UNIVERSITE SOCIETES BRETAGNE TEMPS LOIRE TERRITOIRES

UNIVERSITÉ RENNES 2

THESE DE DOCTORAT DE

L'UNIVERSITE RENNES 2
COMUE UNIVERSITE BRETAGNE LOIRE

ECOLE DOCTORALE N° 604
Sociétés, Temps, Territoires
Spécialité : **SOCIOLOGIE**

Par

Anne FOUQUE LE BOUIL

« Vers une anthropo-bio-sociologie de la personne vieillissante en établissement médico-social »

Thèse présentée et soutenue à Rennes le 21 février 2020
Unité de recherche : Laboratoire interdisciplinaire de Recherche en Innovations Sociétales (LiRIS)

Rapporteurs avant soutenance :

Jean-Luc Brackelaire, Professeur des Universités, Université de Namur
Nathalie Rigaux, Professeur des Universités, Université de Namur

Composition du Jury :

Jean-Luc Brackelaire, Professeur des Universités Université de Namur
Nathalie Rigaux, Professeur des Universités Université de Namur
Astrid Hischerlmann, Professeur des Universités Université de Caen
Directeur de thèse :
Jean-Yves Dartiguenave, Professeur des Universités Université Rennes 2
Co-directeur de thèse :
Clément de Guibert, Maître de Conférence Université Rennes 2
Invités :
Armel Huet, sociologue
Catherine Bergeret-Amselek, Psychanalyste

Thèse de doctorat

Sociologie

Sous la direction de Jean-Yves Dartiguenave
et Clément de Guibert

Vers une anthropo-bio-sociologie de la personne vieillissante en établissement médico-social

Anne Fouque Le Bouil

Février 2020

FOUQUE LE BOUIL, Anne. Vers une anthropo-bio-sociologie de la personne vieillissante en établissement médico-social - 2020

Remerciements

Mes remerciements vont à tous ceux, qui, de près ou de loin, à leur insu ou à mon insu ont participé à l'élaboration de cette thèse.

Mes remerciements vont tout particulièrement

A Jean-Yves Dartiguenave et Clément de Guibert
pour la pertinence de leur analyse, la qualité de leur accompagnement
et la confiance qu'ils m'ont accordée tout au long de ce travail.

A Jean-Claude Quentel, Hubert Guyard, Attie Duval et Jacques Laisis
pour leur enseignement de MASTER et leurs travaux cliniques
dans lesquels j'ai largement puisé, m'appropriant ainsi un héritage remarquable :
celui de Jean Gagnepain

Aux docteurs et doctorants du séminaire mensuel pour nos échanges exigeants et heuristiques

A mes collègues et amis de l'établissement pour leur écoute bienveillante
de mes doutes et de mes emballements

A Jean-Marc, dont la patience, mise à rude épreuve, n'a pas failli et à nos enfants
Romain, Antoine, Thomas et Chloé pour leurs encouragements indéfectibles.
Mention spéciale à Romain pour sa relecture assidue !

A vous, lecteurs, pour l'appropriation que vous ferez de cette thèse

SOMMAIRE

Remerciements 3

Sommaire 5

Introduction générale **9**

PREMIERE PARTIE : DE LA SOCIOLOGIE

Premier chapitre : A propos du vieillissement

1. **Des savoirs à interroger** 23
   - 1.1 L'approche socio-historique 23
   - 1.2 La perspective critique 26
   - 1.3 L'interactionnisme symbolique 31
   - 1.4 La sociologie clinique 40

   Conclusion 55

2. **Un héritage à assumer** 58
   - 1.1 De la place du sociologue 58
   - 1.2 De la place de l'animateur socio-culturel 63
   - 1.3 De la place de l'apprenti-chercheur 74
   - 1.4 Du rite d'institution… 79
   - 1.5 …Au processus d'appropriation 81

3. **Des idéaux à promouvoir** 84
   - 3.1 Du rite de réassurance… 84
   - 3.2 …Au processus d'appréciation 84

4. **Un terrain à exploiter** 88
   - 4.1 Des archives historiques 89
   - 4.2 Une architecture spécifique 95
   - 4.3 Des archives informatiques 99
   - 4.4 Des supports d'animation aux tableaux cliniques 101

Conclusion 1 106

FOUQUE LE BOUIL, Anne. Vers une anthropo-bio-sociologie de la personne vieillissante en établissement médico-social - 2020

Deuxième chapitre : Un vieillissement rationnellement construit

Introduction 111

1. **Le vieillissement logiquement conçu** 111
   1.1 Du côté des philosophes 112
   1.2 Du côté des psychologues 114
   1.3 Du côté des sociologues 119
   1.4 La question de l'humain 124

2. **Le vieillissement socialement élaboré** 125
   2.1 Le pouvoir gris 125
   2.2 Altruisme et altérité 129

3. **Le vieillissement techniquement appareillé** 130
   3.1 Prothèse, habitat et pharmacopée 131
   3.2 La question de la lenteur 133

4. **Le vieillissement moralement éprouvé** 137
   4.1 De la culpabilité 137
   4.2 De la déception 141

Conclusion 2 143

DEUXIEME PARTIE : DE LA SOCIOLOGIE A L'ANTHROPOLOGIE CLINIQUE

Premier chapitre : Prise et déprise historique

Introduction 149

1. **La leçon de Louise** 152
   1.1 La description 152
   1.2 L'analyse 157
   1.3 La discussion 161

2. **Du défaut d'incorporation** 172
   2.1 La description 173
   2.2 L'analyse 175
   2.3 La discussion 176

FOUQUE LE BOUIL, Anne. Vers une anthropo-bio-sociologie de la personne vieillissante en établissement médico-social - 2020

3. Une analyse surdéterminée 181
3.1 La description 181
3.2 L'analyse 185
3.3 La discussion 188

4. De la désaffiliation 194
4.1 La description 194
4.2 L'analyse 198
4.3 La discussion 201

5. Discussion épistémologique 206

Deuxième chapitre : Engagement et le désengagement éthique

Introduction 229

1. La question de l'aboulie 232
1.1 L'évaluation gériatrique 233

2. D'un déterminisme à l'autre 244
2.1 La description et l'analyse 244
2.2 La discussion 246

3. Le vieillissement douloureux 248
3.1 La description 249
3.2 L'analyse 251
3.3 La discussion 254

4. **Le vieillissement licencieux** 259
4.1 La description 260
4.2 L'analyse et la discussion 261

5. **De l'animation à la dialectisation éthico-morale** 262
5.1 La description 263
5.2 L'analyse et la discussion 264

6. **Justification méthodologique** 266

TROISIEME PARTIE : DE L'ANTHROPOBIOSOCIOLOGIE

Introduction 275

Premier chapitre : Savoir et compétence

1. **De la dynamique de reproduction** 277
2. **De l'analyse de pratique** 285
3. **De la spécificité humaine** 304

Deuxième chapitre : Le savoir comme enjeu de métier

1. **Les limites du métier d'animateur** 315
2. **Les limites du métier d'ergothérapeute** 326
3. **Les limites du métier de psychologue** 339

Troisième chapitre : Le pouvoir comme enjeu d'alliance

1. **Une prise de position épistémologique** 347
2. **De l'intersubjectivité à l'argumentation** 349
3. **La place du modèle** 365

Conclusion générale 373

Bibliographie 379

Annexes 381

Evaluation du projet global d'animation et de coordination 397

Objectifs de l'animation 405

Introduction générale

Cette thèse traite du vieillissement, plus exactement du vieillissement lorsque celui-ci fait rupture dans l'histoire de la personne et la contraint à s'inscrire dans une relation de service. Notre travail de recherche émerge d'une situation professionnelle d'animation et de coordination de la vie sociale dans un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes. Cette expérience, au cœur du médico-social, nous a convaincu que les savoirs, engrangés dans le cadre de la formation et de l'expérience, ne sont pas à la hauteur de la tâche à accomplir sur le terrain du travail médico-social. D'un côté, l'hétérogénéité des théories sur l'humain obscurcit les problématiques à prendre en charge, de l'autre, les règlementations et protocoles figent la pratique au détriment d'une analyse des situations qui nous sont données à traiter. L'animation socioculturelle, dans un établissement d'hébergement pour personnes vieillissantes, s'appréhende sur le volet du « lien social » et de la « participation » sans pour autant interroger ce qui fonde ce lien et cette participation. Si la démarche participative est admise aujourd'hui comme un « allant de soi », elle est essentiellement mobilisée comme un moyen qui fait l'impasse sur la capacité spécifiquement humaine à prendre part. Nous montrerons que si l'entrée en établissement est spécifiquement le résultat d'une rupture dans l'histoire de la personne vieillissante, elle relève incidemment de multiples contraintes anthropologiques.

A la fois expérimental et théorique, ce travail de recherche s'efforcera à partir de la mise en perspective des processus anthropologiques, d'aborder le vieillissement sous l'angle explicatif des sciences humaines. Nous interrogerons, dans la première partie de cette thèse, les principales approches sociologiques qui se sont intéressées à la vieillesse et au vieillissement. Nous discuterons à partir de quatre grands courants, qui nous paraissent constituer un corpus relativement représentatif de notre objet de recherche : l'approche socio-historique, la perspective critique, l'interactionnisme symbolique et la sociologie clinique. Il s'agira de relever les apports de ces différentes approches sociologiques, mais aussi leurs limites explicatives afin de lever les obstacles épistémologiques qui empêchent de faire du vieillissement un objet scientifiquement analysable.

C'est sous l'angle socio-historique, que nous aborderons l'entrée du vieillissement dans le secteur de l'action sociale. La restitution des étapes chronologiques de sa prise en charge par les politiques publiques et les acteurs sociaux, met en avant les alliances et les initiatives, qui ont marqué le dynamisme de ce secteur. Sous ce prisme, la description des faits et la

récapitulation des grandes étapes de la constitution du secteur, nous fera prendre la mesure de l'autonomie d'un champ gérontologique. En rompant avec la continuité chronologique, nous retiendrons de cette approche l'articulation entre une conflictualité relative à la division du travail et un compromis toujours provisoire et changeant. De fait, la récapitulation d'évènements et la prise en compte de la conflictualité des acteurs, nous renseignent sur la capacité humaine à faire histoire, au sens d'une singularité historique. Nous montrerons que si la *singularité* socio-historique ne peut fonder la *généralité* d'une explication, cela n'empêche aucunement le chercheur en sociologie, de repérer la *particularité* de l'ordre relatif au social lui-même. Nous nous efforcerons alors de préciser le principe de *légalité,* dans sa dynamique dialectique de la *divergence* et de la *convergence*, relative à la conflictualité sociale. Nous distinguerons cette modalité sociale de ce qui, dans l'explication scientifique, relève d'une cohérence logique, c'est-à-dire d'une *causalité*. Nous montrerons ainsi, pourquoi cette dernière n'est pas à confondre avec la cohésion sociale, qui, prenant en compte la relativité du monde social, doit faire face aux résistances socio-historiques.

Ceci, nous amènera à voir comment cette conflictualité est perçue par la perspective critique à travers le paradigme du contrôle social, concrétisé par le modèle biomédical. Cette perspective ouvre sur la question du pouvoir et des enjeux que cette question sous-tend, en termes de politiques publiques et de prise en charge. Pour autant, nous montrerons que cette sociologie tend à réduire le pouvoir à des rapports de force et passe à côté, à nos yeux, de l'*appropriation*, nécessairement conflictuelle, entre institutions, professions, et groupes sociaux à l'intérieur du champ gérontologique. Ce constat nous conduira à repérer, qu'en faisant de la personne vieillissante en établissement une « personne dominée », la perspective critique fait l'impasse sur la réversibilité des jeux de pouvoir et la capacité de l'humain à s'en absenter.

Nous montrerons qu'en s'ancrant sur le point de vue de l'individu, l'interactionnisme symbolique contrecarre ce rapport au pouvoir et dégage une perspective qui permet de penser le jeu des positions sociales, sous l'angle de la réversibilité. Cependant, la positivité de l'interaction et le concept de « déprise » peinent à rendre compte de l'*absence* qui fonde, selon nous, cette distance au pouvoir. En réifiant les interactions, cette sociologie passe à côté de la nécessaire *négativité* anthropologique des rapports sociaux au fondement de la résistance de l'humain. Ainsi, nous verrons que si cette approche a le mérite de revisiter la question de l'absentéisme, elle ne parvient pas à la généralité d'une explication et à la dissociation de processus anthropologiques distincts.

Enfin, nous nous confronterons à la sociologie clinique qui propose de dépasser le psychologisme et le sociologisme en croisant les apports de la socioanalyse de Bourdieu et de la psychanalyse de Freud. Nous montrerons comment cette sociologie butte sur une approche psychosociale qui tend à mettre l'accent sur l'émancipation et l'épanouissement personnel. En fondant son approche sur une subjectivité réflexive, elle invite les chercheurs à donner un sens à leur histoire. Ce qui entraine les sociologues cliniciens à fonder leur explication à partir de l'arbitraire historique, au détriment d'une explication du processus anthropologique. Ce dernier, qui donne à l'humain sa capacité à faire histoire, nous l'appellerons, à la suite de Jean Gagnepain, l'*historicité*. De fait, cette approche, qui reste tributaire de la dichotomie de l'individuel et du collectif, cumule les apories épistémologiques des courants précédents et ne parvient pas à donner un statut à la subjectivité. Plus largement, nous montrerons que l'absence de cadre explicatif contribue à la confusion conceptuelle. Pour sortir de cette impasse, notre alternative théorique proposera un glissement sémantique de cette question sur la dialectique du *singulier* et de l'*universel*.

De la confrontation avec ces différents courants sociologiques, nous devons reconnaitre notre dette à leur égard, en ce qu'ils nous permettent de préciser notre positionnement. Celui-ci s'attachera tout au long de notre recherche à rendre compte de la généralité des processus anthropologiques distincts. Pour autant, il convient d'admettre dès maintenant que ces différentes approches sont loin de se réduire à ce que nous en écrirons ici. Ceci dit, cette confrontation, nous amènera à mettre l'accent sur les tensions et les enjeux qui structurent le champ gérontologique, en distinguant ce qui relève de la gestion d'un problème social et ce qui relève de l'explication sociologique. Nous montrerons comment les sociologues du vieillissement perçoivent l'hégémonie du médical à l'aune d'un processus de re-naturalisation. Ce qui confortera notre engagement à interroger ce qui relève du social dans la fragilité supposée de la personne vieillissante. Nous proposerons, et c'est là le cœur de notre thèse, d'aborder la pathologie et le lien social dans un même mouvement explicatif et clinique.

Nous aborderons le contexte de notre recherche à partir d'une présentation de l'animation socioculturelle dans un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes. A partir d'une analyse de l'entrée en établissement, nous défendrons l'idée que notre position d'acteur gérontologique, en prise avec la gestion d'un problème social, n'empêche nullement de contribuer épistémologiquement à l'élaboration d'un savoir sociologique. De cette situation d'entrée en établissement, nous montrerons que deux analyses distinctes peuvent être effectuées à partir d'un même phénomène. Plus précisément, nous spécifierons ce qui relève d'une analyse

sociologique, fondée sur la faculté humaine d'*appropriation*, et ce qui relève d'une analyse axiologique, fondée sur la faculté humaine d'*appréciation*. L'idée sous-jacente, étant de démontrer qu'en tant qu'humain, la personne vieillissante ne se limite pas à des fonctions d'adaptation et d'acceptation.

En croisant les limites méthodologiques de notre engagement d'animateur et de chercheur, nous dégagerons nos exigences éthiques, tant sur le plan de la prise en charge, que sur le plan de l'explication scientifique. Dans notre travail de recherche, nous mettrons l'accent sur la *différence* culturelle, qui, au-delà de l'animalité, nous spécifie en tant qu'humain. Ce qui donnera à notre étude sa dimension anthropologique. A l'instar de Théodule Ribot et de Sigmund Freud, nous considérons que c'est sous l'angle des dysfonctionnements, que nous pouvons aborder le fonctionnement normal ; et la clinique du vieillissement devient alors expérimentalement, le lieu de vérification de nos hypothèses. C'est pour cette raison, que nos propos exploiteront, le plus systématiquement possible, un cadre d'analyse précis, issu d'une théorie anthropologique de la rationalité humaine.

Nos matériaux d'enquêtes seront présentés à la lumière de nos fonctions d'animation et de coordination de la vie sociale de l'établissement, qui restera anonyme tout au long de notre recherche. Nous construirons nos observations à partir de nos activités et de tout ce à quoi nous pourrons avoir accès au sein de l'établissement. Nous mettrons l'accent sur le caractère hypothético-déductif de nos analyses, que nous présenterons sous formes de tableaux cliniques dans la partie centrale de notre thèse. Auparavant, la rupture épistémologique que nous opérerons aura pour conséquence de rendre compte du vieillissement selon quatre modalités. Ce qui nous obligera à parler de *vieillissement rationnellement construit*. Nous chercherons ainsi à clarifier la complexité, c'est-à-dire à différencier et à séparer les points de vue sur l'objet ; car le vieillissement concrètement constatable est pour la science beaucoup trop complexe pour qu'un seul point de vue explicatif soit suffisant, à lui seul, à en rendre compte.

Ainsi, nous montrerons comment *le vieillissement logiquement conçu*, transformé par la logique dont l'homme est capable, devient un phénomène explicable, un *symptôme* dont on peut dire quelque chose. C'est ce qui interroge et qu'on cherche à expliquer par la médiation des mots. Anthropologiquement, cela suppose que l'être humain dépasse la naturelle perception pour préciser sa représentation et formaliser son monde. Ainsi, quelques soient les mots qu'on a pour le dire, *« on en cause »* et on introduit par là le *principe de causalité.* Pour autant, c'est à la croisée du social que nous observerons comment philosophes, psychologues et sociologues investissent, chacun à leur manière, la question du vieillissement.

Nous montrerons comment *le vieillissement techniquement appareillé*, transformé par la technicité dont l'homme est capable, devient un *dysfonctionnement* sur lequel on peut intervenir. Ce qui suppose que l'homme, à partir des matériaux dont il dispose, dépasse la naturelle activité par la médiation des techniques. Ainsi, que ce soit par la simple béquille, le fauteuil roulant ou le robot futuriste d'aide à la personne, l'homme introduit culturellement le même *principe de sécurité*. Ici aussi, pour en discuter, nous resterons à la croisée du social et plus précisément dans le contexte de l'établissement d'hébergement médico-social qui constitue notre terrain d'enquête.

Nous montrerons également comment *le vieillissement socialement élaboré* est transformé par la socialisation dont l'homme est capable. Devenant un *handicap*, il vient faire rupture dans l'histoire de la personne qui se trouve alors obligée de s'inscrire dans de nouvelles relations familiales, de voisinage mais aussi professionnelles. Ceci suppose, que l'être humain dépasse une naturelle incorporation en posant des frontières culturelles d'appartenance et de compétences et qu'il introduit par-là culturellement le *principe de légalité.* Au fondement du social, nous aborderons ce principe au sens d'un compromis toujours transitoire et mouvant entre une *singularité* et une *universalité* jamais atteinte.

Et enfin, nous montrerons comment *le vieillissement moralement éprouvé* se trouve transformé par la dramatisation dont l'homme est capable. Celui-ci devient alors une *épreuve* qui fait se sentir plus ou moins bien selon le contrôle des émotions et la régulation du comportement. Ici aussi, cela suppose que l'être humain dépasse la naturelle valorisation par la médiation des restrictions, introduisant culturellement le *principe de légitimité* à partir des exigences éthico-morales que lui-seul s'impose. Ici encore, c'est à la croisée du social relatif à la vie en établissement, que nous donnerons à voir l'épreuve du vieillissement chez la personne vieillissante et son entourage familial et professionnel.

En évitant la superposition des déterminismes, nous proposerons d'inscrire la spécificité du vieillissement sur son versant socialement élaboré. Ce qui nous amènera à interroger le vieillissement sous l'angle de la responsabilité au sens anthropologique du terme. Autrement dit, sous l'angle du *devoir être social* et son corollaire l'*appartenance sociale*. En spécifiant le vieillissement dans sa dimension sociologique, nous nous efforcerons de tenir compte de l'incidence des autres déterminismes. Dans la deuxième partie de notre thèse, nous aborderons la clinique expérimentale au plus près des personnes vieillissantes. C'est en ce sens, que nous pourrons parler de sociologie clinique. Clinique explicative qui cherchera à mettre à l'épreuve

la théorie à partir d'hypothèses cohérentes, justifiées par le modèle de pensée qui permet de les poser.

Dans le premier chapitre, nous spécifierons le déterminisme social en élaborant nos observations au regard d'hypothèses, fondées sur le rapport dialectique du *sujet* et de la *personne.* Nous considérerons que le vieillissement est un problème spécifiquement sociologique, dans le sens où il interroge la disparition progressive de la personne en tant qu'acteur social, acteur et auteur de sa propre histoire. Nous chercherons, à partir des dysfonctionnements observables, à rendre compte de ce qui permet à l'homme de mettre en forme de la *socialité*. Ce recul de type anthropologique, nous permettra par la clinique de revisiter le concept de « déprise » et de repérer les deux types de processus que sont : la configuration gestaltique naturelle et l'analyse de la rationalité sociologique culturelle.

Ainsi, nous aborderons *la prise et déprise historique* à partir de tableaux cliniques qui mettront en scène des résidents de l'établissement. Les phases descriptives résulteront de nos observations *in situ* dans le cadre de notre intervention sociale. Elles feront ensuite l'objet d'une analyse qui cherchera à rendre compte de cette modalité de la raison humaine, qui entre en jeu dans le moindre de nos rapports sociaux. Cette clinique explicative, nous permettra de formaliser le réel le plus scientifiquement possible, c'est-à-dire selon une visée qui prend appui sur un cadre d'analyse logique. Nous chercherons à pousser le plus loin possible nos hypothèses pour donner à voir l'implicite du social, sans pour autant donner à nos analyses un statut de vérité. Dans un troisième temps, ces analyses seront discutées, ce qui nous permettra de mettre en évidence les convergences et les divergences dans une confrontation avec d'autres savoirs et compétences. De sorte que nous proposerons, à partir des dysfonctionnements relatifs à la personne vieillissante, de distinguer l'*incorporation* qui relève du traitement gestaltique biologique et l'*appropriation* qui relève de l'analyse sociologique. Nous repèrerons, soit une perte de l'organisation naturelle, qui éloigne la personne de la positivité de son être biologique subjectif ; soit une perte de sa capacité d'autonomie sociale, qui éloigne la personne de la négativité de son être culturel. Nous conclurons ce chapitre en invitant à une discussion épistémologique, qui propose une alternative pour appréhender l'humain dans sa dialectique fondamentale. En nous confrontant aux cliniques psychanalytique, psychiatrique et neurologique, nous trouverons matière à argumenter ; ce qui nous amènera à conclure ce chapitre en soulignant l'importance, à nos yeux, de recourir au concept d'anthropo-bio-sociologie.

Le deuxième chapitre clinique prendra appui sur la dialectique du *projet* et de la *norme*, ce qui nous permettra de ne pas confondre ce qui relève du sociologique et de l'axiologique. Là encore, nous mettrons l'accent sur l'implicite du processus qui permet de rompre avec la *valorisation* gestaltique pour introduire humainement l'exigence éthique d'*appréciation* au fondement de la morale. Nous montrerons que ce registre implique la problématique du désir dans son mode de régulation. A partir de tableaux cliniques, nous interrogerons ce déterminisme axiologique pour montrer qu'il ne se limite pas à sa codification sociale. Ici aussi, l'observation des dysfonctionnements nous permettra d'aller plus loin dans l'explication des phénomènes. Cliniquement, nous allons chercher à repérer ce principe de légitimité qui nous règlemente et nous empêche de nous satisfaire sans contrainte. Nous montrerons, que si du point de vue de la personne nous passons notre temps à contrer l'excès de *singularité*, du point de vue de la norme nous passons notre temps à contrer l'excès de *rationnement*. Pour autant, nous verrons que le vieillissement peut, ici aussi, mettre à mal la dialectique qui rend compte de *l'engagement et du désengagement éthique.*

A partir d'un compte-rendu de consultation gériatrique, nous prendrons la mesure de ce qui s'évalue et s'éprouve lors du vieillissement pathologique, quand celui nécessite l'entrée en Unité d'Hébergement Renforcé. Nous montrerons, que certaines situations accaparent les soignants et sollicitent en permanence leur attention, d'où le sentiment lorsque la tension est trop vive de ne pas avoir fait tout ce qu'il fallait faire et d'avoir raté quelque chose. A partir de tableaux cliniques, d'extraits de conversations, nous rendrons compte de nos échanges dans le cadre de notre fonction d'animation. En articulant description et analyse nous montrerons comment un modèle abstrait, permet à l'intervenant social de mieux appréhender la réalité. Ce qui nous permettra de discuter de l'importance du lien entre la clinique et le diagnostic social. Nous interrogerons la plainte, lorsque celle-ci se confronte au socialement acceptable et apparaît excessive, comme dépassant un seuil de retenue éthico-morale. Pour autant, nous chercherons à distinguer la capacité de renoncement de son lieu de réinvestissement afin d'autonomiser, d'un point de vue explicatif, le registre de la norme. En distinguant le sociologique de l'axiologique, nous nous efforcerons de ne plus confondre les capacités intrinsèques dont tout homme dispose, sauf pathologie, et la conjoncture socio-historique du lieu de réinvestissement.

La fête et le sacré seront interrogés au regard de la polarité dialectique et ambivalente qui nous spécifie en tant qu'humain. Si la dynamique de renoncement n'empêche jamais totalement la satisfaction, nous montrerons qu'il n'y a pas de satisfaction sans une part de renoncement.

Ainsi, nous mettrons l'accent sur l'intérêt de réinvestir le savoir dans les situations qui nous sont données à traiter socialement dans le cadre de notre contribution d'animateur. Nous verrons qu'un modèle abstrait, qui tient compte de la complexité humaine et cherche à la clarifier, ouvre des pistes d'analyses et d'actions possibles pour les professionnels qui interviennent au plus près de la personne vieillissante. De fait, nous verrons comment l'animateur peut s'emparer d'une analyse de la situation pour inscrire son intervention dans une dynamique de *renormation*, qui ne se confond pas avec une dynamique de *réinstitution*. Nous conclurons ce chapitre par une justification méthodologique qui éprouve à la fois la rigueur et la part de doute, dans l'appréciation de nos analyses. Pour autant, nous chercherons à répondre à la question qui nous préoccupe : *« Au cœur du médico-social, la clinique du vieillissement peut-elle contribuer à l'élaboration d'une anthropo-bio-sociologie ? »* Nous y répondrons à partir d'une objectivation de notre expérimentation, au sens d'un parcours *explicatif, productif, expressif et contributif.* Ce qui nous amènera à un retournement de notre interrogation : *« L'anthropo-bio-sociologie peut-elle contribuer à l'élaboration d'une clinique au cœur du médico-social ? »*

Cette question, nous tenterons d'y répondre dans la troisième partie de notre thèse, en nous attaquant aux savoirs qui irriguent les formations d'animateurs. A partir d'entretiens de professionnels récemment diplômés, nous rendrons compte de cette prégnance du pragmatisme qui passe à côté de l'humain. Nous montrerons, comment l'importance donnée aux techniques d'animation conduit à faire l'impasse sur le sens du travail social. Nous verrons que la reproduction de savoir-faire, en devenant expertise sociale, participe à identifier la profession au regard des tâches opérationnelles et à réifier les pratiques d'interventions. Nous repèrerons, comment « la méthodologie de projet » apparaît bien loin des contextes et réalités professionnelles. En prenant appui sur le groupe pour unifier les savoirs, nous démontrerons que les formateurs ne parviennent pas à rendre compte de ce qui se joue dans les situations sociales. Nous nous rendrons compte que la formation, devenue support d'un développement personnel, apparait déconnectée de la contribution de métier par l'absence d'un cadre théorique, permettant de penser la relation de service.

Dans cette perspective, nous nous confronterons à une thèse en sciences de l'éducation qui rend compte de la professionnalisation de l'animation socioculturelle. Notre approche critique s'efforcera de montrer nos points de divergence et nous proposerons une quadruple analyse de « l'analyse de pratique ». De fait, nous nous efforcerons de pointer la logique interne qui préside au phénomène observé, plutôt que de rapporter le phénomène à son contenu et à la manière qu'on a de l'élaborer. Nous pourrons ainsi montrer que, sans la cohérence d'un cadre d'analyse

logique, l'observateur s'approprie les phénomènes et élabore une classification qui s'apparente à une construction sociale. De cette manière, nous montrerons que c'est la précision de la démarche et non la construction d'une vérité sur les phénomènes observés, qui donne à notre approche sa visée scientifique. Notre rupture épistémologique proposera un changement de regard, nous invitant à nous méfier d'une méthode compréhensive qui tend à ramener l'autre à soi. Autrement dit, nous tenterons de démontrer qu'un cadre logique explicatif qui oppose la *déconstruction* à la « triangulation », est une manière de contrer l'anthropomorphisme qui nous caractérise.

De fait, nous mettrons l'accent sur la nécessité de repositionner la personne au centre de la problématique, afin de nous opposer à la dérive naturaliste qui positive la compréhension des situations sociales qui nous sont données à traiter. Nous montrerons que la mise en problème des difficultés gagne à être rapporté à un principe explicatif qui les objective. Aussi, nous défendrons l'idée d'une élaboration scientifique, au sens d'une démarche de connaissance explicative, sur l'aptitude humaine à la culture. Si la culture s'entend comme une aptitude particulière que permet la biologie de notre espèce, nous montrerons que l'articulation dialectique des deux modes explicatifs permet de rendre compte de la spécificité humaine. Il s'agira de prendre parti dans le champ épistémologique en nous interrogeant sur les savoirs qui irriguent le monde de la gérontologie. Nous conclurons ce chapitre par une investigation sur les formations qui tendent à naturaliser l'humain au point d'oublier sa nécessaire résistance. Ainsi, nous montrerons que la naturalisation des rapports sociaux, noyés dans une « animation solidaire » et harmonieuse, s'inscrit dans la recherche vaine d'une communauté idéalisée. Nous tenterons de démontrer que l'approche naturaliste est un frein pour penser l'humain dans sa complexité et un obstacle à l'autonomisation d'une démarche explicative. L'anthropo-bio-sociologie est loin d'être élaborée et notre engagement à pousser plus loin nos questionnements, nous conduira à la controverse ; ce qui n'a pas d'autre but que de poser nos différences, pour mieux collaborer dans l'élaboration d'un savoir sur l'humain. Si cette critique peut paraître radicale, elle ne vise qu'à fonder une alternative théorique et épistémologique aux impasses qui conduisent à la négation des processus anthropologiques et confinent l'humain au rang de l'animal.

Puis, nous prolongerons notre interrogation à partir d'entretiens, réalisés auprès de trois professionnelles : animatrice, ergothérapeute et psychologue. Nous partirons de l'idée qu'il convient ici de distribuer les rôles en opérant un glissement des identités professionnelles sur les déterminismes anthropologiques. Ainsi, nous chercherons à voir si les spécificités de métier

coïncident avec le découpage des rationalités humaines. Nous montrerons que la notion de projet d'animation ne permet pas de rendre compte de ce qui précisément fait rupture dans l'histoire de la personne. De fait, si la notion de projet renvoie aux possibilités d'organiser sa vie personnelle, c'est loin d'être le cas des personnes qui vivent en établissement et, moins encore, de celles qui relèvent d'une unité spécifique. Nous verrons que lorsque seul le projet donne sens à l'action, l'absence de projet entraine une perte de sens pour le professionnel. D'autant, que dans certaines situations, la prégnance de la dichotomie individuel et collectif vient perturber la contribution de l'animateur qui ne se reconnait plus dans son mode d'intervention. Nous démontrerons que face à cette *désaffiliation identitaire et contributive,* les animateurs en gérontologie n'ont d'autres alternatives que de contribuer à cette question du savoir sur l'homme, au risque de sombrer dans la culpabilité ou de rester tributaire d'idéologies naturalistes. De fait, à nos yeux, la question de l'élaboration d'une *sociologie clinique* passe par la collaboration avec les praticiens, professionnels du médico-social.

Nous montrerons comment l'ergothérapeute est plus armé pour faire face aux personnes vieillissantes, dans le sens où les « incapacités » font le cœur de son métier. Si les activités ergothérapeutiques sont parfois similaires aux activités d'animation, il convient de ne pas les confondre pour ne pas perdre de vue la visée politique des professions. Nous reconnaissons aux professions, le caractère social de la relation de service, pour autant cette contribution peut s'éprouver au regard de modes explicatifs distincts. En interrogeant les savoirs relatifs au métier d'ergothérapeute nous conviendrons que son activité s'inscrit sur le versant d'une *ergologie clinique,* d'un « pouvoir faire » au sens d'une *« accessibilité du trajet partout où on doit aller. »*

Du côté du psychologue, nous montrerons que sa contribution, comme en rend compte la psychanalyse, met l'accent sur la problématique du désir et de la souffrance. Sans nier la dimension sociale qui préside à tout métier, nous montrerons que le domaine du psychologue relève d'une *axiologie clinique*. Là aussi, le professionnel est d'autant mieux armé qu'il dispose d'un savoir clinique psycho-gériatrique. Nous montrerons que, sensible au climat émotionnel et aux résistances du « sujet », le psychologue est convoqué dans l'établissement pour sa fonction d'écoute, aussi bien des résidents que du personnel. Ainsi, nous verrons que sa contribution auprès des résidents s'inscrit, essentiellement, dans une disponibilité centrée sur le travail de deuil où même le silence peut dire : *« On est près de vous, on vous soutient, vous n'êtes pas seul dans cette épreuve. »*

En mettant l'accent sur la dissociation de principes explicatifs qui structurent les différentes interventions professionnelles, nous insisterons sur l'importance de ne pas confondre le

principe et son réinvestissement dans la conjoncture, qui, de fait, relève sociologiquement de la division du travail. Avant de conclure, le dernier chapitre mettra l'accent sur la récapitulation de notre recherche, ce qui nous permettra de faire le point sur nos apports cliniques. Ainsi, après avoir opéré une ouverture sur d'autres métiers, nous quitterons le secteur gérontologique pour élargir notre regard au médico-social dans son ensemble. Nous chercherons ainsi une voie, pour donner un statut à une sociologie clinique, qui, en s'appuyant sur la dialectique anthropo-bio-sociologique, ancrerait sa pratique au plus près des travailleurs médico-sociaux. Pour ce faire, nous ne perdrons pas de vue les professionnels ergothérapeute et psychologue, avec qui, nous initierons une forme d'alliance en proposant une discussion qui croise nos travaux de recherche et leur savoir professionnel. Ainsi, nous montrerons la nécessité d'argumenter et de délimiter une démarche explicative autonome de la dimension sociologique, au-delà de la seule positivité politique de ce qui se donne à voir. C'est, à nos yeux, un des enjeux épistémologiques majeurs de notre travail de recherche.

PREMIERE PARTIE : DE LA SOCIOLOGIE

PREMIER CHAPITRE : A propos du vieillissement

1. Des savoirs à interroger

Interroger les savoirs sur le vieillissement humain, c'est partir du postulat que chez l'homme, le vieillissement n'est pas réductible aux seules données de la biologie, mais qu'il est toujours possible d'en dire autre chose. L'étude des principaux courants sociologiques va nous permettre de distinguer les logiques de raisonnement qui structurent les différentes manières de concevoir notre objet. Dans un premier temps, nous aborderons le vieillissement au regard de l'approche socio-historique et de la perspective critique. Nous poursuivrons notre investigation à partir de l'interactionnisme symbolique et discuterons des enjeux théoriques de la sociologie clinique. Nous montrerons en quoi, notre démarche dite « clinique », se distingue d'une approche compréhensive ou thérapeutique par sa visée explicative et scientifique.

1.1 L'approche socio-historique

Jusqu'à ces vingt dernières années, peu de sociologues se sont intéressés à la vieillesse car l'âge a longtemps été considéré en sociologie comme une caractéristique secondaire, passant bien après l'appartenance sociale[1]. C'est un champ, qui, en France, émerge à la fin des années 1960, à la croisée de la sociologie de la santé, de la famille et des organisations (Paillat 1963 Guillemard 1972, Druhle 1986, Clément 1992, Billé 2004). Si certains, comme Anne-Marie Guillemard, s'intéressent plus particulièrement, au passage à la retraite et aux politiques sociales, d'autres sociologues s'attachent à analyser les modes de vie des retraités (Caradec 1996, 2004) et les relations entre générations. L'approche historique nous permet donc de délimiter ce champ en repérant les « pères fondateurs » et les alliances entre spécialisation médicale, c'est-à-dire la gériatrie, et protection sociale, notamment avec la généralisation des régimes de retraites. De fait, il s'agit d'une perspective qui s'ordonne dans une suite d'évènements, une chronologie, récapitulant les grandes étapes de la structuration du champ de la vieillesse et de ses principales mutations, notamment son entrée dans le champ de l'action sociale. Ainsi, la perspective socio-historique, à la croisée de la spécialisation médicale et de

[1] Le fait que l'âge ne classe pas au sens d'une appartenance à un milieu social, ne doit pas nous empêcher de penser, que l'âge a quelque chose à voir avec cette capacité humaine de classement.

l'évolution de la protection sociale, sert d'explication à la construction sociale de la vieillesse et nous permet de cerner la dimension politique de ce champ.

L'historienne Elise Feller (2005) inscrit le colloque d'avril 1948, organisé par Fernand Boverat, *« Trois journées pour l'étude scientifique du vieillissement de la population »*, comme l'acte fondateur de la gérontologie en France. Cependant, il faudra attendre les années 1960 pour repérer des éléments qui ont amené l'Etat à prendre en compte des situations qui étaient auparavant prises en charge par la famille. D'un côté, l'allongement de la durée de vie, le travail des femmes, la transformation de l'habitat, la mobilité et la dispersion sociale ont une incidence directe sur la vie familiale ; de l'autre, des éléments qui ont une incidence directe sur la gestion sociale, comme le développement du secteur gériatrique et du champ associatif.

En suivant l'approche de Vincent Caradec, nous repérons comment des catégories nouvelles comme celles de « troisième âge », de « personnes âgées dépendantes » ou de « séniors » ont été inventées. Si les premières politiques publiques ont conduit à l'adoption de la loi d'assistance aux vieillards de 1905, puis de la loi d'assurance sociale de 1910 sur les retraites ouvrières et paysannes, *«il a fallu attendre la montée en puissance des régimes de retraite mis en place après la seconde guerre mondiale pour que la vieillesse devienne véritablement le temps de la retraite et que les « vieillards » se transforment en « retraités »* (Caradec, 2008 p.13). Les années 1970 sont celles de la montée du « troisième âge » qui véhicule une nouvelle représentation de la vieillesse, plus sociale qu'économique. Dès 1962, le rapport Laroque légitime cette nouvelle conception en mettant l'accent sur « l'insertion des personnes âgées dans la société ». Société civile, municipalités, caisses de retraite diffusent une nouvelle image activiste du « troisième âge ». Le développement des clubs dans le monde rural illustre cette transformation, où le « retraité » trouve alors une place parmi ses pairs. Il s'agit à cette époque d'insister sur l'intégration de la personne âgée dans et par la société.

C'est en 1973, que le rapport Arreck met l'accent sur la dépendance et l'amélioration de la qualité de vie des « personnes âgées dépendantes ». Cependant, il faudra attendre les années 1980/1990 pour que le « Quatrième âge » ou « les personnes âgées dépendantes » soient les destinataires d'un nouveau dispositif de politique sociale. Rapports officiels et lois sur la dépendance concourent à la reconnaissance de cette catégorie. L'émergence de la dépendance s'inscrit durablement et en relation avec une transformation de l'hôpital, qui externalise les soins de nursing vers les établissements d'hébergement. L'évolution de la médecine et celle de la protection sociale ont influencé la prise en charge des personnes âgées et des pathologies, relatives au vieillissement. Si la fin du XIXème siècle a vu l'émergence des politiques publiques

en direction de la petite enfance, le modèle médical, fortement marqué par le savoir psychologique, s'est imposé tout au long du XXème siècle dans la prise en charge de nombreux problèmes sociaux. De fait, si l'alliance des politiques et des hygiénistes a été le moteur du développement des premiers dispositifs d'aide sociale spécifique à l'enfance, aujourd'hui, la spécialisation gériatrique entérine la reconnaissance d'une problématique relative au vieillissement.

Pour répondre à cette nouvelle prise en charge, l'Etat met en œuvre un panel de dispositifs qui cherchent à mettre en adéquation des moyens pour informer, prévenir, héberger, accompagner, soigner… Au début des années 2000, le développement des Centre Locaux d'Information et de Coordination (CLIC), à destination des familles et personnes vieillissantes et plus récemment la création du dispositif « Maison pour l'Intégration et l'Autonomie » (MAIA), sont la marque d'un vieillissement, majoritairement appréhendé sous l'angle de la prise en charge. Une prise en charge, au sens politique du terme, qui renforce le rôle de l'Etat dans le traitement social de la vieillesse et la construction d'un secteur professionnel gérontologique. La question de la coordination gérontologique est à l'ordre du jour et devient un enjeu principal pour l'Association Nationale des Coordinateurs et Directeurs de CLIC, qui entend bien participer activement au projet de loi Anticipation, Adaptation, Accompagnement: « La multiplicité des offres de services, la complexité des cadres réglementaires de chaque dispositif et l'enchevêtrement des problématiques renforcent la nécessité d'accompagner les usagers – de manière personnalisée – dans l'identification de leurs besoins à partir d'un travail d'évaluation, poursuivie par la coordination des interventions. » (2014)

Ainsi, la chronologie des faits, nous montre comment peu à peu s'est opéré le transfert de responsabilité de la famille à l'Etat, notamment dans le cas du grand âge ou de la vieillesse pathologique. Préconisée par le plan Alzheimer 2008-2012, la formation professionnelle d'assistant de soins en gérontologie (ASG), à destination des aides-soignants et aide-médico-psychologiques, en témoigne. L'approche socio-historique interroge, comme nous venons de le voir, le registre du politique en appréhendant, au-delà du chronologique, l'émergence de la question du vieillissement et de sa construction sociale. Si la visée socio-historique, témoin de la relativité historique, récapitule une succession d'évènements, elle donne à voir également les dynamiques de négociations qui ont trait aux modes d'organisation institutionnelle, professionnelle et familiale, en lien avec un contexte social donné. Ce qui, rapporté à un principe général d'explication sociologique, renvoie à la légalité, au sens d'une délimitation des responsabilités et appartenances, relatives à la division du travail et au classement social. Nous

suivons ici l'approche de Jean-Yves Dartiguenave, selon laquelle, « *la légalité est aussi l'expression d'un compromis. Elle est en effet, selon nous, le résultat d'une « dynamique conflictuelle » (Beauchard, 1981) entre la singularité des usages et des appartenances, et leur dépassement vers une universalité jamais atteinte, aboutissant à l'équilibre toujours provisoire de la convention ou du contrat social. »* (Dartiguenave, 2010, p. 81). C'est aussi reconnaitre, par ce principe sociologique, l'autonomie d'un secteur gérontologique, qui, dans sa capacité à faire histoire, dépasse la simple succession des évènements. Le compromis, repéré comme moment de la négociation, relève l'importance de la question du pouvoir dans la structuration du champ. Pouvoir, qui, nous le verrons dans le chapitre suivant, tend à être appréhendé par la perspective critique à partir de la rhétorique du contrôle social ou du rapport de force.

1.2 La perspective critique

La sociologie critique interroge l'évolution de la société, au regard des enjeux de pouvoir, et conforte le paradigme du contrôle social et de la normalisation des rapports sociaux. Cette perspective contribue à repérer les raisons qui gouvernent les pratiques dans le champ de la prise en charge des personnes vieillissantes. Si la perspective socio-historique, nous permet de repérer les changements sémantiques et de prendre en compte la conjoncture historique et politique, qui a permis l'émergence de catégories, telles que, les retraités, séniors, personnes âgées, 3ème âge, 4ème âge, personnes âgés dépendantes…, Bernard Ennuyer nous montre comment le modèle biomédical, à partir des années 1990, va être véhiculé par le vocable « dépendance ». En nous invitant à une interrogation sur la stigmatisation de la dépendance, il montre que *« la médicalisation de la prise en charge des gens vieillissants est bien le corollaire d'une vieillesse envisagée sous le modèle dominant de la maladie. »* (Ennuyer, [2003], 2010 p. 259) Les gériatres s'imposent comme experts de la vieillesse et du vieillissement avec une approche médico-centrée sur la dépendance et la pathologie. Ainsi, la construction sociale de la vieillesse, repérée comme problème médical, a des conséquences, à la fois dans le domaine de la recherche, la dimension professionnelle, et la dimension grand public. Cette médicalisation de la vieillesse va d'ailleurs de pair avec une médicalisation de la société dans son ensemble. *« Le savoir médical a ainsi pris valeur normative par rapport à des secteurs de plus en plus nombreux de la vie individuelle et collective qui vont être définis et évalués en termes de santé. »* (Id. p. 260) La médecine apparait alors, être la plus apte à gérer le social. La position de pouvoir et d'expertise des gériatres est légitimée par la mesure de la dépendance, prétendue objective et scientifique, à partir de la grille AGGIR (Autonomie Gérontologique

Groupe Iso-Ressources), reconnue par le législateur. Cependant, il ne s'agit là que d'un outil servant à mesurer les incapacités à faire certains actes de la vie quotidienne. La mesure de la dépendance ou perte d'autonomie se superpose à la perte d'activités et fait correspondre des profils à des charges de soins, substituant ainsi la budgétisation de la vieillesse à sa conceptualisation. Le gériatre devient alors l'expert clinicien, allié du pouvoir politique tel que l'analyse Bernard Cassou : *« L'alliance a été parfaite entre les médecins gériatres, avides de reconnaissance et une administration et des gestionnaires qui souhaitent évacuer les questions sociales et politiques au profit d'une démarche technique. »* (Cassou 1998 p.154)

A partir de l'analyse des enjeux sous-jacents à l'intervention accrue des pouvoirs publics, on mesure l'importance que revêt dans la définition, le passage du « gâteux » au « malade Alzheimer ». La notion de maladie autorise ce renforcement de l'intervention gériatrique et étatique dans la gestion du 4ème âge. Les plans successifs témoignent d'une volonté de définir une politique spécifique aux « personnes atteintes d'une maladie de type Alzheimer ». Ils conditionnent la reconnaissance du statut de « malade Alzheimer », qui appartient désormais à un double registre, celui du médical et celui de l'administratif. Ainsi, les ordonnances législatives assurent aux pouvoirs publics un meilleur contrôle des modes d'organisation de la prise en charge à travers la Haute Autorité de Santé. Ces instances insistent sur la nécessité d'améliorer les prises en charge, de coordonner les interventions, de rationaliser la répartition des tâches et des responsabilités. Imprégnées d'une volonté de rationalisation budgétaire, elles substituent un hébergement payant ou un maintien à domicile, à la prise en charge hospitalière.

Les lois de 2002 ont ainsi conforté la place du médecin coordonnateur dans les établissements d'hébergement et les coordinations gérontologiques de territoire, renforçant ainsi la prise de pouvoir de la médecine gériatrique dans le champ de la vieillesse. Ainsi, pour Pierre Marie David *« les discours sur la santé ne sont pas seulement réformateurs en ceci qu'ils permettent de développer des politiques de santé : ils débordent les politiques largement – et incarnent même pour certains une nouvelle forme du politique contemporain se concentrant sur la gestion des risques (Beck, 2005), la maximisation de la survie (Abélès, 2006) et produisant des formes d'inclusion sociales de plus en plus basées sur des critères biologiques. »* (David 2011) Le contrôle médical, perçu comme un contrôle social au regard des enjeux de pouvoir et de normalisation, se concrétise par les injonctions au « bien vieillir ». Si les années 1960/1970 abordaient le vieillissement à partir de la place de la « personne âgée » dans la société, dans une visée de reconnaissance sociale et d'intégration, aujourd'hui, les discours et les injonctions au « bien manger » et « bien bouger », insistent davantage sur une mise en conformité ou « vieillir,

en restant jeune et économiquement viable », devient le modèle social d'un vieillissement « réussi ».

L'ouvrage de Bernard ennuyer, *« Les malentendus de la dépendance. De l'incapacité au lien social »* (2003), va nous permettre d'analyser cette perspective théorique à partir de la question du pouvoir. L'auteur se présente comme un praticien du social, engagé dans une démarche militante pour le droit des personnes à rester à leur domicile et à continuer à mener leur vie comme ils l'entendent. Praticien réflexif, il convient à la suite d'Anne-Marie Guillemard, que *la vieillesse est un processus culturel au sens large de l'opposition nature / culture.* Sa rencontre avec Albert Memmi, auteur de « l'homme dominé » (1968), est déterminante et l'amène à réfléchir à la « personne âgée » en termes de personne « socialement dominée », ainsi qu'à concevoir l'entrée en établissement d'hébergement comme un phénomène d'exclusion.

> *« Dépendance et hébergement renvoyaient pour nous, non pas tant à des faits médicaux et biologiques liés aux individus, qu'à des processus de domination et d'exclusion, qui sont majoritairement le lot des classes fragiles et dominées. »* (Ennuyer, [2003], (2010), p. 7)

A partir d'une enquête appuyée sur la naissance du vocable « dépendance » et de son évaluation par l'outil AGGIR, Bernard Ennuyer s'emploie à montrer comment l'institutionnalisation de la dépendance est l'expression de rapports de force entre les médecins généralistes et les gériatres, entre l'hébergement et le domicile, entre les médecins et les décideurs publics. Rapports de force qui conduisent à la stigmatisation et la relégation de la vieillesse dans le champ de la dépendance, niant ainsi, l'interdépendance nécessaire à la cohésion sociale ; ce qu'il précise par l'hypothèse principale de son ouvrage :

> *« L'hypothèse principale est donc que l'institutionnalisation de la « dépendance-incapacité » suivant le seul paradigme biomédical vient nous renseigner sur l'évolution des rapports de force et surtout d'interdépendance entre les individus au sein des différentes configurations qui régissent le mode d'organisation sociale »* (Ennuyer, [2003], 2010, p. 26)

A partir d'une connaissance approfondie du secteur gérontologique et d'une recherche documentaire minutieuse, l'auteur entend faire ressortir les « savoir assujettis », au sens de Foucault, qui ont présidés à la domination du paradigme bio-médial dans la structuration du champ de la vieillesse. Le champ est ici à entendre selon la définition qu'en donne Bourdieu et que rapporte Bernard Ennuyer (p. 21) :

> *« On peut concevoir un champ comme un espace dans lequel s'exerce un effet de champ, de sorte que, ce qui arrive à un objet qui traverse cet espace, ne peut être expliqué complètement par ses seules propriétés intrinsèques »* (Bourdieu, 1992, p. 76)

De fait, il s'interroge sur la vision problématique de la vieillesse et l'ambiguïté d'une politique qui se prétend intégrative, tout en qualifiant les gens âgés d'incapables, par un processus de catégorisation des incapacités. Il renvoie alors le problème de l'incapacité à la société elle-même.

> *« L'organisation sociale n'accepte pas ou n'arrive pas à réfléchir sur elle-même pour interroger son « incapacité » à prendre en compte de façon satisfaisante le vieillissement des individus. »* (Ennuyer, [2003], 2010, p. 30)

Il substitue ainsi le vieillissement-problème individuel à la société-problème, situant son objet dans une réflexion générale sur l'évolution de la société, qu'il décrypte en termes de pouvoir et domination.

> *« Il y aurait donc une logique double au champ de la dépendance, une logique de représentation sociale, de désignation, d'étiquetage, de stigmatisation et une logique d'aide, d'assistance à personne en danger, d'intervention publique nécessaire. »* (Id. p. 54)

Ce qui, pour l'auteur, inscrit forcément la « personne âgée dépendante » dans des dispositifs de pouvoir permettant son assujétissement au sens de l'approche foucaldienne. Selon cette perspective, le pouvoir est perçu comme une logique de domination de la société qui s'exerce sur l'individu, en vue d'une aliénation au système normatif. Il ressort de cette théorisation que la personne n'aurait pas d'autre existence sociale en dehors de son statut de « dominée ». C'est un modèle sociologique qui associe le *conflit* et la *règle*, tel que nous l'explique Michel Foucault dans son ouvrage « les mots et les choses » :

> *« Sur la surface de projection de l'économie, l'homme apparaît comme ayant des besoins et des désirs, comme cherchant à les satisfaire ayant donc des intérêts, visant à des profits, s'opposant à d'autres hommes ; bref, il apparaît dans une irréductible situation de* conflit *; ces conflits, il les esquive, il les fuit, ou il parvient à les dominer, à trouver une solution qui en apaise, au moins à un niveau et pour un temps, la contradiction ; il instaure un ensemble de* règles *qui sont à la fois*

limitation et rebondissement du conflit. (…) La sociologie est fondamentalement une étude de l'homme en termes de règles et de conflits (mais ceux-ci on peut les interpréter et on est sans cesse amené à les interpréter secondairement en termes de fonctions, comme s'ils étaient des individus organiques liés à eux-mêmes, soit à partir de systèmes de significations, comme s'ils étaient des textes écrits ou parlés) ; » (Foucault, [1990], 2009, p. 368)

Si cette approche a le mérite de nous inviter à repérer les aspects homogénéisants d'une prise en charge, on ne peut cependant pas assimiler toutes les formes de pouvoir à la domination ; même si, celui-ci, tend à évacuer la dimension sociale de la personne et son univers d'appartenance. De notre point de vue, envisager les rapports sociaux uniquement sous la forme d'une normalisation est source de confusion. Epistémologiquement, il y a lieu de distinguer la problématique du désir et la conflictualité des rapports sociaux. La relation de service, telle que nous l'entendons, relève d'une analyse abstraite et réciproque à laquelle seul l'humain émerge dans sa relation à autrui. De cette abstraction, nous défendons l'idée que le pouvoir est à envisager comme un devoir, une créance sans créancier, c'est-à-dire une dette qui ne précise pas les tenants et les aboutissants du service à rendre. La relation de service est à entendre comme une abstraction qui ne tient son pouvoir que d'elle-même car elle relève de la paternité symbolique du culturel. Le pouvoir, au sens d'un « devoir être », devient, de ce point de vue, la source implicite et structurale de la légalité. De plus, il ne se confond pas avec le concept de force qui relève d'un pouvoir naturel, au sens d'un « je peux courir ». C'est l'exercice performanciel de l'analyse du pouvoir qui concrètement transforme autrui en créancier. Aussi, nous rompons avec l'approche économique qui positive dans la performance la relation de service et l'assimile à une résolution de problème entre prestataire et client. De cette approche sont issues toutes les démarches « qualité » qui s'intéressent à la « valeur » du service et à la recherche de satisfaction. L'approche relationnelle classique du service, si elle met davantage l'accent sur la situation d'interaction et la co-production, reste tributaire d'une recherche d'efficacité pour mieux répondre à la demande et aux souhaits de l'usager. Cette approche clientéliste de la relation de service ne permet pas de rendre compte du principe de constitution de la socialité, au sens de ce qui fonde le contrat social.

