



Université Abderrahmane MIRA de Bejaia

Faculté des Sciences Humaines et Sociales

Département des Sciences Sociales

Mémoire de fin de cycle

En vue d'obtention du diplôme de Master

Option : Psychologie Clinique

Thème

**La relation entre le style de communication interpersonnelle et
le comportement agressif des personnes âgées placées dans le
Foyer d'Accueil de Bejaia**

Préparé par :

KADRI Lamia

KADRI Saliha

Encadré par :

Dr. BENKERROU Fiadh

Juin 2015

Remerciements

Nous tenons tout d'abord à remercier le bon dieu le tout puissant de nous avoir donné courage et volonté pour achever ce travail.

Sur tout un grand merci pour notre tuteur de mémoire Docteur BENKERROU Fiadh de nous avoir accompagné tout au long de ce travail, avec un regard stimulant, rigoureux et avisé.

Nos vifs remerciements et nos gratitudes pour le directeur du foyer d'accueil pour personnes âgées et/ ou handicapées de Bejaia Monsieur Ait Ouali.

Nos remerciements de même vont aussi à la psychologue clinicienne du foyer d'accueil des personnes âgées de Bejaia, qui nous a encadrés tout au long de notre pratique Mme Khelfane Djouhar.

Nos remerciements tout le personnel du foyer sans exception.

Sans oublier les personnes âgées du foyer d'accueil de Bejaia, qui ont acceptées de répondre à nos sollicitations.

Enfin, merci à tous ceux qui nous ont enseignées, durant notre cursus, sachez que nous vous serons reconnaissantes pour toujours.

Dédicaces

Je dédie ce modeste travail à :

À mes parents, aucun hommage ne pourrait être à la hauteur de l'amour dont ils ne cessent de me combler.

Rien au monde ne vaut les efforts fournis jour et nuit pour mon éducation et mon bien être.

Ce travail est le fruit de vos sacrifices que vous avez consentis pour mon éducation et ma

Formation

Que dieu vos procure bonne santé et longue vie.

À celui que j'aime beaucoup et qui m'a soutenu tout au long de cette recherche : mon fiancé Guemouni Abd elghani.

Et bien sur

À mes très chères sœurs : Nora, Rima, Kahina, Liza et mon adorable petit frère Yazid,

sans oublier mes grands parents et mes beaux parents.

À toute ma famille et mes amie (s).

À mon binôme et meilleur amie Saliha et à toute sa famille.

Et je le dédie surtout aux personnes âgées du foyer de Bejaia. Ainsi à tout mes amie (s) de groupe 04 de psychologie clinique.

Lamia.

Dédicaces

À la mémoire de mon très cher père. Aucune dédicace ne saurait exprimer l'amour, l'estime et le respect que j'ai toujours eu pour toi.

À ma très chère mère, qui représente pour moi La source de tendresse et l'exemple du dévouement qui n'a pas cessé de m'encourager et de prier pour moi.

Mes très chères frères et sœurs : Aboutaleb, Myriam, Ouiza et Cherif. Je vous dédie ce travail avec tous mes vœux de bonheur de santé et de réussite.

À ma chère grand-mère maternelle Zahra.

A mon oncle lyèce, qui m'est un père et qui m'a été d'un grand soutien moral et matériel, Les mots ne suffisent guère pour te remercier.

A toute ma famille paternelle et maternelle sans exception.

À mon très cher binôme et amie Lamia et toute sa famille.

Ainsi à tous mes amis surtout ceux de groupe 04 : Soraya, Anissa, Kahina, Samiha, Zakia, fayrouz, chafia et Djimi.

Salha.

Sommaire

Introduction.

Chapitre I : Le cadre méthodologique de la recherche

1-La problématique :	6
2-La pertinence de la recherche:	12
3- Les objectifs de la recherche :	13
4- Les limites de l'étude :	13
5- Définitions et opérationnalisation des concepts clés :	13

Chapitre II: La communication interpersonnelle

Préambule :	18
1- Définitions de la communication :	19
2- Les modes de la communication :	20
3- Différentes explications théoriques du phénomène de la communication : ...	22
4- La communication interpersonnelle :	31
5- Les variables psychologiques influançant la communication interpersonnelle :	46
Conclusion :	48

Chapitre III : Le comportement agressif

Préambule :	52
1. Définitions :	53
1.1: L'agressivité :	53
1.2 :L'agression :	54

1.3: La violence :	55
1.4 : Comportement agressif :	57
1.5:Agression et comportement agressif :	57
2. Types de l’agressivité :	59
3. Les différentes formes de violence :	59
4. Les explications théoriques des comportements agressifs :	62
5. Dimensions de l’agressivité :	70
6. L’aspect psychologique de l’agressivité :	73
7. L’évaluation de l’agressivité :	75
8. La prise en charge de la personne agressive :	76
Conclusion :	79

Chapitre IV : personnes âgées dans les foyers d’accueil

Préambule :	82
1- Définitions.....	83
1-1- Les établissements d’hébergement pour personnes âgées (EHPA) :	83
1-2- La personne âgée :	83
1.3. vieillissement :	84
1-4- La vieillesse :	84
1-5- Gériatrie :	85
1.6. Gérontologie :	85
2- Le rôle de la communication chez l’adulte vieillissant :	88
3- La communication interpersonnelle au sein du foyer d’accueil des personnes âgées :	88
4- Les conduites agressives en institution :	91

5- Relation personnel-résidents :.....	94
6. Les compétences communicationnelles nécessaires pour le personnel :.....	96
Conclusion :.....	98

Chapitre v : Méthodes et techniques utilisées

Préambule :.....	101
1- Pré- enquête:	102
2-Présentation du lieu d'étude :.....	103
3-L'échantillon d'étude :.....	104
4- Méthodes utilisées :.....	105
5- Les techniques utilisées :	106

Chapitre VI : Analyse, interprétation et discussion des résultats

1- Analyse des résultats :.....	112
1-1- Statistiques descriptives :	112
1-1-1- Description des caractéristiques personnelles de l'échantillon :	112
1-1-2- Description du type d'agressivité selon les caractéristiques personnelles.....	116
1-1-3- Description des deux styles de la communication interpersonnelle selon le point de vue des personnes âgées.	123
1-1-4- Fréquences de l'agressivité générale selon ses types :.....	130
1-2- Statistiques inférentielles :.....	134
1-2-1- La relation entre le comportement agressif et les deux styles de la communication.....	134
2- Discussion et interprétation des résultats :.....	137
Conclusion Générale :.....	151

Liste bibliographique :152

Annexes.

Liste des Tableaux

1- Analyse des résultats :

1-1- Statistiques descriptives :

1-1-1-Description des caractéristiques personnelles de l'échantillon :

-Tableau n°01 : La répartition des sujets de notre étude selon le sexe.....**99**

-Tableau n°02 : La répartition des sujets de notre étude selon l'âge.....**99**

-Tableau n°03 : La répartition des sujets de notre étude selon leurs situations familiales.....**100**

-Tableau n° 04 : La répartition des sujets de notre étude selon leurs niveaux scolaire :.....**100**

-Tableau n°05 : La répartition des sujets de notre étude selon leurs nombres d'enfants.....**101**

-Tableau n° 06 : La répartition des sujets de notre étude selon l'atteinte de maladies chronique.....**101**

-Tableau n° 07 : La répartition des sujets de notre étude selon l'atteinte de maladies psychiatriques.....**102**

-Tableau n° 08 : La répartition des sujets de notre étude selon l'année d'entrer au foyer d'accueil des personnes âgées.....**102**

1-1-2-Description du type d'agressivité selon les caractéristiques personnelles.

-Tableau n°09 : La description des types d'agression présentés par nos sujets d'étude selon le sexe.....**103**

Tableau n°10 : La description des types d'agressivité des sujets de notre recherche selon l'âge.....**104**

Tableau n°11 : La description des types d'agressivité des sujets de notre recherche selon la situation familiale.....**105**

Tableau n°12 : description des types d'agressivité des sujets de notre étude selon le niveau scolaire.....**106**

Tableau n°13 : Description de types d'agressivité des sujets de notre étude selon le nombre d'enfant.....**107**

Tableau n°14 : Description de types d'agressivité de nos sujets de notre étude selon leurs atteintes de maladies chroniques.....**108**

Tableau n°15 : Description des types d'agressivité des sujets de notre étude selon leurs atteintes de maladies psychiatriques.....**108**

Tableau n°16 : Description des types d'agressivité des sujets de notre étude selon l'année d'entrer au foyer d'accueil.....**109**

1-1-3-Description des deux styles de la communication interpersonnelle selon le point de vue des personnes âgées.

Tableau N°17: Tableau représentatif des fréquences total de la communication.....**110**

Tableau n°18 : Description des deux styles de la communication interpersonnelle selon le sexe.....**111**

Tableau n°19 : Description des deux styles de la communication interpersonnelle selon l'âge.....**112**

Tableau n°20 : Description des deux styles de la communication interpersonnelle selon La situation familiale.....**113**

Tableau n°21 : Description des deux styles de la communication interpersonnelle selon le nombre d'enfants.....**114**

Tableau n°22 : Description des deux styles de la communication interpersonnelle selon l'atteinte des sujets de maladies chroniques.....**115**

Tableau n°23: Description des deux styles de la communication interpersonnelle selon l'atteinte des sujets de maladies psychiatriques.....**116**

Tableau n°24 : Description des deux styles de la communication interpersonnelle selon l'année d'entrer des sujets au foyer d'accueil.....**117**

1-1-4-Fréquences de l'agressivité générale selon ses types.

Tableau n°25 : Tableau représentatif des fréquences total de l'agressivité générale.....**118**

Tableau n°26 : La répartition des sujets d'études selon le niveau de l'agressivité symbolique.....**118**

Tableau n°27 : La répartition des sujets selon le niveau de l'agressivité verbale.....**119**

Tableau n°28 : Répartition des sujets de l'étude selon le niveau de l'agressivité physique.....**120**

1-2- Statistiques inférentielles :

1-2-1- La relation entre le comportement agressif et les deux styles de la communication.

Tableau n° 29 : Relation entre les conduites agressives des personnes âgées et le style de communication du personnel.....**121**

Tableau n°30 : La relation entre l'agressivité symbolique et le style de communication interpersonnelle.....**122**

Tableau n°31 : La relation entre l'agressivité verbale des personnes âgées et le style de communication interpersonnelle.....**122**

Tableau n°32 : La relation entre l'agressivité physique des personnes âgées et le style de communication du personnel.....**123**

Tableau d'abréviations :

Abréviation	Signification
CIP	Communication Interpersonnelle.
CNV	Communication Non Verbale.
SM	Multiplication Spatiale.
OMS	Organisation Mondiale de la Santé.
DASS	Direction de l'Action Sociale.
EPHA	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées.
FPHA	Foyer pour Personnes Agées et Handicapées.
ULSD	Unité de Soins de Longue Durée.
SDF	Sans Domicile Fixe.

Introduction :

Les personnes âgées sont généralement présentées comme une catégorie vivant dans des conditions socio-économiques précaires, connaissant des problèmes de logement et d'alimentation, et souffrant de graves déficiences physiques et mentales les rendant totalement ou partiellement dépendantes (Ettinger et al., 1994) in (William Dab et Tregoaat , 2004).

De jour en jour les personnes âgées sont confrontées à des situations dans lesquelles elles se trouvent délaissées par les membres de leurs familles, elles finissent parfois par quitter le seuil familial en envisageant l'entrer aux foyers d'accueil. Donc à domicile ou en institution les individus sont dans la nécessité de garantir un climat de vie agréable pour les personnes âgées, car ils leur permet de mieux vivre leurs dépendances.

A l'avancé en âge, les personnes âgées institutionnalisées correspond à une seconde réalité de plus en plus profondément ancrée dans les projets d'établissement, la vie à plusieurs sous le même toit, autrement dit la cohabitation pendant de longue années avec d'autres résidents peut être un des facteurs provoquant le comportement agressif.

Comme il est connu que les personnes âgées institutionnalisées sont disposées à se mettre en état d'agressivité, en l'exprimant symboliquement, verbalement ou bien physiquement, la communication interpersonnelle pourra prendre sa part face à ces comportements agressifs et cela en l'application du style communicationnel qui s'approprie avec chaque personne âgée, car il y a ceux qui s'adaptent avec le style coopératif et d'autres avec le style direct. Donc la notion de la relation joue un rôle important dans le phénomène de la communication, cette dernière ne pourra-t-elle exister, sans cette relation. C'est pour autant que le personnel du foyer d'accueil, devra savoir bien l'investir, pour assurer une bonne communication avec les personnes âgées.

Il n'existe pratiquement pas de données et d'études faites exactement sur le thème de notre recherche. En tant qu'étudiantes nous avons essayé avec les observations et les recherches faites d'identifier un certain nombre de comportement agressif dans le foyer d'accueil. Notre travail portera plus particulièrement sur l'agressivité des personnes âgées institutionnalisées envers le personnel utilisant une communication interpersonnelle coopérative ou directe.

Pour bien éclaircir notre thème d'étude nous allons élargir nos explications dans les chapitres qui se suivent et qui se répartissent de cette manière :

Première partie : la partie théorique contenant quatre chapitres :

- Chapitre 1 : le cadre méthodologique de la recherche, englobant les éléments suivants : préambule, la problématique, la pertinence et les objectifs de la recherche et enfin définition et opérationnalisation des concepts clés.
- Chapitre 2 : la communication interpersonnelle, englobant les éléments suivants : préambule, définitions de la communication, les modes de la communication, différentes explications théoriques du phénomène de la communication, la communication interpersonnelle, les variables psychologiques influençant la communication interpersonnelle et enfin la conclusion.
- Chapitre 3 : le comportement agressif, englobant les éléments suivants : préambule, définitions des concepts (agressivité, agression, violence, comportement agressif, agression et comportement agressif), les types d'agressivité, les différentes formes de la violence, les explications théoriques du comportement agressif, les dimensions de l'agressivité,

l'aspect psychologique de l'agressivité, l'évaluation de l'agressivité, la prise en charge de l'agressivité et enfin la conclusion.

- Chapitre 4 : les personnes âgées dans le foyer d'accueil, englobant les éléments suivants : préambule, définitions, le rôle de la communication chez l'adulte vieillissant, la CIP au sein du foyer d'accueil des personnes âgées, les conduites agressives en institution, relation personnel-résident, les compétences nécessaires pour le personnel et enfin conclusion.

La deuxième partie : pratique contenant elle aussi deux chapitres :

- Chapitre 5 : méthodes et techniques utilisées, englobant les éléments suivants : préambule, présentation du lieu de la recherche, l'échantillon de la recherche, la pré-enquête, méthodes et techniques utilisées et enfin les limites de notre recherche.
- Chapitre 6 : analyse, discussion et interprétation des résultats, englobant les éléments suivants : premièrement nous avons l'analyse des résultats, contenant dedans des statistiques descriptives et inférentielles et deuxièmement nous avons la discussion et l'interprétation des résultats, où nous allons procéder à la comparaison de ces derniers par rapport aux études antérieures.

Enfin nous allons achever notre travail par une conclusion, qui met une lumière sur les résultats obtenus par rapport à notre thème de recherche.

*Partie
théorique*

Chapitre I

Le cadre méthodologique de la recherche

1-La problématique.

2-La pertinence de la recherche.

3- Les objectifs de la recherche.

4- Les limites de la recherche.

5- Définition et opérationnalisation des concepts clé.

5-1 Communication interpersonnelle.

5-2 Comportement agressif.

5-3 Personnes âgées.

1-Problématique :

La vieillesse est une période ultime de la vie (Larousse, 1995), qui constitue un facteur de vulnérabilité, caractérisé par un état de fragilité physique, psychologique et sociale et d'une forte dépendance vers autrui. L'expression « personne âgée », est destinée à éviter l'utilisation directe des mots, vieillard et vieillesse, car ils sont perçus négativement. L'entrée dans cette période, se réfère généralement à un état d'incapacité fonctionnelle éprouvé objectivement ou subjectivement, selon les perceptions des personnes elles-mêmes. Au fil des années, ces personnes âgées perdent leurs autonomies en donnant lieu à des plaintes et des sentiments inadaptés aux quels s'ajoutent une négligence de la part des membres de la famille, qui pourrait être justifiée par plusieurs raisons, par exemple : l'absence d'espace chez soi, la crise de logement ou bien d'incapacité à subvenir aux besoins des parents vieux et lourds de charge,..etc. (Deghagh, 2012)

Aujourd'hui l'image réservée à nos aînés, fondée sur la sagesse et le savoir-faire acquis par l'expérience s'est transformée vers une marginalisation, une négligence et même un abandon à domicile ou bien en institutions pour personnes âgées . L'entrée en institution, ne peut parfois pas être évitée, mais des efforts importants peuvent encore être déployés pour qu'il soit perçue comme une situation vers un mieux-être. Cet état transitoire peut représenter pour certains un soulagement, pour d'autres, une rupture dans la trajectoire de vie qui pourra engendrer une période d'adaptation qui variera selon le déroulement des démarches et selon l'implication des personnes âgées dans les décisions concernant leurs états de santé et leurs prises en charge. Dans cette perspective il est très important d'identifier les déterminants d'une intégration réussie. (Grunspain et Dogmagen, 2002).

Les personnes âgées institutionnalisées peuvent manifester consciemment ou non certains comportements agressifs auprès du personnel de foyer, ce qui implique des efforts intenses de la part de ces derniers, pour assurer une bonne communication avec eux, qui pourra favoriser la satisfaction et l'amélioration de la qualité de vie de ces personnes âgées, ainsi que la compréhension de leurs états psychiques qui est nécessaire pour mieux répondre à leurs besoins. Donc il est important de cerner les difficultés de cette vie commune et d'envisager les efforts qui peuvent être faits pour la rendre plus agréable et surtout thérapeutique. (Ferry, Le Gouès, 2000).

La relation des personnes âgées avec le personnel du foyer, ne se déroule pas toujours de manière optimale, si l'on veut progresser dans ce domaine, il est important de se mettre à l'écoute de ces personnes, afin de mieux percevoir la façon dont ils vivent cette relation et comprendre les besoins qu'ils expriment. Ajoutant à cela, quand on les considère en tant que résidents on peut dire qu'ils pourraient être sensibles aux rapports à autrui et particulièrement aux personnels, d'où la souffrance et l'angoisse ne font que développer une intensification du vécu, qui se répercute envers soi et envers autrui. De plus, ils sont dépendants des soignants (médecins, infirmiers, psychologue,...), pour les nécessités du diagnostic, du traitement et des soins, si elle semble provenir non pas de la nature de la situation, mais plutôt de la négligence, du manque de considération ou de l'agressivité du personnel qui fait souffrir terriblement les résidents, il suffit d'une légère remarque pour que le mal soit extrême. (Andrien, Collignon et al, 1998). C'est pour cela que le personnel de sa part doit rétablir l'ordre social qui peut être dévié chez les personnes âgées, offrir une bonne prise en charge, donc ils doivent agir avec une certaine neutralité affective. Alors ces personnes âgées sont dans l'obligation de faire légitimer leurs états déviants de vouloir la guérison et de choisir le meilleur pour eux. (Fournier et Kerzanet, 2007).

Le personnel de l'équipe soignante de l'institution est bien évidemment tenu de s'occuper de l'état de santé de chaque résident, dès lors, quelconque soins est acquis. Le projet de soins vise à prendre globalement en charge les personnes et permet de mettre en place des actions de prévention, contre la perte d'autonomie, et d'éviter la désorientation des résidents, ainsi prendre en tenant compte leur état de santé physique et psychique, leur besoins et de leur niveau de dépendance, dans la pratique des soins et des traitements. (Andrien, Collignon et al, 1998).

Quitter sa maison pour des raisons quelconques ce n'est pas toujours facile, car être avec des personnes étrangères, c'est toute une nouvelle vie à mener et cela peut engendrer l'apparition des comportements agressifs chez les résidents. Selon Laborit, (1983) l'agressivité peut se définir comme : une tendance, un trait psychologique plus qu'un acte. Cette tendance est liée à une pulsion visant à nuire à autrui ou à détruire un objet, dans ce sens, elle peut être une manière de s'affirmer à travers une opposition ou une hostilité à l'égard d'autrui.

Selon Helson (2008), l'agressivité des vieux s'expriment toujours par un mal-être ou une mauvaise rencontre entre un sujet âgée et une équipe professionnelle, elle n'est rien moins qu'un symptôme relationnel, et non pas la manifestation d'un caractère aigu ou insupportable . (David, 2009). Dans un foyer d'accueil, on peut parler d'agressivité hostile qu'instrumental ; la première associée à des émotions hostiles comme la colère et à des sentiments d'animosité, elle vise à infligé une souffrance ou à causer de tort à l'autre, la deuxième considéré comme un comportement par le quel l'attaque d'autrui est perpétrée dans un but qui n'est pas prioritairement agressif, il peut donc s'agir d'un comportement planifié prémédité. (Bègue, 2010). C'est dans ce cas qu'on peut dire que L'agressivité est le résultat de l'interaction entre un individu possédant ses caractéristiques propres et un environnement spécifique.

Pour la plupart des auteurs conviennent qu'il y a lieu de qualifier d'agressif tout comportement dicté par la volonté d'infliger un dommage corporel à autrui, par des moyens adaptés aux conditions changeantes du milieu et destinés à rendre ce dommage aussi probable que possible. Toutefois comme l'attaque peut être dangereuse pour l'attaquant, il arrive fréquemment qu'elle se limite à une gesticulation menaçante ou associée à des attitudes d'autodéfense ou de repli : il est pratiquement impossible de dissocier l'attaque de ces autres gestes « agonistes ». En outre, bien des comportements visant à provoquer un dommage corporel aboutissent à régler une question de rang, de préséance ou d'accès à quelque objet ou à quelque espace, et nombreux sont ceux qui estiment que tout comportement entraînant pareilles conséquences doit être qualifié d'agressif. L'application courante dans la langue moderne d'« agressif » à l'homme exagérément autoritaire ou arriviste correspond à cette conception. (Hinde, 1971).

C'est ici que la communication interpersonnelle prendra la relève pour assurer une bonne entente et une bonne relation entre le personnel et les résidents et c'est à travers la communication que le personnel va améliorer sa relation avec les résidents. La communication interpersonnelle, (CIP) en particulier est basée sur l'échange entre un émetteur et un récepteur au tour d'un message, et c'est là en général que les relations évoluent, pour le meilleur ou bien vers des situations conflictuelles, ou le nombre de récepteurs n'est limité à une seule personne ainsi que la communication n'est pas qu'oral, mais aussi verbal. L'efficacité de cette communication dépend d'une partie de la capacité qu'a l'émetteur, à transmettre le message, pour créer chez le récepteur une certaine disponibilité pour la réception, de l'intérêt, de la réceptivité et de la confiance ; ainsi le contrôle de l'impact du message voulu transmettre. (Andrien et al, 1998).

La CIP peut s'agir : « d'un processus finalisé et structuré par le quel le personnel de santé partage les connaissances avec un client pour arriver à une compréhension mutuelle afin de lui faire adopter des comportements positifs à l'égard des questions de santé. Un processus finalisé signifie que l'échange entre les prestataires et la consultante a un but précis, ce n'est pas une simple discussion ou un flot de bonnes idées. Un fil conducteur parcourt tout l'échange pour l'aider à atteindre ce but précis. Il signifie aussi que le prestataire construit une structure d'échange dont ils déterminent les thèmes jugés prioritaires. Il organise le passage d'un thème à un autre, cela signifie également que le consultant doit être informé de la structure et du but auxquels il conduit ». (De Caster, 1998).

Elle est considérée aussi comme un échange en face à face d'informations ou d'idées entre deux ou plusieurs personnes. Elle comprend la communication verbale et non verbale. La communication verbale se fait par des mots et la communication non verbale se fait par des gestes, des mimiques ou même par le silence, elle se traduit aussi par les vêtements que l'on porte et/ou par les attitudes que l'on prend ». (De Negri, 1999).

La relation personnel-résident est avant tout une relation humaine, on dit que la communication est réussie entre ces deux protagonistes lorsqu'elle permet de travailler ensemble cette relation pour atteindre des objectifs. Les techniques de communication, font partie des compétences à acquérir, une meilleure communication, améliore la qualité de vie des résidents et augmente la satisfaction du personnel du foyer. On ne peut pas ne pas communiquer, mais bien communiquer est toujours un défi difficile. Le personnels du foyer doivent être à l'écoute, entendre les questions, prendre le temps, utiliser des termes clairs pour les résidents. (Andrien, Collignon et al, 1998).

C'est pour autant que l'application du counseling, qui est une forme d'accompagnement psychologique et social, qui désigne ; une situation dans

laquelle deux personnes entrent en relation, l'une faisant explicitement une demande pour se libérer de ses problèmes et l'autre a pour fonction de traiter, résoudre, ces derniers (Catherine Tourette-Turgis, 1996). Cette technique est importante pour une meilleure entente dans ce cadre communicationnel.

De nos jours les spécialistes de la santé accordent une très grande importance à la communication médecin- malade : Pearson,(1950) disait, qu'il existait un unique modèle de la relation médecin malade, dont chacun d'eux joue un rôle social attendu ; Szasz et al, (1956) ont complétés l'idée en proposant (03) styles de relation médecin-malade : Activité-passivité /guidance-coopération / participation mutuelle, selon eux, dans le cas où le patient est actif ou passif, le médecin est considéré toujours actif. Par la suite Freidson parles de deux autres modèles, ou le médecin est considéré soit actif, soit passif. Michael Ballint et al, (1957) ont travaillé sur l'amélioration de la relation médecin-malade, en introduisant une réflexion psychanalytique dans la pratique de la médecine générale et au moyen d'une participation périodique à des groupes de réflexion entre pairs. Emmanuel et al, (1992) ont proposés une analyse de la relation médecin-malade basée sur le partage du pouvoir, en identifiant quatre modèles idéaux typiques : « informait », « interprétatif », « délibératif » ou « paternaliste ». (Fournier et Kerzanet, 2007).

Par là on distingue deux styles de communication; le premier est le style coopératif, qui est soucieux de s'associer à un effort commun, fondé sur la solidarité (Larousse 1992) et qui peut être défini comme : « l'ensemble des actions collectives finalisées et développées pour dépasser les propres limites individuelles ». (Terressac et Maggi 1996). Le deuxième le style direct basé sur l'intolérance d'aucune désobéissance en exerçant un pouvoir d'une manière absolue la sévérité, l'intransigeance et la fermeté. Donc il est nécessaire que le personnel du foyer d'accueil des personnes âgées se rendent compte du style de

la communication convenant à chaque situation, et doivent aussi chercher à travers cette communication à améliorer leurs relation avec les résidents.

De ce fait il est, il est question d'orienter la présente recherche vers les questions suivantes :

- Y a-t-il une relation entre le style de la communication interpersonnelle utilisé par le personnel et le comportement agressif des personnes âgées dans un foyer ?
- Comment sont-ils réparties les personnes âgées institutionnalisées selon leurs caractéristiques personnelles ?
- Comment sont-ils réparties les personnes âgées du foyer selon le degré général et les types d'agressivité obtenu sur l'outil utilisé ? Y a-t-il des différences entre les types de comportement agressif des personnes âgées selon leurs caractéristiques personnelles ?
- Quel est le style de la communication interpersonnelle (coopératif-directe) utilisé par le personnel du foyer avec les personnes âgées selon le point de vue de ces derniers ? Ce point de vue diffère-t-il entre les personnes âgées selon leurs caractéristiques personnelles ?

2-La pertinence de la recherche:

Notre étude a été réalisée pour attirer l'attention des autres chercheurs sur la relation entre les styles de communication interpersonnelle (coopérative et directe) et le comportement agressif des personnes âgées placées dans le foyer d'accueil, ainsi nous espérons que cette étude sera bénéfique pour le personnel dans la prise en charge des personnes âgées et plus particulièrement sur la manière de communiquer avec eux. Elle est également destinée aussi aux futures étudiants option psychologie clinique, afin qu'ils apportent un plus à cette étude.

3- Les objectifs de la recherche :

L'objectif de notre étude est de déterminer la relation, si elle existe, entre le style de communication interpersonnelle et le comportement agressif des personnes âgées placées dans le foyer d'accueil et d'identifier les deux styles de communication interpersonnelle utilisés par le personnel, qui peuvent être à l'origine des comportements agressifs. Ainsi mesurer l'intensité de ces derniers et décrire le climat relationnel au sein du foyer d'accueil.

4- Les limites de l'étude :

Notre étude est limitée seulement aux personnes âgées placées dans le foyer d'accueil de Bejaia, dont nous avons distribués deux échelles, l'une sur les deux styles de communication interpersonnelle et l'autre sur le comportement agressif. Cet outil est valable seulement pour les personnes âgées de 60 ans et plus. Ainsi on s'est limitée à l'utilisation de la méthode mixte qui se compose de deux méthodes descriptive et corrélationnelle, qui permettent à la fois de décrire et de déterminer la relation qui existe entre les deux variables.

5- Définitions et opérationnalisation des concepts clés :**5-1 : La communication interpersonnelle :**

La communication interpersonnelle a deux styles :

➤ Communication interpersonnelle coopératif :

- La circulation d'informations entre le personnel du foyer et les personnes âgées institutionnalisées.
- La satisfaction des personnes âgées au sein de l'institution.
- L'amélioration des relations entre le personnel et les personnes âgées institutionnalisées.

- La facilitation aux personnels du foyer l'exécution de leurs tâches avec les personnes âgées.
- L'adaptation des personnes âgées au sein de l'institution.

➤ **communication interpersonnelle directe :**

- L'échec de la transmission d'information entre le personnel d'institution et les personnes âgées.
- La méfiance entre le personnel du foyer et les personnes âgées.
- Le refus des personnes âgées d'obéir au personnel du foyer.
- Le développement de sentiment de haine chez les personnes âgées envers le personnel du foyer.
- L'inadaptation des personnes âgées dans le foyer.

5-2 : Comportement agressif :

- **Le comportement agressif :**

Une relation agressive met aux prises un agresseur et une victime. Elle est nuisible moralement ou physiquement à cette dernière. Mais toutes les interactions nuisibles ne sont pas agressives, la quasi-totalité des spécialistes ajoute que l'agresseur doit avoir l'intention de nuire et que la victime est dans une souffrance physique et/ou mentale. Enfin, elle doit posséder un caractère de gratuité ou au moins être excessive et disproportionnée, et l'agresseur doit être dépourvu de raison qui légitime la gravité de son acte. (Fontaine, 2003, p 09).

➤ **Comportements agressifs symboliques :**

- Regard fixe, menaçant, fuyant.
- Soupirs, modification de la respiration.
- Changement de la couleur du visage (pâleur ou augmentation de la coloration).
- Transpiration.
- Serrement de la mâchoire, visage grimaçant.

- Raidissement des membres.
 - Tremblements
 - Agitation, mouvement saccadés, répétitifs ou incessants.
 - Postures menaçantes (pointe du doigt, montre le poing, tendance à s'approcher.
- **Comportements agressifs verbaux :**
- Questionne sur ton sarcastique.
 - Refus de collaboration et manifestation d'un désaccord.
 - Blâmes, accusations, blasphèmes, injures.
 - Menace, haussement du ton ou un changement de la voix.
 - Crie avec propos hostiles.
 - Fredonnement (chanter sans arrêt).
 - Murmures.
- **Comportements agressifs physiques :**
- Agitation.
 - Frappes.
 - Bouscule.
 - Cassement ou lancement des objets.
 - Craches sur les autres résidents et/ ou sur le personnel.
 - Errance.
 - Mord les autres résident et/ ou le personnel.
 - Fouille les objets des autres résidents.

