la DGAS, la plainte de la victime, qui disait avoir été brutalisée par une aide-soignante sans que toutefois son corps en porte les traces, fut jugée recevable une fois qu'un psychiatre eut diagnostiqué un syndrome de stress post-traumatique.

On observe en pratique que les plaintes ont d'autant plus de chances d'être légitimées par les autorités politico-sanitaires qu'une preuve peut être apportée de la souffrance physique ou psychique des victimes. Les plaintes portant exclusivement sur des atteintes à l'autonomie, sans exposition de souffrances, sont celles

qui ont le plus de chances d'être rejetées après enquête ou de faire l'objet de simples préconisations. Elles sont d'ailleurs disqualifiées par l'emploi de termes neutres : les « maltraitements » deviennent des « dysfonctionnements », des questions de « prise en charge ». En revanche, si elles portent également atteinte à l'intégrité physique ou psychique et qu'en ce sens, elles engendrent une souffrance, elles sont incluses dans la catégorie des « négligences graves », catégorie fourre-tout dans laquelle sont classées la plupart des maltraitements subies par les personnes âgées. Aux yeux des autorités politico-sanitaires, que les citoyens âgés soient privés de leur capacité à décider de leur propre vie, c'est-à-dire d'une liberté proprement politique, ne s'avère pas intolérable si cette privation n'est pas accompagnée de symptômes de souffrance.

En fait, mêmes les atteintes à la dignité ou à l'intégrité corporelle ne sont reconnues que si elles engendrent une souffrance évidente ou touchent à un tabou de la « dignité humaine ». Ainsi, l'absence de soulagement de la douleur, souffrance évidente, est considérée comme une maltraitance par la DGAS, qui la classe parmi les négligences graves. Quant aux tabous, ils résident dans les questions d'hygiène. La dénonciation de négligences touchant à un manque d'hygiène des locaux ou des personnes donne lieu à une enquête et à des sanctions (par exemple, quand une aide-soignante témoigne qu'on « laisse macérer les personnes dans leurs urines »). Soulignons que déclarer une incontinence urinaire ou fécale représente un moyen assez sûr d'obtenir une aide substantielle dans le cadre de l'Allocation personnalisée à l'autonomie (APA)¹². Ce dispositif, présenté par la Ministre des

Affaires sociales comme un « droit objectif universel » qui « apporte avant tout un retour à la dignité, une exigence de dignité » éclaire la définition de la dignité de l'homme : il semble qu'elle réside dans sa vessie et son anus, dans des parties taboues du corps humain (Gentzler, 2003).

En revanche, l'inadaptation des soins n'est pas systématiquement considérée comme intolérable. Ainsi, le fait que des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer soient accueillies dans un service de soins de longue durée où « il n'y a pas de soutien psychologique, pas vraiment d'animations, aucune activité, pas d'atelier Alzheimer, bref aucune stimulation sur le plan cognitif » ne peut faire l'objet d'une intervention des pouvoirs publics, puisque leur souffrance ne peut être démontrée, ni les effets délétères sur leur état de santé¹³. Par opposition, on peut mentionner la contention physique : son caractère intolérable est doublement légitimé, médicalement et éthiquement. Outre la souffrance morale qu'elle engendre, en atteignant la personne dans sa dignité d'homme ou de femme libre de ses mouvements, elle est aussi responsable, démonstration scientifique à l'appui, d'une accélération de la perte de capacités physiques. De ce fait, un caractère intolérable lui est reconnu.

L'argument sanitaire semble nécessaire mais pas suffisant. Il n'est entendu que lorsque les effets délétères sur la santé sont prouvés médicalement — par un diagnostic — ou que le traitement des corps touche à des tabous hygiéniques. Du côté des citoyens, cet argument sanitaire semble aussi avoir une forte légitimité. Reprenons le cas de cette fille dont les parents atteints de la maladie d'Alzheimer résidaient en long

séjour. Elle aurait pu axer la description des conditions de vie de ses parents sur leur abandon, leur absence de vie sociale dans leur lieu d'hébergement. Elle a cependant mis l'accent sur les conséquences en termes de santé. C'est très souvent le cas dans les dénonciations rédigées par les particuliers ou les professionnels: « nous vivons un véritable calvaire qui altère nos états de santé un peu plus chaque jour » (couple de personnes âgées à domicile), « ma mère est dans un état de santé encore plus fragilisé suite à cette affaire [de tutelle abusive] », « je me décide à vous écrire car je n'en peux plus de cette situation qui me déprime et me pousse à bout » (infirmière en maison de retraite). Souffrances physiques et psychiques, altération de la santé sont exposées même quand les mauvais traitements ne concernent ni les soins, ni des violences physiques. L'argument sanitaire apparaît comme une stratégie largement utilisée par les citoyens pour prouver l'existence des mauvais traitements et justifier la nécessité et l'urgence d'une intervention des autorités.