Le rapport social inégal, qui s'instaure du fait de la relation de service, se fonde sur la division sociale du travail, c'est-à-dire sur une manière singulière de classer les personnes et de les prendre en charge. Cette réalité abstraite nous amène à élargir le concept de classe, en le rapportant à un processus, à une analyse qui différencie et sépare pour réunir dans un même

ensemble d'appartenance. Autrement dit, pour revenir au secteur gérontologique, il s'agit plutôt de lui reconnaître sa propre conflictualité relative à la division sociale du travail à l'intérieur d'un même champ d'intervention. Ce qui nous amène à concevoir la division du travail, non pas comme un évènement historique, mais comme un principe anthropologique, une structuration autonome, qui habite tout être humain et qui fonde la mutualité des services, autrement dit, la société elle-même.

Tout en reconnaissant l'importance de la question du pouvoir, dans la structuration du champ de la vieillesse et du vieillissement, on peut s'interroger sur le fait que la perspective critique tende à dénier à la personne l'autonomie, qu'elle prétend dans le même temps revendiquer en son nom. Jean-Yves Dartiguenave a remarquablement montré comment l'approche du « pouvoir », par les termes de « domination » et de « rapport de force », déniait *« la spécificité proprement anthropologique du pouvoir reposant sur une analyse, par les acteurs eux-mêmes, des positions sociales et des compétences qui leur sont attachées ; analyse qui autorise la réversibilité des jeux de pouvoir, mais aussi leur dénégation par une capacité à s'en absenter. »* (Dartiguenave, 2010, p. 41) Le pouvoir, au sens d'une analyse du service à rendre, peut alors être envisagé comme un devoir envers autrui, nous pouvons dire une dette immatérielle, fondatrice du social.

Contrairement à la perspective critique qui a tendance à enfermer « les vieux » dans un rapport de soumission à l'ordre médical, nous verrons que la perspective interactionniste contourne, sans le nier, ce rapport de pouvoir pour l'appréhender comme le produit d'une interaction, intégrant la possibilité de s'en déprendre.

1.3 L'interactionnisme symbolique

Dans son ensemble, l'interactionnisme symbolique conjugue une approche psychosociologique et une approche plus sociologique où la description approfondie de cas est plus importante que la généralisation. Cette perspective met l'accent sur la réciprocité entre l'individu et la société à partir des notions de socialisation et d'identité. En s'interrogeant sur les transformations identitaires, à partir des rôles et des statuts qui constituent les cadres pour la perception de soi, elle s'oppose au biologisme et interroge la subjectivité. En cela, l'interactionnisme nous rappelle le rôle d'autrui dans la construction de l'identité et renouvelle la notion de rôle, notamment avec le concept de « distance au rôle », tel qu'il est défini par Goffman :

> *« Les sociologues ont toujours pris le plus grand soin à montrer comment l'individu est façonné par les groupes, comment il s'identifie à eux et comment il dépérit s'ils ne lui apportent pas le soutien qu'il en attend. Mais lorsque nous observons attentivement comment les choses se passent dans le fonctionnement d'un rôle social, d'une relation d'échanges très avancée, ou d'un établissement social – peu importe ici l'unité sociale envisagée – l'emprise de l'organisation n'est pas le seul fait qui attire l'attention. On y voit toujours aussi les individus chercher à garder une certaine distance, prendre un certain champ entre ce qu'ils sont vraiment et ce que les autres voudraient qu'ils soient. »* (Goffman, 2013, [1968], p. 372)

Ainsi on peut dire, en suivant l'analyse de Goffman, que la capacité à tenir un rôle, à porter le masque, permet de se préserver de certains excès qui risqueraient d'anéantir l'interaction sociale. Cette distanciation, qui constitue l'élément essentiel de la personne, interroge la différenciation du rôle et du statut dans la relation de service. De fait, l'entrée en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes constitue une expérience, relative au passage du statut de « personne sociale autonome » à celui de « personne âgée dépendante ». Ce qui ne doit pas empêcher la personne, comme capacité de distanciation, de s'affirmer et de préserver une partie de soi de l'emprise de l'organisation.

Dans les années 1960, l'interactionnisme symbolique va s'identifier en s'opposant à l'approche fonctionnaliste de Parsons et Merton, qui réifie la quantification et le positivisme. L'interactionnisme symbolique mettra l'accent sur la réalité constructiviste de la société où la négociation est le résultat de processus complexes. Ce mouvement s'inscrit donc dans une mouvance anti-déterministe. Anselm Strauss positionne ces travaux dans une réflexion sur l'ordre social au sein d'interactions toujours renégociées. De fait, il considère que le système organisationnel hiérarchisé de statut et de rôle ne rend pas compte de leur complexité dynamique. Il interroge l'hétérogénéité d'une profession en utilisant la notion de segment, qui implique un partage d'identité qui se révèle dans les cercles de confraternité. Il montre que ce sont ces différents segments qui constituent le moteur de la dynamique qui anime les professions. Ces processus de redéfinitions constantes d'identités révèlent les prises de position pour l'accès au pouvoir et à son exercice. C'est dans le secteur médical que l'auteur ancrera ces travaux de recherche empirique. Il montrera que les établissements ne sont pas seulement des lieux où les membres de professions diverses remplissent des rôles conflictuels ou ajustés. Avant tout, ils *constituent le contexte où naissent et se développent de tels rôles*. Il montrera que ce qui apparaît comme une déviance peut devenir, au fil du temps, la norme commune.

> *« Ce qui ressemble à une agitation ou à une pure déviance peut représenter les débuts d'un nouveau segment qui obtiendra une place institutionnelle, un prestige et un pouvoir considérable. Les ancêtres des pathologistes orientés vers la clinique en donnent un bon exemple : ils constituent aujourd'hui une menace pour la position institutionnelle des pathologistes orientés vers la recherche alors qu'ils étaient, il y a trente ans, considérés comme les ratés, ou les parents pauvres de la spécialité. »* (Strauss, 1992, p.84)

Ce changement social, qui reste tributaire de l'interaction toujours négociée, complexifie ce que Strauss nomme la trajectoire. La notion de trajectoire est l'unité d'analyse qu'il définit pour étudier la négociation de l'ordre social. Si la trajectoire rend compte de l'activité négociée du patient et du malade, Strauss montre qu'elle reste tributaire des perturbations qui obligent les acteurs à négocier des changements de caps. Ce qui permet à l'auteur de montrer comment l'ordre social est un ordre négocié qui concilie deux niveaux d'analyse, celui de l'acteur et celui des contraintes structurelles, qui pèsent sur ses actions. Ce qui relance le débat sur les contraintes institutionnelles, tout en l'articulant à une capacité de négociation des acteurs en présence.

En sociologie de la santé (Carricaburu, Ménoret 2004), bon nombre de travaux « *ont consolidé un regard sociologique autonome sur la maladie et ses conséquences »,* en s'appuyant sur « l'expérience de la maladie ». Les approches du vieillissement, qui se sont développées aux Etats Unis à partir de la théorie de l'activité (Havighurst, Albrecht 1950) et de la théorie du désengagement (Cumming, Henry 1961), proposent de dégager une théorie universelle à partir de situations singulières. Si la première, présente une vieillesse réussie qui consiste à maintenir un niveau élevé d'activité en recomposant ses rôles sociaux, la seconde présente le vieillissement comme un désengagement réciproque de la personne qui vieillit et des autres membres du système social dont elle fait partie. Du côté des sociologues français, l'unanimité se fait autour du concept de « déprise » (Barthe, Clément, Druhle, 1988), auxquels sont adjoints différents qualificatifs. De son côté, Vincent Caradec, inscrivant ses travaux dans l'étude du vieillissement individuel à partir des changements qui se produisent au cours de « l'avancée en âge[2] », cherche à repérer des nuances à partir du concept de « déprise » et développe l'idée que la « déprise » s'inscrit dans différents registres. Si la « déprise stratégique » fait appel à

[2] « L'avancée en âge » est le terme, adopté en politique du vieillissement en 2012, à l'initiative de Michèle Delaunay, alors ministre déléguée chargée des Personnes Agées et de l'Autonomie dans le gouvernement Ayrault.

l'anticipation, la « déprise tactique » met en scène des conduites d'adaptation aux ruptures et handicaps et la « déprise inquiète » renvoie à la crainte de l'avenir. Il propose une modélisation du processus de vieillissement *« à partir de trois grandes tendances : la baisse des opportunités et des possibilités d'engagement, le développement d'un sentiment d'étrangeté au monde et la cristallisation de l'identité.* (Caradec 2004 p. 186) De fait, dans le domaine du vieillissement, les sociologues interactionnistes font rupture avec l'approche médico-centrée en s'ancrant sur le point de vue de la personne vieillissante.

Certains travaux sociologiques s'intéressent aux situations de travail au sein des établissements. Sur la base d'observations ethnographiques, ils interrogent le « volontarisme humaniste » dans les pratiques gérontologiques. Cependant, *« rarement abordées, l'animation socioculturelle dans les homes ou l'évolution des prises en charge soignantes en psychogériatrie n'ont pas encore fait l'objet de recherches systématiques. »* (Anchisi, Debons, 2014, p.381). Suivant cette perspective ethnographique, Isabelle Mallon invite à analyser « par le bas » les maisons de retraite en adoptant le point de vue des « personnes âgées ». Ses travaux mettent l'accent sur l'appropriation par la personne des différents espaces à investir. *« La chambre est un lieu important dans la construction d'un monde personnel. Mais elle constitue surtout un lieu d'équilibrage ».* (Mallon 2004) De fait, elle invite à problématiser le vieillissement autour du « travail », au sens d'Anselm Strauss, en s'interrogeant sur la manière dont les individus composent avec les établissements d'hébergement. Pour autant, comme le rapporte Mounir Farhat (2017), elle reconnait la difficulté de son travail d'enquête auprès des personnes confrontées à la désorientation.

> *« La capacité à construire un récit, et un récit sur soi, est probablement socialement distribuée. En outre, en maison de retraite, les résidents aphasiques ou grabataires sont dans l'incapacité physique de parler. Les personnes désorientées constituent également un obstacle à l'analyse sociologique de l'identité narrative. (...) Les droits de la psychanalyse prennent la place de ceux de la sociologie. Même si un discours des personnes désorientées dit toujours quelque chose de vrai de leur situation, cette vérité est délicate à analyser sociologiquement. Les dynamiques identitaires des personnes ayant des difficultés à s'exprimer sont difficiles à saisir : leur analyse se fonde sur une focalisation qui demeure largement externe, et oblige à renoncer à*

étudier les transformations du point de vue de ceux qui en font l'expérience, puisqu'ils ne peuvent la communiquer. » (Mallon 2005 p. 169)[3].

Dans sa thèse de sociologie, Mounir Farhat présente la réalité quotidienne de la relation entre professionnels et résidents à partir de sa position d'Agent de Service Hospitalier dans une unité Alzheimer. Après plusieurs entretiens auprès de divers professionnels en gérontologie, il décide d'observer pendant trois mois une unité Alzheimer, tout en dissimulant son identité de chercheur. Il décrit avec grande précision et moult détails, comment les professionnels de cette unité sont confrontés aux émotions dans une relation de personne à personne. En abordant la relation en termes de scène sociale, il montre l'instabilité des situations d'interaction lorsque le résident, en situation de fragilité cognitive, est dans l'incapacité de tenir son rôle.

« La relation entre professionnels et résidents se caractérise par une absence de négociation quant à la définition de la situation d'interaction. Le cadre objectif qui permet à chacun des acteurs de se positionner dans la relation devient, dès lors mouvant. Cette situation résulte du fait que l'un des acteurs, le résident, se trouve dans l'impossibilité de tenir son rôle organisationnel, de par les atteintes cognitives qui le touchent. » (Farhat, 2017, P. 177)

Face à cette instabilité, les professionnels sont amenés à produire des interprétations convaincantes pour construire le sens de la relation. En explorant le travail d'interprétation du comportement des résidents, le chercheur montre que ce travail est indispensable à la réalisation des tâches et qu'il s'articule dans le même temps à une prise de distance où l'humour a une place centrale. De fait, il analyse le travail du « care » comme un effort de régulation entre un engagement nécessaire à l'action et une distanciation des émotions.

Depuis les années 1980, le « care », terme anglais, imprègne de nombreux champs de la société. Pour autant, il se présente, selon nous, comme un concept imprécis qui masque la réalité qu'il prétend formaliser. Eric Gagnon, anthropologue, nous en donne une définition :

« Le care désigne l'ensemble des gestes et des paroles essentielles visant le maintien de la vie et de la dignité des personnes, bien au-delà des seuls soins de santé. Il renvoie autant à la disposition des individus – la sollicitude, l'attention à autrui – qu'aux activités de soin – laver, panser, réconforter, etc. –, en prenant en

[3] Cet extrait est rapporté par Mounir Farhat dans sa thèse de sociologie intitulée : *« Le travail de "care" : entre engagement et distanciation. La relation entre professionnels et résidents au sein des unités Alzheimer »* (2017)

compte à la fois la personne qui aide et celle qui reçoit cette aide, ainsi que le contexte social et économique dans lequel se noue cette relation. » (Gagnon, 2016)

L'anthropologue nous montre ici comment ce terme renvoie, à la fois, à la réalisation des tâches, à la prise en charge d'autrui et à l'attitude bienveillante. Cette notion ne permet donc pas de différencier : ce qui relève du travail à effectuer, ce qui relève de la relation de service, et ce qui relève de la capacité à élaborer éthiquement de la règle. Expliquons-nous :

- Le travail, au sens des activités à effectuer, relève d'un faire qui renvoie à un processus autonome de technicité, au fondement du déterminisme ergologique. Autrement dit, seul l'humain a la capacité de prendre une distance technique avec son activité. Cette analyse abstraite lui permet de techniciser, c'est-à-dire de dépasser sa force naturelle par la médiation de l'outil. C'est cette modalité du « care », qui permet de rendre compte de tout ce qui relève des activités et appareillages utiles au prendre soin.
- De son côté, le registre éthique rend compte de cette prise de distance qui permet à l'homme d'éprouver de la culpabilité et de la déception au fondement du déterminisme axiologique. L'éthique du « care » permet de rendre compte de la maîtrise comportementale qui permet le « bien-fondé » d'un accompagnement. C'est là, une autre modalité du « care » qui relève d'un rationnement nécessaire au bon accompagnement.
- Si l'éthique et la technique du « care » concourent à la prise en charge d'autrui, il convient de prendre en compte que la relation de service s'inscrit « spécifiquement » sur le versant de la responsabilité. Ce principe ethnique, intrinsèque à la personne, fonde le déterminisme sociologique. Cette responsabilité renvoie au « devoir être pour autrui », que nous avons précédemment rapporté à la notion de pouvoir, au sens de la dette, autrement dit, au sens de la dialectique de la prise et du don.

Le « care » se révèle alors être un concept qui renvoie à des principes distincts, que, dans cette thèse, nous cherchons précisément à différencier. Cette déconstruction du concept, nous permet de préciser notre cadre d'analyse qui s'efforcera de discerner la diversité des phénomènes, en les rapportant à la *cause ou les causes* qui les détermine(nt). Il s'agit de la nécessité de dépasser, dans nos observations et analyses, l'immédiateté des situations. Autrement dit, nous nous attacherons, tout au long de notre travail, à dépasser l'évidence des faits empiriquement descriptibles pour les rapporter à des catégories de pensée qui délimitent conceptuellement les processus anthropologiques à discerner.

Le fait que la bienveillance s'exerce toujours dans un contexte social ne doit pas nous empêcher de discerner un déterminisme proprement axiologique, qui relève de l'éthique et qui dépasse la simple mise à distance des émotions. L'éthique ne se réduit pas à ses manifestations conjoncturelles de codification sociale, elle relève d'un processus anthropologique autonome, d'une exigence éthico-morale, d'une structuration qui légitime au sens de « être autorisé à ». D'où la nécessité, de ne pas confondre la *légitimité* avec la *légalité* qui la codifie socialement.

Dans la deuxième partie de notre étude, nous nous efforcerons de différencier cliniquement, les phénomènes qui relèvent du principe de *personne,* de ceux qui relèvent du principe de *norme.* Si les premiers sont spécifiques aux rapports sociaux, toujours potentiellement conflictuels, les seconds renvoient au déterminisme axiologique qui sous-tend une restriction, au fondement de l'élaboration du jugement éthico-moral. Ce cloisonnement conceptuel peut paraître contestable pour analyser les situations sociales qui se présentent à l'observateur comme un tout. Pour autant, nous montrerons que c'est la rupture épistémologique que nous opérons pour rapporter le vieillissement à son fondement anthropologique.

Dans sa conclusion, Mounir Farhat défend l'idée que la subjectivité du chercheur peut être un matériau mobilisable, dès lors que ce dernier porte une réflexion sur le travail de mise à distance qui permet, selon lui, de résoudre le problème de l'objectivité qui résulte de l'observation participante.

> *« Plutôt qu'une quantification, l'objectivation est ici portée par un va-et-vient entre la position d'acteur et celle d'enquêteur dans le cadre de l'observation. Dit autrement, c'est une réflexion portée sur ce double positionnement qui est le garant de l'objectivité, davantage qu'une chimérique quantification des observations. »* (Farhat, 2017)

Mounir Fahrat, nous montre qu'il dépasse une représentation de l'objectivité qui serait uniquement basée sur des critères quantifiables. Il rapporte cette nécessaire objectivité à un va-et-vient réflexif de son double positionnement d'acteur et de chercheur. Nous traiterons de la question de la *subjectivité* et de l'*objectivité* du chercheur dans les pages suivantes, consacrées à la sociologie clinique. Mais nous pouvons dès lors préciser, que nous y reviendrons, une fois encore, à partir d'une différence de principes anthropologiques. Il ne sera alors plus question ici, comme précédemment, d'une distinction entre *légalité* et *légitimité* mais de la différence entre *légalité* et *causalité.*

Auparavant, poursuivons à partir de l'analyse que fait Goffman des stratégies et des tactiques, qui sont mises en jeu par les acteurs pour se déprendre de l'emprise des institutions.

> *« Toute organisation impose donc une contrainte mais, ce qui nous intéresse ici, c'est qu'à un certain stade elle implique aussi une contrainte de l'être à lui-même, c'est à dire l'obligation d'avoir tel trait de caractère et de participer à tel univers. Le but de cette étude est d'examiner cette forme particulière d'absentéisme qui consiste à prendre ses distances, non par rapport à une activité, mais par rapport à un personnage prescrit. »* (Goffman, [1968], 2013, p. 243)

En distinguant les adaptions primaires des adaptations secondaires, Goffman confère à ces dernières le moyen de s'écarter du rôle assigné par l'institution. Cependant, il reconnaît que certaines adaptations secondaires peuvent être légitimées par l'institution, qui, du même coup, les transforme en adaptations primaires. Ce qui lui fait distinguer dans cette catégorie : les adaptations « désintégrantes » et les adaptations « intégrées ».

> *« Pour en revenir aux établissements sociaux, on constate qu'une des caractéristiques importantes des adaptations primaires consiste en ce qu'elle contribue à la stabilité de l'institution. (...) Cet aspect des adaptations primaires nous amène à distinguer deux types d'adaptation secondaires : en premier lieu, les adaptations « désintégrantes » (disruptives adjustements), dont les auteurs ont la ferme intention d'abandonner l'organisation ou de modifier radicalement sa structure et qui conduisent, dans les deux cas, à briser la bonne marche de l'organisation ; en second lieu, les adaptations « intégrées » (contained adjustements), qui ont ceci de commun avec les adaptations primaires qu'elles acceptent les structures institutionnelles existantes sans faire pression pour un changement radical, et qui peuvent avoir pour fonction évidente d'infléchir des forces qui seraient, autrement, désintégrantes.»* (Goffman, [1968], 2013, p. 255)

Si dans certains cas, ces adaptations intégrées sont reconnues comme des manœuvres destinées à exploiter le système pour en tirer avantage, dans d'autres cas, elles relèvent uniquement de techniques de distanciation, afin de « préserver son moi ». S'il s'agit d'un mécanisme d'évitement ou de résistance qui écarte la personne des normes et conventions sociales, nous devons admettre, qu'il transforme dans le même temps le jeu des acteurs. Pour autant, cette gestion des rôles tend chez Goffman à s'inscrire dans la positivité, au sens d'une interaction en présence, et force est de constater qu'elle ne s'apprécie qu'en situation d'interaction. Cette prise

de distance par rapport au rôle prescrit reste imprégnée de positivisme, ce qui ne permet pas de donner à sa théorie une portée explicative d'ordre général. Au-delà de la positivité, l'absentéisme est à envisager comme un principe constitutif de la personne. En réifiant les rapports sociaux, la sociologie interactionniste passe à côté de la négativité de la personne et reste prisonnière de l'immédiateté de l'interaction. Nous rejoignons ici, le point de vue de Jean-Yves Dartiguenave :

> *« Ainsi, envisager l'absence (ou l'absentéisme comme le dit Goffman) comme un principe constitutif de la personne, conduit à envisager les résistances à l'ordre social ou au contrôle social, comme une composante structurelle de l'être social, et non plus comme le résultat d'une logique unilatérale de la domination ou le produit d'interactions sociales régies par une institution totalitaire, ou encore, les effets pervers ou incidents de situations sociales paradoxales ou contradictoires. »*
> (Dartiguenave, 2010, p. 51)

Il convient de reconnaître que la personne ne reste pas figée sur ce versant de l'*absence,* mais qu'elle actualise cette analyse en permanence dans une *présence* négociée et délimitée par les situations sociales qui lui sont données à vivre. C'est de cette singularité structurale que nait la dynamique de la divergence et de la convergence, propre aux relations sociales conflictuelles, historiquement situées. Parler d'absence, c'est parler d'évidement du sujet qui permet l'acculturation de l'espèce, au fondement de la société. C'est ce détachement, cette absence à nous même, qui nous oblige présentement à communiquer, à passer des contrats. Il n'y a pas de personne qui ne se définisse et par un rapport à l'autre et par un rapport à autrui. Ce qui se joue socialement, c'est la réciprocité entre un principe de classement et un principe de service car les deux sont implicitement, nous pourrions dire négativement, définitoire de la personne. C'est là, que pour nous, le vieillissement est intéressant, dans ce qu'il donne à voir cliniquement de défaillant au cœur du médico-social. Si nous convenons avec Isabelle Mallon que le récit narratif est complexe chez la personne « désorientée », nous chercherons à montrer, dans la deuxième partie de notre travail, que cette « focalisation » est une piste clinique pour entrevoir cette capacité d'absence au fondement des relations sociales. Ce qui nous amène à explorer, comment la sociologie clinique traite la question de la subjectivité, à partir d'une approche qui croise la sociologie bourdieusienne et la psychanalyse.

1.4 La sociologie clinique

Dans la continuité de l'interactionnisme, la sociologie clinique, développée dans les années 1980 par Vincent de Gaulejac, invite à interroger la subjectivité à la croisée des processus psychiques et des processus sociaux. Si les questions du psychisme ont toujours été au cœur de la réflexion sociologique, cette démarche clinique propose de sortir de l'opposition entre sociologie et psychologie. De fait, c'est une sociologie qui inscrit l'homme à la frontière du psycho-social.

> *« Le processus de subjectivation, par lequel un individu prend conscience de lui-même et tente de se construire comme un être singulier capable de penser, de désirer, de s'affirmer, s'inscrit entre ces deux registres, du côté de la psyché et du côté de la société. »* (De Gaulejac, 2009, p. 10)

Dès les années 1970, ses travaux au sein du Laboratoire de Changement Social (LCS) conduisent Vincent de Gaulejac à élaborer avec Max Pagès des interventions socio-cliniques à partir de la question du pouvoir dans les organisations. L'approche biographique, proposée à des groupes d'implication et de recherche, permet aux participants d'analyser leur roman familial et leur trajectoire sociale. La sociologie clinique met au cœur de sa réflexion les processus de subjectivation et de conscientisation.

> *« La réflexion sur les liens entre les registres psychiques, émotionnels et sociaux nous conduit, avec Max Pagès, à concevoir des dispositifs thérapeutiques complexes conjuguant plusieurs approches. »* (De Gaulejac, 2007, p.65)

C'est une démarche clinique, à vertu thérapeutique, qui se présente telle une sociopsychanalyse (Mendel). Elle permet à l'individu de donner sens à son histoire de vie par l'analyse des interférences entre processus psychiques et sociaux. C'est une approche interventionniste qui a pour fonction de développer chez l'individu sa capacité à agir. Cette démarche se présente comme une aide à la conscientisation. Face au sujet idéalisé de Touraine, Gilles Herreros propose de parler de l'ambiguïté du sujet, tiraillé entre sa capacité à agir et ses assujettissements, et qui ne peut advenir que dans la confrontation à autrui. L'intervention du sociologue clinicien est présentée par lui comme l'occasion de dynamiser le processus de subjectivation, qu'il nomme « l'advènement du sujet ». Le processus de subjectivation, à l'œuvre dans les rapports sociaux qui résultent de l'intervention clinique, devient alors un processus de conscientisation et d'élucidation de sa propre histoire pour lui donner sens.

Dans son article « La sociologie clinique entre psychanalyse et socioanalyse » (2008), Vincent de Gaulejac montre comment la démarche clinique en sociologie *« conduit à réinterroger les différences et les complémentarités entre la psychanalyse et la sociologie sur trois points : leur façon d'appréhender la question de l'inconscient ; le poids respectif des déterminations psychiques et sociales ; le travail qu'un sujet peut effectuer sur son histoire pour en modifier le cours. »* De fait, en comparant l'inconscient freudien et l'incorporation de l'habitus chez Bourdieu, il montre comment Freud passe à côté de l'analyse des rapports sociaux, et comment Bourdieu, en se référant à une psychologie de type cognitiviste, ne parvient pas à construire une théorie de l'intériorité.

Pour Vincent de Gaulejac, les travaux psychanalytiques privilégient les qualités psychologiques et ne tiennent pas compte des attributs sociaux dans le processus d'identification à l'œuvre dans le développement psychique. Ce qui, selon lui, *« conduit à réduire l'incidence du passé aux premières relations infantiles et à autonomiser la vie psychique du champ social. »* Alors que, *« ces relations sont elles-mêmes portées par une série de rapports qui les détermine. Elles sont porteuses d'enjeux non seulement affectifs, mais également idéologiques, culturels, sociaux et économiques, chacun de ces niveaux ne pouvant être dissocié des autres dans la mesure où c'est leur intrication qui produit la structure de programmation, l'héritage, le cadre référentiel sur lesquels l'enfant va étayer sa propre histoire. Comprendre le poids de l'histoire en soi, c'est comprendre l'articulation entre son histoire personnelle, familiale, et l'histoire sociale dans laquelle elle s'inscrit. »* (De Gaulejac, 2008)

En parlant ici, d'enjeux affectifs, idéologiques, culturels, sociaux, économiques, Vincent de Gaulejac ne donne-t-il pas trop de place aux contenus, au dépend des processus en jeu dans les rapports sociaux ? En d'autres termes, il n'explique pas cette « série de rapports » qui détermine les relations. Il nous dit que c'est le croisement de ces enjeux, « leur intrication qui produit la structure de programmation, l'héritage, le cadre référentiel. » Mais où et comment se joue cette « intrication » ? Parler de « cadre référentiel sur lequel l'enfant va étayer sa propre histoire », ce n'est pas expliquer ce processus d'*incorporation* qu'il y a, selon nous, tout intérêt à différencier du processus d'*appropriation* auquel « l'être de l'homme » émerge à l'adolescence et qui le fait accéder au principe de sa propre histoire. On peut alors se demander si la sociologie clinique, en juxtaposant psychanalyse et socioanalyse, parvient à en dépasser les limites comme elle l'énonce dans son projet.

En conclusion de son article Vincent de Gaulejac pose cinq principes pour dépasser les limites de la psychanalyse et de la socioanalyse.

- Premier principe *: « On ne peut dissocier l'analyse structurelle des rapports sociaux qui déterminent les conflits et les comportements des individus, de l'analyse des « réponses », des contributions pratiques, expérientielles et subjectives des individus à la production de la société. Il y a une relation de récursivité qui conduit à considérer que la société produit des individus qui produisent la société. »*

En posant la récursivité comme principe, on peut alors dire que la société produit des individus qui produisent la société, qui produit des individus, qui produisent la société……à l'infini. Ce qui nous conduit à une impasse dans le raisonnement explicatif, déjà relevé par Jean-Michel Le Bot à propos du concept d'habitus chez Bourdieu : *« Car encore une fois, si l'habitus est «* structure structurante » *d'être* « structure structurée » *en tant que produit de l'incorporation des* « structures sociales » *comment expliquer, autrement que par une régression à l'infini, le caractère* « arbitraire » *des dites* « structures » ? » (Le Bot, 2001, p.9)

- Deuxième principe : *« Les possibilités pour un individu de se transformer malgré l'ensemble des déterminations qui pèsent sur lui, sont l'effet du travail que le sujet effectue sur lui-même et sur son environnement en réponse aux contradictions auxquelles il est confronté. Les déterminismes sociaux et les conditionnements psychiques sont des forces plurielles, hétérogènes, contradictoires qui poussent le sujet à advenir pour tenter de mettre de la cohérence et de l'unité là où règne l'incohérence et la diversité. »*

Ce deuxième principe ouvre le champ des possibles pour l'individu malgré ses déterminations sociales, à partir de *«* l'effet du travail que le sujet effectue sur lui-même et sur son environnement *».* On retrouve ici l'influence de la psychanalyse et de la socioanalyse, en référence à la théorie du sujet et à la théorie de l'habitus. Lacan nous dit que : *« C'est par la voie du* complexe *que s'instaurent dans le psychisme, les images qui informent les unités les plus vastes du comportement : images auxquelles le sujet s'identifie tour à tour pour jouer, unique acteur, le drame de leurs conflits »* (Lacan, 1999, [1966], p. 89) Alors le sujet, en contradiction avec les déterminismes sociaux, va advenir tel l'habitus, défini ici par Bourdieu: *« Tout se passe comme si l'habitus fabriquait de la cohérence et de la nécessité à partir de l'accident et de la contingence ; »* (Bourdieu, 1980, p.34)

Ce principe, se présente telle une adaptation psychologique, pour dépasser les contradictions entre « déterminismes sociaux » et « conditionnements psychiques » et « mettre de la cohérence et de l'unité là où règnent l'incohérence et la diversité ». En rapportant le processus de

subjectivation à une lutte entre déterminismes psychiques et déterminismes sociaux, la sociologie clinique *« a pour projet de dépasser ces oppositions disciplinaires et théoriques en évitant le double piège du sociologisme et du psychologisme »* (De Gaulejac, 2012 [2007] p. 67) Cependant, la sociologie clinique ne se fourvoie-telle pas dans un psycho-sociologisme qui réifie l'homme « psychosocial » ?

Si Bourdieu, à partir du concept d'*habitus*, ne rend pas suffisamment compte de la manière dont s'effectue l'incorporation et n'explique pas davantage la structure, il apparait que Lacan, à partir du concept de *complexe* distingue le culturel du naturel. En suggérant une rupture, une *spaltung,* il rend compte d'un principe d'auto-structuration. Bien que Lacan réduise cette rupture à l'accès au signifiant, Jean-Michel Le Bot (2001) nous invite à y repérer, à la fois, l'entrée dans le langage, dans la production, dans la loi et dans le désir.

- « *De l'entrée dans le langage et dans la structuration des représentations* (vorstellungen) : *«* Les *Vorstellungen* ont d'ores et déjà à l'origine le caractère d'une structure signifiante. *»* (Lacan, 1959-1960, p.165) ;
- *De l'entrée dans la production* : « Il n'est pas difficile de faire sortir d'une évolution de la matière ce qu'on appelle la pensée, quand on l'identifie à la conscience. Ce qui est difficile à faire sortir d'une évolution de la matière, c'est tout simplement l'homo faber, la production et le producteur. La production est un domaine original, un domaine de création *ex nihilo*, pour autant qu'il introduit dans le monde naturel l'organisation du signifiant » (Lacan, 1959-1960, p. 253) ;
- *De l'entrée dans la loi par le discours, défini comme « lien social »* : « En fin de compte, il n'y a que ça, le lien social. Je le désigne du terme de discours parce qu'il n'y a pas d'autres moyens de le désigner dès qu'on s'est aperçu que le lien social ne s'instaure que de s'ancrer dans la façon dont le langage se situe et s'imprime, se situe sur ce qui grouille, à savoir l'être parlant. » (Lacan, 1972-1973, p. 51) ;
- *De l'entrée dans le désir dès lors distinct du besoin* : « Le moment où le désir de l'homme s'humanise est aussi celui où l'enfant naît au langage » (Lacan, 1966, p. 319). *»* (Le Bot 2001)

Ces quatre catégories, proposées par Jean-Michel Le Bot en référence à l'anthropologie clinique de Jean Gagnepain, nous apparaissent nettement plus pertinentes et heuristiques que l'approche psychosociale, pour penser avec la psychanalyse. Elles ont, dans un premier temps, l'avantage de déconstruire « l'intrication » et donc de dénouer ce qui apparait lié dans la réalité sociale.

Cette déconstruction, propre à cette anthropologie clinique, permet de distinguer quatre modalités qui permettent à l'homme d'accéder à la culture.

- Troisième principe proposé par Vincent de Gaulejac *: « On ne peut analyser de façon similaire les influences réciproques entre, d'une part, les relations objectives sur l'expérience subjective et, d'autre part, les relations subjectives sur les constructions de la réalité sociale. Les processus ne sont pas de même nature quand bien même ils sont en interaction permanente. D'où l'intérêt de combiner les méthodes sociologiques avec des méthodes plus cliniques afin de mieux saisir cette réciprocité des perspectives. »*

La sociologie clinique reconduit la séparation entre le collectif et l'individuel à partir de l'opposition entre les contraintes objectives de la société et la subjectivité comme siège de la réflexivité et de la liberté de l'individu. A la séparation individu/société, Vincent de Gaulejac substitue la séparation psycho/social. De fait, il se prive de penser les « relations objectives » à partir d'une démarche conceptuelle qui catégorise les choses à dire selon un cadre explicatif et des liens logiques. Il semble que le terme « clinique » vient uniquement contrebalancer le terme « sociologie », pour lui apporter le fondement « psychique » qui lui ferait défaut. La clinique ouvrirait au sociologue la voie de la subjectivité, pris dans une logique de domination résultant des situations sociales perçues « objectivement » selon une logique unilatérale de contraintes. Le sociologue devient le passeur clinicien, qui objective sa parole et la parole de l'autre dans une intersubjectivité. De fait, la sociologie clinique reconduit la répartition disciplinaire, où, le sociologue a pour objet la société, et où, le clinicien (psychologue) se réfère au psychisme de l'individu.

- Quatrième principe, cité par Vincent de Gaulejac : *« Il convient donc d'analyser d'une part l'autonomie relative des processus sociaux et des processus psychiques et, d'autre part, les connexions, les interactions et les articulations entre ces deux registres. »*

En présentant la subjectivité, au regard de l'articulation entre « processus sociaux » et « processus psychiques », Vincent de Gaulejac n'explique toujours pas les processus, ne donne aucun statut propre à la subjectivité et de fait, il ne parvient pas à sortir de la juxtaposition même lorsqu'il aborde le concept d'inconscient.

- Cinquième principe. *« L'inconscient dit « social » est entrelacé avec l'inconscient dit « psychique ». Ces deux instances ne sont pas totalement différenciées. Les processus*

intrapsychiques sont également sociopsychiques. Il convient donc d'intégrer dans l'analyse les interactions permanentes entre la vie sociale et la vie psychique. »

Les concepts deviennent encore plus flous, lorsque ces processus intrapsychiques sont également sociopsychiques, car l'auteur ne parvient pas à expliquer le caractère psychique des socialisations. Comme le rappelle Vincent de Gaulejac dans la conclusion de son article, ces processus ne sont analysés que dans la positivité d'une relation clinique : *« la dualité des influences entre les phénomènes sociaux et les processus psychiques est permanente »* et *« une véritable socioanalyse doit permettre d'analyser cette dualité et ces influences réciproques. »*

Cette conclusion démontre que la sociologie clinique, plus qu'un cadre conceptuel, est avant tout une pratique psychosociale qui analyse le jeu des interactions sociales à partir du psychisme, sans pour autant expliquer la permanence de ces interactions et les processus psychiques qu'elle met en œuvre. En réponse à la critique de la faiblesse théorique, parfois reprochée à la sociologie clinique, Fabienne Hanique met en avant le fait que le sociologue clinicien ne renonce pas à conceptualiser et *« ce n'est pas non plus renoncer à théoriser, c'est-à-dire à comprendre ce que nous dit l'objet singulier au-delà de lui-même. On peut même avancer que l'ancrage de la recherche dans le terrain rend le chercheur encore plus attentif à ce qui relie le singulier au général, le particulier à l'universel. »* (Hanique, [2007], (2012), p. 125). De fait, le travail des groupes d'implication et de recherche, en sociologie clinique, explore les liens entre la vie sociale et la vie familiale et personnelle. Différents thèmes servent de fil rouge aux différents séminaires et il s'agit pour les participants de produire des données sur leur histoire de vie, qui seront ensuite analysées par le groupe.

> *« Les méthodes cliniques sont construites pour permettre au sujet d'analyser ses conflits, d'inventer ses réponses, de trouver des médiations face aux contradictions auxquels il est confronté. Il s'agit donc d'aller « au plus près du vécu des acteurs » pour mener cette analyse et mettre en œuvre les changements possibles en élaborant des réponses. »* (De Gaulejac, 2009, p. 206)

L'analyse clinique a une fonction d'aide et de conseil pour l'élaboration de réponses face à un problème social. Nous pensons qu'il est important de distinguer les questions sociales et les questions scientifiques. Ces dernières ne nous sont pas données, il nous faut les construire, en prenant de la distance par rapport au social qui nous imprègne et dans lequel le chercheur est forcément impliqué. Pour la sociologie clinique, l'individu est un être biopsychosocial total et on ne parvient pas à retrouver la négativité freudienne, tant cette approche tend à la positivité

et n'explique pas l'ordre relatif au social lui-même. Dans son ouvrage « qui est Je ? », Vincent de Gaulejac propose d'expliquer le processus de subjectivation à la lumière d'une multiplicité de niveaux, qui vont du plus petit au plus grand, de l'individu au collectif.

> *« L'individu est un ensemble complexe bio-psycho-social. Il ne peut se réduire à l'une ou l'autre de ses dimensions. (…) L'analyse de cette totalité relève d'une multiplicité de niveaux : la subjectivité, comme noyau agissant du vivant ; l'appareil psychique, à travers diverses instances et différents processus inconscients ; l'individu socialement et historiquement construit ; la société comme collectif agissant qui organise les conditions concrètes et symboliques des trajectoires sociales ; mais aussi la société comme ensemble de conditions matérielles et objectives qui conditionnent les existences individuelles, les possibilités d'individuation et de subjectivation. »* (De Gaulejac, 2009, p. 52)

Cette juxtaposition ne permet pas de donner une identité et une unité au processus de subjectivation. Elle présente une subjectivité biologique atomisée, « noyau agissant du vivant », sur lequel se greffent des processus psychiques inconscients. S'y ajoute l'individu, construit de social et d'histoire face à une société organisatrice, « collectif agissant qui organise les conditions concrètes et symboliques des trajectoires sociales », et en même temps « conditionnent les existences individuelles, les possibilités d'individuation et de subjectivation ». La subjectivation devient un processus par lequel le sujet est invité à faire des choix, à se déterminer. Elle doit être « réfléchie » pour prendre en compte les contraintes et contradictions de la société, les différentes lignes de force et repérer ses marges de manœuvres pour effectuer des choix. Comme le montre Jean-Marc Friedlender, qui met l'accent sur la démarche réflexive du chercheur en sociologie :

> *« L'« objectivation participante » (Bourdieu, 1996) est une pratique réflexive qui vise à objectiver le chercheur lui-même, à la fois sujet et objet qui agit et se regarde agir dans son activité. Plus exactement, l'objectivation participante se donne comme but d'examiner les conditions sociales de production de la connaissance chez le chercheur. (…) Le chercheur doit intégrer à sa démarche réflexive l'examen des conditions de sa réflexion prise comme produit situé d'un processus de subjectivation dans lequel est pleinement impliqué son affectivité. »* (Friedlender, [2007], 2012, p. 260-262)

Tout se passe ici en pleine conscience grâce à la « pratique réflexive objectivante du chercheur ». La « réflexivité » tient une place importante en sociologie clinique, cependant n'est-elle pas un frein pour considérer que la personne, en tant que principe d'analyse anthropologique, agit en nous de manière implicite ?

Si la sociologie clinique pose l'intrication du psychique et du sociologique, il apparait que faute d'un cadre conceptuel, elle reste prisonnière d'une conception qui pose l'individu et le collectif comme deux entités distinctes. Lorsque le sociologue clinicien fait émerger les conflits pour aller vers un consensus acceptable, c'est une intervention qui s'apparente à une résolution de problèmes pour parvenir à un accord, à un compromis. On peut se demander, si cette approche est suffisante pour expliquer, selon une visée scientifique, les processus qui fondent nos rapports sociaux. La réification de l'individuel et du collectif conduit à une impasse épistémologique que nous tenterons de dépasser en lui substituant un rapport dialectique entre *singulier* et *universel*. Une société qui organise et conditionne l'individu n'existe pas en dehors des acteurs qui se l'approprient et actualisent cette analyse singulière en permanence.

En référence à Spinoza, Pierre Roche rapporte le processus de subjectivation à la question des affects. Il n'y a pour lui de « déplacement subjectif que dans et par les affects ».

> *« Le devenir sujet se situerait alors sur une chaîne qui irait des affects négatifs aux affects positifs, ceux de tristesse et de joie constituant ici les deux pôles opposés. Idéalement du moins car loin de pouvoir en toutes circonstances nous en tenir à une simple distinction entre affects passifs, négatifs, asservissants, et affects positifs, actifs, émancipateurs, nous devons plutôt les penser à partir de la façon dont ils peuvent les uns les autres se combiner, s'entrelacer, se stresser, penser donc en terme de complexe affectif, de constellation affective ; penser, par exemple, qu'un même affect peut être passif ou actif selon le complexe affectif dans lequel il s'insère.»* (Roche, [2007], 2012, p. 187-188)

Pierre Roche propose une méthode subjectivante pour favoriser avec les acteurs sociaux le dépassement de « l'emprise des passions tristes ». Le sociologue y est un tiers aidant, ouvrant la voie entre témoignage et fiction pour accéder aux « zones subjectives » de ce qui est éprouvé. Pour lui, la résistance n'est pas du côté du « *devoir social »* mais du côté du « *contre être »*, pensé comme une voie de libération de la situation d'asservissement. Ces travaux de co-construction de savoirs avec les acteurs l'amènent à concevoir un dispositif méthodologique d'étayage de la subjectivation. Avec la transformation des affects, il revisite la santé mentale,

non pas en termes de suppression des tensions psychiques, mais de capacité à y faire face. Pour Pierre Roche, le processus de subjectivation s'origine dans ce que l'acteur s'autorise à dire, à faire, à penser dans et par le social.

> *« Nous pourrions dire alors de la sociologie clinique ce que François Gantheret (1978) disait de la psychanalyse, (elle) ne se justifie que de ceci : que ce qui était bâillonné puisse être entendu ». Mais en ajoutant qu'elle doit aussi permettre l'élaboration de cette parole et sa transformation en savoir dans une visée subjectivante. Et en précisant, enfin, qu'elle permet de débâillonner non pas ce qui a été objet du refoulement, transposé dans l'inconscient mais plutôt ce qui a été socialement interdit, exclu, réprimé, tout ce qui ne peut pas habituellement être dit, simplement énoncé du fait des procédures mises en place pour en conjurer les pouvoirs et les dangers. »* (Roche, [2007], (2012), p. 195)

La sociologie clinique rejoint ici la perspective critique. En abordant le registre du pouvoir dominant, elle exprime un idéal subjectif et subjectivant. Elle promeut une liberté émancipatrice. La contribution de la sociologie clinique, telle qu'elle nous est présentée, est d'aider à la compréhension des tensions entre processus psychiques et processus sociaux ; et en cela elle s'apparente à un projet d'émancipation et d'épanouissement personnel. Il nous apparait que nous quittons ici la problématique spécifique de l'histoire pour aborder celle du désir ou plutôt de la liberté.

Lise Causse interroge l'engagement personnel du chercheur sur le terrain de sa recherche :

> *« Le principe de neutralité le conduit à emprisonner ses affects, elle produit du refoulé. Au lieu de mettre à distance sa normativité et sa représentation du monde, elle l'érige de manière implicite et souvent inconsciente dans sa recherche. »* (Causse, [2007], 2012, p. 244)

A partir de dispositifs d'écoute, la sociologue s'attache à reconnaitre ses propres affects qui émergent, pour mieux objectiver son travail. Pour Lise Causse, la subjectivité est avant tout affective, il faut donc se prémunir contre ses affects en les objectivant. Tout se passe comme s'il suffisait de prendre conscience de ses affects pour les réguler et du même coup faire gage de scientificité en objectivant sa subjectivité. L'importance donnée à la « conscientisation » témoigne d'une positivité qui s'exprime par la volonté d'amener à la conscience des processus inconscients. Sa thèse porte sur la professionnalité des aides-soignantes en maison de retraite à partir d'une démarche « au plus près des acteurs. » (Causse 2004). A partir d'une disponibilité

à l'autre, cette proximité sociale est croisée avec une démarche d'auto-analyse, articulée à un retour réflexif. C'est un travail collaboratif, une démarche réflexive sur leur pratique qu'elle engage avec les professionnels et avec elle-même. Face à la logique instrumentale, Lise Causse met à jour chez les soignants des mécanismes de défense. Ceux-ci peuvent avoir des conséquences qui s'apparentent, selon elle, à « des maltraitances passives » en direction des personnes âgées. Elle exprime son mal-être face au déni des pratiques qui portent atteinte à la dignité des individus : *« des personnes mortes non de maladie ou de vieillesse mais d'oubli, déplacées et humiliées. »* (Causse, 2004) Face à cet éprouvé, elle préconise des dispositifs, intégrant des formes de retour pour le chercheur qui lui permettent de gérer ses affects. La reconnaissance de la subjectivité se fait ici à partir des affects qui émergent dans la rencontre, dans l'évènement.

Selon nous, c'est avant tout de l'autre en soi, de l'altérité qui émerge dans la rencontre, même si dans le même temps, la situation relationnelle peut être éprouvante et nous affecter. L'histoire est une succession de petits et grands évènements qui nous changent plus ou moins, nous transforment, nous fait « autre » tout en restant le « même ». Il y a avant tout de l'altération et de la permanence dans la rencontre, et cela, en dépit de la détresse ou du plaisir qui peut en découler. Si la sociologie clinique a le mérite de s'intéresser au vécu et à l'histoire des acteurs, nous pouvons regretter son peu d'apport dans l'explication des processus d'*historicité*. Il nous apparait que l'approche psychosociale, en réifiant les histoires et les affects, c'est-à-dire les contenus, se prive des processus anthropologiques en jeu dans les relations humaines. D'autant, qu'elle ne permet pas de distinguer, d'une part, ce qui relève spécifiquement des rapports sociaux, et d'autre part, ce qui relève spécifiquement de la régulation du désir. C'est, nous l'avons déjà dit, sur cette distinction, cette non-confusion, entre la relation à l'autre et la régulation du désir, que portera notre analyse clinique dans la deuxième partie de notre étude.

En présentant la dualité des influences entre phénomènes sociaux (vie sociale) et processus psychiques (vie psychique), Vincent de Gaulejac propose par la clinique des récits de vie, une analyse de cette dualité, qui s'apparente à une contribution au développement personnel de l'individu. Le sujet est posé en intériorité réflexive d'émancipation, sorte d'auto analyse qui le fait s'interroger de manière logique sur sa propre histoire, comme nous l'explique Jacques Bouilloud :

> *« Dans l'autobiographie la cohérence du récit, sa capacité de « reviviscence », de donner à comprendre « de l'intérieur », réside dans l'unité du sujet, que reflète l'identité fondamentale dans l'autobiographie entre auteur, narrateur et*

personnage. L'autobiographie déploie et réalise alors le modèle de la compréhension que doivent poursuivre, pour Dilthey, les sciences sociales. » (Bouilloud, [2007], (2012), p. 98).

De fait, nous devons reconnaître à la sociologie clinique de pointer la capacité humaine à faire récit de soi. Si le récit autobiographique permet de récapituler le passé, le présent et le futur, nous devons nous méfier d'une théorisation qui tend à la psycho ou sociogenèse d'une histoire, qui fait coïncider l'homme avec lui-même dans une succession chronologique d'évènements compris et conscientisés. En 1987, Gilles Houle se positionne face à l'approche biographique, dans un article qui s'intitule : « Le sens commun comme forme de connaissances : de l'analyse clinique en sociologie ».

« L'apport théorique de l'approche biographique ne peut que laisser perplexe lorsque l'on entend, comme au dernier congrès de l'association internationale de sociologie, que la nouvelle objectivité en sociologie serait la subjectivité. » (Houle, 1987)

A notre avis, Gilles Houle pointe ici, l'insuffisance de l'approche biographique pour faire de la subjectivité, un objet de recherche à part entière. La réification de la subjectivité du sociologue clinicien rend celle-ci omniprésente pendant la recherche, au point de superposer l'ordre logique de l'explication et l'ordre sociologique de l'implication, comme nous le montre Jean-Marc Friedlender :

« Une voie vers la scientificité s'ouvrirait donc à partir de la pratique réflexive du chercheur posant un regard sociologique sur sa propre position de connaissant participant à la fixation des rapports de subjectivation au sein d'une structure de pouvoir dans laquelle il est impliquée. » (Friedlender, [2007], (2012), p. 262)

On ne peut pas confondre l'ordre de l'explication à visée scientifique, qui suppose une linéarité logique, et l'ordre historique, qui repose sur des compromis toujours relatifs et provisoires, liés à la délimitation sociale conflictuelle. Nous rejoignons sur ce point Jacques Laisis :

« Ce n'est qu'au prix de la dissociation du principe de causalité et du principe de légalité que l'explication peut déployer sa cohérence sans rendre la logique tributaire du socio-historique, sans impliquer nécessairement la garantie d'une cohésion sociale illusoire. » (Laisis, 1988, p. 145)

Encore faut-il disposer d'un mode de pensée qui distingue, pour ne plus confondre, les différents principes anthropologiques qui fondent nos rapports au monde. Autrement dit, selon le *principe de légalité,* le caractère arbitraire de la délimitation sociale expose à des logiques contradictoires et conflictuelles, qui ne permettent pas d'autonomiser un objet, soit, de lui donner une identité et une unité selon une visée scientifique. Pour autant, selon ce principe, rien n'empêche le sociologue, de contribuer et de s'impliquer sociologiquement à l'élaboration épistémologique de savoirs à visée scientifique. Mais cette contribution, si elle veut tendre à la scientificité, ne peut s'exercer qu'à l'aune d'un cadre conceptuel qui catégorise et relie en toute logique les choses à dire, plus précisément à expliquer, selon un *principe de causalité*. C'est en tout cas la voie que nous empruntons, au risque de nous confronter sociologiquement à des résistances épistémologiques, liées à la nécessaire conflictualité des savoirs. La question de la subjectivité et de l'objectivité est fondamentale pour les sciences humaines et nous allons tenter, sur ce point, de clarifier notre propos.

Dès les années 1980, en rupture avec les approches évolutionnistes, fonctionnalistes, et structuralistes, la subjectivité a investi les méthodes et problématiques sociologiques. Face à l'objectivité formel de Durkheim, place est donnée à l'acteur et à sa subjectivité « réfléchie », sans pour autant parvenir à donner à cette dernière un statut épistémologique, garant de sa visée scientifique.

> *« Il ne suffit pas, en effet, d'invoquer la réflexivité ou l'autonomie de l'acteur comme étant la marque d'une subjectivité sociale, encore faut-il pouvoir en rendre compte du point de vue explicatif si on ne veut pas se l'arroger indûment ou la cantonner dans l'indicible registre ontologique ou métaphysique. »* (Dartiguenave, Quentel, 2014)

Si l'objectivité résulte d'un processus d'objectivation, par lequel l'homme formalise son monde en l'expliquant par la médiation des mots, alors, tout être humain est amené à théoriser son réel, puisque chacun de nous est capable de parler et d'expliquer son monde d'une manière ou d'une autre. Pour autant, si cette formalisation s'attache à une visée scientifique des phénomènes humains, il convient alors de confronter les mots, de manière la plus précise possible, au réel à appréhender. Ce qui diffère d'une visée mythique qui consiste à rapporter le réel phénoménologique à l'idée qu'on s'en fait. L'objectivité n'est pas un gage de vérité en soi mais une opération logique. Elle vise à la construction d'un objet par un processus de réduction conceptuelle. De fait, elle n'est pas extérieure au sujet qui l'élabore. Ce qui permet de légitimer la subjectivité, qui, dans l'élaboration de connaissances, n'est plus un obstacle mais la condition

même de cette élaboration. Pour autant, dans la visée scientifique qui est la nôtre, il convient de donner un statut épistémologique à cette subjectivité car elle ne peut être le lieu qui engloberait toute la raison humaine. Il convient donc, dans un premier temps, de dépasser le blocage imposé à notre pensée par la dichotomie conceptuelle « sujet et objet ». D'autant, qu'il va nous falloir expliquer que l'objet, pour le sociologue, c'est le sujet, en tant que précisément, il se conteste.