5-3 : Personnes âgées :

C'est toute personne résidente dans le foyer d'accueil de Bejaia, de sexe masculin et féminin, âgée de 60 ans et plus, mariée, divorcée, veuve ou célibataire, ayant un niveau d'instruction élevé ou bas, souffrant ou non de maladies chroniques ou bien psychiatriques.

Chapitre II

La communication interpersonnelle

Préambule.

- 1- Définitions de la communication.....
- 2- Les modes de la communication.....
 - 2-1- La communication verbale.....
 - 2-2- La communication non verbale.....
- 3- Différentes explications théoriques du phénomène de la communication...
 - 3-1- La communication d'un point de vue technique.....
 - 3-2- La communication d'un point de vue psychosociologique.....
- 1- La communication interpersonnelle.....
 - 2-1-** Définitions de la communication interpersonnelle.....
 - 2-2-** La communication interpersonnelle efficace.....
 - 2-3-** Les éléments utiles et les normes d'une communication interpersonnelle.....
 - 2-4-** Les styles de la communication interpersonnelle.....
 - 4-4-1- Le style direct de la communication interpersonnelle.....
 - 4-4-2- Le style coopératif de la communication interpersonnelle.....
 - 4-4-2-1- Le style communicationnel coopératif et la diminution de l'agressivité...
- 5- Les variables psychologiques de la communication interpersonnelle...

Conclusion.

Préambule :

La communication avec le personnel du foyer d'accueil est un pilier essentiel au bien-être des personnes âgées institutionnalisées. (Rebert, 2010, p.7). Elle est le dixième des 14 besoins fondamentaux de l'être humain décrits par Virginia Henderson: communiquer avec autrui c'est exprimer ses émotions, ses besoins, ses craintes et ses sentiments. Elle indique : « La finalité du besoin correspond à la nécessité, pour chaque individu, de transmettre et de percevoir des messages cognitifs ou affectifs, conscients ou inconscients et d'établir des relations avec autrui par la transmission ou la perception d'attitudes, de croyances et d'intentions. Les mécanismes pour l'atteindre sont la mise en jeu des organes sensoriels, l'échange d'informations par l'intermédiaire du système nerveux périphérique et central, l'apprentissage et l'utilisation des codes et des modes de la communication, ainsi que la capacité à établir des contacts avec le monde. » (Dictionnaire d'orthophonie, 2004, P .54) in (Rebert, 2010).

Le fait qu'un mot puisse représenter une idée, un objet, des concepts abstraits et être compris par l'autre de la même façon est un des miracles du quotidien. La communication est une réalité de chaque jour ; elle survient entre des personnes ou des groupes de façon naturelle, sans qu'il soit nécessaire de l'apprendre. Cependant il s'agit d'un processus complexe qui prend en compte non seulement le contenu de la communication mais aussi comment elle est donnée. (OMS, 2002).

De ce fait, on présentera dans le chapitre suivant quelques généralités portant sur le phénomène de la communication et ses deux styles.

1- Définitions de la communication :

Il existe de nombreuses définitions de la communication. La racine latine du mot communiquer est *communicare*, ce qui signifie « partager ». (Lavoie, Cormier et al 2010). Communiquer, c'est échanger un message d'un émetteur à un récepteur. La communication correspond à « tout moyen verbal ou non verbal utilisé par un individu pour échanger des idées, des connaissances, des sentiments, avec un autre individu » (Dictionnaire d'orthophonie, 2004, p. 54) in (Aline Rebert, 2010, p.38).

Le verbe « communiquer » peut avoir plusieurs sens : Faire savoir (quelque chose à quelqu'un) ; faire partager ; transmettre ; établir la communication avec ; en parlant des médias, influencer un public en diffusant une série d'images, d'impressions, etc. On définit par ailleurs la « communication » comme étant : Le fait de communiquer, d'établir une relation avec quelqu'un ou quelque chose ; échange d'une information, d'un message entre un sujet émetteur et un sujet récepteur au moyen de signes ; action de communiquer ; ce qui est communiqué ; exposé oral fait devant une société savante ou lors d'un congrès scientifique ; moyen technique par lequel les personnes communiquent ; promotion par une entreprise de son image au moyen des procédés médiatiques ; ce qui relie deux choses, deux lieux. Le mot «communication» à plusieurs significations, il fait parfois référence aux relations interpersonnelles, mais il peut également s'appliquer aux relations qu'une organisation entretient avec son public. (Lavoie, Cormier, et al, p 2 et 3, 2010).

La communication est une réalité de chaque jour ; elle survient entre des personnes ou des groupes de façon naturelle, sans qu'il soit nécessaire de l'apprendre, et on pense que la communication est un phénomène naturel. Cependant, il s'agit d'un processus complexe qui prend en compte non seulement le contenu de la communication mais aussi comment elle est donnée. Des

recherches ont prouvé que la communication non verbale joue un rôle capital dans la communication. (OMS ,2002).

2- Les modes de la communication :

2-5- La communication verbale :

La communication verbale se définit comme un échange d'informations entre deux personnes ou plus en utilisant la parole. Avant de comprendre le sens des mots, l'individu est charmé ou irrité par le son de la voix. Donc la bonne qualité de la voix dépend de : L'équilibre réalisé entre ces trois résonateurs : Une résonance trop pharyngée donne une voix sourde, caverneuse ; une résonance trop buccale donne une voix rauque, autoritaire ; une résonance trop nasale donne une voix fluette, nasillarde ; le volume : Pour se faire écouter, il faut d'abord se faire entendre, une voix trop faible exige de l'auditeur un effort d'attention tel que peu à peu il finit par ne plus écouter. De la même façon, une voix trop forte qui provoque peut être un début de son intervention et un effet de surprise en vient à fatiguer l'auditoire ; le débit : C'est la vitesse à laquelle l'orateur parle. Un débit lent, calme confère de la gravité aux propos. Un débit précipité signifie agitation, nervosité. Varier les changements de vitesse stimule l'intérêt de l'auditeur ; l'articulation : Bien articuler consiste à détacher et enchaîner correctement les syllabes, ce qui donne de la netteté à la parole ; et l'accentuation : C'est insister sur une syllabe, c'est changer la hauteur de la voix. En jouant sur ces deux éléments la personne traduit des sentiments. (William, 1988).

2-6- La communication non verbale :

Le terme "non verbal" désigne les moyens dont nous disposons pour communiquer en dehors de la parole, autrement dit, avec le corps, (Article : guide solidarité santé : mieux communiquer avec les personnes âgées désorientées, septembre 04.) comme le regard qui tisse une sorte de fil invisible

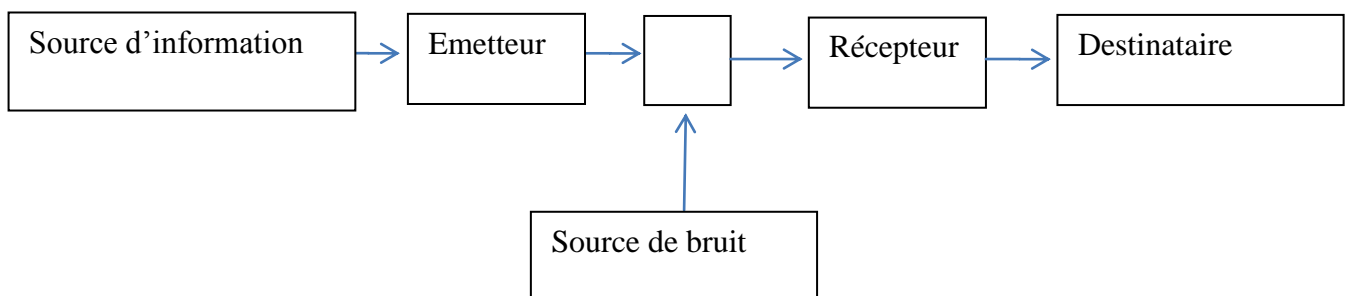
entre ceux qui se communiquent et s'écoutent. S'il est utilisé instinctivement en privé, il reste trop souvent méconnu et sous-employé dans les relations sociales et professionnelles. Le regard mobilise l'attention : Le contrôle d'écoute et de compréhension peut se faire par un échange de regards individuels. Il crée la communication : Il arrive parfois que l'orateur ait à affronter un groupe hostile. Le regard modifie sensiblement le rapport de forces. En effet si l'orateur regarde chacun des participants avec attention, chaleur et disponibilité, il parvient à faire naître chez ceux-là même qui au début étaient tentés de devenir des opposants, ce rôle d'auditeur attentif est disponible. Le regard offre une image de Soi : Lorsqu'on est amené à dire quelque chose à quelqu'un et que cette personne a un regard fuyant, de multiples interprétations viennent à l'esprit. Elles sont toutes négatives ; lorsqu'un conférencier se prolonge dans ses notes ou qu'il regarde obstinément ailleurs plutôt que vers son auditoire ; et les gestes dont certains ont un rôle d'informations, d'autres ponctuent la parole. Les gestes peuvent tout à la fois servir l'orateur quand ils assurent la communication et le desservir quand ils le trahissent. Avoir conscience de sa gestuelle en favorise la maîtrise. Donc des travaux récents ont montrés que dans un message oral, les mots comptent pour 7%, l'intonation pour 38%, et la gestuelle pour 55%.(William, 1988). L'observation des gestes est ainsi fondamentale pour comprendre la dynamique de la communication : « celui qui a des yeux pour voir et des oreilles pour entendre peut arriver à se convaincre que nul mortel ne peut garder un secret. Si ses lèvres sont silencieuses, il bavarde avec le bout des doigts. » (Freud, 1895), in (Amado et Guittet, 2010 ,2011).

3- Différentes explications théoriques du phénomène de la communication :

3-1- La communication d'un point de vue technique :

Les lois de Shannon ce que l'on nomme la théorie moderne de la communication et de l'information, remonte aux premiers travaux de Norbert Wiener et d'un de ses anciens élèves, devenu ingénieur Claude Elwood Shannon qui écrivit avec Warren Weaver « The Mathematical Theory of Communication » (1949), instaurant ce qui a été longtemps le dogme du schéma ternaire, universellement connu :

Figure1 : Schéma d'un « système de communication », selon Claude E. Shannon et Warren Weaver, en 1949:



Source : (Claude E. SHANNON et Warren WEAVER, 1975, p. 69.)

En fait, Shannon s'écartait fortement des idées de Wiener, puisque son schéma oubliait (volontairement) une caractéristique tenue pour fondamentale par Wiener, celle du concept de *rétroaction* (feedback), générant lui-même par la suite la théorie systémique, nouveau cadre encore plus général. (Michel, 2008, pp, 19,20).

Le modèle de Shannon présente des avantages, dont : ce modèle va mettre en lumière les facteurs qui vont perturber la transmission de l'information (bruit).

Mais aussi des inconvénients, puisque: c'est un schéma simpliste qui ne peut s'appliquer à toutes les situations de communications. Il ignore la pluralité des récepteurs. Il laisse de côté les éléments psychologiques et sociologiques. Il y a absence de boucle de rétroaction. (Dhenin, 2004).

Selon Roman Jakobson ces approches de la communication s'inscrivent dans le droit fil d'une évolution très ancienne commençant entre autres au 15/16ème siècles avec le passage du sens originel latin de « *communicare* », mettre en commun, être en relation avec, voire « *communier* », à celui de transmettre quelque chose. On est passé de *l'objet* de communication au *moyen* dans le courant du 18ème siècle, avec le développement des moyens de transport. De très nombreux textes sont venus préciser l'univers de ce que l'on a ensuite appelé les sciences et les techniques de la communication, des plus théoriques et classiques aux plus modernes comme les considérations des publicitaires contemporains sur les « *communicants* ». Après avoir constitué une sorte de point de passage obligé de toute étude sur la communication - ou de marqueur stylistique ou doctrinal - le schéma de Shannon et l'approche hyper-structurale qui lui correspondait dans le champ des sciences sociales ont commencé à être critiqués puis renversés sous la double pression de leurs excès de formalisation ainsi que des faits qu'ils laissaient de côté. Sous de nombreuses forces conjointes, on a repris conscience de la globalité du système de communication, engageant une activité simultanée de l'émetteur et du récepteur, à la fois dans la dimension de la créativité de la réception, ainsi que dans celle de la rétroaction permanente. (Michel, 2008).

L'approche cybernétique de la communication est née avec l'école de Palo Alto, dont la vocation, était l'explication des communications interpersonnelles pour des finalités quasi thérapeutiques. Toutefois, elle laisse un certain nombre d'axiomes et de modèles dont l'examen mérite une attention. Watzlawick, Helmick-Beavin et al (1975), définissent les axiomes fondateurs de la

cybernétique comme suit : axiome 1 : on ne peut pas ne pas communiquer, car chaque individu se comporte, on ne peut pas ne pas se comporter, ne rien faire, ne rien dire, sont des formes de comportements. Comme le comportement a valeur de message, on ne peut pas ne pas communiquer. Si cela est vrai dans la relation entre individus ; axiome 2 : Toute communication présente deux aspects, le contenu et la relation, le second englobant le premier. En effet, dans une communication il y a un message et un contexte de circulation de ce message ; et axiome 3: La nature de la relation dépend de la ponctuation des séquences de communication entre les partenaires. En 1981, Rogers et Kincaid proposent un modèle où la communication est placée entre les individus dans une perspective de compréhension mutuelle d'une réalité pour atteindre d'autres buts humains. Ils partent du principe de convergence. S'il y a divergence, il y aura rupture de la communication. (Lesavre, 2001).

3-2- La communication d'un point de vue psychosociologique :

➤ La théorie de la psychologie du développement :

De par la place qu'elle accorde aux théories de l'esprit, la conception de la communication développée en psychologie sociale rejoint celle de la psychologie du développement. En effet, celle-ci cherche à cerner les connaissances et représentations dont l'enfant dispose à l'égard du fonctionnement psychologique général des êtres humains, en précisant dans quelle mesure l'enfant attribue des états mentaux aux personnes, et fait appel, tout au long de son développement, à ces entités mentales pour expliquer et prédire des conduites humaines observables (Astington, 1999 ; Baron-Cohen, 1998). Selon l'hypothèse « conversationnelle » formulée par Bruner (1991) et Deleau (1999), les pratiques de communication langagière faciliteraient l'interprétation d'autrui en référence aux états mentaux et, plus généralement la maîtrise du discours et la compréhension des croyances entretiendraient des rapports de construction mutuelle. (Olry-Louis, Chabrol, 2012)

➤ **Les théories cognitives :**

Les sciences cognitives qui regroupent l'intelligence artificielle et l'ensemble des réflexions sur les actes cognitifs sont en plein développement depuis moins de deux décennies. Elles ont pour objet de mettre à jour les mécanismes de la pensée humaine et de les faire effectuer par des machines. Vision ultime de la cybernétique, la recherche cognitive réunit des recherches de nombreuses autres sciences telles que la biologie, la neuropsychiatrie, la psychologie expérimentale et l'épistémologie génétique, la linguistique, la logique formelle, l'axiomatique mathématique et l'informatique. En les synthétisant au nom de la théorie systémique, elle cherche à mettre au point une théorie unitaire de la connaissance. Le point de départ, bien que faisant penser à l'introspection, s'en éloigne cependant assez vite pour se consacrer à ce qu'Herbert Simon nomme le « General problem solving » ou résolution générale des problèmes. Il s'agit d'étudier comment un être humain s'y prend pour résoudre un problème, à quelles stratégies il fait successivement appel et à la manière dont son cerveau opère pour prendre sans cesse des décisions en « oubliant » les mauvaises pistes et en intégrant les variables non prévues. La science cognitive a évidemment le plus grand besoin de la psychologie expérimentale, ne serait-ce que dans ces procédures de test et de certification. Mais une fois les observations validées, elle cherche à les formaliser à partir d'un nombre réduit d'instructions ou de connaissances simples. C'est même là son postulat de base : il est possible d'obtenir des actions complexes à partir de maillons élémentaires et étroitement spécialisés ou peut-être poly spécialisés, c'est-à-dire capables d'effectuer plusieurs tâches voisines. S'inspirant de la structure du cerveau, de ses neurones et de leurs connexions (les synapses), les chercheurs en science cognitive définissent des niveaux de responsabilité ou de compétence et des procédures de transmission des informations et des décisions afférentes. Marvin Minsky est un des plus célèbres modélisateurs de la

cognition. A l'aide de la notion d'agents et de cadres (frames), il cherche à rendre compte de l'enchevêtrement des lieux de décision. Toutes proportions gardées, il s'agit, pour la science cognitive, de trouver une espèce d'équivalent « intelligent » du ruban de Moebius : obtenir une surface infinie à partir d'une structure finie. Du point de vue de la cognition, on se trouve en face d'un problème similaire : aucun cerveau, même le plus « rempli » ne peut contenir en réserve l'ensemble des actions nécessaires à une vie entière. (Michel, 2008).

Le Collège invisible de Palo Alto a définitivement réfuté le modèle télégraphique de Shannon et Weaver en lui substituant un modèle que l'on pourrait qualifier d'« orchestral », dans lequel chaque personne impliquée dans un acte communicatoire joue sa propre partition. Il s'agit évidemment d'un modèle beaucoup plus ouvert à une approche systémique en écho avec les avancées de la biologie cellulaire et les travaux de Ludwig Von Bertalanffy. Les travaux de Gregory Bateson (double contrainte), de Ray L. Birdwhistell (anthropologie de la parole et de la gestualité en supplément de l'anthropologie de la langue, notamment dans son interprétation du célèbre film Doris et la recherche des kinèmes), d'Edward T. Hall sur la proxémique (distance physique des interlocuteurs) ou de Paul Watzlawick se sont insérés dans le courant structuraliste, au moins au sens où le structuralisme se situe comme une « science sociale de l'observé ». Plus proches de l'approche exposée ici, on trouve les recherches d'Irving Goffman sur La présentation de soi, elles-mêmes en filiation directe des enseignements de Georges-Herbert Mead au premier quart de ce siècle proposant une théorie de la formation sociale du soi (Self) : « ... comme instance où l'individu prend conscience de lui-même en se plaçant aux divers points de vue des membres de son groupe (comme dans un jeu de rôles). » (Yves WINKIN, p. 96) in (Michel, 2008).

La filiation peut remonter encore plus loin puisque, pour le même auteur : « derrière cette idée, on retrouve le philosophe et psychologue William James

qui écrivait en 1890 : “Un homme a autant de “soi sociaux” qu'il y a de groupes distincts de personnes dont l'opinion lui importe.” ». Cette conception de l'interactivité du feedback sélectif, n'est qu'une reprise moderne des conseils que Léonard de Vinci (1977) donnait à ses disciples : « Ecoute toujours avec patience l'opinion d'autrui, en essayant de bien comprendre si ton censeur a raison ou non de te blâmer : si tu penses que c'est oui, corrige ton œuvre, sinon, fais semblant de ne pas l'avoir entendu. Enfin, si le censeur est une personne que tu estimes, explique-lui pourquoi il se trompe ». On retrouve à presque cinq siècles d'écart une attitude commune de repérage des « opinions qui importent », preuve que la rétroaction est infiniment complexe et ne pourrait se ramener à un schéma télégraphique même élargi et fortement amendé dans le sens d'un « interactionnisme » de plus en plus accepté. (Balle, 1986) in (Michel, 2008).

➤ **Les théories sociales de la communication :**

La rhétorique (littérature) des anciens a ouvert la voie des théories de la communication avec Aristote qui met au point une méthode pour réaliser ses discours. Cette méthode comprend (05) phases: *L'invention* : consiste à rassembler et organiser les éléments d'informations susceptibles d'aider à défendre une cause, des témoignages, des preuves scientifiques. Cette phase correspond aux études de marché, aux sondages et à tous les moyens qui permettent aujourd'hui de mieux connaître l'interlocuteur. A l'époque des grecs, la finalité était de mieux convaincre les citoyens de l'agora, aujourd'hui cela peut permettre à un annonceur de proposer l'offre la plus proche des besoins de la cible ; *la disposition* : il s'agit, de la juste suite des arguments, selon une logique ou une esthétique afin de convaincre. A titre d'exemple, on commence souvent à l'époque par l'exorde, façon d'interpeller la foule par une question qui l'intéresse ; *l'élocution* : le style, les symboles, les effets. Dans ce format se développe un style direct au mode le plus souvent impératif (gagnez, tentez...) ; *l'action* : il s'agit de la performance propre, au temps d'Aristote de la prise de

parole en public ; et *la mémorisation* : c'était le mode d'enregistrement des événements, qui concerne la mémoire. Cette approche rhétorique trouve une suite dans les approches apparues après la guerre notamment, Shannon qui écrit la théorie mathématique de la communication, et qui se trouve être d'avantage une théorie de l'information, car ce qui est dit ou échangé n'est pas important, mais ce qui compte c'est la mesure de ce qui pourrait être transporté. Il s'agit en fait du plus petit choix de message que l'on peut faire quand on veut communiquer. Ce modèle considère le récepteur comme cible passive, modèle de communication autoritaire, il n'intègre en rien le contenu du message on peut l'interpréter d'une manière suivante : Qui a dit, Quoi, Comment, à Qui, avec Quel Effet. (Lesavre, 2001).

➤ **La théorie sociocognitive de la communication :**

La communication est conçue non comme une simple transmission mais comme une négociation de la référence, ce qui le conduit à réexaminer «le statu des acteurs, de leurs liens, des actes de langage échangé et des résultats des faits communicatifs.» (Ghiglione 1997, p.227). Il entend bien, d'autre part, combler ce qui pouvait alors apparaître comme une psychologie purement sociale de la communication par l'exploration des dimensions cognitives d'un sujet socialement inscrit qui traite de l'information, produit des énonces et interagit en référence à certaines fins. Quels que soient ses objets propres – interlocution dans la communication en face à face et Co résolution de problèmes – l'étude de la communication revient alors à interroger la (les) situation(s) spécifique(s) de communication dans laquelle se trouvent les sujets, les relations entre leurs activités cognitives et le langage, les processus interlocutoires réglant les échanges et leurs effets. (Olry-Louis, 2011).

Toute théorie sociocognitive de la communication devrait nécessairement englober : l'énonciation qui, en exposant la place du sujet, vise le réel même du langage (Barthes, 1994), l'interlocution, dans la mesure où l'homme passe par

les mots d'autrui, même pour se regarder lui-même (Bakhtine, 1984), la cognition et l'action puisque, loin de se réduire à coder / décoder des messages ou à énoncer / interpréter des propositions sur le monde, l'acte de communication revient la plupart du temps à agir sur des réalités physiques et sociales. Dans une telle conception praxéologique de la communication, les locuteurs sont appréhendés en tant qu'acteurs sociaux animés d'intentions, de désirs et de croyances en même temps que les discours sont vus comme hautement finalisés (Boutet, 2010 ; Filliettaz et Bronckart, 2005 ; Vernant, 1997) in (Olry-Louis, 2011).

➤ **La théorie de la psychologie sociale de la communication :**

Comme Marcel Bromberg le rappelle dans sa contribution, il existe peu d'activités sociales qui ne soient pas concernées par le langage. Si celui-ci nous permet d'agir sur le monde, il nous fait aussi et surtout tenter de partager nos pensées avec autrui. L'étude de son usage est donc fondamentale pour la psychologie, l'enjeu étant de comprendre comment l'on utilise le langage en situation de communication. De ce point de vue, il faut souligner ici l'importance qu'a revêtu dans ce champ l'approche de Ghiglione, dont l'originalité a consisté, dès les années soixante-dix, à considérer *le langage*, non pas comme un phénomène transparent, un simple miroir en quelque sorte, mais plutôt comme une source de questionnement. Quelles sont les spécificités des situations de communication dans lesquelles il se déploie ? Quelles relations unissent les activités cognitives du sujet communiquant et son langage ? Comment et avec quels effets les échanges interlocutoires sont-ils réglés ? Telles sont les principales questions qu'il a proposées, avec d'autres, à la communauté scientifique. C'est dans ce cadre que, pour décrire toute communication verbale, l'on s'est peu à peu mis à reconnaître l'importance des *mécanismes inférentiels* au côté des mécanismes de décodage plus classiquement établis. En somme, le sujet social serait progressivement passé du statut d'émetteur-

récepteur, à celui de locuteur-interlocuteur, doté de mécanismes cognitifs qui anticipent et produit des stratégies persuasives dans un acte communicatif renvoyant tout autant à un transfert d'information qu'à l'établissement d'une relation. (Olry-Louis, Chabrol, 2012).

➤ **La théorie pragmatique de la communication :**

Le point de vue pragmatique considère que le langage est un acte doté d'une certaine force (illocutoire, perlocutoire) orientée vers l'interlocuteur, force qui d'une part témoignerait de l'intention langagière du sujet parlant et d'autre part obligerait l'interlocuteur à avoir, à son tour, un comportement langagier conforme aux caractéristiques de cette force. En cela, le langage est lui-même action puisqu'il fait ou fait faire, qu'il l'exprime de façon directe ("Fermez la fenêtre") ou indirecte ("Il fait froid"). Ce point de vue, dont Austin et Searle ont été les promoteurs (...) fonde le langage en acte. On remarquera qu'ici le rapport entre langage et action est un rapport de fusion de l'un dans l'autre.... Il n'y a pas langage au service de l'action ni action comme productrice de langage, mais langage en action ou langage-action » (Charaudeau, 2004, p 152) in (Orly louis et Chabrol, 2012).

Cette orientation « pragmatique » a donné lieu en tout cas à plusieurs interprétations. Elle a d'abord permis à une pragmatique sémantique cognitive monologique, ancrée dans la langue, de se développer. Se focalisant sur l'analyse de l'intentionnalité du Je locuteur, de la force illocutoire de ses actes et des conditions préparatoires de leur « réussite », elle cherche à rendre compte de l'intercompréhension des interlocuteurs selon des tables de vérité renouvelées. À celle-ci à souvent été opposée une pragmatique du discours situationnelle qui inclurait les conditions sociales, les représentations du type d'activité et du contexte des « actes de parole ». À visée plus « interactionnelle », cette dernière serait particulièrement attentive à montrer comment, à travers leurs actions et réactions, les interlocuteurs procèdent à une régulation communicationnelle

intersubjective de leurs enjeux en fonction de buts partageables d'action (Ghiglione et Chabrol, 2000) in op cit.

4- La communication interpersonnelle :

4- 1- Définitions de la communication interpersonnelle :

La communication interpersonnelle est l'échange (interaction) en face à face d'informations ou d'idées entre deux ou plusieurs personnes. Elle comprend la communication verbale et non verbale. La communication non verbale se fait par des gestes, des mimiques, le silence ; elle se traduit par les vêtements que l'on porte et par les attitudes que l'on prend. (De Negri, 1999).

Selon les chercheurs de l'École Palo Alto, « on ne peut pas ne pas communiquer ». Au quotidien, qu'on ouvre la bouche ou non, on envoie et on reçoit des messages, qu'on encode et décode comme on respire, sans s'en rendre compte. On peut aisément savoir, souvent bien avant d'avoir échangé verbalement avec quelqu'un, si cette personne est dans de bonnes dispositions, si elle a de bonnes manières et si elle nous inspire confiance, ou non. Quel que soit le contexte (conférence de presse, réunion, colloque, séminaire, atelier de formation, simple rencontre de couloir), que nous prenions la parole ou non, nous communiquons malgré nous. (Lavoie, Cormier et al 2010).

La communication interpersonnelle est donc l'échange entre deux personnes ou plus. Cette communication, le personnel du foyer d'accueil, la pratique tout le temps et principalement avec les résidents. Il doit donc savoir communiquer pour éviter les conflits entre eux.

4-2- La communication interpersonnelle efficace :

Une communication interpersonnelle efficace (CIP) entre le prestataire de soins de santé et le client est l'un des éléments les plus importants pour améliorer la satisfaction du client, son adhésion au traitement et les résultats du

point de vue santé. En effet, des patients qui comprennent la nature de leur maladie et son traitement et qui pensent que le prestataire se soucie de leur bien-être sont bien plus satisfaits des soins reçus et plus susceptibles de se conformer aux protocoles de traitement. Bien que l'on reconnaisse l'importance de la communication interpersonnelle, le sujet n'est pas toujours mis en exergue dans le cadre de la formation médicale. Ces 30 dernières années, des investissements très importants ont été faits pour élargir l'accès aux services sanitaires de base dans les pays en développement. Toutefois, il existe relativement peu d'études qui se penchent sur la qualité des services fournis et encore moins qui étudient la qualité de la communication interpersonnelle : La qualité de la recherche sur les soins qui a été réalisée indique que le counseling sanitaire et la communication prestataire-client sont peu développés dans tous les pays, régions et services sanitaires ; et même lorsque les prestataires connaissent les messages à communiquer, ils ne disposent pas des compétences interpersonnelles pour les communiquer le plus efficacement possible.

Mais une communication efficace ne se fait pas toujours naturellement et elle n'est pas non plus acquise aisément. Même lorsque le client et le prestataire viennent de la même région géographique et parlent la même langue, ils ont souvent des caractéristiques éducatives, socioéconomiques et culturelles différentes. Qui plus est, leurs attentes peuvent être différentes face à la rencontre qu'ils auront, ou ils peuvent faire face à d'autres problèmes, par exemple, le manque d'intimité lors de la rencontre ou des contraintes de temps suite à un nombre élevé de patient. Une meilleure communication mène un dialogue approfondi qui encourage les patients à révéler une information d'importance critique sur leurs problèmes, permettant ainsi aux prestataires de faire des diagnostics plus exactes. Une bonne communication renforce l'éducation et le counseling sanitaires, d'où des protocoles de traitement plus appropriés et une plus grande adhésion des patients à ce traitement. La CIP est

efficace lorsqu'elle aboutit aux cinq résultats suivants : le patient donne suffisamment d'information sur la maladie pour permettre un diagnostic exact ; le prestataire, en consultation avec le client, choisit un traitement approprié du point médical et qui est acceptable pour le client ; le client comprend sa condition et le traitement prescrit ; le prestataire et le client établissent un rapport positif ; et le client et le prestataire sont tous deux engagés à assumer leurs responsabilités lors du traitement et des soins de suivi. (De Negri, Brown et al, 1997).

Donc une bonne communication interpersonnelle (CIP) considérée comme efficace entre le personnel et les personnes âgées institutionnalisés est l'un des éléments les plus importants pour l'amélioration de la satisfaction du résident et son adhésion au foyer d'accueil, en comprenant et en acceptant leur situations et la nature de leur emplacements dans l'institution. Le cas est pareil les personnes âgées institutionnalisées, où la CIP sera efficace lorsque : Le résident donne suffisamment d'information sur sa maladie pour permettre un diagnostic exact ; le prestataire au moment de la prise en charge, choisit un style communicationnel approprié et acceptable pour le résident ; le résident comprend et respect la réglementation de l'institution; le personnel et les institutionnalisés établissent un rapport positif ; et ils sont tous deux engagés à assumer leurs responsabilités lors de la prise en charge.