Définition pénale de la maltraitance

La maltraitance, jusqu'à présent, n'est pas une catégorie juridique,

mais le droit pénal aggrave les peines lorsque certains crimes ou délits sont commis sur une personne « dont la particulière vulnérabilité, due à son âge, à une maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique ou à un état de grossesse, est apparente ou connue de son auteur »¹⁴. Nous reviendrons plus loin sur cette notion essentielle de vulnérabilité, condition de la qualification de maltraitance. Nous voulons simplement souligner ici que seuls les actes les plus graves font l'objet de sanctions particulières parmi tous ceux qui sont dénoncés comme des maltraitements. De ce fait, le terme de maltraitance peut faire l'objet de manipulation sur le registre pénal, comme en témoigne cette réponse donnée par un président de Conseil général à une accusation de « maltraitements en institution » (titre du reportage diffusé aux informations nationales): « la notion de maltraitance revêt une certaine gravité. Elle ne peut être utilisée d'une manière générale car elle induit bien souvent des conséquences pénales. » L'inadaptation des locaux et l'absence de personnel soignant relevaient pour lui d'une « nécessaire restructuration des locaux », alors que la DGAS les qualifiait de « négligences graves ».

Cependant, si de nombreux actes reconnus comme des maltraitements par certains acteurs ne font pas clairement l'objet de sanctions pénales, la jurisprudence va dans le sens d'une judiciarisation des actes engendrant une souffrance physique ou psychique. Contrairement aux juridictions précédentes, la Chambre criminelle de la Cour de cassation a estimé dans un arrêt du 2 décembre 1998 que les traitements dégradants (il s'agissait dans l'affaire jugée de privation de repas, enfermement et

douche froide sur des adultes autistes) ne pouvaient être considérés comme des mesures éducatives. « La dimension supposée éducative ou thérapeutique d'actes ou de comportements contraignants et/ou violents ne permet plus de justifier des pratiques professionnelles » (Créoff, 2000); il n'est plus possible d'arguer: « c'est pour son bien ». L'élimination de la souffrance dans les pratiques de soins tend à devenir la règle.

Il reste néanmoins de nombreuses zones d'ombres dans le dessin des contours de la maltraitance. Les débats autour du tutoiement de l'usager par le professionnel sont parlants: ils cristallisent les interrogations autour de ce qui peut et doit être qualifié de maltraitance¹⁵. Il y a d'abord un questionnement autour de la souffrance qu'il peut engendrer: alors qu'elle semble tout à fait dérisoire à certains, d'autres, procédant sans doute à quelque amplification rhétorique, affirment que tutoyer peut tuer. Mais même pour ces derniers, la sensibilité singulière de l'individu paraît essentielle: l'atteinte à la dignité ne sera pas ressentie aussi vivement par toutes les personnes âgées, selon leur histoire de vie, leur situation sociale, etc. On ne peut donc affirmer que le tutoiement engendre systématiquement une souffrance. L'argument final apporté en ce sens concerne le consentement de la personne: il ne peut y avoir souffrance que si le tutoiement n'est pas désiré. Les experts de la maltraitance préconisent donc de prendre en compte la subjectivité de chacun et de s'adapter à ses souhaits.

La « bientraitance » ou le consensus sur la prévention

Les préconisations autour du tutoiement nous amènent au dis-

cours préventif. Si la qualification de maltraitance est l'objet de luttes quand il s'agit de condamner, un certain consensus semble régner quand l'approche est inversée, quand il est question de prévention. Sous le néologisme de « bientraitance » est promu le respect de la dignité, de l'autonomie et de l'intégrité physique et psychique. Sur le plan administratif, il existe désormais un guide des bonnes pratiques d'hébergement élaboré par la DGAS (Guide Angélique), faisant une large place au recueil du consentement de la personne¹⁶. Sur le plan législatif, l'exercice des « droits et libertés individuels¹⁷ est garanti à toute personne prise en charge par des établissements et services sociaux et médico-sociaux », grâce notamment à l'information des usagers sur leurs droits (règlement intérieur, charte, contrat de séjour) et à la possibilité de recourir à un médiateur. La charte qui doit être présentée aux résidents est celle des droits et libertés de la personne âgée dépendante¹⁸, conçue par la Fondation nationale de gérontologie pour la première fois en 1987. Aucune enquête ne nous permet pour l'instant d'affirmer que cette nouvelle législation est appliquée.