A partir des divers travaux de sociologie clinique, nous avons repéré que la subjectivité est, tout à la fois, du vécu, de l'être conscient, de l'être agissant, de l'être désirant. Ce qui fait de la subjectivité, un terme éminemment polysémique qui masque la diversité des processus anthropologiques. Nous avons précédemment évoqué notre cadre d'analyse, qui nous oblige à déconstruire la rationalité humaine selon un déterminisme logique. La notion de « care », nous a permis de différencier les déterminismes ergologique, sociologique et axiologique. A la suite de Lacan, nous avons repéré comment la *spaltung* donnait à l'homme la capacité d'accéder au langage, à la production, à la loi et à la régulation des désirs. Ce qui conforte notre position, qui reconnait quatre registres différenciés à la rationalité humaine. Sociologiquement, l'absentéisme de Goffmann, nous a permis de préciser cette rupture dans l'*absence* au fondement du lien social. Par-delà la conscience qu'il peut en avoir, cette abstraction confère à l'homme la capacité à faire société. Cette négativité structurale suggère une conception du principe de personne qui n'est ni individuel, ni collectif. Cette conception inscrit la personne dans un rapport dialectique entre une condition naturelle de sujet et une personne singulière, au fondement de la société. Nous suivons sur ce point Norbert Elias :

> *« La dichotomie « nature et société » n'est qu'un des nombreux exemples de ce type, mais elle relève très clairement les insuffisances d'une telle conceptualisation. Dans la mesure où elle donne l'impression que les deux domaines seraient non seulement existentiellement différents mais encore de quelque manière antagonistes et inconciliables, une telle conceptualisation, interdit d'avance toute recherche portant sur la relation de ce que nous appelons « nature » à ce que nous appelons « société ». »* Elias, [1984], 2014, p. 97)

En réponse au « cadre référentiel sur lequel l'enfant va étayer sa propre histoire », nous avons mis l'accent sur un double processus d'*incorporation* et d'*appropriation.* Nous pouvons maintenant approfondir notre conceptualisation et rapporter la subjectivité au processus d'*incorporation* qui marque le passage entre l'individu organique et le *sujet*. Pour autant, il ne s'agit pas du sujet social, tel que la sociologie ou la psychanalyse se le représente. Il s'agit du

sujet naturel qui permet à l'homme, comme à l'animal, de se donner un soma en interface avec un environnement. Nous pouvons dès lors poser la subjectivité comme configuration qui permet à l'homme, dès l'enfance et tout au long de son existence, de s'imprégner d'un héritage. Mais pour accéder au social, l'homme, contrairement à l'animal, s'*absente* de sa naturalité par un processus d'*appropriation* qui lui permet d'accéder singulièrement à sa propre histoire. C'est cette négativité structurale, qui seule, donne à l'homme à la sortie de l'enfance, la capacité de faire société. Et ce, quelle que soit la manière qu'à cette négativité de s'actualiser historiquement. D'une certaine façon nous pourrions dire qu'il n'y a pas de subjectivation sans désubjectivation. Négation qui permet l'accès à la *singularité* sociale, aussitôt réinvestit vers une *universalité* jamais atteinte. En expliquant la subjectivité, au regard de la dialectique du *singulier* et de l'*universel*, nous venons d'appliquer à la légalité humaine, le principe de causalité, soit une explication de l'instauration de l'ordre social lui-même.

S'il s'agit par le récit autobiographique, de rendre compte de sa propre inscription sociale en tant que citoyen, il convient de repérer l'autonomie d'un champ qui ne se réduit pas à une stricte linéarité historique. Il s'agit de reconnaitre cette historicité, telle une réorganisation de l'espace du temps et du milieu où la capacité d'histoire nous positionne « soi-même comme un autre ». (Ricoeur, 1990). Si nous convenons que le principe d'organisation de la société c'est la *personne,* en tant que principe constitutif du social, alors, le récit est une façon de recréer sa vie et de s'approprier une histoire dans la dialectique sociologique de la prise et du don. Autrement dit, le récit donne à voir l'absence qui permet à l'être humain de passer d'une vie naturelle subjective, reçue en héritage, à une histoire culturelle par appropriation personnelle.

En rapportant la subjectivité à la conscience qu'on a de soi, nous risquons de confondre la mise en lien logique de notre propre histoire avec l'explication des processus anthropologiques qui nous permettent de faire histoire. Pour aller plus loin dans notre argumentation, suivons l'approche d'Hubert Guyard (2009) qui nous invite à déconstruire le *récit.* Celui-ci devient, du fait de l'hypothèse d'une déconstruction de la raison humaine en plusieurs « plans », un concept trop hétérogène. Parce que la raison est décomposable, elle nous permet de rapporter spécifiquement l'*évènement* à la notion d'historicité, qui fait de chaque être humain un être capable d'histoire, de récit. Si nous relions spécifiquement celui-ci à la possibilité sociologique de construire de l'*évènement* comme moment de sa propre histoire, nous devons reconnaître au récit des raisons incidentes qu'il convient de désigner plus précisément.

- Par son aptitude à l'histoire, l'homme ne coïncide jamais avec un ici et maintenant naturellement, c'est à dire subjectivement vécu. Il a la capacité de s'en décaler, de récapituler par le *récit*, au-delà d'un vécu subjectif et au-delà de la conscience qu'il peut en avoir.
- Du point de vue conceptuel, les mots vont s'articuler à l'évènement à dire et c'est ainsi que la *narration* va surdéterminer l'évènement par une mise en mot logique, qui au-delà d'un simple évènement vécu, devient un évènement conceptualisé. Par sa capacité langagière, le narrateur formalise son dire selon des rapports conceptuels qui donnent du sens, c'est-à-dire une cohérence logique à l'évènement.
- Cet évènement, toujours moment d'histoire, peut prendre la forme d'une *aventure* heureuse ou malheureuse selon que le récit se dote de fierté ou de honte. Ce qui montre que l'évènement est un temps qui s'éprouve axiologiquement par la capacité d'analyse éthique. Au-delà de l'évènement heureux ou malheureux, le dire évènementiel peut lui-même prendre la forme d'une dramatisation où se joue l'opposition du bien et du mal.
- Enfin, le *script* permet un travail technique d'écriture et d'enregistrement qui laisse ainsi une trace d'histoire. Ainsi la récapitulation, propre au récit, peut être assisté techniquement par l'écriture, la peinture, la musique…

De fait, cette manière de déconstruire le récit, nous permet de dépasser la complexité et nous renseigne sur notre capacité d'*abstraction*, qui nous spécifie en tant qu'humain.

> *« La clinique des fonctions supérieurs vient conforter cette déconstruction du récit. Le récit est une notion trop globale ; plusieurs pathologies différentes montrent des aspects différents de cette globalité. Si la fabulation névrotique engage une démesure axiologique du traumatisme, les délires psychotiques montrent une pathologie de l'évènement. Les aphasiques n'ont perdu ni l'évènement, ni l'aventure, mais la narration. Et les patients atechniques (cf. apraxie idéatoire) perdent l'écriture ou le script. »* (Guyard, 2009, p. 115)

De fait, l'originalité de l'anthropologie clinique réside dans la déconstruction de la raison en quatre déterminismes qui trouvent leur point de vérification dans l'observation des pannes. C'est une anthropologie qui cherche à rendre compte par la clinique des pathologies neurologique et psychiatrique, de l'avancée des propositions théoriques. Nous reviendrons plus précisément sur ce mode de pensée et son élaboration dans la partie clinique de notre recherche.

L'argument logique ne suffit pas à lui-seul à valider la visée scientifique, d'où la nécessité d'une démarche clinique expérimentale pour mettre à l'épreuve la théorie. C'est la raison pour laquelle nous nous attacherons, dans la deuxième partie de notre travail, à poser des hypothèses sur les situations vécues au plus près des personnes vieillissantes. Il ne suffit pas de construire conceptuellement un cadre d'analyse, encore faut-il cliniquement en vérifier la pertinence.

Conclusion

En suivant la thèse de Jean-Yves Dartiguenave, développée à partir d'une sociologie du travail social (2010), nous avons repéré que l'intérêt heuristique de l'approche socio-historique réside essentiellement dans le fait qu'elle est le témoin de la relativité historique. Si elle ne permet pas la *généralité d'une explication causale,* elle donne à voir les négociations et les compromis qui président aux alliances et conventions toujours provisoires et changeantes. De fait, elle nous permet de spécifier un *principe de légalité* qui préside à la dynamique conflictuelle et négociable des rapports sociaux. Ce qui nous permet de reconnaitre l'autonomie d'un secteur gérontologique et l'importance de la question du pouvoir dans la structuration du champ. En inscrivant la légalité dans une singularité et son dépassement vers une universalité jamais atteinte, nous avons montré les limites de la perspective critique, qui, si elle a le mérite de repérer les raisons qui gouvernent les pratiques dans le champ de la prise en charge, laisse peu de place à la réversibilité des jeux de pouvoir et à la capacité humaine à s'en absenter.

> *« Il est frappant de constater combien l'approche du travail social en termes de contrôle social, de pouvoir et de normalisation, fait peu de cas de la « résistance » ou de la duplicité que les acteurs sociaux développent à l'égard de la domination « réelle ou symbolique » exercée par une classe ou incarnée par un dispositif de pouvoir. »* (Dartiguenave, 2010, p. 41).

Dans son analyse, Jean-Yves Dartiguenave, nous invite à nous référer à l'œuvre de Marcel Gauchet et Gladys Swain « La pratique de l'esprit humain », et à aborder les dispositifs d'accompagnement social, comme autant de manières de rechercher l'intégration des personnes et leur participation à la vie sociale. En faisant l'impasse sur la capacité humaine à s'opposer, nous risquons d'enfermer les personnes vieillissantes dans le jeu d'une normalisation, appréhendée uniquement comme l'expression unilatérale du pouvoir médical. La perspective critique, en assimilant le pouvoir à la domination, passe à côté de la conflictualité relative à la division sociale du travail à l'intérieur d'un même champ d'intervention. Ce qui nous a permis

de réduire le concept de pouvoir à l'analyse abstraite d'un *devoir être* constitutif d'une réciprocité avec autrui.

De son côté, l'interactionnisme symbolique, en s'affranchissant d'une approche médico-centrée, questionne l'expérience du vieillissement à partir de la vie quotidienne et des relations sociales de service. Les sociologues interactionnistes s'attachent surtout à décrire la gestion sociale d'un problème, en décrivant ce qui se passe, soit du point de vue de l'individu, soit du point de vue de la société. Ils montrent ainsi, comment les personnes négocient avec leur vieillissement et leur environnement. Cependant, les problèmes soulevés par le vieillissement humain nécessitent un examen spécifique qui ne peut se réduire, ni à la prise en compte des politiques et dispositifs qui encadrent et orientent sa prise en charge, ni se satisfaire du seul point de vue de l'individu vieillissant. La réification des rapports sociaux, propre à l'interactionnisme symbolique, empêche de reconnaître la négativité structurale au fondement de la société. En accordant ainsi le primat aux interactions sociales, l'interactionnisme se prive du principe d'absence, constitutif de la personne. De fait, cette approche sociologique ne parvient pas à analyser les situations sociales au-delà de leur positivité. La déconstruction de la notion de care, nous a permis de préciser notre cadre d'analyse en référence à une anthropologie clinique qui propose de diffracter la raison humaine en quatre déterminismes autonomes.

En dernier lieu, nous nous sommes confrontés à la faiblesse théorique de la sociologie clinique, qui propose des interventions visant à la conscientisation des histoires personnelles. Nous avons montré que cette sociologie définit la subjectivité en lien avec les conflits et les affects, qui doivent être objectivés par une pratique autoréflexive pour ne pas nuire au chercheur. A l'instar de Jean-Yves Dartiguenave et Jean-Claude Quentel, nous pensons que la sociologie clinique, ne parvient pas à donner un statut explicatif suffisamment précis à la subjectivité.

> *« La subjectivité opère en effet, très largement, dans le champ sociologique comme une « boîte noire », qui, tantôt, renferme « trop » d'éléments disparates, quand elle embrasse tout à la fois, le registre des représentations, de l'autonomie, de l'historicité, du vécu social et de la liberté des acteurs, tantôt « trop peu » lorsqu'elle se réduit à la réflexivité de l'acteur. »* (Dartiguenave, Quentel, 2014)

De fait, s'il importe de repérer socio-historiquement, l'émergence de la question du vieillissement dans la société où dans l'histoire de la personne qui raconte, il importe tout autant de saisir la permanence des processus proprement anthropologiques sur lequel il repose. Il apparaît, que l'approche par la réflexivité contribue à nier l'*implicite* du processus d'historicité,

qui joue en tout être humain à son insu. La non distinction entre un *principe de causalité* et un *principe de légalité* ne permet pas à l'explication à visée scientifique de se déployer. Si l'un assure la cohérence logique d'une argumentation, l'autre est tributaire de la délimitation conflictuelle et arbitraire des relations sociales. Nous avons cherché à donner un statut épistémologique à la subjectivité en la rapportant à l'*incorporation*, mécanisme d'imprégnation naturelle du sujet. Nous l'avons ainsi distingué de l'*appropriation* singulière, analyse culturelle d'émergence à l'histoire qui résulte d'un évidement du sujet naturel. L'hypothèse de plusieurs « plans » de la raison humaine, nous a invité à déconstruire le récit comme autant d'expressions des différents registres de rationalité. Ces derniers se présentent comme des processus généraux anthropologiques, qui, dans une dynamique dialectique entre la nature et la culture, s'ordonnent en moments logiques contradictoires. Ainsi, ils se fondent sur une négativité structurale, qui semble bien s'abolir ou s'hypertrophier dans les troubles neurologiques ou psychiatriques. Hubert Guyard et Clément de Guibert nous donne la mesure de l'analyse dialectique ethnico-politique au fondement du lien social à partir de ses dysfonctionnements cliniquement observables.

> *« A l'individuel et au collectif, qui n'ont finalement d'autres réalités que pathologiques, répondent, chez l'homme sain, la tension contradictoire d'une singularité instituante et d'une universalité délibérante. A distance aussi bien de l'emprise paranoïaque que de la déprise schizophrénique, l'homme responsable mesure sa mission politique, ni de façon fusionnelle, ni de façon autolytique ; il s'approprie « une part » de responsabilité sans renoncer politiquement à la faire accepter ; il n'y parvient qu'en faisant contrat, qu'en mesurant l'étendue d'un compromis nécessaire, l'étendue d'une contribution socialement reconnue. La mesure de l'autonomie se retrouve dans la mesure de la mission. Autonomie ethnique et mission politique ne sont pas deux réalités indépendantes, mais une seule réalité contradictoire, dialectiquement articulée ; seule la pathologie réalise, par défaut ou par excès, l'arrêt de cette dialectique. »* (Guyard, de Guibert, 2009, p. 188)

Il s'agit là du modèle anthropologique et clinique de la personne, qui s'inscrit dans une démarche explicative à visée scientifique. Nous reviendrons sur cette approche clinique dans la deuxième partie de notre étude. Auparavant, nous chercherons à argumenter sur la distinction entre la visée scientifique et son champ d'application, montrant ainsi deux réalités humaines qu'il importe de différencier. De fait, nous pensons que l'explication du vieillissement appelle

une mise en lien logique particulière de la réalité qui rende compte d'une permanence de ce champ, en dehors de sa réalité historique et au-delà des enjeux de pouvoir et d'expérience. C'est la démarche de recherche que nous avons entreprise et qu'il nous faut développer à partir de notre positionnement singulier. C'est pourquoi dans le chapitre qui suit, nous chercherons à distinguer ce qui relève de la *nécessité sociale* ou légalité et ce qui relève de la *nécessité explicative* ou causalité.

2. Un héritage à assumer

Nous allons ici, nous employer à démêler notre implication d'apprenti-chercheur et d'animateur en gérontologie, au regard des tensions qui construisent notre champ d'étude. Nous mettrons ainsi à jour, ce qui nous permet de distinguer, ce qui relève de la *nécessité sociale*, de ce qui relève de la *nécessité explicative*. Nous ferons une large place à l'histoire de l'animation socioculturelle et à ses mutations, qui nous ont amené à nous interroger sur l'évolution du métier dans le champ gérontologique. Notre position singulière de chercheur en sociologie et de coordinatrice de la vie sociale dans un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) interroge l'implication dans le processus d'élaboration de notre recherche, et prend la forme de cette question : *Comment élaborer un discours scientifique sur ce que l'on participe à construire ?*

2.1 De la place du sociologue

La sociologie du vieillissement, à la croisée de la sociologie de la famille, de la santé et des organisations, élabore son domaine de compétences en délimitant un champ spécifique, relatif à la vieillesse et au vieillissement. Les débats qui structurent ce champ et auxquels nous cherchons à participer, nous proposent de distinguer ce qui est de l'ordre d'un problème social relevant de l'évidence et ce qui est de l'ordre d'une problématique sociologique. Aujourd'hui, face au contexte démographique et au risque d'instrumentalisation, les sociologues français, coordonnateurs de l'ouvrage « Vieillesses et vieillissements », nous y invitent dès leur introduction :

> *« Cette distinction prend également tout son sens face à l'augmentation croissante de la demande sociale et publique adressée à la recherche. Cette demande comporte un risque d'instrumentalisation non négligeable, notamment par le biais*

de financement d'enquêtes « utiles » à la décision politique ou à la réflexion des décideurs à différents niveaux de l'action publique comme en témoignent les préoccupations croissantes autour de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées. » (Hummel, Malon, Caradec 2014, p.10).

Ce faisant, en différenciant ce qui relève de la gestion sociale d'un problème de ce qui relève de l'explication sociologique, ces auteurs cherchent à autonomiser l'explication scientifique dans le champ des sciences humaines. Ils repèrent ainsi une distinction entre des auteurs qui ancrent leurs travaux dans une dimension d'action gérontologique, alors que d'autres s'affilient en premier lieu à la discipline proprement sociologique. Nous pouvons poser là notre premier point d'ancrage, que nous ne manquerons pas de développer tout au long de notre travail de recherche, en distinguant pour ne plus confondre la *nécessité sociale* de la *nécessité explicative.*

Jean-Claude Quentel, en spécifiant le statut de l'explication sociologique, ne nous dit pas autre chose lorsqu'il affirme *:*

« Dans le champ des sciences humaines, la problématique sociale et plus particulièrement celle du métier l'emporte donc aujourd'hui, et de très loin, sur celle de l'explication conceptuelle. De telles sortes que ce sont les contraintes liées à l'exercice des professions qui tiennent le devant de la scène et qui, non seulement occultent le questionnement sur le statut causal des réalités dont on traite, mais décident des seules réponses à apporter aux questions qu'elles soulèvent. » (Quentel 2007, p 28)

Il convient donc d'interroger la contribution du sociologue, relative au vieillissement, dans l'élaboration d'un savoir sociologique, tel que nous l'enseigne Emile Durkheim : une science *« n'a de raison d'être que si elle a pour matière un ordre de faits que n'étudie pas les autres sciences »* (Durkheim, [1895] 2007, p.143). Si la contribution du sociologue s'inscrit inévitablement dans une situation historique, ici dans un contexte gérontologique car en tant qu'humain, le sociologue est forcément situé quelque part, dans un milieu et sur un temps donné ; il importe qu'il s'en distancie pour conceptualiser la réalité dont il traite et à laquelle, dans le même temps, il participe. Car, comme le souligne Jean-Claude Quentel, le chercheur en sociologie par son statut d'humain se trouve forcément impliqué dans son observation ; et c'est la raison pour laquelle, il ne peut se satisfaire de la simple description des faits sociaux et qu'il lui faut expliquer en *remontant au principe même de ce qui fonde le social.* Nous pouvons

rapprocher ce point de vue de celui de Norbert Elias, lorsqu'il attire notre attention sur la spécialisation dans le domaine des sciences humaines :

> *« Les hommes ne pourront espérer maîtriser ces complexes sociaux absurdes et leur donner un sens, que s'ils parviennent à les expliquer comme complexe fonctionnel, relativement autonome et spécifique, et à les étudier systématiquement.(...) Des groupes scientifiques professionnels s'efforcent sans cesse de justifier leur mainmise sur certaines institutions académiques, en développant des théories, des méthodes, un vocabulaire qui leur sont propres, sans que cette autonomie relative de leurs constructions théoriques et conceptuelles soit pour autant justifiée par l'autonomie relative du domaine scientifique qu'ils explorent. En d'autres termes, à côté de la véritable spécialisation scientifique, justifiée par la classification des domaines à explorer, il existe une grande part de pseudo-spécialisation. »* (Elias [1981] 2003, p.67).

Si nous avons là un premier point d'accroche théorique qui nous a amené à distinguer la nécessité explicative, en tant que réflexion scientifique sur les sociétés, de la nécessité sociale ; il n'empêche que nous assumons le fait d'être forcément impliqué dans ce que nous participons à construire. Pour autant, s'il n'y a pas de visée scientifique en dehors d'une inscription sociale, nous devons garder à l'esprit qu'aucun critères sociaux ne permet de valider la démarche scientifique. Nous devons donc chercher à dépasser l'immédiateté des situations observées pour les rapporter aux processus anthropologiques qui les fondent.

Une autre tension qui anime la sociologie de la vieillesse et du vieillissement est qu'elle est en concurrence avec une gérontologie, qui, tout en prônant la diversité et la multiplicité des savoirs à partir de l'interdisciplinarité, s'appuie sur l'hégémonie du médical. A l'instar de Bernard Ennuyer, *« on peut donc remarquer, depuis l'avènement de la gérontologie comme discipline scientifique que, bien qu'elle soit clairement définie par l'étymologie et le dictionnaire comme la science du vieillissement, la gérontologie est pourtant passée sous contrôle de la médecine au point que lorsqu'on veut parler de gérontologie « non-médicale » on parle de gérontologie sociale. »* (Ennuyer, 2010, p.264) Les sociologues ne sont pas sans y voir une tendance à la naturalisation. *« La notion de fragilité, largement utilisée pour caractériser et analyser le grand âge, place les questions de santé au premier rang des expériences du vieillissement aux âges élevés. N'y a-t-il pas là également un risque de renaturalisation de la vieillesse ? »* (Hummel, Malon, Caradec 2014, p.15) Cette tension à l'œuvre dans la sociologie du vieillissement, qui s'exprime par ce terme de « renaturalisation », laisse entendre une répétition que nous pouvons

comprendre comme un nouvel épisode « naturaliste » dans la réflexion sur l'humain. Il est vrai que la question n'est pas nouvelle, et en son temps, Durkheim a lui-même cherché à se dégager d'un certain biologisme à partir de la notion de santé.

> *« La santé serait l'état d'un organisme où ses chances sont à leur maximum et la maladie, au contraire, tout ce qui a pour effet de les diminuer. Il n'est pas douteux, en effet, que, en général, la maladie n'ait réellement pour conséquence un affaiblissement de l'organisme. Seulement elle n'est pas seule à produire ce résultat. (…) La vieillesse et l'enfance ont les mêmes effets ; car le vieillard et l'enfant sont plus accessibles aux causes de destruction. Sont-ils donc des malades et faut-il admettre d'autre type sain que celui de l'adulte ? Voilà le domaine de la santé et de la physiologie singulièrement rétréci ! Si, d'ailleurs, la vieillesse est déjà par elle-même une maladie, comment distinguer le vieillard sain du vieillard maladif ? »* (Durkheim, [1895] 1991, p. 51)

La question de Durkheim, nous intéresse ici dans la mesure où elle distingue « affaiblissement de l'organisme » et « maladie », tout en associant le premier terme à la vieillesse et à l'enfance. L'enjeu pour le sociologue, qui se donne pour objet le vieillissement, n'est-il pas d'aller voir ce qui relève du social dans cette « fragilité » ou « affaiblissement de l'organisme » ?

De son côté, l'historienne Elise Feller regrette que ce champ sociologique fasse l'impasse sur la première moitié du XXème siècle :

> « *Notre regard myope fait de tout ce qui a précédé 1945 un « autrefois » indéfini, auquel on se réfère tantôt comme un âge d'or, où les familles toujours aimantes et soudées soutenaient jusqu'au bout leurs anciens, tantôt comme à un sombre Moyen-Âge ne connaissant ni l'assistance, ni a fortiori les retraites, et où les vieillards forcément misérables allaient croupir dans les mouroirs. »* (Feller 2005, p. 344).

Par l'étude des thèses, soutenues dans les facultés de médecine entre les deux guerres, l'historienne nous montre comment le corps médical a été influencé par l'idéologie nataliste qui dénonçait le vieillissement de la population. Il laisse alors de côté l'héritage des cliniciens français, qui, entre 1884 et 1914, à la Salpetrière en particulier, ont développé des méthodes et des concepts qui tentent de promouvoir une véritable connaissance sur les maladies des vieillards. Ainsi, d'après l'historienne, de nombreuses thèses de médecine de cette époque concernent directement la population âgée :

> « *Beaucoup, surtout jusque 1900 s'intéressent aux maladies nerveuses et mentales de la vieillesse : la « démence sénile », les psychoses « séniles », la « mélancolie sénile », la folie, l'hystérie ou la criminalité tardive inspirent des étudiants qui se place dans la lignée de Pinel, d'Esquinol et de Charcot lui-même. »* (Id., p.61)

Cependant, les causes du vieillissement de la population dans la première moitié du XXème siècle ne sont pas liées à l'allongement de la durée de vie, mais essentiellement à la mortalité infantile, à la mortalité des jeunes adultes et à la baisse de natalité durant la grande guerre. Ainsi l'expression « vieillissement de la population » a été pour la première fois utilisée par Alfred Sauvy en 1928 dans ce contexte de transition démographique. Dénatalité et vieillissement font alors le terreau de la propagande nataliste et nationaliste qui alimente par leurs écrits les représentations négatives de la vieillesse, perçue comme une menace pour l'Etat français et dont nous héritons aujourd'hui. Si Elise Feller attribue au contexte nataliste la stagnation des recherches, et par là, la marginalisation et la stigmatisation de la vieillesse, elle l'impute également à l'impuissance de cette première moitié du XXème siècle à penser le vieillissement à travers des schémas nouveaux et dynamiques :

> « *Le champ des savoirs sur la vieillesse, qui suppose un regard croisé des sciences de la nature et des sciences de l'homme, n'a pu devenir fécond que lorsque les deux domaines de connaissance et d'intervention ont progressé du même pas. »* (Id., p. 102)

Alors que nous venions de distinguer le domaine de la connaissance, du domaine de l'intervention – par les concepts de *nécessité explicative* et *nécessité sociale* – les voilà de nouveau reliés, marchant du « même pas » pour l'élaboration des savoirs sur la vieillesse. Ainsi, en mettant l'accent sur la connaissance des pathologies du vieillissement, Elise Feller ne pointe-t-elle pas, d'une certaine façon, la problématique des sociologues dans le champ du vieillissement, où l'enjeu pourrait-être d'appréhender dans un même mouvement explicatif, pathologie et lien social ? Durkheim, nous a déjà autorisé à penser que *« les formes morbides d'un phénomène ne sont pas d'une autre nature que les formes normales et, par conséquent, il est nécessaire d'observer les premières comme les secondes pour déterminer cette nature. La maladie ne s'oppose pas à la santé ; ce sont deux variétés du même genre et qui s'éclairent mutuellement. »* (Durkheim [1895] 2007, p. 40) N'est-ce pas là une invitation à aller voir du côté des pathologies pour comprendre la nature des phénomènes ? Vu sous cet angle, les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) sont des laboratoires pour le sociologue prêt à se mettre à l'école des « vieux fragiles » pour comprendre

ce qui fonde le lien social. De fait, la place de l'animateur devient un observatoire « idéal » au cœur du médico-social.

2.2 De la place de l'animateur socioculturel

Depuis 2002, le contexte législatif a imposé un certain nombre d'obligations aux Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes dont celle d'être « un lieu de vie et d'animation ». Des animateurs socioculturels interviennent donc dans les établissements pour des fonctions d'animation et de coordination de la vie sociale. Ils confortent ainsi le fait que l'établissement est un « lieu de vie », contrairement à l'hospice, qui avait une tendance à verser dans l'institution totalitaire au sens de Goffman.

Cependant, force est de constater qu'un établissement médico-social reste avant tout un « lieu de soin » où l'animation sociale n'est pas toujours reconnue à la hauteur de son entreprise. Pour certains, elle est assimilée à un soin, et elle a, de fait, toutes les caractéristiques d'une activité thérapeutique et reste soumise au même type d'évaluation. Pour d'autres, sa fonction récréative est nécessaire et bienvenue pour « occuper » les résidents, même si elle apparaît parfois infantilisante. De leur côté, les animateurs en gérontologie peinent quelque peu à définir ce qui fait leur métier. Certains se réclament du soin et dans certains établissements il est d'ailleurs encore très fréquent qu'un personnel soignant occupe la fonction d'animateur. D'autres, a contrario, revendiquent le caractère social de leur profession et s'opposent de manière virulente à toute assimilation au soin. Pour d'autres encore, la distinction va se jouer avec le travailleur social, *« dans le sens où il [l'animateur] n'a pas pour fonction de remédier à une situation préjudiciable mais plutôt d'œuvrer à l'expression d'un bien-être en société »*[4].

Historiquement, l'animateur est plus proche du socioéducatif par les liens qui l'unit aux mouvements de jeunesse et à leur entreprise de socialisation, qui s'initient dès la fin du 19ème siècle sous l'égide de l'éducation populaire. Dès 1880, les mouvements d'éducation populaire ont participé à de nombreux projets éducatifs à destination de la jeunesse, ayant pour but de favoriser la démocratisation des savoirs, de compléter l'enseignement scolaire et de former des citoyens. Il est à noter, que dans le contexte politique de l'époque, face à l'école publique

[4] Didier LEONARD - Attaché principal au bureau des Professions Sociales et du Travail Social de la Direction Générale de l'Action Sociale (DGAS) - relevé lors d'une table ronde à l'occasion du 2ème Congrès National de l'Animation en Gérontologie - Novembre 2007 - Doc'animation en gérontologie n° 18

obligatoire, les jeunes deviennent un enjeu politique. De 1880 à 1939, on assiste à l'émergence de réseaux militants et concurrentiels. Une frange catholique, une frange républicaine et une frange socialiste se sont progressivement structurées en s'affrontant et en élaborant des doctrines cohérentes, qui s'appuient sur des systèmes de pensée : le personnalisme chrétien, le rationalisme laïc et le marxisme. Tous proposent la réalisation d'un type humain abstrait : le croyant, le citoyen et le militant. Ces pères fondateurs mettent ainsi en concurrence des projets éducatifs. (Augustin, Gillet, 2005)

Tous ces réseaux, au-delà de leurs différences, proposent une formation à la vie réelle et concrète du jeune. Dans ce jeu, les familles se trouvent quelque peu dépossédées de leur rôle éducatif traditionnel. Dans le même temps, des sociabilités nouvelles s'organisent autour des patronages, du scoutisme mais aussi autour d'activités ciné-club, théâtre, jeux sportifs et de plein air. Au début des années 1940, tous ces réseaux sont ébranlés par l'occupation allemande puis par le régime de Vichy. Celui-ci valorise certains mouvements comme le scoutisme, interdit plusieurs groupements socialistes et laïcs et crée ses propres institutions. On assiste alors à un nouveau stade d'organisation pour la jeunesse et les mouvements d'éducation populaire. C'est celui de la rencontre forcée des réseaux privés et des orientations gouvernementales. A la libération, Jean Guéhenno se voit confier une direction des mouvements de jeunesse. C'est l'arrivée des inspecteurs départementaux de la Jeunesse et des Sports, administration qui va progressivement renforcer le contrôle étatique sur les mouvements de jeunes, notamment en fonction des conditions de plus en plus strictes d'attribution des subventions. En réponse, on assiste à une tentative de concertation en dépit des différents clivages qui amène l'exclusion en 1947 des mouvements strictement politiques. Ce qui renforce la légitimité des organisations laïques et confessionnelles, qui deviennent les interlocuteurs privilégiés des pouvoirs publics.

Au début des années 1950, une politique de la jeunesse est en voie d'élaboration et la notion d'animation s'impose alors progressivement. La stratégie des grands mouvements d'éducation populaires va rejoindre la stratégie des politiques étatiques, pour déboucher sur l'ouverture massive d'équipements spécifiques, gérés par des associations privées ou parapubliques. Ces mouvements se rassemblent et alors que le Groupe d'Etude et d'Organisation de Jeunesse et d'Education Populaire réunit les associations laïques, confessionnelles et catholiques, le Conseil Français des Mouvements de Jeunesse regroupe les mouvements à majorité catholiques. Ces instances participent directement à la mise en place d'une politique d'animation. C'est le début de la professionnalisation et la création en 1964 du Fond

Interministériel pour la Jeunesse et l'Education Populaire (FONJEP) qui assure par l'Etat le financement des postes d'animateurs[5].

Par ailleurs, plusieurs associations de cogestion se créent entre 1959 et 1965, telle que l'UCPA Union des Centres de Plein Air. L'exemple de l'UCPA illustre bien la logique technicienne à l'œuvre dans la société française des années 1960. Être animateur UCPA correspond plus à un choix de carrière, en dehors de tout caractère militant et de tout lien avec le mouvement. On passe du grand projet de « formation physique et morale de la jeunesse » à l'initiation technique, aux nouvelles pratiques de plein air. On constate que *« les mouvements subordonnaient toujours les techniques au projet global, alors que les associations de cogestion sont devenues peu à peu des prestataires de services destinés à un large public d'usagers influencés par les thèmes de la modernité : individualisme, culte du corps, hédonisme et recherche d'innovations techniques. L'inscription dans une logique de marché se substitue ainsi à une logique éducative dans le champ du loisir. »* (Augustin, Gillet, 2005, p. 58)

A partir de 1965, le Haut-Commissaire à la Jeunesse et aux Sports lance l'opération 1000 clubs de jeunes pour lutter contre la puissante fédération des Maison de Jeunes et de la Culture (MJC), dont les permanents sont majoritairement syndiqués à la CGT. Après 1968, la tendance est à la création de services, gérés par le ministère et utilisables directement par les jeunes, tel que le Centre d'Information et de Documentation pour la Jeunesse (CIDJ). Le temps n'est plus à la cogestion et toute la période 1968-1975 est marquée par les actions directes du ministère et l'augmentation des moyens financiers de ses services, ainsi que la diminution de l'aide aux associations. Les associations de jeunesse se regroupent alors au sein d'une nouvelle organisation, le Conseil National des Associations de Jeunesse et d'Education Populaire (CNAJEP) et réclament un statut des animateurs professionnels. C'est une période conflictuelle où les relations avec le ministère sont ponctuées de crises.

La création en 1970 du Certificat d'Aptitude à l'Animation Socio-Educative (CAPASE) est l'occasion de nouvelles concertations dans chaque département et région avec les CODEPSE et les COREPSE, qui sont des commissions jouant un rôle de contrôle et d'évaluation des animateurs en formation. L'animation professionnelle est née, mais les frontières entre le militantisme, le travail bénévole et le métier restent confuses. Les formations spécifiques privées, puis publiques des diplômes d'Etat ont favorisé l'animation professionnelle dans

[5] Il est à noter, qu'aujourd'hui, dans les établissements pour personnes âgées, le salaire des animateurs, rattaché à l'hébergement, reste à la charge des résidents.

l'espace en mutation des trente glorieuses. A partir de 1974, le passage progressif d'une conception de l'Etat interventionniste à une conception plus libérale modifie les orientations antérieures avec une tendance qui tend à supplanter le projet des équipements pour favoriser des actions basées sur la vie associative. La création de nouveaux dispositifs puis la crise économique amorce une redéfinition des publics ciblés.

Le changement politique de 1981 va redéfinir un nouveau champ politique local de l'animation. Ce qui était géré par l'Etat doit revenir à l'initiative des municipalités et des citoyens dans le cadre de la décentralisation. L'objectif est de restructurer la vie locale et de favoriser le développement des associations. Durant cette période, on assiste à deux critiques sur l'intervention de l'Etat dans le domaine social. L'une, issue du courant libéral : gaspillage de l'argent public et assistanat**.** L'autre, issue du courant autogestionnaire, regrette que l'intervention bénéficie souvent aux plus influents et souhaite donner aux acteurs des capacités d'auto-organisation. Le pouvoir socialiste va alors initier plusieurs dispositifs expérimentaux qui seront limités à certaines agglomérations. Ces nouveaux dispositifs sont territorialisés et centrés sur les zones sensibles. Ils sont basés sur la concertation entre représentants publics et privés, et décentralisés, c'est-à-dire basés sur la responsabilité directe d'élus des collectivités locales. Il s'agit d'une tentative de mobilisation des forces locales, qui donne ainsi un surcroit de reconnaissance aux municipalités**.** Ces commissions politico-professionnelles renforcent le mouvement de municipalisation de l'animation et permettent aux mouvements associatifs de développer de nouvelles procédures d'action. Mais l'animation ne se cantonne plus au secteur socioculturel et à ce titre d'autres ministères interviennent la Culture, la Ville, les Affaires Sociales. L'animation professionnelle s'inscrit alors dans un vaste champ d'actions interministérielles, qui ne se cantonnent plus aux seuls politiques de la jeunesse, mais est appelée à intervenir partout où naissent les formes de déliaison sociale. (Augustin, Gillet, 2005)

Pour résumer, le premier stade des mouvements d'éducation populaire est un temps de socialisation où les frontières sont ressenties comme plus nettes entre les classes sociales, entre les groupes d'âges, les mentalités et les idéologies. A cette époque la socialisation est laïque, confessionnelle ou politique. Puis, les transformations, liées à la fois à des clivages internes et à l'évolution de la société, déstructurent ces solidarités et laissent place à une logique administrative de restructuration. Les difficultés d'insertion sociale et professionnelle, la dégradation de certains quartiers, le sentiment d'insécurité, l'apparition de formes récentes de pauvreté nécessitent de nouvelles formes d'intervention de l'Etat. Mais le temps des militants et celui de l'intervention sociale ne font pas que se succéder, ils s'imbriquent en fonction de

l'espace, du temps et des milieux ciblés. Ces partenariats construits n'ont qu'une légitimité provisoire, ils se construisent, se déconstruisent, se réorganisent périodiquement. Par-delà les clivages, les fondateurs et les héritiers de ce système partagent largement une culture de la promotion de la personne et de la solidarité entre les groupes sociaux. (Augustin, Gillet, 2005)

Il est vrai qu'aujourd'hui l'animation dépasse le seul secteur de l'éducation populaire. La profession d'animateur recouvre de multiples métiers, tant les rôles joués dans l'exercice de la fonction d'animation, tant les employeurs, les lieux d'intervention et les publics sont variés et spécifiques. En cela, la profession d'animateur est encore une profession floue, difficile à circonscrire où tous les animateurs n'ont pas le même statut. Celui-ci peut varier en fonction du diplôme, qui dans l'animation s'étire du niveau 5 au niveau 1. La profession d'animateur, s'inscrit dans un jeu de rapports avec les autres professions du social qui se fondent sur la recherche de la promotion et de l'épanouissement de la personne. Cela se concrétise, par le fait que l'animation met l'accent sur les potentialités et les processus, les changements et les innovations, plutôt que sur les manques, les difficultés et les reproductions. Au fil des années et de sa professionnalisation, l'animation socioculturelle a largement emprunté ses savoirs à la philosophie, la psychologie, la sociologie, la psychosociologie …, afin de défendre et de s'approprier une expertise sociale, au regard des autres professions. Même si, piochant dans ces modèles comme dans une boite à outils, l'animateur est vite entrainé dans une sorte de « zapping » des savoirs, plus source de confusion que d'éclairage.

Si le Groupement des Animateurs en Gérontologie (GAG) fait référence dans sa charte à l'éducation populaire, d'autres approches occultent totalement cet héritage ainsi que ses développements théoriques. En effet, pour certains, l'objectif de l'animation socioculturelle en maison de retraite est de créer une « dynamique de vie » (Crône, 2017), afin de permettre aux personnes de s'adapter à leur réalité. Les objectifs principaux étant de créer des groupes sociaux aux motivations différentes et de promouvoir les projets en gérant « le climat social » pour qu'il soit facilitateur d'adaptation : *« Comme le jardinier prépare le terreau autour de l'arbre pour le faire pousser »*[6]. Nous sommes ici bien loin de l'animateur militant, au sens où l'entend Bourdieu : *« Le militant ne devrait pas être quelqu'un qui colle des affiches ou qui exécute des mots d'ordre, mais quelqu'un qui a son mot à dire et qui dit son mot, qui s'exprime et qui demande à être exprimé, qui contrôle ce qu'on dit, ce qu'on fait et ce qu'on lui fait faire. »*

[6] Nous pouvons noter comment ces métaphores naturalistes influent sur notre conception de la réalité.

(1977). Nous sommes bien loin de l'animation, au sens du développement social territorial, à saisir comme levier d'une dynamique d'acteurs. Nous sommes bien loin de l'animateur, héritier de l'éducation populaire et apte à générer un certain contre-pouvoir dans une dynamique de conscientisation et de démocratisation des savoirs. Si on constate, que l'arrivée de l'animation dans le secteur gérontologique contribue à brouiller les frontières entre le sanitaire et le social, ce déficit d'identité professionnelle s'accentue, lorsque l'animation s'appuie sur une philosophie de soin, niant ainsi les héritages du métier d'animateur.

Laisser aux seuls naturalistes et comportementalistes la professionnalisation de l'animation en gérontologie, risque fort de réduire l'intervention de l'animateur à la stimulation des capacités cognitives ou à un rôle d'agent d'ambiance. Nous pensons que la dynamique sociale, générée par l'animation socioculturelle, n'est pas de permettre aux personnes de s'adapter à leur réalité mais de leur permettre de s'inscrire dans un processus de construction de la réalité. Une démarche qui permette aux personnes d'être à la fois, acteur et auteur de leur monde à vivre, et c'est là une différence fondamentale de point de vue. Il ne s'agit pas de nier à la personne sa responsabilité, mais au contraire, de l'intégrer à sa propre prise en charge à partir de ce qui la rend humainement capable d'histoire. La profession d'animateur est imprégnée d'une culture associative, qui revendique cet individu acteur de la société qu'il construit. Dans la revue Esprit, Emmanuel Mounier, fondateur du personnalisme communautaire écrivait en 1945 : *« Finalement de quoi les jeunes ont-ils le plus besoin : de formation, de loisirs, ou plus prosaïquement d'expression dans la vie publique ?».* Nous pouvons tout à fait reprendre cette phrase à notre compte, en remplaçant le mot « jeunes » par le mot « vieux ». Ce civisme expérimenté est une des composantes de l'éducation populaire, comme Joffre Dumazedier de Peuple et Culture l'affirme dans son manifeste, imprégné d'une visée communautaire idéalisée : *« La culture populaire ne peut être que la culture d'un peuple sans classe, qui du haut en bas de l'échelle sociale participe à une civilisation commune. »* (Dumazedier 1945)

La fonction d'animation et de coordination est une fonction qui se construit également dans les situations de confrontation de points de vue. Elle met en tension des acteurs qui s'opposent par leurs logiques différentes et pourtant légitimes pour chacun d'eux. Luc Boltansky et Laurent Thévenot ont identifié plusieurs grands principes de légitimité, qui président à la justification d'une action, appelés : « natures », « cités » ou « mondes » (1991). Lorsque celles-ci sont en contradiction, il est nécessaire pour assurer la cohésion d'un groupe de trouver des accords fondés sur des compromis. (Bernoux, 1996) Il est possible de faire le lien avec la théorie de la « traduction », appelée également « « théorie de l'acteur réseau » (Actor Network Theory),

initiée par Bruno Latour et Michel Callon (1981). Cette approche traite, en sociologie des organisations, de l'implantation d'innovations et des situations de changement. Il s'agit de faire comprendre aux membres de chaque service le langage des autres, leur en faire admettre la légitimité. Les apports d'une sociologie de l'action, qui considère la société dans son ensemble comme un système d'actions, où s'entrecroisent des regards différents sur des objets apparemment identiques, peuvent contribuer à construire l'identité des animateurs dans leur fonction de coordination. Dans un établissement d'hébergement, la coordination de la vie sociale met en lien les résidents, les familles, le personnel et les bénévoles, obligeant à aborder l'établissement tel un territoire, un système où se rencontrent différents acteurs, d'où l'importance pour l'animateur de la notion de concertation.

Avec les résidents. En ce qui nous concerne, la concertation avec les résidents a pour but de créer une dynamique, qui leur permette de s'approprier leur lieu de vie en étant force de propositions d'actions, de sorties, de projets… Si elle a lieu sur des temps informels d'échanges spontanés, elle est aussi formalisée lors des « conseils de quartier », qui ont lieu chaque trimestre et dans chaque quartier de vie (14 résidents). C'est l'occasion d'informer, de proposer, mais l'essentiel est de laisser la place aux personnes pour entreprendre. Cependant, si tout est mis en œuvre pour que la participation soit effective, force est de constater, que, chez certaines personnes vieillissantes, la capacité à participer est déficitaire, à la fois, à des degrés divers, et également, de manières différenciées.

Avec les équipes. La concertation avec les équipes concerne leurs interventions d'animation et permet de mettre à jour leurs demandes spécifiques, en termes de matériel ou de soutien technique. En 2006, nous avons élaboré, en collaboration avec la psychologue, une formation concernant les interventions auprès des personnes présentant un déficit de communication. Depuis, chaque année une formation aux « ateliers sensoriels » est proposée en interne. D'autre part, une réflexion collective, à propos de l'appropriation du lieu par les résidents, a permis l'aménagement d'espaces cuisine dans chaque quartier de vie.

Avec les familles. La concertation avec les familles va largement dépendre de leur souhait à s'impliquer ou non dans la vie de l'établissement. S'il arrive que certaines familles accompagnent leurs parents lors de sorties organisées, l'investissement est de plus en plus rare, car elles ne souhaitent pas s'inscrire dans un système d'obligations. Le peu de participation lors des goûters ou réunions des familles en témoigne.

Avec les bénévoles. La mobilisation et la concertation avec la quarantaine de bénévoles, a pour but de rassembler et mobiliser autour du projet d'animation, tout en permettant une prise d'initiative et un engagement à la mesure de chacun. Activités régulières (chant, crêpes, travaux manuels, tricot…), temps forts, (thé dansant, repas à thème, bar à huîtres…), sorties (promenade, marché, restaurant, musée, jardins, fêtes locales, cinéma, piscine, bowling…) sont autant d'actions impossibles à mener sans leur présence. Rassemblés en association, leur place est reconnue dans l'établissement ainsi que sur le territoire local, où ils organisent des évènements (concours de belote, repas champêtre, thé dansant, vide grenier…).

Il importe donc, que le « projet global d'animation et de coordination de la vie sociale », prenne en compte ces différents acteurs dans la construction même du projet. Pour illustrer la difficulté de l'animateur dans le milieu médico-social, je cite ici, un extrait de mon mémoire professionnel dans le cadre du Diplôme d'Etat relatif aux Fonctions d'Animation (DEFA) :

> « *Lorsque l'idée de rassembler les différents groupes d'acteurs autour d'un projet fédérateur centré sur les personnes accueillies, s'inscrit sur le papier, il y a intellectuellement accord. Lorsque l'action prend le pas, les enjeux de pouvoir se cristallisent et les craintes peuvent survenir par manque d'explicitation de la part du travailleur social. Mais qui dit explicitation, dit prise de risque par le subordonné.*
>
> *J'ai pour mission de mobiliser des bénévoles, notamment au sein des familles pour animer des activités régulières à l'intérieur de l'établissement. Cette mission repose sur la volonté institutionnelle d'ouverture de la résidence et le besoin de diversifier les acteurs auprès des résidents. Ma stratégie consiste alors à faire émerger des désirs de participation s'inscrivant davantage dans une dynamique de projet à construire, que dans la mise en route rapide d'activités.*
>
> *Pour ce faire, il est nécessaire de prendre le temps pour que s'établisse un lien de confiance, il est nécessaire d'écouter les personnes s'exprimer sur leur réalité, leur permettre de s'impliquer à partir de ce qu'ils perçoivent de cette réalité et ainsi s'approprier une démarche. Mais la culture du médical fait force de loi dans le secteur médico-social et exige des réponses rapides et efficaces. »* (2005)

De fait, la fonction d'animation et de coordination s'inscrit dans un cadre législatif qui met l'accent sur la participation des usagers et des familles. Si la loi de 1975, qui introduit la notion de « médico-social », postule la possibilité de médicaliser les établissements sociaux en

délivrant des prestations de soins, la loi du 2 janvier 2002, place l'usager citoyen au cœur du dispositif. L'instauration du « livret d'accueil » est destinée à garantir l'exercice des droits de la personne où prévaut la transparence de l'institution, afin de prévenir tout risque de maltraitance, c'est pourquoi la « charte des droits et libertés de la personne accueillie » y est annexée. La notion de « contrat de séjour », déjà en vigueur dans les établissements gérontologique depuis 1997, établie les objectifs et la nature de la prise en charge ou de l'accompagnement, impliquant une notion d'égalité de droit entre les signataires. Cependant, la réciprocité des droits et devoirs étant réduite entre l'usager et le représentant de l'institution, le législateur a prévu la diffusion d'une liste de « personnes qualifiées », établie par le Préfet du département et le Président du Conseil Général.

La mise en place d'un Conseil de la Vie Sociale se substitue au Conseil d'Etablissement, afin de mieux prendre en compte le projet de vie et d'animation, à promouvoir dans tout établissement ou service. L'accent est donc mis sur l'association des usagers, directement concernés au fonctionnement de l'institution, au moyen d'une instance consultative qui leur est réservée et à laquelle sont associés les familles et le personnel. Le fonctionnement démocratique d'une institution nécessite, en effet, la participation de tous. La loi stipule également que le règlement de fonctionnement, annexé au livret d'accueil, soit remis à chaque personne qui exerce dans l'établissement à titre salarié, libéral ou bénévole. Au-delà du fonctionnement technique, il est conçu autour de la problématique des droits et devoirs de l'usager-citoyen[7].

La législation rend obligatoire l'élaboration d'un projet d'établissement ou de service soumis à l'avis du Conseil de la Vie Sociale. Ce projet, définit les objectifs de l'établissement *« notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que des modalités d'organisation et de fonctionnement. (…) L'essentiel est que le projet donne du sens aux actions à entreprendre. Il est une projection sur l'avenir et donne des orientations générales à moyen et long terme. Mais il ne se réduit pas à un programme. (…) Le projet anticipe les changements nécessaires et le programme est la formalisation de la mise en œuvre pratique, telle qu'elle est envisagée, au sens d'un planning qui structure l'action. (…) A cette fin, le projet se fonde nécessairement sur un ensemble de valeurs dans lesquelles doivent pouvoir se reconnaître tous les acteurs »* (Bauderet, Jaeger, 2002, p. 119)

[7] Dans la situation qui nous concerne, le terme d'usager a été remplacé par le terme de « client-résident ».

Un autre axe fort de la loi est la diversité accrue des prises en charge et accompagnements, ainsi que l'introduction de l'évaluation de leur qualité. Il s'agit alors d'entrer dans une démonstration de ce que l'on fait et de ce qu'il reste à faire et de se soucier surtout de la qualité des prestations servies. Auparavant, ces institutions n'étaient soumises qu'à un contrôle, témoignant de la conformité à une règlementation. Avec la loi du 2 janvier 2002, le législateur définit un cadre, qui, s'il peut paraître contraignant, donne une impulsion nouvelle à l'évaluation. Celle-ci doit garantir, que les droits et les attentes des usagers sont bien au centre des préoccupations des professionnels. Cependant, l'évaluation dans l'EHPAD n'est pas nouvelle, puisque ces derniers sont tenus de conclure une convention tripartite pluriannuelle avec l'Etat et le président du Conseil Général, respectant un cahier des charges défini par l'arrêté du 26 avril 1999. L'essentiel de ce texte est constitué de référentiels de bonnes pratiques exprimés dans les trois composantes d'un EHPAD :

- Être un lieu de vie et d'animation
- Constituer un pôle de prévention et de compensation de la dépendance
- Être un lieu de dispensation de soins coordonnés et adaptés

Un instrument de mesure va alors être élaboré et baptisé « Application Nationale pour Guider une Evaluation Labellisé Interne de la Qualité pour les Usagers de l'Etablissement (ANGELIQUE). Mais cet outil n'était jusqu'à présent qu'un instrument d'évaluation interne. La loi va donc plus loin, en instaurant un Conseil National de l'Evaluation Sociale et Médico-Sociale (CNESMS), chargé d'habiliter des organismes procédant à l'évaluation externe des établissements et services, à partir d'un cahier des charges, défini par décret. Les quatre principaux déterminants de la qualité sont :

- Lisibilité externe et partenariat pluridisciplinaire dans la cité
- Projet de vie, d'animation et prestations individualisées
- Compétences managériales de la structure et qualité des intervenants
- Reconnaissance des droits des usagers

L'évaluation externe de la qualité des prestations devient donc obligatoire, l'objectif étant d'apprécier le plus rigoureusement possible, l'adéquation entre le projet d'une institution, ses procédures et ses résultats. Les établissements et services sont donc tenus de s'engager dans une démarche qualité, processus d'amélioration continue de la qualité des prestations fournies. Il s'agit d'une démarche volontariste et collective afin de réduire progressivement ses points faibles et conforter ses points forts. Cette démarche d'évaluation, légitime dans son principe,

n'a pas manqué de bousculer les pratiques professionnelles. Si les premières années, elle a profondément mobilisé et rassemblé « les troupes », force est de constater que celles-ci s'essoufflent face à une politique du toujours plus et une dépendance accrue aux outils de traçabilité, laissant volontairement tout ce qui n'est pas traçable dans un déni de reconnaissance.

Dans ce contexte, l'animation auprès des personnes vieillissantes impose des interrogations nouvelles et nous retrouvons, dans le domaine de l'animation gérontologique en établissement, cette même tension qui agite la sociologie de la vieillesse et du vieillissement. Bien que la législation revendique la dimension « lieu de vie », la politique des établissements relève de l'hégémonie du médical où la pratique du soin prend le pas sur le social. Cela a des conséquences, à la fois, sur l'analyse des situations et les réponses qui en découlent en termes d'intervention et de prise en charge. Nous avions déjà cherché à élucider cette question lors de notre mémoire professionnel, que nous avions intitulé : *« Entre acteur du lien social et acteur du prendre soin, un équilibre dynamique ».* Notre rencontre avec la sociologie de l'acteur, lors de notre formation au Diplôme d'Etat relatif aux Fonctions d'animation (DEFA), nous a donné des points de repères pour élaborer nos techniques d'intervention, centrées sur la démarche participative et les prises de décisions collectives. Cependant, il y a toujours le risque d'instrumentaliser la démarche participative en la classant du côté des moyens de développement, sans prendre en compte les capacités sociales de la personne et la nécessaire réciprocité de l'échange.

En nous inscrivant en master professionnel de sociologie « *Méthodologie de l'Intervention Sanitaire et Sociale* », nous attendions de la sociologie qu'elle nous permette de mettre à distance cette dimension soignante, qui nous apparaissait trop prégnante. Par cet ancrage, nous cherchions à mieux comprendre les situations auxquels nous avions à faire face, car notre formation initiale ne nous préparait pas à intervenir dans le secteur médico-social. L'importance de la rencontre, de l'échange, se pose de façon fondamentale à l'animateur. Il ne lui suffit pas de programmer des temps d'échange, encore faut-il avoir une attention particulière dans la constitution des groupes de personnes à mettre en présence. Cette question, si elle est spécifique au métier d'animateur en général, elle se pose pour l'animateur en gérontologie d'une manière encore plus soutenue. Il importe que son analyse s'appuie sur une connaissance approfondie des relations humaines et sur ce qui les fondent.