4-3- Les éléments utiles et les normes d'une communication interpersonnelle efficace :

a-Dialogue allant dans les deux sens : Une bonne interaction interpersonnelle entre le client et le prestataire est, par définition, un processus allant dans les deux sens où les deux parlent et sont écoutés sans interruption, où les deux posent des questions, expriment leurs opinions et échangent des informations et où les deux sont capables de comprendre pleinement ce que l'autre essaye de dire ;

b- Le personnel et les personnes âgées institutionnalisées deviennent des partenaires : Les prestataires et les clients devraient prendre les services sanitaires comme un partenariat où chaque partie contribue pour maximiser les résultats finaux. Confiance, respect mutuel et prises de décisions conjointes augmentent les chances d'arriver à un résultat positif. Le prestataire et le client doivent réaliser que, même si le prestataire est l'expert médical, les deux sont responsables du résultat de leur interaction. Le patient doit apporter toute l'information pertinente, permettant ainsi au prestataire de déterminer un diagnostic et un traitement corrects ; le prestataire doit interpréter et analyser l'information reçue et expliquer efficacement au patient la condition et les options de traitement. Les deux devraient prendre des décisions sur les protocoles de traitement et le client devrait faire tous les efforts possibles pour adhérer au traitement prescrit et procéder aux changements nécessaires dans le style de vie que suppose le traitement. Les prestataires devraient encourager les patients à prendre un rôle actif dans leurs soins et traitements ;

c- Une atmosphère attentionnée : Les patients doivent savoir que leur prestataire se soucie d'eux et qu'il s'est engagé à faire son possible pour qu'ils se sentent mieux. La communication verbale et non verbale aide le prestataire à communiquer intérêt et attention aux patients. Le fait d'être attentif, d'établir le contact visuel, d'écouter, de poser des questions avec délicatesse, de démontrer

la compréhension et l'empathie sont autant d'attitudes faisant que le patient sent qu'il est important et qu'il en vaut la peine. Par ailleurs, si l'on est brusque ou si l'on semble occupé ou distrait, les patients ne se sentent pas à l'aise, ils sont anxieux ou craignent leur relation avec le prestataire ;

d- Utilisation efficace de la communication verbale : La communication verbale concerne les mots écrits et prononcés pour communiquer les idées. Lors d'une rencontre sanitaire, le choix des mots utilisés par les clients et les prestataires influence grandement leur compréhension mutuelle. Le jargon médical qu'emploient les médecins pour décrire les symptômes et les traitements leur permet de communiquer clairement et de manière précise avec d'autres médecins. Mais l'utilisation de ces termes convient moins bien avec les patients car ceux-ci risquent de ne pas connaître les termes scientifiques et cliniques ;

e- L'Utilisation efficace de la communication non verbale : Les mots n'expriment qu'une partie du message que l'on veut communiquer ; les attitudes et les gestes communiquent le reste. Il faut éviter les distractions, par exemple, répondre au téléphone lors d'une visite d'un patient. Le fait de sourire, d'écouter attentivement, d'être assis au même niveau que le patient, renforcent également la qualité de l'interaction. Ce dont il faut se souvenir, que toutes formes de communication non verbale communiquent un message. Souvent, de simples gestes faits par le prestataire, par exemple, telle manière chaleureuse de souhaiter la bienvenue ou telle question posée avec beaucoup de délicatesse, mettent le patient à l'aise et rehaussent la communication. De tels gestes ne demandent pas de grands efforts et pourtant, ils ont des résultats importants. La communication non verbale peut avoir un impact aussi important que la communication verbale mais elle se prête plus facilement à une mauvaise interprétation. Aussi, il est important que les prestataires soient conscients des

messages non verbaux qu'ils communiquent aux clients et de ceux que ces derniers leur communiquent ;

f- L'importance de donner aux patients l'occasion de parler de leurs maladies : La visite médicale devrait donner amplement l'occasion au patient de décrire sa maladie. Le fait de raconter une histoire a une valeur curative puisque cela soulage le patient et donne l'occasion d'exprimer son point de vue. Une telle visite fournit également au prestataire les connaissances nécessaires pour comprendre, interpréter et explorer la signification des symptômes et signes que communique le patient. La compréhension et les sentiments de ce dernier à propos d'un problème médical peuvent être extrêmement importants pour décrire le traitement approprié. Par exemple, le patient risque d'être abattu parce qu'il juge que sa maladie est grave et non pas parce que celle-ci l'est effectivement. Les prestataires ne devraient pas minimiser les angoisses des patients mais chercher davantage à les alléger. (De Negri, Brown et al, 1997).

Selon notre optique ça devrait être la même chose pour le personnel du foyer d'accueil, qui devrait donner l'occasion aux personnes âgées institutionnalisées de s'extérioriser leurs émotions, car une bonne interaction interpersonnelle entre le personnel et les résidents ouvre le champ d'investigation relationnelle.

Ajoutant à cela les normes d'une communication interpersonnelle efficace, qui se représentent comme suite :

-Communication attentionnée/socio-émotionnelle : Le but de la communication attentive ou socio-émotionnelle est de créer et de maintenir un rapport positif avec le patient tout au long du contact C'est une partie intégrante de toutes les CIP, faisant que le patient s'ouvre davantage et adhère mieux au traitement ;

-Communication/résolution de problèmes pour le diagnostic : Le but de la communication pour le diagnostic est de partager toute l'information, tant pour

le patient que le prestataire, nécessaire pour arriver à un diagnostic correct et à un traitement approprié ;

-Counseling : Le but du counseling est de vérifier que les clients comprennent leur état et options de traitement. Le counseling les aide à suivre les protocoles de traitement et à procéder aux changements de comportement recommandés puisqu'on vérifie ainsi qu'ils sont compréhensibles, acceptables et faisables. Le counseling insiste sur la prise de décisions, de pair avec le client, et aide à résoudre les problèmes effectifs ou prévus. (De Negri, Brown et al, 1997).

Ces trois manières de communication peuvent être présentes dans le foyer d'accueil des personnes âgées, puisque ce dernier est soumis aux mêmes normes que d'autres institutions.

4-4- Les styles de la communication interpersonnelle :

Des styles de communication différents ont été développés au fil des siècles et des générations, en lien étroit avec les valeurs culturelles, normes et comportements des groupes / personnes concernés. Connaître ces styles, être conscient de ses propres styles, savoir reconnaître les styles utilisés par nos interlocuteurs et interlocutrices contribue grandement à une meilleure compréhension interculturelle. Savoir reconnaître les styles de communication et les respecter est une première étape du développement de compétences interculturelles. Savoir modifier son écoute pour comprendre le sens du message communiqué dans un style autre que le nôtre est l'étape suivante. L'étape ultérieure – encore plus difficile, mais preuve d'une compétence interculturelle – est de savoir adapter son style de communication au contexte, et petit à petit apprendre à communiquer dans les styles de l'autre. Aucun style de communication n'est meilleur qu'un autre, comme aucune perception n'est plus justifiée qu'une autre. Et tous les styles permettent d'aborder tous les sujets. La difficulté apparaît dans la rencontre entre des personnes pratiquant des styles

différents, qui ne se comprennent pas ou ne respectent pas le style de l'autre. (Schoeffel, 2007).

Lorsqu'un soignant est confronté à une communication délicate avec un patient, il s'interroge : que dois-je lui dire ? En fait, il serait intéressant de formuler la question : comment pourrais-je le dire ? Ce qui est parfois plus adéquat que la question : quoi ou pourquoi ? En effet, dans la communication interpersonnelle, la manière d'être en relation et de s'exprimer a plus d'impact que le contenu du message. (La revue de référence aide-soignante, 2013).

Donc le style communicationnel entre le personnel du foyer d'accueil et les personnes âgées joue un rôle important, d'où la relation entre ces derniers dépend de la manière dont ils communiquent entre eux. Par là on distingue entre deux styles coopératif et direct.

4-4-1 : Le style direct de la communication interpersonnelle :

Le style direct de la communication consiste en l'utilisation d'une certaine autorité et une domination et en administrant l'impératif lors d'une communication entre deux personnes occupants des rôles asymétriques. Par exemple entre personnels du foyer d'accueil/ personnes âgées. Le style direct lors d'une communication entraîne parfois une certaine agressivité chez les personnes âgées institutionnalisées. Les déclencheurs directs potentiels de l'agressivité incluent de simples contacts, certains mots, de mauvaises nouvelles, une méconnaissance de la situation, la tentative du personnel de s'affirmer en mettant ses mains sur ses hanches et/ou une tentative de s'approcher du résident. De longs délais d'attente en cas de besoin quelconque peuvent être à l'origine d'une tension et d'une irritation, qui éclatent souvent sous forme d'agressions verbales à l'encontre du personnel. (Schiebler et Müller, 2014).

Dans ce style, le message est à rechercher dans les mots utilisés, et non dans le contexte. Ce style dit exactement ce qu'il pense, il tend à mettre la priorité sur

le contenu de l'échange. Les personnes qui communiquent de manière directe estiment être franches et parler de manière honnête. Pour elles, il est utile et efficace de mettre l'accent sur le contenu, les sentiments des personnes par rapport au contenu relevant d'un autre domaine. Parfois, elles ont l'impression que les personnes qui préfèrent s'exprimer de manière indirecte ne sont pas honnêtes et évitent de dire ce qu'elles pensent réellement. (Schoeffel, 2007, p8).

Donc on peut intégrer le caractère autoritaire dans le style de la communication interpersonnelle, du fait qu'il est le plus souvent présent dans ce genre de situation.

La structure autoritaire se révèle être la cause des attitudes discriminatoires. Les causes de la violence se situent au niveau de la personnalité et du style cognitif de certaines personnes, notamment de leur profil autoritariste. (Yazid Haddar, journal Liberté mardi 20-01-2015.p 7).

Le caractère autoritaire constitue par conséquent un frein à l'échange et à la compréhension en classe par l'installation d'une relation complémentaire de type rigide entre enseignant et enseignés et qui rapproche l'acte pédagogique du modèle informatif, loin des instructions officielles pour l'enseignement de l'espagnol : « Le professeur doit pratiquer une pédagogie active, c'est-à-dire une pédagogie qui faciliterait en particulier à l'oral aussi bien qu'à l'écrit l'expression personnelle et la communication, où comme au collège il organiserait son cours de manière à laisser une grande place à l'expression orale. » Néanmoins, sans une autorité ferme imposée dès le début de l'année scolaire, l'échange entre les différents protagonistes de la relation pédagogique ne peut avoir lieu dans la mesure où cette autorité permet de créer les conditions préalables à la communication (silence propice à l'écoute et à la réflexion, règles de la communication auxquelles les élèves doivent obéir pour des échanges ordonnés, respect de la parole d'autrui.). Toutefois, une autorité-pouvoir ne doit pas subsister et doit évoluer vers une autorité de compétence, notamment par

l'installation d'une bonne communication au sein de la classe qui viendrait la renforcer. En outre, la recherche et les apprentissages que permet l'établissement de bonnes relations de communication imposent l'écoute et le calme qui n'appellent pas l'exercice de l'autorité pour des problèmes d'ordre disciplinaire. (David, 2005-2006).

4-4-2 : Le style coopératif de la communication interpersonnelle :

Dans ce style, le message est à chercher hors des mots utilisés. Ce style favorise l'utilisation de proverbes, de métaphores, du silence. Le contexte est également porteur de message. Ce style tend à mettre la priorité sur la relation, l'harmonie entre les parties en présence. Les personnes qui communiquent de manière indirecte estiment être respectueuses et attentives à la complexité des choses. En particulier s'il s'agit d'expériences importantes telles la naissance, la sexualité, la mort, les rituels. Pour elles, mettre la priorité sur les relations est un investissement très sage sur le long terme. Parfois, elles ont l'impression que les personnes qui préfèrent s'exprimer de manière directe sont trop dures et blessantes. (Schoeffel, 2007, p 9).

La compétence polyvalente Coopérer amène l'adulte à traiter ses interactions dans un esprit d'équité qui laisse à chacun la possibilité de s'épanouir. Elle sous-tend des actions et des attitudes d'ouverture et de respect qui conduisent l'adulte à s'engager positivement. L'adulte qui coopère contribue au partage des tâches. Il tient compte des forces et les limites de chacun. Il participe à l'atteinte d'un objectif commun et clairement identifié. Il élabore des solutions à des problèmes relationnels et il prend part aux prises de décisions. Il se montre solidaire en acceptant les choix de la majorité. Il témoigne de sa considération pour son entourage, dans le respect des divergences de vues. Pour prévenir et gérer des conflits interpersonnels, il recherche des façons de faire satisfaisantes et équitables pour tous. Il accepte les recommandations pertinentes

qui lui sont faites. (Note de cour : relations interpersonnelles, consulté le 28/10/2014 à 21 :19).

L'observation fine, la patience, le respect du rythme, la sollicitation de tous les sens et une voix douce sont les clés pour créer une relation singulière. Un autre mode de relation très riche peut s'établir Au-delà des apparences, chaque personne est un univers à découvrir à travers les actes de la vie quotidienne. Un sourire, une main qui se décrispe, des mots de remerciement murmurés sont des bijoux précieux pour l'aide-soignante qui sait les apprécier. Dans leur grande majorité, les aides-soignantes coopèrent soit en apportant des informations qui facilitent la prise en charge et soit par leur présence rassurante auprès du patient. Cette coopération est un baume réconfortant pour lui, quel que soit son âge. (Carillo, 2013).

La reconnaissance réciproque représente l'élément moteur de l'identité individuelle, par le regard et la parole. Les individus se confirment les uns et les autres dans leurs images et leurs rôles. La perception du Soi et la valeur que le sujet s'accorde procèdent de l'intersubjectivité. Le mépris, l'humiliation, le rejet et l'ignorance, témoignent du déficit de reconnaissance. A l'opposé, l'idéalisation et l'administration exaltée expriment l'emprise et la soumission à une personne et une autorité. D'une façon générale, la relation à autrui s'inscrit à trois niveaux de reconnaissance. (Honneth. A .2006) :

-La reconnaissance affective : Elle marque les liens affectifs et émotionnels, qui rattachent les individus. Dès la naissance, l'affection maternelle et familiale conditionnent la sécurité émotionnelle et la confiance en Soi. La famille, le groupe d'amis et l'équipe témoignent de cette reconnaissance affective, qui donne une place aux individus dans une communauté. Accueillis, reconnus par siens, les institutionnalisés partagent une histoire, des croyances communes qui leurs amènent à entrer en résonance avec le ressenti et l'ambiance de leurs groupes d'appartenances ;

-La reconnaissance sociale : Les individus s'insèrent dans un tissu de règles, de rituels, de conventions, de droits et de devoirs. Les formes de politesse, de respect, d'écoute, le droit à la parole, la réciprocité dans l'échange les fondent comme sujets d'un ensemble social ;

-La reconnaissance des individus comme des personnes uniques et singulières : Elle suppose l'écoute et la considération. Ils peuvent avoir le droit à la parole tout en voyant leurs paroles ignorées et disqualifiées. La confirmation de leurs qualités et capacités, le respect de leurs idées, la confirmation de leurs besoins, témoignent de leurs reconnaissances comme acteurs sociaux responsables. Cette considération sera source de l'estime de Soi, du sentiment de leurs propres valeurs en tant que personnes.

L'attachement affectif, la reconnaissance des droits et l'estime sociale fondent les relations. Si les personnes subissent une atteinte qui touche à leurs intégrités physiques et émotionnelles : violences, pressions ; leurs intégrités sociales : privation de droits, ignorance ; ou leurs intégrités psychologiques : leurs dignités, humiliations, mépris : elles sont niées, disqualifiées en tant qu'acteurs actifs et responsables, elles impliquent dans une communauté sociale, leurs relations à autrui, leurs confiances dans les rapports humains et sociaux vont s'en trouver modifiées. (Amado et Guittet, 2010 ,2011).

Tout vaut mieux que l'indifférence. Si l'on communique avec autrui, c'est surtout par désir de recevoir des caresses au sens physique ou métaphysique du terme. Eric Berne parle de « stokes », ce qui désigne les manifestations par lesquelles les êtres humains s'expriment entre eux, qu'ils se reconnaissent comme existant et qu'ils s'accordent une certaine valeur positive ou négative. Ces stimulations peuvent être physiques, psychologiques, sociales : caresses, sourires, paroles, salutations, cadeaux, prime, remerciements, compliments ...etc. (Josien, 1991, 2002, 2004).

La communication non violente s'intègre dans le style coopératif, elle se définit comme étant la « capacité à développer de nouveaux comportements plus adaptés à une nouvelle situation » ou encore « être assertif, c'est être en mesure d'exprimer sa propre personnalité sans susciter l'hostilité de son environnement, c'est savoir dire non sans se sentir coupable c'est avoir confiance en soi et savoir prendre les décisions difficiles ou impopulaires que nécessite la situation, c'est développer des communications honnêtes et ouvertes, un climat d'innovation et de tolérance saine face aux désaccords normaux que suscite la vie professionnelle ». « L'assertivité se propose de mettre l'individu en mesure d'exprimer sa personnalité, tout en continuant d'être accepté socialement sans crainte de susciter l'hostilité de son environnement ». (Rosenberg et Schutler, 1996, pp. 44,67).

4-4-2-1 : Le style communicationnel coopératif et la diminution de l'agressivité :

Dans l'esprit du concept de la communication non violente développée par Marshall Rosenberg, il convient de penser aux éléments suivants lors du contact avec un patient agressif dans le but d'établir une relation respectueuse: observer sans juger, faire preuve d'empathie envers soi-même et envers l'autre, prendre conscience de ses propres sentiments et les exprimer, formuler de façon claire et poser les demandes et les besoins. En considérant les phases de l'acte agressif selon Breakwell, le meilleur moyen de prévenir ou d'atténuer une confrontation agressive consiste à établir un contact et à intervenir au cours de la phase de déclenchement et d'escalade précoce. La désescalade peut alors se dérouler de la manière suivante: Le patient exprime sa colère; reconnaît le problème; exprime sa compréhension de la situation et tente de se mettre à la place du patient; explique les raisons pour lesquelles certaines revendications ne peuvent pas être satisfaites ; et il fait une proposition de compromis. (Schiebler et Müller, 2014).

Les perspectives ont consistées à mieux décrire la forme des interactions sociocognitives au cours des échanges verbaux, en affinant l'analyse des médiations sémiotiques relatives notamment à l'argumentation développée et à l'étayage mis en place. En effet, il n'apparaissait pas nouveau de concevoir le style coopératif lors de communication comme un levier potentiel pour les échanges satisfaisants. La forme des interactions et le bénéfice cognitif ultérieur sont liés à certaines caractéristiques personnelles des individus. Trois pistes de recherches ont alors tout particulièrement mobilisées. Elles consistent en :

a) la dynamique des échanges : Le but est d'analyser finement la dynamique des échanges pour éclairer les processus interpersonnels communicationnels et caractériser en particulier les dimensions cognitives de l'argumentation, ainsi que des dimensions plus sociales relatives aux places et rôles tenus dans l'échange ;

b) Les modalités d'appropriation personnelle des arguments coproduits : Selon certains auteurs tel que (Trognon, 1999), l'interaction langagière est source d'acquisition parce qu'elle constitue un dispositif d'appropriation individuelle des productions conjointes émergeant de la distribution des interlocuteurs. Il reste cependant à étudier comment s'opère le passage entre la production de l'interlocution et l'appropriation individuelle de cette production ; c) Le rôle des caractéristiques personnelles des sujets sur la forme des échanges et sur le bénéfice cognitif ultérieur : Bon nombre de travaux ont clairement montrés que certaines caractéristiques présentées par les individus invités à résoudre un problème ensemble se répercutent sur la forme des interactions verbales et sur le bénéfice cognitif qu'ils en retirent. S'efforçant de décrire la dynamique des échanges au moyen d'une analyse qui intégrait les aspects cognitifs et sociaux, le passage entre les processus interpersonnels et intra-personnels, central dans la théorie vygotkienne, est loin de s'observer systématiquement au plan empirique, faute de l'appropriation par chaque individu des éléments de réponse

co-construites. Il apparaît en outre insuffisant de se fonder sur les seuls indicateurs langagiers pour prédire la qualité des acquisitions lorsque les participants ont la possibilité de fonctionner individuellement sur le plan cognitif. Les travaux ont clairement montrés que les préférences individuelles dans la manière de communiquer (les styles de communication) influent directement sur la forme des échanges et sur le bénéfice cognitif que les individus retirent des interactions avec les autres. (Olry-Louis, 2001).

Dans une communication coopérative, des nœuds relais coopèrent conjointement avec un nœud source afin de transmettre ses informations vers sa destination. Ceci permet d'augmenter la fiabilité de la communication lorsque le canal entre la source et la destination est de mauvaise qualité. Les communications coopératives à plusieurs relais présentent un intérêt grandissant dans le domaine des communications. En effet, la présence de plusieurs relais favorise l'exploitation des propriétés des systèmes MIMO telles le Multiplexage Spatial (SM) et la diversité. Cependant, plusieurs techniques de communication μ a relais multiples se limitent au modèle avec des relais à une seule antenne. De plus, les modèles de communication supposent une connaissance parfaite du canal de transmission au récepteur, ce qui ne reflète pas le cas réel d'une transmission sur un canal radio à évanouissements. Finalement, la communication coopérative à sauts multiples (à plusieurs niveaux de relais) a été étudiée partiellement. Les travaux antérieurs se sont limités à des modèles simples de réseau (généralement à deux sauts) et à des transmissions avec codage spatio-temporel unitaire. (Wael, 2009, P 4).

La doctrine coopérative prend toute sa valeur et toute sa signification, elle est représentée comme un agent de transformation de la vie scolaire, elle devient à l'école l'expression d'une intention éducative bien déterminée. Faire le choix de la coopération c'est donc envisager une finalité à la fois éducative, sociale, et économique, c'est rêver une autre société... Une société plus humaine, plus

solidaire. L'objectif fondamental de la coopérative scolaire est d'éduquer les élèves à leur futur rôle de citoyen par la prise de responsabilités. La pédagogie coopérative, c'est la collaboration du maître et des élèves ainsi que des élèves entre eux, au sein d'équipes de travail ; elle peut s'étendre à tous les domaines de la vie scolaire. Elle développe la curiosité d'esprit, le goût de l'effort, la faculté d'adaptation, le sens de la responsabilité, la solidarité. Loin de noyer l'élève dans une collectivité, de le dépersonnaliser, elle exalte les vertus individuelles. (Guide des coopératives et des foyers coopératifs, 2007).

Une communication efficace avec les personnes âgées repose sur le bon sens et la courtoisie, sur la prise en considération de leurs besoins et sur le respect de leurs contributions dans la collectivité. (Article : Pour bien communiquer avec les aînés — Faits, conseils et idées, 2010).

5- Les variables psychologiques influençant la communication interpersonnelle :

Dans toute situation de communication, chaque personne est dotée d'une personnalité propre ainsi que de motivations. Ces dernières peuvent être explicites, implicites ou inconscientes. Lors d'échanges, les individus peuvent faire intervenir de manière consciente ou pas des opérations de filtrage de l'information pour parvenir à leurs objectifs. Ainsi, la seule « information » au sens strict du contenu n'est pas uniquement pertinente, et des problèmes au niveau des interlocuteurs peuvent survenir. Face à des messages pouvant déséquilibrer son équilibre interne, un individu peut mettre en place des mécanismes afin de conserver sa stabilité interne. Ainsi, chaque information différente de sa vision du monde pourra être écartée. Il existe ainsi différents mécanismes défensifs :

- les attributions : il s'agit d'attribuer au récepteur des comportements visant à confirmer des attitudes de l'émetteur à son égard ;

- la mémorisation sélective : il s'agit d'une sélection d'information, c'est-à-dire que certains éléments sont retenus alors que d'autres sont « oubliés » ;
- l'interprétation défensive : il s'agit de transformer le sens premier d'une information, en fonction de notre système de valeur et de nos attentes. Quant à l'information, elle peut être très bien reçue et mémorisée ;
- la négation de la source : Sous prétexte que la source d'une information ne convient pas, l'information peut être discréditée ou même éliminée par le récepteur. La légitimité de la source est donc remise en cause ;
- préjugés et stéréotypes : que ce soit de manière consciente ou pas, tout être humain fonctionne avec des jugements préétablis qui facilitent ou expliquent la communication. Leur but principal est d'anticiper la réaction et le comportement de notre interlocuteur. Qui plus est, ces jugements varient en fonction des situations et du groupe d'appartenance. Ainsi, nos interactions diffèrent en fonction de la représentation inconsciente que nous avons de nos interlocuteurs. (Collin, 2010-2011).

Conclusion :

Une des clefs pour une communication fluide avec les personnes âgées institutionnalisées est de comprendre que tout, dans les relations avec eux, passe par l'affectif. Jusqu'à leurs derniers souffles, elles auront besoin de se sentir aimées, appréciées, quel que soit leurs états. Donc le personnel devra garder cela en mémoire, et d'essayer d'ouvrir son cœur au maximum. Cette ouverture se travaille ! Elle est en effet exigeante. Lorsqu'on ouvre son cœur, on ouvre aussi ses blessures et ses manques affectifs. Il faut du courage pour se regarder en toute honnêteté, pour être libre de recevoir et de donner. Le ton adapté, l'attitude juste, les mots appropriés ne se trouvent pas d'un coup de baguette magique. Ils se découvrent et s'appriivoisent avec le temps. Au début, il est normal d'être déboussolé et donc de faire des erreurs. Puis, peu à peu, aussi grâce à l'aide de la famille, d'un groupe d'entraide, d'un psychologue, d'un ami, ... s'entrouvriront les pistes, les moyens qui permettent de communiquer plus facilement avec les personnes âgées institutionnalisées et d'éviter ainsi autant que possible les blocages et les conflits. (DE RIDDER, 2004).

En conclusion, la communication interpersonnelle au sein du foyer d'accueil, entre le personnel et les personnes âgées, reste un moyen important à considérer, du fait que toutes relations entre ces protagonistes dépendent de cette communication, d'où l'importance de bien situer les styles de cette dernière.

Chapitre III

Le comportement agressif

Préambule.

1. Définitions.....

1.1. L'agressivité.....

1.2. L'agression.....

1.3. La violence.....

1.4. Le comportement agressif.....

1.5. Agression et comportement.

2. Les types d'agressivité.

➤ L'agressivité hostile ou réactive.

➤ L'agressivité instrumentale.

3. Les différentes formes de la violence.

4. Les explications théoriques du comportement agressif.

4.1. La théorie éthologique.

4.2. L'approche psychanalytique.

4.3. La théorie de la Frustration-Agression.

4.4. Théories biologiques du comportement agressif.

4.5. Théories Sociocognitives.

4.6. Théorie biopsychosociale de l'agression.

5. Les dimensions de l'agressivité.

5.1. Dimension éthologique de l'agressivité.

5.2. Dimension sociologique.

5.3. Dimension comportementaliste.

6. L'aspect psychologique de l'agressivité.

6.1. Frustration et agressivité.

6.2. Agressivité normale et pathologique.

6.3 .Pathologie psychiatrique et agressivité.

7. L'évaluation de l'agressivité.

8. La prise en charge de l'agressivité.

Conclusion.

Préambule :

La communication constitue un facteur important dans la relation résident/personnel, mais dans la majorité des cas celle-ci peut causer un problème lorsqu'il y a une diminution des capacités de communication ; d'une part, les personnes âgées arrivent difficilement à formuler ce qu'ils ressentent et d'autre part, ils comprennent aussi difficilement les questions ou les ordres bien intentionnés des éducateurs. Une main tendue peut par exemple, être interpréter comme un geste d'agression ou un mot à l'intonation un peu dure comme un reproche. Malheureusement, les éducateurs oublient parfois tout simplement d'expliquer et se laisse entrainer dans une certaine routine, comme ils oublient aussi que ces personnes âgées ont des difficultés à s'occuper d'eux même, et ce qui peut être évident pour eux peut s'avérer un terrain inconnu pour les personnes âgées, c'est cette situation qui peut être source d'agressivité. (Lefebvre, 2004).

La problématique des comportements agressifs se confronte à la question de la subjectivité et ces comportements agressifs comportent également une gradation, le personnels du centre peut être soumis à des comportements agressifs supportable, tolérée voire légitime par exemple après la visite des membres de la famille dans les occasions tel que : l'aïd, mais aussi peuvent être face à des comportements violents insupportables qui ne doivent pas être tolérées.

1. Définitions :

1.1: L'agressivité :

Etymologiquement, le mot « agressivité » vient de l'expression latine *ad-gresserie* signifiant aller vers. L'agressivité permet donc d'aller vers l'autre pour exister face à lui, son intention première n'est pas de détruire. (Fillinger, 2006).

L'agressivité est une forme primitive de communication: l'individu montre qu'il est en colère, qu'il se sent impuissant. L'agressivité peut être considérée comme un moyen d'attaque ou de défense, l'individu se laissant guider par ses sentiments ou par sa raison (pour obtenir quelque chose par exemple).

Elle se définit de nos jours comme un acte de violence commis dans l'intention de nuire. Il s'agit bien souvent de préjudices subis par des personnes du fait d'un comportement dépassant les limites du généralement acceptable, elle correspond donc à un comportement occasionnant des dommages physiques ou émotionnels à autrui. Ce genre de comportement fait souvent naître des sentiments de peur, de douleur, de chagrin et/ ou de colère chez celui qui le subit. On peut donc dire que l'agressivité est un mécanisme complexe observé toutefois dans une interaction entre une pathologie éventuelle, la personnalité et le caractère et les circonstances situationnelles.

Selon Morasz.L (2003), l'agressivité est « Un comportement qui a un effet destructeur sur soi ou sur l'autre. C'est une incapacité d'exprimer ce qui se passe à l'intérieur et de le mettre en mots. La tension devient intolérable, il va y avoir " passage à l'acte ».

Elle est considéré aussi comme un instinct naturel lié à assurer les besoins vitaux, avec une tendance à nuire à autrui, que ce soit de façon réelle, imaginaire ou symbolique, et une disposition visant à se défendre ou à s'affirmer de façon exagérée à l'encontre de l'entourage. (Larouche, 2014).

Dans le « vocabulaire de la psychanalyse », l'agressivité est définie comme : « Tendance ou ensembles de tendances qui s'actualisent dans des conduites réelles ou fantasmatiques, celle-ci visant à nuire à autrui, le détruire, le contraindre, l'humilier etc. L'agression connaît d'autres modalités que l'action motrice violente et destructrice, il n'est aucune conduite aussi bien négative (refus d'assistance par exemple) que positive, symbolique (ironie par exemple) qu'effectivement agie, qui ne puisse fonctionner comme agression. La psychanalyse a donné une importance croissante à l'agressivité, en la montrant à l'œuvre très tôt dans le développement du sujet et en soulignant le jeu complexe de son union et de sa désunion avec la sexualité. Cette évolution des idées culmine avec la tentative de chercher à l'agressivité un substrat pulsionnel unique et fondamental dans la notion de pulsion de mort ». (J. Laplanche et J_B Pontalis, 1996, P 13).

L'agressivité peut se définir d'une part comme un comportement visant à atteindre un but non agressif qui n'est ni de nuire ou de blesser. Il s'agit de l'agressivité instrumentale. Comme le cas d'un enfant qui s'empresse de prendre la nourriture des mains de sa mère. D'autre part, elle est perçue comme une intention dont le but est de blesser ou de nuire une autre personne sur le plan physique ou psychologique. Il est question de l'agressivité hostile. (Myers et Lamarchea, 1992).

1.2 :L'agression :

« Le terme agression recouvre toute forme de comportement ayant pour but d'infliger un dommage à un autre organisme vivant lorsque ce dernier est motivé par le désir de ne pas subir un traitement pareil ». (Baron & Richardson, 1994, p. 7).