Sur le plan éducatif, la prévention réside jusqu'à présent dans des initiatives privées de formation des soignants, professionnels ou non, aux « bonnes pratiques » (Gineste, 2005). L'approche globale prônée par la gériatrie et sur laquelle elle fonde sa spécificité trouve une nouvelle légitimité dans la promotion de la bientraitance : médecins et infirmiers gériatriques peuvent revendiquer leur éthique de soin au sujet et non au corps, ainsi que leurs savoirs et savoir-faire autour de la personne âgée.

La politique de prévention, dans la lignée de l'approche empathique du social, se développe aussi autour de l'écoute de la souffrance. D'abord de la souffrance des victimes, avec la généralisation en cours des antennes Alma à tout le territoire français (circulaire DGAS du 3 mai 2002). Mais aussi de l'écoute des personnels susceptibles d'être auteurs de maltraitances, eux aussi considérés comme victimes. Le rapport Debout préconisait la mise en place de groupes de parole : analysant les actes de maltraitance comme des manifestations de la souffrance des soignants confrontés à l'angoisse de la mort, il proposait un traitement psychologique de ces phénomènes relevant de l'inconscient¹⁹. De manière moins psychanalytique, la souffrance des soignants est souvent attribuée à la pénibilité des conditions de travail et au manque de reconnaissance sociale du travail auprès des personnes âgées.

Les apories du concept de maltraitance des personnes âgées

Paradoxe et réductionnisme de la vulnérabilité liée à l'âge

Il est un point sur lequel les notions de maltraitance et de bientraitance semblent peu questionnées : celui de la qualité des victimes. Il est entendu qu'il n'y a maltraitance que sur des populations dites vulnérables : les enfants, les adultes handicapés et les personnes âgées, selon les catégories retenues par la DGAS. La vulnérabilité, qui sous-tend une incapacité du citoyen à se défendre et justifie de ce fait une protection renforcée, engendre un important paradoxe, comme le montre l'étude de plaintes et de leur réception. Comment la victime peut-elle simultanément arguer

qu'elle est maltraitée car incapable de se défendre et manifestement se défendre en portant plainte auprès des autorités ? Soit un homme résidant en logement-foyer, qui dénonce à la DDASS l'absence de prise en considération de ses réclamations par la direction de l'établissement (éclairage nocturne et chauffage des couloirs, prêt des salles de l'établissement sans consultation des résidents...). Il accuse la directrice de « despotisme », autrement dit de nier ses droits de citoyen. Cependant, son acte de dénonciation auprès des autorités constitue un exercice plein et entier de sa citoyenneté (Mazet, 1998). Mais le refus de la DDASS d'enquêter, à cause des doutes sur son état mental que sa lettre peut faire planer²⁰, ne constitue-t-il pas une nouvelle atteinte à sa citoyenneté ?

Cet exemple montre quelles difficultés les personnes âgées peuvent avoir à se défendre. Les entretiens menés auprès de personnes résidant à domicile ou en établissement, tout comme les plaintes portées, permettent de cerner les obstacles à l'expression de la plainte : désavoués comme cet homme lors de leurs plaintes précédentes, nombreux sont ceux qui choisissent alors le silence. L'intériorisation de l'impossibilité de se faire entendre en amène d'autres à banaliser les maltraitances (« c'est partout comme ça »), voire à les légitimer : si le manque de moyens alloués aux personnes âgées (manque de personnel en établissement, manque d'heures d'aide à domicile) est invoqué, c'est alors davantage sur le mode de la justification des personnels et de l'organisation du travail que sur celui de l'accusation des pouvoirs publics. Le statut de relégué est en effet intériorisé, à tel point que le travail auprès des vieux peut être présenté par les

vieux eux-mêmes comme quelque chose de pénible.

Il n'en reste pas moins que certaines personnes se présentent comme tout à fait aptes à revendiquer et à se défendre. L'âge ne suffit pas à rendre compte de la capacité ou de l'incapacité à se positionner en citoyen. D'autres caractéristiques sociales jouent: les positions professionnelles, dans le couple ou dans la famille, selon qu'elles ont laissé ou non place à l'autonomie et à la prise de parole, les expériences syndicales qui ont pu faire reculer le sentiment de domination, la réaction aux violences passées dans le couple, le travail, ou pendant la guerre. Bref, l'aptitude à se défendre apparaît tout autant conditionnée par les histoires de vie des personnes âgées que par les interactions avec leur entourage leur signifiant leur position d'endetté envers la société.