2.3 De la place de l'apprenti chercheur

C'est ainsi, que nous avons abordé notre recherche sur le vieillissement, telle une collaboration entre animateur au service de l'intervention sociale et sociologue au service de la connaissance. Notre position d'acteur gérontologique, en tant que coordinatrice de la vie sociale dans un établissement d'hébergement, ne doit pas être un frein à l'élaboration d'un savoir sociologique, mais une opportunité d'observation au plus près des personnes vieillissantes. En ce qui nous concerne, il n'y a pas de recherche sans l'animateur dans la place, de même, qu'il n'y a pas de recherche sans le sociologue qui analyse. Cependant, cette cohabitation de terrain, si elle nous construit sous influence réciproque, est porteuse d'un conflit interne à négocier. Erving Goffman relevait à propos des rites d'interaction que *« lorsque nous examinons comment l'individu participe à l'activité sociale, il nous faut comprendre que, en un certain sens, il ne le fait pas en tant que personne globale, mais plutôt en fonction d'une qualité ou d'un statut particulier ; autrement dit, en fonction d'un moi particulier »* (Goffman 1974, p.47). Ainsi, il nous apparaît important de noter ici, que seul, l'animateur est reconnu par les résidents et la majorité des professionnels de l'établissement médico-social. Ce qui conditionne notre intervention au sein de l'établissement, tel que l'explique Jean-Marc Friedlender à propos de son travail de thèse : *« De fait, nous nous trouvions dans une position de chercheur non habilité à travailler sur son terrain. Cette situation ne nous permettait pas d'intervenir formellement en tant que sociologue. Ce qui limitait nos choix de techniques d'enquêtes habituellement à disposition du chercheur. »* (Friedlender, [2007], 2012, p. 267)

Quant à la reconnaissance de notre identité d'apprenti-chercheur, elle s'est construite au cours des séminaires mensuels du laboratoire, lieu d'analyse et de décryptage de nos situations d'observations. Cette participation à « un mode d'organisation du travail de la pensée », au sens de Bourdieu, ajoute à notre entreprise une dimension collaborative dans un environnement scientifique exigeant, dans lequel, nous avons largement puisé tout au long de notre travail. Mais pour l'heure, partons à la rencontre de notre terrain de recherche, à partir du décryptage de la procédure d'entrée à la résidence. Si nous avons insisté sur la fonction d'animation et de coordination, pour mettre à jour notre positionnement, cherchons maintenant, à analyser ce qui se joue lorsqu'une personne entre en établissement.

L'aménagement en maison de retraite n'est pas un aménagement comme un autre. Quoi qu'on puisse en dire, il ne s'agit pas d'un nouveau « chez soi » et le nouvel arrivant n'est pas dupe de ce fameux *« vous êtes ici chez vous ! »*. Qu'elle soit, acceptée, redoutée, négociée ou refusée, « l'entrée » n'en demeure pas moins vécue dans un contexte familial chamboulé et plus ou

moins apte à se construire de nouveaux repères. En effet, la famille[8] aujourd'hui encore, est en première ligne lors de l'entrée en établissement. Abordons dans un premier temps, ce qu'il en est de la procédure et de la place donnée à la personne concernée, lors de ces différentes étapes.

L'inscription. Dans la majorité des cas, c'est un des enfants qui vient faire la demande d'un dossier d'inscription en maison de retraite. A la résidence, l'inscription n'est effective que lorsque le dossier administratif est complet et celui-ci impose la signature d'actes de cautionnement par tous les enfants et ce, quels que soient les moyens financiers du futur résident. Ce qui laisse penser, que la personne n'a pas la totale maîtrise de ses biens et que l'établissement se protège d'une possible spoliation de son capital par un tiers. Cette obligation de cautionnement peut être source de désaccords, voire de conflits importants dans la fratrie, accentués par un certain désarroi face à un parent vieillissant. La réversibilité de la responsabilité est parfois vécue par les enfants comme une étape difficile, surtout lorsqu'elle survient brutalement dans le parcours de vie. Il revient à la secrétaire en charge de la relation aux familles, d'expliquer, de négocier et de dédramatiser cette première étape. La famille est alors invitée à venir avec son parent, lorsque son état de santé le permet, pour visiter l'établissement. Cette visite, qui redonne une certaine visibilité à la personne concernée, peut être effectuée par la secrétaire ou la cadre de santé, plus rarement par la direction. C'est pour certains, le premier contact avec leur futur lieu de vie.

A la seconde étape, entre en scène le médecin coordonnateur dans le cadre d'une consultation gériatrique. Cette dernière va conditionner le lieu d'accueil, notamment dans le cas d'une démence avancée, où la personne pourra être orientée vers une des unités spécifiques : unités Alzheimer et Unité d'Hébergement Renforcé (UHR). Dans tous les cas, il va être attribué à la personne un niveau provisoire dans la grille AGGIR (Autonomie Gérontologique Groupe Iso Ressource), qui sera réévalué tout au long de son séjour. Cette évaluation médicale prend en compte les incapacités fonctionnelles de la personne pour les tâches de la vie quotidienne : habillage, toilette, repas, mobilité et conditionne les dotations financières de l'Etat à l'établissement. Ce classement, va également avoir une influence sur la gestion de la liste d'attente, car il va permettre au médecin coordonnateur de se positionner sur le degré d'urgence de l'entrée. La personne peut alors être appelée lorsqu'une place se libère.

[8] La famille est ici à entendre au sens large : enfants, conjoints, neveux, petits-enfants, cousins …

C'est la secrétaire, qui appellera la famille pour proposer la place vacante. En raison des impératifs financiers et de l'imprévisibilité des décès, l'établissement ne laisse à celle-ci que peu de temps pour se décider. Si l'inscription a été longuement anticipée, la famille ou la personne concernée peut repousser l'échéance et « passer son tour ». Sinon, la famille se hâtera de préparer le trousseau, car tout le linge des résidents doit être « marqué » du nom et prénom de la personne, identification obligatoire pour avoir accès au service de la buanderie. Le résident est également invité à apporter du mobilier pour reconstituer son « chez soi », car toutes les chambres de la résidence sont individuelles avec douche et sanitaires privatifs. Le jour et l'heure de l'entrée décidés, la famille sera prévenue de la visite de l'animatrice ou de la psychologue et d'un soignant[9], soit au domicile, soit sur le lieu d'hospitalisation, un ou deux jours avant la venue du futur résident.

Cet entretien, préalable à l'entrée, a pour but une connaissance réciproque de la personne et du personnel. Il permet de relever les éventuelles réticences, de rassurer, éventuellement de rencontrer la famille ou le service de soins en cas d'hospitalisation. Les visites sont de plus en plus fréquentes en milieu hospitalier ; ce qui laisse à penser que de plus en plus de personnes attendent le dernier moment pour entrer en maison de retraite ; et qu'une hospitalisation est souvent vécue comme un évènement déclencheur. Le développement des services de soins à domicile, le portage des repas, les aides pour l'aménagement du logement, ont, bien évidemment, leur part dans cette évolution.

La visite. Après présentation et explication des buts de la visite, notre première question est d'ordre décisionnelle : *« Etes-vous toujours d'accord pour venir vivre à la résidence ? »* Dans la majorité des cas, si la personne est en accord avec la décision, elle relève le fait qu'elle n'a plus la possibilité de rester ou de retourner vivre chez elle et qu'elle n'a pas d'autres solutions. Ainsi, comme l'a bien relevé Isabelle Mallon, *« leur discours montre que cette décision personnelle a été prise sous une contrainte sociale ou de santé, comme une réponse tactique à des accidents biographiques. »* (Mallon 2004) Ce qui relève d'un certain degré d'acceptation, d'un cheminement, d'une prise de conscience d'un changement de vie inévitable. Dans le cas d'une hospitalisation de plusieurs semaines, la personne peut également manifester un certain enthousiasme à l'idée de quitter l'hôpital et de retourner dans sa commune, là où son entourage

[9] Nous réservons le terme de « soignant » au personnel agent de service hospitalier, aide-soignant et aide-médico-psychologique.

pourra plus facilement lui rendre visite. Revenir dans sa commune, c'est d'une certaine façon un peu rentrer « chez soi ».

Nous lui expliquons alors, plus précisément, que nous sommes là pour faire sa connaissance et que nous souhaitons qu'elle nous raconte son histoire, où elle est née, ce qu'elle a fait dans la vie, son métier, sa famille… Nous précisons que nous prenons des notes, car ce qu'elle nous dira sera retransmis à l'équipe : *« comme ça, mes collègues vous connaîtront aussi un petit peu quand vous arriverez à la résidence. »* Nous cherchons à être dans le dialogue et non dans un questionnement inquisiteur, laissant la personne raconter sa vie comme elle l'entend sans en relever les incohérences éventuelles. Si nous sommes attentifs au contenu de son histoire, nous nous intéressons tout autant à sa manière de la récapituler, qui nous renseigne sur sa capacité à analyser son histoire de vie, à y poser des repères. Nous cherchons à connaître sa sphère relationnelle en lui demandant de qui elle se sent le plus proche, quelles sont ses habitudes de vie et de loisirs et si elle connait déjà des personnes qui vivent à la résidence. Enfin, nous nous renseignons sur ses éventuelles inquiétudes relatives à sa nouvelle vie en établissement : *« Est-ce qu'il y a une chose particulière qui vous inquiète à l'idée de venir vivre à la résidence ? »* Les réponses à cette question varient. Soit, la personne ne s'inquiète pas du tout, soit, il y a justement quelque chose qui la tracasse. Cette inquiétude peut se rapporter à la vie quotidienne (repas, élimination…) ou à la vie sociale (le règlement, les sorties…). Nous avons souvent remarqué, que les personnes les plus inquiètes au départ, sont celles qui, par la suite, s'approprient le plus facilement leur lieu de vie. Puis, nous passons la parole au soignant : *« Pour vous rassurer Guillaume va vous expliquer comment se passe une journée à la résidence. »* Celui-ci explique alors l'organisation de l'établissement, à partir d'une journée type. C'est l'occasion de recueillir les souhaits de la personne quant à son heure de lever et de coucher, ses habitudes alimentaires, ses besoins d'aide pour accomplir les actes de la vie quotidienne. L'accent est mis sur la réassurance et la disponibilité du personnel. *« Si vous avez besoin de quoi que ce soit, il ne faudra pas hésiter à nous demander, on est là pour ça. »* insiste le soignant. Nous terminons l'entretien par un rappel des différentes étapes le jour de l'entrée : procédure administrative, accompagnement dans la chambre, visite de lingère, des infirmières, pot d'accueil.

Notre expérience de cette première rencontre (nous en avons effectué plus d'une centaine) nous laisse entrevoir la diversité des situations et des capacités d'échange. Il va sans dire, que dans certains cas, lorsqu'une pathologie vient entraver le processus de communication, l'entretien s'avère impossible. Nous ne recueillons parfois que des bribes de l'histoire de vie, qui sera alors

complétée plus tard par la famille. Cet entretien, s'il participe à accueillir et rassurer au mieux le futur résident, permet également à l'équipe soignante d'anticiper la charge de travail à venir. Si la grille AGGIR[10], qui classe les incapacités fonctionnelles de Gir 1 à Gir 6, peut paraître contestable par l'identification de la personne en « objet de soins », elle n'en demeure pas moins un outil de reconnaissance du travail des soignants, en termes de tâches à effectuer. Elle permet également à l'équipe de restauration, d'envisager la place en salle à manger, soit, en fonction du voisinage, soit, en fonction d'un besoin de stimulation, de surveillance ou d'aide totale pour les repas. Quant aux cuisiniers, ils pourront également prévoir la texture appropriée de l'alimentation (morceaux, mouliné, mixé, manger-main) et les éventuels régimes alimentaires. L'ergothérapeute pourra mettre à disposition, dès l'arrivée du nouveau résident, le matériel nécessaire (fauteuil roulant, déambulateur, matelas à air…) et envisager la participation de la personne à l'atelier de prévention des chutes ou aux ateliers d'ergothérapie.

L'entrée. Le jour J, la personne sera accueillie par la secrétaire responsable des entrées et de la relation famille pour la procédure administrative. Dans la majorité des cas, la famille est

[10] L'évaluation des capacités et incapacités du résident est effectuée à partir d'un questionnaire, qui permet de classer les individus selon trois modalités : forte perte d'autonomie, perte d'autonomie partielle et absence de perte d'autonomie. Cette grille Autonomie Gérontologique et Groupe Iso-Ressource (AGGIR) comporte dix variables discriminantes d'activités corporelle et mentale et dix variables illustratives d'activités domestiques. Seules les variables discriminantes sont utilisées pour le calcul du Groupe Iso-ressource : *La cohérence, l'orientation, la toilette, l'habillage, l'alimentation, l'élimination, les transferts, les déplacements à l'intérieur, les déplacements extérieurs, l'alerte (communication à distance).* Certaines variables comme la toilette, l'habillage… sont déclinées en sous-variables (ex. toilette du haut, toilette du bas…) car elles ne concernent pas les mêmes capacités. Le Gir 1 correspond aux personnes confinées au lit, qui ayant perdu toute autonomie, nécessite une présence en continue. On retrouve dans cette catégorie les personnes en fin de vie. Le Gir 2 comporte deux catégories : a) les personnes confinées au lit ou au fauteuil dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées ; b) les personnes dont les capacités mentales sont altérées mais qui ont conservé leurs capacités motrices. Le Gir 3 regroupe les personnes ayant leur autonomie mentale, partiellement leur autonomie locomotrice mais qui nécessite quotidiennement et plusieurs fois par jour des aides pour leur autonomie corporelle. Le Gir 4 comprend deux catégories : a) les personnes qui peuvent se déplacer en intérieur et qui sont dépendantes pour la toilette et l'habillage ; b) les personnes n'ayant pas de problèmes locomoteurs, mais devant être aidées pour les activités corporelles et pour les repas. Le Gir 5 est composé des personnes autonomes dans leurs déplacements chez elle, s'alimentant et s'habillant seules. Elles peuvent avoir besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage. Le Gir 6 regroupe les personnes qui n'ont pas perdu leur autonomie pour les actes discriminants de la vie quotidienne. La grille AGGIR présente également 7 variables illustratives qui ne sont pas prises en compte pour le calcul du Groupe Iso-Ressources : *Gérer son budget et ses biens, préparer ses repas, effectuer les travaux ménagers, utiliser un moyen de transport, faire ses achats, suivre son traitement médical, organiser ses loisirs.* (Réf. Guide d'utilisation du modèle AGGIR, publié en 2008 par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés)

présente. La personne sera alors invitée à signer son « contrat de séjour ». Face à l'incapacité de certaines personnes à contractualiser un engagement, une nouvelle procédure se met en place depuis quelques années, où seul l'établissement s'engage. Ce nouveau document facilite le travail des secrétaires, qui avaient auparavant l'obligation de faire signer le contrat à tous les résidents et ce, quelles que soient leurs capacités. Seul le médecin coordonnateur peut décider de l'utilisation de ce nouveau document. Puis, la secrétaire accompagne le résident dans sa chambre, ce nouveau « chez soi », pour faire un état des lieux, comme pour tout logement locatif. Le personnel de la buanderie sera le premier à venir lui souhaiter la bienvenue tout en vérifiant que ses vêtements soient bien « marqués ». Puis, ce sera au tour de l'infirmière, qui fera le point sur les traitements et les soins éventuels.

Le pot d'accueil. La personne est alors invitée à se rendre au pot d'accueil, dans le salon du quartier, où elle va désormais résider. Le matin, le service animation a confectionné un gâteau avec l'aide de résidents du quartier, afin de les associer à l'arrivée de leur nouveau voisin. C'est là, une façon de favoriser son intégration, en préparant son arrivée avec les autres résidents. Le soignant présent a dressé la table, préparé le café et tout est mis en place pour faire de ce moment un temps de convivialité partagé avec le résident et sa famille. Directeur, cadre de santé, animateur, ergothérapeute, psychologue, infirmière, soignants, tous sont invités à venir se présenter et à partager ce moment. Dans le cas où la personne rentre sans présence de la famille, des résidents peuvent être associés à ce pot d'accueil. C'est un moment de grande effervescence autour du nouvel arrivant, qui peine parfois à suivre la succession des présentations. *« Je n'arriverai jamais à me rappeler de tout le monde ».*

2.4 Du rite d'institution …

C'est bien là un nouveau monde, un nouveau faisceau de relations dans lequel la personne se trouve immergée dès son arrivée. Nous pouvons décrypter ce temps de l'accueil à partir du rite d'institution, pouvoir symbolique de différenciation tel que le définit Bourdieu : *« acte de magie sociale, le rite d'institution doit son efficacité symbolique au fait qu'il signifie à un homme ce qu'il est et ce qu'il a à être : « deviens ce que tu es » (Bourdieu 1982).* Plus que le passage d'un avant à un après, tel qu'on l'entend dans l'expression « rite de passage », Bourdieu

nous incite à être attentif à la *limite arbitraire*[11] qui consacre la différence. L'anthropologie clinique, développée par Jean Gagnepain, nous suggère d'interroger le *statut,* dans le cadre d'un processus d'institution implicite, comme principe de différence ou l'un n'existe que par rapport à l'autre qu'il n'est pas. Il n'y a pas de résident sans professionnel et réciproquement pas de professionnel sans résidents. Ainsi l'acte d'institution, en différenciant les résidents et les professionnels par une frontière arbitraire, intègre le nouvel arrivant à son groupe de pairs et le professionnel à son équipe, selon le principe du classement social. Mais n'oublions pas, que les identités sont multiples et que le résident reste également un parent, un ami, un voisin, parfois même d'un membre de l'équipe. D'autant, que la personne ne se réduit jamais à l'identité qu'on lui concède.

Les travaux sociologiques des années 1970, où l'hospice est présenté comme une institution, qui dépersonnalise, uniformise et infantilise les vieillards, ont contribué à humaniser les pratiques en établissement. A propos du rite d'institution, Goffman nous parle de *« mise en condition »* :

> *« Ces formalités d'admission mériterait d'être nommée « mise en condition » ou « programmation » parce qu'ainsi dépouillé l'arrivant se laisse niveler, homogénéiser et transformer en un objet que l'on peut livrer à la machine de l'établissement de telle façon que rien ne vienne entraver la marche routinière des opérations administratives.* (…) *A l'occasion de ce dépouillement systématique et complexe qui marque l'admission, l'institution totalitaire intervient en de si nombreux domaines de la vie du reclus qu'il lui est indispensable de s'assurer d'emblée de sa coopération*. (…) *Lors de ce premier contact direct, le personnel de l'établissement voit souvent dans la propension du nouveau venu à faire preuve de la déférence appropriée le signe qu'il est prêt à assumer le personnage du reclus soumis. »* (Goffman, 2013, [1968], p. 59)

Suivant l'approche Foucaldienne, des travaux plus récents mettent l'accent sur la violence symbolique, exercée sur l'individu, notamment à partir des contraintes institutionnelles. Néanmoins, suivons l'approche d'Isabelle Mallon, lorsqu'elle considère que *« ces recherches montrent bien les contraintes qui pèsent sur les résidents, et la relégation de la vieillesse dans*

[11] Il ne s'agit pas là d'un jugement moral, mais d'une frontière implicite proprement sociale qui structure les rapports sociaux. Elle est arbitraire donc contestable, car elle ne se soutient que d'elle-même et s'expose aux logiques conflictuelles et contradictoires du social.

nos sociétés, elles disent en revanche très peu de choses de la manière dont les individus composent avec les établissements d'hébergement. » (Mallon 2004)

2.5. … Au processus d'appropriation

Expérimenter la vie en collectivité, n'empêche nullement d'analyser son rapport à l'autre en posant des frontières singulières d'appartenance. Sans nier la dimension interventionniste sur un espace pour le personnaliser, telle qu'amener meubles ou bibelots pour reconstituer son « chez soi », nous repérons, que l'*appropriation*, telle que nous la concevons, met en jeu un rapport implicite de statut et de position. Si le statut nous permet de définir notre identité en nous différenciant de l'autre que nous ne sommes pas, la position, nous permet de mesurer implicitement nos cercles d'appartenance. Dans son ouvrage, consacré à rendre compte de ce qui rend l'humain capable d'historicité, Jean-Michel Le Bot, la définit de cette façon : *« Elle [la position] permet ainsi aux personnes de délimiter un « chez soi » (quelle que soit sa taille, ce peut être la maison aussi bien que la patrie), de séparer le privé et le public, le familier et l'étranger. »* (Le Bot, 2010, p.105) C'est ce qui permet à la personne de résister à l'uniformisation, telle qu'elle est dénoncée dans la perspective critique. C'est ce qui permet à la personne de se reconnaitre semblable à certains et pas à d'autres, telle que nous le donne à voir Yvonne, au moment d'intégrer la résidence : « *Il y a quand même beaucoup d'handicapés ici »*, sous-entendu : *« contrairement à moi ».*

Si nous avons repéré, comment notre participation professionnelle dans un contexte gérontologique n'empêche nullement une interrogation proprement sociologique, il n'empêche, que cette collaboration entre animateur et chercheur, nous oblige à un retour permanent au contexte social de sa construction. L'héritage de l'un se confrontant et s'altérant à l'héritage de l'autre, elle nous construit dans une réciprocité de l'échange, nous obligeant à tout remettre à tout moment en question. Pour Jean-Marc Friedlender :

> *« Lorsque l'observateur est participant, il se trouve pris dans la pratique dont il a le projet d'examiner le déroulement, de sorte qu'il existe un continuum des situations concrètes d'enquête dans lesquelles souvent pratiques d'observation informelles et formelles s'entremêlent. (…) N'étant pas habilité à travailler sur notre terrain, nous n'étions pas un observateur formellement participant en tant que chercheur. (…) Nous n'intervenions pas formellement en tant que chercheur sur notre terrain, mais en arrière-plan l'articulation entre notre activité de*

> *chercheur et celle d'enquêteur opérait. Notre position dialogique de chercheur et d'enquêteur s'est affirmée dans une dialectique entre réflexion et action sur notre terrain, donnant son expression à notre implication. »* (Friedlender, (2012), [2007], pp. 269-271)

Entre réflexion et action, Jean-Marc Friedlender en déduit une approche dialectique qui montre comment le savoir réflexif devient opératoire dans l'action. Ainsi, il cherche à se distinguer d'un usage contemplatif du savoir et à définir une voie heuristique, par la conjugaison d'un savoir théorique et d'un vécu impliqué. Il puise dans la pensée de Foucault pour analyser le fonctionnement d'un dispositif managérial et dans celle de Bourdieu pour objectiver les conditions sociales de son expérience vécu d'enquêteur/chercheur. Le processus de subjectivation devient le support réflexif de l'action.

En ce qui nous concerne, nous repérons notre double identité d'animateur/chercheur, non pas tel un retour réflexif sur l'action, mais plutôt comme de « l'autre en soi ». La réflexivité n'est pas l'apanage du chercheur, elle est déjà présente dans nos modes opératoires liés à notre activité d'animation. Ce qui nous oblige à dépasser la réflexivité pour appréhender cette double identité et à la considérer comme deux identités opposables et exclusives l'une de l'autre. Si l'animateur contribue à la gestion des situations sociales dans les limites de ses compétences ; le chercheur contribue à analyser ces situations selon une visée explicative et un cadre conceptuel qui les objective. Ainsi, parler de « l'autre en soi », c'est faire référence à l'appropriation implicite d'un autre statut social. Celui-ci trouve son critère dans l'appropriation d'un autre rôle social, où la contribution du chercheur diffère de la contribution de l'animateur. Autrement dit, le chercheur affirme sa différence et sa singularité vis-à-vis de l'animateur ; ce qui met en jeu une forme d'abstraction, de division, de négativité à soi-même. Réciproquement l'animateur met en jeu une forme de résistance au chercheur, selon le même principe d'exclusion.

C'est cette singularité au fondement de la personne qui permet d'entrer dans un échange négocié entre animateur et chercheur par-delà nos différences. C'est expérimenter en soi le *principe d'altérité* au fondement du social, qui fait qu'on s'enrichit réciproquement d'autrui et qu'on se transforme à son contact. L'animateur s'approprie, à sa manière, le savoir du chercheur et réciproquement le chercheur s'approprie, à sa manière, le savoir de l'animateur. Il y a bien une confrontation dialogique de deux points de vue, tantôt convergents, tantôt divergents, parce que soumis aux contraintes sociologiques de l'altérité.

> *« Ainsi, ce que je m'approprie des autres porte toujours la marque de la différence que j'établis par rapport à eux, jusque dans la manière que j'ai de me l'approprier. Dès lors, le collectif ne se présente jamais sous la forme d'une totalité indifférenciée renvoyant à une identité et unité dans les manières d'agir mais, tout au plus, comme une tension vers un universel qui se trouve en permanence contesté par un processus inverse de singularisation. »* (Dartiguenave, 2010, p. 176)

On retrouve ici la dialectique de la divergence et de la convergence qui permet à la personne de s'inscrire dans la réciprocité de la prise et du don, propre aux échanges sociaux. L'échange est donc à la fois abstrait, puisqu'il dépend des places respectivement occupées par chacun des protagonistes de l'échange ; et concret, parce que soumis à des influences diverses et immédiates. On peut expliquer ce processus par la différence entre interaction et interlocution. Une situation d'interaction, c'est une approche en contexte qui met l'accent sur le face à face et les facultés de négociation et d'adaptation concrètes de deux personnes en présence. Dans ce cas, les personnes se définissent positivement en co-présence et non par exclusion réciproque. La situation d'interlocution, contrainte de manière implicite par les statuts et les rôles de chacun, répond à l'altérité des positions sociales où chaque interlocuteur impose de la résistance à l'autre. Mais ce principe d'altérité est, dans le même temps, toujours actif chez chacun d'eux.

> *« Chaque interlocuteur, soumis aux contraintes sociologiques de l'altérité, parle en même temps qu'il reste potentiellement capable de contredire ce qu'il a dit. En d'autres termes un interlocuteur ne coïncide jamais complètement avec lui-même, même* s'il tend *à parler d'une seule voix vis-à-vis de son interlocuteur. D'où l'égale présence de la ratification et de la réfutation dans les reformulations observables. »* (Guyard, 2009, p. 186)

Sans la référence à ce principe de construction sociale, nous restons en deçà de l'analyse, c'est-à-dire au niveau descriptif de la situation qui devient positivée. D'où la nécessité d'une reformulation explicative des observations de terrain, à partir d'un cadre conceptuel qui en assure la cohérence. Nous reviendrons sur ce point dans notre approche clinique des situations, qui nous sont données à vivre dans l'établissement. Dans la deuxième partie de notre travail, nous chercherons à expliquer le *principe d'altérité,* à partir de tableaux cliniques, rassemblés sous le chapitre *« Prise et déprise historique »*. C'est là un point d'ancrage de notre recherche qui consiste à s'appuyer sur l'observation des dysfonctionnements liés au vieillissement, sans perdre de vue la démarche sociologique qui préside à notre entreprise et sa *nécessité explicative.*

3. Des idéaux à promouvoir

3.1 Du rite de réassurance…

Une autre manière d'analyser cette « cérémonie d'admission » est de la rapporter à la notion de *rite de réassurance* qui reconnait l'entrée en établissement comme une épreuve. Si les établissements mettent l'accent sur l'élaboration d'une procédure d'entrée, telle que l'encourage le référentiel de « bonnes pratiques », c'est pour que les professionnels s'engagent à adoucir cette étape. Rupture dans la trajectoire de vie de la personne, elle est considérée par tous comme l'ultime étape *« « avant » notre dernière demeure »,* selon l'expression de Joseph, un résident. Lors de l'arrivée à la résidence d'une ancienne voisine, Marie nous dit : « *J'ai mis quatre mois à m'habituer moi, c'est long. Elle va avoir du mal elle aussi. ».* Reconnaître l'entrée en établissement comme une épreuve, c'est aussi chercher à la contrer, aussi bien de la part des professionnels par une attention « bienveillante », que de la part des personnes accueillies par leur capacité à apprécier la situation. *« Mais maintenant je suis heureuse avec mes enfants qui viennent souvent me voir et mes petits-enfants. »* conclue Marie.

C'est la raison pour laquelle, à la résidence la procédure d'accueil est très structurée et fait l'objet d'un protocole très précis. Une entrée « ratée » peut avoir des conséquences sur la manière dont la personne va aborder sa vie en établissement. Les effets peuvent parfois être très délétères et rester longtemps ancrés comme un mauvais souvenir qui s'apparente à un abandon. A contrario, une entrée « réussie » peut rester dans la mémoire comme un bon moment qui rassure pour les jours à venir. Ce qui, d'une certaine façon, permet d'équilibrer la perte.

3.2 …. Au processus d'appréciation

L'inquiétude est au rendez-vous pour la personne, elle doit souvent revoir ses exigences de vie à la baisse et cela lui coûte. *« Ce qui m'inquiète ce sont les règles »,* nous dit un futur résident lors de notre visite à son domicile. La vie en établissement n'est pas la vie à la « maison » et la personne s'inquiète de savoir si elle va y arriver, si elle va le supporter, en un mot si elle va réussir à passer l'épreuve de la vie en collectivité, loin de chez elle. La décision d'entrer en établissement impose de peser le pour et le contre, entre le désir de rester chez soi et l'obligation d'aide. Pour ce faire, la personne s'impose des restrictions tout en cherchant à se satisfaire malgré tout. Cela se règle dans un rapport implicite entre précaution et prétention, telle que

nous le donne à voir Yvonne, visitée à l'hôpital la veille de son entrée : *« J'avais décidé d'aller en maison de retraite, mais pas n'importe où !»*

Pour le professionnel, rassurer la personne, c'est lui permettre de passer le cap de la meilleure des façons. *« Je suis là depuis deux mois. Cela m'a beaucoup touché à mon arrivée, personne n'avait jamais fait un gâteau pour moi. »* La légitimité dépend de notre capacité à mettre en rapport implicitement un principe de précaution et un principe de prétention. Le soignant s'impose une attention (précaution) à la personne à la hauteur de sa prétention à être un « bon professionnel »[12]. Nous pouvons dire que par ce processus implicite, il s'abstient d'être professionnel de n'importe quelle manière, à la va-vite par exemple. Par cette analyse axiologique, il pose une dimension éthique au sens où *« l'éthique renvoie, quant à elle, à la restriction que s'impose le professionnel dans son activité de travailleur social à partir d'une analyse des risques de son intervention au regard de la mesure qu'il prend des situations de détresse qu'il lui revient de traiter. »* (Dartiguenave, 2010, p. 206) Ce principe d'analyse met en jeu une volonté de bien faire, qui concerne aussi bien le professionnel que le résident.

Cette capacité d'analyse éthique est liée à la dimension axiologique de l'engagement qui implique la problématique des choix, des décisions et des frustrations qui peuvent en découler. Le ressenti, relatif à l'entrée en établissement, est à la mesure de cette capacité qui peut être entravée de manière pathologique ou à la limite. Autrement dit, le vieillissement peut entraîner des « ratés » dans l'exercice de cette mesure d'auto-rationnement qui permet à l'homme, contrairement à l'animal, de se contraindre ou de s'auto-contrôler. De fait, nous pouvons observer dans le social, un manque de retenue de la part de certaines personnes vieillissantes qui ne concerne pas la capacité proprement sociale. Le vieillissement peut venir perturber la faculté qui préside aux règles de bienséance que nous pouvons entendre comme un dérèglement éthique qui n'a rien à voir avec le social. C'est ce qui apparait sous la forme d'une désinhibition, par déficit de l'analyse axiologique. De la même façon, nous pouvons également observer un trop plein de retenue, qui, par excès d'analyse, va se manifester à l'inverse sous la forme d'une inhibition. Nous reviendrons sur l'analyse axiologique dans la deuxième partie de notre travail, à partir de tableaux cliniques que nous avons rassemblés sous le chapitre *« Engagement et désengagement éthique ».*

[12] Il est possible de voir dans ce processus une des raisons de la « souffrance au travail », lorsque, dans la réalité du service à rendre, des contraintes institutionnelles viennent empêcher le réinvestissement de cette mesure implicite du bien-fondé.

A partir de la situation d'entrée en maison de retraite, nous venons de dissocier deux déterminismes ou principes explicatifs qui nous obligent à interroger le vieillissement selon deux points de vue. Si l'un relève du *principe d'altérité,* sur son versant socialement élaboré, l'autre relève du *principe de légitimité,* sur son versant moralement éprouvé. Il apparait que si l'un se réfère à l'élaboration sociale, l'autre relève de l'épreuve éthico-morale et qu'il nous importe de les différencier. Dans notre recherche, nous avons fait le choix de ne pas nous en tenir à une description qui ne montrerait que l'hétérogénéité des situations d'entrée en maison de retraite. Nous ne visons, ni la multiplicité des descriptions, ni la tenue de statistiques, mais bien plutôt la mise à jour de *processus* qui rendent comptent des fonctions et facultés propres à l'homme. Si nous parlons de mise à jour, c'est que ceux-ci relèvent d'un fonctionnement implicite – ou inconscient pour parler comme les psychanalystes – qui les rend invisibles à l'observation directe. Cette invisibilité nous oblige à dépasser la seule positivité de ce qui se donne à voir en allant plus loin que la simple description. En fait, il s'agit de ne pas réduire l'humain à ses possibilités d'adaptation et d'acceptation mais de lui reconnaitre une capacité implicite d'*appropriation sociologique* et une capacité implicite d*'appréciation axiologique,* chacune autonome dans leur principe.

Freud, en son temps, a affirmé que *« l'hypothèse de l'inconscient est nécessaire et légitime et que nous détenons de multiples preuves de l'existence de l'inconscient. »* (Freud, [1915], 2013, p.46). Cependant, le concept d'inconscient chez Freud ne distingue pas spécifiquement l'homme de l'animal, puisque dans le même temps il affirme : *« S'il existe chez l'être humain des formations psychiques innées, quelque chose d'analogue à l'instinct de l'animal, cela constitue le noyau de l'Ics. »* (Freud [1915] 2013 p. 104) En cela, l'*implicite* se distingue de l'inconscient freudien car si le vieillissement relève sans conteste d'un vieillissement naturel que nous partageons avec l'animal, chez l'homme, il s'acculture par les capacités humaines qui lui sont propres. Cette différence entre *implicite* et *inconscient* est primordiale pour notre recherche, car c'est sur cette différence, que nous allons nous appuyer pour chercher à distinguer les processus culturels spécifiquement humains, des processus naturels gestaltiques que nous partageons avec l'animal. (De Guibert, Clerval, Guyard, 2002). Ce souci de la spécificité humaine donne à notre interrogation sa visée anthropologique et pose l'hypothèse d'un fonctionnement général qui fait de l'homme, par la dialectique, une contradiction entre deux pôles (nature/culture) qui n'ont aucune réalité positive. (Gagnepain, 1994) A l'instar de Durkheim qui nous invite à observer les formes morbides d'un phénomène, nous sommes

convaincu que les dérèglements pathologiques relatifs au vieillissement sont une piste pour formaliser des savoirs sur le fonctionnement psychique proprement humain.

Ainsi, en inscrivant notre contribution dans le cadre d'une anthropologie clinique, au sens explicatif du terme, la méthodologie nous impose rigueur, tant dans l'observation des faits que dans leur analyse. Aussi, les limites de notre analyse vont se mesurer en référence au modèle qui nous permet de poser nos hypothèses car *« toute pensée cohérente est construite sur un système d'inhibitions solides et claires. »* (Bachelard, [1949],1971, p.164). De son côté, l'observation trouve ses limites dans le cadre de notre relation professionnelle. Restrictions qui se mesurent dans une éthique de la relation de service et nous obligent à certaines précautions pour ne pas instrumentaliser, infantiliser ou dévaloriser la personne. C'est la raison pour laquelle nos observations se limitent à l'exercice de notre fonction d'animation – ce qui ne veut pas dire que nous n'utilisons pas les résultats ou activités d'autres professionnels tels que psychologue et ergothérapeute – et que nous attachons une importance primordiale aux valeurs humanistes et conviviales qui fondent notre métier d'animateur socioculturel. Ce principe de construction éthique nous oblige à prendre la mesure du doute dans la reformulation de nos observations, c'est-à-dire à prendre le risque de nous tromper.

> *« Humainement, il est impossible de prendre la bonne décision ; il faut se contenter de prendre la moins mauvaise. Même ainsi, l'indécision reste toujours présente et plusieurs options se présentent. »* (Guyard, 2009, p. 192)

On peut toujours aller plus loin dans l'explication, il n'en demeure pas moins qu'elle reste contrainte par l'évaluation du risque de pousser *trop* loin nos observations et nos analyses. Dans le même temps, nous devons bien faire face à nos hésitations pour nous contenter et reconnaitre que nous ne parviendrons jamais, à moins de nous couper de notre humanité, à une satisfaction pleine et entière.

Puisque nous laissons une grande part à l'observation des dysfonctionnements, nous avons fait le choix et profiter de l'opportunité, qui nous était donnée, d'exercer nos fonctions dans le cadre de l'Unité d'Hébergement Renforcé. Ce dispositif, qui relève des orientations du plan Alzheimer 2008/2012, accueille des personnes avec des troubles du comportement repérables à partir du NPI (Neuro-Psychiatric Inventory). Cette évaluation a la particularité d'interroger les professionnels sur leur ressenti des situations ; ce qui met en jeu leur degré de tolérance face aux faits relatés.

Nous venons de préciser ici notre choix théorique et les exigences méthodologiques qui ont guidé notre travail de recherche. Si nous préciserons le déterminisme social, ce cadre conceptuel nous oblige dans un premier temps à ne pas considérer le vieillissement uniquement sous son angle sociologique, conformément à tout fait humain. Rappelons que nous avons mis l'accent sur l'importance de la clinique explicative des dysfonctionnements ; ce qui impose de mettre à l'épreuve la théorie à partir d'hypothèses cohérentes, justifiées par le modèle de pensée qui nous autorise à les poser. L'exercice de notre métier, nous impose également des limites qui renvoient à notre éthique et aux valeurs à promouvoir dans le cadre de nos fonctions d'animation. C'est à la croisée de ces deux exigences que se mesure notre ambition de chercheur. Ainsi, c'est à partir des conditions matérielles qui préludent à nos observations et à la manière dont nous avons engrangé nos matériaux, relatifs à notre terrain d'enquête, que nous allons poursuivre notre propos.

4. Un terrain à exploiter

C'est notre expérience professionnelle, au plus près des personnes vieillissantes, qui nous a convaincu de nous attacher pour notre recherche aux processus du vieillissement en tant que tels. Les situations, auxquelles les professionnels ont à faire face, interrogent l'humain dans toute sa complexité. Il n'y a pas de « personnes âgées dépendantes » en dehors de la construction sociale qui s'instaure dans la relation de service ; d'où l'importance de comprendre sur quels principes anthropologiques, elle se fonde. Les dysfonctionnements relatifs au vieillissement, qui s'observent et qui posent problème, confrontent l'aidant à des difficultés qui méritent une approche clinique du social. Pour autant, il importe de classer les problèmes selon les processus anthropologiques que nous avons précédemment mis à jour. Nous pensons qu'il est souhaitable de différencier les problèmes qui relèvent du social et les problèmes qui relèvent de l'éthique, même si ces derniers ne peuvent s'observer que socialement. Alors, où, mieux que dans l'exercice du social lui-même, interroger ces différences ?

C'est à partir de notre situation professionnelle, telle que nous l'avons décrite précédemment, que nous avons collecté les différents matériaux nécessaires à l'étayage de notre thèse. Dans un premier temps, à partir d'archives socio-historiques relatives à notre terrain d'enquête, nous porterons un regard sur la transformation du secteur gérontologique au sein de la société française. Dans un deuxième temps, nous prendrons en compte la spécificité architecturale de l'établissement, dispositif technique qui cherche à répondre de la manière la plus efficiente possible aux problèmes liés à l'hébergement. Puis, nous présenterons les archives informatiques

qui rendent compte de la mise en œuvre des nouvelles procédures de traçabilité. Nous montrerons comment ces traces informatiques ont été utiles à nos observations. Enfin, nous ferons le point sur nos supports d'animation et nous préciserons la démarche clinique, fondamentale à notre recherche. Cette clinique explicative cherche à dissocier, au plus près des situations, ce qui relève du social et ce qui relève de l'éthique. Nous invitons maintenant le lecteur à une immersion au sein de l'établissement.

4.1 Des archives historiques

Pour introduire notre propos, remontons le fil de l'histoire[13], après les années conflictuelles de la révolution française, les guerres du 1er Empire et La monarchie de Juillet, lorsqu'une plus grande attention est portée aux pauvres en général et aux malades indigents. De cette dynamique altruiste existait déjà un « bureau de la charité », qui devint par la suite « bureau de bienfaisance », ancêtre du « bureau d'aide sociale » devenu le « Centre Communal d'Action Sociale » que nous connaissons aujourd'hui.

C'est en 1855, que le bureau de bienfaisance de la commune[14] d'implantation de la résidence, accepte un legs de 10 000 Frs pour le soulagement des pauvres de la paroisse. La commune et le bureau de bienfaisance décident alors d'employer intégralement le montant de la donation à la construction d'une « salle d'asile » pour les enfants pauvres, qui sera administrée par une communauté religieuse. Après des atermoiements divers, la salle sera édifiée en 1869 et les années suivantes. Cette salle d'asile, aux buts d'abord mal définis, mais qui trouvera sa véritable utilité plus tard, sera terminée grâce à un autre don fait en 1871 et accepté par la commune vers 1872. C'est un an plus tard en 1873, que le conseil municipal, décide de construire un hôpital hospice. Les plans furent établis en 1875 en vue des transformations nécessaires des bâtiments existants. La réalisation traine en longueur et c'est seulement en 1878 que la maison d'asile est complétée par d'autres bâtiments et érigée en hôpital.

En 1879, le 5 juillet, Monseigneur Place, archevêque de Rennes bénit le nouvel hôpital hospice, bâti sous la direction et les bons soins de la commune. Un premier contrat est passé entre la commission de l'hospice et une congrégation religieuse le 24 juillet 1882. La maison disposera

[13] Ecrit à partir d'un entretien et des notes de M. A., employé de mairie à la retraite, passionné d'histoire et mari d'une résidente.
[14] Nous préservons volontairement l'anonymat de la commune en question ainsi que de l'établissement médico-social.

de 21 lits et l'hospice sera définitivement confié aux religieuses en 1885. La loi de séparation du 9 décembre 1905 met fin au concordat qui régissait les relations de l'Eglise et de l'Etat depuis 1801. Les biens, enlevés à l'Eglise, devaient alors être attribuées aux biens communaux de bienfaisance. En septembre 1907, le Conseil Municipal, considérant que l'hospice ne possède que 2800 Frs de rente et qu'il rend pourtant de grands services aux malades et aux vieillards, demande avec insistance que l'attribution de tous les biens du Conseil Paroissial soit faite à l'hospice. Les biens sont alors donnés au bureau de bienfaisance, qui distribue une part des revenus à l'hospice.



Les religieuses eurent la direction de l'hospice jusqu'en 1960, date à laquelle, l'établissement est devenu maison de retraite. Des travaux ont permis la construction de nouveaux bâtiments qui furent inaugurés en 1970. A cette époque, la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales ainsi que les caisses de sécurité sociale sont parties prenantes du financement, et un directeur est nommé. En 1979, des travaux sont effectués pour permettre une capacité d'accueil de 75 personnes. Ils précèdent la rénovation complète de l'établissement

en 1994, quand un projet architectural s'attache à ouvrir le bâtiment sur l'extérieur et à privilégier une vie en petites unités.

L'année de la construction, c'est aussi l'arrivée d'un nouveau directeur avec qui s'amorce une réflexion sur le « projet de vie ». Un travail collectif plus approfondi, animé par CLEIRPPA[15], est entamé en 1999 pour l'écriture du projet d'établissement qui inscrit la résidence prioritairement comme un lieu de vie avant d'être un lieu de soin. Cette réflexion s'accompagnera d'une évaluation interne sur trois ans, à partir de l'outil ANGELIQUE (Application Nationale pour Guider une Evaluation Labellisée Interne de la Qualité pour les Usagers de l'Etablissement), qui aboutira à la signature de la convention tripartite en 2002 entre l'Etat représenté par la DASS, le Conseil Général et l'établissement. Cette convention désigne alors l'établissement comme étant un EHPAD (Etablissement d'Hébergement des Personnes Agées Dépendantes) et des financements sont accordés pour l'embauche de 7 agents supplémentaires. Rappelons ici que, « EHPAD » n'est pas un statut juridique, mais que le statut de la résidence est celui d'*établissement médico-social local*, rattaché à la Fonction Publique Hospitalière. C'est un établissement d'hébergement qui accueille aujourd'hui 104 résidents.

A la résidence, la démarche qualité se concrétise essentiellement à travers une politique de formation en interne, car ici, comme dans la plupart des établissements *« le manque de qualification du personnel est un constat majeur (…) La structure actuelle du personnel de la plupart des maisons de retraite n'apparaît pas propice à l'accomplissement d'un suivi satisfaisant (…) Le personnel très peu qualifié doit accompagner des personnes souvent affectées par de multiples pathologies. »*[16] A la formation, s'ajoute la diversité des professionnels et progressivement prennent place au sein de l'établissement : animateur, médecin coordonnateur, psychologue et ergothérapeute. Depuis 2008, la mesure de l'évaluation de la dépendance[17] est désormais croisée avec le Pathos Moyen Pondéré (PMP), qui permet d'évaluer le niveau de soins nécessaire à la prise en charge des polypathologies chez la personne âgée. Si le Groupe Iso Ressource Moyen Pondéré (GIRMP) recouvre des situations cliniques de dépendance, liées à des problèmes locomoteurs ou mentaux et fait intervenir des

[15] Centre de Liaison, d'Etude, d'Information et de Recherche sur les Problèmes des Personnes Agées

[16] « La prise en charge des personnes dépendantes dans leur dernière période de vie » - Commissariat Général du Plan - avril 2005

[17] Rappelons que le GIR est une mesure d'évaluation de la dépendance, attribué à chaque résident à son inscription, remis à jour régulièrement et contrôlé aujourd'hui par l'Agence Régionale de Santé. Ainsi, chaque établissement reçoit une dotation en fonction du Gir Moyen Pondéré.

professionnels de type aide-soignant, les soins de santé mesurés par le « Pathos » font appel à de multiples intervenants externes (kinésithérapeute, radiologue, généralistes, spécialistes…), qui sont financièrement pris en charge par l'établissement.

Poursuivons à présent notre propos, à partir de la problématique « Alzheimer », de plus en plus fréquente dans les établissements gérontologiques. Nous verrons pour quels types de solutions a opté la direction de la résidence et aborderons ainsi les problèmes posés par la prise en charge de la maladie d'Alzheimer, le rôle de l'Etat et celui non négligeable de la société civile.

2008 est une année particulière pour la résidence car elle représente l'aboutissement d'un projet de longue haleine, discuté depuis une quinzaine d'années entre le conseil d'administration et les instances locales : l'ouverture d'une annexe, spécialisée dans l'accueil des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées. Si nous avons repéré précédemment que « la résidence » a été conçue sur l'idée d'ouverture sur la cité, « l'annexe » est conçue, par sécurité, sur l'idée de fermeture, présentant une certaine similitude avec le secteur psychiatrique. Elle se partage en trois unités : deux « unités Alzheimer » de 12 lits, une unité personnes âgées dépendantes de 12 lits. A cela s'ajoutent : un accueil de jour de 6 places et une chambre, réservée à l'accueil de nuit. La responsabilité première de cet établissement est la sécurité des personnes. Pour cette raison, les deux unités dites « unités Alzheimer » sont des unités fermées, avec code d'accès pour entrer et sortir. Une attention particulière est portée à l'architecture et notamment à la construction dans chaque unité d'une cuisine dite « thérapeutique ». Cette dernière se veut fonctionnelle et adaptée aux résidents.

La réflexion de l'établissement, sur la prise en charge des personnes atteintes d'une maladie de type Alzheimer ou apparentée, ne s'est pas concrétisée uniquement d'un point de vue architectural. Elle a été également significative du point de vue de la formation des soignants. Dès 2004 l'établissement est entré dans une politique de formation de tous ses agents afin d'améliorer l'accueil des personnes atteintes de troubles « cognitivo-mnésiques ». Cette réflexion répond à la nécessité d'une prise en charge spécifique, pour les personnes présentant des troubles, rassemblés sous la terminologie « maladie d'Alzheimer ». Le diagnostic s'appuie sur une typologie des différents stades de sévérité de la maladie, posée à partir d'un outil de dépistage évaluant l'orientation, la mémoire immédiate et l'attention.

La prévalence[18] de cette maladie est en 2002 en Bretagne de 31 000 personnes dont 5000 au stade sévère de la maladie. Nous pouvons supposer que ces chiffres sont sous estimées en raison de l'absence de dépistage de certains patients, relatif au manque d'information des familles, des soignants, des médecins et aux stratégies à l'œuvre chez les personnes au début de la maladie pour camoufler leurs symptômes. A partir de ces estimations, se pose alors le problème de la prise en charge de la maladie de façon optimale. L'alerte des autorités publiques a amené une prise de conscience et des orientations gouvernementales pour la prise en charge au niveau national.

Le plan Alzheimer I – 2000 - 2004 (Kouchner) – pose les bases des consultations mémoire ayant pour mission d'affirmer avec fiabilité le trouble mnésique et le type de démence. Elles permettent, dans le même temps, de rassurer les consultants et d'identifier les situations complexes en mettant en place un projet de soin individualisé. Elles ont également une mission de formation auprès des professionnels. Elles rassemblent une équipe pluridisciplinaire, composée d'un gériatre ou neurologue, d'un personnel d'accueil et de coordination des intervenants, d'un personnel de préférence neuropsychologue pour les tests et le suivi psychologique. On assiste alors à la création des CMRR (Consultation Mémoire de Recherche et Ressources) et des CMP (Consultation Mémoire de Proximité) labellisés. En Bretagne, le CHU de Rennes est reconnu comme CMRR. Des crédits sont alors alloués mais pas fléchés. En Bretagne, ils sont principalement affectés à la restauration des budgets hospitaliers et sont absorbés par la masse du budget global de l'Agence Régionale Hospitalière (ARH). Au final, aucun moyen spécifique n'a été donné.

Le plan Alzheimer II – 2004 - 2007 (Douste-Blazy) – s'attache à reconnaître la maladie d'Alzheimer comme une maladie à part entière et à promouvoir le respect de la personne malade. Cette dernière s'inscrit dans un environnement. Il convient donc d'anticiper et de mieux prendre en compte les besoins des malades et des familles, et de faciliter l'adaptation de l'offre aux besoins. Il importe de faciliter un diagnostic précoce afin de ralentir l'évolution de la maladie et prévenir les complications. Pour ce faire, est mis en place une politique d'accompagnement pour les malades et les familles, dès le stade précoce de la maladie, afin de mieux accompagner les malades qui vivent à domicile. Ce qui pose la question du financement, qui va être résolue par le Plan Solidarité Grand Age. Ce qui va permettre d'adapter les établissements d'hébergement pour personnes âgées et prendre en compte la spécificité de la

[18] En épidémiologie, la prévalence représente le nombre de personnes atteintes d'une maladie particulière à un instant donné.

maladie. Ces fonds seront également utilisés pour la formation des professionnels et l'aide apportée aux associations de bénévoles, afin de faciliter la prise en charge des malades en cas de crise. Il s'agira également, de prendre en compte la spécificité des patients jeunes et de favoriser les études et la recherche clinique.

L'Etat, après avoir reconnu la maladie d'Alzheimer « Grande cause nationale 2007 », a défini les orientations du Plan Alzheimer et Maladies Apparentées – 2008 - 2012 (Ménard). Celui-ci balaye tous les champs qui touchent à ces pathologies, de l'aide aux aidants à l'amélioration du diagnostic, de la coordination entre tous les acteurs à la formation des professionnels, du soutien à domicile à l'accueil en établissement, de la recherche à la réflexion éthique. Il préconise notamment d'instituer des unités *« cognitivo-comportementales »* de 10 à 12 lits. L'accent est également mis sur la coordination de la prise en charge et de l'accompagnement et 1000 coordonnateurs doivent se déployer sur le territoire d'ici 5 ans. A l'issu de l'évaluation, prévue en 2011, et si les coordonnateurs font leurs preuves, *« ce système sera élargi à l'ensemble des personnes âgées dépendantes »*[19]. Plus récemment, la circulaire du 22 janvier 2016 précise le cadre de la mise en œuvre régional, par les Agences Régionales de Santé, des mesures du plan Maladies Neuro-Dégénératives pour la période 2014-2019.

La société civile n'est pas en reste et nombreuses sont les associations, qui s'inscrivent aux côtés de l'Etat, pour amorcer une réflexion sur la prise en charge de la maladie d'Alzheimer. France Alzheimer créé en 1989, ainsi que la Fondation Médéric Alzheimer créée en 1999 par le groupe français de protection sociale Médéric, font de l'aide aux aidants familiaux, bénévoles ou professionnels, leur engagement. Ils mettent l'accent sur l'importance de ces aidants dans l'accompagnement et la prise en charge des personnes malades, en favorisant les situations concrètes d'aide, la recherche et les initiatives locales.

L'ouverture de l'annexe, s'inscrit donc dans cette dynamique de planification de la prise en charge des personnes atteintes de troubles de « Type Alzheimer et Maladies Apparentées ». Le nombre de professionnels évolue en conséquence dans le domaine du soin, de la restauration, de la lingerie, du secrétariat et de l'entretien. Dès 2008, médecin coordonnateur, ergothérapeute et psychologue interviennent sur un temps plein. Une animatrice-coordinatrice de la vie sociale est recrutée, ainsi qu'un agent logistique pour le transport des repas et du linge, car l'annexe se situe à quelques kilomètres de la résidence. Un accueil de nuit, pour les personnes vivant à domicile, est également créé, ainsi que six places d'accueil de jour, dont le transport est assuré

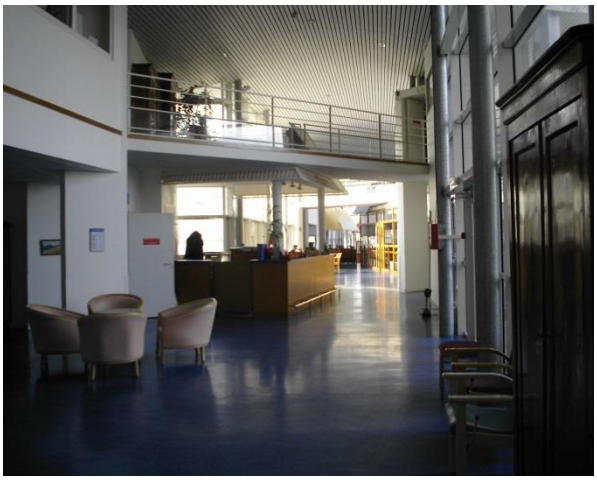
[19] Relevé dans le Journal du Médecin Coordonnateur de février 2008

par l'établissement. La labélisation en Unité d'Hébergement Renforcé en 2011, verra l'arrivée d'une psychomotricienne, d'une psychologue et d'une cadre de santé. Cette labélisation, répond aux procédures d'autorisation par appel à projet de l'Agence Régionale de Santé, instituée par la loi « Hôpital Patients Santé Territoire ».