« Toutes les violences sont des agressions, mais toutes les agressions ne sont pas des violences » (Anderson & Bushman, 2001). L'utilisation de la force physique ou de son équivalence psychologique, en vue de maltraiter un ou des individus, qu'elle cause ou non une lésion. (Larouche, 2014).

Agression: "Toute interaction violente soigné-soignant avec dommage corporel ayant donné lieu à une déclaration d'accident du travail par l'employeur de la victime. (Kaision et al, 2011).

L'agression est un comportement social en réponse à une situation ou une manifestation objectivement observable, sous-tendue par des conditions internes (sentiments & pensées agressifs, ...). Elle est considérée aussi comme un acte dirigé intentionnellement contre une cible caractéristique différenciant un comportement agressif des actes accidentels et un dommage qui peut être physique ou psychique ; les conséquences de l'acte sont perçues par la victime comme étant aversives. L'agression implique, de la part de la victime, le désir de l'évitement.

1.3: La violence :

Le mot « violence » vient du latin « vis » qui signifie « force en action, force exercée contre quelqu'un ». (Sémelin, 2011).

Le Dictionnaire encyclopédique des soins infirmiers définit la violence comme un : « terme désignant les brutalités physiques subies par une personne maltraitée mais aussi l'action brutale qui contraint une personne à faire usage de la force ou de l'intimidation, que ce soit la force physique ou une contrainte morale ». (Potier. M, Loraux. N, 2002).

Selon Larousse (2008), la violence désigne : Ensemble des actes caractérisés par des abus de la force physique, des utilisations d'armes, des relations d'une extrême agressivité.

La violence ; est considéré comme un mécanisme de défense en réponse à une agression, une frustration,... il s'agit d'un instinct propre à tous, qui a pour but d'assurer notre survie. Elle est à différencier de l'agressivité, comportement qui vise consciemment ou non à nuire, contraindre, dégrader, détruire,... il s'agit d'une forme plus socialisée de violence. Cet aspect est donc à prendre en compte dans la prise en charge des personnes âgées institutionnalisées, car la conduite à tenir pour l'éviter ou la gérer va être différente pour le personnel, et la survenue d'une erreur peut mettre un terme à la relation de confiance qui prend naissance, entre les deux protagonistes. (ibid).

L'Organisation mondiale de la Santé 2002 définit la violence comme : l'usage délibéré ou la menace d'usage délibéré de la force physique ou de la puissance contre soi même, contre une autre personne ou contre un groupe ou une communauté qui entraîne ou risque fort d'entraîner un traumatisme, un décès, un dommage moral, un mal développement ou une carence.

Pour ROUMANOS (2004), la violence est le plus souvent considérée comme un comportement d'agressivité qui se définit par son intensité et son caractère irrépressible une fois déclenché. La violence semble alors annihiler les facultés cognitives et les mécanismes auto-protecteurs. Elle est destructrice, généralement sous forme paroxystique, avec une phase de mise en tension rapide, une phase d'explosion clastique, un retour au calme relativement rapide. Elle constitue aussi l'un des problèmes majeur de notre époque en raison de ses manifestations multiples et peut-être, de l'extension excessive du concept lui même.

La violence est en effet un terme qui a plusieurs significations. Au moins trois : on l'utilise comme « qualificateur d'intensité »: "tout affect peut être violent", d'autres fois violence est synonyme « d'agressivité comportementale », et enfin elle désigne aussi les abus de pouvoir exercé sur autrui: violence des parents, des enseignants, des "chefs" de toute espèce ... (ibid).

Selon Sémeliun(2011), la violence entre les personnes ou interpersonnelle : elle désigne un comportement faisant emploi de la force, physique, verbale (injure), ou psychologique (harcèlement), dans un milieu proche.

1.4 : Comportement agressif :

Le comportement agressif désigne un comportement offensif déclenché par des affects, qui vise à accroître la puissance de l'agresseur ou à diminuer la puissance de l'agressé. Les éclats de voix et injures du début laissent place à des attaques verbales, à une dispute, à un comportement dénigrant avec absence de coopération et, finalement, à la détérioration d'objets et à des attaques physiques avec coups et blessures. (Schieder, Muller, 2014).

On lisant ce chapitre vous allez remarquer que nous avons utilisée les (04) termes suivants : agressivité, agression, violence et comportement agressif, car pour nous il n'y a pas une différence entre ces termes parce qu'ils définissent ce comportement incontrôlable de la personne.

1.5: Agression et comportement agressif :

Selon Lefebve et al l'anthropologie leur a appris que l'agressivité et l'agression qui en découle, est inhérente à notre condition humaine. Dès le début de l'humanité, la survie s'est imposée comme une tâche essentielle, pour l'homme. Pour se protéger contre les dangers liés à son environnement, à son origine, l'homme a développé le réflexe de la fuite ou de combat basé sur l'agression qui peut donc être considérée comme une forme d'expression d'une énergie vitale et indispensable et revêt dès lors, par définition aussi une signification positif.

Globalement Lefebve et ses collaborateurs, ont distinguées, deux formes de comportement agressif :

- Agressivité positive : elle est le moteur d'un meilleur fonctionnement, et c'est elle qui nous pousse dans nos derniers retranchements par exemple en cas de pression au niveau d'une tâche à effectuer ou d'un délai à respecter. Cette forme d'agressivité est parfois appelée assertion ou comportement assertif.
- Agressivité négative : on qualifie un comportement agressif de négatif, lorsqu'il mène à la destruction ou à la dévastation de matériel, constitue une menace pour autrui ou est dirigé contre soi-même.

Le secteur de la dispensation d'aide utilise la définition suivante du comportement agressif : « Le comportement agressif est tout acte ou procédure psychique ou physique qui nuit à la relation positive entre l'éducateurs/auxiliaire de vie et le résident ». Il ressort clairement de cette définition que face à un comportement agressif négatif l'auxiliaire de vie/ l'éducateur doit réagir pour permettre la poursuite d'un processus d'aide positif (Lefebve, 2004).

Le premier constat est que l'agression est un comportement social, la manifestation objectivement observable de certaines fonctions psychologique dans un contexte social. La définition de l'agression comme étant un comportement objectif ne doit cependant pas faire oublier les conditions internes. Par définition, elles dépendent de l'interprétation des individus et ne sont donc pas directement mesurables. L'agression a souvent été associée à une émotion négative, à une motivation ou encore à des croyances négatives. Même si tous ces facteurs jouent un certain rôle dans la manifestation d'un comportement pouvant causer un dommage à autrui, leur présence n'est pas la condition nécessaire de son expression. Il n'est pas nécessaire que l'individu soit en colère pour agresser. L'agression peut se produire de sang froid ou en plein éveil émotionnel intense. (Pahlavan, 2002).

2. Types de l'agressivité :

Deux fonctions de comportement agressif sont distinguées :

➤ **L'agressivité hostile ou réactive :**

Elle vise à infliger une souffrance ou à causer du tort à autrui. Elle est généralement associée à des émotions hostiles comme la colère et à des sentiments d'animosité. Agressivité hostile (qui vise uniquement à faire du mal). (Bègue, 2010).

➤ **L'agressivité instrumentale :**

C'est un comportement qui a pour conséquence de nuire à autrui, mais dans le but d'atteindre certains objectifs, à obtenir un gain. Elle est définie aussi comme un ; comportement par le quel l'attaque d'autrui est perpétrée dans un but qui n'est pas prioritairement agressif, par exemple à dessein d'acquérir un bien matériel, il peut donc s'agir d'un comportement planifié, prémédité. *ibid.*

3. Les différentes formes de violence :

Il y a plusieurs formes de violences, chacune d'elle demande une réaction différente. Nous distinguons:

➤ **La violence instrumentale** : c'est un comportement intentionné qui a comme but de réaliser les objectifs de l'agresseur, elle est caractérisée par une grande tension qui augmente afin de motiver la victime de "craquer", de céder et faire ce que l'agresseur veut pour éviter l'escalade du conflit. Mais: si l'on fait ce que l'autre veut, l'autre n'a aucune raison d'arrêter, au contraire, l'intimidation "marche". Donc, la bonne contre stratégie ici est la confrontation, c'est à dire poser ses limites. (Dumont-Smith, 2002).

➤ **La violence de frustration** : ici, l'agresseur n'a pas pu exprimer des frustrations qu'il a vécues et qui peut exploser à un moment ou un autre. L'agresseur réagit en fonction de toutes ses frustrations, et pas seulement par

rapport au facteur déclencheur. Pour cela, la victime vit la violence comme disproportionnée et surprenante en posant des limites face à ce genre d'agression serait une frustration en plus et fera escalader le conflit encore davantage. Dans ce cas-là, il faudra calmer l'agresseur, lui montrer que l'on l'écoute et on le comprend. On appelle cette contre stratégie la désescalade.

- **La violence sur base de préjugés :** l'agresseur appartient souvent à un groupe hiérarchiquement supérieur à celui de la victime. Pour affirmer cet ordre des choses, et humilier la victime, la remettre "à sa place", l'agresseur teste les limites de la victime, d'abord subtilement. S'il ne rencontre pas suffisamment de résistance, l'agression va s'aggraver. Souvent, cette forme de violence est anodine, reste dans les non-dits ou utilise le soi-disant humour comme arme; également, l'agresseur va culpabiliser sa victime parce qu'elle provoque son agression. Puisqu'un manque de résistance aggrave la situation, la réaction recommandée est la confrontation.
- **La violence psychopathologique :** l'agression émane d'une maladie mentale, un problème physiologique ou encore de l'abus de certaines drogues. Toutes les agressions commises par des personnes malades mentales ou toxicomanes n'appartiennent pas forcément à cette catégorie d'agression. Seulement les agressions causées par des processus intérieures à la personne font partie de cette catégorie. Puisque la violence pathologique échappe à notre logique de tous les jours, il vaut mieux ne pas essayer de parler avec l'agresseur, ni pour le calmer, ni pour le confronter, mais de prendre la fuite. (Zeilinger, 2003).
- **Violence interpersonnelle :**

La violence interpersonnelle se divise en deux catégories :

- La violence familiale et à l'égard d'un partenaire intime – autrement dit, la violence entre membres d'une famille et entre partenaires intimes de manière générale. Ce type de violence se produit habituellement mais pas exclusivement dans le foyer.

- La violence communautaire : c'est la violence entre des personnes qui ne sont pas apparentées et qui peuvent ne pas se connaître. Ce type de violence survient généralement à l'extérieur du foyer.

Le premier groupe comprend des formes de violence telles que les mauvais traitements infligés aux pensionnaires, la violence contre le partenaire intime et la maltraitance des personnes âgées. Le second groupe comprend la violence des jeunes, les actes de violence commis au hasard, les viols et les agressions sexuels commis par des étrangers, et la violence qui se produit en milieu institutionnel, par exemple, dans les écoles, en milieu de travail, les prisons et les maisons de retraite. (Rapport mondial sur la violence et la santé, 2010).

- **La violence de l'État** : les États revendiquant, selon la définition célèbre de Max Weber, le «monopole de la violence légitime», s'en servent pour exécuter les décisions de justice, assurer l'ordre public ou en cas de guerre (on tente alors de la légitimer par les doctrines de la « guerre juste »). Celle-ci peut dégénérer en terrorisme d'État, devenant alors l'une des formes de violence les plus extrêmes (génocide, etc.). (Sémeliun, 2011).
- **La violence criminelle** : qui peut avoir des causes sociales, économiques, ou découle de pathologies psychiatriques (schizophrénie, etc.). Elle est, selon certains auteurs, l'envers d'une violence étatique et/ou symbolique. (ibid.).
- **La violence politique** : signifie tout acte violent dont leurs auteurs revendiquent la légitimité au nom d'un objectif politique (révolution, résistance à l'oppression, droit à l'insurrection, tyrannicide, « juste cause »). La violence est pourtant justifiée en cas de légitime défense ou d'état de nécessité par la loi, en cas de résistance à l'oppression d'une tyrannie selon la doctrine des droits de l'homme. (Dumont-Smith, 2002).
- **La violence symbolique** : désigne à son tour plusieurs sortes de violence : ce peut être la violence verbale, dont on peut considérer qu'elle est la première étape vers un passage à l'acte ; ou une violence invisible,

institutionnelle : c'est la violence structurelle. Celle-ci désigne plusieurs phénomènes différents qui favorisent la domination d'un groupe sur un autre et la stigmatisation de populations, stigmatisation pouvant aller jusqu'à la création d'un bouc émissaire. (Sémeliun, 2011).

- **La violence de la nature** : la violence du vent, des tempêtes et autres catastrophes naturelles et la violence animale (instinct) sont encore d'autres types de violence avec pour caractéristique de ne pas avoir de conscience, de volonté. (ibid).

4. Les explications théoriques des comportements agressifs :

4.1 : La théorie éthologique :

Pour les Éthologistes, l'agressivité est un instinct fondamental, lié à tous les autres besoins vitaux, tels que le besoin de se nourrir, de fuir devant un danger ou de satisfaire ses désirs sexuels. L'agressivité s'exprime entre les individus d'une même espèce, sous forme de comportement de menace, de passivité, d'attaque ou de combat. C'est un mode de relation pour assurer la survie. Lorenz (1966) nous fait comprendre que l'agressivité est un facteur motivationnel nécessaire pour l'adaptation et la survie de l'espèce. (Valerand, 1994).

Les biologistes ne partagent pas cette vision de l'agressivité. Les travaux de Karlis Pierre et K. E Moyer sont remarquables. Ces neurophysiologistes montrent que certaines parties du système nerveux facilitent l'agressivité. Le comportement agressif est programmé en grande partie dans le code génétique du sujet. L'agressivité est transmise de gènes en gènes à la génération suivante. Ces auteurs mentionnent des localisations neurologiques ayant rapport au comportement agressif. Les aires de l'hypothalamus, le système limbique et les régions associées comme le noyau amygdalien, le septum, Une stimulation électrique dans ces aires du cerveau augmente l'hostilité et lorsqu'on bloque la stimulation elle diminue. Dans cette

perspective, l'agressivité est innée, c'est-à-dire biologique. (Tironé, 2011, P20).

C'est dans ce contexte qu'on peut dire que l'agressivité des personnes âgées est un instinct fondamental pour leurs survies surtout dans le cas d'un emplacement récent dans le foyer.

4.2 :L'approche psychanalytique :

Adler (1908), décrit la notion de pulsion d'agression, par la suite cette idée était reprise par S. Freud à travers la cure psychanalytique, et la résistance agressive qui s'exprime par le transfert négatif, l'ambivalence ou le complexe d'œdipe. (Tarrade, 2004).

Dans l'histoire de la psychanalyse, Freud décrit deux instincts, deux pulsions fondamentales :

- La pulsion de vie qui nous pousse à tout mettre en œuvre pour rester en vie,
- La pulsion de mort ou « Thanatos » en grec est une poussée d'énergie visant surtout à l'autodestruction de l'être humain.

Konrad Lorenz, éthologue ayant étudié le comportement des animaux dans leur milieu naturel, nous montre que l'agression n'a, en elle-même, rien de pathologique ou de mauvais, mais qu'elle est un instinct qui, comme beaucoup d'autres, aide à la survie des espèces. Parfois cet instinct a aussi des conséquences négatives. (ibid).

« L'agression intra espèce est indubitablement une partie essentielle de l'organisation des instincts pour la protection de la vie. Elle peut à l'occasion porter à faux et détruire la vie ».

Bergeret, se réfère à la l'étymologie de la violence et la définit comme un instinct de survie, elle est essentiellement défensive et préservatrice. (Tarrade, 2004).

Cette analyse s'applique chez les êtres humains en situation de crise comme l'illustre le drame qui s'est produit au stade de Furiani en mai 1992. Lors de cette demi-finale de Coupe de France de football, l'ambiance était à la fête, les supporters criaient, chantaient à pleins poumons. Mais subitement un bruit assourdissant est survenu et le sommet de la tribune s'est effondré. Des hurlements, des cris ont accompagné le mouvement de panique : les gens couraient dans tous les sens, marchaient les uns sur les autres, des corps gisaient sous des tôles froissées. Ce triste incident prouve à quel point la conjugaison de la peur et de l'individualisme peut être à l'origine de mouvements de foule aux conséquences désastreuses. En effet, l'instinct de survie qui, dans cet exemple, se manifeste sous forme d'agressivité, prend le dessus et ce, au détriment de la vie des autres. Dans le cadre de la rééducation-réadaptation, l'agressivité est considérée comme une manifestation saine, un constat avec la réalité, un instinct de survie. L'agressivité est une forme de communication à l'autre. Il s'agit également d'un passage obligatoire et naturel dans le processus de deuil par rapport à son corps d'avant. (Fillinger, 2006).

Dans ce sens on a constaté que les phénomènes de comportements agressifs peuvent prendre différentes expressions dans les foyers d'accueil, ainsi les insultes et les manifestations d'impolitesse sont fréquemment utilisées par les résidents, également accompagné de menaces plus souvent verbales.

4.3 : La théorie de la Frustration-Agression :

Les chercheurs de l'Université de Yale, notamment John Dollard, Leonard W. Doob et Neal E. Miller vont prendre le contre-pied de la thèse innéiste de l'agressivité. Ils avancent que l'agression est toujours la résultante d'une

frustration. Ces deux concepts marchent ensemble. La frustration conduit toujours à une forme d'agression. Elle est tout ce qui empêche l'individu d'atteindre son objectif et dont le blocage est total. (Fraise, 1970) Elle constitue un motif pour mobiliser la personne à agresser la source de sa frustration. Cependant, la peur de la punition ou la désapprobation pour avoir agressé la source de sa frustration peut provoquer un déplacement de la poussée agressive vers une autre cible ou même sa réorientation contre soi-même. C'est la théorie du bouc émissaire.

Neal E. Miller (1941) montre que la frustration peut précéder une certaine forme d'agression. Plus tard, Leonard Berkowitz (1969) va remanier cette théorie en expliquant dans quelles conditions la frustration aboutit à l'agression. Une des conditions pouvant influencer sur l'augmentation de l'agression est un accroissement du degré de frustration. La frustration incite à l'agression uniquement lorsqu'elle suscite une émotion de colère. Une deuxième condition, c'est le caractère arbitraire de la frustration : « Plus la source de la frustration semble arbitraire, plus la réaction est agressive ». (Fraise, 1970, pp, 98.99).

Bell et Baron (1975) soutiennent que la chaleur entraîne l'agression. Lorsque la température monte, l'agression peut aussi augmenter. Par ailleurs, La Commission nationale qui cherchait à déterminer les causes profondes des émeutes qui se produisaient dans les ghettos urbains des États-Unis a mentionné la température comme un des facteurs importants ayant contribué à ces événements (U.S. Riot Commission Report, 1968). (Kenneth et al, 1984, p. 283). En revanche, d'autres psychologues sociaux cherchent plutôt à déterminer les influences des activateurs généralisés sur l'agression. Selon eux les gens vivent des excitations émotionnelles généralisées et ceux qui sont émotionnellement activés développent souvent un comportement actif. Si l'agression est une réponse dominante dans la situation où les gens se trouvent et s'ils perçoivent leurs sentiments comme de la colère, de l'irritation, ou de la

frustration, alors l'activation peut très bien entraîner un comportement agressif. (Zilman et al, 1972).

Martin Seligman (1975), explique que la frustration ne conduit pas nécessairement à l'agression. Chez certaines personnes, c'est plutôt la dépression marquée par un sentiment d'impuissance qui provoque l'agressivité. Enfin, selon Rosenzweig, la frustration joue le rôle d'activateur de l'agressivité.

Parmi les facteurs qui provoquent l'agressivité chez les personnes âgées est la frustration car le manque de soutien familial et la séparation peuvent entraîner la personne âgées placée dans le foyer vers des comportements inadaptés et incontrôlables

4.4 : Théories biologiques du comportement agressif :

Pour les tenants de cette théorie, l'agression serait une modalité génétiquement des comportements déterminée du comportement des organismes, ayant pour fonction de préserver l'espèce contre des changements qui peuvent survenir dans ce milieu, mais la détermination des comportements agressifs n'arrive à aucun résultat pour l'instant. La définition du comportement agressif est trop complexe et ne permet guère de donner une réponse sans équivoque à la question du déterminisme biologique. La conception biologique du comportement agressif cherche à l'interpréter comme le résultat de l'activation de centre de contrôle ou de substrats, nerveux particulier, censé sous-tendre de façon spécifique les différents types de comportement agressif. Selon le critère retenu pour expliquer l'origine du comportement agressif, les théories s'inspirant d'une conception biologique empruntent deux orientations fondamentalement différentes ; la première considère le comportement agressif comme étant d'origine interne spontanée, résultant d'une pulsion interne (Lorenz, 1966), le deuxième soutient l'hypothèse selon laquelle le comportement

agressif est essentiellement la réponse à la réception d'un événement frustrant (Scott, 1958).

La conception du comportement agressif comme un mécanisme pulsionnel répond à l'idée, faiblement documentés, que certaines conduites agressives sont spontanées, cette conception souligne aussi le rôle joué par certains éléments présents dans l'environnement immédiats. Pour Medioni, Piéron(1979), comme étant un comportement instinctif, le comportement agressif a une origine spontanée, une structure spécifique, fixe. Selon (Freud1887, Lorenz, 1966), la spontanéité du comportement agressif serait due à l'accumulation d'énergie dans le système nerveux et une fois que cette énergie est consommée dans l'accomplissement de l'acte instinctif, le comportement agressif cesserait. Toutefois, selon ces auteurs, à terme, le besoin de décharger les impulsions nerveuses deviendrait si impérieux que, même en l'absence d'une cible appropriée, le résident effectuerait l'acte. (Lorenz, 1966).

L'évolution de la recherche scientifique a conduit à explorer les explications biologiques de la violence. A ce jour il n'a pas été retrouvé de chromosome spécifique expliquant la violence de certains individus. Le chromosome du crime n'existe pas de même qu'il n'existe pas de centre cérébral de l'agressivité ou une hormone spécifique, la testostérone jouerait un rôle dans la sensibilité à la menace et à la frustration. (Tarrade, 2004).

4.5: Théories Sociocognitives :

L'insuffisance des modèles motivationnels et associationnistes pour expliquer les résultats des études empiriques ainsi que le progrès dans la compréhension des processus affectifs et cognitifs ont amené les théoriciens à envisager l'explication du comportement agressif par l'intervention et l'interaction des processus affectifs et cognitifs.

Le développement des conceptions cognitives coïncide avec l'étude de l'effet de l'observation de la violence sur le comportement agressif (Eron, 2001). Ce mouvement représente un véritable changement de position par rapport aux modèles classiques et les représentations de Bondura (1977) et les travaux de Eron (1963) ont joué un rôle central dans cette conception, pour Bondura, l'interaction complexe entre différents processus cognitifs détermine l'apprentissage d'un comportement par l'observation, il ajoute aussi en 1986, que l'apprentissage d'un comportement par l'observation est accompagné de l'adoption de normes du modèle et une certaine confiance concernant les capacités du résident à réaliser le comportement, comme il insiste sur le pouvoir des certitudes du résident quant à ses capacités à exécuter certains comportement agressifs. Ainsi, plus le résident s'attribue une forte efficacité, plus il fera d'efforts pour réaliser l'acte.

Les modèles de traitement de l'information sont mis à contribution pour d'écrire les processus qui sont à l'origine de l'effet de l'observation de la violence sur le comportement agressif. Selon Dodge (1994), les personnes âgées institutionnalisées agressifs sont menés, par le biais de processus de traitement de l'information déficient, à surévaluer l'hostilité dans le foyer, car cette perception exagérée de l'hostilité constitue le fondement de l'adoption de stratégies comportementales agressives et de la résolution déficitaire de problèmes interpersonnels. (Pahlavan, 2002).

A partir de cette théorie on a peut conclure que les comportements qui survienne de la part des résident, sont en réalité le résultat de l'observation et de mémorisations qui ce fait lors de manifestation des actes agressifs de la part d'un des résidents.

4.6 : Théorie biopsychosociale de l'agression :

Selon (Gur et al, (1995);Thornhill et al, 1992), l'approche biopsychosociale de l'agression, s'intéresse à l'interaction de multiples facteurs (biologique, physiologiques, mécanisme d'apprentissage et expériences sociales) seraient à l'origine du comportement d'agression. Selon les tenants de cette approche, les facteurs génétiques, hormonaux et neuronaux jouent un rôle prépondérant dans le contrôle de l'agression, mais l'activation et le mode d'intervention de ces facteurs dépend de l'apprentissage et du contexte social de leur expression. Comme ils supposent aussi l'existence d'une certaine flexibilité au niveau du système nerveux, c'est alors la relation dynamique entre les différents centres nerveux ainsi la relation et l'environnement qui serait à l'origine des changements spécifiques au niveau du système nerveux (Bandler et al, 1966 ; Panksepp, 2000 ; Siegel et al, 1995). (Pahlavan, 2002).

Panksepp s'est référé au processus de renforcement, activés par la fluctuation de l'activité du système d'exploration et les comportements de consommation qui y sont associés, donneraient alors à la colère le statut d'une réponse appétitive et instrumentale. Ce type d'apprentissage serait assuré par un conditionnement classique ou opérant et l'observation directe ou indirecte, voire symbolique, c'est pour cela que le résident prendrait conscience des comportements agressifs engendrés par lui toute au long de son séjour dans le foyer. Dans cette perspective, c'est l'inégalité de pouvoir et de statut ainsi que les facteurs biologiques et physiologiques qui seraient responsable des actes violents. (Pahlavan, 2002).

5. Dimensions de l'agressivité :

5.1 : Dimension éthologique de l'agressivité :

L'éthologie comparative définie en 1951 par Tinbergen comme «la Science objective du comportement» est née des observations de terrain des zoologistes du siècle précédent. C'est à Lorenz que revient le mérite d'avoir tenté d'appliquer les principes de l'analyse éthologique au comportement de l'homme. Dans son ouvrage consacré à «l'histoire naturelle de l'agression» paru en (1963), il essaye, par de nombreux exemples empruntés à la vie en communauté des animaux, d'approcher les causes, les mécanismes régulateurs éventuels et les conséquences de l'agressivité avec celle de l'homme. (Lorenz ,1997).

a. L'instinct :

Les philosophes voyaient l'instinct comme une « impulsion interne» propre à celui chez qu'il se manifestait; les vitalistes eux, l'entendaient comme une force vitale transcendant la biologie Pour les éthologues, l'instinct est un «mouvement endogène» destiné à favoriser la conservation de l'espèce. (MCDougle et al, 1998).

d. Mécanismes de régulation :

Il existe de nombreux comportements apparemment spontanés et sans justification qui sont nés de l'évitement du passage à l'acte agressif. L'évolution a su trouver divers moyens pour faire l'économie de combats intra spécifiques trop répétés sans pour autant perdre le bénéfice de telles luttes.

- La réorientation: Il s'agit pour Lorenz de «l'échappatoire la plus ingénieuse que l'évolution ait inventée pour diriger l'agression vers des voies inoffensives » (Leaf et al, 1975). Elle permet l'abréaction du mouvement instinctif.
- La ritualisation: Il s'agit de la transformation des mouvements de charge débutant le combat en une sorte de «parade» ou simplement de petits mouvements stéréotypés dont la production peut devenir totalement

indépendante de la présence de l'ennemi. Elle sert à canaliser l'agression dans des voies non nocives pour la survie de l'espèce.

- L'inhibition : Ce mécanisme est de loin le plus intéressant pour notre travail car nous verrons lors de l'étude des phénomènes biochimiques impliqués dans la genèse de l'agression que l'hypothèse d'un défaut d'inhibition de la neurotransmission cérébrale est une des pistes d'explication de la violence pathologique. (Lyasse-Sanchez, 2002).

Selon Lorenz (1994), l'homme a dompté les éléments qui mettaient perpétuellement sa vie en péril, il a appris à lutter contre les espèces animales qui le menaçaient. Alors, comme les cichlides de l'aquarium de Lorenz qui en sont réduits au meurtre de leur conjoint lorsqu'on leur enlève tout autre adversaire, les hommes ne peuvent plus que s'exercer à se battre entre eux. C'est un exemple de cas où l'évolution produit des résultats dits non adaptatifs car la sélection n'a plus rien à voir avec l'environnement extra spécifique. La modification des conditions d'existence des hommes a vu constamment diminuer les distances interindividuelles, restreignant ainsi le territoire de chacun, et provoquant la fatigue des réactions sociales. (Lyasse-Sanchez, 2002).

5.2 : Dimension sociologique :

Il est difficile de réaliser une synthèse des différents courants de pensée sociologiques tant ils sont variés et contradictoires dans leur approche théorique et leur analyse de la violence et de l'agressivité. Michaud (1999), différencie (03) types de théorisation, fonctionnaliste, systémique et marxiste.

- La première, défendue notamment par Burgess, repose sur la constatation que le développement des groupes leur confère un fonctionnement de plus en plus sécurisé et une stabilité de plus en plus importante, avec comme contrepartie une capacité d'adaptation à l'environnement de plus en plus faible. La fonction des guerres et des conflits est d'entraîner la perte de cette différenciation des groupes, permettant en quelque sorte de

nouveaux développements et donc de nouvelles adaptations et, à terme, une coexistence des groupes en conflit.

- La théorie systémique, elle, voit la violence comme marquant le dépassement des capacités d'adaptation d'un système de variables à son environnement.
- La théorie marxiste, enfin, considère que les transformations sociales inévitables passent nécessairement par la violence.

Parallèlement à ces théories, l'analyse des phénomènes de violence donne des résultats très variables. Les études empiriques, qu'il s'agisse d'études de larges cohortes ou d'études microsociologiques, aboutissent à des chiffres interprétés parfois très diversement selon les variables prises en compte. Comportements agressifs en son sein. Au Venezuela, la société peu hiérarchisée des Yanomami, sans institutions d'autorité voit dans la violence le seul instrument de « contrôle social ».

Enfin, l'interprétation que l'environnement social donne de la violence peut jouer un rôle de renforcement positif qui favorisera sa répétition. Un acte terroriste, destiné à voir triompher une idéologie, qualifié de compréhensible par un nombre même petit d'observateurs sera ainsi encouragé et se reproduira. D'autres facteurs démographiques prédisposeraient à la violence: le sexe masculin, la consommation d'alcool ou de toxiques et surtout les antécédents de violence.(Baver A, Ravfer X, 2001).

5.3 : Dimension comportementaliste :

Dans le domaine plus précis de l'étude de l'agressivité, l'approche behavioriste a donné naissance en 1939 à la théorie Frustration - Agression de Miller et Dollard. La frustration se définit comme l'empêchement pour le sujet d'atteindre le but qu'il s'est fixé. Les motivations humaines sont divisées en des motivations primaires, innées et des motivations secondaires, résultat de la mise en jeu de conditionnements partiellement sociaux. Dans l'analyse de la

criminalité intervient aussi la crainte de la punition. Ainsi, une forte frustration ne se traduira pas par un comportement agressif si la peur du châtime est forte. Inversement, en l'absence de crainte d'une punition, même une frustration de faible intensité pourra déboucher sur un passage à l'acte agressif grave. En cas d'impossibilité de diriger l'agression sur l'agent de la frustration, si par exemple la crainte de la punition est trop forte, il peut y avoir déplacement de l'agression sur un substitut, voire sur le sujet lui-même. Diverses expériences rapportées par Moser (1994) de mesure de l'agressivité de sujets sains après avoir été soumis à des frustrations ne confirment cependant pas cette théorie. (Lyasse-Sanchez, 2002).