Cependant, la réception des plaintes montre une simplification extrême de l'appréhension de la vulnérabilité, qui n'est pas sans faire penser à une naturalisation: toutes les personnes âgées (entendons de 60 ans ou plus) sont considérées comme vulnérables. Autrement dit, l'âge chronologique, que les représentations sociales actuelles de la

vieillesse associent systématiquement à un état de santé dégradé, suffit à faire la preuve de la vulnérabilité, c'est-à-dire de l'incapacité à se défendre, dont découle l'impossibilité de se faire entendre. L'exercice de la citoyenneté est donc subordonné à l'âge, et, plus généralement, aux «capacités» physiques et psychiques des individus, puisque l'on rencontre le même phénomène pour les «adultes handicapés». Alors même que le traitement des personnes âgées comme des corps et esprits invalides est dénoncé dans les discours sur la maltraitance, un esprit sain dans un corps sain apparaît comme une condition pour dénoncer les maltraitances. En cela, les «personnes âgées», à cause justement de leur âge, se voient dénier leur citoyenneté et subissent une discrimination «âgiste» de leurs droits.

La production politique d'une ségrégation de la vieillesse

Cela nous amène à un second paradoxe dans la dénonciation des maltraitances. Les acteurs semblent en effet s'accorder sur les sources du phénomène, même s'ils les hiérarchisent et les relient différemment: manque de moyens alloués aux établissements, manque de personnel, manque de formation des professionnels aux spécificités des soins gériatriques, épuisement des aidants, manque d'aide aux aidants. Tous peuvent être ramenés à un dénominateur commun: les représentations négatives de la vieillesse. La cause des maux serait dans l'exclusion sociale des vieux, de leurs problèmes, et de ceux qui les prennent en charge. Or, la notion de maltraitance elle-même repose sur la distinction d'une population par son âge, et la représentation de caractéristiques communes à tous les indivi-

duis qui la composent, notamment la vulnérabilité.

La politique de lutte contre la maltraitance des personnes âgées suit le chemin tracé par les «politiques de la vieillesse» qui, tout en clamant une volonté d'intégration de la population âgée, ont entretenu, voire renforcé la ségrégation et l'exclusion sociale des vieux. Le modèle d'intégration proposé par le rapport Laroque, fondé sur l'activisme et l'absence de dépendance physique, réclamé par les classes moyennes et permis par l'évolution favorable de l'état de santé (Bourdelaïs, 1994), n'a pu que valoriser les jeunes retraités actifs, devenus le «troisième âge» (Lenoir, 1979), et repousser dans le «quatrième âge» la vieillesse désinsérée (Guillemard, 1986). En incitant à rester «jeune» plus longtemps, les politiques de prévention du vieillissement ont stigmatisé dans le même temps ceux qui n'avaient pas une «vieillesse réussie» et devenaient «dépendants».

L'institutionnalisation de l'adjectif dépendant pour qualifier les personnes ayant besoin d'une aide pour accomplir certaines tâches n'a sans doute pas favorisé les représentations positives de la vieillesse. Bien que le terme ait été abandonné avec la transformation de la Prestation spécifique dépendance (PSD) en Allocation personnalisée à l'autonomie (APA), il subsiste dans la nouvelle dénomination des maisons de retraite médicalisées: établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Il repose sur l'illusion d'une indépendance entre les autres membres de la société, illusion qui ne résiste pas à l'analyse des liens fondateurs de la vie sociale (Elias, 1991; Ennuyer, 2002).

Quant à la ségrégation spatiale des personnes âgées que le rapport Laroque voulait limiter, elle a perduré et s'est même renforcée, puisque les maisons de retraite ont mis fin à l'accueil intergénérationnel qui était possible dans les hospices. Une limite d'âge à l'entrée en institution a été posée, comme ont été posées des limites d'âge à l'ouverture de droits sociaux. La proposition d'une aide aux personnes handicapées sans discrimination d'âge a été rejetée: il faut avoir 60 ans pour prétendre à l'APA. Le besoin d'assistance aurait donc quelque chose de spécifique dans la vieillesse (Mercat-Bruns, 2003).

L'idée d'une différence radicale entre les problèmes de la vieillesse et ceux rencontrés aux autres âges de la vie est également institutionnalisée avec l'expression «maltraitance des personnes âgées». Comme nous l'avons mentionné, tous les acteurs s'accordent sur le rôle central des représentations négatives de la vieillesse dans les phénomènes de maltraitance. Or, de même que les difficultés à se défendre ne sont pas un simple effet de l'âge, qu'il soit conçu de manière naturalisante ou plus sociale, les atteintes à la dignité, l'intégrité et l'autonomie ne sont pas produites par le seul fait d'être âgé.