La résidence n'est pas en reste en ce qui concerne l'accompagnement des personnes désorientées, et obtiendra en 2013 la labellisation d'un Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA). Ces deux labellisations s'inscrivent dans les mesures du dernier Plan Alzheimer, qui préconise également dans ces lieux, la formation d'assistants de soins en gérontologie (ASG). L'hégémonie du médical trouve sa légitimité dans la problématique Alzheimer, qui tend de plus en plus, à prendre toute la place dans les établissements, au détriment des activités socioculturelles, susceptibles de favoriser des participations citoyennes et d'enrayer le processus de déliaisons sociales.

4.2 Une architecture spécifique

Depuis 1994, la résidence s'ouvre sur une galerie principale de 90 mètres, ouverte au public, qui relie deux rues parallèles au cœur de la commune, dans un souci d'intégration à la cité. Cette voie est très souvent empruntée par les jeunes du collège et lycée voisins, qui se retrouvent régulièrement pour « squatter » les salons, à proximité des bureaux administratifs ou du salon de coiffure. Un baby-foot a longtemps été à leur disposition, jusqu'à ce que les plaintes des résidents, pour le bruit que cela occasionnait, soient reconnues par la direction.





C'est au cœur de cette galerie, face à la salle à manger, que prend place le « kiosque animation », lieu ouvert, idéal pour voir et être vu. Cet emplacement est pour l'animateur, facilitateur de communication avec les résidents, ainsi qu'avec les familles et le personnel. C'est un observatoire très stratégique, car c'est un lieu d'affluence avant et après le repas, et aussi un lieu de rendez-vous, pour ceux qui aiment se retrouver devant le kiosque avant d'aller manger.

A proximité du kiosque animation, se trouve l'espace télévision où trône un grand écran dont le programme est souvent choisi par les mêmes résidents ; ce qui n'est pas sans occasionner parfois quelques conflits. D'autant, que cet espace est aussi celui investi par les bénévoles du chant un après-midi par semaine, ainsi que chaque jour, par un soignant-animateur pour l'activité d'expression de 17h, de type jeux de mots ou quizz. L'obligation d'éteindre la télé pendant ces activités n'est pas toujours bien perçue par certains, qui « rechignent » à devoir aller ailleurs pour continuer à suivre leur programme. C'est là, un espace très convoité, et approprié par quelques-uns, parfois dès 9h du matin. D'autres, préfèrent s'assoir un peu en retrait pour regarder passer les gens ou s'assoupir dans un fauteuil.

Un peu plus loin, à proximité d'un des ascenseurs, un autre espace est régulièrement approprié par des résidents qui discutent entre eux. A quelques mètres, se situent le bureau de la cadre de santé et le salon de coiffure accessible aux coiffeurs professionnels, ainsi qu'aux soignants qui l'utilisent dans le cadre d'accompagnements individuels : mise en plis, brushing, couleur… mais aussi massage, soins esthétiques, manucure… Peu après, et juste avant l'entrée secondaire se trouve la porte de la chapelle, où un prêtre, accompagné de bénévoles de l'aumônerie, assure l'office chaque vendredi matin. Jusqu'en 2005, la chapelle donnait sur la chambre funéraire ; ce qui permettait à de nombreux résidents de venir se recueillir lors des décès. Sa suppression, pour défaut de mise aux normes, coïncide avec le développement des chambres funéraires privées dans le secteur du transport sanitaire. Depuis 2013, ce lieu a été réinvesti provisoirement pour des activités dans le cadre du Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA). En 2016, un espace est construit pour ce dispositif, qui permet une prise en charge spécifique à la journée des résidents « désorientés ».

De l'autre côté du kiosque animation, se trouve l'infirmerie, accessible par la galerie ; elle est fréquentée par les résidents ou les familles en quête de renseignements sur leur santé, ainsi que par les ambulanciers, qui viennent y récupérer les courriers médicaux. Les médecins traitants sont également tenus de retranscrire leur visite sur l'ordinateur et d'y mettre à jour les ordonnances. A proximité de l'entrée principale se trouve le salon de l'accueil et les bureaux administratifs. Cette galerie est aussi très investie par les activités, qui nécessitent de larges

déplacements. L'atelier « prévention des chutes » proposée par l'association « Siel Bleu », les jeux d'adresse dans le cadre du projet d'animation « motricité et lien social », les après-midis crêpes ou gaufres, animent régulièrement ce lieu.

L'animation détourne la galerie de sa fonction initiale de passage et la transforme en un lieu collectif ouvert à tous où expositions, photos, panneaux d'information sont supports de rencontres tant formelles qu'informelles, créant ainsi une invitation au déplacement. La galerie est donc, à la fois, un lieu de passage, et, un lieu où les gens s'arrêtent, se cherchent, discutent entre eux, ce qui fait de cet endroit un lieu public de sociabilité important.

Aujourd'hui, l'espace architectural des maisons de retraite n'a plus rien de comparable avec les dortoirs de l'hospice des vieux et la majorité des établissements proposent des chambres individuelles avec sanitaires privatifs. A la résidence, les chambres, d'une surface de 18 à 22 m2, sont agencées par quartier de vie de 14 places autour d'un salon utilisé pour le petit-déjeuner et le goûter. Trois des sept quartiers de vie ont un accès direct dans la galerie principale, tandis que les quatre autres sont accessibles à l'aide de deux ascenseurs et d'escaliers. Depuis 2011, des cuisines sont agencées dans chaque quartier, lieu privilégié pour les activités cuisine et l'appropriation des résidents. Ces salons sont également très fréquentés par ceux qui les préfèrent à la galerie centrale, plus bruyante et passagère. Des activités de type jeux de société sont régulièrement proposées par les soignants et les « beloteurs » s'y retrouvent quotidiennement. Les goûters et repas de quartier, qui y sont régulièrement organisés, participent à la construction de ce qu'on appelle un « sentiment d'appartenance ». Cependant, si les trois quartiers de vie du rez-de-chaussée et un de l'étage assurent aux résidents une intimité confortable, il n'en va pas de-même pour trois des quartiers de l'étage, qui sont également des lieux de passage réguliers pour l'accès aux ascenseurs. Ce qui n'est pas sans conséquences sur l'appropriation de l'espace par les usagers.

La résidence dispose également d'un large espace extérieur, accessible en fauteuil roulant. Un projet participatif, animé trois années de suite par des animateurs en formation, a permis la réfection par les résidents d'un hangar, ouvert sur un jardin potager. Si ce potager, longtemps animé par une association d'insertion, est aujourd'hui plus réduit, il reste un lieu convivial où goûters et repas champêtres se succèdent pendant l'été. Les résidents et les familles apprécient s'y promener, s'y reposer tout en observant le couple de colombes. En 2019, un projet d'animation autour d'un « poulailler partagé » a vu le jour, en partenariat avec les bénévoles et les jeunes de la Maison Familiale Rurale, installée sur la commune.

Si la résidence privilégie l'ouverture sur l'extérieur, l'annexe, créée en 2008 a bénéficié de ce qu'il est convenu d'appeler un « environnement prothétique » (Lindsey 1968). Cette notion met l'accent sur l'agencement des différentes pièces à vivre, conçues de manière à faciliter la mobilité et l'accomplissement des actes de la vie quotidienne, tout en assurant un maximum de sécurité. Cette approche est préconisée dans le cadre des « unités Alzheimer » afin de limiter les troubles du comportement et d'optimiser les performances. Il s'agit de permettre aux personnes de circuler sans entrave en proposant des espaces de déambulation, parcours en boucle, évitant les « culs de sac ». Favorisé par de larges baies vitrées, l'éclairage naturel est renforcé par les puits de lumière de patios intérieurs.

La couleur des deux « unités Alzheimer » est vive à tendance rouge, orange et jaune avec une cuisine thérapeutique largement ouverte sur le lieu de vie. Cet espace domestique, qui dispose d'un plan de travail sur deux niveaux, permettant l'accessibilité des personnes assises, est utilisé à la fois par les résidents, les familles et le personnel. Tout est prétexte à la confection de pâtisseries, de desserts qui stimulent l'odorat et le goût, maintiennent les praxies et font appel à la mémoire. L'accent est mis sur les tâches domestiques à l'image du « cantou »[20] créé dans les années 1970. L'accès à ces deux unités sécurisées se fait par une galerie centrale d'où on accède également à la troisième unité non spécifique. En 2014, la mise en place de « pastilles », dans les chaussures des résidents susceptibles de sorties intempestives, a permis d'ouvrir les deux unités sécurisées. Ce qui n'est pas sans poser le problème du seuil de tolérance des résidents de l'autre unité, car la liberté d'aller et venir des uns, empiète sur l'intimité et l'espace privé des autres.

A la problématique des troubles du comportement, l'établissement a répondu par la création d'un espace « snoezelen » dont l'accès se fait par la galerie centrale. Né au Pays Bas dans les années 70, cette approche se développe de plus en plus dans les résidences pour personnes vieillissantes. Colonnes à bulles, lumières, musique, diffuseur de parfum et d'image concourent à créer une ambiance propice à la découverte et à la relation. A la fois lieu de stimulation des sens et de relaxation, il constitue un lieu privilégié pour l'accompagnement personnalisé, sans pour autant convenir à tous les résidents. Cet espace est surtout investi par les soignants de nuit, qui l'utilisent pour faire face à l'agitation et l'angoisse. C'est un lieu propice à la relaxation et les résidents peuvent y retrouver le sommeil et y terminer leur nuit. Si certains y trouvent

[20] « Cantou » : Centre d'Activités Naturelles Tirées d'Occupations Utiles. Le mot Cantou signifie « au coin du feu » en langue occitane. Ce sont des lieux qui proposent une vie quasi communautaire, participative et solidaire.

l'apaisement utile à leur état confusionnel, d'autres ne sont pas réceptifs et ce lieu peut devenir une source d'inquiétude et d'angoisse.

L'extérieur n'est pas oublié et les jardins dits « thérapeutiques », espace clos et accessible, font partie intégrante du projet architectural des « unités Alzheimer ».

Plantes aromatiques, bacs potagers à hauteur variable, fontaine, petits ponts et chemin de ronde, contribuent à faire de ce lieu un espace de convivialité qui invite à la promenade. Cette ouverture est propice à la diminution du stress dû à l'enferment.



4.3 Des archives informatiques

L'arrivée de l'ordinateur, à la résidence dès 2005, a radicalement changé le travail des soignants et les données informatiques, toujours plus précises, occupent aujourd'hui une place centrale dans les établissements. Si l'un des logiciels est destiné essentiellement à la prise en charge des résidents à partir d'un dossier individuel distinguant les soins et les activités, l'autre est utilisé pour la communication entre les différents services et le suivi de la démarche qualité relative au projet d'établissement.

Le logiciel PSI : à partir de l'icône « transmissions », nous avons à notre disposition une multitude d'informations au jour le jour et spécifique à chaque résident. Ces transmissions peuvent être associées à des « cibles » ou « mots clefs », qui permettent d'avoir un suivi de l'action mise en œuvre, afin d'en interroger l'efficacité sur plusieurs jours. L'icône « projet d'accompagnement individuel » nous révèle l'histoire de vie du résident, son projet de vie sociale (objectifs, actions à prévoir, actions réalisées) son projet de soin, (objectifs, actions à prévoir, actions réalisées). L'icône « éducateur animateur » permet de noter toutes leurs activités sociales, à mesure qu'ils les pratiquent : sorties, tâches ménagères, jeux de société, projets intergénérationnels, goûters et repas, activités motrices… L'icône « plan de soin » récapitule toutes les tâches du soignant dans la journée, du « bonjour » au « bonne nuit ».

L'icône « habitudes de vie » regroupe les données liées à l'alimentation, l'élimination, les prothèses, le matériel, les régimes… Puis il y a les icônes des professionnels : ergothérapeute, psychologue, médecin coordonnateur.

Ce sont là autant d'archives à exploiter pour le sociologue, car elles donnent à voir la diversité des prises en charge et les difficultés auxquels les professionnels sont confrontés dans l'exercice de leur métier. Toutes ces données sont essentiellement centrées sur le résident. Traçabilité oblige, tous les professionnels, ainsi que les intervenants extérieurs (kinésithérapeute, médecin traitant, éducateur sportif, zoo-thérapeute) sont invités à retranscrire leurs interventions. Les données relatives au projet d'accompagnement s'élaborent en équipe constituée de soignants, infirmière, psychologue, ergothérapeute, animateur, médecin coordonnateur. Depuis 2015, le résident a la possibilité, s'il le souhaite, d'être présent à une partie de la réunion qui le concerne.

Le logiciel Hygitrace, outil de communication entre professionnels, nous renseigne sur des données essentielles dans les établissements, tels que les protocoles, comptes-rendus de réunions, référentiels de bonnes pratiques… En ce qui concerne les protocoles, leur quantité a considérablement augmenté, démontrant ainsi la multiplication du prescriptif. La majorité concerne uniquement le travail des aides-soignants, aides-médico-psychologiques et agents de service hospitaliers, qui sont censés les avoir lus pour les utiliser à bon escient. Elaborés collectivement, ils concernent aussi bien des tâches régulières relevant du ménage ou du soin, des modes d'emploi techniques, que des modes d'interventions exceptionnels, tel que « conduite à tenir en cas de suicide ». Depuis l'arrivée d'un qualiticien en 2015, le projet d'établissement se concrétise à partir de fiches actions qui sont mises à jour sur ce logiciel. Les écrits, concernant les réunions internes, sont également autant de données qui nous permettent de repérer les différentes démarches de l'établissement. C'est également dans ce logiciel que nous puisons nos informations à partir de la rubrique « évènements indésirables ». Elle nous renseigne sur tous les dysfonctionnements, notamment relationnels, entre les soignants et les résidents. Ce qui nous permet également de suivre les évènements nocturnes.

Voici un exemple, de ce que nous pouvons lire dans cette rubrique : cela concerne Monsieur B., 78 ans, pour lequel nous avons connaissance d'un diagnostic probable de maladie d'Alzheimer.

Le 4 avril 2012 à 4h 20 du matin : *Monsieur B. arrive dans la galerie d'un pas décidé. Il déclare, en haussant le ton, qu'il ne va pas aller à l'école habillé comme ça, qu'il a 4 ou 5 bonnes femmes à la maison et qu'elles sont bonnes à rien. Il nous dit aussi qu'il a 18 ans. Nous*

discutons avec lui en lui demandant où il va à l'école et à quelle heure celle-ci ouvre le matin. Il nous indique qu'elle doit ouvrir à 8h00. Nous lui indiquons l'heure. Monsieur B. retourne se coucher.

Même nuit à 4h45 : *Monsieur B sort de nouveau du quartier. Il nous annonce qu'il va faire son boulot à la ferme. Au fil de la conversation nous apprenons que Monsieur B est âgé de 27 ans. Nous discutons un moment ensemble de la ferme. Monsieur B. est calme et finit par s'endormir sur une chaise, dans la galerie.*

Ces outils à notre disposition, nous ont permis de rendre plus efficientes nos observations « in situ » en les croisant avec les observations des autres professionnels et en les intégrant dans un contexte de prise en charge globale de la personne accueillie dans l'établissement. Les bilans gériatriques et les tests neuropsychologiques, le projet d'accompagnement personnalisé, les transmissions des soignants, les bilans des professionnels (médecins, psychologue, ergothérapeute, psychomotricien, zoo-thérapeute…) ont été des sources d'informations qui, ajoutées à notre pratique relationnelle, ont servi à enrichir nos observations et à élaborer nos hypothèses.

4.4. Des supports d'animation aux tableaux cliniques

Si l'animation sociale privilégie la dimension relationnelle et participative, il n'empêche qu'elle s'inscrit dans un contexte où chaque animateur se perfectionne dans des savoir-faire qui lui sont propres. En ce qui nous concerne, notre expérience, notamment auprès d'enfants de 8 à 12 ans, nous a permis de développer des techniques d'animation, favorisant l'expression et la créativité. A partir du jeu de cartes « Le tarot des 1001 contes » édité par l'Ecole des Loisirs (1997), nous avons pratiqué la création d'histoires collectives. Si ce jeu *« transforme les joueurs en conteurs en éveillant leur imagination à l'aide d'images qu'ils peuvent interpréter et ordonner à leur guise »*, il participe également, dans le cas des enfants, à l'apprentissage des prises de décisions collectives. C'est dans le cadre d'éducation à la citoyenneté, que nous l'utilisions afin de favoriser l'apprentissage des dynamiques de négociation. Cet outil, conçu par Françis Debyser nous est apparu intéressant pour la production d'œuvres artistiques, car nous pouvions passer de l'histoire ainsi conçue, à l'écriture d'un livre, la confection de marionnettes ou la mise en scène théâtrale… Si chez l'enfant, l'œuvre collective s'inscrit dans un apprentissage de l'altérité et de la négociation, dans le contexte qui nous concerne, nous pouvons l'aborder dans une visée de maintien ou de réactivation de cette dynamique.

Les jeux de rôles font également partie de notre boîte à outils d'animateur, car nous avons, pendant plusieurs années, animé des ateliers théâtre auprès d'enfants et d'adolescents. Ils permettent aux participants d'endosser des identités fictives et de se mettre en scène lors de situations de communication. Nous privilégions les jeux à deux personnes comme la relation vendeur/client où la diversité des métiers permet de varier les situations. Nous présentions le cadre de la communication : le temps, le lieu, les identités des participants et leurs caractéristiques, ainsi qu'une situation problématique. Les situations de conflits sont propices à la négociation et ces situations d'improvisation ont valeur d'apprentissage des relations sociales.

Notre formation à la fédération française d'éducation physique et de gymnastique volontaire (FFEPGV) nous permet d'animer régulièrement des séances de gymnastique douce. Cette expérience, qui rend sensible à la dimension corporelle de l'être, nous fait porter une attention particulière à l'organisation de l'espace et au rythme de l'activité. La disposition en cercle et les interactions entre les participants sont privilégiées car *« ce sont les communications entre les éléments du groupe qui conduisent chacun à reconnaître l'autre, donc à se reconnaître et à se sentir solidaire ensemble. »* (Vayer, Roncin, 1986 p. 34). Une séance articule des activités ludiques et d'autres plus formelles en respectant une courbe d'intensité qui se termine toujours par un temps calme. Il ne s'agit pas de proposer la « gym douce » comme un éducateur sportif ou un ergothérapeute, mais d'insister *« sur le plaisir d'échanger, d'exister avec et pour les autres. »* (Crône, 2017, p. 14)

La mise en œuvre d'activités se rapporte au projet global d'animation et de coordination qui s'attache à créer, à la fois, des habitudes, du rythme, et de l'évènementiel à partir de mises en situation qui favorisent la rencontre. Afin de donner une idée plus précise de la contribution de l'animation au sein d'un établissement, nous présentons en annexe l'évaluation du projet global d'animation et de coordination de la vie sociale (2017), ainsi que les objectifs de l'animation. Ces documents se rapportent à cette situation sociale-là, ils ne présument donc pas de ce qui existe dans les autres établissements.

C'est à partir de ce savoir-faire que notre travail de recherche s'est élaboré, avec pour objectif premier l'observance des situations d'accompagnement de personnes dites « désorientées » avec des « troubles du comportement ». Notre intervention, au sein de l'Unité d'Hébergement Renforcé, nous a donné matière à observer à partir de situations complexes qui mettent en lumière les difficultés relationnelles et les dynamiques d'accompagnement qui en découlent. Nous avons cherché à repérer comment la personne participe ou pas à la vie sociale dans ses

relations avec les autres résidents, les soignants, les familles…, à repérer des différences entre les personnes à partir des situations de la vie quotidienne liées à l'environnement « espace/temps/milieu ». L'observation dans le lieu de vie aux moments particuliers que sont les repas, les activités, les différents temps où les résidents se retrouvent entre eux, nous a permis de préciser nos hypothèses. Cela a fait l'objet de différences et de rapprochements entre les résidents à partir de leur capacité de reconnaissance des personnes et d'elle-même, de leur capacité à s'orienter et à se déplacer à l'intérieur du lieu de vie, leur capacité à s'orienter dans le temps. Ces dysfonctionnements particuliers, rapportés à un fonctionnement général de la personne, nous ont permis progressivement de discerner ce qui relève de l'*incorporation du sujet* et ce qui relève de l'*appropriation de la personne*. Nous avons également observé les rapports de pouvoir induits par la relation d'aide et les capacités de résistance des résidents face au soignant. En rapportant cette distanciation à la notion d'adaptations secondaires, Goffman a montré, que *« c'est dans les hôpitaux psychiatriques et les prisons que s'observe le plus fréquemment cette tendance à préserver une partie de soi de l'emprise de l'institution, mais [que] cette pratique se rencontre également dans des institutions dont le caractère est moins contraignant et moins totalitaire. »* (Goffman, 1968, p.372).

Nos observations se sont appuyées sur les mises en situation que nous proposons dans le cadre de nos métier fonctions d'animation. Nous avons ainsi pu programmer un séjour pour observer comment les personnes interagissent dans un nouvel environnement. Ce séjour de quatre jours, organisé pour 8 résidents et une équipe pluriprofessionnelle (animateurs, psychologue, ergothérapeute, psychomotricienne, aide-soignante de nuit, aide-médico-psychologique et assistant de soin en gérontologie), nous a donné matière à observer sur un temps continu et dans le cadre d'une complémentarité de métier. La coordination de cette équipe pluriprofessionnelle, repérée par nous, comme le point de départ de notre positionnement d'apprenti-chercheur, s'est inscrite dans une visée de co-production de savoirs. Cette diversité de métiers a été une ressource dans notre travail de recherche, qui s'est engagé sous l'angle d'une collaboration. Au-delà de l'aspect organisationnel, nous avons cherché collectivement à élaborer un cadre d'observation qui nous permette de rendre compte des paroles et expressions, des déplacements et activités, des relations et participations, ainsi que des comportements et humeurs des résidents.

Cette coopération, riche en échange et créativité a permis à chaque professionnel d'apporter sa connaissance et compétence partielles des situations. Nous apprenons des autres ce qui nous manque pour avoir une vision la plus précise et anticiper au mieux les situations à problème.

Comme lieu de séjour, nous avons retenu un ancien presbytère, transformé en gîte d'accueil à une vingtaine de kilomètres de l'établissement. Adapté à la sécurité des résidents, il dispose d'un large espace extérieur clos. Pour l'organisation des journées, nous avons cherché à tenir compte des rythmes ou refus de chacun et avons fait le choix de ne pas prendre de traiteur pour les repas, car leur confection avec les résidents était l'une de nos priorités, comme d'aller acheter le pain chaque matin.

Ce séjour et ce travail de recherche dans son ensemble n'ont pas été sans créer du lien entre professionnels, notamment avec l'ergothérapeute, la psychologue et l'animatrice de la résidence. Ce qui nous a permis, au-delà du séjour, de continuer les discussions engagées et de poursuivre nos observations tout en les confrontant avec les savoirs spécifiques de ces trois professionnels. Les situations d'activités coanimées, telles que le parcours de marche, la piscine, les sorties, les repas, la patinoire, les thés dansants… sont autant d'interventions qui nous ont permis de prolonger nos observations bien après le séjour. Il s'agissait d'utiliser toutes les possibilités qui s'offrent à nous pour rendre efficient notre travail de recherche, tout en tenant compte des difficultés où évènements perturbateurs.

Nous avons également tiré profit de notre proximité sociale avec les résidents pour effectuer des entretiens informels, discussions individuelles ou collectives sur différents thèmes relatifs au vieillissement et à la manière dont ils vivent leur situation en « maison de retraite ». Les visites à domicile et les entretiens d'intégration, deux à trois mois après l'arrivée de la personne, ont contribué à enrichir nos observations et nous ont permis de dégager des pistes explicatives. Des entretiens de professionnels du secteur médico-social ont également été réalisés et utilisés essentiellement dans la troisième partie de notre étude. Nous pourrons ainsi, à partir de leur contribution, mettre en lien trois métiers du secteur médico-social : animateur, ergothérapeute et psychologue.

La deuxième partie de cette thèse propose une élaboration clinique, c'est-à-dire une mise en ordre des matériaux et données qui se structure en deux chapitres. Le premier, intitulé *« prise et déprise historique »*, présentera notre travail d'analyse sociologique à partir de tableaux cliniques. Ces tableaux nous les proposons en trois parties :

- Une phase de description, qui sert à poser un regard sur une situation précise d'observation.
- Une phase d'analyse, qui suggère une forme de diagnostic qui s'éclaire à la lumière de notre cadre conceptuel et ouvre la voie à une explication des rapports sociaux.

- Une phase de discussion qui permet une confrontation et une possible remise en cause de nos analyses.

Le deuxième chapitre, intitulé *« engagement et désengagement éthique »*, cherchera à rendre compte de la façon dont s'éprouve axiologiquement le vieillissement. Pour autant, observations, analyses et discussion seront moins délimités et s'imbriqueront dans une visée de justification méthodologique. Il ne s'agit aucunement pour nous d'évaluer ou de porter un jugement sur une méthode de prise en charge. Il s'agit essentiellement de décrire des pannes, des dysfonctionnements, des « ratés », et de chercher à leur donner sens avec rigueur, dans un va-et-vient constant entre clinique et théorie. Il s'agit d'agencer les données en tableaux cliniques pour qu'ils prennent sens et produisent un savoir sur l'humain.

> *« L'enquête sur le terrain du présent ne saurait se boucler en une monographie descriptive. Elle doit se référer à une phénoménologie du monde contemporain et à une théorie générale, non pas pour y trouver purement et simplement guidage et confirmation, mais aussi pour les mettre en problème. »* (Morin, [1984], 1994, p.214)

Si l'homme porte en lui des capacités qui lui sont propres, parler de vieillissement c'est parler d'un vieillissement « rationnellement construit ». D'où la nécessité d'un modèle anthropologique pour penser une mise en lien logique et formuler une conception scientifique du vieillissement humain. Un modèle, à partir duquel nous avons interrogé des hypothèses pour les pousser aussi loin que possible.

> *« Il n'y a pas d'objectivité empirique. L'objectivité est le résultat de la construction du système. Cela ne veut pas dire que le système vaille en soi ; le système c'est comme un panier, et le meilleur panier, c'est celui qui vous épargne des voyages pour ramener des pommes. Le modèle doit être le plus simple possible, et finalement les questions doivent venir du fonctionnement du modèle, plus que de la richesse de l'observation »* (Gagnepain, 1994-2010, p. 275).

Qu'on utilise la métaphore du panier de pommes ou de la paire de ciseaux, il s'agit de découper et de mettre en lien à partir des matériaux dont on dispose pour produire une pensée sur l'humain vieillissant. C'est la raison pour laquelle notre planification ne peut se résumer à un programme et ressortit davantage à une fabrication d'hypothèses à partir du modèle qui permet de les poser et des matériaux dont nous disposons. C'est dans la mise à l'épreuve de la théorie que notre

clinique se veut expérimentale et nous avons limité notre recherche clinique à la distribution des registres du social et de l'éthique.

Conclusion 1.

Nous arrivons à la conclusion de ce premier chapitre où il convient de récapituler nos apports, tels que nous avons cherché à les mettre à jour. Nous avons dans un premier temps interrogé les savoirs sociologiques en appréhendant chronologiquement la question du vieillissement à partir de l'approche socio-historique. Nous en avons conclu que l'évolution historique de la prise en charge des problèmes sociaux ne peut expliquer, à elle seule, la spécificité des problèmes à prendre en charge. De fait, la reconnaissance d'une problématique autour du vieillissement, qui impose une gestion médico-sociale, ne parvient pas à rendre compte de la spécificité du vieillissement humain. Elle nous permet cependant, en reconnaissant à l'humain sa capacité de construction sociale à visée politique, de tenir comme importante la question de la *responsabilité*, notamment à partir de son transfert de la famille à l'Etat dans le cas du grand âge et de la vieillesse pathologique.

Relevant l'importance de la question du pouvoir, nous avons montré que la question de la normalisation des rapports sociaux est convoquée par la perspective critique, qui dénonce le réductionnisme biomédical et la stigmatisation de la dépendance qu'il entraine. En dénonçant l'expertise abusive des gériatres, en matière de gérontologie, cette perspective se situe dans une réflexion générale sur la médicalisation de la société et de sa mise en conformité. Nous avons alors reconnu au secteur gérontologique sa propre conflictualité relative à la division sociale du travail. Si la perspective critique tend à confondre pouvoir et abus de pouvoir, elle fait cependant la preuve par la critique qu'elle construit, de notre capacité humaine à nous opposer. Ce qui nous amène à tenir comme importante la question de la *singularité* sociale, qui permet la réversibilité des jeux de pouvoir et la capacité humaine à s'en absenter.

Nous avons montré que cette question est largement débattue chez les interactionnistes, qui cherchent à rendre compte du vieillissement en questionnant l'expérience et la trajectoire singulière de la personne vieillissante. Ils font ainsi une grande part à la subjectivité des acteurs en s'interrogeant notamment sur les transformations identitaires et la manière dont ceux-ci négocient leur environnement. Ils abordent l'avancée en âge sous l'angle de la *déprise* ou du *désengagement*, tout en leur reconnaissant des domaines de réinvestissement. Nous avons repéré, comment l'approche par la notion de « care » dans la relation soignant/soigné, masquait

des processus anthropologiques qu'il nous importe dans notre démarche de différencier. Ce qui nous a permis de préciser notre cadre d'analyse qui s'efforce de discerner, dans la diversité des phénomènes observables, les principes anthropologiques sur lesquels ils se fondent. Nous avons pu ainsi préciser la capacité d'*absence* en tant que principe constitutif de la *personne*, au sens théorique du terme. Nous l'avons différencié du principe constitutif de la *norme* qui ne se réduit pas à ses manifestations conjoncturelles de codifications sociales, mais relève d'un processus anthropologique autonome d'exigence éthico-morale. Nous avons mis l'accent sur le positivisme de l'interactionnisme, qui, en réifiant les rapports sociaux, passe à côté de la négativité et s'enferme dans l'immédiateté de l'interaction.

Nous avons interrogé les limites de la sociologie clinique sur le versant psycho-social qui la caractérise, mais nous devons reconnaître notre dette à son égard, par la rupture qu'elle nous permet d'envisager. Nous avons pointé sa faiblesse théorique qui, en réifiant les processus de subjectivation et de conscientisation, ne permet pas de donner un statut à la subjectivité. La dichotomie de l'individuel et du collectif conduit à une impasse épistémologique, que nous visons à dépasser en lui substituant un rapport dialectique entre *singulier* et *universel.* La démarche réflexive du chercheur sur sa propre subjectivité est un frein pour considérer que la *personne*, en tant que principe d'analyse anthropologique, agit en nous de manière implicite. En réifiant les histoires et les affects, la sociologie clinique amalgame ce qui, d'une part, relève des rapports sociaux en tant que dynamique conflictuelle, et d'autre part, ce qui relève de la régulation du désir en tant qu'exigence éthique. Nous avons montré également, que la sociologie clinique, en restant tributaire de l'ordre sociologique, ne parvient pas, à la cohérence logique de l'explication à visée scientifique. Ce qui nous a amené à différencier deux principes :

- Le principe de *causalité* qui permet d'autonomiser un objet selon une cohérence logique, soit de lui donner une identité et une unité selon une visée scientifique.
- Le principe de *légalité* qui, par le caractère arbitraire de la délimitation sociale, expose à des logiques contradictoires et conflictuelles.

Ce qui nous amené à clarifier les concepts d'objectivité et de subjectivité, car si le premier se rapporte à la construction logique d'un objet, le second est la condition même de cette élaboration qui ne peut être étrangère au sujet qui l'élabore. En montrant le caractère polysémique de la subjectivité, nous avons opéré une réduction épistémologique en la rapportant au processus d'*incorporation,* traitement naturel qui marque le passage de l'individu organique au sujet. Cette configuration permet à l'homme, dès l'enfance, de s'imprégner d'un

environnement situé et daté qu'il reçoit en héritage. Nous l'avons distingué du processus d'*appropriation*, analyse culturelle proprement sociologique et spécifiquement humaine qui permet, à la sortie de l'enfance, l'émergence à la personne qui accède ainsi à sa propre histoire. L'hypothèse de plusieurs plans ou modalités de la raison humaine, nous a invité à déconstruire le récit comme autant d'expressions de ces différents registres de rationalité.

En cherchant à participer au débat qui agite la sociologie de la vieillesse et du vieillissement, nous avons distingué ce qui relève de la gestion sociale d'un problème et ce qui relève de son analyse sociologique. Nous appréhendons la contribution spécifique du chercheur en sociologie à partir de l'explication conceptuelle sur ce qui fonde le social. De fait, différencier la *nécessité sociale* et la *nécessité explicative,* implique pour le sociologue, une prise de distance sur ce que dans le même temps il participe à construire. Le risque de « renaturalisation » du vieillissement, nous a amené à nous interroger sur ce qui relève du social dans cette notion de « fragilité » largement utilisée pour analyser le grand âge.

En abordant notre terrain d'enquête tel un laboratoire, nous nous mettons à l'école des « vieux fragiles » pour comprendre ce qui fonde le social. En mettant à profit notre identité d'animateur, héritier de l'éducation populaire, nous avons repéré les entraves naturalistes qui président à la professionnalisation de l'animation en gérontologie au sein des établissements. Nous aurons l'occasion d'approfondir cette question dans la troisième partie de notre travail. Notre analyse sociologique de la procédure d'admission, nous a permis d'aborder les concepts de *statut* et de *position*, démontrant ainsi qu'une participation professionnelle n'empêche nullement une interrogation conceptuelle proprement sociologique. Nous l'avons distinguée d'une analyse axiologique qui interroge les restrictions éthico-morales que le résident et le professionnel s'imposent dans la relation de service. Cette distinction de *processus*, nous a servi à rendre compte de notre méthodologie qui, en interrogeant l'humain dans sa spécificité anthropologique, nous oblige à dépasser la seule positivité de ce qui se donne à voir. Il s'agit de vouloir passer du vieillissement en tant que phénomène ou construction sociale au vieillissement en tant qu'objet scientifique. Ce qui nous impose rigueur tant dans l'observation des faits que dans leur analyse.

Nous avons largement présenté les différentes facettes de notre environnement de recherche et les matériaux utilisés à l'étayage de notre thèse. Ce qui nous a permis de mettre en avant la problématique Alzheimer en termes de plan d'action politique et de construction architecturale. En visitant les techniques, qui rendent compte des communications internes à l'établissement et celles qui préfigurent notre savoir-faire d'animateur, nous avons posé le contexte de notre

recherche. L'anthropologie clinique, élaboré par Jean Gagnepain, suggère que l'homme, contrairement à l'animal, médiatise son rapport au monde de quatre manières différenciées. Si nous nous attacherons, dans la deuxième partie de notre travail, à mettre à l'épreuve la théorie à partir de tableaux cliniques, il convient avant cela de rapporter le vieillissement à l'ensemble des réalités humaines. Cette manière particulière d'interroger le vieillissement, nous permettra dans un premier temps d'aborder différentes problématiques relatives à notre objet de recherche.

DEUXIEME CHAPITRE : Un vieillissement rationnellement construit

Introduction

L'anthropologie clinique repose sur l'idée fondamentale de rupture ou analyse, à l'instar de ces précurseurs en sciences humaines, que sont : Ferdinand de Saussure (la structure), Karl Marx (la praxis) et Sigmund Freud (l'inconscient). L'originalité de cette démarche est qu'elle trouve sa réfutation ou sa ratification dans la clinique pathologique. Cette analyse implicite – invisible pour l'observateur – se donne à voir dans les situations de pannes ou ratés du psychisme humain, d'où sa participation à l'élaboration des sciences humaines. La clinique oblige à différencier quatre plans de rationalité et à les séparer en leur reconnaissant un fonctionnement autonome. L'objet ne nous est pas donné, nous le construisons par la médiation des mots et en fonction de la théorisation dont nous disposons. Notre grille d'analyse des phénomènes humains, nous a conduit à une dissociation de registres ; ce qui va nous permettre de clarifier la complexité « du vieillissement » par-delà l'hétérogénéité et la diversité « des vieillissements ». Nous exploitons, le plus rigoureusement possible, le cadre d'hypothèses d'une anthropologie pour différencier et séparer les points de vue sur l'objet, afin de classer les problématiques relatives au vieillissement et tenter de le définir dans sa spécificité. Nous distinguerons donc : le vieillissement *logiquement conçu ;* le vieillissement *sociologiquement élaboré ;* le vieillissement *techniquement appareillé ;* le vieillissement *moralement éprouvé.*

1. Le vieillissement logiquement conçu

Nous ne faisons pas que percevoir le réel, nous avons la capacité humaine de parler des choses que nous percevons, de les mettre en mots. L'être humain, comme l'animal, a la capacité de traiter sa sensorialité pour en faire de la perception. Il définit ainsi une configuration, dont il est le seul à s'échapper par la médiation des mots. Par une analyse implicite et réciproque du son et du sens, l'homme accède à la signification. Pour autant, il n'y a pas de pure transparence entre une perception et ce que l'on peut en dire car les mots ne sont pas des étiquettes, ils s'analysent entre eux selon des rapports abstraits d'identité (différence) et d'unité (segmentation). C'est cette analyse implicite qui donne à l'homme la capacité de choisir tel mot plutôt qu'un autre, et d'associer un mot avec un autre pour expliquer et donner une unité à son propos. Ce raisonnement causal nous permet d'introduire de la distance par nos formulations,

ce qui fait, que le mot ne correspond jamais totalement à la chose à dire. C'est la raison pour laquelle, dans la visée scientifique, nous cherchons toujours la formulation la plus précise possible. Si nous avons tous une manière particulière de concevoir le vieillissement en fonction de notre métier, de notre âge, de notre histoire, du pays où nous vivons, c'est toutefois indépendamment de notre historicité et bien à partir de la médiation des mots que nous le *« causons »*. Nous avons vu, que les travaux sociologiques relatifs au vieillissement se singularisent dans leur approche en cherchant à rompre avec les représentations biomédicales. Ils se regroupent « *autour de trois grands objets de recherche : la construction sociale de la vieillesse ; le groupe d'âge des « personnes âgées » (ou séniors) ; le vieillissement individuel* » (Caradec, p.81 2011). Ce faisant, ils classent les choses à dire en catégorie spécifique. Pour autant, la problématique du vieillissement, au-delà d'une approche physiologique, n'est pas l'apanage du sociologue. Les philosophes, par un travail de la pensée, ont cherché à approcher une vérité sur l'homme dans sa totalité. Le sociologue hérite de ce questionnement et partage cet héritage avec la psychologie. Nous allons donc chercher à voir, comment philosophes et psychologues investissent et découpent la question du vieillissement.

1.1 Du côté des philosophes

La philosophie concerne l'homme, dans sa réflexion sur lui-même et sa quête d'absolu. Elle interroge la condition humaine dans un effort de la pensée, où, *« philosopher, c'est, s'éveiller en échappant aux liens de la nécessité vitale. »* (Jasper, [1950], 1972, p. 16) La philosophie, comme élan de la pensée introspective, élabore son questionnement à partir de la conscience de soi. Elle traite de l'absolu qui s'actualise dans la vie réelle et en cela elle pointe l'abstraction du logos, au fondement de la raison humaine. Nombreux, sont les philosophes qui participent au débat sur la finitude de l'homme et donne ainsi leur point de vue sur la vieillesse. Si Platon met en scène le « vieux idéal », Georges Minois, historien, nous montre que la position d'Aristote est tout à fait différente.

> *« La vieillesse n'est pour lui une garantie ni de sagesse ni de capacité politique. Même l'expérience des vieux ne constitue pas un élément positif : elle n'est souvent qu'une accumulation d'erreurs dans un esprit endurci par l'âge. Contrairement à Platon pour qui les capacités spirituelles profitent de l'affaiblissement des sens, qui libère l'homme de l'esclavage des passions, Aristote remarque qu'en vertu de l'union de l'âme et du corps, la décrépitude de l'un atteint immanquablement*

> *l'autre. La santé physique et la pleine possession des moyens corporels sont indispensables à la pratique de la sagesse. C'est pourquoi l'homme atteint le maximum de ses possibilités vers 50 ans et décline ensuite. « L'esprit, tout comme le corps, est soumis à la vieillesse »*, déclare-t-il dans *le politique »* (Minois, 1987, p. 92)

Pour Aristote, le vieillissement est associé à une logique du déclin qui ne préserve, ni le corps, ni l'esprit, les deux, étant pour lui irrémédiablement liés. Cette logique du déclin, s'oppose à l'idée de sagesse, qui serait l'apanage de l'expérience accumulée. Face au déclin, Cicéron préconise la lutte et le « gâteux » devient celui qui n'a pas su entretenir son esprit.

> « *Comprenez bien cela, Lélius et Scipion : il faut résister à la vieillesse et combattre ses inconvénients à force de soins ; il faut lutter contre elle comme on lutte contre la maladie ; entretenir sa santé, pratiquer des exercices appropriés, manger et boire pour refaire ses forces sans les ruiner. Mais il ne suffit pas d'être attentif à son corps ; il faut davantage encore s'occuper de l'esprit et de l'âme. L'un et l'autre, en effet risquent d'être éteints par la vieillesse comme la flamme d'une lampe privée d'huile. Et si le corps s'alourdit sous le poids des exercices, l'esprit en s'exerçant s'allège »* (Id. p. 93).

La position de Cicéron est moins hostile au vieillissement, tout en demeurant très réservée. Il s'agit pour l'homme de combattre ses effets pour préserver son corps et plus encore son esprit. Ses injonctions pour résister à la vieillesse ont une tonalité bien contemporaine. Erasme, dans *l'éloge de la folie,* n'hésite pas à rapprocher le vieillard et l'enfant pour évoquer la vieillesse :

> *« Je sais qu'on les appelle idiots et stupides, et ils le sont réellement, mais cela est justement ce que signifie redevenir un enfant… Il n'y a pas d'autres différences entre eux [entre le vieillard et l'enfant] que les rides du vieux et le nombre de ses anniversaires. A part cela, ils sont absolument semblables : cheveux blancs, bouche sans dents, petits, aimant le lait, babillant, bavardant, stupides, oublieux, inconséquents, tout les rapproche. Plus les gens approchent de la vieillesse, plus ils ressemblent à des enfants, jusqu'au moment où ils doivent quitter cette vie, comme des enfants, en étant ni fatigués de vivre, ni conscients de mourir »* (Cité par Georges Minois p. 352).

Pour Erasme, pas de concession, le vieillissement se présente tel un retour à l'enfance. Il faudra attendre le XVIIIe siècle, pour voir émerger une nouvelle conception de la vieillesse, où

« réinsérés dans la société, et dans la famille, dotés d'un rôle très important parce que la vieillesse n'est plus synonyme de décrépitude, les vieillards commencent à être activement pris en considération. » (Bourdelais [1993], 1997, p.54*)* Imprégnée d'histoire, la vieillesse devient alors dépositaire d'une sagesse, d'une mémoire historique à transmettre aux générations futures.

Abordé sous l'angle de la sagesse ou du déclin par les philosophes, le vieillissement de l'homme est appréhendé à partir de l'articulation du corps et de l'esprit. Nous voyons qu'il est important de différencier le vieillissement ainsi conçu, du vieillissement en tant que tel, car celui-ci devient conceptualisé par le dire. C'est pour s'astreindre, à la précision scientifique d'un « dire » sur l'humain, que psychologie et sociologie se sont détachées de la philosophie.

1.2 Du côté des psychologues

Théodule Armand Ribot, professeur de philosophie, né à Guingamp en 1839, va s'intéresser à la psychologie expérimentale sous l'angle des maladies mentales. Selon lui, c'est à partir de la pathologie d'une fonction que nous pouvons appréhender son fonctionnement et sa structure normale. Bien connu pour ses écrits sur « les maladies de la mémoire », il suggère notamment, qu'il n'existe pas une seule mémoire mais un ensemble de mémoires particulières (Ribot, [1882], 2005). La psychologie scientifique, en cherchant à rompre avec l'introspection philosophique, s'est astreint à un objectif de mesure propre à l'étude expérimentale de l'homme. En refusant l'introspection, le behaviourisme rejette tout ce qui n'est pas vérifiable et l'observation objective ne peut alors s'appuyer que sur les stimulations et le comportement. En élargissant l'observation à la perception, la théorie de la Gestalt s'est saisie du rapport corps et environnement. Les psychologues de la forme cherchent alors à dissocier, ce qui est donné immédiatement par l'entourage perceptif et géographique, et ce qui est construit par médiation conceptuelle.

Pour Jean Piaget, la fonction de l'esprit est d'incorporer l'univers à lui par assimilations et accommodations. La forme de l'équilibre psychique et le développement mental apparaissent dans un continuum, comme une organisation progressive, comme « une adaptation toujours plus précise à la réalité » :

> *« En substituant ainsi l'assimilation à la notion mécaniste d'association (et cela vaut naturellement a fortiori pour la suite du développement), on incorpore l'intentionnalité dans un point de vue « explicatif », puisque le schématisme*

assimilateur constitue le prolongement de mécanismes biologiques, sans exclure en rien le point de vue de la « compréhension » *subjective. (…) Dans la perspective indiquée à l'instant, le schématisme sensori-moteur est déjà, bien avant le langage et la représentation, chargé de significations, puisque assimiler un objet à des schèmes consiste à lui conférer une signification. Mais les signifiants propres à ce niveau ne sont encore que des indices ou signaux perceptifs. Avec la fonction sémiotique apparaissent par contre des signifiants différenciés : les signes du langage et les symboles propres au jeu symbolique, aux images mentales etc… »* (Piaget, 1972, p.179-180)

Dans « Sagesse et illusion de la philosophie », Jean Piaget interroge la psychologie phénoménologique et montre que dès le niveau perceptif, la constatation du fait est solidaire d'une structuration interprétative, une suite d'approximations qu'il compare au passage de 0,99 à 1. Ce qui est fort loin du positionnement Sartrien de « l'accident » ou du « désordre », qui, selon Piaget, ignore l'ascèse de l'objectivité scientifique. Pour Piaget le schème d'assimilation est à la fois motivation et compréhension.

« Un fait suppose donc des interprétations implicites dès la position du problème et dès la constatation, mais il n'est un fait scientifique que s'il conduit d'autre part à une explication explicite qui en assure la compréhension. Que cette interprétation puisse être différée par prudence (« ce sera pour plus tard »), cela arrive bien sûr, et c'est là une nouvelle marque de l'objectivité. Mais cela n'empêche en rien l'interprétation provisoire ou hypothétique, et si l'on n'en faisait pas, on ne chercherait pas à réunir d'autres faits » (Id. p. 174)

Pour Piaget un fait c'est d'abord :

- Une réponse à une question : *« je pense donc qu'un problème bien posé est toujours conceptuel et participe donc de près ou de loin à ce que d'aucuns appellent les essences ;»* (p.171)
- Une constatation ou « lecture de l'expérience » : *« j'ai cru « constater » (…) mais ma « constatation » a-t-elle été assez objective pour que d'autres constatent les mêmes « faits » ? »* (P.172)
- Une suite d'interprétations déjà implicites dans la question et dans la constatation : *« même la constatation est conceptualisée et la « lecture » de*

l'expérience n'est jamais une simple lecture et comporte en réalité toute une structuration. » (p.174)

Pour les psychologues du développement, le vieillissement est repérable par les modifications d'ordre biologique, environnemental et les évènements de vie, qu'il entraîne. Effets physiologiques, pathologies somatiques, pertes d'étayage social et familial, deuils, maladies, concourent à une rupture d'équilibre. La vieillesse se caractérise alors par une accumulation de stress et une prise de conscience de sa finitude, où vieillir devient un travail d'adaptation aux contraintes du vieillissement. La vieillesse est alors perçue essentiellement comme une épreuve à dépasser pour accéder à un vieillissement réussi, centré sur le « bien-être ». Les progrès de la neurophysiologie et l'influence de la cybernétique et de l'informatique ont créé un mode de pensée, qui conçoit les mécanismes psychologiques comme un traitement de l'information. *« Avec ses cent milliards de neurones, le cerveau humain capte l'information et l'interprète (perception) ; il code l'information venue de l'extérieur et fait de la synthèse d'objets mentaux (mots et images) ; il stocke des informations (apprentissage, mémoire) pour profiter des expériences passées et les recombine pour apporter des solutions nouvelles (intelligence). »* (Lieury 2004, p. XV) A ces mécanismes cognitifs, s'ajoutent des mécanismes affectifs d'origine biologique, hérités de nos ancêtres les animaux : les motivations et les émotions.

La psychologie cognitive explique le vieillissement normal et pathologique de la mémoire par le vieillissement des neurones et des mécanismes moléculaires. En cela, elle s'accorde avec la neurologie, qui, associant les différents neurones à des régions du cerveau, permet de différencier les troubles mnésiques et de les rapporter à des structures neurobiologiques. La psychologie cognitive interroge le vieillissement à partir de la plainte mnésique et distingue deux systèmes indépendants de traitement de l'information : la mémoire épisodique et la mémoire sémantique. Si la première reçoit et stocke l'information concernant des évènements personnellement datés, la deuxième est la connaissance générale que le sujet possède sur le monde qui l'entoure. Selon Serge Nicolas (2000), plusieurs théories s'opposent selon qu'elles mettent l'accent sur les processus mnésiques en tant qu'opérations mentales ou sur les systèmes de mémoire en tant que structure. Ainsi, certains modèles connexionnistes ont simulé des données selon lesquelles les connaissances sémantiques émergeaient à partir de la mémoire épisodique. D'autres notions apparaissent, telles que la mémoire de travail et la mémoire perceptive. Ces dernières fonctionneraient indépendamment du système épisodique. Plus récemment, la mémoire déclarative a été assimilée à la mémoire explicite et la mémoire procédurale à la mémoire implicite. L'informatique agit comme un nouveau mode de pensée

chez les chercheurs cognitivistes, où tout est traitement de l'information. Ainsi, *« grâce aux ordinateurs contemporains, les fonctions cognitives, ou plutôt les expressions mathématiques auxquelles on ramène ces fonctions sont susceptibles de faire l'objet d'un calcul automatique, ce qui ouvre sur une simulation artificielle de la cognition. »* (Ganascia, 1999, p. 92) Toutefois, comme nous le précise Jean-Claude Quentel :

> *« La psychologie expérimentale, par exemple, s'intéresse surtout à des questions comme la motricité, les réactions émotives, les processus sensoriels, la perception, l'apprentissage et la mémoire : elles ne sont aucunement propres à l'humain ; ce qui spécifie le fonctionnement de celui-ci dans chacun de ces domaines, échappe totalement à l'investigation du psychologue expérimentaliste. »* (Quentel, 2007, p.115).

De son côté, l'approche psychodynamique, dans le domaine du vieillissement, met l'accent sur la « vulnérabilité psychique » et prône une prise en charge relationnelle de la dépendance et de la démence sénile. Louis Ploton, psychiatre, s'interroge sur la possibilité d'une psychogenèse et « *la question fondamentale que pose alors les démences est de savoir si la mise hors service des fonctions cognitives (puis ultérieurement d'autres fonctions) est, ou n'est pas, la conséquence d'une stratégie d'adaptation. »* (Ploton, 2001, p. 49-62) Il propose une représentation de l'activité neuro-psychique à partir de quatre équivalents d'appareils fonctionnels :

- Un appareil biologique qui régule les équilibres somatiques
- Un appareil émotionnel
- Un appareil subjectif, qu'il rapporte à l'appareil psychique au sens freudien
- Un appareil cognitif

A partir de cette catégorisation, il montre, que *« toute activité qui se situe sur l'un de ces appareils a nécessairement une traduction et des effets secondaires induits sur l'ensemble des autres. »* De son côté, Jean Maisondieu, psychiatre, interroge la pathologie Alzheimer sous l'angle du déni de la mort naturelle :

> *« Croire en la raison est une chose, croire qu'elle puisse avoir raison de la mort en est une autre. La confusion entre ces deux propositions, plus fréquentes qu'on ne croit, même chez les plus intelligents, apporte une contribution substantielle à la fabrication de la maladie d'Alzheimer. (…) Le caractère en grande partie*

> *inconscient de ces dispositions d'esprit favorise les comportements passionnels, et contribue à entretenir et accroître le désordre intrapsychique et les malentendus entre les individus. Le terrain est alors propice à l'émergence d'une symptomatologie démentielle si les circonstances s'y prêtent. »* (Maisondieu, 2011, p. 129)

L'auteur met l'accent sur le processus d'exclusion qui met le malade hors humanité, *« l'aliène radicalement et le fait souffrir au point de le rendre malade. »* (Id. p. 340) Il fait reposer la pathologie sur des conduites inconscientes, qui mettraient la mémoire en panne pour oublier l'inéluctable finitude. Le dément serait pris dans une contradiction, entre le désir de ne pas se souvenir, et celui de se souvenir pour rester en lien avec les autres. La mémoire serait ainsi tiraillée *« jusqu'à peut-être, pourquoi pas, perturber le fonctionnement des synapses et nuire aux neurones. »* (Id. p. 240)

Nous pouvons y voir une conception positiviste de l'homme, qui consiste à rechercher une cause, nécessairement en amont du phénomène, qui se trouve ainsi expliqué. La pathologie démentielle devient ainsi expliquée soit, par la destruction des neurones, soit, par un processus adaptatif qui attaque les neurones, soit, par l'angoisse de mort biologique, qui nuit aux neurones… Bien que Louis Ploton catégorise des fonctions psychiques, que Jean Maisondieu tend à l'explication psychanalytique, ne cèdent-ils pas, tous les deux, à un réductionnisme mécaniste ? Dans tous les cas, nous relevons dans l'explication, la prégnance d'un naturalisme neurobiologique, qui inscrit l'homme dans une continuité de processus adaptatifs. Nous rejoignons sur ce point Jean-Yves Dartiguenave :

> *« En effet, que cela soit au plan de l'organisation sociale ou à celui de la psyché, l'homme parait relever d'un même déterminisme trouvant son fondement dans l'organisation modulaire et hiérarchique du cerveau. Cette perspective caresse alors l'utopie fascinante – mais aussi mortifère ! – d'une coïncidence de l'homme avec lui-même au sein d'une fixité de l'ordre naturel et social »* (Dartiguenave, 2017, p.177)

De fait, cette continuité ontologique, ne permet pas d'articuler dialectiquement la culture à laquelle nous accédons, à la nature qui nous en rend capable. Si nous convenons, que la pathologie démentielle a partie liée avec le cerveau, nous ne cherchons pas à rendre compte de l'origination du trouble, dans une simple relation de cause à effet. Pour autant, cela ne doit pas nous empêcher de tirer profit de la panne démentielle, pour tenter de la rapporter au processus

anthropologique en cause. Il ne s'agit pas de rapporter la pathologie à son inscription neurobiologique, mais à la causalité, au sens d'une élaboration théorique, qui participe dans le même temps à la fonder.