6. L'aspect psychologique de l'agressivité :

6.1 : Frustration et agressivité :

En 1957, à la suite des nombreux travaux expérimentaux faits par le «groupe de Yale» depuis 1939, parut une thèse de Dollard, Doob et Miller, Frustration et agression, dont le retentissement fut considérable. Les auteurs y dépeignaient les comportements agressifs comme des réactions à des frustrations. On appelle frustration, en psychologie dynamique, tout obstacle mis à la satisfaction d'un désir, y compris par le sujet lui-même. La thèse des auteurs est radicale: «L'existence d'un comportement agressif présuppose toujours l'existence de la frustration et, inversement, l'existence de la frustration mène toujours à quelque forme d'agression.» Ils étudiaient avec précision les liens entre l'intensité de la frustration et celle de la réponse aggressive, les effets d'inhibition des sanctions sociales sur l'agressivité, etc. Sous cette forme radicale, la thèse fut critiquée. Le grand expérimentateur Kurt Lewin montra que les individus réagissent très différemment à la frustration et que celle-ci peut aussi bien conduire à la passivité résignée qu'à l'agressivité. Il fut établi (Miller lui-même dut en convenir plus tard) que l'agressivité n'était que l'une des réponses possibles à la frustration et qu'il en existait d'autres.

6.2 : Agressivité normale et pathologique :

Les comportements agressifs ne sont pas pathologiques en eux-mêmes, par contre ils sont nécessaires à l'évolution de l'individu. L'agressivité permet à l'individu de s'affirmer face à autrui comme un sujet, lieu des désirs et de volonté, et qu'il conquiert les limites de son moi et de sa propriété (ses jouets, sa chambre etc.). L'absence de sens de la propriété peut être pathologique (indistinction entre soi et les autres), comme l'est un sens de la propriété exagérée (trop grande jalousie fraternelle). (Rouhier, 2011).

Dans cette veine, en ce qui attrait a l'agressivité, le Docteur Jean Elie Larrieux montre que le normal et le pathologique varient d'une société à l'autre, tout comme l'acceptation d'une agressivité bonne ou mauvaise varie d'un milieu à un autre. Certains comportements agressifs sont valorisés et gratifiés par la société et la culture. La société a une tendance à accepter une agressivité commise par un sujet sympathique et aime et perçoit l'agressivité de l'individu peu aimé comme anormal. (Darrow, 1966, Shepherd et Baglay, 1970).

6.3 : Pathologie psychiatrique et agressivité :

Dans les états névrotiques, l'agressivité est d'autant moins apparente que les mécanismes de défense, qui lui permettent de s'exprimer de façon codée, sont plus efficaces. C'est dans la névrose obsessionnelle que l'agressivité est la plus intense mais aussi la plus masquée par des formations réactionnelles extrêmement organisées. Quelques émergences peuvent se manifestés par la colère, tics, ironie, mais les passages à l'acte restent exceptionnels et sont souvent marqués par l'ambivalence, le remords et le désir de punition. Dans l'hystérie, l'agressivité s'inscrit plus souvent dans la mise en échec et la culpabilité de l'autre. (Larousse, 2011,3eme édition).

Chez les psychopathes il n'ait y a pas de limites dans le passage à l'acte, l'infirmier est un représentant de « la loi » qu'il ne supporte pas. Le patient

psychotique n'aime pas la relation à l'autre, l'agressivité est l'expression d'une angoisse profonde. En ce qui est des personnes paranoïaques ils nient plutôt leur agressivité, elles font une projection, l'autre est persécuteur. (Kubler, 2012).

7. L'évaluation de l'agressivité :

Il est nécessaire d'évaluer l'agressivité pour la comprendre et pour une prise en charge optimisée. Pour cela, il faut déterminer :

- Son mode de survenue, ses caractéristiques (verbales ou gestuelles).
- Son facteur déclenchant.
- Son intensité (modérée ou très violente faisant craindre pour la sécurité du malade et de l'entourage) et son évolution (rapidement résolue ou qui continue).
- Les signes associés (idées délirantes, hallucinations, phénomène de déambulation).
- Son retentissement sur la vie quotidienne du patient et de son entourage.
- L'influence de l'environnement. (Thomas, 2008).

➤ Les facteurs déclenchant

- La personne malade se sent excédée car elle n'est pas en mesure de comprendre une explication ou parce qu'elle reçoit trop de stimulations en un seul temps.
- Elle interprète mal la situation qu'elle vit et les intentions des personnes autour d'elle.
- Elle se sent infantilisée et donc non respectée. Elle sent qu'elle perd le contrôle de sa vie.

- Elle se met en colère car elle n'arrive pas à se faire comprendre, à communiquer.

- Elle marque son opposition car elle est persuadée que l'entourage a tort, par défaut de perception de ce qui l'entoure.

- Elle peut être agressive en réaction à la tension et au stress de l'entourage.

- L'immobilité forcée (la contention) ou la mobilité limitée sont sources de tension. (REIRA et al, 2006).

➤ **Les conséquences de l'agressivité :**

- L'épuisement des aidants,

- L'entrée en institution,

- L'épuisement des soignants (en ville ou en institution) qui n'arrivent plus à assumer leur rôle (maltraitance verbale ou physique, négligence).ibid.

8. La prise en charge de la personne agressive :

a) - En situation de crise :

- Lorsqu'un patient s'agite, devient agressif verbalement ou physiquement, la première des choses à faire est de garder la tête froide et d'essayer de prendre du recul.

- Si cela est nécessaire, s'éclipser de la pièce pendant 5 minutes.

- Revenir au bout de ces 5 minutes et l'aborder, lui parler calmement.

- Ne pas chercher à le raisonner car il n'est pas en mesure de le faire.

- Eviter les discussions et les recommandations.

- Lui signaler que vous avez compris qu'il est énervé, moins parler et mieux l'écouter.

- Eviter tous les mouvements qui pourraient lui évoquer un sentiment de menace.

- Ne pas chercher à contenir le patient (accepter la déambulation).

- Ne pas le toucher sans son accord, rester à proximité.

- Si besoin, lui indiquer calmement et aimablement les limites à ne pas franchir.

- Quand la situation s'est un peu calmée, il peut être utile de passer à une activité afin de se détendre.

b) – Aspect médical :

Lorsque la crise est passée, il faut la signaler au médecin car l'agressivité peut être liée à une agitation, une anxiété, des hallucinations, des idées délirantes, des troubles du sommeil. Celui-ci va réaliser :

_ Une anamnèse : c'est l'ensemble des informations récoltées auprès du patient mais, dans ce cas, cela se fera auprès de l'entourage (début des troubles, facteurs déclenchant, signes associés, modifications récentes de traitement ou auto médication).

- Un examen clinique : à la recherche d'une cause organique (déshydratation, fièvre, douleur, fécalome, rétention aigue d'urine...).
- Des examens complémentaires (si besoin).
- La cause organique (fièvre, constipation, etc...) est également traitée. (Thomas, 2008).

c) – La place des traitements :

Les solutions médicamenteuses existent pour gérer l'agressivité. Une diminution des comportements agressifs et autres troubles du comportement est décrite après usage des médicaments utilisés pour traiter la maladie. Par ailleurs, il existe des médicaments plus spécifiquement utilisés pour traiter l'agressivité au moment de la crise, selon les manifestations associées (idées délirantes, hallucinations, anxiété, ...). Cependant, aucun traitement n'est anodin ni dénué de risque (sommolence, chute, perte d'autonomie). Certains sont mêmes contre-indiqués par d'autres problèmes de santé associés à la maladie d'Alzheimer. (Thomas, 2008).

Cette prise en charge peut s'appliquer également au sein du foyer d'accueil, afin d'apporter un soulagement pour les résidents ainsi pour le personnel.

Conclusion :

Dans la mesure où l'agressivité implique le désir de faire reconnaître sa puissance par l'autre, elle ne vise pas sa destruction. Bien au contraire, elle en a besoin. Non seulement le lien avec l'autre n'est pas rompu mais il est même indispensable. À la limite, après le conflit, l'autre redevient un interlocuteur avec qui la coexistence est possible. Mais la satisfaction du désir de domination peut inclure le plaisir de faire souffrir. L'agressivité s'accompagne alors de sadisme, une forme de mise en scène du pouvoir sur l'autre.

Chapitre IV

Personnes âgées dans Le Foyer d'Accueil

Préambule.

1. Définitions.

1.1. Les établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) :

1.2. La personne âgée.

1.3. vieillissement.

1.4. vieillesse.

1.5. Gériatrie.

1.6. Gérontologie.

- Psychologie cognitive du vieillissement.
- L'approche des soins aux personnes âgées en institution.

2. Le rôle de la communication chez l'adulte vieillissant.

3. La communication interpersonnelle au sein du foyer d'accueil des personnes âgées.

4. Les conduites agressives en institution.

4.1. Le comportement agressif des personnes âgées.

4.2. L'importance de l'expression verbale pour le patient agressif.

5. Relation personnel-résidents.

6. Les compétences communicationnelles nécessaires pour le personnel.

Conclusion.

Préambule :

Les personnes âgées désignent une catégorie sociale comme une corporation regroupant les individus qui interagissent entre eux. Avec l'avancé en âge, il n'est pas étonnant d'observer des changements tant physique que psychologique, vieillir c'est aussi vivre des modifications profondes de notre environnement. Parfois il est difficile de départager les manifestations d'un dysfonctionnement psychologique et ce qui a trait au vieillissement normal. Dans ce chapitre nous avons essayé de donner un aperçu sur les facteurs peuvent conduire les personnes âgées a manifesté un comportement agressif et quels sont les techniques de communication interpersonnelle qui vont favorisées une bonne relation entre les résident et le personnel.

1. Définitions.

1.1. Les établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) :

Les établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) regroupent l'ensemble des structures qui accueillent des personnes âgées de façon permanente, temporaire, de jour ou de nuit. Ces établissements forment un continuum allant de structures non médicalisées de types maisons de retraite et logements-foyers non conventionnés (destinés essentiellement aux personnes âgées autonomes), aux Unités de soins de longue durée (USLD, ayant vocation à accueillir les personnes nécessitant une surveillance médicale constante). (Gorand, 2013).

1.2. La personne âgée :

De nombreux vocables sont utilisés dans le langage courant pour désigner les personnes âgées : troisième âge, quatrième âge, les aînés, les vieux, les vétérans, les seniors... Il n'y a pas de définition catégorielle de la personne âgée. Selon l'OMS, la personne âgée est une personne de plus de 65 ans, âge moyen de départ à la retraite. On peut préférer, pour qualifier le grand âge, identifier les seuils d'âge à partir desquels le risque de perte d'autonomie est relativement élevé, ou s'accroît de manière importante. On est alors plutôt amené à préférer le seuil de 75 ou 80 ans. (ANDRIAN J, in *Gérontologie et Société*, 2001, n° 98, p 41). Pour les gériatres, une personne est dite âgée quand différentes maladies combinées provoquent une certaine dépendance, ce qui est le cas en particulier à partir de 80 ans. (DONNIO, 2002).

La définition de la « personne âgée » est basée sur le critère d'âge de 65 ans et plus. Ce choix s'explique par plusieurs raisons. Tout d'abord, il s'agit de la borne d'âge la plus fréquemment utilisée dans la littérature médicale pour définir l'appartenance d'une personne au groupe des personnes dites « âgées ». De plus, cette définition correspond à celle de la segmentation des termes du thesaurus

Mesh de la base de données Medline définissant une personne comme âgée. Avec le partenariat méthodologique et le concours financier de la Haute autorité de santé, (Argumentaire avril 2009).

1.3. vieillissement :

Le vieillissement correspond à l'ensemble des processus physiologiques qui modifient la structure et les fonctions de l'organisme à partir de l'âge mûr. Il est la résultante des effets intriqués de facteurs génétiques (vieillesse intrinsèque) et de facteurs environnementaux auxquels est soumis l'organisme tout au long de sa vie. Il s'agit d'un processus lent et progressif qui doit être distingué des manifestations des maladies. L'état de santé d'une personne âgée résulte habituellement des effets du vieillissement et des effets additifs de maladies passées (séquelles), actuelles, chroniques ou aiguës. (DUQUESNE, 2011).

Le vieillissement est un processus biologique continu depuis la naissance jusqu'à la mort, qui modifie constamment la structure et le fonctionnement de notre être et qui comporte une phase de développement suivie d'une phase de déclin. Une personne est considérée comme âgée après 60-65 ans. Le 3^e âge est le passage de la période active à la retraite. (Carmen, 2004-2007).

1.4. La vieillesse :

« Troisième âge de la vie, après la croissance et l'âge adulte. Il est difficile de déterminer le moment où commence la vieillesse, cela dépend moins de l'âge que des conditions physiques, morales ou sociales que l'on a connues. Cependant on peut dire que la sénescence débute aux environs de soixante cinquième année... ». (Sillamy Norbert, Dictionnaire de la psychologie, 2003. P 311).

Elle connaît plusieurs définitions : L'OMS retient le critère d'âge 65 ans et plus. Une définition sociale utilise l'âge de cessation d'activité professionnelle, ce qui revient à entrer dans la vieillesse à 55-60 ans ! Pour le calcul des taux d'équipements et de services destinés aux personnes âgées, l'âge de 75 ans est pertinent. Enfin, l'âge moyen constaté dans les institutions gériatriques est d'environ 85 ans. La perception de sa vieillesse ou de celle des autres est très variable et personnelle. (DUQUESNE, 2011).

1.5. Gériatrie :

Selon le Dictionnaire d'orthophonie, c'est une branche de la médecine s'occupant des maladies des personnes vieillissantes. La gériatrie s'attache d'une part à l'étude biologique des phénomènes responsables du vieillissement pour en diminuer les effets, d'autre part à tout ce qui concerne l'hygiène et le mode de vie propres aux personnes âgées (avec notamment ces dernières années le développement des métiers liés à une politique de santé favorisant le maintien à domicile des personnes), d'autre part enfin aux soins et thérapies adaptées aux maladies plus spécifiques des personnes âgées (exemple : les maladies de la prostate chez l'homme ou l'ostéoporose chez la femme, les maladies dégénératives). (*Dictionnaire d'orthophonie*, 2004, p. 108).

1.6. Gérontologie :

1) étude des modifications du corps humain liées à la sénescence.

2) études démographiques, économiques, psychologiques, sociologiques, des problèmes socio-économiques liés à la démographie sans cesse croissante des personnes âgées dans les pays occidentaux : âge de la retraite, aides financières, construction d'établissements de soins, etc. Les problèmes médicaux de la gérontologie constituent le domaine de la gériatrie. (*Dictionnaire d'orthophonie*, 2004, p. 108).

- **Psychologie cognitive du vieillissement :**

La psychologie cognitive s'intéresse à l'étude des fonctions comme la mémoire, le langage, l'attention, et à celle des mécanismes cognitifs qui sous-tendent la performance dans ces différents domaines. La psychologie cognitive du vieillissement a pour objectif d'étudier les effets de l'âge sur le fonctionnement et sur l'efficacité de ces mécanismes. Nous présenterons globalement les effets de l'âge dans trois principaux domaines : l'efficacité intellectuelle : Il peut se diviser en deux grands domaines.

1) Le domaine de l'efficacité cristallisée ;ou aspects « pragmatiques » de la cognition : qui réfère aux connaissances apprises des individus.

2) Le domaine de l'efficacité fluide ;ou aspects « mécaniques » de la cognition : qui renvoie à la capacité d'adaptation à des situations nouvelles, au raisonnement hors contexte, au calcul mental, etc.

Si dans le domaine de l'efficacité fluide les performances diminuent avec l'avancée en âge, dans le domaine des connaissances cristallisées, on observe une augmentation des performances avec l'âge jusqu'à 55-60 ans, puis un maintien tardif du niveau de performance ; La mémoire : On peut distinguer plusieurs formes de mémoire qui sont affectées différemment par l'âge. La performance aux épreuves évaluant certaines formes de mémoire comme la mémoire épisodique (mémoire des événements passés, inscrits dans un contexte spatial et temporel donné) diminue avec l'âge. D'autres formes de mémoire comme la mémoire procédurale (mémoire des savoir-faire, comme s'habiller ou faire du vélo) sont préservées chez la personne âgée ; et enfin le contrôle cognitif : Il peut être défini comme la capacité à focaliser son attention sur une information pertinente à la tâche en cours et à inhiber les informations non pertinentes. Le contrôle cognitif est sollicité quotidiennement, par exemple lorsqu'on doit suivre une conversation dans un milieu bruyant. Les

performances aux tests évaluant le contrôle cognitif diminuent généralement avec l'avancée en âge. (Lebahar et Azzopardi, 2011, pp1 et 2).

- **L'approche des soins aux personnes âgées en institution :**

Les éducateurs doivent acquérir en plus de leur savoir commun, un savoir spécifique à leur activité, qui les rend plus efficaces et plus compétents. Cela est possible par le biais de formations. Pour atteindre ces objectifs, l'éducateur doit avoir un projet professionnel, comprenant des considérations générales sur la personne âgée, et il doit également utiliser une démarche de soin qui permet de personnaliser la prise en charge. Les soins infirmiers en gérontologie reposent sur l'approche globale de l'homme, qui prend en compte toutes les dimensions de l'être : biologique, psychologique, sociologique, émotionnelle, spirituelle, culturelle, énergétique et environnementale. Ils s'adressent à des personnes âgées bien portantes ou malades. De plus, ils prennent en compte les besoins humains fondamentaux définis par Abraham Maslow. Celui-ci propose une classification hiérarchique des besoins sous forme d'une pyramide où l'on retrouve les besoins physiologiques, les besoins de sécurité, d'appartenance et d'estime, ainsi que les besoins de se réaliser. Pour satisfaire un besoin, il faut satisfaire le besoin de l'étage inférieur. Le recueil des données, basé sur les besoins de la personne âgée, permet d'organiser les soins spécifiques à chaque personne, qui ne peuvent donc être exécutés en série, mais de façon globale.

Les soins sont également le moyen d'établir un contact et de reconnaître la personne âgée en tant qu'être. Pour optimiser la communication, il est important de prendre en compte l'histoire de chacun : même si les personnes âgées institutionnalisées ont un âge défini, elles n'ont en aucun cas vécu les mêmes événements en dehors du foyer, par exemple. Leur vécu est unique, tant au niveau de l'histoire de vie que des recueils de données des habitudes de vie de la personne. La communication prend également en compte la valorisation de la personne : celle-ci passe par le respect, la considération. C'est l'étape qui

semble le plus aller de soi pour les éducateurs et qui est pourtant quotidiennement bafouée. Encourager la progression par un regard ou par un geste, c'est inscrire dans son travail que l'autre n'est pas un fardeau, qu'il n'est pas subi. Le travail de l'éducateur passe donc par une humanisation de la relation. (Dupré, 2003).

2. Le rôle de la communication chez l'adulte vieillissant :

« Au même titre que le sexe ou l'origine ethnique, l'âge est utilisé comme critère définissant diverses catégories sociale. Dès lors, les individus d'une génération donnée sont supposés partager un certain nombre de caractéristiques communes. Cette attribution de traits propres à une classe d'âge n'est pas sans conséquences sur l'utilisation du langage et plus largement sur la communication interpersonnelle ». (Feyereisen et Hupet, 2002, p.13.)

En effet, on se rend compte que les adultes jeunes ont des croyances liées au langage des personnes âgées, et que, d'après cela, ils adaptent leur langage lorsqu'ils communiquent avec leurs aînés. En fait, on observe souvent une infantilisation dans la manière qu'ont le personnel soignant et l'entourage de s'adresser aux personnes âgées (surtout au sein des institutions), celle-ci étant souvent décalée par rapport au niveau de capacités de la personne âgée. Cela part d'une bonne intention, la personne accompagnante voulant aider la personne âgée à comprendre et à suivre la communication, mais cela n'en reste pas moins un écueil important à éviter, puisque cette attitude renforce le sentiment de dépendance et d'incapacité du vieillard. (Rebert, 2010, p 43).

3. La communication interpersonnelle au sein du foyer d'accueil des personnes âgées :

La CIP est importante car elle mène directement à de meilleurs résultats sanitaires. Un chemin est clairement tracé reliant les processus, par exemple, la manière dont communiquent les prestataires de soins de santé, aux résultats

immédiats, tels que la satisfaction et le rappel des patients, puis aux résultats finals, à savoir l'adhésion des clients aux protocoles de traitement et à de meilleurs résultats sanitaires. D'où l'importance que nous accordons à l'amélioration des compétences de communication des prestataires. (De Negri, Brown et al, 1997).

Au niveau du foyer d'accueil, la CIP est importante car elle mène à de meilleurs résultats lors de la prise en charge des personnes âgées institutionnalisées. Donc la manière dont communiquent le personnel avec les résidents porte plus de valeur, et aide l'adaptation des personnes âgées avec le personnel au sein de l'institution.

La communication interpersonnelle joue un rôle important au niveau du foyer d'accueil des personnes âgées, Il est évident que l'évaluation de la fonction d'accueil doit se faire régulièrement en y associant le personnel et en laissant émerger la créativité des uns et des autres dans cette institution.

L'aide-soignante, tout en parlant, rentre dans le champ de vision du patient pour capter son attention, l'appelle par son nom (ou par son prénom, s'il y réagit plus, en accord avec l'équipe et la famille), lui tend la main ou lui touche l'avant-bras, lui dit bonjour. Elle se présente et explique ce qu'elle va faire, lui donne des repères de temps. Elle pourra répéter plusieurs fois la même information courte pour que la personne sorte de son assoupissement et reprenne contact avec la réalité environnante. La professionnelle évitera de parler de loin, rapidement, avec un ton de voix fort, aigu et infantilisant. Elle observe les réactions, même imperceptibles, du patient. Si le patient dit quelques phrases ou quelques mots, l'aide-soignante les répète pour lui montrer qu'il est entendu et pour l'inciter à poursuivre. S'il manifeste des émotions, elles sont accueillies simplement. Mais le risque est grand, dans les services accueillant des personnes âgées dépendantes, de s'installer dans la routine des soins et de perdre de vue le sens des actes réalisés. Conjointement à la technique, l'observation

fine, la patience, le respect du rythme, la sollicitation de tous les sens, une voix douce sont les clés pour créer une relation singulière. Un autre mode de relation très riche peut s'établir. (Carillo, 2013).

Il sera de même pour les personnes âgées placées dans des foyers d'accueil, car eux également de leurs parts ont besoins d'être traités d'une manière un peu spéciale qui leurs redonnent du courage et l'intérêt pour la vie, du fait qu'ils ne sont plus chez eux.

Et pour développer une bonne relation avec les personnes âgées institutionnalisées, sont en mesure de respecter les patients et reconnaissent que leurs préoccupations sont importantes. Les prestataires de soins de santé devraient montrer qu'ils se soucient d'eux tout au long de leurs prise en charge cela permet de créer une relation de confiance et un bon rapport avec les patients. Et cela en donnant le ton : En accueillant et en saluant les patients de manière culturellement appropriée, qui communique ouverture et souci de l'autre ; utilisant une communication non verbale appropriée : Le prestataire doit vérifier que sa position, son contact visuel, ses gestes, le ton de sa voix, ses manières et ses attitudes sont appropriés et favorisent le dialogue avec le patient ; Demandant ce qu'il ressent : Inviter le patient à parler de la manière dont il se sent physiquement et émotionnellement ; le traitant avec respect : Le prestataire doit montrer au patient, de manière explicite et implicite, qu'il est respecté et estimé ; Validant l'expérience et les efforts des patients : Le prestataire doit reconnaître l'expérience et les efforts faits par le patient de manière honnête et directe. On peut le faire en indiquant qu'on se préoccupe de lui, en faisant preuve d'empathie ou en légitimant ce que dit le patient pour lui montrer qu'on se soucie de son problème ; se faisant l'écho de ses émotions : Le prestataire devrait aider les patients à exprimer ce qu'ils ressentent en répétant ce qu'ils disent ; exprimant soutien et collaboration : Il est bon d'indiquer aux patients que le prestataire travaille avec eux pour que leurs états s'améliorent ; et

en les rassurant : Le prestataire devrait encourager et rassurer les patients sur le résultat. (De Negri, Brown et al, 1997).

4. Les conduites agressives en institution :

Stanislas Tomkiewicz (1980), fut le premier a parlé des conduite agressives en institution en disant: « toute institution secrète de la violence. Il faut qu'on se le dise, il faut que l'on comprenne que c'est quasi naturel. Ce qui n'est pas naturel, c'est une institution non violente ».Si on distingue habituellement entre les violences exercées par une personne prise isolément (passage à l'acte individuel et isolé) et les violences générées par l'institution elle même, il s'avère que les deux sont étroitement liées. L'institution crée, organise, contrôle et régule les conditions dans lesquelles sera produite et délivrée la prestation d'accueil et de soins. Dans ce sens les conduites agressives en foyer d'accueil peuvent être analysées comme le résultat de défaillances du système complexe qu'est le centre et le personnel qui est travail.

Tomkiewicz a parlé aussi des défaillances latentes et patentes liées pour les premières, aux conditions d'installation (locaux, équipements, conditions de sécurité), aux conditions d'organisation en particulier tout ce qui concerne le cadre institutionnel (projet d'établissement, caractéristiques propres de la direction), la gestion du personnel (recrutement, effectifs), et aux conditions de prise en charge à travers les soins, l'accompagnement, l'hébergement et la restauration. C'est en ce sens que l'on pourrait réfléchir en termes d'analyse systémique. Les défaillances patentes peuvent être liées à des erreurs humaines, à des conduites déviantes, à l'ignorance des personnes, à leur incompetence... Elles sont le plus fréquemment liées à l'usure professionnelle des personnels qui interviennent auprès des personnes âgées. (Joël, 2005).

4.1. Le comportement agressif des personnes âgées :

A première vue, personnes âgées et agressivité semblent deux notions diamétralement opposées et sans même aucun rapport entre-elle, personnes âgées, grand parents, bonne maman, font immédiatement penser aux personnes âgées gaies, prenant soins d'elles et des autres membres du centre. Dans ces clichées, les personnes âgées semblent profiter chaque jours de leur vie, et ils sont toujours de bonne humeurs. Hélas, la réalité est parfois très éloignée de cette image et certaines personnes âgées semblent ne plus pouvoir s'adresser au personnel, qui fait pourtant parfois d'importants efforts pour eux, qu'en termes de reproche. Les éducateurs des personnes âgées institutionnalisées, sont régulièrement confrontés aux attaques verbales ou physiques inattendues des pensionnaires des homes, des attaques qui se soldent souvent par des égratignures ou des hématomes, mais aussi parfois une incapacité de travail. (Lefebve, 2004).

Une étude de W. Evers, A .Brouwers et W .Tomic confirme que l'agressivité est bel et bien une réalité dans les homes pour personnes âgées. Dans ce cadre, ils ont distinguées :

- L'agression verbale.
- L'agression dirigée sur les objets.
- L'agression dirigée sur les personnes.
- L'auto agression (sur soi-même).

Cet audit prend également note de l'intensité du comportement agressif : léger, modéré, fort ou extrême. Il ressort de la littérature que le comportement agressif des pensionnaires des maisons d'accueils n'est en fait que rarement déclaré.

Les auteurs suggèrent que les éducateurs nient souvent le comportement agressif ou indésirable des résidents, les éducateurs considèreraient en fait souvent ce comportement agressif comme un échec personnel. Il ressort de la

pratique que les éducateurs et les auxiliaires de vie considèrent également le comportement agressif des personnes dans une certaine mesure comme « inhérent à leur travail ». Bien que l'agression dans les soins de santé mentale soit devenue un thème dont on parle depuis quelques années, dans le cadre des soins dans les foyers d'accueils des personnes âgées, ce thème reste empreint d'un certain tabou. Et c'est précisément ce silence qui rend la situation particulièrement dangereuse. (Lefebve, 2004).

Toute forme d'agression, est salissante et traumatisante car elle porte atteinte à l'intégrité psychique ou physique de la personne contre laquelle est dirigée. Le travail avec des personnes âgées qui ont un comportement difficile peut engendrer des sentiments d'angoisse, des dépressions, un absentéisme pour cause de maladie ou même de burn-out. Les agressions physiques et psychiques sont fortement corrélées à l'apparition d'un épuisement émotionnel et à la dépersonnalisation. (R. Macpherson, R.J. Eastley, 1994).

Lorsque le personnel ne dispose pas des capacités suffisantes dans la gestion de l'agression, il s'inquiète de sa propre sécurité et craint aussi pour le bien-être des autres pensionnaires. Le fait de passer l'agression sous silence peut avoir des conséquences graves, non seulement pour les auxiliaires de vie, mais également pour la personne âgées et le personnel du foyer. Face à leur bouffées d'agressivité certaines personnes âgées ne savent plus ce qui leur arrive et comprennent dès lors mal les réactions parfois assez rudes du personnel. Souvent aussi, leurs comportements perturbateurs et bouleversants entraînent leur isolement par les autres ou même un comportement négatif. Lorsque des sédatifs sont instaurés dans ces cas, ils le sont à tort et inutilement car leurs effets secondaires aggravent encore la situation. (Lefebve, 2004).

4.2. L'importance de l'expression verbale pour patient agressif :

Si une personne exprime verbalement colère, désaccord, déception ou peur, la tension émotionnelle qu'elle ressent diminue. En revanche, toute tentative de raisonner un patient sous l'emprise d'une forte colère sera vaine, parce qu'il n'est pas en mesure d'écouter ou de raisonner sous le coup de l'émotion. Quand le "trop plein émotionnel" est vidé, l'aide-soignante peut reprendre la parole pour proposer une solution ou pour orienter le patient vers un autre professionnel. De plus, l'expression verbale apaise la tension émotionnelle et donc réduit aussi les risques de violence physique. Dans certains cas l'aide-soignante peut ressentir de l'empathie envers un résident très en colère parce qu'elle comprend les raisons de son incapacité à garder son calme. Cela ne veut pas dire pour autant de ne pas intervenir pour stopper les injures ou un comportement insolent. Il est possible d'être ferme et respectueux. Par exemple « Oui Monsieur, vous êtes très en colère. Mais je ne suis pas d'accord pour que vous m'injuriez. Quand vous hurlez, je ne peux plus vous aider. » Soit le résident réussit à se calmer, soit l'éducateur peut lui proposer de le laisser tranquille et de revenir dans un petit moment. Toutefois, si le malade est sous l'emprise d'un psychotrope, lui dire « ne m'injuriez pas » ne sera pas efficace. De même, dire à une personne en colère « calmez-vous ! » ou « ne vous énervez pas » provoquera l'effet inverse. (Carillo, 2013).

5. Relation personnel-résidents :

La relation médecin-malade est encore un enjeu de la médecine, et a fortiori de la médecine générale. Elle est maintenant étudiée sous l'angle des habiletés communicationnelles et relationnelles et il a été établi des compétences qui peuvent être enseignées par et pour les médecins. Elle est devenue un objectif d'enseignement dans les facultés de médecine et les compétences en communication font partie du référentiel métier du médecin généraliste. Une meilleure communication améliore le suivi des traitements, les résultats

cliniques et la qualité de vie des patients. Elle augmente également leur satisfaction ainsi que celle des médecins. Enfin, une plus grande participation des patients aux décisions médicales diminue leur anxiété et améliore leur santé. (Pailhe, 2012).