L'âge est-il la source des maltraitances ?

La description du fonctionnement des institutions totalitaires par Goffman montre bien sa transversalité: toutes les populations recluses sont concernées, quelle que soit la raison de leur enfermement (crime, profession militaire, être orphelin, adulte handicapé ou vieillard invalide). À l'intérieur même des institutions médico-sociales, la capacité

d'exercer son libre choix est socialement inégale: «avoir exercé une activité, en particulier comme "cadre", favorise la gestion personnelle de son budget [...], assure d'être mieux garanti et respecté dans ses droits d'usagers» (Thomas, 2003). Par ailleurs, la possibilité financière d'entretenir une relation libre de clientélisme avec les aidants professionnels ou familiaux est sans doute une protection contre les traitements physiquement violents, indignes ou autoritaires: la personne est alors libre d'employer d'autres aidants si elle n'est pas satisfaite ou de changer d'établissement²¹. Quant au fait que la majorité des vieux sont des vieilles, il est largement occulté dans les questions de violence aux âges élevés (Bawin-Legros, 2001), alors même qu'aux autres âges, la surexposition des femmes à certaines formes de violence est largement reconnue.

Bien qu'aucune étude quantitative n'ait évalué à notre connaissance l'adéquation des aides aux besoins ressentis par les personnes, les entretiens réalisés auprès de personnes âgées donnent des indices d'inégalités sociales en ce domaine. Le manque d'assistance, que ce soit à domicile ou en établissement, est très souvent dénoncé par les personnes aux faibles ressources: l'allocation de peu d'heures d'aide à domicile, en outre à des tarifs jugés excessifs, ne leur permet pas de faire face à tous les besoins, qui ne se limitent pas à l'entretien ménager du logement ou hygiénique de la personne. Les personnes interrogées se plaignent de ne pas avoir «suffisamment d'heures» pour mener des activités sociales avec les aides à domicile, telles que la discussion, la lecture ou la sortie du domicile. Seuls les besoins jugés essentiels à la survie du corps et à

une certaine appréciation de la dignité semblent pris en compte — se nourrir, se déplacer, être habillé et propre dans un logement propre — alors que les «besoins sociaux», qui se traduisent pourtant par de fréquentes plaintes quant à la solitude et l'isolement, paraissent secondaires.

Vues sous l'angle des inégalités sociales ou de genre, les «maltraitances des personnes âgées» pourraient apparaître davantage comme le prolongement dans la vieillesse d'inégalités vécues tout au long de la vie, plutôt qu'une production spécifique de l'âge élevé. Celui-ci ne ferait que renforcer certains phénomènes et rendre criantes les injustices. En témoigne le sentiment de révolte d'une femme née en 1909, qui n'a pas assez de sa pension pour payer la maison de retraite: «[En haussant le ton] C'est encore une horreur ce que je vais vous dire: donner une pension comme ça à une femme qui a travaillé toute sa vie!».

Si les politiques de la vieillesse ont essayé de prendre en compte les inégalités sociales, d'abord en luttant contre la misère, puis en fixant l'aide en fonction des revenus de la personne²², elles ont en fait plutôt eu tendance à considérer les personnes de 60 ou 65 ans et plus comme une population homogène, devant faire l'objet d'une politique avant tout liée à son âge (Guillemard, 1986). La politique de lutte contre les «maltraitances des personnes âgées» renforce cette homogénéisation par l'âge et l'occultation des inégalités étrangères à cette caractéristique considérée comme fondamentale.

Dans les discours comme les dispositifs préventifs, la protection des citoyens âgés face aux violences dépasse largement la mise en danger de la vie ou de la santé: il est aussi

question de dignité et d'autonomie. La politique de lutte contre les maltraitances ne répondrait donc pas à une logique de sanitarisation du social. Cependant, l'appréciation des maltraitances selon le critère de la souffrance donne une légitimité forte à l'expertise psycho-médicale et aux approches éthico-globales des professionnels de la santé dans la vieillesse. La sanitarisation s'opère donc en raison de la place importante occupée par les professionnels de la santé lorsqu'il s'agit de reconnaître et prévenir les maltraitances. L'argument sanitaire semble d'ailleurs socialement légitime à la lecture des dénonciations des citoyens: l'exposition de la souffrance apparaît comme la meilleure stratégie pour (é)mouvoir l'action publique.