1.3 Du point de vue des sociologues

Pour les sociologues, le vieillissement est interrogé sous l'angle de la baisse, du changement ou de la perte des activités. Pour dépasser le concept de « désengagement » (Cumming, Henry, 1961), considéré comme trop mécanique et uniforme, Vincent Caradec propose de dissocier, trois modalités, qu'il rapporte à trois registres du rapport au monde : le « faire » dans lequel advient la « déprise » se rapporte à l'évolution des activités ; l' « intérêt pour le monde » invite à s'interroger sur le « désintérêt » ; le troisième registre est le « sentiment d'appartenance à la société », où, le désengagement se présente alors comme un sentiment d' « étrangeté au monde ». De fait, il interroge la déprise comme « une logique de substitution et de sélection des activités » (Clément, Montovani, 1999, p101). Rapportée au registre du faire, la « déprise » est le concept utilisé pour expliquer que la personne vieillissante va réduire ou abandonner certaines activités. Si ces dernières, prennent appui sur l'intérêt qu'elles suscitent, le « désintérêt » peut être plus diffus, concerner l'existence elle-même et prendre la forme de l'indifférence. Si « l'étrangeté au monde » est interrogée par Vincent Caradec, à partir des proches et des médias, il l'impute également, à la construction identitaire et au phénomène de socialisation tout au long de la vie.

Si la vieillesse se présente comme un état, le vieillissement devient un processus de changement identitaire où « transitions » et « évènements biographiques » sont, pour l'individu, des « *occasions d'activation particulière du processus identitaire.* » Ce sont ces « moments critiques » de l'existence qui *« suscitent un retour réflexif et sont particulièrement propices au renouvellement du récit de soi. »* (Caradec, 2004, p. 158) De fait, il s'interroge dans ses travaux sur les transitions de la retraite et du veuvage, sur les nouveaux couples où les relations intergénérationnelles au sein de la famille. Il cherche ainsi, à comprendre les significations associées aux trajectoires et à l'expérience du vieillissement à partir d'entretiens. Le sociologue aborde la notion de reviviscence :

> *« La reviviscence est ainsi l'expérience émotionnelle à travers laquelle le soi présent rejoint le soi passé dans un mouvement qui, en abolissant le temps qui les disjoint, réunit l'instant présent et tel épisode de la vie passée. Cette expérience de*

la conjonction des temps est favorisée par des sensations – une odeur, un son, une image – qui rappelle une impression ressentie autrefois. » (Caradec, 2004, p.161)

Il rapporte ce phénomène à une logique de pensée, qui établit des ponts entre le présent et le passé. Si l'expérience de la reviviscence suscite pour certaines personnes du plaisir, pour d'autres, elle provoque au contraire de la souffrance, qui peut être inconsciente ou délibérée. A partir des récits de nonagénaires, le sociologue nous montre comment les engagements passés sont une source de valorisation de soi, qu'ils soient orientés vers la vie professionnelle ou la vie familiale. Le sentiment de sa propre valeur passe également, par la sollicitude des proches pour qui l'on compte, par les capacités préservées, ou la réussite sociale de ses enfants et petits-enfants.

Vincent Caradec conçoit l'identité au croisement de trois processus :

- Un processus réflexif : *« Le caractère narratif et réflexif de l'identité conduit à souligner le rôle du langage et des ressources que celui-ci met à disposition de la construction identitaire. Tout d'abord, c'est par le langage que passe la nomination. »* (Id. p.11)

- Un processus pragmatique : *« L'identité est pragmatique dans le sens où elle est fondée sur des actions et des engagements. (…) Par ailleurs, la construction de soi peut prendre appui sur des engagements que l'on souhaite voir advenir et qui sont imaginés et anticipés. »* (Id. p. 14)

- Un processus dialogique : *« Les autres participent en effet d'une double manière à la construction identitaire : en assurant la stabilisation de l'identité, mais aussi en contribuant à sa reformulation. (…) Ainsi, l'interaction donne l'occasion de voir son image « réfléchie » dans le regard des autres et de prendre conscience de l'idée qu'ils se font de soi.* (Id. p.15)

Pour Vincent Caradec, la réflexivité, l'action et le dialogue avec autrui, constituent ce triple mécanisme à travers lequel se réalise l'identité. Laissons là, Vincent Caradec, pour nous tourner vers une sociologie clinique, qui, plus proche de notre conception, inscrit l'identité au regard d'un rapport d'altérité. Dans son article « Autonomie et démence » (2011), la sociologue Nathalie Rigaux interroge le vieillissement, à partir de l'articulation autonomie et prise en soin, dans le cas d'un processus démentiel. Elle distingue « l'autonomie décisionnelle »

de « l'autonomie exécutionnelle » (indépendance), qui concerne la capacité à exécuter seul ses décisions. Elle cherche dans les différentes conceptions de l'autonomie décisionnelle, ce qui permettrait de la maintenir parmi les objectifs du soin, lorsque la démence est en jeu. Elle discute la conception canonique de l'autonomie, centrée sur les compétences internes de l'individu, à partir de deux approches :

- *« Pour Harry Frankfurt ce qui caractérise l'humain et qui fait sa dignité est le fait de pouvoir choisir librement ses désirs ».* Cette approche distingue deux niveaux au sein de la volonté. Un premier lié à l'impulsivité, qui n'a que peu de valeur, et un deuxième niveau, où le sujet choisi, indépendamment des autres, de s'approprier ou non ces désirs de premier niveau. Ce qui implique pour la personne, une capacité réflexive d'auto-évaluation.
- *« Ronald Dworkin propose une vision de l'autonomie fondée elle aussi sur des compétences internes du sujet mais, pour lui, l'autonomie se situe au niveau* « des intérêts critiques »*, qu'il distingue des* « intérêts immédiats ». Cette distinction permet de gérer les conflits entre les intérêts nobles, qui s'appuient sur des valeurs, forgées sur du long terme (ce que je veux faire de ma vie) et les intérêts triviaux, éprouvés dans les expériences à court terme. Ce qui implique pour la personne, une capacité à juger de la cohérence entre tel choix et sa ligne de vie (intérêts critiques), et une capacité de mémoire pour englober l'ensemble de son expérience de vie.

Nathalie Rigaux interroge cette conception au regard de la futilité et de l'immoralité, même si la Raison permet « une garantie contre le n'importe quoi de l'impulsion ». En donnant une place centrale à la raison, qui doit fonctionner pour « maîtriser la partie basse » (corps, désirs, émotions, passions…), le sujet est seul devant ses choix. Le sujet autonome s'affranchi des influences exercées par autrui, pour ne pas se laisser aliéner et devenir étranger à lui-même. Elle montre, comment cette « logique internaliste », centrée sur les compétences du sujet, rend prédominante la question de l'évaluation de l'incompétence. Elle met l'accent sur la difficulté à trouver un instrument de mesure fiable :

> *« Une première difficulté est que l'évaluation d'une compétence spécifique est perturbée par la présence de perturbations de compétence non spécifiques comme les troubles de mémoire et du langage, qui ont pour effets de surestimer l'incompétence spécifique. »* (Rigaux, 2011, p.110)

D'autant, que la capacité à prendre des décisions est dans la littérature spécialisée majoritairement rattachée aux actes médicaux, telle la validité du consentement éclairé, au détriment des décisions concernant la vie quotidienne. L'intérêt, porté à l'annonce du diagnostic, s'ancre sur un droit à l'information qui doit permettre au sujet, au premier stade de la maladie, de planifier les décisions qu'il ne pourra plus prendre via les directives anticipées. Ce qui amène Nathalie Rigaux, à considérer, que cette conception ne permet pas d'envisager l'autonomie du sujet dément, dont la raison défaille.

Elle l'oppose à une conception relationnelle, où le souci de l'autre, détaché d'une visée émancipatoire, se centre sur l'éthique du care, définie comme une contribution au bien-être de l'autre. Elle s'ancre sur « une anthropologie de l'intersubjectivité, de l'interdépendance et de l'incarnation » où *« l'homme est envisagé comme un être social, définissant son être et ses projets en interaction avec autrui. »* Ce qui permet de penser *« le rapport d'altérité dans l'asymétrie qui caractérise la relation de care ».* C'est à partir de cette conception, dite « externaliste » (Jouan et Laugier), qu'elle questionne les possibilités d'autonomie du sujet dément. Ce qui lui permet de passer de l'évaluation de la compétence aux occasions données au sujet, par autrui, d'exercer cette compétence. Elle pose ainsi une dimension collective à l'autonomie impliquant la question politique.

> *« Castoriadis considère ainsi qu'une « politique de l'autonomie » doit être menée dont les trois composantes peuvent fournir des critères d'évaluation utiles en ce qui concerne les sujets déments. Première composante : l'existence d'institutions rendant la réflexivité collective possible en lui en donnant les moyens. Les sujets déments, les soignants, ont-ils des espaces-temps où développer cette réflexivité, où élaborer leur expérience du soin et où questionner le fonctionnement de l'institution ? Deuxième composante : donner à tout individu la sphère la plus étendue possible de vie individuelle autonome. L'observation attentive des lieux de vie des sujets déments et, à travers eux, de toutes les politiques qui les affectent à l'aune de ce critère ne manquera pas d'être édifiant. Troisième composante : une éducation de tous est nécessaire, qui permet d'intégrer à la fois la nécessité de la loi et la possibilité de la mettre en question. »* (Id. p. 111)

De fait, l'approche relationnelle interroge les conditions « externes », c'est-à-dire les relations et les institutions où s'insère le sujet. Cette perspective questionne les politiques dans leur capacité à donner l'occasion d'exercer cette autonomie. En s'interrogeant sur le bien-fondé des directives anticipées, qui ne peuvent à elles seules présager de ce que le sujet souhaitera, une

fois engagé dans un processus démentiel ; l'approche relationnelle fait une place aux soignants dans leur capacité à préserver l'autonomie du sujet :

> *« Respecter l'autonomie des patients déments va demander beaucoup plus de temps, d'attention de la part des soignants, à la fois pour identifier ce qui compte pour chacun d'eux, pour trouver comment ses valeurs peuvent se réaliser dans la vie d'aujourd'hui et pour les aider à les mettre en œuvre. »* (Id. p.112)

Nathalie Rigaux se réfère aux travaux de la philosophe américaine Aleksandra Jaworka, qui articule les deux approches : « canonique » et « relationnelle ». A partir d'une critique de Dworkin (« intérêt critiques »), la philosophe montre qu'il y a bien une différence entre simples désirs et valeurs, sans pour autant, que ce principe de légitimité soit réfléchi. Les désirs simples peuvent alors être considérés comme « intérêts critiques » sans être disqualifiés et fournir les bases de la décision pour continuer à avancer avec le sujet.

> *« Le sujet dément va donc pouvoir fournir les bases de la décision, de par l'attachement qu'il manifeste aujourd'hui à certaines valeurs, même s'il ne peut effectuer seul l'ensemble du processus décisionnel. »* (Id. p.112)

Le souci d'être utile à autrui, longtemps observé chez le sujet dément, serait révélateur de cet idéal transcendant, tout comme le souci de se réaliser ou de se découvrir par l'expression artistique. Ainsi, pour Nathalie Rigaux, l'enjeu est de rendre possible par l'éthique du « care », ce souci de l'autre, pour faire écran au paternalisme et penser l'autonomie dans la dépendance. Elle rend compte du projet de cette éthique par le terme d'hospitalité (Zaccaï-Reyners), qui permet d'articuler réciprocité et bienfaisance. Cette ouverture à l'altérité devient une nécessité, qui oblige à penser l'identité dans sa dynamique relationnelle, et où, *« le sujet dément peut être bien lui-même tout en étant autre que ce qu'il était, d'où la nécessité de respecter son identité actuelle. »* (Rigaux, 2011)

Nous devons reconnaître à Nathalie Rigaux, cette ouverture sur le principe d'altérité qui fonde la relation de service. Elle engage une réflexion sur l'intervention sociale au plus près des « sujets déments ». Cette situation relève, selon nous, d'un devoir social qui ne peut pas être fondé sur la réciprocité de l'échange, sur la logique sociale du don et du contre-don. Cette relation d'aide s'inscrit dans une prise en charge unilatérale qui implique une relation de pouvoir, en tant que responsabilité envers autrui. Il ne s'agit pas de domination ni de devoir moral, mais d'obligation au sens d'un devoir de service. Dans le cas des « sujets déments », il

revient aux professionnels d'assumer à part entière cette responsabilité. Autrement dit, comme l'enfant, le sujet dément ne peut être considéré comme l'auteur de ses actes, dans la mesure où il ne dispose plus de cette capacité qui lui permettrai d'être pleinement participant et contributeur du social.

1.4 La question de l'humain

Nous ne pouvons dès lors, aborder « le vieillissement logiquement conçu », sans interroger le dualisme du corps et de l'esprit. Il s'agit d'ailleurs, plus précisément, de la relation entre l'esprit et le cerveau, que le vieillissement « normal » ou « pathologique » vient interroger. Si Broca, au milieu du 19ème siècle, a été le premier à démontrer que nos fonctions dites « supérieures » sont bien « corticalement » conditionnées, c'est dans les années 80, que les neurologues ont commencé à parler de plasticité cérébrale, en lien avec l'expérience vécue. Le cerveau *« n'est plus une machine à traiter les informations dans des zones spécialisées…Il est devenu un organe de la relation, sculpté par son milieu. Nos stratégies politiques et éducatives devront s'adapter à ce nouvel imaginaire neurologique. »* (Cyrulnik 2015, p.121) Cette incursion dans le domaine des neurosciences, qui trouve sa vitalité dans la neuro-imagerie, nous invite à penser le cerveau en lien avec notre environnement social. Ce qui nous oblige, en tant que sociologue, à cerner d'autres liens pour rendre compte *autrement* de cette capacité relationnelle. Pour autant, si cela nous protège de l'hégémonisme neuroscientifique, nous pensons, à l'instar de Norbert Elias, *« [qu'] il semble peu justifié de considérer que la constitution biologique de l'homme ne concerne que l'individu et non la société, et d'en conclure par conséquent que la sociologie peut l'ignorer. »* (Elias, [1970], 1991, p.66)

De fait, nous pensons que la sociologie a son mot à dire dans la délimitation de l'objet qu'est l'homme lui-même et dans sa prétention à la scientificité. Il s'agit de montrer que les phénomènes répondent à une nécessité et de tenter de les rapporter à des *processus généraux*, y compris dans la capacité qu'a l'homme de se singulariser. Si la capacité se rapporte au général explicatif, la singularité est la manière, spécifiquement humaine, d'échapper à l'universalité. Nous avons vu dans le chapitre précédent, que la distinction de principes entre causalité et légalité était fondamentale pour que se déploie l'explication dans le champ des sciences humaines.

> *« L'homme est celui qui, s'abstrayant des lois de la nature dont il continu en même temps de relever, pose un cadre formel d'appréhension sur le monde pour aussitôt tenter de le faire disparaître en revenant à un mode d'approche immédiat de l'univers. »* (Quentel, 2009, p. 228)

Nous avons repéré comment les sociologues discutent de la construction et des changements identitaires à partir de l'observation des personnes vieillissantes. En se concentrant sur le concept de réflexivité, l'interactionnisme symbolique et la sociologie clinique font preuve d'un certain logocentrisme. Ce qui, selon nous, conduit à l'impasse des approches « internaliste » et « externaliste ». Nos observations cliniques nous suggèrent de rapporter spécifiquement le vieillissement, en tant que processus, au déterminisme social que nous interrogeons sous l'angle de la *responsabilité,* au sens anthropologique du terme. C'est-à-dire en l'expliquant sous l'angle du *devoir être social* et son corollaire l'*appartenance sociale*. Nous pouvons ainsi dépasser le concept de « réflexivité » pour parler, à l'instar de Jean-Yves Dartiguenave et Jean-François Garnier, de frontières *identitaires* et *contributives*. Ce qui nous invite à spécifier le vieillissement dans sa dimension sociologique.

2. Le vieillissement socialement élaboré

Quand le vieillissement devient un handicap, il fait rupture dans l'histoire de la personne qui est obligée de s'inscrire dans de nouvelles relations familiales, de voisinage, mais aussi professionnelles. Le développement des consultations gériatriques, des lieux d'information à destination des personnes vieillissantes, nous montrent à quel point le vieillissement est aujourd'hui un problème sociétal. Qu'il soit abordé sous l'angle du maintien à domicile ou sous l'angle de l'entrée en établissement, c'est la question du métier qui est ici à interroger. Cette capacité du *pour autrui,* nous fait dépasser la naturelle *incorporation* de sujet que nous partageons avec l'animal. Ainsi, en délimitant implicitement des frontières culturelles, la personne accède au *principe de légalité* qui la rend capable d'auto-structuration sociale et de réinvestissement politique, au sens large du terme.

2.1. Le pouvoir gris

L'expérience des « Babayagas de Montreuil », va nous servir de fil conducteur pour poursuivre notre propos. Cette association de femmes âgées, menée tambour battant par Thérèse Clerc,

membre active du mouvement féministe dans les années 70, va nous permettre d'aborder la question du vieillissement sous l'angle de la *responsabilité* et de l'*appartenance*. Si le premier slogan du Mouvement de Libération des Femmes était *« notre corps nous appartient »,* cette mobilisation semble nous dire ici : *« notre vieillissement nous appartient ».* En effet, dès 1999, cette association participe à la construction sociale d'un vieillissement qui s'émancipe par sa revendication d'autonomie et son inscription politique. Mais, qui sont ces « babayagas », des « sorcières » sorties tout droit d'un conte russe ou des vieilles femmes, qui, jusqu'au bout, continuent à vivre un idéal politique, forgé par le marxisme et la psychanalyse ? Le film de Jean-Marc La Rocca, commandité en 2009 par la mairie de Montreuil et l'office HLM, nous raconte l'histoire de cette épopée « autogérée, citoyenne, solidaire, féministe, laïque et écologique ». En 2003, leur projet architectural retient l'attention de la mairie de Montreuil qui leur promet un terrain en plein centre-ville. Dès 2005, commencent des réunions d'information qui vont aboutir à la constitution d'un collectif et à l'élaboration d'une réflexion de fond sur le projet : des studios individuels de 35 m2 et un espace de vie collective.

> *« Je voudrais une vie collective intelligente, alors nous avons élaboré une petite université populaire du savoir des vieux, parce que nous allons avoir besoin d'un savoir nouveau pour cette tranche sociologique nouvelle entre les 70, 80 et 100 ans. Il va falloir élaborer une prévention dans tous les domaines. »* (Thérèse Clerc)

En 2007, le Conseil Général, trouvant le projet discriminant, car destiné uniquement aux femmes, refuse le financement. Par réaction et en signe de bravade, le groupe de femmes décident de poser une première pierre fictive : *« C'est sur cette pierre-là, que je bâtirai la maison des Babayagas et les portes de l'enfer administratif et politique ne prévaudront pas contre elle. »* (Thérèse Clerc) En 2008, après l'élection de Dominique Voynet à la mairie de Montreuil, tout s'accélère. Thérèse Clerc est décorée de la légion d'honneur en présence de Simone Veil et un comité de pilotage, rassemblant l'association, la ville, l'office HLM, la région et l'état, travaille sur le projet.



C'est dans l'attribution des logements, que le projet se présente de façon innovante et dérogatoire, car les décideurs n'ont pas l'habitude de travailler avec les intéressés. Il leur faut trouver une nouvelle forme de dispositif, car ici, ce sont les membres de

l'association, qui s'autogèrent et cooptent les futures résidentes. Ces dernières ont l'obligation d'adhérer à la charte de vie. Les bailleurs de logements sociaux n'ont pas l'habitude de travailler avec des critères discriminants, donc illégaux d'âge et de genre. Si la maison a finalement été inaugurée en février 2013, ce n'est pas sans tensions que le projet se poursuit. Sur le site de Libération, l'article de Anne Denis (février 2014), nous apprend que 10 des 21 femmes, très critiques sur le fonctionnement de l'association, ont démissionné en signe de protestation. Cependant, elles « *habitent toujours la maison – l'OPHM ne veut ni ne peut les reloger ailleurs – au grand dam de la présidente.* » Cette dernière, à 87 ans, vit toujours dans son appartement et travaille à l'élaboration d'un réseau de maisons Babayagas, montrant qu'il s'agit là d'un projet politique à long terme :

> *« Nous sommes traités comme un marché juteux par des lobbies cupides, déterminés à nous vendre des croisières chiques, de la domotique, de la robotique, s'indigne Thérèse Clerc. Mais tout cela n'est pas pour nous, qui vivons avec 1000 euros par mois. En revanche nous avons tout notre temps pour inventer des façons de bien vieillir avec peu d'argent. (...) Nous sommes une force politique, le plus gros électorat de France. Je veux faire entendre la voix des vieux jusqu'à Bruxelles. »* (Thérèse Clerc, 2014)

En inscrivant son action dans cette dimension politique, Thérèse Clerc[21] nous démontre que l'âge ne fait rien à l'affaire et n'empêche nullement une implication, centrée sur des capacités de responsabilité sociale et de participation. Si ce type de logement collectif, proposant une salle d'activité commune, se multiplie à l'initiative des municipalités, ce projet-là nous interpelle, par sa revendication de genre qui se focalise sur un « entre soi » qui demande à être interrogé.

Quoi qu'il en soit, cette expérience nous invite à aborder la notion « d'empowerment », *« qui implique un questionnement sur les relations de pouvoir entre les individus et les systèmes politiques, sociaux et économiques qui les régissent. »* (Viriot Durandal, p. 25, 2003) Nous retrouvons ici les principes d'expression dans la vie publique, revendiqués par les mouvements d'éducation populaire. Cette volonté de participation au processus décisionnaire qui les concerne, se retrouve dans les groupes de pression des retraités qui se développent dans les années 1990 sous le terme de « pouvoir gris ». La problématique du vieillissement contribue à

[21] Thérèse Clerc est décédée en 2016 à l'âge de 89 ans, elle n'a jamais habité la résidence des Babayagas.

l'émergence d'alliances qui s'élèvent contre le pouvoir d'Etat. Mais ce pouvoir, personne ne peut se l'arroger puisqu'il renvoie à la symbolique de la paternité, qui, de notre point de vue, n'est rien d'autre que la contribution de la personne, au sens du métier.

> *« Or le pouvoir, quel que soit le domaine concerné, mesure intrinsèquement en chacun la part de ce qu'il fait pour tous, non la pression que peuvent à travers lui éventuellement exercer le trust ou le syndicat dont il est vain, croyons-nous, d'espérer qu'ils accroissent, ce qu'ils ne font, au vrai, qu'intercepter. »* (Gagnepain, 1994, p. 65)

Si le pouvoir renvoie à la problématique de la paternité, il convient de rappeler que cette capacité implicite de service, qu'on s'en acquitte ou qu'on en bénéficie, est affaire de convention. Autrement dit, qu'elle assume le service ou qu'elle en profite, la personne a ainsi la capacité de construire des frontières contributives. Ces délimitations implicites de « l'être pour » renvoient à des frontières identitaires d'appartenance de « l'être avec ».

> *« Ici ce que l'homme invente c'est l'hostilité. Les Romains par exemple, définissaient le civis comme le contraire de l'hostis. C'est parce que on avait le même ennemi qu'on devenait concitoyens. On ne se ligue jamais que contre. »* (Gagnepain, p.139, 1994)

Notre capacité à nous opposer, à nous singulariser fait de l'histoire un conflit permanent et porte en germe notre capacité d'association. Les participations citoyennes des retraités démontrent que nous avons tous notre part de responsabilité dans le groupe auquel nous appartenons. Emmanuel Mounier ne nous dit pas autre chose :

> *« Exister, c'est dire oui, c'est accepter, c'est adhérer. Mais si j'accepte toujours, si je refuse et ne me refuse jamais, je m'enlise. Exister personnellement, c'est aussi et souvent savoir dire non, protester, s'arracher (…) La rupture, le rebondissement sont bien des catégories essentielles de la personne. »* (Mounier, 1951, p. 65)

Nous retrouvons ici la dialectique de la divergence et de la convergence, au fondement de la personne, qui permet d'accéder à l'histoire en délimitant implicitement des frontières identitaires et contributives.

2.2 Altruisme et altérité

Au même titre que les professionnels, les retraités qui interviennent bénévolement dans les établissements médico-sociaux participent de ce principe, qui met en jeu notre capacité à faire pour autrui. C'est ce souci de l'autre, cette capacité d'altruisme, qui, comme nous l'a montré Nathalie Rigaux, se réfère de plus en plus dans le domaine qui nous concerne, à la notion de « care » ou de « prendre soin ».

> *« Ce mouvement altruiste que nous avons vers autrui*, *ce sentiment de la nécessité d'être utile socialement, de servir à quelque chose, trouve son origine dans la dette que nous avons contractée de par notre naissance, vis-à-vis de ceux qui nous ont précédés et qui nous permettent d'être ce que nous sommes. »* (Dartiguenave, 2008, p. 144)

Ce devoir être social, au sens de la *responsabilité* au fondement du lien social, trouve sa réciprocité dans l'*appartenance* qui nous classe parmi nos pairs dans un rapport d'altérité. La sociologie clinique, tel que nous la concevons, cherche à poser ce qui fonde la relation à l'autre et à autrui dans un face à face implicite entre *appartenance* et *responsabilité*. *Appartenance* et *responsabilité* s'analysent réciproquement, autrement dit, l'analyse, qui permet le classement social, s'articule à la contribution sociale dont on est capable dans le cadre de la répartition des services. Inversement, l'analyse qui permet de vivre son rapport à autrui dans le cadre de la contribution sociale, s'articule à la distinction qui nous classe parmi nos pairs. On comprend dès lors la crise identitaire, vécue au moment de la retraite par exemple ou lorsque le vieillissement oblige à se déprendre d'une responsabilité ; car un changement du côté de la responsabilité renvoie nécessairement à un changement du côté de l'appartenance ; réciproquement, un changement au niveau de l'appartenance, lors du décès d'un conjoint par exemple, entraine nécessairement une modification du côté de la responsabilité.

Il apparaît également que l'entrée en établissement n'est pas toujours sans conséquence sur cette capacité d'institution. Lorsque la personne vient vivre dans un établissement, elle laisse derrière elle tout ce qui fait son identité, tout ce qui lui permet de sortir du rang, de se distinguer et de se classer par rapport à l'autre. Tous les indices qui lui permettent de mesurer son *appartenance* disparaissent. Elle vit un véritable changement de statut, une rupture dans la reconnaissance sociale, porteuse d'un conflit possible. La personne peut alors vivre un conflit de classe interne qui nous fait dire qu'elle est en crise avec elle-même, qu'elle vit un déclassement. Dans le même temps, il arrive que la famille prenne le pouvoir sur son histoire

et cette confiscation de la responsabilité, souvent accentuée par les professionnels dans l'aide aux actes de la vie quotidienne, peut alors dérégler chez la personne sa capacité à faire pour autrui. Cependant, les questions fondamentales qu'il faut nous poser sont les suivantes : l'humain garde-t-il sa capacité à faire histoire, à prendre sa part de responsabilité jusqu'au bout de son existence ? Si ce n'est pas le cas, y-a-t-il différentes manières de perdre cette capacité de *prise historique* ? Ce sont ces questionnements que notre clinique du vieillissement approfondira dans la deuxième partie de notre travail. Cependant, nous pouvons déjà tenter de nous familiariser avec les hypothèses qui découlent de l'anthropologie clinique, pour mieux nous préparer à leur appropriation. L'anthropologie clinique suggère que l'existence humaine est le produit du rapport dialectique entre un sujet naturel et une instance ethnique ; où s'articule réciproquement appartenance et responsabilité. Dans le champ psychiatrique, différents types de troubles pathologiques sont envisageables selon cette dynamique contradictoire et dialectique. Si certains reposent sur la carence ou la dégénérescence du sujet naturel, d'autres reposent sur l'excès ou le déficit de l'instance personnelle. Cette distinction, nous servira de repères dans notre clinique des dysfonctionnements relatifs au vieillissement. Nous analyserons et discuterons de nos observations dans le premier chapitre de la deuxième partie de notre recherche, intitulé : *« Prise et déprise historique ».*

Mais pour l'heure, poursuivons la déconstruction de notre objet à partir d'une autre réalité humaine. Celle qui permet à l'homme d'introduire de la distance dans ses activités, par la médiation des techniques.

3. Le vieillissement techniquement appareillé

Le développement de la « gérontechnologie » donne de plus en plus de place à ce vieillissement techniquement appareillé, et nous montre à quel point, les industriels font preuve d'ingéniosité pour intervenir sur les dysfonctionnements relatifs au vieillissement. Si ce développement s'inscrit dans un contexte historique de vieillissement démographique, il n'empêche, que les innovations techniques du 21ème siècle participent du même principe, que l'invention de la roue ou de l'avion à réaction.

3.1 Prothèse, habitat et pharmacopée

De tout temps, pour palier l'amputation d'un membre, l'homme a cherché à fabriquer des prothèses. Pièces de rechanges du mécanisme humain, elles sont de plus en plus sophistiquées, et aujourd'hui, c'est vers la prothèse d'organes que la recherche tend à se développer. Si les procédés de fabrication ont évolué avec les matériaux, le principe d'appareillage, qui cherche à dépasser ce dont naturellement l'homme dispose, reste le même. Soit, la technique remplace une partie du corps manquant, soit, elle vient soutenir ou améliorer sa fonction naturelle. Si les guerres du siècle dernier ont permis l'essor de nouvelles techniques prothétiques et de l'industrie qui les développe, aujourd'hui, c'est le vieillissement qui stimule l'ingéniosité humaine. Lunettes, prothèse auditive, prothèse de hanche, stimulateur cardiaque ou cérébral, exosquelette…, permettent au corps de retrouver perceptions et motricité. La « Silver Economie » est le nouvel Eldorado et l'antichambre des nouvelles technologies à « connexion » corps machine. Des milliardaires dépensent des sommes faramineuses dans la recherche pour lutter et contrer techniquement le vieillissement. Dans sa thèse de sociologie « Le Métal et la Chair », Maxime Derian interroge l'interface homme machine :

> *« Le corps humain a donc la possibilité de devenir le support ou le réceptacle de divers outils électroniques. La technique médicale et scientifique contemporaine permet d'utiliser la Chair comme matériau. Les objets informatisés, implantés comme détachables, permettent aussi bien de réparer un organisme que de lui conférer des propriétés nouvelles. »* (Derian, 2013)

Le recours à des implants, pour lutter contre les limites relatives à notre condition humaine, alimente l'imaginaire de l'idéologie matérialiste qui vise à la santé parfaite. L'industrie électronique est en pleine expansion et contribue à la transformation de l'habitat du futur. La domotique représente les technologies utilisées dans la maison « connectée » pour centraliser les équipements. La maison prend le contrôle du chauffage, de la vidéo, des volets, portes, prises électrique, appareils ménagers… et apporte des solutions techniques de confort, de loisirs, de sécurité et d'économie d'énergie. La maison « prend soin » du foyer et de ses habitants et il en va de même pour le mobilier. Pour le maintien à domicile des personnes vieillissantes, le fauteuil connecté permet d'évaluer l'état de santé de la personne qui y est assise. Les principales fonctions corporelles sont mesurées et retransmises sur tablette, smartphone ou télévision. La personne peut ainsi prendre connaissance de sa fréquence

cardiaque, de sa pression artérielle, de son poids, via le fauteuil connecté qui prend en charge la surveillance des données. *« Le fauteuil intelligent est ainsi doté de capteurs et de microsystèmes intégrés (dans le dossier ou encore les accoudoirs). Leurs missions ? Surveiller et prendre soin de la santé de son occupant ! Surveiller en mesurant les principales fonctions corporelles de la personne assise. Prendre soin en lui indiquant la posture idéale à adopter. »* Connecté à une plateforme web, le fauteuil Gewos, élaborée par la société allemande Fraunhofer-Gesellschaft, a aussi la particularité de se transformer en rameur, permettant de faire de l'exercice et d'être coaché avec conseils et encouragements.

Dans les établissements pour personnes vieillissantes, l'introduction d'un service d'ergothérapie est récente. Elle correspond à l'augmentation des troubles liés à la motricité et cette activité spécifique s'oriente vers la gestion du matériel ambulatoire et de confort. L'espace professionnel qui lui est réservé, correspond rarement à la finalité de cette activité. Les nouveaux établissements prévoient désormais une salle de stockage pour ce matériel encombrant que sont les fauteuils roulants, les lève-personnes, les déambulateurs, les verticalisateurs, les matelas à air, les coussins, les orthèses… Cette gestion de matériel laisse peu de temps au professionnel ergothérapeute pour les activités spécifiques d'ergothérapie, ainsi que pour l'observation des dysfonctionnements relatifs au vieillissement. Qu'est-ce qui s'active quand une personne prend une brosse à cheveux, posée à côté de son assiette, pour manger sa soupe ? Qu'est-ce qui se passe, quand une personne met tous ses aliments en dehors de son assiette ? Il y a là, matière à observer pour l'ergothérapeute et les moments du repas et de l'activité en général peuvent devenir source de connaissance.

> *« La neuropsychologie distingue des paralysies, c'est-à-dire des atteintes de la motricité, mais aussi des apraxies, c'est-à-dire des atteintes des contours du geste. Enfin, au-delà, la pathologie isole des patients qui perdent l'intelligence technique, traditionnellement vue comme une apraxie particulière, qualifiée d'idéatoire, et que l'on peut dénommer de façon plus adéquate comme une atechnie »* (Guyard, 2009, p. 32).

La plupart du temps, le vieillissement est marqué par des difficultés de mouvements qui entravent les déplacements, les mobilisations et qui insécurisent la personne vieillissante. Cependant, il ne s'agit pas toujours de motricité ou de praxie car la médiation des techniques implique une abstraction. C''est elle qui fonde le savoir-faire du fabricant et le savoir-faire de l'utilisateur. Tous les résidents ne sont pas en capacité d'utiliser l'alarme qu'ils ont autour du

cou ; et il nous revient en mémoire Mme S. qui parlait dans sa sonnette comme dans un micro pour alerter le personnel, au lieu d'appuyer sur le bouton rouge. Nous avons eu également l'occasion d'observer plusieurs fois M. H., un homme de 89 ans, diagnostiqué Alzheimer, qui utilisait son déambulateur comme un outil pour tasser le sol en arpentant la galerie. Lorsqu'il avait terminé sa tâche, il repartait avec son déambulateur sur l'épaule à la manière d'un paysan portant sa pelle. Ces situations illustrent une utilisation abstraite de l'outil, qui montrent que l'homme introduit de la distance dans toutes ses façons de faire. Dans le second cas, comment l'ancien métier, qui relève du déterminisme social, vient orienter l'utilisation technique ?

Du point de vue de l'outil, le vieillissement est le résultat de la rationalité technique dont l'homme est capable. Grâce au progrès de la médecine et de la biologie, les dysfonctionnements du corps sont de mieux en mieux repérés et réparés. La technicité dans le dépannage du corps se donne à voir également à travers les prises de médicaments qui se multiplient avec l'avancée en âge. Les traitements médicamenteux de certains résidents sont faramineux et les effets iatrogènes sont nombreux. La distribution des médicaments fait l'objet de procédure pour garantir le maximum de sécurité. Le stockage et le conditionnement des produits pharmaceutiques sont protégés car les risques qu'ils représentent sont vitaux. Cependant, les erreurs restent fréquentes dans les établissements, soit, par inversion, soit, par oubli. La charge de travail oblige parfois la personne responsable de cette tâche à interrompre son activité. Elle peut être dérangée par les autres résidents pendant sa distribution. Dans tous les établissements, c'est un point crucial qui interroge les tâches respectives des professionnels du soin. Dans ce domaine, elles sont souvent source de conflits entre aide-soignant faisant fonction et infirmier qui délègue.

3.2 La question de la lenteur

Canne ou déambulateur sont bien souvent les attributs de la personne vieillissante qui doit faire face à une fatigabilité croissante et à des pertes d'équilibre à mesure qu'elle avance en âge. Avec la désorientation, le risque de chute est une des principales raisons qui entraîne une inscription en établissement d'hébergement. Si la lenteur est l'apanage des vieux, elle contraste avec notre société de l'urgence et de la vitesse. Dès qu'on la nomme « apathie », elle devient même un trouble du comportement qui doit être enraillée à coup de « stimulation ». Au point qu'on peut se demander, si la vie en établissement est toujours respectueuse des rythmes de la personne vieillissante. Si les mouroirs du siècle dernier laissaient les personnes inactives, ne

sommes-nous pas en train de basculer dans l'excès inverse, en développant un style de vie hyperactif ? Si la question nous préoccupe, c'est bien parce que nous contribuons, par la mise en place de nos « plannings d'activités », à créer cette situation. Les animateurs sont bien placés pour se rendre compte que la course au « toujours plus » engendre un « surbooking », qui ne laisse pas de place au vide.

Les animateurs en gérontologie sont témoins de ces changements de rythmes, qui occultent la nécessaire lenteur du vieillard. L'idée d'un « vieillissement réussi », grâce à des « activités stimulantes », n'est-elle pas un frein pour prendre la mesure du « rien faire » ? La création des Pôles d'Activités et de Soins Adaptés participe à ce mode hyperactif qui entraine des personnes de 95 ans et plus à un rythme axé sur l'éveil, là où il faudrait du repos. Il arrive que certaines personnes s'endorment dans la galerie principale, au lieu de se reposer tranquillement dans leur lit. Il arrive que les premiers à bénéficier d'une sieste dans leur chambre, sont ceux en capacité de s'y rendre seul ou de donner leur avis avec suffisamment de tempérament. Il est vrai que le manque flagrant de personnel ne permet pas d'effectuer tous les trajets nécessaires à un accompagnement opérationnel et efficace**.** La diffusion des « bonnes pratiques » et de la « bientraitance » ne cache-t-elle pas l'inefficacité de l'organisation, qui n'a pas les moyens fonctionnels de la tâche à accomplir ? La lenteur des personnes vieillissantes, dans tous les actes de la vie quotidienne, rend le moindre des déplacements, la moindre aide technique très chronophage pour les soignants. Raccompagner dans sa chambre un résident qui a besoin de quelqu'un à ses côtés pour marcher, peut prendre parfois plus d'un quart d'heure. Il faut marcher à son rythme, l'aider à s'asseoir, l'accompagner aux toilettes si besoin, l'attendre, l'écouter. Les résidents portent une « sonnette » autour du coup pour appeler lorsqu'ils ont besoin d'aide**.** Quand le personnel est occupé ailleurs, il ne peut pas courir pour répondre à l'appel**.** Il se trouve pris dans une situation de lenteur, alors que dans le même temps, il est dans une situation d'urgence. De son côté, le résident doit alors attendre qu'un soignant soit disponible, parfois pendant plus de 20 minutes. C'est une situation très inconfortable pour les résidents et pour les soignants**.** Le secteur de l'hébergement des personnes âgées est en constant sous-effectif, alors que dans le même temps, les pathologies s'alourdissent, les tâches à accomplir se multiplient, sans compter la nécessaire prise en compte de l'autonomie à préserver. Il y a là, un réel déni du travail à produire et les limites du faire sont en tension permanente. L'activité est constamment perturbée par ce manque de moyens humains. Nous rapportons ici la déclaration d'un soignant dans le cadre d'un « évènement indésirable », qui illustre, très précisément, ce manque de moyens :

« Situation difficile lundi soir (férié) 2 soignants pour donner à manger à 3 personnes en chambre, servir le repas au salon aux autres résidents, plus donner à manger à 4 personnes, faire la vaisselle ainsi que le nettoyage et coucher les résidents. Certains résidents sont laissés malheureusement sans accompagnement. Situation stressante pour le personnel. »

Le corps des soignants est mis à contribution et les pathologies liées à la fonction s'observent dans tous les établissements, qui doivent faire face à de plus en plus d'arrêts pour maladie ou accidents de travail. S'ensuit un cercle vicieux, où la charge de travail entraîne des absences de personnel, qui, n'étant pas toujours remplacées, alourdissent la charge de travail. Si nous n'aborderons pas davantage cette question, il n'empêche que le vieillissement est « techniquement appareillé » par le corps de soignants qui portent, soutiennent, tirent, lavent, habillent, donnent à manger…. Nous ne sommes plus ici dans le domaine du *devoir être* relatif au monde social et à la répartition des services, mais dans celui de la tâche, relative au *pouvoir faire* que nous rapportons à la technique, telle une course impossible vers l'efficacité.

L'arrivée de nouveaux professionnels dans les établissements pour personnes âgées vieillissantes et l'amélioration continue de la qualité, alourdissent la charge de travail des soignants. Quelques exemples, observables au quotidien, suffisent à l'illustrer et à donner un aperçu de l'évolution des pratiques. Lorsque le médecin coordonnateur, en collaboration avec le chef cuisinier, entreprend d'améliorer la nutrition ; ce sont les soignants, à qui il incombe de distribuer la quarantaine de crèmes enrichies au moment du goûter. Lorsque l'ergothérapeute entreprend d'améliorer la gestion du matériel ; ce sont les soignants, à qui il incombe de faire le suivi et l'entretien des matelas à air, des déambulateurs, des fauteuils… Lorsque la psychologue entreprend d'améliorer le projet personnalisé ; ce sont aux soignants à qui il incombe de noter les habitudes de vie du résident sur le logiciel prévu à cet effet. Lorsque le qualiticien, en collaboration avec l'équipe de restauration, entreprend de lutter contre le gaspillage alimentaire ; ce sont encore les soignants, à qui il incombe de trier les déchets après le repas dans différents récipients, pour que ceux-ci puissent être pesés. Quand la direction s'engage, contre la modique somme de 30 000 €, à participer à une étude sur le temps consacré à l'accompagnement ; ce sont les soignants qui doivent chronométrer le temps de soin, passé auprès des résidents. Quand l'infirmière, responsable du suivi pondéral, contrôle son tableau de bord ; il revient aux soignants de trouver le temps pour peser les résidents. Quand la cadre de santé entreprend d'améliorer l'organisation d'une équipe, dans une démarche participative de résolution de problèmes, au final, ce sont des changements de procédures et des tâches

supplémentaires pour les membres de l'équipe soignante. Ce ne sont là que quelques exemples de ce qui se joue avec l'inflation des procédures et des « bonnes pratiques ». En bout de chaîne, le travail des soignants s'alourdit des tâches dont les nouveaux acteurs professionnels (médecin coordonnateur, psychologue, ergothérapeute, qualiticien…) se délestent, au détriment de la qualité du soin, alors que paradoxalement, c'est la qualité qui est recherchée. L'effort est de toujours pousser plus loin et il n'y a guère de place pour le temps perdu car le « soignant » a toujours « la tête dans le guidon ». Reconnaissons que l'animateur participe à sa manière à ce délestage, car quand une sortie au cinéma est organisée, là encore, ce sont les soignants qui font en sorte que la personne qui a besoin d'aide, soit prête à l'heure dite.

Nous pouvons voir à l'œuvre une organisation fonctionnaliste qui repose sur une division verticale du travail, telle qu'elle est promue par Taylor, avec une séparation entre la conception des tâches et leur exécution. Ce qui introduit une division radicale entre ceux qui conçoivent et ceux qui produisent. L'exécutant n'est pas là pour penser son travail puisque d'autres le font à sa place. Ce qui dans le même temps le dépossède de sa propre expertise. L'homme devient un rouage de la machine organisationnelle. Notre réflexion sur le vieillissement appareillé interroge l'homme-outil en tant que matériaux humains disponibles pour la tâche à accomplir. Ou, pour le dire autrement, les soignants ne sont-ils pas pris dans une technicité empêchée qui les dépasse ? Si on considère que c'est l'humain lui-même qui devient l'outil de travail, l'efficacité implique la multiplication de l'outil, pour redonner à l'humain le délestage qui lui revient ; car l'homme débordera toujours de la machine. C'est la personne qui est ici instrumentalisée à outrance. Alors qu'on ne demande pas à une voiture d'avoir la capacité d'un car ; on demande à un soignant d'être partout, de tout faire et de s'occuper de 36 personnes à la fois. L'être humain prend une distance par rapport à son activité naturelle et si celle-ci est empêchée, elle s'enraye et tend à l'inefficacité. Cette distance est parfois impossible à prendre et quand cela se détraque, on invoque la maltraitance passive qu'on pare aussitôt de « bonnes pratiques », qu'on déballe comme par magie. En ce début d'année 2018, l'actualité syndicale des établissements pour personnes vieillissantes met les agents, que sont les soignants, sur le devant de la scène, pancarte à la main pour réclamer la multiplication des effectifs. Pour être pragmatique, peut-être pourrait-on commencer par supprimer toutes les tâches qui sont induites par les autres professionnels. Ce qui permettrait aux soignants de développer leur savoir-faire et leur ingéniosité. Le manque de main-d'œuvre est aujourd'hui problématique dans tous les établissements et ceux-ci font face à des difficultés de recrutement sans précédent. La solution, qui semble se profiler pour les années à venir, convoque la technique dans toute son

ingéniosité ; et si le robot soignant n'a pas encore sa place dans les établissements, c'est que les concepteurs travaillent encore sur des problèmes, qui relèvent de la sécurité.

4. Le vieillissement moralement éprouvé

Nous l'avons vu, la personne vieillissante qui entre en maison de retraite le fait rarement de « gaieté de cœur ». Elle peut s'y être préparée, l'avoir anticipé, c'est à un chamboulement identitaire que la personne doit faire face. Il en découle une mesure d'appréciation de la situation qui n'est pas toujours consciente pour la personne qui l'éprouve. Là, où la perte de repères que constitue l'entrée en établissement provoque de l'émotion qui ressort d'une immédiateté ; l'analyse qu'en fait la personne procède d'une *appréciation* concernant la bonne ou mauvaise manière de se comporter dans cette nouvelle vie. Eprouvé moralement, le vieillissement reviendrait alors à estimer le prix que coûte cette transformation, ce changement de statut social. Cette situation peut générer une inquiétude, un sentiment d'échec, une culpabilité face à un vieillissement qui ne serait pas « réussi ».

4.1 De la culpabilité

Confrontée à la question de son vieillissement et de sa mort à venir, la personne vieillissante, obligée d'entrée en établissement, peut parfois se sentir coupable de faire souffrir son entourage. La culpabilité éprouvée peut alors se traduire par une agressivité envers ses enfants, comme s'il s'agissait de leur faire payer le coût de cette transformation qu'elle ne peut assumer. Si elle en vient à se culpabiliser, c'est qu'elle se trouve en position de ne plus pouvoir satisfaire les attentes de ses enfants. De leur côté, il arrive que ces derniers soient parfois dans le déni du vieillissement et attendent encore beaucoup de leur parent, comme s'il refusait de les voir vieillir et mourir. La personne en vient alors à souffrir de décevoir ses enfants. Le vieillissement moralement éprouvé, devient alors une faute qui se traduit par ce questionnement : « Mais qu'est-ce que j'ai fait au bon Dieu pour mériter ça ? »

Le vieillissement n'est pas éprouvé uniquement par la personne vieillissante et la famille est souvent affectée par cette situation d'entrée en établissement. Si les familles ne réagissent pas toutes de la même manière, les membres d'une même fratrie n'éprouvent pas tous les mêmes sentiments vis-à-vis de ce changement de vie, qui les concerne autant que leur parent. L'éprouvé

ne relève pas d'un consensus social, car tous n'ont pas le même idéal, ni les mêmes exigences vis à vis de leur parent et vis-à-vis de l'établissement. La culpabilité, engendrée par le « placement », qui, rappelons-le, reste encore souvent à l'initiative de la famille, peut facilement se projeter sur le personnel. L'agressivité de certaines familles, qui se révèlent particulièrement exigeantes, rend la relation difficile, comme nous l'explique Jean-Claude Quentel à propos de réactions de parents d'enfants en situation de handicap :

> *« Cette agressivité se révèle parfois très forte, rendant l'échange plus ou moins provisoirement impossible entre le parent ou le professionnel ou, plus largement l'établissement dont l'enfant relève. Elle hypothèque alors sérieusement le contrat qui, explicitement ou implicitement, lie le prestataire de service en question à celui qui, en principe, lui a formulé une demande d'intervention (on sait que, dans les faits, ceci est loin d'être aussi simple). La culpabilité prime à ce moment-là sur la responsabilité ; plus exactement, celle-ci ne peut-être sereinement exercée du fait que celle-là réclame un apaisement qu'elle ne connait pas encore. Dès lors, c'est comme si le parent transposait le « c'est de* ma *faute ! » qu'il éprouve en « c'est de* sa *faute ! »* (Quentel, 2008, p.112)

Ce qui vaut ici, pour les parents d'enfants handicapés, vaut également dans les situations de vieillissement, moralement éprouvé par les familles. La projection sur l'autre de ce sentiment de culpabilité, qui se traduit par de l'agressivité vis-à-vis de l'établissement, renvoie au fait que certaines familles peuvent se sentir coupable, de ne pas tenir leur rôle vis-à-vis de leur parent vieillissant et de ne pas agir pour le mieux. Lors des hospitalisations ou lorsque la santé de la personne vieillissante se détériore, la famille va venir exprimer son ressentiment vis-à-vis de l'équipe soignante. Cela peut aller jusqu'à remettre en cause les compétences professionnelles. Ils en viennent à délégitimer l'équipe et à projeter leur culpabilité en agressivité. Il s'agit alors, pour le professionnel, de reconnaitre la souffrance de la famille et de l'aider à y faire face.

A la résidence, si le comportement de la famille devient trop insistant, une réunion de régulation avec l'équipe lui sera proposée. C'est l'occasion de faire le point sur le projet d'accompagnement de la personne, pour dépasser la situation de blocage et apaiser le ressentiment. Certaines familles parviennent à prendre une certaine distance vis-à-vis de leur comportement, à prendre du recul. Cependant, si cette distance est excessive, le doute, qui les assaille face à l'entrée en établissement, peut se présenter sous la forme d'un questionnement :

« Ai-je bien pris la bonne décision ? » Ce doute est d'autant plus prégnant, quand la personne vieillissante, a, elle aussi, du mal à apprécier son nouveau lieu de vie. Cela peut alors se traduire par une présence inquiète de la famille, qui a constamment besoin d'être rassurée dans ses choix par l'équipe soignante. Cela peut se traduire par une forme de déception, chez la personne vieillissante, qui en vient à douter de sa capacité à se satisfaire de sa nouvelle vie.

Le vieillissement est moralement éprouvé par le personnel qui en a la charge. De certaines situations de travail découlent une détresse, qui rend compte de l'analyse de la culpabilité, relative au désir de bien faire son métier. L'expression de cette culpabilité se donnent à voir lors des « débriefings », orchestrés par la psychologue après les décès. En invitant les membres de l'équipe à exprimer leur ressenti face à la situation, il s'agit de susciter la verbalisation pour évacuer un mal-être possible. Lors de ces échanges, certains soignants peuvent exprimer des manquements éventuels dans l'accompagnement : *« Si j'avais su, j'aurais passé plus de temps avec lui »*. Nous avons observé des soignants se sentir coupables de leurs actions : *« Quand je pense qu'on l'a fait marcher le matin même, on n'aurait peut-être pas dû » ;* ou encore *« Dire que la veille, j'ai insisté pour qu'elle vienne au pôle d'activités, je comprends qu'elle avait plus envie de se reposer »*. Jean-Claude Quentel nous donne la mesure de cette culpabilité :

> *« La culpabilité trouvant son fondement dans un processus autonomisable de légitimation qui fait intervenir la réciprocité du réglementant et du réglementé ou, respectivement, du gage et du titre, c'est à ce niveau que se trouve renvoyé celui qui veut comprendre cette nécessiter de « rechercher », voire d'« inventer » la faute. Mais c'est à ces processus également qu'est conduit celui qui veut agir sur la souffrance qui en découle. Il convient cependant de ne pas oublier que la culpabilité constitue la condition même d'un bon fonctionnement éthique : elle révèle en effet l'impuissance de celui qui l'éprouve à se conformer à la norme et, du même coup, elle l'amène déjà à tenter de réguler son comportement. La culpabilité traduit un écart de* cens *(pour reprendre l'écriture proposée par Jean Gagnepain) : sorte de clignotant signalant que les conditions implicitement posées n'ont pas été remplies et que l'engagement qu'elles supposaient n'a pas été honoré, elle se trouve déjà grosse d'interdit ou d'abstinence. Autrement dit encore, profondément humaine, la culpabilité ne saurait être totalement évacuée, sinon ce serait la liberté même de l'homme (saisie dans sa dimension éthique) qui disparaîtrait du même coup. »* (Quentel, 2008, p.230)

Si l'homme, comme l'animal, a la capacité de mettre en forme son désir, au sens d'un traitement de la pulsion, il a la capacité de l'analyser culturellement pour dépasser la satisfaction immédiate. C'est le concept d'*abstinence,* qui est retenu pour expliquer cette négativité, cette auto-structuration, qui nous fait humain sur le plan de la norme. Il s'agit d'exigences éthico-morales qui ne doivent rien au social – même si c'est le lieu de leur actualisation et de leur observation – mais s'origine dans la manière qu'à tout homme de légitimer son désir naturel. La culpabilité, c'est cette exigence à la norme, que l'homme se donne en acculturant son désir. L'épreuve de la culpabilité se donne à voir lorsqu'on n'a pas suffisamment contrôlé son désir, pas suffisamment payé le prix pour le bien obtenu. Cette exigence, qui ne relève plus du social mais de la légitimité, structure notre désir au regard de ce qu'on a coutume d'appeler la conscience morale.

On doit à Max Scheler, d'expliquer cette analyse dans « l'homme du ressentiment » par l'ascétisme chrétien :

> *« L'ascèse chrétienne, avant d'avoir subi l'influence de l'Hellénisme décadent, n'avait pas pour fin de comprimer, moins encore de déraciner les instincts naturels, mais bien de les maîtriser, de les dominer, et de les pénétrer peu à peu d'âme et d'esprit. Ascèse positive, nullement négative, qui tend à libérer les plus belles forces de la personnalité des limitations imposées par l'automatisme des instincts inférieurs. »* (Scheler, [1912], 1970, p. 137)

Il montre comment l'être humain, loin de rester sur ce renoncement, se réalise dans le même temps en projetant une satisfaction humainement maîtrisée sur son désir. Par le jeu de l'auto-rationnement, l'homme pose lui-même les conditions de la satisfaction qu'il s'autorise. D'une certaine façon, chaque humain mesure implicitement le prix qu'il a à payer et le bien qu'il peut se donner. La culpabilité qui s'origine du côté du gage, quand je n'ai pas payé le prix de la satisfaction que je vise, c'est la notion de faute. Réciproquement, la déception qui s'origine du côté du titre, lorsque le bien n'est pas à la hauteur des espérances, c'est la notion de perte. Ici aussi, comme pour le déterminisme social, les deux faces s'analysent réciproquement.