Donc parlant de la relation personne âgée institutionnalisée-personnel est aussi un enjeu primordial pour une meilleure adaptation. Une meilleure communication et la participation des résidents aux décisions médicales et personnelles améliore leur prise en charge et leur qualité de vie et augmente également leur satisfaction ainsi que celle du personnel.

Les conditions dans lesquelles va s'effectuer l'entrée dans l'établissement hospitalier peuvent influencer directement les relations qu'entretiendra par la suite l'utilisateur avec l'établissement d'accueil. Il est donc primordial de connaître la façon dont a été ressentie l'admission par les patients. Aussi, les interrogés sur la qualité de l'accueil. Les différentes composantes de l'accueil supposent une connaissance et une reconnaissance des personnes âgées et de leurs histoires, qui demandent, de la part du personnel, un effort constant d'écoute, de compréhension et d'adaptation. C'est cet effort permanent qui porte l'appellation « d'un esprit d'accueil ». (Perrisse, 1994).

La relation personnel/résidents englobe tout acte, geste technique ou de confort dans un contexte d'accueil. Elle passe par le biais de différents supports, et son mode de fonctionnement est aléatoire selon la position de chacun des protagonistes et la nature du message émis par ceux-ci. Alors on peut distinguer deux dans les foyers d'accueil :

➤ **Agressivité du résident :**

L'agressivité du résident se manifeste de différentes manières : les actes d'incivilité se multiplient. Ils consistent en des intimidations (menace le personnel à la fin de son service ou de lui détériorer son véhicule), un ton

employé pour faire pression, des insultes souvent à caractère sexuelle. Les résidents peuvent aussi créer le chaos dans un service (cris, chahut,). De nombreux résidents agressent physiquement le personnel, ces agressions se font avec arme (blanche, rasoir, scalpel ...), elles peuvent aussi être de nature verbale. Lors de ces accès d'agressivité, de nombreux biens sont détériorés.

➤ **Agressivité du personnel :**

Ce type d'agression n'est pas souvent perçu mais il existe vraiment. Le personnel n'agresse pas « consciemment », il ne le fait pas volontairement. D'après MICHEL et THIRION (2004), les émotions peuvent être contagieuses : un éducateur étant lui-même agacé ou énervé peut transmettre, sans le vouloir, cette attitude au patient. Lors des soins, il existe une violence médicale. En effet, les traitements, la succession du personnel, les contraintes hospitalières peuvent être vécus comme une agression venant des soignants. La charge de travail importante, le manque de moyens, l'impossibilité de prendre des vacances, le stress (ayant diverses origines) peuvent avoir des répercussions sur l'attitude du soignant et abaisser son seuil de susceptibilité puis provoquer de l'agressivité. Le soignant par négligence peut manquer au principe de base que sont la politesse, l'accueil courtois, l'explication des actes du parcours des soins. Ce manque d'attention envers le patient se produit plus souvent lorsque les périodes de travail sont longues et la charge de travail importante. (GBEZOBE, 2011).

6. Les compétences communicationnelles nécessaires pour le personnel :

- Pratiquer l'écoute active et bienveillante : Ecouter et reformuler les propos d'un interlocuteur pour démontrer sa bonne compréhension ;
- Pratiquer l'empathie : Reconnaître et accepter l'expression d'émotions et de ressentiments ;

- Comprendre les ressorts psychologiques des personnes : Aider les patients à prendre conscience de leurs représentations de la maladie et des traitements ;
- Echanger et informer : Expliquer les raisons des recommandations thérapeutiques. Expliquer les objectifs, bénéfices et modalités d'une démarche d'éducation thérapeutique du patient (ETP) ;
- S'accorder et convenir de l'action à mener : Choisir avec le patient les objectifs d'une démarche ETP ;
- Construire une relation de confiance : Encourager un patient à verbaliser des situations difficiles ou douloureuses ;
- Co-construire un projet : Mener la découverte de la situation d'un patient pour repérer ses ressources personnelles. (Saint-Denis, 2013).

Donc ces compétences peuvent être appliquées au sein du foyer d'accueil des personnes âgées, en pratiquant l'écoute active et bienveillante : En écoutant et appréciant les difficultés vécues par les résidents dans le cadre de l'institution ; En pratiquant l'empathie par la détection des signes qui indiquent une évolution des attitudes et des représentations des résidents ; En s'accordant et en convenant de l'action à mener par la négociation d'éventuelles adaptations avec les animateurs d'activité ; en construisant une relation de confiance par l'entraînement des résidents à renseigner et interpréter les données qui les concernent. En reconnaissant, valorisant et renforçant les réussites et les progrès du résident ; Et en construisant un projet par la conduite d'un questionnement qui amène le résident à s'auto-évaluer, à développer sa connaissance de lui-même et de son rapport à autrui.

Conclusion :

En conclusion, les personnes âgées vivantes dans des foyers d'accueil doivent se bénéficier d'une traitance aussi importante, d'où l'importance d'une bonne communication interpersonnelle prendra l'initiative pour assurer une bonne relation entre le personnel et les personnes âgées résidentes. Et le style de cette communication joue un rôle important dans ce circuit relationnel, ainsi qu'il doit être abordé par le personnel selon chaque personne âgée, car chacun a son propre fonctionnement et adaptation. De ce fait l'agressivité des personnes âgées institutionnalisées est à la fois complexe et simple. Elle est complexe car il veut à tout prix faire marcher tout le monde selon ses lois, elle est simple car il faut bien communiquer avec eux et gagner leurs confiance et utiliser des stratégies communicationnelle qui vont permettre de diminué leur comportement agressif, parce que tout le temps passait dans le centre passé au près du personnel du foyer, peut également influencer sur le comportement agressif des résidents.

*Partie
pratique*

Chapitre V

Méthodes et techniques

Utilisées

Préambule.

- 1- pré-enquête.
- 2- Présentation de lieu l'étude.
- 3- La présentation de l'échantillon de l'étude.
- 4- Les méthodes utilisées.
 - 4-1- Méthode descriptive.
 - 4-2- Méthode corrélationnelle.
- 5- Les techniques utilisées.

Préambule :

Dans ce chapitre, on va essayer de donner un aperçu sur la nature de notre recherche en commençant par la présentation du lieu de stage, la pré - enquête, l'échantillon de la recherche et enfin exposer la méthode et les outils utilisés ainsi les limites de la recherche et les difficultés rencontrés.

1. Pré- enquête :

La pré-enquête se fait par le biais de l'observation préliminaire des faits afin de recueillir le maximum d'information, qui permettent le déroulement de l'enquête. Elle est une phase de déchiffrement, d'investigation préliminaire de reconnaissance, une phase de terrain assez précoce dont les buts essentiels sont d'aider à construire une problématique plus précise et surtout à construire des hypothèses valides, fiables qui vont être argumentées et justifiées. La pré-enquête nous permet aussi de fixer en meilleure connaissance de cause, les objectifs précis, aussi bien finaux que partiels, que le chercheur aura réalisés pour vérifier ses hypothèses. (Aktouf, 1987).

Notre pré-enquête a eu lieu le 21/12/2014 jusqu'au 23/12/2014 au foyer d'accueil des personnes âgées de Bejaia, où on a pu prendre connaissance du milieu dans lequel on effectuera notre enquête pour la réalisation de notre mémoire, qui porte sur la relation entre le style de communication interpersonnel et le comportement agressif des personnes âgées. Donc voici deux observations majeures, que nous avons pu constater :

-Le terrain est accessible, tous les personnels du foyer sont compréhensifs par rapport à nos fins pédagogiques et scientifiques.

-La disponibilité des sujets d'étude par rapport à notre thème de recherche.

Les observations importantes obtenues à partir des entretiens réalisés avec le personnel du foyer d'accueil des personnes âgées :

-Les personnels en particulier les éducateurs, les femmes de chambres, les soignants,..., travaillent en collaboration entre eux, au profit des personnes âgées institutionnalisées, qui sont appelées « pensionnaires ».

-Parmi les résidents nous avons distingué deux catégories : ceux qui sont indépendants et ceux qui sont sous traitement psychiatrique. Donc le style de la

communication approprié et qui pourra éviter l'apparition du comportement agressif chez eux diffère, quelques-uns répondent quand le personnel utilise un style communicationnel coopératif et quelques-autres s'approprient avec le style direct. Selon les propos du personnel.

-Concernant l'agressivité des personnes âgées institutionnalisées qui ne sont pas sous traitement psychiatrique, selon le personnel on distingue entre : ceux qui sont agressifs de nature due et à leurs caractères autoritaires ; ceux qui sont agressif par rapport au vieillissement ; ceux qui n'ont pas fait le deuil, par rapport à la séparation avec leur milieu familial, et qu'ils voient impossible de cohabiter dans l'institution, surtout ils manifestent des comportements agressifs lors des occasions et cela par le rejet des visites familiales, en s'enfermant dans leurs chambres, en refusant de manger et de communiquer ; ceux qui se sentent un désespoir et un vide accru, ce qui crée en eux une agressivité envers le personnel ; ainsi ceux qui sont agressifs par rapport aux interventions des éducateurs et de l'équipe et cela pour le manque de compétence de ces derniers. Selon les propos du personnel.

-Deux classes distinctes de l'agressivité des personnes âgées, selon le personnel :

-Agressivité temporaire : celle qui ne dure pas beaucoup du temps.

-Agressivité permanente : celle qu'on trouve généralement chez les personnes âgées sous traitements psychiatriques et chez les non-voyants.

2.Présentation du lieu d'étude :

Notre stage s'est effectuée au sein du foyer pour personnes âgées et / ou handicapées de Bejaia(F.P.A.H), fondé le 27/04/2003, à l'occasion de la journée mondiale des personnes âgées. Ce centre est situé à Sidi-Ouali appeler

BELLIL.S. Il est le seul de ce genre au niveau de toute la Wilaya ; il est d'une superficie environ 8200m² dont 4800m² construit, et d'une capacité d'accueil de plus de 60 pensionnaires. Le foyer offre aux résidents un espace paisible et confortable, qui respecte leurs autonomies et leurs libertés. Il propose aussi des activités et des sorties qui répondent aux exigences des personnes âgées et des handicapées.

Le Foyer a pour mission l'accueil des personnes âgées plus de 50 ans avec ou sans ressources financières comme il accueille également des personnes handicapées de plus de 15 ans qui sont déclarées inaptes pour le travail et sans soutien familiale, il prend aussi en charge les sans domicile fixe(SDF) d'une durée momentanée.

Les personnes âgées, qui font objet d'un placement au niveau de FPHA sont orientées vers ce centre soit par la direction de l'action sociale (DAS), par l'APC de Bejaia, leur famille, ou bien par l'association des personnes âgées EL-RAHMA et parfois c'est la personne elle-même qui se présente au centre pour un éventuel placement. Et leur prise en charge se fait par la collaboration de plusieurs spécialistes des différents domaines : une psychologue, assistante sociale, médecin généraliste, éducateurs/éducatrice.

3. L'échantillon d'étude :

Pour notre recherche nous avons procédé au questionnement de 33 personnes âgées plus de 60 ans, hébergées dans le foyer des personnes âgées et /ou handicapés de Bejaia qui peuvent présenter un comportement agressif. Donc nous avons choisi cette tranche d'âge, car en gros au modo, le seuil d'entrée dans la vieillesse étant en général fixe, pour des raisons conventionnelles à 60 ou 65ans.

4. Méthodes utilisées :

Dans cette recherche nous avons optées pour la méthode mixte qui est un mélange entre la méthode descriptive et la méthode corrélacionnelle en vue d'obtenir le maximum d'information et de résultats, car les deux méthodes vont nous permettre de décrire la situation dans la quel se trouve les résidents et également de mesurer le degré de la relation entre le style de la communication interpersonnelle approprié et le comportement agressif :

➤ **Méthode descriptive :**

Elle consiste à « définir la nature et les limites des éléments qui composent l'objet, ainsi que les relations existant entre eux ». (Guideren, 2005, p125).

La méthode descriptive : c'est d'abord décrire, c'est-à dire dépeindre dans le but de transmettre une information précise, complète et exacte. L'information mène à la connaissance mais peut, pour cela, passer par différentes étapes : de la simple familiarisation au savoir à acquérir pour pouvoir construire de futures recherches en passant par la vérification de l'existence de relations causales entre des phénomènes, par la formulation d'hypothèses ou encore par l'inventaire de problèmes ou même par la clarification de certains concepts.(Martel,1988).

➤ **Méthode corrélacionnelle:**

C'est une méthode de recherche utilisée pour établir le degré de relation (corrélacion) entre deux variables. (Guideren, 2005, p125).

Elle est une des principales méthodes employée pour l'étude des troubles psychopathologiques est la méthode des corrélacions, impliquant le recours à des méthodes statistiques qui permettent d'examiner les relations existantes entre différents facteurs qui varient (on les appelle des variables). (Mednick, Parnas et Schulsinger, 1987 ; Parnaset *al*, 1993).

5. Les techniques utilisées :

➤ L'observation :

Dans la recherche scientifique, l'observation est donc conçue en fonction d'un cadre théorique de référence. Ce qui fait la spécificité de l'observation par rapport à l'interview est l'objet de la démarche. L'entretien est un acte de communication permettant des retours en arrière (cas de l'anamnèse) et des projections dans l'avenir et l'observation est un acte à sens unique (sauf dans le cas de l'observation participante) et porte sur une situation actuelle. (KAKAI, 2008).

➤ L'observation clinique :

Elle consiste à « relever des phénomènes comportementaux significatifs, leur donner un sens en les resituant dans la dynamique, l'histoire d'un sujet et dans le contexte ». Ainsi, le champ de l'observation clinique n'est réduit ni à l'observation des troubles psychopathologies), ni à l'observation psychanalytique (la réalité psychique). Elle concerne l'ensemble des conduites verbales et non verbales, les interactions, dans leur référence à la subjectivité et l'intersubjectivité. (Pedielli (1994) et Chahraoui, Bénony ,2003).

➤ Le questionnaire :

Est l'une des trois grandes méthodes pour étudier les faits psychosociologiques. C'est une méthode de recueil des informations en vue de comprendre et d'expliquer les faits. Le questionnaire est une méthode qui est uniquement collective. C'est une méthode quantitative qui s'applique à un ensemble (échantillon) qui doit permettre des inférences statistiques. C'est le nombre d'éléments de l'ensemble qui assure au questionnaire sa validité et qui permet aux informations obtenues d'être jugées dignes de confiance. À

l'inverse, dans une observation ou un entretien, c'est la qualité qui est le critère de pertinence. (Vilatte, 2007).

- **Le type de question :**

Dans notre étude nous avons eu recours aux questions avec échelle d'évaluation :

- Jamais.
- Parfois.
- Souvent.

Cette échelle d'évaluation peut comporter plusieurs propositions par exemple : très souvent, comme elle permet aussi d'évaluer et d'analyser les situations dans la quel se trouve le sujet d'étude. (Masson, 2001).

- **La formulation des questions :**

Le choix des mots et de leur formulation sont très important dans l'élaboration d'un questionnaire, et l'objectif de ce dernier est d'essayer d'obtenir le maximum de réponse dans un temps précis et restreint en lien avec la réalité de chaque sujet.

Pour la formulation de notre outil de recherche nous avons essayé de respecter les consignes suivantes :

- Une question ne doit contenir qu'une et une seule idée.
- Elle doit être simple (utiliser des mots simples du langage courant parlé).
- Elle doit être claire et précise (choisir des mots qui ont une seule signification et qui ne peuvent être mal interprétés par l'enquêté).

- Elle doit être courte et directe (craindre les négations et surtout ne pas utiliser de doubles négations).
- Elle doit être lue (ou entendue) facilement.
- Elle ne doit pas suggérer une réponse particulière.
- Elle ne doit pas comporter d'éléments d'émotivité.
- Les questions ne doivent pas dans la mesure du possible contribuer à la production de non-réponses (manque d'exhaustivité questions délicates,...). (Masson, 2001).

➤ **La répartition des items de notre outil de recherche :**

Pour notre étude nous avons distribué (02) échelles : une sur les deux styles de la communication interpersonnelle (coopérative et directe) et l'autre sur l'agressivité. Donc la première échelle se subdivise en deux parties : dont celle de la communication directe comporte (11) items portant les numéros suivant sur l'échelle : 2, 4, 6, 8, 10, 11, 13, 17, 21, 23, 25 ; et celle de la communication coopérative comportent (14) items, portant les nombres suivant sur l'échelle : 1, 3, 5, 7, 9, 12, 14, 15, 16, 18, 19, 20, 22, 24.

La deuxième échelle d'agressivité quant à elle, se subdivise en (03) parties, dont les (19) items de la première, qui sont sur l'agressivité symbolique, portent les nombres suivant sur l'échelle : 2, 3, 4, 6, 7, 9, 10, 12, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 22, 23, 26, 30, 31 ; Les (06) items de la deuxième concernent l'agressivité verbale, numérotés sur l'échelle comme suite : 1, 8, 13, 24, 25, 27. Et enfin les (06) autres items restants concernent l'agressivité physique et numérotés ainsi sur l'échelle : 5, 11, 14, 21, 28, 29. Voir annexe (.....).

➤ **La fiabilité de notre outil de recherche :**

Pour la fiabilité de notre échelle nous avons utilisés le test de coefficients de corrélation Alpha de CRONBACH. Le résultat d'agressivité obtenu est de 0,89 et en ce qui concerne l'échelle de communication le résultat est de 0,90. Les deux coefficients montrent que les échelles présentent un degré de fiabilité élevé, donc elles sont convenables avec les objectifs de la recherche. A savoir aussi, que cette outils été réalisées par nous même ou ont été dans l'obligation de le traduire en langue arabe et kabyle car il était distribuer dans la majorité du temps par ces deux langues.

Chapitre VI

*Analyse, interprétation et
discussion des résultats*

- 1- Analyse des résultats.
 - 1-1- Statistiques descriptives.
 - 1-1-1- Description des caractéristiques de l'échantillon.
 - 1-1-2-Description du type d'agressivité selon les caractéristiques personnelles.
 - 1-1-3-Description des deux styles de communication interpersonnelle selon le point de vue des personnes âgées.
 - 1-1-4-Les fréquences de l'agressivité générale selon ses types.
 - 1-2- Statistiques inférentielles.
- 2- Discussion et interprétation des résultats.

1- Analyse des résultats :**1-1- Statistiques descriptives :****1-1-1-Description des caractéristiques personnelles de l'échantillon :**

Ces tableaux suivants consistent à décrire l'échantillon selon les caractéristiques personnelles, tels que le sexe, l'âge, situation familiale, nombre d'enfants, niveau scolaire, l'atteinte de maladies chroniques ou psychiatriques et l'année d'entrer au foyer d'accueil.

Tableau n°01 : La répartition des sujets de notre étude selon le sexe.

Sexe	Fréquence	Pourcentage
Masculin	22	66,7 %
Féminin	11	33,3 %
Total	33	100%

Ce tableau représente la répartition des sujets de notre étude selon le sexe, qui est d'une totalité de 33 personnes âgées, dont 22 représente le sexe masculin d'un pourcentage de 66,7% contrairement au sexe féminin qui est de 11 femmes, et qui se représente par un pourcentage de 33,3%.

Tableau n°02 : La répartition des sujets de notre étude selon l'âge.

Age	Fréquence	Pourcentage
[60-65ans]	15	46%
[66-71ans]	8	24%
[72-77ans]	5	15%
78ans et plus	5	15%
Total	33	100%

Nous constatons dans ce tableau que le nombre des sujets de notre études, qui sont âgées de 60 à 65 ans représente un pourcentage plus élevé de 46% par rapport aux autres tranches d'âges.

Tableau n°03 : La répartition des sujets de notre étude selon leurs situations familiales.

Situation familiale	Fréquence	Pourcentage
Marié(é)	3	9,1%
Divorcé	11	33,3%
Veuf (Ve)	6	18,2%
Célibataire	13	39,4%
Total	33	100%

Ce tableau nous montre que parmi les sujets de notre étude qui représentent un pourcentage le plus élevé, qui est de 39,4% est celui des célibataires, par rapport au bas pourcentage des sujets mariés qui est de 9,1 %.

Tableau n° 04 : La répartition des sujets de notre étude selon leurs niveaux scolaire :

Niveau scolaire	Fréquence	Pourcentage
Analphabète	21	63 ,6%
Primaire	8	24 ,2%
Autre	4	12,1%
Total	33	100%

Ce tableau représente la répartition des sujets de notre étude selon leurs niveaux scolaires, dont 21 des personnes âgées sont des analphabètes, d'un pourcentage de 63,6% ; 24,2% pour les 8 personnes qui sont d'un niveau primaire et les 4 restants ont un niveau d'instruction élevé et qui représente le pourcentage le plus bas qui est de 12,1%.

Tableau n°05 : La répartition des sujets de notre étude selon leurs nombres d'enfants.

Nombre d'enfants	Fréquence	Pourcentage
[1-2]	7	21,2%
[3-4]	5	15,2%
Sans enfants	21	63,6%
Total	33	100%

Dans ce tableau ci-dessus nous constatons que la majorité de nos sujets d'étude, qui représente le pourcentage le plus élevé, qui est de 63,6% sont ceux qui n'ont pas d'enfants, et le bas pourcentage, qui est de 15,2 est représenté par ceux qui ont entre 3 à 4 enfants.

Tableau n° 06 : La répartition des sujets de notre étude selon l'atteinte de maladies chroniques.

Sujets atteints de maladies chroniques	Fréquence	Pourcentage
Oui	18	54,5%
Non	15	45,5%
Total	33	100%

Nous concluons dans ce tableau que les sujets atteints des maladies chroniques représentent un pourcentage élevé de 54,5%, face à un bas pourcentage de 45,5% pour des sujets non atteints.

Tableau n° 07 : La répartition des sujets de notre étude selon l'atteinte de maladies psychiatriques.

Sujets atteints de maladies psychiatriques	Fréquence	Pourcentage
Oui	13	39,4%
Non	20	60,6%
Total	33	100%

Nous observons dans le tableau ci-dessus que les sujets qui ne sont pas atteints de maladies psychiatriques représentent un pourcentage élevé de 60,6%, face à celui de 39,9% de ceux qui sont sous traitement psychiatriques.

Tableau n° 08 : La répartition des sujets de notre étude selon l'année d'entrer au foyer d'accueil des personnes âgées.

Année d'entrer au foyer	Fréquences	Pourcentage
Moins de 5 ans	18	54,5%
5-10 ans	11	33,3%
Plus de 10 ans	4	12,1%
Total	33	100%

Nous discernons dans ce tableau que les sujets ayants moins de 5 ans dans le foyer sont représentés par un pourcentage élevé, qui est de 54,5% et pour ceux qui ont 5 à 10 ans sont sous pourcentage de 33,3%, contrairement à ceux qui ont plus de 10 ans, qui se représente par un bas pourcentage de 12,1%.

1-1-2- Description du type d'agressivité selon les caractéristiques personnelles.

Tableau n°09 : La description des types d'agression présentés par nos sujets d'étude selon le sexe.

Types d'agression		Agressivité symbolique	Agressivité verbale	Agressivité physique
Sexe				
Masculin	Moyenne	29,82	10,23	6,59
	Ecart-type	6,92	3,07	96
Féminin	Moyenne	32,64	12,09	6,82
	Ecart-type	6,50	2,21	1,17
Total	Moyenne	30,76	10,85	6,67
	Ecart-type	6,81	2,92	1,02

Nous constatons dans ce tableau que les sujets des deux sexes manifestants une agressivité symbolique représentent la moyenne la plus élevée, qui est de 30,76, par rapport à l'agressivité verbale d'une moyenne de 10,85 et à l'agressivité physique qui est d'une moyenne de 6,67.

Nous observons ainsi que les femmes manifestent beaucoup plus des comportements agressifs symboliques dont la moyenne est de 32,64 par rapport aux hommes sous une moyenne de 29,82. Egalement pour l'agressivité verbale, pour les femmes la moyenne est de 12,09 face aux hommes qui est de 10,23 et enfin la différence n'est pas significative pour l'agressivité physique, dont les femmes est d'une moyenne de 6,82 et les hommes de 6,59.

Tableau n°10 : La description des types d'agressivité des sujets de notre recherche selon l'âge.

Type d'agression Age		Agressivité symbolique	Agressivité verbale	Agressivité physique
[60-65]	Moyenne	30,40	10,67	6,47
	Ecart-type	7,10	2,89	0,92
[66-71]	Moyenne	30,13	10,38	6,75
	Ecart-type	7,70	3,46	1,04
[72-77]	Moyenne	31,60	12,00	6,80
	Ecart-type	5,03	2,74	1,10
78et plus	Moyenne	32,00	11,00	7,00
	Ecart-type	7,87	2,83	1,41
Total	Moyenne	30,76	10,85	6,67
	Ecart-type	6,81	2,92	1,02

Nous constatons ici que les sujets qui manifestent des comportements agressifs symboliques présentent une moyenne supérieure de 30,76 face au comportement agressif verbal d'une moyenne de 10,85 et physique d'une moyenne de 6,67. Une légère différence existe entre les catégories d'âge par rapport au trois types d'agressivité.

Tableau n°11 : La description des types d'agressivité des sujets de notre recherche selon la situation familiale.

Situation familiale		Agressivité symbolique	Agressivité verbale	Agressivité physique
Marié(e)	Moyenne	28,00	9,67	6,33
	Ecart-type	3,61	1,53	0,58
Divorcé(e)	Moyenne	28,36	10,27	6,18
	Ecart-type	4,88	2,15	0,60
Veuf(Ve)	Moyenne	30,83	10,83	7,17
	Ecart-type	8,06	2,64	1,33
Célibataire	Moyenne	33,39	11,62	6,92
	Ecart-type	7,75	3,78	1,12
Total	Moyenne	30,76	10,85	6,67
	Ecart-type	6,81	2,92	1,02

Dans ce tableau nous déduisons que les sujets manifestants des comportements agressifs symboliques, présentés par une moyenne de élevée de 30,76 par rapport à ceux manifestants des comportements agressifs physique qui représente une moyenne basse de 6,67. Par contre le type d'agressivité verbale est d'une moyenne de 10,85.

Nous remarquons ainsi que la moyenne des deux types d'agressivité symbolique et verbale augmente d'une situation familiale à une autre, à l'exception des sujets manifestant une agressivité physique, dont les divorcés présentent moins ce type d'agressivité d'une moyenne de 6,18 contrairement aux veufs présentant une moyenne de élevée de 7,17.

Tableau n°12 : description des types d'agressivité des sujets de notre étude selon le niveau scolaire :

Niveau scolaire		Agressivité symbolique	Agressivité verbale	Agressivité physique
Analphabète	Moyenne	31,62	10,86	6,90
	Ecart-type	7,19	2,95	1,14
Primaire	Moyenne	29,75	11,38	6,25
	Ecart-type	3,34	3,50	0,31
Autre	Moyenne	28,25	9,75	6,25
	Ecart-type	2,99	1,26	0,50
Total	Moyenne	30,76	10,85	6,67
	Ecart-type	6,81	2,92	1,02

Nous constatons dans ce tableau que la moyenne générale de l'agressivité symbolique qui est de 30,76 de nos sujets en liaison avec leurs niveaux scolaire, est élevée par rapport à l'agressivité verbale d'une moyenne de 10,85 et à l'agressivité physique qui est de 6,67.

Nous remarquons ainsi que le niveau d'instruction joue un rôle important dans la diminution du comportement agressif, contrairement aux sujets analphabètes, qui présentent des comportements agressifs élevés.

Tableau n°13 : Description de types d'agressivité des sujets de notre étude selon le nombre d'enfant.

Nombre d'enfant		Agressivité symbolique	Agressivité verbale	Agressivité symbolique
[1-2]	Moyenne	27,14	10,00	6,16
	Ecart-type	4,49	1,83	0,38
[3-4]	Moyenne	29,40	10,60	6,40
	Ecart-type	5,50	2,07	0,89
Sans enfant	Moyenne	32,29	11,19	6,90
	Ecart-type	7,40	3,37	1,14
Total	Moyenne	30,76	10,83	6,67
	Ecart-type	6,81	2,92	1,02

Dans ce tableau nous constatons que les sujets sans enfants présentent plus d'agressivité symbolique, verbale et physique. Pour le premier type d'une moyenne de 32,29, le second 11,19 et le dernier de 6,90. Contrairement aux sujets ayant 1 à 2 enfants, qui présentent une agressivité symbolique d'une moyenne de 27,14, verbale 10,00 et physique 6,14.

Tableau n°14 : Description de types d'agressivité de nos sujets de notre étude selon leurs atteintes de maladies chroniques.

Sujets atteints de maladies chroniques		Agressivité symbolique	Agressivité verbale	Agressivité physique
Oui	Moyenne	30,78	11,11	6,67
	Ecart-type	6,91	3,27	1,03
Non	Moyenne	30,73	10,53	6,67
	Ecart-type	6,94	2,50	1,05
Total	Moyenne	30,76	10,85	6,67
	Ecart-type	6,81	2,92	1,08

Nous discernons dans le tableau ci-dessus qu'il y a une légère différence dans l'agressivité symbolique et verbale chez les sujets ayant des maladies chroniques ou non, contrairement à l'agressivité physique, dont il y a absence de différence, où la moyenne est égale et qui est de 6,67.

Tableau n°15 : Description des types d'agressivité des sujets de notre étude selon leurs atteintes de maladies psychiatriques.

Sujets atteints de maladies psychiatriques		Agressivité symbolique	Agressivité verbale	Agressivité physique
Oui	Moyenne	30,54	11,23	6,46
	Ecart-type	6,79	2,71	0,97
Non	Moyenne	30,90	10,60	6,80
	Ecart-type	7,00	3,08	1,06
Total	Moyenne	30,76	10,85	6,67
	Ecart-type	6,81	2,92	1,02

Dans ce tableau nous constatons que l'agressivité symbolique est plus manifestés par les sujets ayants des maladies psychiatriques ou non contrairement aux deux autres types d'agressivité.

Nous distinguons ainsi la légère différence, dont les sujets ayants des maladies psychiatriques présentent moins d'agressivité symbolique d'une moyenne de 30,54 face aux sujets qui ne le sont pas et qui sont présentés par une moyenne peu élevé de 30,90.

Tableau n°16 : Description des types d'agressivité des sujets de notre étude selon l'année d'entrer au foyer d'accueil.

Année d'entrer au foyer		Agressivité symbolique	Agressivité verbale	Agressivité physique
Moins de 5ans	Moyenne	29,11	9,94	6,33
	Ecart-type	6,52	2,48	0,69
5à10ans	Moyenne	33,36	12,09	7,45
	Ecart-type	6,42	3,05	1,21
Plus de 10ans	Moyenne	31,00	11,50	6,00
	Ecart-type	8,68	3,05	1,21
Total	Moyenne	30,76	10,85	6,67
	Ecart-type	6,81	2,92	1,02

Comme nous avons constaté dans les tableaux précédents, l'agressivité symbolique est la plus investie par les sujets, par rapport aux autres types d'agressivité. Donc les sujets ayant 5 à 10 ans dans le foyer, manifestent une

agressivité symbolique beaucoup plus, d'une moyenne de 33,36, par rapport à ceux ayant moins de 5 ans d'une moyenne de 29,11 et ceux qui ont plus de 10 ans d'une moyenne de 31,00.

1-1-3- Description des deux styles de la communication interpersonnelle selon le point de vue des personnes âgées.

Tableau N°17: Tableau représentatif des fréquences total de la communication.