La sanitarisation s'opère par exemple dans la question de la dignité humaine, d'une part parce qu'elle devient un aspect de la prise en charge «médico-sociale», d'autre part parce que la dignité ne semble atteinte de manière véritablement intolérable que lorsque le corps ou son environnement physique transgressent des normes hygiéniques qui relèvent autant de l'impératif sanitaire que de tabous des relations humaines. «L'espace-qui-est-entre-

les-hommes», objet de la politique (Arendt, 1995), est donc visé, mais dans un programme minimal de relations qui n'engendrent ni frayeur ni dégoût. Les «besoins sociaux» des personnes âgées, d'intégration sociale, de lutte contre la solitude et l'isolement, contre des injustices sociales qui se poursuivent tout au long du cycle de vie, contre la perte d'autonomie citoyenne, apparaissent comme des points secondaires d'un programme politique qui leur est inadapté. La rigidification de la catégorie de population sur laquelle les pouvoirs publics fondent leur action conduit à proposer aux dites personnes âgées une citoyenneté au rabais, prenant seulement en compte leur situation de «dépendance». La construction d'une politique visant les vieux en tant qu'ils sont vieux a pour corollaire d'occulter les inégalités transversales à tous les âges, surtout quand elles se disent dans le registre de l'injustice ou de la liberté plutôt que de la souffrance. Cependant, la volonté de transformation des conditions d'accueil en institution, avec notamment la mise en avant du consentement de la personne, est le signe d'un changement des sensibilités, allant dans le sens de la promotion de l'autonomie des citoyens âgés.

Claire Scodellaro
EHESS, Centre Maurice Halbwachs

Notes

¹ On peut penser par exemple à la pratique de la «serrade», décrite pour le Gévaudan du 19^e siècle, et manifestement liée aux modes de transmission des héritages (Claverie, 1982).

² Le présent article repose en partie sur les données recueillies lors d'une enquête

commandée par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DRESS) du ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Il s'agissait de décrire les motifs de plainte des personnes de 65 ans et plus sur leur vie quotidienne, qu'elles résident à domicile ou en institution. Trois types de matériaux ont été utilisés: des entretiens semi-directifs en population «diffuse» (34 personnes de milieux sociaux et d'âges divers), des entretiens en population «signalée» (4 personnes ayant contacté Alma), et les dossiers de «signalement de maltraitances» gérés par le Bureau de la protection des personnes de la DGAS entre janvier 2000 et septembre 2003. Dans les entretiens en population diffuse, le terme de maltraitance n'était mentionné qu'à la fin, lorsqu'il était demandé à l'enquêté de donner une définition de la maltraitance et de juger s'il était, ou avait déjà été, maltraité.

³ Une enquête réalisée dans le Nord (Durocher, 1998) estime à 5% la fréquence des personnes de 65 ans et plus maltraitées, ce qui, appliqué à l'ensemble de la population française, équivaldrait à 600 000 personnes. Une enquête nationale canadienne (Podniecks, 1990) donnait quant à elle le chiffre de 40% de personnes victimes d'au moins un type d'abus.

⁴ Allo maltraitance des personnes âgées, dispositif d'écoute des plaintes.

⁵ En 2000, la revue du Haut Comité de la santé publique, *Actualité et dossier en santé publique*, consacre un numéro aux maltraitances, principalement des populations reconnues de plus longue date comme victimes de violence (enfants, femmes, personnes en institution). Un article concernait spécifiquement les personnes âgées.

⁶ Six articles sont écrits par des médecins, deux par des psychologues cliniciennes, trois par des sociologues ou démographes, les trois autres par l'association Alma, la présidente de la Fondation nationale de gérontologie et un expert du ministère des Affaires sociales.

⁷ Il s'agit, hiérarchiquement, du ministère des Affaires sociales, du Secrétariat d'État aux personnes âgées, de la

Direction générale des affaires sociales et des directions régionales ou départementales des affaires sanitaires et sociales.