4.2. De la déception

Ce temps de débriefing, lors des décès, permet de se remémorer les échanges avec la famille du défunt. Ce moment peut être chargée d'émotion pour les membres de l'équipe : *« Quand j'ai vu sa fille en larme, je n'ai pas pu m'empêcher de pleurer, j'ai été obligé de sortir parce que c'était trop. »* ; *« Quand son fils nous a remercié, je sentais les larmes qui commençaient à monter »* ; *« C'est dur, j'étais là … je n'savais pas quoi leur dire ... pour moi c'était la première fois. »* C'est aussi l'occasion d'exprimer ses affects vis-à-vis de la personne disparue : *« Je l'aimais bien moi, il va me manquer, il était drôle. »*, ou bien *« c'est quand même mieux pour elle, elle souffrait tellement, elle est libérée. »*

Le vieillissement moralement éprouvé aborde la fin de vie et il arrive que l'infirmière soit déçue par le choix du médecin de maintenir le traitement : *« On lui a dit de diminuer les médicaments, que ce n'était pas la peine de continuer à lui en donner autant. Lui, il la voit un quart d'heure et comme il la connait plaintive depuis tellement longtemps…, mais nous on voit bien la différence, on savait que ce n'était pas comme d'habitude, mais on est bien obligé de suivre la prescription. »* La satisfaction, n'est pas à la hauteur des exigences posées implicitement par l'infirmière, d'où sa déception. Il y a là le sentiment d'avoir perdu l'occasion de bien faire, il en reste du dommage, qui s'exprime dans un face à face entre *culpabilité* et *déception*.

Ce temps d'échange pluridisciplinaire peut aussi mettre les membres de l'équipe en tension, Nous avons observé une aide-soignante, affectée par le décès d'un résident et déçue par le manque de cohésion d'équipe, face à sa fin de vie: *« Depuis le temps que je disais aux infirmières qu'il fallait faire intervenir l'HAD (Hospitalisation à Domicile, équipe mobile en soins infirmier, spécialisée dans la fin de vie), nous on sait bien quand ça va pas, on les connait les résidents, on s'en occupe tous les jours, elles, elles ne font que passer dans les services. De toute façon, elles ne nous écoutent pas, alors, ça ne sert à rien de faire des transmissions. »* La soignante s'était fixée des exigences, vis-à-vis de la fin de vie de cette personne-là, qui l'avaient amené à demander l'HAD, pour la sérénité de ses derniers jours. Pour autant, elle n'a pas obtenu ce qu'elle espérait, alors que cela lui paraissait légitime. Cette déception, qui s'origine chez la soignante, découle du comportement des infirmières, qui n'ont pas été à la hauteur de ses attentes. Suite à son intervention pendant le temps d'échange pluridisciplinaire, l'aide-soignante a été réprimandée par la cadre de santé, pour son comportement agressif envers ses collègues. Ce qui montre, que la liberté de parole ne fait pas consensus et qu'elle répond aux

codes sociaux du « bien dire », à la légalisation du légitime. Ici, le médecin coordonnateur qui a rapporté à la cadre de santé les propos de la soignante, n'a pas entendu sa déception relative au manque de cohésion d'équipe. Il s'est senti attaqué dans ses compétences, car c'est le médecin, en lien avec les infirmières, qui engage par prescription médicale la procédure d'HAD. Dans les échanges qui invitent à exprimer son ressenti, ces malentendus sont propices à une forme de dérégulation, où par agressivité ou revendication, le désir s'égare dans le registre de l'altérité. *« Il semble plus facile, en fin de compte, de s'en prendre à l'autre qu'à soi-même, et de transformer sa souffrance en plainte adressée à autrui. »* (Quentel, 2008, p. 160)

Nous avons pu observer lors de ces débriefings, une retenue de la part de certains participants qui préfèrent se taire ou parler à un collègue en particulier et non au groupe. *« Je préfère ne rien dire, cela va encore me retomber dessus ! »* Ce qui prouve qu'on peut toujours s'exprimer jusqu'à un certain point et qu'on ne dit pas tout à tout le monde. C'est la relation dialectique du projet et de la norme qui permet à l'homme, en structurant ses désirs, d'introduire des repères d'exigence et de satisfaction. En étant au principe de l'éthique, l'homme fait fonctionner l'abstinence en élaborant une échelle des valeurs qui lui permet de juger son propre comportement et celui d'autrui. Ce processus de réglementation s'inscrit dans un face à face entre le gage et le titre. La réciprocité entre les deux faces procède d'une abstraction, analyse implicite, qui nous fait gager en fonction du titre visé, et réciproquement nous n'avons de titre à obtenir un bien qu'en fonction de ce que nous avons gagé.

> *« « En-gager son désir, c'est donc, conformément à l'étymologie, le règlementer du point de vue du gage, mais c'est aussi le réglementer du point de vue du titre en faisant preuve d'une certaine retenue. Cette réciprocité fonde précisément l'immanence de la norme, c'est-à-dire sa fermeture sur elle-même. »* (Id. p. 163)

L'anthropologie clinique pose l'hypothèse que la satisfaction humaine est le produit du rapport dialectique entre un désir naturel de projet et une instance éthique, où s'articule réciproquement le gage et le titre. Dans le champ psychiatrique, trois troubles pathologiques sont envisageables selon cette dynamique contradictoire et dialectique. Et là encore, il convient de se demander dans quelle mesure, le vieillissement ne vient pas entraver ce processus contradictoire qui nous autocensure. Certaines personnes vieillissantes sont plus plaintives que d'autres, elles n'arrivent pas à se satisfaire de leur sort, même dans les situations d'amélioration de leur santé. Il y a toujours quelque chose qui ne va pas, l'humeur reste morose comme bloquée du côté du deuil, comme un impossible retour à la satisfaction. Le bien n'est jamais à la hauteur de leurs

espérances. Le vieillissement tend à entraver le processus de légitimation et l'idéal reste coincé du côté de la culpabilité ou de la déception. C'est ce que nous serons amené à étudier dans le deuxième chapitre de la deuxième partie, que nous avons intitulé : *« Engagement et désengagement éthique ».*

Conclusion 2

Dans ce chapitre, nous avons cherché à séparer et différencier les points de vue sur le vieillissement humain, pour, dans un premier temps, aller au-delà de la diversité des vieillissements. Si le philosophe, le psychologue ou le sociologue n'en disent pas la même chose, ils ont cependant en commun de chercher à le définir et à l'expliquer à partir d'une construction logique. Cette construction peut tendre vers une visée scientifique, mythique ou poétique. Si la division entre ces visées n'est pas toujours très nette, il n'empêche que mettre des mots sur les choses, c'est là une spécificité humaine, que nous ne partageons pas avec l'animal, contrairement à la perception immédiate. C'est de l'ordre d'une nécessité explicative, qui donne au chercheur – parce qu'il fait partie de la communauté des humains – la capacité de manier des concepts et de les organiser en théorie pour penser. Le chercheur est donc amené à réfléchir de manière la plus scientifique possible pour penser son objet, afin d'en poser une identité et une unité conceptuelle la plus précise possible. Cette précision à l'œuvre fait retour sur les perceptions et les représentations, les transforme, les enrichit ; ce qui fait, qu'elles ne sont plus tout à fait les mêmes. D'une certaine façon, on peut dire qu'on ne voit plus tout à fait la même chose après l'avoir dite ; notre représentation s'en trouve transformée. Par la médiation des mots nous concevons logiquement les choses, ce qui dépasse la simple réflexion. On peut s'accorder sur le fait que l'animal réfléchisse et saisisse certains indices, on dit d'ailleurs qu'il sent les choses. Il est capable de les percevoir, de faire des liens entre les objets, de les mettre en série et d'en avoir une représentation. Pour autant, l'animal n'a pas de capacité conceptuelle, il se cantonne au niveau naturel du symbole représenté.

En nous interrogeant sur le vieillissement nous avons cherché à remettre en question, à voir comment différencier l'identité de notre objet et comment le séparer, pour en poser l'unité. L'explication par « l'intrication » du psychologique et du sociologique nous est apparue insuffisante et réductrice parce que juxtaposée, au détriment d'une différenciation des processus

anthropologiques. La nécessité explicative et scientifique impose plus de clarté conceptuelle, c'est pourquoi nous opérons une rupture vis-à-vis d'une sociologie clinique qui s'enferme dans une explication psychosociale. Le fait que les mots soient historiquement situés et mis en langue – nous pouvons dire psychiquement subjectivés – ne doit pas nous faire perdre de vue le principe logique, et tout autant psychique, sur lequel ils se fondent. Cette distinction nous permet de dépasser l'opposition subjectivé / objectivité car cette opposition conduit à des impasses, à des oppositions de type psychologique / sociologique, intériorité / extériorité… Nous en avons déjà discuté dans la première partie de cette thèse en distinguant la *nécessité explicative* de la *nécessité sociale*. Dans la recherche à visée scientifique, si l'explication objective permet de dire de quoi on parle, l'implication subjective permet l'appropriation, l'émergence à une personne qui parle. Il ne peut y avoir d'opposition logique puisque l'un n'empêche pas l'autre, nous pouvons même dire que l'un est la condition même de l'autre. Comme nous ne pouvons nier que ces principes fonctionnent ensemble, ils forment une unité anthropologique. C'est pour ne pas les confondre et savoir de quoi on parle qu'il nous faut les poser comme processus anthropologiques distincts et autonomes.

Nos hypothèses théoriques nous ont permis de différencier le vieillissement logiquement conçu, du vieillissement socialement élaboré. Nous avons alors cherché à expliquer ce dernier, à partir de l'*appropriation* que peut en faire la personne vieillissante. L'exemple des Babayagas de Montreuil, nous a permis d'expliquer cette capacité d'auto-structuration du social, qui encore une fois nous sépare de l'animal. En passant de l'explication d'une *logique conçue* à l'explication d'un *social élaboré* nous n'avons pas quitté le mode de désignation logique, à visée scientifique de notre objet. Nous avons précisément distingué des points de vue explicatifs, c'est-à-dire des causalités, qui trouvent leur unité en référence à une anthropologie clinique qui reconnait à l'humain quatre capacités raisonnables et différenciées.

Les associations et participations citoyennes relatives au vieillissement nous ont permis de rendre compte du processus d'historicité. Cette explication par l'ouverture à l'altérité et à la cité va au-delà d'une réflexion sur soi. Il s'agit d'expliquer le social par la notion de *dette* qui implique, de l'*autre* en soi. De fait, nous reconnaissons notre dette envers une sociologie clinique puisqu'elle nous permet la rupture épistémologique, qui nous invite à aller plus loin dans notre production de savoir. Notre questionnement de départ centrait notre recherche sur cette capacité de participation sociale chez la personne vieillissante. L'entrée en établissement confronte la personne à des professionnels de la relation du care et l'implique elle-même dans

cette relation. Il y a une réciprocité dans la relation de service, qui va au-delà de l'échange économique. C'est en cela que le vieillissement nous apparait spécifiquement sociologique parce qu'il fait rupture dans l'histoire de la personne, obligée de s'inscrire dans une relation d'aide. D'un côté comme de l'autre la relation de service construit de l'autrui et de l'autre.

Nous l'avons distingué d'un vieillissement techniquement appareillé, qui rend compte de l'ingéniosité humaine dans sa capacité à interroger l'efficacité d'un traitement, qu'il soit prothétique, pharmaceutique ou robotique. La technique a son abstraction propre sur laquelle se fonde la capacité d'utilisation des moyens techniques pour en tirer le plus grand bénéfice. Nous avons cherché à montrer comment les logiques instrumentales et managériales pouvaient enfermer les soignants dans une optimisation du faire et venir entraver la spécificité sociale de la relation d'aide. La théorisation de la rationalité instrumentale (Habermas) s'illustre par les logiques d'action observables, qui caractérisent aujourd'hui les organisations sociales dans leur course effrénées vers l'efficience et la performance. Nous la rapportons au concept d'appareillage, qui permet à l'homme de se délester d'un faire, qu'il projette sur l'autre.

De la même manière nous avons cherché à expliquer l'incidence du vieillissement sur le moralement éprouvé à partir de nos observations quotidiennes de la personne vieillissante et de son entourage. Si la capacité qu'à l'humain de se rendre libre, se négocie en permanence dans ses rapports sociaux, il n'empêche que cette capacité se fonde sur un processus différencié et analogue en son principe. Nos hypothèses nous conduisent à distinguer dans nos observations le plan axiologique du plan sociologique et à montrer cliniquement comment ces principes distincts agissent et interfèrent. Notre mode de penser l'humain, qui se réfère à une anthropologie clinique, nous oblige à cette distinction que nous approfondirons dans la partie clinique de notre recherche. Nous chercherons à aller plus loin que l'intrication du psychologique et du social en proposant deux chapitres explicatifs distincts. Le premier abordera le vieillissement sous l'angle de la *prise et déprise historique*, alors que le second rendra compte de *l'engagement et du désengagement éthique.*

Deuxième partie :
de la sociologie à l'anthropologie clinique

PREMIER CHAPITRE : La prise et déprise historique

« Ce n'est pas parce que des relations humaines ont un caractère absolument non normalisé et non réglementé qu'elles sont, pour autant non structurées. » Norbert Elias

Introduction

Il s'agit maintenant de mettre à l'épreuve notre clinique, tel que sociologiquement nous l'avons élaboré dans le cadre de nos fonctions d'animation et de coordination de la vie sociale dans un établissement pour personnes vieillissantes. Ce contexte collaboratif a d'emblée interrogé le *principe d'altérité* puisque le travailleur social et le chercheur n'ont pas la même *responsabilité* ni la même *appartenance*. Si nous nous inscrivons forcément dans ce qu'on peut appeler une observation participante, car c'est de notre activité que nous tirons nos réflexions cliniques, nous avons dû, dans le même temps, faire face à nos résistances. Ce qui n'a pas été sans mettre à mal, à la fois notre positionnement d'animateur et notre positionnement de chercheur dans l'élaboration de nos hypothèses. Cette bi-appartenance a engendré un dialogue contradictoire implicite, qui n'a pas été sans nous bousculer, nous obligeant parfois à faire le vide, à nous absenter de l'un et de l'autre, lorsque la tension devenait trop conflictuelle. En articulant notre raisonnement à ce jeu dialectique de la *convergence* et de la *divergence*, nous avons par étape, pris position dans le champ sociologique. Si travailleur social et chercheur sont exclusifs l'un de l'autre, ils se rejoignent cependant ici sur un point, c'est leur participation commune à l'élaboration d'un regard clinique sur la personne vieillissante. Regard, qui cherche à tirer un enseignement du vieillissement, abordé sous l'angle du « symptôme », de ce qu'on cherche à expliquer. En introduisant une hypothèse dans notre regard sur la personne vieillissante, les repères ou variations constitutifs de notre subjectivité se sont déplacés pour laisser place à notre identité scientifique. En modélisant l'*abstraction sociale* dont l'homme est capable, nous nous confrontons à notre propre analyse sociologique tant du point de vue de l'*appartenance* que de la *responsabilité*. C'est ce cheminement de l'*imprégnation* à l'*appropriation* d'un savoir, nous obligeant à nous dessaisir de nos certitudes et à devenir autre, que nous allons tenter dans ce chapitre de mettre à jour.

Les pannes relatives au vieillissement, auxquelles nous avons à faire face professionnellement, ne doivent pas nous faire perdre de vue la visée sociologique ; car c'est toujours la question de la participation sociale, au sens d'émergence à la personne, que nous interrogeons ici.

Réciproquement, s'il existe dans ce domaine un registre propre à l'humain, cela ne doit pas nous faire oublier la biologie dans lequel il s'inscrit. Nous utilisons ici le terme biologie au sens d'un corps proprioceptif naturel, qui s'adapte à un environnement, bien au-delà de sa seule anatomie et physiologie. En s'appuyant sur l'observation des dysfonctionnements relatifs au vieillissement, la clinique devient le lieu expérimental qui vient mettre à l'épreuve la théorie.

Comme nous l'enseigne Claude Bernard : *« On ne peut arriver à connaitre les conditions définies et élémentaires des phénomènes que par une seule voie. C'est par l'analyse expérimentale. Cette analyse décompose successivement tous les phénomènes complexes en des phénomènes de plus en plus simples jusqu'à leur réduction à deux seules conditions élémentaires, si c'est possible. »* (Bernard [1865], 1984, p.114) La référence à un biologiste peut surprendre mais c'est à l'homme de sciences que nous faisons référence ici. Son ouvrage sur la méthode expérimentale n'est pas un précis de biologie mais avant tout un ouvrage de théorisation scientifique. En ce qui nous concerne, la clinique nous invite à l'explication sociologique au regard de processus implicites qui fait de la personne une réalité abstraite. En partant de l'hypothèse que l'homme, contrairement à l'animal, pose implicitement des frontières culturelles qui structurent la relation, nous avons cherché à les piéger dans nos observations car *« la simple constatation des faits ne pourra jamais parvenir à constituer une science. On aurait beau multiplier les faits ou les observations, que cela n'en apprendrait pas davantage. Pour s'instruire il faut nécessairement raisonner sur ce que l'on a observé, comparer les faits et les juger par d'autres faits qui servent de contrôle. »* (Bernard, [1865], 1984, p.45) L'observation du normal ne permet qu'une spéculation de type philosophique sur le mode de fonctionnement de la personne, alors que l'observation des dysfonctionnements, comparé au modèle théorique, nous permet d'aller plus loin dans l'explication des phénomènes et la discussion de nos hypothèses. Défendre l'idée d'un déterminisme, spécifiquement sociologique, nous engage dans une argumentation qui oblige à catégoriser de manière logique la chose à dire. Dans le même temps, nous ne pouvons pas sociologiquement plaquer un modèle sur une situation sans confrontation. C'est la raison pour laquelle nous laisserons une grande part à la fin de ce chapitre à la discussion d'ordre épistémologique.

Nous présentons nos observations sous formes de tableaux cliniques qui articulent description, analyse et discussion. Construits de manière logique, car du point de vue de l'explication la rationalité est toujours logique, ils ressortissent avant tout d'une relation sociale spécifique et quotidienne de plusieurs mois et plusieurs années. Ils résultent de la collaboration entre le chercheur et le travailleur social, mais également d'échanges avec nos collègues soignants,

animateurs, psychologues et ergothérapeute. Si les mots pour expliquer le phénomène s'avèrent différents selon le professionnel qui parle, il n'empêche que nous nous accordons bien souvent sur l'étrangeté du phénomène observé. C'est cette proximité sociale, qui tout en nous confrontant à la clinique, nous permet d'interroger nos présupposés théoriques. Tout au long de notre investigation, en cherchant à dire ce qu'on a vu, ce qu'on voit et ce qu'on pourrait voir, en passant de l'observation du terrain à l'élaboration théorique, nous avons émergé à cet autre savoir. Le partager avec autrui, c'est là aussi notre contribution de sociologue clinicien.

En prenant appui sur des tableaux cliniques, relatifs à nos observations, nous cherchons à rapporter nos explications à la fois au traitement naturel gestaltique du sujet et au processus culturel propre à la personne. Nous proposons une analyse, suggérée par le modèle de l'anthropologie clinique, qui tente de rendre compte de cette distinction et d'en proposer un seuil différentiel. Bien que nous ne soyons pas dupe de l'artificialité d'un tel découpage, nous trouvons là, matière à penser dans cette manière de mettre en ordre la réalité, toujours relative, de la personne humaine, en tant que principe de relation à l'*autre* et à *autrui*. Dans l'approche sociologique, comme dans toutes sciences, c'est bien de l'analyse d'une analyse qu'il s'agit de rendre compte. Le fait clinique n'est pas donné, il n'existe pas à l'état brut mais découle d'une approche hypothético-déductive où l'idée est de concevoir une observation expérimentale qui s'efforce de mettre à jour les processus, au-delà de la diversité des contenus observables. Pour synthétiser le fonctionnement dialectique de la personne, nous présentons ici un tableau, qui, en posant nos catégories d'analyses et nos bases conceptuelles, va servir de référence à notre argumentaire.

<table>
<tr><th colspan="2">NATURE</th><th colspan="2">CULTURE</th></tr>
<tr><td>L'individu</td><td>Le sujet
Configuration gestaltique</td><td colspan="2">La personne
Processus culturel</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Anatomie
Physiologie</td><td rowspan="2">L'incorporation
Constitution du soma (somasie)
Mécanisme d'imprégnation de l'environnement
Par permanence et constance</td><td>Instance
L'abstraction ethnique
Vide structural singulier
Par différence et segmentation</td><td>Performance
Le réinvestissement politique
Retour au plein universel
Par association et partage</td></tr>
</table>

Nous commençons la présentation de notre démarche par un tableau clinique qui met en scène Louise, une résidente de l'Unité d'Hébergement Renforcé. Nous cherchons ici à repérer, du point de vue social, les processus culturels à l'œuvre par-delà les troubles mnésiques et comportementaux qui caractérisent la « maladie d'Alzheimer ».

> *« L'anthropologie clinique cherche le fonctionnement de la responsabilité sociale à travers ses dysfonctionnements cliniquement observables ; elle n'y parvient qu'en faisant l'hypothèse d'une dialectique ethnico-politique »* (Guyard, de Guibert, 2009, p. 187)

De fait, l'hypothèse d'un rapport dialectique entre une condition naturelle de sujet et une instance culturelle personnelle, doit pouvoir se vérifier dans la délimitation des relations d'appartenance et de responsabilité. C'est donc, à la clinique d'une analyse sociologique, particulièrement démonstrative, que nous invitons maintenant le lecteur.

1. La leçon de Louise

1.1 La description

Tableau 1

Louise est une femme veuve sans enfant, qui n'a pas encore 80 ans quand elle emménage à l'Unité d'Hébergement Renforcé. Elle arrive de l'Unité Cognitivo-Comportemental du centre hospitalier proche de son domicile. Ses frères et sœurs, alertés par le voisinage n'ont pas eu d'autre choix que de la faire hospitaliser. Si depuis plusieurs mois son comportement était pour le moins étrange, la situation s'aggravait. Sa voisine l'avait surprise en train de boire à même le sol dans une flaque d'eau. Un diagnostic de maladie d'Alzheimer probable avait déjà été posé quelques mois auparavant et son dossier médical précise qu'elle a été hospitalisée pour « incurie et syndromes démentiels ».

La consultation mémoire à laquelle Louise a été adressée quelques semaines après son arrivée dans l'établissement donne quelques informations sur son état et sa désorientation. Je rapporte ici un extrait de la lettre du Dr D. :

« (…) Madame L. est accompagnée de la psychologue de l'Ehpad où elle vit.

Cette patiente est atteinte d'une maladie Alzheimer évoluée. Avant de vivre à l'Ehpad, elle avait été hospitalisée en Géronto-psychiatrie, pour problème de maintien à domicile. Madame L. s'est bien adaptée à l'institution. Elle participe volontiers aux animations et aux activités (fait la vaisselle…) Elle se rend régulièrement à la messe.

Elle est de plus en plus désorientée dans le temps et dans l'espace et se croit chez elle. En fin de journée, elle a tendance à vouloir quitter l'institution. Elle est en service fermé. Elle dort plus ou moins bien la nuit. Pas de notion de somnolence diurne. Pour la psychologue de l'Ehpad où elle vit, elle ne pose pas de problème particulier à l'institution. Elle n'aurait pas de trouble du comportement productif. L'humeur est satisfaisante.

Sur le plan social, elle est veuve sans enfant et sous tutelle.

Le jour de la consultation, la patiente dit qu'elle est employée et qu'elle couche chez ses parents. Elle se croit en automne. Elle pense que les moissons viennent de passer. Elle ne sait pas en quelle année nous sommes. Elle n'a pas intégré qu'elle est en consultation à l'hôpital. Elle pense que je suis la femme du docteur. Elle ne connait pas sa date de naissance, ni le nom du président de la République.

Pour répondre à votre question je ne crois pas qu'il soit justifié de réintroduire un anticholinestérasique, de type ARICEPT, chez cette patiente déjà très évoluée dans sa maladie, mais ne posant pas de problème de comportement au sein de son institution. Elle pourra intégrer, éventuellement l'UHR si besoin. L'Ehpad n'est pas demandeuse d'accompagnement pour cette patiente, pour laquelle leur équipe a toutes les compétences afin de l'occuper.

Je ne propose donc pas de rendez-vous avec la neuropsychologue pour un bilan. Ce bilan serait d'ailleurs inefficace en termes de diagnostic étiologique, voire délétère pour la patiente.

Je ne la reverrai pas en consultation, sauf demande contraire de votre part… »

Effectivement, en arrivant dans le quartier, Louise a étonné le personnel soignant car elle a très vite pris ses marques. Elle met la table, balaye après le repas, plie du linge, fait la vaisselle… Sociable, sa discussion est agréable et elle apparait détendue, heureuse d'être là et toujours prête à rendre service. A

ma première visite dans sa chambre, elle me dit : *« Ah vous avez réussi à me trouver et à monter jusqu'à mon grenier. »* Elle différencie sa chambre du salon qu'elle partage sans souci avec les autres résidents du quartier. De ce salon elle peut apercevoir la porte de sa chambre, avec son nom écrit en grand, ce qui lui permet de s'y rendre quand elle le souhaite. Elle reste cependant incapable de s'orienter dans l'établissement. Elle partage ses journées entre le salon et sa chambre sans privilégier un endroit plus qu'un autre. Louise participe à de nombreuses activités et notamment le parcours de marche, qui a lieu à l'extérieur du quartier et que je co-anime avec l'ergothérapeute. D'humeur joyeuse elle a toujours beaucoup d'humour, ce qui ne l'empêche pas de rester cependant concentrée pendant l'activité. Un jour que nous lui présentons la consigne elle nous répond : *« Je ne fais pas les choses bien comme il faut, c'est que j'ai perdu l'habitude d'obéir à des patronnes. »*

Elle a créé des liens avec les résidents avec qui elle chante tous les mardis et donne volontiers des conseils pendant l'activité jardinage. Lors d'une visite, sa sœur est étonnée de voir Louise lui proposer et lui servir un café comme si elle était chez elle.

Les nuits sont parfois agitées pour Louise et les soignants ont alors des difficultés à gérer sa confusion. Il lui arrive de s'habiller et de se lever au milieu de la nuit, d'errer en chemise de nuit dans les salons ou de vider son armoire et de rassembler tous ses vêtements sur son lit. Ses propos sont alors incohérents et elle peut se montrer très susceptible, allant parfois jusqu'à s'opposer aux soignants.

Un jour que je suis assise à ses côtés dans le salon, Louise me montre la porte de sa chambre et me dit : *« Moi j'ai un passage secret, vous voyez la porte là et bien de l'autre côté j'arrive tout droit à la Ville Garon, en direct ».* La Ville Garon, c'est le village où Louise a passé son enfance. Elle en parle régulièrement, quand on la questionne sur sa vie. Elle dit qu'elle a été placée à 14 ans et qu'elle travaille toujours dans cette même maison où elle s'occupe des bêtes.

Un jour lors d'un repas, elle se demande si sa grand-mère est encore en vie. Je lui pose alors la question : *« Quel âge a votre grand-mère ? ».* Elle me répond *«*

74 ans, je crois. » **J'enchaîne :** ***« et vous, vous avez quel âge ? » « Oh, je ne sais plus trop… mais je dois avoir l'âge de me marier »*** **elle réfléchit puis ajoute comme une évidence** ***« 24 ans. ».***

Louise a participé au séjour vacances et dès son arrivée, le premier repas du soir fut pour elle une veillée funèbre. Il est vrai que Marie, assise en face d'elle, ne cesse de pleurer à chaudes larmes et de parler d'un disparu. Louise donne alors à Claude, un autre résident, assis en bout de table, le rôle du prêtre. Louise parle de la personne disparue en terme élogieux ***« c'était une bonne personne »*** **et Marie entre deux sanglots, de sa tristesse, de sa douleur.**

Si Louise semble reconnaître son entourage, résidents ou personnels, elle ne semble pas être capable de mettre un nom ou un prénom sur les personnes qu'elle côtoie. Exceptée une soignante qu'elle a baptisée Marie-Louise, qu'elle prend pour sa cousine et qu'elle reconnait à chaque fois qu'elle la rencontre, même après plusieurs jours d'absence de la soignante en question.

Louise a également créé un lien privilégié avec Jean qui vient en accueil de jour, quatre fois par semaine. A vrai dire, elle prend Jean pour son mari. Leur relation est singulière dans la mesure où Jean semble prendre ses marques chez Louise, plus que dans l'établissement proprement dit. Il a d'ailleurs fait de la salle de bain de Louise son « lieu d'aisance ». Je veux dire par là, que c'est chez elle qu'il va satisfaire ses « besoins » et non dans les toilettes du quartier comme les autres résidents accueillis à la journée. La complicité de « couple » se donne à voir également lors des thés dansants. Jean est très expressif et volubile dans les moments de fête. Il danse, sourit et joue aisément de la séduction, invitant à danser les unes et les autres. A ce moment-là, Louise a une attitude à la fois fière et gênée, comme une femme peut l'être des frasques de son mari. Il est vrai que dans les premiers temps, à son arrivée dans l'établissement, Jean se présentait comme investi d'une mission, un peu à la mesure du bénévole, qui s'implique dans une « dynamique de vie ».

Après quelques mois, Jean ne comprend plus pourquoi il est là et cherche de plus en plus souvent à sortir pour rentrer chez lui. Souvent après le repas du midi, il passe d'un quartier à l'autre par le jardin ou appelle les personnes de l'autre côté des portes sécurisées. Louise le suit la plupart du temps. Un jour,

plus énervé que d'habitude, Jean secoue les portes, dit que ce n'est pas sérieux, qu'on n'a pas le droit de l'enfermer comme ça. Pour qu'il se calme, un soignant lui explique alors, qu'il est ici sur les conseils de son médecin et que cela a été demandé par son épouse. Louise est à ses côtés et à ces paroles elle s'offusque, précise qu'elle n'a rien demandé et qu'elle n'est pas responsable. Le soignant présent explique à Louise que Jean a sa femme qui l'attend chez lui. Louise est alors désappointée et pense que Jean a une double vie. Un soignant l'accompagne alors dans la galerie pour faire diversion et c'est là que je l'entends dire *: « Je ne sais plus qui je suis ».*

Un autre jour, c'est Jean qui vient chercher Louise pour sortir du côté du jardin, alors qu'elle est occupée à plier du linge. Comme elle lui explique qu'elle n'a pas fini son travail Jean lui dit : *« On s'en fout de ça, viens on y va !»*. Elle laisse alors son travail pour le suivre et ils vont et viennent d'un quartier à l'autre en passant par le jardin. Après plusieurs allers et retours, de nouveau Jean s'agite devant la porte fermée. Il crie, dit qu'il va se plaindre à la gendarmerie car il ne comprend pas pourquoi il est en prison. De l'autre côté des portes sécurisées, à proximité de l'endroit où ils se trouvent, j'entends Louise, qui cherche à l'aider. Elle lui propose de se rendre chez un notaire quelle connait bien et qui pourra trouver une solution. Même après le départ de Jean, Louise reste préoccupée et vient à ma rencontre : *« Vous ne pourriez-pas m'accompagner chez le notaire, car il n'a quand même tué personne, il a bien le droit à sa part d'héritage. »* me dit-elle.

Un autre jour Louise suit Jean depuis un moment lorsqu'ils arrivent dans le salon d'un quartier par la porte du jardin. Je suis installée avec quatre résidents, carnet de chants à la main, nous chantons. Lorsqu'elle nous aperçoit, Louise est très enjouée, elle se joint à nous en disant : *« Ah c'est ici la répétition, on vous cherchait partout. On arrive de la sacristie. »* Jean préfèrerait continuer à marcher pour trouver une porte de sortie, mais Louise insiste « *on a bien le temps* » dit-elle « *tes parents vont bien attendre un peu* » et Jean à l'invitation de Louise s'assoit et chante avec nous. Lorsqu'arrive l'heure du départ de Jean pour son domicile, c'est toujours pour Louise, le moment où il va voir ses parents. Pour elle, c'est l'heure de rejoindre Alain, l'agent qui s'occupe du transport des repas. C'est la stratégie choisie par l'équipe pour éviter à Louise

d'être trop perturbée par le départ de Jean. Bien qu'elle ne puisse jamais le nommer par son prénom, elle reconnait Alain comme étant son frère, parfois son cousin, dans tous les cas un proche en qui elle a confiance. Louise l'accompagne régulièrement, elle l'aide à pousser les chariots et lui fait la conversation pendant le trajet. Louise a la prise de parole facile, Alain m'a rapporté qu'un jour elle lui a fait la remarque suivante : *« C'est une bonne chose de travailler, mais il faudrait peut-être penser à ma pratique. »* La pratique est une expression populaire couramment employée dans le milieu rural pour désigner une compensation financière se rapportant à un service rendu.

Un jour que nous sommes ensemble dans sa salle de bain pour un petit coup de peigne avant de sortir, elle se regarde dans le miroir et me dit : *« Oh il serait peut-être temps que j'aille chez le coiffeur. »* Lorsque je lui demande qui est son coiffeur, pour pouvoir prendre un rendez-vous, Louise est incapable de me répondre. Aucun nom, aucun lieu, il semble même qu'elle ne comprenne pas ma question.

Le rapport au métier est très présent chez Louise et ce quelle que soit la circonstance. Lors d'un repas lorsque je lui demande si les galettes sont bonnes, elle me répond *« elles sont bonnes surtout pour celui qui a eu le mérite de les faire. C'est très fatigant de faire des galettes, moi je n'aime pas trop ça, on a trop chaud. »* Une autre fois, alors que je lui propose une promenade elle me répond : *« c'est que je ne sais pas où est mon mari, je ne l'ai pas suivi, moi, j'ai le travail des bêtes, faut que j'assume. »*

1.2 L'analyse

Il nous apparaît que pour Louise, il s'agit bien d'assumer une responsabilité. Une responsabilité qui s'inscrit, indépendamment de la situation immédiate, dans un rapport abstrait de fonction et de rôle. Cette analyse implicite de la *dette* est dans le même temps réinvestit dans une « histoire » qui pour Louise fait office de réalité. Il nous semble que dans ce « tableau clinique », c'est tout un pan de la vie psychique, que nous appelons *l'instance personnelle,* qui semble conservé. Il s'agit de la préservation du processus d'institution qui implique que le principe d'altruisme fonctionne encore. Louise est en décalé par rapport à la situation, hors espace, hors temps, hors milieu, mais conserve un certain *devoir être* social. Toujours prête à

servir, à contribuer, elle conserve cette capacité d'analyse déontologique propre à l'homme à entrer dans un rôle social. Si Louise, en dépit d'être hors situation, se positionne en tant qu'acteur social elle garde également la capacité à donner à l'autre un rôle différencié. Lorsqu'elle se réfère à l'homme de loi qu'est le notaire, en tant que personne compétente pour trouver une solution au problème de Jean, elle nous en donne la preuve. Il en va de même lorsqu'elle donne à Claude, le rôle du prêtre. On peut dire que Louise, conserve l'analyse culturelle relative à la division sociale du travail.

Réciproquement, le principe d'altérité apparait en partie conservé, lorsque délimitant « son grenier », Louise nous montre qu'elle s'est approprié sa chambre comme un lieu personnel. Elle nous laisse alors penser qu'elle a conservé la capacité implicite à poser des frontières d'appartenance. Elle délimite ainsi un « chez elle » en séparant le privé du public, parvenant à réinvestir ce découpage quand elle invite Jean à le partager, tel que Goffman nous le suggère :

> *« Car, si deux individus veulent se réunir par quelque lien social que ce soit, il faut bien qu'ils renoncent pour cela à quelques-unes des limites et barrières qui les séparent ordinairement. En effet, le fait d'avoir renoncé à ces séparations est le symbole central et la substance de la relation, de même que l'acte d'y renoncer pour la première fois est la marque centrale de la formation de la relation. »* (Goffman, 1973b, p. 69)

Le fait que Louise, puisse prendre Jean pour son mari, nous montre comment la position est à la hauteur du partenaire. En d'autres termes, l'alliance est à la hauteur des frontières posées. Plus la capacité d'abstraction est importante, plus le réinvestissement relationnel est fort car le couple relève d'une unité de position que Louise est incapable de remettre en cause lorsqu'elle dit : « il a une double vie ». Ainsi, nous pouvons repérer la persistance d'une analyse de l'appartenance, qui se fonde sur un rapport abstrait de statut et de position, indépendamment du fait que Jean ne soit pas son mari « naturel ». Nous pouvons dire, à l'instar de Jean-Luc Brackelaire, qu'elle *« aménage l'espace des positions ethniques »* en fonction de la situation où elle se confronte à Jean. Jean-Luc Brackelaire définit ainsi la relation sociale :

> « *Nouer une relation sociale, c'est ainsi aménager l'espace des positions ethniques en fonction d'une situation où nous nous confrontons à un partenaire. Plus précisément, c'est redistribuer les positions sur le partenaire dont il s'agit et sur celui que nous constituons dans notre lien avec lui. C'est donc définir d'un seul*

tenant qui est notre partenaire et qui nous sommes dans ce rapport avec lui, ou encore quel est le lien que nous établissons avec lui. » (Brackelaire, 1995, p. 200)

Cette structuration concomitante de l'identité pour soi et pour l'autre se donne à voir lorsque Louise dit « je ne sais plus qui je suis ». De fait, si Jean n'est plus son mari, Louise perd du même coup sa propre identité. Ce que nous suggère Louise, c'est que la désorientation dans l'espace, le temps et le milieu, n'empêche nullement de poser pour soi et pour les autres des rôles et positions différenciés et d'élaborer ainsi un entourage singulier. Louise nous invite à revisiter les savoirs sur l'humain en mettant à jour cette rationalité sociologique par laquelle l'homme créé et institue du social. C'est cette capacité mentale de structuration que nous cherchons à saisir et la performance de Louise est de réinvestir cette mise en forme implicite dans les situations où elle se trouve en relation avec les autres. Il semble que la vie en collectivité, en favorisant des situations à forte contribution, lui apporte un équilibre qui minore ses troubles. Nous reprenons à notre compte le tableau de Jean-Luc Brackelaire (1995), qui permet de présenter ces différents classements implicites de l'abstraction sociologique (ethnique). L'hypothèse, rapportée à un fonctionnement général anthropologique, est que chacun d'entre nous, à son insu, met en jeu cette auto-structuration et l'actualise dans la moindre de ses relations sociales.

		Instance	Performance
Appartenance	*Différence*	Statut	Etat
	Segmentation	Position	Partenaire
Compétences	*Différence*	Fonction	Charge
(Responsabilité)	*Segmentation*	Rôle	Partie

Nous repérons comment Louise est en constante élaboration d'historicité, fictive certes, mais où chaque acteur et interlocuteur à son propre statut et sa propre fonction. D'un côté mari, frère, cousin, cousine, parents… de l'autre notaire, coiffeur, prêtre… chacun est à sa place car Louise distribue les rôles. C'est aussi ce que note le médecin, lors de la consultation gériatrique : *« elle pense que je suis la femme du docteur »*. Le rôle n'est pas ici en rapport à des attentes, mais se

définit au regard d'unités de compétences. Louise ne reconnait pas la compétence de cette femme, elle ne peut donc être que la femme-partenaire du docteur.

Bien que la plupart du temps, Louise suive Jean, elle prend le pouvoir et s'émancipe de son influence en participant avec le groupe à l'activité chant. Elle fait preuve d'une forme d'autorité sur Jean en insistant pour qu'il reste chanter. Ainsi, on peut dire, qu'elle prend la main dans la partie qui se joue à cet instant-là. De la même manière, nous voyons, comment elle joue son rôle dans la situation d'interlocution avec Alain. Louise va jusqu'à esquisser une négociation, tel un contrat, qui lui garantirait une contribution financière en échange du service rendu. Globalement, nous pouvons dire, que Louise donne sens à sa vie en introduisant dans le social de la cohérence, elle y trouve ses repères relationnels et élabore son « historicité » personnelle au gré des situations qui se présentent à elle. Cependant, il convient de reconnaître, que c'est une appropriation qui ne peut pas faire histoire, car elle n'a ni passé, ni futur car en déliaison totale avec un temps, un espace, un milieu, situés et datés.[22] Elle est dans un présent abstrait, une absence, c'est pourquoi elle ne comprend pas ma question à propos de son coiffeur. Un coiffeur, c'est un coiffeur, elle ne le conçoit que dans son rôle abstrait de coiffeur, celui qui a pour rôle anonyme de couper et teindre les cheveux. Dans le même temps, nous pouvons noter chez Louise une préservation de l'analyse logique de déduction lorsqu'elle nous donne son âge en rapport avec l'âge supposé de sa grand-mère. La difficulté de Louise à poser des frontières naturelles, qui nous apparaît « masquée » dans la journée, par ses rapports sociaux « idéalisés », reprend le dessus dans la solitude de la nuit. Louise perd totalement pied avec le concret de « l'ici et maintenant » quand elle est hors relation, et elle peut alors laisser voir l'extrême agitation qui l'envahit.

[22] Pour Jean-Yves Dartiguenave nous nous trouvons face à un problème théorique car s'il n'y a pas histoire, il n'y a pas appropriation, donc un déficit d'analyse : *« Il y a là un problème théorique : le temps, l'espace et le milieu sont les coordonnées de la personne. Elles ne peuvent donc, sauf pathologie au pôle de l'analyse structurale, être déliées de la personne. Pour le dire autrement, l'appropriation suppose de s'inscrire dans le temps, de faire événement qui vient faire rupture dans l'écoulement du devenir et modifier le jeu des positions dans l'inscription historique. Or manifestement, ce n'est pas le cas de Louise. J'aurais plutôt opté pour un déficit d'analyse au profit de la prégnance d'une imprégnation. J'aurais même penché pour l'existence d'une remémoration (ce qui est un paradoxe s'agissant de la maladie d'Alzheimer,) et non d'une capacité chez elle à faire histoire. »* Nous ne discuterons pas ici de cette question théorique, qui mérite à elle seule, beaucoup plus que nous pouvons en dire ici. Nous pouvons seulement émettre l'idée que dans l'abstraction forcée, la performance historique importe moins que la capacité instantielle.

1.3 La Discussion

C'est dans les deux premières années de thèse que nous avons passé ces moments avec Louise. Elle nous a montré de manière exemplaire ce qui se joue chez la personne atteinte d'une maladie d'Alzheimer typique**.** Dans nos discussions avec des animateurs ou soignants en gérontologie nous avons tous des histoires à raconter sur ces personnes qui se focalisent sur leurs obligations : *« je dois aller rentrer les vaches » ; « faut qu'j'aille chercher mes enfants à l'école »* ; *« ma mère est malade faut qu'je rentre »* ; *« Je ne peux pas rester là, j'ai mon travail à faire »*. Nous suggérons, que ces propos résultent de cette analyse du métier, qui perdure par-delà le « trouble mnésique ».

Nous avons montré dans la première partie de notre étude, comment l'accompagnement proposé dans les unités spécialisées « Alzheimer », met l'accent sur les activités liées aux tâches de la vie quotidienne : cuisine, vaisselle, ménage, rangement, courses... Dans ces unités les soignants sont invités à faire participer les résidents au ménage de leur chambre, à la mise du couvert… Au-delà d'une simple stimulation, si de telles activités fonctionnent particulièrement bien dans les unités Alzheimer, c'est qu'elles peuvent être rapportées à cette fixation sur le service à rendre, qui perdure par-delà les « pertes de mémoire ». Mais cette constatation à elle seule est loin d'épuiser la question et la clinique doit permettre à la démarche explicative d'aller plus loin que la simple mention d'une « maladie de la mémoire » et par là mieux appréhender ce qui se joue chez le malade. Cette démarche ne se confond pas avec la clinique thérapeutique.

> *« On peut alors comprendre que le pathologique fonctionne à la fois comme loupe et scalpel. Loupe, parce que la pathologie grossit, amplifie des processus qui œuvre à bas bruit chez le normal. Scalpel parce que la pathologie n'est pas globale mais, bien au contraire sélective. »* (Guyard, 2009, p.301)

Rapporter plusieurs observations de ce type n'apporterait rien de plus à notre analyse, puisque nous suggérons qu'ils résultent du même processus et que pour nous la comparaison se joue au regard du modèle théorique. Nous préférons poursuivre notre discussion en approfondissant l'explication de la dialectique du sujet et de la personne et ainsi tirer un enseignement de la leçon de Louise. Si notre formation à l'animation socioculturelle nous a fait prendre la mesure de cette participation sociale du citoyen à la cité, nous devons cependant admettre que la dialectique du sujet et de la personne nous donne la mesure de ce que négativement nous détenons en nous : l'autonomie. Notre analyse n'est pas là pour reproduire fidèlement la réalité mais pour la rendre intelligible, ce qui nous oblige expérimentalement à la confronter c'est-à-

dire à engager une collaboration avec d'autres compétences pour en discuter sa validité. Si nous n'avons pas pu comme nous le souhaitions tirer profit d'une collaboration « officielle » en tant que chercheur, nous avons malgré tout cherché à rendre ce savoir communicable sans pour autant éviter la controverse.

Cette approche, nous l'avons essentiellement discutée avec la psychologue de l'Unité d'Hébergement Renforcé, pendant plus de deux ans. Partageant le même bureau, nous avons à plusieurs reprises discuté de Louise et aussi d'autres résidents. Lors de ses échanges, nous avons construit notre raisonnement singulier par l'appropriation des concepts, qui nous permettent de dire les phénomènes observés. Familière du « sujet » de la psychanalyse, la psychologue savait, que nous ne mettions pas la même chose sous ce terme et que pour elle, le sujet freudien correspondait davantage à ce que nous nommions la *personne*. Nous parvenions malgré ce désaccord de langue à nous comprendre et c'est essentiellement à ses côtés, que nous avons forgé notre identité de sociologue, en nous confrontant au savoir du psychologue. Nous partagions certaines activités telles que la piscine, les thés dansants, les sorties et le « séjour vacances » avait consolidé nos liens. Cela nourrissait nos échanges pendant les repas que nous prenions ensemble dans le bureau. Chercher à expliquer ce qui se cache dans la relation, derrière une phrase, un comportement, un mouvement du corps, un sourire ou une rebuffade. Aller toujours plus loin dans les hypothèses, avec un objectif commun, la connaissance de l'humain. Si ces échanges nous ont permis de nous positionner et de préciser notre pensée, ils nous ont également fait prendre la mesure de la difficulté, qui peut aller jusqu'à l'impossibilité, de partager des hypothèses sans un cadre explicatif commun. Ce qui implique une forme de traduction de notre mode de pensée, non pour en faire un dogme, mais pour argumenter dans le cadre d'une visée explicative et collaborative.

Nous avons également partagé nos observations, avec l'ergothérapeute. Présente à l'annexe deux jours par semaine, nous partagions avec elle, deux principaux moments en compagnie de Louise : la piscine et le parcours de marche. Deux activités motrices, qui mettent le corps en mouvement, aussi bien celui du professionnel que celui de la personne aidée. A propos de Louise, nous ne partagions pas toujours la même analyse. A ce qui nous évoquait la contribution de la personne, elle opposait l'humour. Elle pensait que Louise blaguait, et qu'elle disait certaines choses pour rire, surtout le jour où elle a demandé à être rétribuée pour le service qu'elle rendait à Alain. En fait, nous pensons que l'un n'empêche pas l'autre. Nous n'avons pas à choisir entre deux modalités car Louise ne vit pas dans un vide axiologique. Beaucoup de messages passent sous le coup de la blague, il n'empêche, que si la chose est dite, elle signifie

aussi un positionnement. Ce dernier, n'est pas à confondre avec ce qui autorise à dire et l'humour est une façon bien humaine de se satisfaire.

Comme le psychologue, l'ergothérapeute possède un savoir qui lui est propre et les résistances à notre analyse, nous sont parfois apparues plus prononcées, par son recours systématique aux « troubles cognitifs » ou aux « fonctions exécutives ». Ce qui ne nous empêchait pas d'être d'accord sur la faculté de Louise à se positionner dans la relation. Comme l'illustre la parenthèse descriptive suivante, la spécificité de nos activités communes, nous a également permis d'aborder les capacités corporelles de la personne et par-là d'approfondir, ce qui a trait au processus d'incorporation.

***L'activité piscine*. Durant cette activité, les personnes sont allongées sur le dos et maintenues en flottaison, à l'aide de rouleaux en mousse, positionnés sous chaque bras. Tout en se déplaçant, elles peuvent rester dans cette position, pendant 15 à 20 minutes. Une fois l'exercice terminé, lorsque j'aide Louise à se repositionner à la verticale, tout son corps résiste, comme aspiré à la surface de l'eau. C'est un phénomène que nous avons repéré également chez d'autres personnes désorientées**

***Le parcours de marche*. Suite à une chute, Louise s'est fracturé le col du fémur. Pendant plusieurs jours elle ne se déplace qu'en fauteuil roulant. Pour ne pas l'exclure du groupe, elle assiste cependant au parcours de marche, que je co-anime avec l'ergothérapeute. Voyant Louise somnolant dans son fauteuil, je l'interpelle et lui dit « *Vous n'avez pas bien dormi ? Vous avez voyagé dans votre tête toute la nuit ?»* Ce à quoi, elle me répond : « *Oui dans ma tête car pour ce qui est des jambes cela ne marche plus. »* Surprise de cette réponse forte à propos, nous en avons conclu l'ergothérapeute et moi-même, qu'elle avait une juste perception de son corps.**

En suivant notre raisonnement, nous pouvons déduire des propos de Louise qu'un processus d'incorporation défaillant n'empêche pas une perception de ce qui relève du schéma corporel individuel. Nous suggérons donc, que le processus d'incorporation se distingue du processus de sensation esthésie, qui renvoie à la proprioception du corps, qui serait de l'ordre du physiologique individuel. A ce propos, dans un séminaire de décembre 1995, Jean Gagnepain parle d'un « minimum vital », qui individualise l'organisme.

> *« Est-ce qu'il n'y a pas là quelque chose qui définit le vivant animal par une individualité, c'est-à-dire une proprioception ? Il y a quelque chose qui, déjà, en fait* un être, *ça ne suffit pas, mais c'est déjà quelque chose. L'animal va plus loin, parce qu'il a un corps, c'est-à-dire un* soma*, un sujet. Donc au-delà de l'individu défini d'une manière proprioceptive, il y aura le soma, il y aura le sujet, et au-delà encore, au niveau structural, il y aura la personne (je ne prétends pas l'avoir fait, je prétends simplement avoir suggéré la problématique). »* (Gagnepain, 1995, p. 8)

En deçà de l'incorporation, existerait un système de *proprioception*, au même titre – par analogie – que la *sensation*, la *motricité* et l'*affectivité*, qui sont les quatre autres modalités du vivant suggérées. Il y aurait donc quatre traitements gestaltiques : la *symbolisation* qui traite la sensation ; l'*instrumentation* qui traite la motricité ; la *valorisation* qui traite l'affectivité et donc l'*incorporation* qui traite la proprioception. La question de savoir s'il s'agit d'un seuil différentiel entre le végétal et l'animal n'est pas tranchée. Gagnepain nous dit, que par le traitement gestaltique « l'animal va plus loin », mais plus loin que quoi ? Selon les transcripteurs du séminaire, cette ambiguïté relève du tâtonnement théorique autour des concepts individu, individualité, individualisation, pour traiter du vivant. Dans le même temps, s'ils ne sont pas indivisibles, nous ne pouvons nier que les végétaux sont des organismes vivants.

> *« Frantisek Baluska, de l'institut de botanique cellulaire et moléculaire de l'université de Bonn, pense, en accord avec d'autres de ses collègues, que les pointes des racines sont équipées de dispositifs similaires à un cerveau. Elles présentent en effet, outre un système de transmission des signaux, des structures et* des *molécules que l'on observe également chez les animaux. La racine qui progresse dans le sol est à même de capter des stimuli. (…) Quand les racines rencontrent des substances toxiques, des pierres infranchissables ou des milieux trop humides, elles analysent la situation puis transmettent les changements nécessaires aux zones qui assurent la croissance. Celles-ci changent alors de direction et contourne l'obstacle. »* (Peter Wohlleben, [2015], 2017, p. 96)

Si, comme le suggère Wohlleben, la question entre végétal et animal a un intérêt écologique, elle n'est pas véritablement tranchée par les scientifiques. Quoi qu'il en soit, ce qui nous préoccupe davantage, c'est, plus précisément, la façon dont l'incorporation, mécanisme d'imprégnation, traite les données proprioceptives de l'individu. C'est la notion de gestalt, qui est retenue par Jean Gagnepain, pour désigner le traitement, qui permet de dépasser le minimum

vital (sensation, motricité, affectivité, proprioception). Sur le plan de la proprioception, la configuration gestaltique construit le soma, comme capacité à construire des frontières naturelles, dans un face à face corps et environnement.

Ce défaut d'incorporation, donc de frontières naturelles, peut-il expliquer ce que nous avons repéré chez Louise lors de l'activité piscine ? Après avoir été en position de flottaison, allongée sur le dos pendant plusieurs minutes, nous avons toujours beaucoup de difficultés à repositionner le corps de Louise à la verticale et à lui faire poser les pieds au sol de la piscine. Son corps, aspiré à la surface de l'eau, peut-il laisser penser à une défaillance du conditionnement mutuel entre le soma et l'environnement ? Avec l'ergothérapeute, c'est un phénomène dont nous avons discuté régulièrement et que nous avons observé, chez toutes les personnes « désorientées ». De fait nos échanges avec l'ergothérapeute ont été fructueux car ils nous ont permis d'approfondir, c'est-à-dire de classer et de situer des concepts tels que la *gnosie*, la *praxie*, la *boulie* et de développer, en accord avec l'anthropologie clinique, notre approche de la *somasie*.

De son côté, la psychomotricienne trouvait notre approche de la personne bien plus philosophique que sociologique. Si la sociologie est issue de la philosophie, nous nous efforçons à une visée scientifique en articulant dans un même mouvement élaboration théorique et vérification clinique. Ainsi la *personne,* dont nous cherchons à éprouver scientifiquement le fondement, dépasse par notre méthode la visée de la philosophie humaniste. Pour autant, il n'empêche que nous reconnaissons l'héritage de la philosophie des sciences de Gaston Bachelard. Dans « La psychanalyse du feu », il s'approprie le concept de *refoulement* qu'il applique à la *connaissance objective* :

> *« Pas de pensée scientifique sans refoulement. Le refoulement est à l'origine de la pensée attentive, réfléchie, abstraite. Toute pensée cohérente est construite sur un système d'inhibitions solides et claires. Il y a une joie de la raideur au fond de la joie de la culture. »* (Bachelard, 1971, [1937] p.164)

Il repère ainsi la négativité fondatrice de l'humain et invite le scientifique à se méfier de l'évidence et à raisonner sur les faits observés pour ne pas arrêter la pensée. Les représentations évidentes sont des obstacles épistémologiques qu'il faut dépasser pour approcher de la connaissance. D'autant que *« l'homme est peut-être le premier objet naturel où la nature essaie de se contredire »* (Id. p.126). La démarche scientifique doit chercher la cohérence logique par la mise à l'épreuve d'hypothèses qui dépasse la simple description. Nous aurons l'occasion,

dans la troisième partie de notre thèse, d'approfondir cette discussion, mais pour l'heure, revenons à la leçon de Louise et ajustons notre loupe, aiguisons notre scalpel, pour nous ouvrir à un autre regard, un regard clinique sur la personne.