Styles de communication	Statistiques	Degré obtenu	Fréquence	Pourcentage
Direct		[28-37]	8	25%
Coopératif		[38-47]	9	75%
Total		/	17	100%

Dans ce tableau, nous constatons que parmi les 33 sujets de notre étude, 8 d'eux pensent que le personnel du foyer utilise avec eux le style de communication directe, contrairement à 9 autres pensent qu'ils utilisent avec eux le style coopératif. En utilisant les centiles, nous avons pas pris en considération les personnes les personnes âgées ayant obtenu le score [38-47].

Tableau n°18 : Description des deux styles de la communication interpersonnelle selon le sexe.

Style de communication		Communication coopérative	Communication directe
Sexe			
Masculin	Moyenne	25,14	21,45
	Ecart-type	6,94	5,24
Féminin	Moyenne	24,00	17,27
	Ecart-type	5,67	2,90
Total	Moyenne	24,76	20,06
	Ecart-type	6,48	4,97

Dans ce tableau ci-dessus nous constatons que le nombre des sujets du sexe masculin et féminin, qui pensent que la communication coopérative la plus utilisée par le personnel, est élevé d'une moyenne de 24,76 face au style direct, dont la moyenne est de 20,06.

Pour le sexe masculin le style le plus exploité par le personnel est celui de la communication coopérative d'une moyenne de 25,14 face au style direct d'une moyenne de 21,45 et pour le sexe féminin c'est le même résultat, dont le coopératif d'une moyenne de 24,00 et le direct de 17,27.

Tableau n°19 : Description des deux styles de la communication interpersonnelle selon l'âge.

Style de communication Age		Communication coopérative	Communication directe
60-65	Moyenne	24,20	20,40
	Ecart-type	6,52	4,73
66-71	Moyenne	27,13	21,50
	Ecart-type	7,28	5,40
72-77	Moyenne	22,00	17,40
	Ecart-type	5,66	4,16
78 et plus	Moyenne	25,40	19,40
	Ecart-type	6,35	6,07
Total	Moyenne	24,76	20,06
	Ecart-type	6,48	4,97

D'après ce tableau nous constatons que la communication coopérative présentée par une moyenne de 24,76 est la plus adoptée par le personnel du foyer d'accueil envers les personnes âgées, par rapport à la communication directe présentée par une moyenne de 20,06.

Nous déduisons ainsi que la communication coopérative est plus significative pour les sujets âgés de 66 à 71 ans présentés par une moyenne de 27,13, contrairement à ceux âgés de 72 à 77 ans d'une moyenne de 22,00. Pour la tranche d'âge de 60 à 65 ans la moyenne est de 24,20 et pour ceux de 78 ans et plus la moyenne est de 25,40.

Tableau n°20 : Description des deux styles de la communication interpersonnelle selon La situation familiale.

Style de communication Situation familiale		Communication coopérative	Communication directe
Marié(e)	Moyenne	19,33	18,67
	Ecart-type	5,13	5,51
Divorcé(e)	Moyenne	25,82	21,00
	Ecart-type	6,76	5,29
Veuf (Ve)	Moyenne	26,50	19,00
	Ecart-type	5,32	5,44
Célibataire	Moyenne	24,31	20,08
	Ecart-type	6,90	4,82
Total	Moyenne	24,76	20,06
	Ecart-type	6,48	4,97

Nous déduisons dans ce tableau que les sujets ayant un niveau scolaire moyen pensent que le style coopératif est le plus fréquenté dans le foyer , tels que ceux du primaire représentés par une moyenne de 26,37 et ceux d'autres niveaux d'une moyenne de 25,75 contrairement aux analphabètes d'une moyenne de 23,95 . A l'opposé de la communication directe qui est vue par les sujets comme peu investie, dont ceux ayants un niveau d'instruction élevé sont présentés par une moyenne élevée, de 23,25 face à celle des analphabètes qui est de 19,10.

Tableau n°21 : Description des deux styles de la communication interpersonnelle selon le nombre d'enfants.

Style de communication Nombre d'enfants		Communication coopérative	Communication directe
1-2	Moyenne	26,43	23,14
	Ecart-type	7,74	5,34
3-4	Moyenne	21,00	17,40
	Ecart-type	5,15	4,93
Sans enfants	Moyenne	25,10	19,67
	Ecart-type	6,27	4,56
Total	Moyenne	24,76	30,06
	Ecart-type	6,48	4,97

Nous constatons ici que les sujets ayant 1 à 2 enfants pensent que la communication coopérative est plus utilisée par le personnel, présenté par une moyenne de élevée, qui est de 26,43 face à ceux sans enfants présentés par une moyenne démunie à 25,10 et pour ceux qui ont 3 à 4 enfants à 21,00. Le cas est pareil pour la communication directe, dont la moyenne la plus élevée est de même pour les sujets ayant 1 à 2 enfants et ceux qui n'en est pas, contrairement à ceux qui ont 3 à 4 enfants.

Tableau n°22 : Description des deux styles de la communication interpersonnelle selon l'atteinte des sujets de maladies chroniques.

Style de communication Sujets atteints de maladies chroniques		Communication coopérative	Communication directe
		Oui	Moyenne
	Ecart-type	5,58	4,57
Non	Moyenne	24,67	19,60
	Ecart-type	7,63	5,54
Total	Moyenne	24,76	20,06
	Ecart-type	6,18	1,97

Ce tableau nous montre la légère différence par rapport aux sujets ayants des maladies chroniques ou non qui pensent que la communication coopérative est plus utilisée par le personnel. Pour les premiers la moyenne est de 24,83 et pour les seconds elle est de 24,67, et pour la communication directe les premiers d'une moyenne de 20,44 et les seconds d'une moyenne de 19,60.

Tableau n°23: Description des deux styles de la communication interpersonnelle selon l'atteinte des sujets de maladies psychiatriques.

Style de communication Sujets atteints de maladies psychiatriques		Communication coopérative	Communication direct
Oui	Moyenne	25,08	19,38
	Ecart-type	7,25	4,19
Oui	Moyenne	24,55	20,50
	Ecart-type	6,12	5,47
Total	Moyenne	24,76	20,06
	Ecart-type	6,48	4,97

Nous constatons dans ce tableau que le nombre des sujets atteints de maladies psychiatriques, qui est d'une moyenne de 25,08, qui pensent que la communication coopérative est plus utilisée par le personnel, est plus élevé face à la communication directe présentée par une moyenne basse de 19,38. Ainsi pour les non atteints qui songent que le coopératif est plus utilisé, dont la moyenne est de 24,55 face au style direct d'une moyenne de 21,00.

Tableau n°24 : Description des deux styles de la communication interpersonnelle selon l'année d'entrer des sujets au foyer d'accueil.

Style de communication Année d'entrer au foyer		Communication coopérative	Communication directe
		Moins de 5 ans	Moyenne
	Ecart-type	6,65	5,06
5-10ans	Moyenne	21,00	19,00
	Ecart-type	5,29	4,88
Plus de 10 ans	Moyenne	28,25	21,75
	Ecart-type	4,72	5,50
Total	Moyenne	24,76	20,06
	Ecart-type	6,48	4,97

Selon le tableau ci-dessus nous déduisons que les sujets ayants plus de 10 ans dans le foyer pensent que la communication coopérative est la plus utilisée par le personnel par rapport à la communication directe, dont la moyenne est de 28,25 par rapport à ceux qui ont moins de 5 ans, d'une moyenne de 26,28 et ceux ayants de 5 à 10 ans d'une moyenne de 21,00. Contrairement au style direct qui, selon les sujets est moins utilisé par le personnel.

1-1-4- Fréquences de l'agressivité générale selon ses types :

Les tableaux ci-dessous représentent des statistiques des deux styles de la communication, dont le score de ceux qui pensent que le personnel utilise le style direct est de [28-37] et ceux qui pensent que le personnel utilise le style coopératif sont ceux qui ont obtenus un score de [50-74].

Tableau n°25 : Tableau représentatif des fréquences total de l'agressivité générale.

Statistiques Niveau d'agressivité.	Degré obtenu	Fréquence	Pourcentage
Faible.	[34-39]	9	27%
Moyenne.	[41-55]	14	43%
Elevé.	[58-65]	10	30%
Total	/	33	100%

Nous constatons dans ce tableau ci-dessus que 9 des sujets de notre étude (personnes âgées) du foyer, présentent une agressivité basse contrairement à 10 d'entre eux qui ont une agressivité élevée, par contre les 14 sujets restant ont une agressivité moyenne d'une fréquence de [41-55].

Tableau n°26 : La répartition des sujets d'études selon le niveau de l'agressivité symbolique.

Statistiques Niveaux d'agressivité	Degré obtenu	Fréquence	Pourcentage
Faible	[20-25]	8	24%
Moyen	[26-36]	16	49%
Elevé	[38-43]	9	27%
Total	/	33	100%

Concernant la fréquence de l'agressivité symbolique, nous constatons, que huit (08) sujets de l'étude présentent une agressivité symbolique basse face à neuf(09) autres d'où l'agressivité symbolique chez eux est élevée, contrairement au seize(16) restant ils ont une agressivité symbolique moyenne.

Tableau n°27 : La répartition des sujets selon le niveau de l'agressivité verbale :

Statistique Niveaux D'agressivité	Degré obtenu	Fréquence	Pourcentage
Faible	[7-8]	8	24%
Moyen	[9-12]	16	49%
Elevé	[13-17]	9	27%
Total	/	33	100%

Nous avons conclu, aussi dans le tableau représentatif de la répartition des sujets d'étude selon l'agressivité symbolique sont de même pour le tableau ci-dessus qui représente la répartition des sujets selon l'agressivité verbale, dont huit (08) sujets présentent une agressivité basse , (16) sujet ont une agressivité verbale moyenne, et en ce qui concerne les neuf(09) sujets restant en a remarquer que l'agressivité verbale chez eux est élevée.

Tableau n°28 : Répartition des sujets de l'étude selon le niveau de l'agressivité physique.

Statistique Niveaux D'agressivité	Degré obtenu	Fréquence	Pourcentage
Faible	[6]	22	67%
Moyen	[6]	2	6%
Elevé	[8-9]	9	27%
Total	/	33	100%

Nous constatons dans ce tableau, que le grand nombre des sujets de l'étude représentait par (22) personnes âgées, présentent une agressivité physique basse face à neuf(09) sujets présentant une agressivité physique élevée, concernant les sujets ayant une agressivité physique moyenne y on a seulement deux(02) sujets.

1-2- Statistiques inférentielles :**1-2-1- La relation entre le comportement agressif et les deux styles de la communication.****Tableau n° 29 : Relation entre les conduites agressives des personnes âgées et le style de communication du personnel :**

Style de Communication	N	\bar{X}	SD	r	Sig
Communication	33	45	1,81	-0,65	0,01
Agression générale	33	48,15	1,75		

La corrélation et significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Les observations effectuées sur les personnes âgées tendent à montrer l'existence d'une relation entre le style de communication utilisé par le personnel du foyer et le comportement agressif des personnes âgées. Le coefficient de corrélation Pearson qui est de (-0,65) arrondi permet de se permettre d'affirmer que cette corrélation négative semble être forte et significative au niveau 0,01.

Notons toutefois que ces résultats nous ne permettent absolument pas d'affirmer que le style de communication utilisé par le personnel du foyer est à l'origine des conduites agressives des personnes âgées.

Tableau n°30 : La relation entre l'agressivité symbolique et le style de communication interpersonnelle :

Style de communication	N	\bar{X}	SD	r	Sig
	33	45	1,81	-0,48	0,01
Agressivité symbolique	33	30,76	1,19		

La corrélation est significative au niveau 0,01(bilatéral)

Même dans les observations effectuées sur les sujets d'études montrent l'existence d'une relation entre le style de communication utilisé par le personnel du foyer et l'agressivité symbolique adopté par les personnes âgées.

Le coefficient de corrélation Pearson qui est de (- 0,48) permet d'affirmer que cette corrélation négative semble être forte et significative au niveau 0,01. Notons toutefois que ces résultats ne nous permettent pas d'affirmer que le style de communication utilisé par le personnel est à l'origine de l'agressivité symbolique employé par les personnes âgées.

Tableau n°31 : La relation entre l'agressivité verbale des personnes âgées et le style de communication interpersonnelle :

Style de communication	N	\bar{X}	SD	r	Sig
	33	45	1,81	-0,552	0,01
Agressivité verbale	33	10,85	0,51		

La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Dans ce tableau ci-dessus nous constatons que les observations effectuées auprès des personnes âgées tendent à montrer l'existence d'une relation entre le style de communication utilisé par le personnel du foyer et l'agressivité verbale utilisée par les personnes âgées. Le coefficient de corrélation Pearson qui est de (-0,552) permet de sa part d'affirmer que cette corrélation négative semble être forte et significative au niveau 0,01.

Notons toutefois que ces résultats ne nous permettent guère d'affirmer que le style de communication utilisé par le personnel du foyer est à l'origine de l'agressivité verbale des personnes âgées.

Tableau n°32 : La relation entre l'agressivité physique des personnes âgées et le style de communication du personnel :

	N	\bar{X}	SD	r	Sig
Style de communication	33	45	1,81	-0,42	0,01
Aggressivité physique	33	6,67	0,18		

La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Les observations effectuées sur les sujets d'étude tendent à montrer l'existence d'une relation entre le style de communication utilisé par le personnel et l'agressivité physique des sujets. Le coefficient de corrélation de Pearson qui est de (-0,42) permet de sa part d'affirmer que cette corrélation négative semble être forte et significative au niveau de 0,01.

Notons toutefois que ces résultats ne nous permettent absolument pas d'affirmer que le style de communication utilisé par le personnel du foyer est à l'origine de l'agressivité physique des personnes âgées.

2. Discussion et interprétation des résultats :

Cette recherche descriptive et corrélacionnelle a pour but d'explorer et de déterminer la relation qui existe entre les styles de communication interpersonnelle et le comportement agressif des personnes âgées institutionnalisées ainsi l'intensité de ce comportement par rapport aux caractéristiques personnelles de ces derniers.

Précisément (04) questions ont été posées au début de notre recherche, afin d'identifier et de déterminer les liens qui entre les variables, qui se présentent de la manière suivante :

- Première question : Comment sont- ils réparti les personnes âgées institutionnalisés selon leurs caractéristiques personnelles ?

Les résultats des tableaux n°1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 répondent à cette question portant sur la répartition des sujet de notre étude selon le sexe, l'âge, situation familiale, niveau d'étude, nombre d'enfants, l'atteinte de maladie chronique et psychiatrique et enfin l'année d'entré au centre.

D'après les résultats obtenus, nous constatons que le taux élevé de pourcentage se trouve chez les sujets du sexe masculin, de la catégorie d'âge de [60-65 ans], sujets célibataires , sujets analphabètes , sujets sans enfants, sujets atteints de maladies chroniques, sujets non-atteints de maladies psychiatriques et sujets ayant moins de 5 ans dans le foyer.

Le contexte de la communication est façonné par les caractéristiques sociodémographiques du patient et du prestataire ainsi que par l'environnement dans lequel se déroule la communication. L'âge, le sexe, le caractère ethnique et l'éducation des prestataires et des clients affectent la manière dont ils communiquent entre eux. (De Negri, Brown et al, 1997).

- Deuxième question :

Comment sont-ils répartis les personnes âgées du foyer selon leurs degrés d'agressivité général et les types d'agressivité obtenus sur l'outil utilisé ? Y a-t-il des différences entre les types de comportement agressif des personnes âgées selon leurs caractéristiques personnelles ?

Les résultats des tableaux n°25, 26, 27, 28 répondent à la première partie de la deuxième question. D'un point de vue global, nous constatons d'après l'échelle d'agressivité que nous avons utilisées, que le type d'agressivité le plus investie par nos sujets d'étude est l'agressivité verbale avec un pourcentage de 42%. Et concernant les niveaux des types d'agressivités, nous concluons que, l'agressivité symbolique et verbale, représentent le moyen niveau d'un pourcentage de 49%, et l'agressivité physique est moins fréquente, dont le grand pourcentage, qui est de 67%, s'inscrit dans le faible niveau.

Les résultats portés sur les tableaux n°9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16 répondent à la deuxième partie de la deuxième question, ils démontrent qu'il n'y a pas de différence dans la manifestation des types d'agressivité selon les caractéristiques personnelles des sujets de notre étude et l'agressivité symbolique représente toujours la moyenne la plus élevée.

Le comportement agressif est perçu comme une conséquence normale, «attendue», en lien direct avec la pathologie du patient, mais qui, selon le point de vue des éducateurs, ce comportement n'en est pas moins difficile à vivre et à gérer et peut être réellement problématique pour l'environnement des personnes âgées ou bien du personnel. (Carruzzo, 2011).

Un comportement agressif est, généralement, la manifestation d'une colère qui elle-même cache un ressenti, la peur, parce qu'un résident qui a peur réagit soit par la fuite, soit par la lutte, ou bien par l'inhibition. L'agressivité manifestée par un résident traduit donc une souffrance qui est une

tentative de se protéger contre ce qui le fait souffrir. Et pour que l'éducateur ne se sente pas blessé par un comportement ressenti comme agressif, il peut essayer de comprendre que l'agressivité du résident est la manifestation d'une souffrance. Ainsi, l'éducateur n'en fait pas une affaire personnelle et cesse d'en être affectée et se sent calme intérieurement, reste disponible pour agir efficacement en adéquation avec la situation et les besoins du patient. Car une mauvaise interprétation des mots ou bien des gestes peut être considéré comme source de conflit dont il est fréquent que l'aide-soignante interprète le message verbal ou non verbal du patient sans en vérifier le véritable sens, par exemple ; un patient refuse que sa toilette soit réalisée par une jeune aide-soignant et demande l'aide d'une autre personne plus âgée. (Carillo, 2013).

En générale les soignants, rentrent en permanence en contact avec leurs patients, la communication verbale leur permet d'échanger avec le malade des paroles. Les réactions des patients auront un rôle important dans l'interprétation du message qu'il aura souhaité faire passer. Les signaux non verbaux peuvent être les suivantes par exemple: front soucieux, lèvres fermées, regard triste, épaules tombantes, démarche lente ...Pour que la communication soit réussie, il faut qu'il y ait concordance entre le message verbal et le non verbal. C'est pourquoi il est important de préciser que ces deux aspects de la communication sont complémentaires et doivent absolument être considérés ensemble. La communication non verbale peut aussi s'exprimer à travers les émotions qu'on laisse transparaître. Néanmoins, il existe des barrières qui permet déstabilisent dans la relation établie avec leurs patients. (Ranasinghe Arachchige Ivandi ,2012).

L'agitation demeure un trouble fréquent et Grossberg rapporte un taux de 81% en moyenne en maison de retraite à partir d'une étude sur 43 établissements. L'agitation et l'agressivité de la personne âgée sont des

problèmes majeurs pour les soignants. Les infirmières bien entraînées à gérer la vie de relation soient moins fréquemment confrontées à la violence. Le savoir-faire en la matière est complémentaire de la mise en place d'un cadre thérapeutique afin que l'environnement soit sécurisant, rassurant : c'est en ce sens qu'il faut relativiser l'observation selon laquelle l'agitation et la violence sont d'autant plus prononcées que les performances cognitives sont basses. La violence est une extension de l'agressivité, se définissant en référence à un acte. Elle désigne donc tout acte agressif qui implique un contact physique. La violence symbolique n'a toutefois pas besoin de ce contact pour exister et si une forte personnalité ne tue pas par elle-même «il est possible de détruire quelqu'un avec des mots» : on parle alors de violence perverse. (Hazif-Thomas, Léger et al, 2003).

La plupart des litiges voire des conflits qui surviennent entre Soignants et Soignés résultent d'un manque ou d'une insuffisance de communication. La qualité des premiers contacts, les informations que le patient, inquiet, attend sur sa maladie, son traitement, son avenir, la confiance qu'il porte à son médecin s'en trouvent compromises de même, à terme, que la relation médecin-malade elle-même. Les principales causes de cette carence sont une prise de conscience insuffisante de l'importance de l'information du malade, un manque de temps et une formation quasi inexistante du personnel soignant à la communication. Il est urgent de remédier à cette situation en veillant à la qualité de l'accueil, particulièrement en urgence, à la formation à la communication de tous les acteurs de santé et en permettant aux médecins de consacrer l'essentiel de leur temps aux malades, aussi bien en milieu hospitalier que libéral. (Carruzzo, 2011).

Un mode de communication inadapté ou non personnalisé ou toute expression d'un jugement négatif peut engendrer de l'agressivité (tel que toucher un patient agité sans l'en avertir). D'autres facteurs peuvent être

déclencheurs d'un comportement d'agressivité ou de violence : la douleur physique, le sentiment d'insécurité, l'incompréhension, la peur, l'angoisse, le manque de respect de l'intimité, la fatigue, l'inconfort, l'attente, l'addiction (psychotrope, médicament), la perte d'autonomie, la dépendance affective ou physique et l'atteinte à l'identité de la personne, de sa culture ou de sa religion. Les situations de violence sont éprouvantes pour le personnel. À la peur, voire à la sidération succède un sentiment d'impuissance et de colère. La répétition de paroles blessantes et d'attitudes agressives peuvent entamer la motivation de l'éducateur, engendré démobilitation et méfiance. (Carillo, 2013).

- Troisième question : Quel est le style de la communication interpersonnelle (coopératif/direct) utilisé par le personnel du foyer d'accueil et les personnes âgées, selon le point de vue de ces derniers ? : Ce point de vue diffère-t-il entre les personnes âgées selon les caractéristiques personnelles ?

Les résultats du tableau n°17 répondent à la première partie de la troisième question, où les résultats révèlent que, 75% des personnes âgées institutionnalisées pensent que, le style coopératif est le plus utilisé par le personnel du foyer.

Les résultats des tableaux n°18, 19, 20, 21, 22, 23, 24 répondent à la deuxième partie de la troisième question. Nous avons constaté que la différence selon le point de vue des personnes âgées demeure existante, chez les sujets qui n'ont pas d'enfants, qui présentent une moyenne de 30,06.

La communication est un processus de création et de recréation d'information, d'échange, de partage, et de mise en commun des sentiments et d'émotions entre des personnes. La communication se transmet de manière verbale et non verbale, et de manière plus globale, par la manière d'agir des intervenants. (Prayez, 2003). En milieu professionnel, nous sommes chaque jour

confrontés à cette réalité. Par exemple, avant de réaliser un soin, nous devons l'expliquer à notre patient, il est alors nécessaire d'établir avec lui une communication. Elle peut s'exprimer de deux façons comme nous dit Margot Phaneuf (2011), dans sa définition, de manière verbale ou non verbale. De ce fait la communication est bien au-delà d'un simple échange de mots mais elle implique le gestuel, les émotions et le vécu de chacun. Par cette définition, nous pouvons constater que le blocage d'une personne dans la communication est lui-même une manière de s'exprimer. Ainsi, «la communication dans un contexte professionnel représente une grande responsabilité», par conséquent il faut tenir compte du moindre détail qui peut se traduire par une manière de communiquer. Ce que nous pouvons comprendre d'autre part c'est le fait que la communication est au centre même des relations humaines. (Prayez, 2003) in(Ranasinghe ArachchigeIvandi ,2012).

Pour comprendre la nécessité de savoir « bien communiquer » avec le patient, il faut intégrer le fait que la médecine du 21ème siècle a évolué vers une médecine plus coopérative et moins autoritaire. Le centre de gravité de la relation s'est déplacé. Le médecin a évolué d'un rôle d'expert du savoir médical vers celui de Co-gestionnaire de la santé des patients. Son rôle est de traduire les connaissances médicales et de les interpréter en fonction du contexte du patient. Il doit gérer le traitement avec son patient qui est informé et actif dans sa prise en charge, d'où l'importance d'une communication plus participative. (Elodie Pailhe, 2012). Cela pourra de même s'appliquer aux personnes âgées institutionnalisées.

L'échange avec le patient peut être conditionné par la situation physique et psychique de celui-ci. Comme le présente Margot PHANEUF(2011): «Le contexte dans lequel la communication se déroule est des plus importants, car il peut en modifier le sens». De plus, la communication verbale s'exprime à la fois

par un message clair et un message «caché» contenu dans le style, le ton, le débit et les mots utilisés. (Ranasinghe. ArachchigeIvandi ,2012).

Le patient devrait arriver à faire confiance au soignant. Créer ce lien de confiance aiderait donc le patient à exprimer ses craintes et ses émotions avec plus de facilité, ce qui donnerait des pistes au soignant sur la compréhension de ce que le patient ressent et vit intérieurement et donc sur la manière de le prendre en soins. Il est essentiel, dans les métiers de la santé et du social, d'être attentif à ce que le patient vit pour en adapter sa prise en charge et créer un réel partenariat.(Carruzzo, 2011).

En ce qui concerne les personnes âgées institutionnalisées, la confiance joue un rôle très important dans la relation personnel/ résident quand à sa présence, les conflits n'aurant pas de place dans la prise en charge de ces derniers.

Coopérer, c'est utile pour les patients, car les maladies d'aujourd'hui sont de plus en plus des situations chroniques où l'intervention de plusieurs disciplines est indispensable. (Saout, 2011).

La Communication Non-violente, ou CNV, élaborée par Marshall Rosenberg (collaborateur de Carl Rogers) en 1970, repose sur une pratique du langage qui renforce notre aptitude à conserver nos qualités de cœur, même dans des conditions éprouvantes. Son objectif est de rappeler ce qui est essentiel dans les interactions humaines, et de nous aider à améliorer la qualité de nos échanges et de nos vies. A travers un travail sur notre manière d'observer, de percevoir et de nous exprimer, le processus ouvre un dialogue sincère, authentique et respectueux. Il nous amène à nous exprimer et à écouter l'autre avec une grande conscience et la qualité de présence et de cœur que nous souhaitons. La Communication Non violente est basée sur les prémisses suivantes: assouvissement des besoins ; savoir répondre aux besoins dans un esprit de coopération plutôt que d'une manière agressive et chaque individu a des

ressources personnelles remarquables s'il reçoit l'empathie qui lui permet de se mettre en lien avec ces dernières. Donc la CNV nous invite à être plus conscients de nos perceptions, nos émotions, nos désirs et nos besoins ; à être précis et sincères dans la manière de nous exprimer tout en portant un regard sur l'autre (et sur soi-même) empreint de respect et d'empathie. Cette démarche insiste aussi sur le fait de formuler ce que nous souhaitons dans une situation donnée. C'est justement cette demande exprimée clairement qui devient l'amorce d'une solution ou d'un dialogue réellement constructif et créatif. (DeBeusscher, 2012).

Selon Carl Rogers, la relation d'aide consiste à « écouter l'autre dans sa Souffrance ». Ainsi dans une relation d'aide, il faut que « le soignant se place dans l'écoute de la réponse, dans une disponibilité à l'autre et à ses expressions. (Bioy, Bourgeois, 2009, P23, 24).

Afin de répondre aux besoins du patient, l'infirmière pourra compter sur les soins infirmiers qui sont « composés d'une multitude d'actions qui sont surtout, malgré la place prise par les gestes techniques, une multitude de « petites choses » qui offrent la possibilité de témoigner d'une « grande attention » à la personne soignée et à ses proches, [...]. L'attention à ces « petites choses » manifeste le souci du professionnel à l'égard de l'autre, dans son existence. Elle participe pleinement à sa santé ». (Hesbeen, 1997).

- Quatrième question : Y a-t-il une relation entre le style de la communication interpersonnelle et le comportement agressif des personnes âgées placées dans un foyer d'accueil ?

Les résultats des tableaux n°29, 30, 31, 32 répondent à la quatrième question, d'après les résultats obtenus par les deux échelles, nous avons pu déduire qu'il existe une relation significative entre le style de communication interpersonnelle et le comportement agressif des personnes âgées

institutionnalisées démontré par le coefficient de corrélation de Pearson, dont le style communicationnel coopératif diminue le comportement agressif. Nous avons également constaté d'après les observations effectuées sur les sujets d'étude tendent à montrer l'existence d'une relation entre le style de communication utilisé par le personnel et l'agressivité, symbolique, verbale, physique des sujets.

L'agressivité est souvent réactionnelle à un événement ressenti comme frustrant ou hostile, à un placement subit dans une maison de retraite, à un changement d'environnement, surtout chez le dément. Il est alors le reflet d'une perte de maîtrise de l'environnement. Les personnes âgées répriment trop souvent cette agressivité, ce qui les empêche de délimiter leur territoire et de défendre leur intimité. Cette dernière dimension est particulièrement importante à appréhender car des réponses soignantes inappropriées à type de contention ou d'humiliation peuvent se voir, soit qu'on ne tienne pas compte de la volonté du malade (le changer de chambre sans lui demander son avis) soit qu'une escalade agressive soit entamée avec lui. Le soignant fait partie d'un système relationnel qui interfère avec les difficultés du malade. C'est dans ce cas qu'il est utile de rappeler que le cadre thérapeutique ne peut être réduit à un cadre de contention. Il ne peut que gagner à devenir un cadre contenant ce qui justifie des actions de soin avec une base relationnelle importante pour l'étayer. (Hazif-Thomas, Léger et al, 2003).

Le jeune professionnel pense que le patient le croit incompetent et se sent blessée. En fait, il a l'âge de petit fils du patient. Ce dernier étant pudique, il préfère être aidé par une personne plus âgée. Le professionnalisme du jeune éducateur n'est pas remis en question. Dans la communication, les sous-entendus sont fréquents, il est essentiel de les entendre pour éviter les incompréhensions qui entraînent des situations de blocage. Et pour calmer le patient l'éducateur peut reformuler et mettre des mots sur les tensions

émotionnelles du patient. Plutôt que d'évoquer l'intervention du kinésithérapeute, l'aide-soignante peut répéter ce que la patiente a dit pour lui montrer qu'elle a entendu la force de l'expression et donc la détresse, puis lui demander ce qu'elle a voulu dire. Par exemple : « vous n'avez plus de jambes, que voulez-vous dire ? » ou « vous vous sentez découragée ? ». En verbalisant l'émotion de la patiente, l'éducatrice lui permet de se sentir entendue et respectée. La résidente peut acquiescer ou exprimer son ressenti, ou se taire. Ce silence n'est pas obligatoirement un refus de communiquer. Au contraire, il peut être compris comme l'expression d'une émotion ressentie qui a besoin de temps pour être apaisée. (Carillo, 2013).

Les soignants peuvent eux-mêmes, par leur personnalité, leurs manières d'agir ainsi que par leur présence continuelle, provoquer des réactions agressives de la part des patients. En effet, ceux-ci n'ont pas le choix du soignant qui s'occupe d'eux et se voient contraints de partager leur intimité avec celui-ci. Pour un temps restreint cela peut ne pas poser de problème, mais sur la durée et en fonction de la relation entre les deux partis, cela peut devenir inconfortable. En plus du rôle de prise en soin du client, les soignants doivent également être les garants du suivi de traitement, du respect des mesures décidées par les médecins et thérapeutes, lorsque ceux-ci sont absents. Ils ont en quelque sorte un rôle de garde, que les patients peuvent vouloir contrer pour montrer leur droit d'autonomie. (Carruzzo, 2011).

C'est dans ce sens qu'on peut dire que le personnel et éducateurs du foyer ont les mêmes fonctions que les infirmiers dans les établissements médicalisées.