- ⁸ Parmi les personnes qui écrivent agir en qualité de professionnels, figurent des directeurs d'établissement, mais surtout des infirmiers et des aides-soignantes. Les médecins sont absents.
- ⁹ Circulaire DGAS du 30 avril 2002 relative au renforcement des procédures de traitement des signalements de maltraitance et d'abus sexuels envers les enfants et les adultes vulnérables accueillis dans les structures sociales et médico-sociales. D'après la définition de la violence donnée par le Conseil de l'Europe en 1992.
- ¹⁰ La santé est un «état complet de bien-être physique, mental et social».
- ¹¹ Déclaration des droits et des devoirs de l'Homme de 1795, art. 15.
- ¹² Une dame de 75 ans se révolte au cours de l'entretien contre les critères d'attribution de l'APA: «J'en parlais avec celle qui fait les barèmes, c'est surtout de faire pipi dans sa culotte qui augmente la dépendance. Mais autrement, comme moi, comme l'histoire de mon cœur, ça ne sert absolument à rien, c'est rien du tout!»
- ¹³ Il n'est cependant pas à exclure que l'absence de stimulation des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer soit prochainement reconnue comme intolérable, puisque cette méthode est actuellement préconisée par certains gériatres comme forme essentielle de traitement.
- ¹⁴ Présent dans différents articles du Code pénal, notamment concernant l'abus de confiance, le meurtre, le viol, les violences habituelles, le vol.
- ¹⁵ La question de l'interdiction totale du tutoiement, autrement dit de l'affirmation de son caractère intolérable, dans quelque situation que ce soit, est récurrente dans les colloques singuliers ou collectifs avec des professionnels auxquels nous avons pu assister.
- ¹⁶ Pour ne citer que quelques exemples :

Contre les atteintes à l'autonomie : Le consentement de la personne est-il sollicité préalablement à sa venue dans l'établissement? Les personnes sont-elles parties prenantes de l'organisation du quotidien : rythmes journaliers, venue de la famille, des professionnels?

Contre les atteintes à la dignité : Les toilettes et les soins sont-ils effectués dans le respect de la personne? Comment est préservé le caractère privé du lieu de vie? Des marques de respect et d'attention particulières sont-elles sensibles dans les relations entre professionnels et personnes accueillies, et entre ces dernières? Les appellations familières ne sont-elles utilisées qu'avec l'accord de la personne concernée?

Contre les atteintes à la santé : Comment la souffrance et la douleur sont-elles prises en compte? Des protocoles relatifs à la prévention et au traitement des escarres, de la déshydratation, de la dénutrition sont-ils mis en œuvre?

- ¹⁷ Art. L.311-3 du CASF: respect de la dignité, de l'intégrité, de la vie privée, de l'intimité, de la sécurité, exercice du libre choix, prise en charge favorisant développement, autonomie et insertion, participation à l'élaboration du projet d'accueil...
- ¹⁸ Par exemple : article 2, le lieu de vie de la personne âgée dépendante, domicile personnel ou établissement, doit être choisi par elle et adapté à ses besoins; article 3, toute personne âgée dépendante doit conserver la liberté de communiquer, se déplacer et participer à la vie de la société; article 9, toute personne âgée dépendante doit avoir accès aux soins qui lui sont utiles (version de 1999).
- ¹⁹ «Le processus de dévaluation des personnes âgées inscrit dans l'inconscient de chacun comme un mécanisme de défense face à l'angoisse de la mort» (rapport Debout, p. 31).
- ²⁰ Il mentionne que la directrice de l'établissement lui a imposé une consultation psychiatrique pour discréditer ses plaintes.
- ²¹ La défécation constitue une alternative à la prise de parole, selon le modèle pro-

posé par Hirschman (1995). Elle requiert la possibilité effective de se défaire, ce qui s'avère difficile quand l'offre d'établissements ou de services d'aide à domicile est limitée et soumise à des contraintes géographiques, financières...

- ²² Les ressources entrent dans les critères d'attribution de l'APA, conçu comme un droit social et non un droit assurantiel. Cependant, sa mise en œuvre témoigne plutôt d'une prépondérance des critères médicaux, et plus particulièrement de ceux perçus comme incompatibles avec la «dignité humaine» (incontinence).

Bibliographie

- ARENDDT, H. 1995 [1993]. *Qu'est-ce que la politique?* Paris, Seuil.
- BAWIN-LEGROS, B., et M.-T. CASMAN. 2001. «Vieillir au féminin: quiétude ou inquiétude?», *Cahiers du genre*, 31: 149-165.
- BENOÎT-LAPIERRE, N., R. CEVASCO et M. ZAFIROPOULOS. 1980. *Vieillesse des pauvres. Les chemins de l'hospice*. Paris, Éditions ouvrières.
- BOURDELAIS, P. 1994. *L'âge de la vieillesse*. Paris, O. Jacob.
- CLAVERIE, E., et P. LAMAISON. 1982. *L'impossible mariage: violence et parenté en Gévaudan, XVII, XVIII et XIX^e siècles*. Paris, Hachette.
- CORBET, E. 2000. «Les concepts de violence et de maltraitance», *Actualité et dossier en santé publique*, 31: 20-25.
- CREOFF, M. 2000. «Les maltraitances institutionnelles», *Actualité et dossier en santé publique*, 31: 52-56.
- DEBOUT, M. 2002. *Prévenir la maltraitance envers les personnes âgées*. Rapport au Secrétaire d'État aux personnes âgées.
- DUROCHER, A. M., et al. 1998. *Maltraitance des personnes âgées: enquête dans le département du Nord*. Genève, Congrès francophone de Gérontologie.

La lutte contre la maltraitance des personnes âgées: politique de la souffrance et sanitarisation du social

- ELIAS, N. 1975 [1939]. *La dynamique de l'Occident*. Paris, Calmann-Lévy.
- ELIAS, N. 1991 [1987]. *La société des individus*. Paris, Fayard.
- ENNUYER, B. 2002. *Les malentendus de la dépendance: de l'incapacité au lien social*. Paris, Dunod.
- FASSIN, D. 2004. *Des maux indicibles. Sociologie des lieux d'écoute*. Paris, La Découverte.
- FASSIN, D., et P. BOURDELAIS, éd. 2005. *Les constructions de l'intolérable. Études d'anthropologie et d'histoires sur les frontières de l'espace moral*. Paris, La Découverte.
- FOUCAULT, M. 1976. *Histoire de la sexualité*, tome 1: *La volonté de savoir*. Paris, Gallimard.
- FOUCAULT, M. 2004. *Naissance de la bio-politique*. Paris, Seuil/Gallimard.
- GENTZLER, J. 2003. «What is death with dignity?», *Journal of Medicine and Philosophy*, 28, 4: 461-487.
- GINESTE, Y., et J. PELLISSIER. 2005. *Humanité. Comprendre la vieillesse, prendre soin des hommes vieux*. Paris, Bibliophane-Daniel Radford.
- GOFFMAN, E. 1968. *Asiles. Études sur la condition sociale des malades mentaux et des reclus*. Paris, Éditions de Minuit.
- GUILLEMARD, A.-M. 1986. *Le déclin du social. Formation et crise des politiques de la vieillesse*. Paris, PUF.
- HASSENTEUFEL, P. 1996. «L'État-Providence ou les métamorphoses de la citoyenneté», *L'année sociologique*, 46, 1.
- HAUT COMITÉ CONSULTATIF DE LA POPULATION ET DE LA FAMILLE. 1962. *Rapport de la Commission d'étude des problèmes de la vieillesse, présidée par Pierre Laroque*. Paris, La Documentation française.
- HIRSCHMAN, A. O. 1995. *Défection et prise de parole*. Paris, Fayard.
- HUGONOT, R. 1990. *Violences contre les vieux*. Paris, Erès.
- JASPARD, M. 2000. «Violence et maltraitance? Le poids des mots et des chiffres», *Gérontologie et Société*, 92: 11-28.
- LENOIR, R. 1979. «L'invention du troisième âge», *Actes de la recherche en sciences sociales*, 26-27: 57-82.
- MAZET, P. 1998. «Le déni de considération: l'interdiction de la mendicité», dans C. HAROCHE et J.-C. VATIN, éd. *La considération*. Paris, Desclée de Brouwer: 199-215.
- MERCAT-BRUNS, M. 2003. «Âge et dépendance: un regard comparé», *Droit social*, 12: 1084-1093.
- PELLISSIER, J. 2003. *La nuit, tous les vieux sont gris*. Paris, Bibliophane.
- PLAMONDON, L. 2000. «Violence en gériatrie: le cas de la douleur et ses enjeux éthiques», *Gérontologie et Société*, 92: 121-133.
- PODNEICKS, E., et K. PILLEMER. 1990. *Une enquête nationale sur le mauvais traitement des personnes âgées au Canada*. Toronto, Institut Ryerson.
- SCHNAPPER, D. 2000. *Qu'est-ce que la citoyenneté?* Paris, Gallimard.
- THOMAS, H., et O. SAINT-JEAN. 2003. «Autonomie sociale et citoyenneté dans la vie quotidienne des personnes âgées vivant en institution», dans *Les personnes âgées entre aide à domicile et établissement, Dossiers Solidarité et Santé*, Drees-Documentation Française, 1: 57-68.
- THOMAS H., C. SCODELLARO et D. DUPRÉ-LÉVÊQUE. 2005. «Perceptions et réactions des personnes âgées aux comportements maltraitants», *Études et Résultats*, 370.
- VIGARELLO, G. 1998. *Histoire du viol*. Paris, Seuil.