La personne qui communique avec assurance respecte les droits des autres et les siens dans des situations difficiles, comme celles énumérées ci-dessus. Un comportement assertif permet d'exprimer ses sentiments, ses croyances et ses besoins de façon directe et claire, alors qu'un comportement passif ou agressif le

fait de façon indirecte. La communication assertive contribue à améliorer l'estime de soi, à développer des capacités d'adaptation et à garder la maîtrise de sa vie – tous des éléments essentiels à une prise en charge efficace du mode de vie et au maintien d'une qualité de vie optimale. (Communiquer avec assurance, 2010).

Les personnels ayant vécu avec moins d'inquiétude la régression du résident sont ceux issus du champ médical. Le médical et le social ; une complémentarité indispensable pour permettre aux personnes de bien vieillir. Actuellement peu de résidents ont besoin de soins infirmiers très techniques. L'accompagnement porte surtout sur la communication, la prévention et le traitement des troubles du comportement, sur la gestion au quotidien de la perte des capacités. Les compétences des infirmières et des aides-soignantes rassurent les professionnels sociaux, leur regard para médical constitue indéniablement un plus dans la qualité de l'accompagnement. La présence du médecin coordonnateur permet d'apporter des réponses d'ordre médical à un personnel majoritairement éducatif avec des interventions en réunions institutionnelles. (Mémoire de Françoise Gaillard 2013-2014).

La qualité de vie et de soins dans les lieux d'hébergement représente une responsabilité sociale, familiale et professionnelle. Le vieillissement prend sa place et sa valeur dans les processus humains et les rapports intergénérationnels. La dignité des personnes âgées dépendantes est un droit qui leur est dû. C'est aussi un élément essentiel du ciment générationnel et du respect entre humains, quelles que soient leur âge et leurs conditions. La prise en charge de la personne âgée dépendante comprend le maintien de son bon état de santé physique et psychologique et l'entretien d'une bonne qualité de vie relationnelle et sociale. Cela détermine les compétences professionnelles à entretenir dans le travail quotidien et la formation. Le premier contact d'une personne âgée avec un établissement spécialisé doit s'appuyer sur la qualité des relations

interpersonnelles entre professionnel et personne dépendante. Les prises en charge pluridisciplinaires abordent la personne dans sa globalité, en préservant et entretenant au maximum toutes ses potentialités physiques et intellectuelles, en favorisant son expression et l'écoute spécifique qu'elle nécessite. C'est ce que la formation développera comme culture de la responsabilité et éthique de la relation. Dans cette démarche, la personne en situation de dépendance est envisagée avec respect et considération dans toutes ses dimensions, y compris dans sa fragilité, ses faiblesses et ses incohérences. Les professionnels y sont soutenus dans le difficile exercice d'une pratique où les émotions personnelles rendent parfois éprouvant le «prendre soin» des résidents. (Petel, 2013)

L'interaction selon Hartup (1988) cité par Sorsana (1999), se définit par « des rencontres significatives entre individus, mais qui restent ponctuelles, alors que les relations sont une accumulation d'interactions entre individus qui durent et qui impliquent des attentes, des affects et des représentations spécifiques... On peut définir une relation comme une succession d'interactions s'inscrivant dans une continuité et un lien ; chaque interaction est affectée par les interactions passées et affecte à son tour les interactions futures. Et, ce n'est pas tant le cadre formel des rencontres humaines (durée, répétition...) qui permet de distinguer interaction et relation mais les significations cognitives et affectives que les interactions projettent dans cette interaction». Cette distinction entre interaction et relation est reprise par Ficher (1996) : «La notion d'interaction suppose une mise en présence concrète de deux personnes qui vont développer entre elles une succession d'échanges; la notion de relation est plus abstraite et désigne une dimension de la sociabilité humaine... elle révèle des facteurs cognitifs et émotionnels à l'œuvre». (Formarier, 2007).

Comme il est indiqué dans le paragraphe précédant, la notion d'interaction joue un rôle important et trouve souvent sa place dans la communication

interpersonnelle. Donc ces réactions quelques soit positives ou négatives se gèrent par une bonne communication.

Conclusion

Pour conclure, cette étude intitulée la relation entre le style de la communication interpersonnelle et le comportement agressif des personnes âgées placées dans un foyer d'accueil, nous a permis d'éclaircir ce lien, en s'appuyant sur les résultats obtenus dans notre pratique .

Dans notre société actuelle, les personnes âgées sont de plus en plus confrontées à certaines formes d'agressivité. Il est dès lors indispensable que le personnel acquière certaines notions et aptitudes communicationnelles à fin de pouvoir gérer ces situations d'agressivité.

Nous avons supposé que lorsque les personnels du foyer d'accueil utilisent le style communicationnel coopératif, les personnes âgées s'adaptent mieux avec, que lorsqu'ils utilisent le style direct. On a pu confirmer ce résultat par l'application des deux échelles celle de communication et d'agressivité, que nous avons élaborée et qui sont validées par le test de coefficients de corrélation de cronbach.

Cette étude a pour but d'évaluer le degré des types de comportements agressifs adoptés par les personnes âgées du foyer de Bejaia. Dans ce contexte, on constate que le style de communication interpersonnelle joue un rôle très important dans la régulation de ces comportements agressifs.

Pour le manque d'études antérieur concernant notre thème de recherche, on n'a pas pu élaborer d'hypothèses, car il s'agit d'une étude exploratoire qui vise à évaluer, exploré les objectif que nous avons tracé. Malgré que la théorie dit que l'agressivité se diminue par la communication coopérative, mais y a pas eu de recherches précises qui affirment cela pour les personnes âgées institutionnalisées.

1-

Liste
bibliographique

- 1-ADLER. A. « La connaissance de l'homme ».Petite Bib. Payot 1997; 250p.
- 2- ADLER.A. « Le tempérament nerveux ».Petite Bib. Payot 1992; 306p.
- 3- AMADO.G et GUITTET.A, « dynamiques des communications dans les groupes », 5^{ème} édition© Armand Colin, 2010, 2011. Paris.
- 4- AMARGER P. « Approches neurophysiologique, neurochimique et neuropharmacologique de l'agressivité ». Thèse Aix-Marseille 1985.
- 5- ARVEUX.I, FAIVRE.G, LENFANT.L et al , « Le sujet âgé fragile ». Revue Gériatrie 2002 ; 27 : 569-81.
- 6- BEGUE.L, « L'agression humaine ». Dunod. Paris. 2010.
- 7- BERGERET. J, « La violence fondamentale ».Dunod1996 251p.
- 8- BIOY Antoine, BOURGEOIS Françoise, NEGRE Isabelle, Communication soignant/soigné, Repères et pratiques, IFSI/formations paramédicales, Paris, Bréal, 2009, p.24.
- 9- BOREL. M, « Quand les émotions de l'infirmier font face à la violence du schizophrène », Travail de Fin d'Étude en Soins Infirmiers, Institut de Formation en Soins Infirmiers, CHRU de Montpellier, 2010/2013.
- 10- BOTEZ MI, ET AL. « Neuropsychologie clinique et neurologie du comportement ».Masson, Presses de l'université de Montréal 2^o éd. 1996 682p.

11- CARILLO.C, la revue de référence aide-soignante, « Relation et communication avec le patient », n 50-55, 2013. Consulté le 25/11/2014 à 22 : 53.

12-CHARLES.R, WILLIAME.C, « la communication orale », ©édition Nathan, 1988.

13-COLLIN.D, « L'héritage de Palo Alto : La communication méditée des recyparcs », travail de fin d'étude présenté en vue de l'obtention du grade de bachelier en communication dans la haute école de la province de Liège, 2010-2011.

14-COUCPEAU Audrey, « La violence et sa répercussion sur la relation soignant-soigné ». Centre Hospitalier du Mans, 06/2014.

15- CARRUZZO.J, « TCC et Agressivité : Défi Infirmier ET Interdisciplinaire ». Travail de Bachelor pour l'obtention du diplôme Bachelor of Science HES-SO en soins infirmiers HES-SO Valais Wallis Domaine Santé & Travail social. En collaboration avec : Florence Avanthay. Promotion : Bachelor 08. Juillet, 2011.

16-Collège de la haute autorité de la santé , Argumentaire, recommandations de bonnes pratiques professionnelles « évaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées », avril 2009 © haute autorité de santé – 2009.

17-CYRIL.H-T, DOMINIQUE. L, THOMAS.P, « Agitation et agressivité du sujet âgées : de la clinique avant toute chose ». La revue de gériatrie, tome 28, n°4. Service universitaire de psychiatrie (Limoges), France Avril, 2003.

18-DE NEGRI.B, DIPRETE BROWN.L, HERNANDEZ.O, Julia ROSENBAUM.J et ROTER.D, « Améliorer la communication interpersonnelle entre prestataires de soins de santé et clients » © Centre pour les sévices humains (CHS), 1997.

19-DE NEGRI.B, in notes de cours : Communication interpersonnelle. Liège : CERES, CICS, 1999.

20-DE RIDDER Josiane. Guide solidarité santé : « Mieux communiquer avec les personnes âgées désorientées », Décembre 04. Editeur : Bernard De Backer, rue Saint-Jean 32-38, 1000 Bruxelles, Dépôt légal : D/2004/1222/06.

21-DHENIN.J-F, « Communication », édition Emilie Ousktrat, © Bréal, Rosny-sous-Bois, 2004.p 6.

22-DOSSO, « technique de communication et conduite de réunion,©, university of Pittsburgh. All Right Reserved, 1988.

23-FEYEREISEN.P et HUPET .M, « Parler Et Communiquer Avec La Personne Agée », psychologie du vieillissement cognitif, Paris, Presses Universitaire de France, 2002, p.13.

24-FISCHER.G-N, « Psychologie des violences sociales », Dunod. Paris, 2003.

25-FREUD. A. « Le moi et les mécanismes de défense ». PUF, Paris, 1949.

26-FURTOS .J, « Problèmes d'identité et partenariat dans le champ de la précarité sociale » in Minard M. Ed. Exclusion et psychiatrie. Paris, ERES, (1999).

27-GUY De beusscher, « Introduction à la communication non violente et médiation ». Soins palliatifs et qualité de vie. Programme de formation continue. Cloc chapelles- aux- champs. 10 mars 2012.

28-HADDAR.Y, « l'occultation de la mémoire liée à la décennie noire, prolonge la violence intergénérationnelle », entretien réalisé par Mourad KEZZAR dans le journal Liberté du mardi20janvier2015.p7.

29-HEIDINGER. C, « L'amélioration de la prise en charge de la douleur chez la personne âgée », travail écrit en vue de l'obtention du diplôme d'état infirmier, en institut de formation en soins infirmier, Haguenau 2004-2007.

30-HESBEEN Walter, Prendre soin à l'hôpital, inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante, Paris, Masson, 1997, p.45.

31-JEAN-LUC.M, « théories de la communication », université Jean Monnet, département de communication, 2007,2008.

32-JOSIEN.M, « Technique de communication interpersonnelle, analyse transactionnelle, école de Palo Alto. PNL ». Nouvelle présentation © édition d'organisation, 1991, 2002, 2004.

33-KARLI.P, « L'Homme agressif ». Odile Jacob, 1987.

34-KARLI.P. « L'homme agressif ».O. Jacob ,1996, 470p.

35-KAKAI.H, « Contribution à la recherche qualitative, cadre méthodologie de rédaction de mémoire », Université de Franche-Comté, Février 2008.

36-KARLI.P, « La notion d'agressivité »: le point de vue d'un neurobiologiste Psycho Med. 1992.

37-LARUE.C, « Effets de l'utilisation d'un instrument d'évaluation du comportement agressif dans une unité de soins intensifs psychiatriques : DASA fr. », © Hôpital Louis-H. Lafontaine, 2012.

38-LAVOIE.D, CORMIER.J-M et CANAR DIOP.A, « Formation aux techniques de communication », séance1 « Introduction à la communication », document mis à jour le 6mai2010. Uniterra. SOS Faim.

39-LEBAHAR.J et AZZOPARDI.B, 1ère journée d'études sur le vieillissement. Plateforme bretonne de recherches interdisciplinaires sur le vieillissement. Maison des sciences de l'homme en Bretagne. Rennes le 21 janvier 2011, pp 1 et 2.

40-LEGLISE.P-Y, « Quand l'urgence est dans la relation », La violence de l'accompagnant aux urgences, Mémoire de fin d'études. Institut de Formation

en Soins Infirmiers Centre Hospitalier Universitaire de Fort-de-France, 11 juin 2012.

41-LESAVRE.L « Théories de la communication et nouvelles technologies de l'information et de la communication ». Working paper serie RMT (WPS 01-03). 2001, 13 p. <hal-00454682>. Consulté le 28/10/2014 à 21:11.

42-LOPERA.D, « de l'autorité à la communication », Espagnol, 0401701G, 2005/2006.

43-LYASSE-SANCHEZ.S, « L'agressivité en clinique: De l'étiopathologie à la chimiothérapie. Thèses pour obtenir le grade de docteur en médecine, Université Henri POINCARÉ, Nancy 1, 2002.

44-MEYSSIREL. A, RABOT. R et SLIMANE. N, « La violence dans les services de l'imagerie médicale », Travail d'intérêt professionnel de 3ème année. Institut de formation de manipulateurs d'électroradiologie médicale, MONTPELLIER, 2006/2007.

45-MICHAUD .Y. « La violence ». P.U.F collection Que sais-je? 5° édition 1999.

46-NEUVILLE.M, MICHIT.R, « Violence pulsion vitale Comment faire échec à la loi du plus fort ». Editions Hanko, 10 Décembre 2009.

47-Office central de la coopération à l'école 92 autonomes et solidarité. Guide pratique à l'usage des coopératives et des foyers coopératifs des hauts – de – Seine. . Edition 2007.

48-OLRY-LOUIS.I, CHABROL.C, « Interactions communicatives et psychologie : approches actuelles : Introduction. Presses de la Sorbonne nouvelle, pp.265, 2007, Submitted on juin 2012.

49-Organisation Mondiale de la Santé, « La communication pour agir sur les comportements et faire reculer le paludisme », édition provisoire, juin 2002.

50-OMS, Rapport Mondiale sur la violence et la santé, résumée, p4, 2008.

51-PAILHE.E, « Avantages et inconvénients de la supervision directe avec enregistrement vidéos pour la formation des internes de médecine générale à la communication », HAL, archives-ouvertes, 26juin 2012.

52-ERRISSE.X, « table ronde-communication et qualité des soins », © Presses universitaire de Bordeaux, 1994.

53- PAHLAVAN.F, « Les conduites agressives », Armand colin. Paris, 2002.

54-PRAYEZ, Pascal. Distance professionnelle et qualité du soin. Lamarre, France:2003.p8.

55-UNESCO. Revue international des sciences sociale. « Comprendre L'agressivité ». Volume XXIII, Revue trimestrielle, Paris, 1971.

56-RAMOS-GORAND.M, « Accessibilité de l'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées : enjeux territoriaux ». "Dossiers solidarité et santé". Drees. N° 36. 2013. 53 p.

57-RANASINGHE ARACHCHIGE Ivandi, «La juste distance dans la relation soignant soigné». Mémoire de fin d'étude: Unité d'enseignement 3.4Semestre 6: Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles Institut de formation en soins infirmier Emile Roux, Limeil Brévannes Promotion2012-2013. Le 20décembre2012.

58-REBERT.A, « Animation et communication avec les personnes âgées institutionnalisées », mémoire en vue d'obtention d'un certificat de capacité d'orthophoniste à l'université Henri POINCARÉ, Nancy, en juin 2010.

59-Rosenberg MISCALL. B. Les mots sont des fenêtres (ou des murs) : « introduction à la communication non violente ». Jouvence édition et Schutler, E. L'agressivité. Paris, Ed Morisset, 1996, pp. 44-67.

60-RUSZNIEWSKI.M, « Face à la maladie grave, patients, familles, soignants ». Dunod, Paris, 1995.

61-RUSZNIEWSKI.M, « Les mécanismes de défenses dans la relation médecin-malade », institut curie. Paris. Décembre, 2011.

62-SAINT-DENIS, « référentiel de compétences pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient dans le cadre d'un programme », juin 2013.

63- SHANNON.C, «A mathematical theory of communication, Bell System Technical Journal», Vol.27, 1948.

64-SHANNON.C et WEAVER.W, traduction française : « La théorie mathématique de la communication », Paris, Retz-CEPL, 1975, p. 69.

65-SHARP.G, « La Force Sans La Violence », © L'Harmattan, Paris, 2009.

66-SCHIEBLER.S, MULLER.T, « Un patient agressif dans mon service », Forum Med Suisse, 2014.

67-SCHOEFFEL.V, C info et Phyllis Thompson, « Communication interculturelle », consultante. ©cinfo 11/2007.

68-Tarrade. R, « Souffrance des soignants et violence des patients », mémoire de l'Ecole National de la santé publique, la contribution du directeur des soins à la gestion du risque violence en institution psychiatrique, 2004.

69- TRAUBE. P, « La violence ». Edition Labor. Octobre 2002.

70- WAEL. J, B. Ing, Analyse des performances de réseaux coopératifs à relais multiples : mémoire présenté en vue de l'obtention du diplôme de maîtrise ES Sciences appliquées (Génie Electrique) : Ecoles polytechnique de Montréal, 2009.

71-ZEILINGER.I, Conférence pour les équipes d'entraide, « La violence verbale, premières des violences : comment y agir ? ».Hôtel de ville à Bruxelles, 24.11.2003.

❖ Dictionnaires :

1-NORBERT.S, Dictionnaire de la psychologie, Ed Larousse ?, Paris, 2003. P 311.

2-Grand dictionnaire de la psychologie. Larousse, 1992.

3-POTIER. Met LORAUX.N, Dictionnaire encyclopédique des soins infirmier, 2002.

4-BRIN.F, COURRIER.C, LEDERLE.E et MASY.V, Dictionnaire d'orthophonie, Isbergues, Ortho édition, 2004, p. 108.

5- SETTON.C (sous la direction de), Dictionnaire de la langue française, Paris, SGED-Encyclopédie Bordas, 1995, Vol. II, p. 2044.

6-Grand dictionnaire de la psychologie : Larousse 1991 pour la première édition, Larousse bordas 1999 pour la second édition, Larousse, 2011 pour la nouvelle édition.

7-LAPLANCHE.J et PONTALIS.J-B, « Vocabulaire de la psychanalyse », sous la direction de Daniel Lagache. Dépôt légal- 1ère édition : 1967.12eme édition : juin, 1994. Edition Delta, 1996, © Press universitaire de France, 1967. Paris. PUF.

Annexes

Annexe n°1 :

Questionnaire

Dans le cadre de la réalisation d'une étude scientifique, nous vous prions madame/monsieur, de bien vouloir répondre aux questions suivantes, en choisissant la réponse qui correspond le mieux à ce que vous viviez ou vous sentiez. Sachant qu'il n'y a pas de bonne ou mauvaise réponse. Ainsi nous vous garantissons l'anonymat et la discrétion de vos réponses, et qu'elles ne seront utilisés que pour des fins scientifiques.

- 1- Sexe : Masculin Féminin
- 2- Age : 60-65 66-71 72-77 78 et plus
- 3- Situation familiale : Marié(e) Divorcé(e)
Veuf(Ve) Célibataire
- 4- Niveau d'étude: Analphabète Primaire Autres
- 5- Nombre d'enfants : 1-2 3-4
5-6 7 et plus
- 6- Souffrez-vous de :
- Maladies chroniques : Oui Non
- Sous traitement psychiatrique : Oui Non
- 7- Année d'entrer au centre :
- Moins de 5 ans 5-10 ans 10 et Plus

	Les personnels se comportent avec moi en :	Jamais	Parfois	souvent
1	Me laissant comprendre ce qu'ils me transmettent, tout en prenant mon temps.			
2	Négligeant mes émotions.			
3	Me donnant la liberté d'exprimer ce que je ressens.			
4	Utilisant des punitions en cas de mon opposition.			
5	Me faisant part de toutes nouvelles.			
6	Se comportant strict avec moi pour l'application de leur recommandations.			
7	Cherchant à chaque fois si rien ne me manque.			
8	N'exprimant aucun affect envers moi (tendresse, pitié,...etc.)			
9	Prenant en considération mon opposition.			
10	Utilisant une voix haute pour m'emmener à être en accord avec eux.			
11	Me donnant des consignes à appliquer en obligation et sans négociations.			
12	Respectant mon droit à la communication.			
13	Ne me donnant pas le temps de comprendre ce qu'ils me transmettent.			
14	Me remerciant quand je respecte la réglementation du foyer.			
15	Me permettant de choisir ce qui me convient.			
16	Acceptant mes idées, en essayant de les explorer.			
17	Exprimant leur colère devant moi.			
18	M'écoutant quand j'extériorise mes émotions.			
19	M'apaisant en cas de colère.			

20	Se montrant soucier de moi, en me donnant de l'importance.			
21	Ne me donnant pas l'occasion d'exprimer ce que je ressens.			
22	Ne me différenciant pas de mes copains/copines du foyer.			
23	Devenant sévère avec moi en cas de mon opposition.			
24	Respectant mes décisions telles qu'elles sont.			
25	Me forçant à poursuivre mes traitements.			

	Je me comporte avec le personnel comme celui qui :	Jamais	Parfois	Souvent
1	Insulte le personnel sans cesse.			
2	Impose ses idées et ne fait qu'à sa tête.			
3	Jette ses vêtements par terre.			
4	Refuse de manger.			
5	Frappe le personnel.			
6	Refuse de prendre ses médicaments.			
7	Fait le chantage pour arriver à ses buts.			
8	Lève le ton de sa voix.			
9	Menace le personnel.			
10	Montre du doigt.			
11	Casse des objets.			
12	Provoque les autres résidents pour énerver le personnel.			
13	Crie quand il parle.			
14	Crache sur le personnel.			
15	Se fâche contre le personnel.			
16	Refuse de faire sa toilette.			

17	Dérange le personnel.			
18	S'oppose souvent aux règles du foyer.			
19	Fugue quand il n'obtiendra pas ce qu'il veut.			
20	Rejette ses visites familiales.			
21	Pince le personnel au moment de sa colère.			
22	Rejette son copain/copine de chambre pour contrarier le personnel.			
23	Se déshabille à répétition.			
24	Blasphème (insulte le dieu ou les choses sacrées).			
25	Emet des sons répétitifs.			
26	Murmure des paroles sourdes et confuses.			
27	Emploie un langage hostile ou accusateur.			
28	Utilise des objets pour frapper.			
29	Mord le personnel.			
30	Urine ou défèque dans des endroits inappropriés.			
31	Détourne sa tête contre le personnel.			

Annexe n°2 :

استبيان

في إطار تحضير دراسة علمية ندعوكم للإجابة على الاسئلة التالية. و ذلك باختيار الاجابة بحسب الحلة التي تعيشونها او تحسونها بالعلم انه لا توجد اجابة صحيحة او خاطئة. بالإضافة الى ذلك فان المعلومات التي سنحصل عليها ستستعمل لأهداف علمية فقط و نحن نضمن لكم السرية التامة. شكرا.

الجنس :

ذكر أنثى

السن : 65-60 70-65 75-70 75 و اكثر

الحالة العائلية :

متزوجة - متزوج مطلق- مطلقة

أرمل- أرملة عازب- عزباء

المستوى الدراسي :

أمي ابتدائي غيره

عدد الأطفال : 1-2 3-4 5-6 7 و اكثر

هل تشكو من :

أمراض مزمنة : نعم لا

أمراض عقلية : نعم لا

سنة الدخول إلى المركز : قل من 5 سنوات 5-10 سنوات 10 سنوات و أكثر

دائما	في بعض الأحيان	ابدا	الخدامين يتعاملو معايا هاكدا	
			يخلوني نفهم واش حابين يقولو.	1
			ما علبالمش بالاحاسيس ديالي.	2
			يخلوني نقول واش راني نحس.	3
			يعاقبوني اذا خالفتم.	4
			يخبروني بكل حاجة جديدة.	5
			يسيفو عليا باش ندير واش يحيو.	6
			يحوسو ديما اذا ما خصني والو.	7
			ما يحسو بحتي حاجة من جهتي(الحنانة. الشفقة... الخ).	8
			يمدو اهمية للخلاف ديالي.	9
			يعيطو عليا باش يخلوني نتفاهم معاهم.	10
			يأمروني ندير حاجة بالسيف.	11
			يحترموا حقي فالهدرة.	12
			ما يمدوليش الوقت باش نفهم واش حابين يقولو.	13
			يشكرونني كي نحترم قوانين تاع المركز.	14
			يخلوني نخير واش يساعدي.	15
			يقبلو الأفكار ديالي ويحاولوا يطبقوها.	16
			يبينوا الزعاف ديالهم قدامي.	17
			يسمعوني كي نهدر على الاحاسيس ديالي.	18
			يربحوني كي نكون ز عفان .	19
			يبينو قلق ديالهم جهتي و يمد ولي اهمية.	20
			ما يمدوليش الفرصة باش نقول واش نحس.	21
			ما يفرقوش بيني وبين صحابهم في المركز .	22

			يكونو واعرين معايا اذا خالفتهم.	23
			يحترموا قرارتي كيما كانوا.	24
			يخلوني نكمل دوا تاعي بالسيف.	25

دائما	في بعض الاحيان	ابدا	نتعامل مع لخدامين كيما لي :	
			يسب الخدامين ديما.	01
			يفرض رايو و راسو يابس.	02
			يرمي حوايجو في الارض.	03
			ما يحبس ياكل.	04
			يضرب الخدامين.	05
			ما يحبس يشرب دواه.	06
			يسيف على الخدامين /يتغلب عليهم باش يدير واش يحب.	07
			يطلع صوتو.	08
			يهدد الخدامين.	09
			يتورى بالصبع.	10
			يكسر الحاجات.	11
			يتبلا الاخرين لي معاه.	12
			يعيط كي يهدر.	13
			بيزق على الخدامين.	14
			يفاشي الخدامين.(ما يحبس يهدر معاهم).	15
			ما يحبس ينقي روجو.	16
			يفلق الاخرين /يدر ونجي الخدامين.	17

			18 ما يقبلش قوانين المركز.
			19 يهرب كي ما يلقاش واش يحب.
			20 ما يستقبلش لي يجو يزوروه.
			21 يقرص الخدامين كي يكون ز عفان.
			22 يعري روحوا دايمًا.
			23 يسب ربي او الدين.
			24 يعاود الاصوات.
			25 يقول كلام ما يتفهمش غير بالكلام.
			26 يقول هدره يتهم فيها.
			27 يقول كلام ما يتفهمش غير بلعقل.
			28 يستعمل حاجات باش يضرب.
			29 يعرض الخدامين .
			30 بيول في بلاصة ماشي لائقة .
			31 يدور راسو على الخدامين.

Annexe n°3 :

Astheqsi

Segheyyi ntazrawt tusnawt awen-d nessuter tiririt ghef yisteqsiyen-ayi ,adyili s lxetyar n tririt 3lahsab n lhala itett3icem negh i tetthulfum. Dakken ulac tiririt isehhan negh ighelten, terna n tiktiwin ara ydinim ahntsakhedem kan gheryiswiyen n tmusni wadyeqqim garanegh. Tanmirth nwen.

1- Eljens : amalay unti

2- La3mer :

60-65 66-71 72-77 78 dasawen

3-Lhala n twachult : Ijwej/Tejwej Inevra/tenevra

Tadgalt/Dadgal Del3azeb/Del3azba

4- Aswirntghuri :

Uryeghriara Amazwar Wayad

5- Amdannwarach : 1-2 3-4 5-6 7 dasawen

6- Mayelathalkem :

Lahlak iwa3ran : Ih khati

Lahlakh la3qel : Ih Khati

7- Assegas nukhetchum gher wekham yemgharen :

Sedaw n 5 issegassen 5-10 issegassen Sufela n 10 issegassen

--	--	--	--	--

	Ikhedamen te3amalen yidiaka :	Muhal	Tiswi3in	Dima
1	Tadjaniyi/ takniyilwaqthbachadfahmaghayenydeqaren.			
2	Usentuqi3ara lma3na swayenithusugh.			
3	Tadjaniyiqaraghdayerenithusugh.			
4	T3aqavniyi imadaghighadkhedmaghayenydeqaren.			
5	Sa3lamniyi skulech/swejdid.			
6	Tem3amalen yidi slu3ara bachadkhedmaghayenydetalaven.			
7	Seqsayeren-tqelivendimamayelauyikhuskhra.			
8	Udesbiyinenaraayenithusungherghuri, amadlahnanaamadelghit,...			
9	Thasisniyidimaradaghigh/imaragamighadkhedmaghl hadja.			
10	T3ayitend felibachasnaghaghawal.			
11	Qareniyiddachuaradkhedmaghblamachawarniyi.			
12	Tadjaniyiademeslayagh/adhadraghakenivghigh.			

13	Uytadjanara/uytelhaqnaralwaqthbachadfahmaghayen iydeqaren.			
14	Tchekirniyitichkitahtarmaghleqwanenwekhamiyemg haren.			
15	Tadjaniyadiakhthiraghayeniwiwulmen.			
16	Qeblenaraiwyarnasakhdament.			
17	Tveyinend lefqa3athensen zathi/tveginendllghidnsenimaradilinyidi.			
18	Thasisniyiditichkiidesevganaghayenithusugh.			
19	Srusayniyidtkalminiyiditichki ifeq3agh.			
20	Snuzgumenfeli.			
21	Uytadjanaraadsufghaghayenithusugh.			
22	Sa3dalen garanagh.			
23	Ta3ren yiditichkiusnetaghagharaawal.			
24	Tqadarenayenivghigh.			
25	Thatimniyi/tpusuniyiadeswaghdwawiyinu.			

--	--	--	--	--

	Tem3amalagh dikhedamenakam win:	Muhal	Tiswi3in	Dima
1	Iregmenikhedamendima.			
2	Itghananen/ikhedmenayenisdinauqaruyis.			
3	Itegirenlqechis ghalqa3a.			
4	Itgaminaditch.			
5	Ikathenikhedamen.			
6	Itgaminadisudwawiynes.			
7	Itghananenbachayawetgharwayenigesaram.			
8	Igesa3layen suthis.			
9	Isagadenikhedamen.			
10	Itwahinsitudanis.			
11	Itruzenlahwayej.			
12	Itqavahenimgharenbach adesfeq3en ikhedamen.			

13	It3ayiten imaradihedar.			
14	Isusufenikhedamen.			
15	Ifeq3en fikhedamen.			
16	Itgamin/ihamlenara/itaghinadisizdghenimanis.			
17	Itqaliqen/isefqa3en ikhedamen.			
18	Ugetabiqenaraleqwanenwekhamyemgharen.			
19	Ireglengukhamyemgharentichkiugewitaragharwayenige vgha.			
20	Itgaminadizerimawlanis, tawachultis, elfamilyaynesimaradasen.			
21	Isqutufenikhedamen imaradifqa3.			
22	Uqeblenaraadilindimgharennadenbach adesfeq3en ikhedamen.			
23	Iteksenlahwayjis/lqachisdima.			
24	Iregmenikhedamensdin.			
25	Itkethirenlhas.			

26	Ihedrenlhadraunesfhamara/isdarmumen/ ismumuhen.			
27	Isakhdamenlhadra unem3inara/ idghel.			
28	Ikathenslahwayej.			
29	Itkharichenikhedamen.			
30	Itegirenamanntasanaghigeseawsakhengmukhanuglaqnar a.			
31	Idewirenaqaruyisfikhedamen.			