En perdant le sens du concret immédiat, Louise a perdu ce qui la relie à une expérience vécue. « L'amnésie épisodique », bien connue en neuropsychologie est une des caractéristiques de la maladie d'Alzheimer. Cependant la survivance chez Louise du principe de classement social et de répartition des services, nous suggère la persistance d'une analyse sociologique. Dans le même temps, nous pouvons dès lors affirmer que ce reliquat ne suffit pas à construire chez Louise de la responsabilité et de l'appartenance à part entière, car ces deux principes ne trouvent pas concrètement de contexte à réinvestir en tant que tel. Il s'agit plutôt là, d'une fixation sur le service à rendre, au principe du *métier* et sur le classement social, au principe de l'*alliance*. Dans sa thèse en sciences du langage Attie Duval écrit : *« Il faut y être et y adhérer, sinon, on ne peut qu'y croire et y succomber ! Dans l'analyse de la vie, le concret vécu et le réel inventé sont ainsi en équilibre instable, tout comme l'objet perçu et le sens conçu le sont dans l'analyse de la représentation ».* Un positionnement social se doit d'être ancré dans le concret à défaut d'être un imaginaire. La clinique, nous montre que Louise ne reste pas sur ce versant abstrait, car dans le même temps, à défaut d'être présente, elle le réinvestit de manière fictionnelle dans les situations qu'elle rencontre.

Nous repérons, à partir de ce tableau clinique, la désorientation spatio-temporelle qui caractérise la maladie d'Alzheimer. C'est la capacité à se situer dans un moment, un lieu et avec un entourage particulier qui est altérée, mais nous suggérons qu'une analyse sociologique persiste et met en jeu l'appropriation des dimensions identitaire et contributive. Dans l'article *« Le trouble et sa provenance en clinique psychiatrique »*. Jean-Claude Quentel nous renseigne sur la fabulation :

> *« Tout homme est conduit à élaborer fantasmatiquement son univers et donc, entre autres son histoire, et cette élaboration ne doit pas être prise pour la réalité objective, pas plus que pour la réalité historique. »*

De fait, Louise ne reconstruit-elle pas un monde à la mesure de son fantasme, n'est-elle pas en train d'élaborer en relation, un « idéal social ou historique », qui lui permet d'équilibrer ses rapports sociaux ? C'est tout l'intérêt de la déconstruction proposée par la théorie de la médiation que de montrer d'un point de vue logique, l'incidence d'un plan sur un autre. D'autant que ce qui vaut pour Louise, vaut pour tout être humain, puisqu'il s'agit bien, à partir

des dysfonctionnements, de saisir des principes généraux spécifiquement humains. La déconstruction devient alors une porte d'entrée pour saisir l'analyse du métier dans un rapport d'*identité* et de *contribution* et la part d'idéal qui anime la profession dans un rapport de *précaution* et de *prétention*, qu'on soit soignant, animateur, sociologue ou jardinier. Avec la particularité, dans le cas du sociologue, qu'il est nécessairement impliqué dans ce qu'il essaie de saisir objectivement. Distinguer ces deux déterminismes, ce n'est pas les opposer puisque les deux se fondent sur la même anthropologie. Identifier l'un, suppose d'identifier l'autre. C'est ce que nous autorise le modèle par le découpage de la rationalité.

Ces observations nous les avons également discutées lors des séminaires du laboratoire avec nos collègues doctorants et nos professeurs. Nous avons également tiré parti de discussions relatives à d'autres recherches, qui, bien que différentes de prime abord, se révélaient dépendre des mêmes processus. Tout particulièrement une recherche à propos de la jeunesse, où se joue précisément l'émergence à la personne, qui ne doit pas être confondue avec notre capacité à réguler nos désirs. Il y a là deux rationalités à différencier et c'est la seule manière pour expliquer le plus précisément possible, à la fois ce qui nous institue et ce qui nous réglemente. Maitriser son histoire et réguler sa liberté sont des capacités qui mettent en jeu une dialectique analogue mais différente par leur principe autonome. La sociologie ne doit pas se priver de l'axiologie pour aller plus loin et préciser son explication.

Avant d'approfondir ce qui relève de l'axiologie, il nous faut définir les concepts d'*incorporation* et d'*appropriation*, qui n'ont rien d'une évidence. La culture ne se juxtapose pas à la nature, elle s'en abstrait. Si l'enseignement que nous pouvons tirer de la leçon de Louise, c'est une mise à jour de cette capacité mentale d'appropriation qui trace les frontières de la vie sociale à notre insu, nous devons cependant revenir sur la problématique posée par Jean-Yves Dartiguenave dans les pages précédentes. Nous n'avons pas la prétention de résoudre ce problème théorique, qui suscitera encore nombres d'échanges, pour autant nous allons tenter d'en préciser les termes. Notre mode d'analyse, qui sert de point d'appui à notre réflexion, nous suggère de considérer le devenir historique à partir d'une capacité à nous abstraire de notre devenir animal. Chez Louise, cet évidemment est pathologique. C'est à dire qu'elle n'est plus assujettie par le temps, parce que pathologiquement elle n'est plus présente à elle-même. Nous ne pouvons donc pas faire l'impasse sur l'explication du processus naturel d'incorporation. Ce qui nous permettra de saisir cliniquement la maladie d'Alzheimer typique en la ramenant à des processus aussi simples que possible.

Nous expliquons notre être naturel par le mécanisme d'incorporation qui se rapporte à la condition de sujet, premier moment de la dialectique du social. Précédemment, nous avons argumenté en faveur d'une subjectivité humaine qui prendrait place à ce niveau de configuration. Ce traitement gestaltique conduit l'homme et l'animal à poser le soma, frontière somatique et subjective en lien avec l'environnement. Le *soma* dépasse l'individu organique : à la fois, corps et environnement, il inscrit l'homme dans une *sexualité* reproductive et une *génitalité* d'élevage qui assure la continuité de l'espèce. Néanmoins, l'homme, contrairement à l'animal, ne reste pas figé sur cette imprégnation positive. Il s'en absente par négation, en évidant de manière singulière ce contenu subjectif, pour, dans le même mouvement dialectique, l'actualiser dans les situations qui lui sont données à vivre socialement. C'est cette négativité structurale qui donne à l'homme, à la sortie de l'enfance, la capacité de maîtriser ses relations.

> *« Mais quelles sont-elles ? En disant plus haut que la personne acculture la sexualité comme la génitalité, nous avons déjà indiqué une direction. Jean Gagnepain distingue en effet deux faces du lien social : l'acculturation de la sexualité définit des alliances (Jean Gagnepain parle ici de classe ou de nexus) alors que l'acculturation de la génitalité définit des compétences (Jean Gagnepain parle de métier ou de munus). »* (Le Bot, 2010, p. 71)

Nexus en latin définit le nœud, le lien et se rapporte ici à la relation à l'autre. *Munus* en latin défini la charge, le service rendu, mais aussi le don et se rapporte ici à la relation à autrui. Cette mise en forme des relations s'inscrit dans une réciprocité abstraite qui définit l'ensemble des frontières qui structure les relations. Ce qui se joue dans cette abstraction, c'est la logique du *ou* et du *et*, c'est-à-dire respectivement de l'*identité* et de l'*unité*. Cette négativité, ou *mort* du soi subjectif, fait que tout humain émerge à l'autre pour se définir comme différent. Par abstraction, l'homme inscrit, à la fois, de l'un *ou* de l'autre (statut), et se classe en cercles d'appartenance en posant de l'un *et* de l'autre (position). Ce dépassement du seuil animal transforme sa *sexualité* naturelle en *parité* culturelle. A partir de l'identité biologique positive, l'humain délimite ainsi de l'identité sociologique qui ne se définie que négativement par rapport à l'autre. En réciprocité, ce principe d'abstraction lui fait également reconnaitre de la *dette* envers autrui. Cette analyse de la responsabilité acculture la *génitalité* naturelle et le fait assumer une charge qui ne se définie que négativement en relation de service pour autrui. Selon ce principe abstrait de *paternité*, l'humain délimite de la qualification (fonction) et de la compétence (rôle), vide de tout contenu. L'humain s'abstrait de sa génitalité naturelle et dépasse

le seuil animal en émergeant à la paternité[23] culturelle ou symbolique, pour parler comme les psychanalystes. C'est cette négativité structurale et réciproque qui, seule, donne à l'homme la capacité de faire société, quelle que soit la manière qu'à cette négativité de s'actualiser historiquement.

Chez la personne Alzheimer typique, cet évidement est *forcé* par la défaillance du soma. Ce défaut d'*incorporation*, nous fait voir expérimentalement comme sous une loupe, l'effet de cette analyse abstraite de l'appartenance et de la responsabilité ; qui n'est autre que ce processus d'*appropriation* qui transforme notre devenir évolutif en histoire personnelle et culturelle. C'est parce que cette opposition structurale se joue en chaque humain de manière *singulière*, que celui-ci tend, dans le même temps, à une *universalité* jamais atteinte puisque toujours relative et contredite socialement.

> *« Aucune organisation sociale ne peut, en effet, exister sans une délimitation et répartition des statuts et des rôles, c'est-à-dire sans une limitation et une distribution des identités et des responsabilités de ses membres. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle chaque réorganisation appelle toujours une renégociation des frontières qui délimitent précisément les statuts et les rôles de chacun. Et cette réorganisation ne peut aboutir que si, chaque singularité s'intègre dans une « totalité », c'est-à-dire prend la mesure de ses limites au regard d'autres singularités. »* (Dartiguenave, 2014, p. 43)

C'est dire que toute société ou organisation ne peut se réduire à la positivité de l'espèce, sans prendre le risque d'un délitement de l'opposition fondatrice du social et d'une naturalisation du rapport à l'autre. Naturaliser une relation, c'est la soumettre à des contraintes de domination ou d'emprise où l'empathie immédiate prend le pas sur le souci de l'autre et tend à rabattre la personne sur le sujet. Si l'empathie, consiste à se mettre à la place de l'autre, alors, il empêche cet autre de se définir et de prendre sa responsabilité dans un processus de négociation. Hubert Guyard a remarquablement développé ce concept d'empathie, qu'il renvoie à la subjectivité immédiate.

> *« Semble se constituer ainsi une situation vécue, dans laquelle le soi et le non-soi, le familier et le non familier, ne se définissent que relativement, par comparaison contextuelle de l'un avec l'autre. De ce point de vue, toute subjectivité est une*

[23] Il s'agit ici de paternité épicène, qu'on pourrait tout aussi bien remplacer par le terme de parentalité, au sens d'une responsabilité.

> *intersubjectivité. Le raisonnement est du même ordre lorsqu'il s'agit non plus d'identité mais d'unité. Si on se met l'un avec l'autre, ce n'est pas pour construire une unité englobante ou contagieuse, mais pour mieux assurer une composition, l'un avec l'autre. »* (Guyard, 2009, p. 75)

L'empathie et l'intersubjectivité ne sont donc pas le propre de l'homme comme les éthologues l'on bien compris. La subjectivité immédiate s'opérationnalise, non pas, par rupture différentielle et segmentaire, mais par *comparaison* et *composition*. Ce qui en fait un processus naturel d'adaptation qui dépasse le simple *mimétisme* et la simple *contagion*, qui serait de l'ordre du minimum vital. Pour autant, il ne s'agit pas de confondre l'empathie subjective spontanée avec l'empathie thérapeutique qui nécessite, dans la relation de service, une mise à distance de l'empathie subjective spontanée.

> *« En d'autres termes, loin d'être une communication immédiate ou intuitive, la rencontre empathique chez l'homme s'avère une traduction dans laquelle le clinicien tente de traduire le monde du patient dans le sien, et inversement. (…) La fusion est impossible parce qu'elle rencontre ce qui spécifie la rationalité humaine, à savoir l'ambiguïté du langage, l'ambivalence du désir, l'arbitrarité du social. Le souci d'empathie risque fort de n'être qu'un vœu pieu, un leurre, voire « une pitié dangereuse », s'il ne prend pas en compte ce qui, dans la relation d'aide, résiste à la transparence d'une empathie immédiate. »* (Guyard, 2009, p. 86)

Dès lors, l'empathie, comme toute communication, se heurte à ce qui nous fait humain. D'où la nécessité de ne pas perdre de vue cet effort de traduction, altérante dans son principe, au risque d'une naturalisation de la relation d'aide. C'est ce que Mounir Farhat à bien saisi, quand il parle d'engagement et de distanciation dans le travail du *care*. Pour autant il place cette distance au niveau des émotions, alors que nous la posons ici au fondement du social. Nous prolongerons ce point de vue dans la troisième partie de notre travail mais auparavant, poursuivons notre argumentaire. Par l'analyse implicite qu'elle produit, la *personne* rompt avec ce rapport naturel d'incorporation, cette gestaltisation, pour produire un rapport culturel de frontière ou d'appropriation, toujours à négocier dans sa relation à l'autre (identitaire/associative) et à autrui (contributive/distributive). Nous pouvons alors parler d'*incorporation* en ce qui concerne le *sujet* et d'*appropriation/négociation* en ce qui concerne la *personne*. Être *personne* c'est, s'absenter, mais jamais complètement du sujet, par appropriation de cet environnement naturel qui devient entourage personnel.

En tant que processus cérébraux les deux constructions coexistent chez l'homme. *« Nous sommes des animaux dans un monde naturel et nous le nions en étant des humains dans un monde culturel »* (Sabouraud 2004). Si nous posons l'hypothèse que la maladie ou démence de type Alzheimer résulte d'une déficience des processus mentaux, qui portent sur le *sujet*, c'est-à-dire sur l'*incorporation* (le soma), nous voyons ici les conséquences de cette déficience sur la capacité de rupture (appropriation) et sur ce qui se donne à voir dans la fonction de communication (négociation). Ces processus contradictoires nous les retrouvons dans la philosophie d'Emmanuel Mounier, fondateur du personnalisme communautaire, lorsqu'il aborde la fonction de communication :

> *« L'ordre de la personne nous apparaît maintenant dans sa tension fondamentale. Il est constitué par un double mouvement, en apparence contradictoire, en fait dialectique, vers l'affirmation d'absolus personnels résistant à toute réduction et vers l'édification d'une unité universelle du monde des personnes. »* (Mounier, 1951, p47)

Si dans le cerveau intact rien n'est observable de manière différenciée, la pathologie opère une dissection et la clinique permet de distinguer les deux processus à l'œuvre chez l'homme. La pathologie constitue alors le laboratoire expérimental ; et *« c'est la raison pour laquelle cette démarche explicative articule étroitement la modélisation du fonctionnement normal avec l'étude des dysfonctionnements pathologiques. »* (Guyard, 2009, p.301)

Si le vieillissement du soma a tout d'un retour à la dépendance par le fait qu'il fait perdre la faculté de se situer, nous suggérons de parler d'*asomasie* plutôt que d'amnésie épisodique. En posant l'hypothèse que la désorientation centrale et primitive dans la démence Alzheimer typique est un dysfonctionnement du soma, nous faisons de cette pathologie une atteinte du corps, tel que nous le partageons avec l'animal non humain. Le sujet pourrait être alors ce niveau primordial sur lequel s'appuie notre rapport au monde et que Merleau Ponty cherche dans le corps ou plutôt dans ce rapport corps et environnement, dans la perception immédiate, dans *cet étrange système d'échanges*.

> *« Visible et mobile, mon corps est au nombre des choses, il est l'une d'elles, il est pris dans le tissu du monde et sa cohésion est celle d'une chose. Mais puisqu'il voit et se meut, il tient les choses en cercle autour de soi, elles sont une annexe ou un prolongement de lui-même, elles sont incrustées dans sa chair, elles font partie de sa définition pleine et le monde est fait de l'étoffe même du corps. Ces*

renversements, ces antinomies sont diverses manières de dire que la vision est prise ou se fait du milieu des choses, là où un visible se met à voir, devient visible pour soi et par la vision de toutes choses, là où persiste, comme l'eau mère dans le cristal, l'indivision du sentant et du senti » (Merlau-Ponty, 2013, [1964], p.19-20)

La démarche expérimentale qui s'appuie sur les dysfonctionnements permet de dépasser l'introspection philosophique. Issue des travaux de la phénoménologie, la gestalthéorie s'appuie sur l'idée de *l'ajustement créateur continu de l'organisme et de l'environnement,* en cela elle s'oppose à l'explication physiologique de Watson. Cependant, c'est bien à partir de notre organisation corticale que les choses perçues le sont, selon certaines constantes et certaines permanences. Ce qui expliquerait que dans certaines maladies, telle que la maladie de Korsakoff ou certaines démences, les lésions corticales perturbent le processus d'incorporation. Nous allons poursuivre notre démonstration avec l'observation de deux résidents qui nous laissent entrevoir de manière plus probante ce défaut d'incorporation.

2. Du défaut d'incorporation

Nous nous référons ici aux travaux de Clément de Guibert qui propose une modélisation de la bi-axialité gestaltique ou naturelle (*discrimination/délimitation*) ; et suggère, par l'observation de malades de Korsakoff ainsi que de l'autisme infantile, deux types d'*asomasie* (*dispersion/focalisation*). Si nous avons montré que l'analyse culturelle s'articulait par abstraction dans un rapport d'identité (différenciation) et d'unité (segmentation) ; ces travaux argumentent dans le sens d'une mise en forme de ces deux axes, dans le fonctionnement des processus naturels eux-mêmes. Pour autant, s'il existe une différence de mise en forme, il convient de préciser en quoi l'une ne se confond pas avec l'autre. L'hypothèse retenue est celle du mode de définition. Si l'analyse structurale se définit par négativité, la configuration gestaltique se définit positivement par son contenu.

« Là encore, dans les troubles qui concernent la fonction naturelle désignée par J. Gagnepain comme celle du soma ou du sujet, il semble réducteur de n'envisager, au regard de la diversité clinique, qu'un seul type de trouble, et il apparaît heuristique d'opposer des troubles où l'évènement vécu, ou la situation, se disperse, perd son homogénéité, de troubles où l'évènement vécu se fige, perd sa complexité. » (De Guibert, Clerval, Guyard, 2003, p. 239)

Notre hypothèse est que dans l'observation de malades en situation de démence sénile on puisse retrouver cette distinction. Certains peuvent donner à voir une attitude d'évitement des autres, de repli sur soi, alors que d'autres vont au contraire s'agglutiner ou s'agripper à l'autre. Ce qui conforterait alors l'idée, que dans le cadre de la bi-axialité gestaltique, il puisse y avoir :

- Soit un déficit d'unité qui empêche de poser de la complémentarité donc de la complexité, et qui s'observe dans des situations d'isolation, de focalisation
- Soit un déficit d'identité qui empêche de poser de la similarité donc de l'homogénéité et qui s'observe dans des situations de confusion, de dispersion

Nous présentons ici deux vignettes cliniques qui nous laissent entrevoir à l'extrême ces deux types de trouble asomasique. Il s'agit de François, arrivé dans l'Unité d'Hébergement Renforcé avec un diagnostic de « maladie de Korsakoff » et de Guy, pour lequel nous avons connaissance d'une maladie de type Alzheimer. Notre tentative est de chercher à opposer deux types de troubles, et d'apporter une explication soit au regard d'un déficit d'identité, soit au regard d'un déficit d'unité. De fait, il apparaît heuristique d'opposer : des troubles où la situation se disperse et perd de son homogénéité (identité) ; des troubles où la situation se fige et perd de sa complexité (unité). Pour le dire autrement, soit il n'y a plus de limite avec le monde extérieur, soit le corps se fait carapace face à l'extérieur.

2.1 La description

Tableau 2

François, mécanicien à la retraite est entré dans l'établissement à 71 ans avec un diagnostic de maladie de Korsakoff. Dans le salon où il passe le plus clair de son temps, on peut dire qu'il ne tient pas en place. Toujours en mouvement, il traverse la pièce de part en part. Pendant les repas il peut changer plusieurs fois de place, obligeant les soignants à le suivre avec son assiette. Il en va de même au moment de la toilette où les aidants ont le plus grand mal à le faire tenir en place. Si François parle peu, il lui arrive parfois d'appeler les soignantes « mon petit lapin ».

Son regard est direct et il a facilement les larmes aux yeux surtout lors d'ambiance musicale. Il se déplace la plupart du temps vers les endroits où il y a du monde, frôlant de son épaule les personnes présentes ou des objets

(chaise, table) comme s'il tentait de s'infiltrer dans le moindre espace libre. La présence régulière de sa femme semble le laisser indifférent. Une nuit, François est tombé dans sa chambre, juste derrière la porte. Le matin, les soignants ne pouvant ouvrir la porte ont dû appeler les pompiers, qui ont démonté les volets pour passer par la fenêtre.

Un jour que je l'aperçois dans le jardin, je remarque qu'il trottine le buste en avant dans un équilibre précaire. Comme il semble se mettre en danger, je cherche, sans succès, à le faire entrer dans le salon. Avec l'aide d'un soignant nous réussissons en guidant sa trajectoire « épaule contre épaule » à lui faire passer la porte. Une fois à l'intérieur sa confusion est toujours au plus haut. François se projette littéralement dans les murs et les portes. Finalement épuisé, il s'endort dans un fauteuil. Il décèdera le lendemain.

Tableau 3

Guy, retraité de l'armée a fait carrière chez les parachutistes. Il est arrivé à l'unité d'hébergement renforcé après avoir giflé une résidente, dans l'unité Alzheimer d'un autre établissement où il se trouvait auparavant. Au dire d'une soignante de cette unité, cette résidente *« était toujours après lui »*. Guy se déplace de manière autonome dans le salon. Il marche toujours en longeant les murs et se tient courbé comme enfermé sur lui-même. Il est très difficile de croiser son regard car Guy garde la tête baissée la plupart du temps. Sa lenteur est souvent extrême parfois à la limite de l'immobilité. Il lui arrive d'ailleurs fréquemment de rester plusieurs minutes dans une même position comme prostré dans un coin du salon, ou derrière une porte. Lors de ses déplacements, il peut grimper sur la table si celle-ci est sur sa trajectoire et s'y assoir. Lors des repas, Guy parvient à manger seul à la condition qu'on place la nourriture dans sa main.

2.2 L'analyse

Nous voyons, dans la première vignette, comment se présente le défaut d'incorporation de François. Nous suggérons que cette dispersion du sujet traduit un déficit d'identité. Son incapacité à poser des frontières naturelles se traduit par une tendance au conglomérat. Par tous les moyens, il cherche à combler l'espace qui le sépare naturellement des gens et des objets. Que ce soit par le regard ou par ses déplacements, plus rien ne fait séparation, il n'y a plus de dedans ni de dehors. François se disperse dans l'environnement sans plus aucun ajustement fonctionnel gestaltique. Il ne peut rester en place puisque pour lui il n'y a pas de place qui tienne naturellement. François semble aspiré par l'espace, comme s'il n'y avait pas de frontières entre le corps et l'environnement. Comme un liquide, une fluidité, il se propage dans tous les interstices. Il a perdu l'identité naturelle, la permanence d'un corps, qui au dernier stade de sa vie semble alors se diluer dans l'environnement au point de faire corps avec les murs et les portes.

Le tableau suivant nous montre le phénomène inverse où le corps se recroqueville au point de faire carapace entre lui et le monde extérieur. Contrairement à François, nous voyons ici Guy se replier sur lui-même. Il est comme enveloppé en lui-même et évite toute forme de contact avec les autres. Il se réfugie dans des endroits isolés et évitent les lieux de passage. Guy semble toujours être en retrait du monde. Sa violente réaction dans l'établissement précédent nous laisse penser que la personne qu'il a giflée empiétait son espace.

Dans les deux cas, nous avons des manières d'être extrêmes pour des personnes qui sont mobiles et se déplacent de manière « autonome ». C'est sans doute lié au fait que dans leur lieu de vie, aucune contention n'est pratiquée malgré le risque de chute. On peut observer que si François semble aspiré par l'espace, Guy se recroqueville sur lui-même, comme enfermé dans son corps. Il a perdu l'unité naturelle, la constance d'un corps qui tend alors à s'isoler au point de faire carapace contre le monde extérieur.

Dans les deux cas, nous touchons-là à l'espèce qui est le fondement naturel de la personne et à ce sens immédiat qui est en deçà du « sens de l'histoire ». Cette manière de vieillir par désintégration du sujet, nous fournit, en négatif, la clef pour la normalité. Si l'un interroge l'accès à la *permanence* de la situation, qui *« suppose de pouvoir élaborer du tout avec des partiels, autrement dit élaborer de l'unité partielle, de la complémentarité qui puisse rendre la situation complexe. »* (De Guibert, Beaud, 2005). L'autre interroge la *constance* de la situation qui *« suppose cette fois d'élaborer de l'identique avec des éléments différents, autrement dit,*

d'élaborer de l'identité partielle, de la similarité qui puisse rendre la situation homogène. » (Id.)

2.3 La Discussion

A partir de ces observations, nous pouvons suggérer que le défaut d'incorporation produit, soit une tendance au conglomérat au point de chercher à se diluer avec le monde extérieur, soit une tendance à l'isolement au point de faire carapace contre le monde extérieur. Ce serait ce déficit adaptatif d'incorporation, qui empêcherait de poser de la situation vécue à la fois corporelle et environnementale. Si nous devons reconnaître que notre clinique est ici très limitée, il n'empêche que la question que nous nous posons ici est la suivante : En formulant le problème entre gestalt et culture, l'observation de la personne vieillissante nous permet-elle de dépasser une conception trop univoque et continue de notre être au monde ?

L'incorporation, premier moment de la dialectique sociale se définit comme constitution d'un dedans et d'un dehors dans un face à face corps et environnement. Par analogie cette somatisation constitue le sujet au même titre que la perception constitue l'objet, l'opération le trajet et la pulsion le projet. Ces délimitations conceptuelles, nous amènent à poser l'*incorporation* comme notre condition naturelle, notre être nature. Si, comme nous le suggérons, la pathologie Alzheimer typique fait perdre cette capacité d'organisation du monde dans ses coordonnées d'espace, de temps et de milieu, c'est dans cette dégénérescence du sujet que résiderait alors son trouble et, en rapport avec elle, que son être se présenterait comme une *abstraction forcée* (Attie Duval 1998). Si le premier moment de la dialectique vacille, on observe alors une fixation sur la négativité structurale. Le « malade Alzheimer » en perdant sa relation immédiate au contexte se vide de sa condition gestaltique pour se fixer sur le versant de l'arbitrarité structurale. Si Louise nous montre de manière exemplaire cette capacité d'analyse, parce qu'encore réinvestie de manière fictionnelle, nous devons admettre qu'à un stade plus avancé de dégénérescence, celle-ci se perd et n'est plus observable, que par *dispersion* ou *focalisation* tel que nous le montre François et Guy. On doit à Fances Tustin un essai nosographique, qui met en opposition « l'autisme secondaire régressif » et « l'autisme secondaire à carapace ». En dépit de son orientation clinique lacanienne, ses observations sont interrogées par Clément de Guibert pour rendre compte de cette biaxialité gestaltique.

> *« L'opposition entre dispersion et focalisation subjectives nous parait fortement éclairante par rapport aux observations opposées ici deux à deux : dispersion et envahissement semblent être les négatifs de la focalisation (sameness) et du retrait*

(aloneness). Le premier ne peut maintenir une homogénéité situationnelle ; le second ne peut maintenir sa complexité ou pluralité. » (De Guibert, Clerval, Guyard, 2003, P. 243)

Si la possibilité d'opposer deux types d'asomasie est bien hypothétique, elle permet de s'interroger sur le lien entre clinique de l'autisme et clinique de la maladie d'Alzheimer. Chez la personne vieillissante, la capacité d'incorporation peut disparaître, alors que chez l'enfant, elle peut ne jamais advenir. C'était d'ailleurs le thème du 7ème colloque sur les âges de la vie en 2017 : *« Et si Alzheimer(s) et autisme(s) avaient un lien ? ».* De nombreux intervenants, (neurologues, psychogériatres, pédopsychiatres, psychanalystes…) ont croisés leur approche disciplinaire pendant deux jours pour faire avancer la clinique et la recherche. L'idée était de mettre en évidence le lien entre ces deux modes d'être. Interrogée par la revue Notre Temps, Catherine Bergeret-Amselek, coordinatrice scientifique du colloque argumente dans ce sens :

« Autisme et Alzheimer nous mettent face au fondement de l'être humain. L'un, l'autiste, a du mal à advenir, l'autre, atteint d'Alzheimer, se déconstruit. Dans les deux cas, les fondations de leur édifice sont mises à découvert et ils souffrent des mêmes angoisses violentes nommées par le psychanalyste Winnicott "agonies primitives". (…) Dans les deux cas, les angoisses auxquelles je faisais allusion précédemment sont semblables : la peur de se vider, de se liquéfier, de chuter à l'infini, la sensation de perte de son intégrité corporelle sont terrifiantes. Les personnes souffrant d'autisme peuvent crier pour exprimer cette angoisse innommable, et les personnes souffrant d'Alzheimer aussi. Les deux font les choses lentement pour intégrer l'environnement, les deux ont un rapport spécial à l'environnement, les deux ont du mal à être en contact avec l'autre et à regarder en face un visage qui émet trop de signaux en même temps. Le rapport à l'environnement non humain est également le même ! Ils entrent de plein pied avec les objets, les animaux, mais aussi la musique, certaines tonalités, certains champs de vision. » (Bergeret-Amselek, 2017)

La démarche hypothétique de l'anthropologie clinique va dans ce sens et cherche à démontrer la validité des propositions théoriques. S'il reste encore beaucoup de chemin et d'obstacles à franchir pour aller de l'hypothèse à la validation, nous pensons fortement que les établissements médico-sociaux sont des laboratoires inégalables en matière clinique. Cependant, force est de reconnaître que nos observations sont bien limitées, d'autant, que la démence laisse entrevoir d'autres troubles, qui, peuvent alors nous faire penser que l'asomasie n'est pas toujours seule

en cause. En effet, il est fréquent d'observer chez des personnes présentant une désorientation spatio-temporelle ou amnésie épisodique, des troubles qui touchent à la perception et à la reconnaissance des objets (agnosie). Nous avons pu observer pendant le séjour, Mme R., très contrariée de ne pas avoir de réponse, alors qu'elle proposait du café à une robe de chambre, posée sur une chaise. De la même manière la coordination gestuelle (apraxie) et l'émotion (aboulie) sont parfois mises à mal. Autant de configurations gestaltiques déficientes, qui laissent penser, que la nature primordiale se délite. Si la distinction entre gnosie et praxie peut faire consensus, il n'en va pas de même pour ce qui est de distinguer ce qui relève de la somasie et de la boulie. L'anthropologie clinique nous donne des clefs conceptuelles pour discuter et situer les différents troubles. Par la nosographie qu'elle suggère, elle permet de différencier ceux qui relèvent du corps physiologique individuel, ceux de la configuration gestaltique et ceux de l'analyse culturelle. Pour poursuivre notre argumentaire, nous reprenons à la clinique d'Hubert Guyard (2009) le tableau nosographique suivant.

Niveau physiologique	**Niveau gestaltique**	**Niveau structural**
Sensibilité **Insensibilité**	Gnosie Perception (représentation) **Agnosie**	Pensée – abstraction De la Signification à la Conceptualisation **Aphasies**
Motricité **Paralysie**	Praxie Opération **Apraxies**	Travail – loisir De la Fabrication à la Production **Atechnies**
Invalidité **Amputation**	Somasie Incorporation **Asomasie**	Histoire – absence De l'Institution à la Contractualisation **Dépendance**
Affectivité **Apathie**	Boulie Pulsion (valorisation) **Aboulie**	Liberté – abstinence De la Réglementation à la Décision **Désinhibition**

Dans notre analyse nous avons cherché à opposer de manière logique les troubles de la configuration gestaltique de François et Guy, au regard d'une asomasie. Mais peut-être, pour ne pas nous laisser berner par l'évidence, devons-nous revenir sur notre analyse et revoir notre copie en ce qui concerne Guy. Nos discussions avec Clément de Guibert nous ont amené à nous

questionner à son propos et à interroger son trouble d'un point de vue comportemental. Cela s'est trouvé conforté par nos investigations plus approfondies dans son dossier médical car celui-ci précise la composante frontale de sa maladie d'Alzheimer. Nous développerons cette option dans le prochain chapitre, ce qui nous permettra dans le même temps de rendre compte de ce qui s'évalue en consultation gériatrique.

Toujours est-il, que nous pensons que l'introduction de cette nosographie dans le champ des sciences humaines mériterait d'être discutée avec les avancées de la recherche neurologique et psychiatrique. En effet, elle est, selon nous, une porte d'entrée cohérente et heuristique pour discuter de l'humain dans toutes ses dimensions. Si la sociologie clinique se positionne dans le champ expérimental, elle doit être en mesure de conceptualiser le « cerveau social » autrement que les cognitivistes et les psychanalystes, mais sans renier leurs apports mutuels. Il nous apparait alors que la sociologie ne peut faire l'impasse sur cette démarche pathoanalytique, qui permet de rendre compte scientifiquement de cette modalité particulière de la raison, que nous désignons par le terme de *personne*. Cependant, la difficulté pour nous d'aller plus loin dans l'observation des troubles de l'incorporation c'est que tout s'incorpore. Pour nous éclairer dans ces observations, l'anthropologie nous invite à distinguer et à nommer ces différents contenus naturels incorporés : l'être humain, comme l'animal, incorpore de la représentation qui devient *mémoire*, incorpore de l'activité, qui devient *habitude* et incorpore de la valeur, qui devient *contention*. Alors, s'il y a défaut d'incorporation dans la pathologie Alzheimer, ce n'est pas plus une maladie de la mémoire que de l'habitude ou de la contention. Il s'agit alors, non pas de définir le phénomène par son contenu, mais par son traitement gestaltique binaire parce que comparatif et complémentaire.

Si nous arrivons aux limites de nos compétences et à une clinique que nous n'avons pas explorée, nous pouvons cependant proposer quelques pistes de recherche qu'une collaboration rendrait fructueuses. Pour poursuivre, nous nous référons à l'article de Charles Quimbert (1987) : *« L'enfant d'aucune culture. De l'autisme à l'asomasie ».* C'est dans cette visée que nous suggérons que lorsqu'il y a un trouble de la mémoire, le corps gestaltique n'est plus en mesure de saisir l'*objet*, qui est le traitement gestaltique de l'information. En d'autres termes la représentation ne peut plus s'incorporer, par comparaison (similitude) et/ou composition (complémentarité), puisque l'incorporation fait défaut. Ce qui pourrait expliquer pourquoi des personnes en arrivent à poser et reposer la même question toutes les trois minutes, puisque les représentations s'incorporent en mémoire. Comme objectivement, chaque déterminisme par analogie ressort du même processus, nous pouvons formuler l'hypothèse que ce qui vaut pour

la mémoire vaut aussi pour l'habitude. Quand une opération ne peut plus être rattachée par comparaison et/ou composition à une autre opération, cela entraine la perte de continuité du trajet, traitement naturel de l'instinct spontané. Cliniquement, nous pouvons observer des personnes qui se révèlent être dans l'incapacité de mener une action à son terme. Lors d'ateliers cuisine, nous observons des personnes qui mangent la pomme une fois épluchée, alors qu'il convenait aussi de la couper en quartier et de la mettre dans le moule à tarte. La capacité d'enchaîner des actions, de sérier des activités ne peut plus s'incorporer en habitude. Il en va de même pour la contention, quand ce qui vient d'être voulu ne peut plus être rapporté à du déjà voulu. La valorisation ne peut plus s'incorporer car le corps gestaltique ne peut plus amener le projet, ce traitement naturel du désir. Nous suggérons donc, que l'asomasie, cette perte de la permanence corporelle et environnementale entraine un évidement du contenu gestaltique. Les capacités ne sont alors plus en mesure de se manifester. Si nous suivons notre raisonnement, il n'y a aucune raison, pour que nous n'incorporions que des fonctions gestaltiques. Autrement dit, nous incorporons également le résultat de nos analyses, c'est-à-dire que nous incorporons également le contenu de nos appropriations : de la langue, du style et du code culturels. Au risque de figer les données et les processus, nous tentons la mise en forme d'un tableau, qui permet de savoir de quoi on parle et où cela se situe.

Incorporation (corps somatique) Imprégnation par comparaison et composition	Appropriation / négociation Abstraction par différence et dénombrement et dépassement de l'abstraction par réinvestissement
Quand la permanence porte sur la représentation on parle de *mémoire* (incorporée)	Quand le réinvestissement porte sur la conceptualisation (signification) on parle de *langue* (négociée)
Quand la permanence porte sur l'efficacité spontané on parle d'*habitude* (incorporée)	Quand le réinvestissement porte sur la production (fabrication) on parle de *style* (négocié)
Quand la permanence porte sur la valeur on parle de *contention* (incorporée)	Quand le réinvestissement porte sur la décision (réglementation) on parle de *code* (négocié)

Si nous ne pouvons là que suggérer des pistes de recherche que nous n'avons pas explorées, nous pouvons cependant repérer que l'observation des personnes vieillissantes nous oblige à distinguer cliniquement les processus naturels et culturels. En cherchant à poser des frontières conceptuelles pour ne pas tout confondre et tout amalgamer, nous posons des mots qui rendent

compte des différentes manières qu'à l'humain de vivre son rapport au monde. La fonction de *somasie* (incorporation) et la faculté d'*appropriation* permet de rejoindre et de préciser le concept d'*habitus* formulé par Pierre Bourdieu. En démêlant la problématique de l'incorporation et la problématique de l'appropriation, la théorie de la personne permet de poser un seuil différentiel. Le vieillissement devient alors une porte d'entrée pour poser la différence entre le traitement naturel du sujet qui nous conditionne et l'analyse structurale de la personne qui nous institue.

Les situations pathologiques relatives au vieillissement que nous venons de présenter ne doivent pas nous faire perdre de vue notre visée sociologique. « La leçon de Louise » nous a permis, semble-t-il, de mettre à jour cette capacité d'abstraction ethnique, proprement sociale, qui nous acculture. Elle nous enseigne également comment la perte de la mémoire autobiographique, rend l'histoire impossible car tout un pan de la dialectique fait défaut. Dans le tableau clinique qui suit, nous allons voir que cette analyse qui nous singularise, ne peut se passer du réinvestissement politique qui nous universalise. Poser de l'altérité pour soi et pour l'autre implique la nécessité de négocier, de composer avec l'autre.

3. Une analyse surdéterminée

3.1 La description

Tableau 4

Paulette est arrivée à l'Unité d'Hébergement Renforcé après un bref séjour en hôpital psychiatrique. Vivant seule, elle ne pouvait plus rester à son domicile tant sa désorientation et sa confusion l'empêchait d'avoir une vie sociale normale.

De sa famille, nous savons qu'elle a un fils, qui semble depuis quelque temps espacer ses visites. D'autant qu'à sa dernière entrevue sa mère ne l'a pas reconnu. Nous savons de Paulette, qu'elle a travaillé dans un orphelinat en tant que lingère. D'après une note de la psychologue, nous avons appris que sa mère est décédée lorsqu'elle avait 18 ans et que son père s'est suicidé peu de temps après. Paulette a donc élevé sa sœur et géré la petite ferme familiale jusqu'à son mariage. Son mari est décédé quand leur fils avait 2 ans et Paulette a vécu avec sa belle-mère avec qui elle ne s'entendait pas. Enfant elle n'aimait pas l'école, elle préférait les corvées et se considérait comme un garçon manqué.

Paulette ne se repère pas dans l'établissement et peut se rendre dans les chambres de ses voisines. Elle prend très facilement ce qui ne lui appartient pas lors de ces déambulations dans le quartier. De fait, Paulette n'est pas très appréciée des autres résidents, très souvent en conflit avec eux, elle semble ne pas les supporter et à plutôt tendance à s'isoler. Si elle peut se montrer plus sensible avec les personnes faibles et être dans l'entraide, il lui arrive d'être violente envers certains, sans raison apparente et de distribuer des gifles. Ce qui crée de vives tensions dans le quartier où elle réside.

Elle s'approprie régulièrement les serviettes de table en disant : *« c'est à moi ça ! »*. Il est alors très difficile de récupérer ce qu'elle a pris, parfois violemment arraché directement au cou d'un autre résident. Elle ne participe pas aux activités collectives, à l'exception du chant qu'elle apprécie. Il lui arrive d'ailleurs de nous parler ou de se parler en chantant. La chanson est le support de communication privilégié pour entrer en contact avec Paulette, comme nous le montre cet échange, rapporté par la psychologue :

« Quand je lui propose d'aller chercher les paroles de chansons, elle est intéressée et m'attend. A mon retour, elle est très réticente à me suivre (je suis installée juste à la table derrière elle) car son papa va venir la chercher et qu'il va la disputer. Finalement, quand je commence à décaler sa chaise, pour qu'elle voie que je suis juste à côté, elle se lève et vient s'asseoir. Elle regarde les paroles, chante avec moi. Elle est impressionnée par le nombre de feuilles et le travail que cela représente. Souvent elle ferme les yeux comme s'il y avait trop de stimulations ou de difficultés à l'évocation de souvenirs. Elle dit "je n'ai plus 18 ans, je savais quand j'étais jeune mais là cela revient en arrière". *A la fin de notre rencontre elle me dit* "c'est bien ce que vous faites". *Mme lit correctement mais a du mal à suivre sur la feuille. Elle s'arrête aux paroles qu'elle connaît et fait quelques persévérations : elle chante les paroles sur l'air de la chanson précédente (même lorsque je lui ai donné l'air). Elle éprouve encore du plaisir à chanter car elle est valorisée par sa réussite mais elle a besoin de beaucoup de concentration et cela la fatigue. Elle semble avoir conscience à ce moment-là de ses difficultés et peut les dire. Comme il est difficile de la solliciter à un moment précis de la journée, il peut être intéressant de se caler sur sa disponibilité à elle et de l'accompagner au moment où elle chante afin de favoriser un échange positif. »*

Paulette peut effectivement se montrer agréable, comme lors d'une rencontre avec les enfants du centre de loisirs, avec qui elle parlait très gentiment. Une soignante m'a rapporté avoir passé un bon moment avec elle, lors de sa visite à la résidence avec sa fille de 3 ans. Paulette faisait des sourires à l'enfant et lui avait même chanté une comptine.

Mais Paulette peut aussi se montrer très virulente et violente. Un après-midi, alors que je quittais le quartier avec une personne de l'accueil de jour pour la raccompagner à son domicile, voilà Paulette qui attrape le manteau, posé sur les genoux de cette dame. Après avoir parlementé sans succès pour le récupérer, je n'ai d'autre choix que de lui prendre subrepticement des mains. Elle se rue alors vers moi pendant que je me presse vers la sortie : *« c'est à moi, voleuse, je vais appeler les gendarmes* », j'ai alors tout juste le temps de passer la porte pour échapper à sa vindicte.

Les autres résidents ont peur de Paulette et l'évitent, au point que certains jours la tension est palpable. Paulette épuise les soignants et certains viennent à dire qu'ils n'en peuvent plus, qu'ils se sentent impuissants, d'autant qu'elle peut être très blessante physiquement et psychiquement. Le plus difficile pour les soignants, c'est le moment de la toilette et sa douche hebdomadaire est très souvent reportée à plus tard ou à un autre jour. Cette résistance à la toilette entraîne un manque d'hygiène, qui interroge la famille sur la pratique du consentement et le report des douches. Quand il devient impossible de reculer l'échéance, les soignants sont mis à rude épreuve et cette situation met à mal le principe d'aucun soin de force. Deux ou trois soignants sont la plupart du temps nécessaires car Paulette refuse la douche, qu'elle perçoit comme une agression. Elle crache à la figure des soignants, pince, griffe et se débat autant que faire se peut.

Cette difficulté, ajoutée à l'attitude de Paulette, qui est de plus en plus violente envers les autres résidents, a donné lieu à une réunion d'équipe. Ce temps d'échange pluriprofessionnel, cherche à repérer des solutions pour améliorer la prise en charge et à repérer les moments favorables pour les soins. Il apparait que « *le soir avec les soignants de nuit cela semble être le bon moment pour elle car elle est dans sa salle de bain. Il faut que ce soit elle qui invite les personnes ».* **De fait, il convient de ne pas forcer les choses et de laisser Paulette prendre le maximum d'initiatives car** *« elle doit être maitresse de ces décisions ».* **Si lors de ces réunions, chaque participant est invité à s'exprimer sur les causes du problème sous la forme d'une « tempêtes d'idées », seules deux ou trois propositions sont retenues :** *« Perturbation de la communication (manque du mot, difficulté de compréhension...) Rapport à l'autorité (son histoire de vie, son histoire professionnelle) ».* **Le même processus est engagé pour la recherche de solutions.**

Suite à cette réunion, une séance hebdomadaire de médiation animale sera proposée à Paulette. Nous nous référons ici aux transmissions de l'intervenante. Dès la première séance *« Madame caresse le chien lorsqu'il s'approche d'elle ».* **Comme elle refuse d'entrer**

dans la salle d'activité, la séance s'effectue en déplacement dans le salon du quartier. Méfiante elle reste sur ses gardes et on peut retenir l'ambivalence de son comportement : *« Alternativement, elle va demander, à ce que nous partions ou alors nous indiquer ce qu'elle observe en nous demandant de la suivre comme si elle nous faisait une visite. »* **Dès la deuxième séance, Paulette acceptera le contact avec le chien, allongé sur le canapé à ses côtés :** *« Madame accepte qu'il pose sa tête sur ses genoux et le signifie de manière amusée (un sourire).* **Si elle accepte de caresser la tête du chien, elle refuse que l'intervenante lui enlève ses chaussons pour caresser le chien avec ses pieds. Ce qu'elle acceptera sans difficultés les séances suivantes. Lors des premières séances, Paulette a un peu de mal à rendre la serviette du chien :** *« A la fin de la séance, Madame souhaitait garder la serviette du chien, a fini par accepter de la rendre, après quelques gestes violents envers l'intervenante. La séance s'est terminée calmement. »* **On repère le même comportement, en ce qui concerne les croquettes du chien :** *« Encore des difficultés à récompenser le chien par des croquettes qu'elle souhaite garder pour elle. »*

Au fur et à mesure des séances on repère l'approche progressive de l'intervenante. Dès la 5ème semaine *« elle accepte le contact prolongé de la main de l'intervenant sur sa main tout en caressant Helsie allongée à côté d'elle ».* **La séance suivante elle saisit d'elle-même les mains de l'intervenante. Une autre fois, alors qu'elle est assise sur un banc au jardin, elle acceptera le contact du chien contre elle. C'est à la 11ème séance, alors qu'elle est installée à une table après le repas, qu'elle acceptera sans hésitation un massage des pieds sur le dos du chien :** *« Elle tend sa jambe gauche pour lui enlever le chausson, puis se laisse guider le pied sur le dos du chien sans aucune opposition et totalement détendue. Elle accepte alors d'enlever son autre chausson, puis amène seule, son autre pied. Elle se laisse guider les deux pieds sur le dos du chien pendant plus de 10 minutes, réalisant seule des petits mouvements doux contre le dos du chien. »* **Une autre fois elle demandera à l'intervenante de lui frotter le dos. A la fin des séances, Paulette remercie l'intervenante et accepte que celle-ci revienne. Lors d'une séance, l'intervenante propose à Paulette le brossage du chien :** *« Madame explique qu'elle ne sait pas faire, puis encouragée elle accepte et brosse l'ensemble du chien (d'un côté et de l'autre), semble valorisée par cette tâche, son visage est de plus en plus souriant et elle garde un discours positif jusqu'à la fin de la séance. Elle explique que c'est la première fois qu'elle faisait ça. »* **Progressivement Paulette est de plus en plus dans l'échange, n'hésitant pas à poser des questions à l'intervenante et à accepter le contact physique :** *« Elle est de plus en plus dans le partage et l'échange au moment des soins apportés*

au chien. Semble fière qu'on puisse la féliciter de ce qu'elle fait pour le chien. » **Un jour que Paulette est assise dans le salon, elle refuse de se rendre dans la salle d'activité à l'invitation de l'intervenante. Pour autant, après sollicitation, Paulette va accepter de la suivre :** *« Revient sur sa décision, et accepte après que l'intervenant ait insisté avec le sourire. Madame redéveloppe sa capacité à accepter les décisions qui ne viennent pas d'elle-même. »* **Paulette fait de plus en plus de caresses spontanées au chien, en répétant :** *« le chien est bon et gentil ».* **Au fil des séances, elle prend de plus en plus d'initiative, allant même jusqu'à venir dans la salle d'activité pendant la séance d'une autre personne et** *« souriante et sereine, cherche à communiquer avec l'autre résidente. »* **Elle ira jusqu'à proposer ses services pour accompagner une résidente en fauteuil :** *« A souhaité pousser le fauteuil de Mme S. jusqu'au quartier pour se rendre à l'après-midi chant. »* **Sur les 26 séances de médiation animale, un seul refus est à noter :** *« Semble être perturbée par un élément extérieur, Madame n'est donc pas disponible comme lors des autres séances. « Rejetante », la séance est abrégée. »*

Les soignants, qui accompagnent Paulette et l'intervenante au cours de la séance de médiation animale, sont toujours très surpris de la voir aussi sereine pendant l'activité. Ils soulignent cependant, que cela n'améliore pas les moments de la toilette, qui sont toujours aussi débordant de violence. Plusieurs réunions d'équipe sont nécessaires pour réactualiser l'accompagnement de Paulette et ces réunions ne sont pas sans mettre à jour des désaccords entre les soignants sur la manière d'intervenir. Il est conseillé de passer le relais au collègue quand la situation devient trop conflictuelle. Cependant, certains soignants trouvent que ce passage se fait trop facilement et qu'au final *« c'est toujours les mêmes qui s'y collent. »*

3.2 L'analyse

Que nous montre Paulette ? Sa désorientation spatio-temporelle nous incite à parler ici de défaut d'incorporation. Pour Paulette il n'y a plus d'environnement immédiat, qui lui permette la permanence de son être en mémoire, en habitude et en contention. L'asomasie fait perdre la représentation de la situation vécue. Il semble que pour elle, résidents et soignants sont tous des agresseurs ou voleurs potentiels. Ce qui l'incite à se méfier de tout le monde. Nous pourrions dire que sa tendance à s'approprier les serviettes de table lui vient de son métier de lingère mais cette référence historique n'expliquerait en rien sa tendance à l'appropriation. Cela nous

expliquerait peut-être seulement pourquoi elle prend précisément les serviettes. Cette explication ne vaudrait que pour le contenu de son appropriation et non pour le processus lui-même.

Nous suggérons que c'est la capacité d'appropriation proprement humaine, qui est ici surdéterminée et qui agit en Paulette à son insu. Si Paulette est bien dans la « prise », il semble qu'elle a perdu le chemin du « don », qui la relie aux autres. Paulette ne cherche pas la compagnie des autres et s'isole souvent. Si on l'approche de trop près elle se rebiffe. Dans certaines situations la dialectique de la prise et du don ne fonctionne pas, d'où sa difficulté à donner les croquettes au chien. Nous pouvons dire que Paulette, se trouve dans l'incapacité de redonner ce qu'elle a pris. Le défaut d'incorporation renvoie la dialectique sur l'appropriation, réifie l'absence et focalise du côté de la prise. Serviettes, croquettes ou manteau, cela lui appartient et le partage est non négociable. Elle se focalise sur le service à rendre et cette autonomisation forcée, se laisse voir d'autant plus, lorsqu'il s'agit de prendre en charge son propre corps.

Cette autonomie, elle ne peut plus la négocier avec autrui, elle ne peut plus introduire de la reconnaissance et sa relation au moment des soins se transforment en une pure opposition. Comme Louise, Paulette se fait son cinéma, mais ici c'est un drame qui se joue où les acteurs sont à la fois victime et bourreau. La personne est en totale discordance et il n'y a pas d'accord possible, d'où l'extrême violence qui, dans le corps à corps, fait perdre la mesure de l'autre. Cette fixation sur l'abstraction, réifie l'absence et entraine Paulette dans des situations de pure violence pour faire face à l'angoisse qui l'étreint. Cet excès de singularité ou analyse surdéterminé ne peut que conduire à l'exclusion systématique, moment où le rapport à autrui bute sur l'exclusion et le rejet. L'intervenante en médiation animale dit d'elle, lors d'une séance, qu'elle est « rejetante ». On constate que le rejet se donne à voir des deux côtés de la relation, lorsque certains soignants refusent de s'occuper de Paulette et passent le relais aux collègues. De fait, ils en viennent à s'absenter de la relation de soin et se retrouvent, eux-mêmes, dans l'incapacité de négocier l'échange.

Pour autant, il apparait que Paulette conserve une relation privilégiée aux enfants avec qui elle échange de manière plus détendue et sereine. Est-ce à dire qu'elle trouve dans sa relation à l'enfant matière à réinvestir son rapport à autrui ? Cette responsabilité qui n'est autre que le principe plus général de paternité ou plus justement de parentalité, fonde le métier, le service à rendre. Les soignants disent de paulette qu'elle peut se montrer plus sensible avec les personnes

les plus faibles. Ce qui peut se traduire par « je suis là *pour autrui* ». De même, seule l'activité chant lui permet de côtoyer les autres paisiblement. Est-ce à dire, qu'à partir du chant choral elle trouve matière à réinvestir sa relation à l'autre ? Mettant ici en jeu le principe de l'alliance, l'activité collective renforce sa capacité à vivre avec les autres ; ce qui peut se traduire par « je suis là *avec l'autre* ». Nous suggérons que la relation à l'enfant, à l'animal ou à la personne faible, renforce le *réinvestissement contributif*, de la même manière que le chant participe à ce *réinvestissement associatif* en mettant la personne à l'unisson avec l'autre. Est-il possible que ces activités socioculturelles agissent comme des « béquilles » relationnelles ? Non pas sous la forme de contenus positifs, mais dans le cadre de mises en situation, qui réinscrivent la personne dans sa capacité de partage, dans la dialectique de la prise et du don.

Les ateliers proposés avec le chien montrent qu'une certaine amélioration est possible dans un cadre relationnel bien précis. Le principe de l'échange institue de la différence et dans le même temps la conteste. Nous suggérons, que c'est cette ambivalence, qui se donne à voir lors du premier contact avec l'intervenante en médiation animale : *« Alternativement, elle va demander à ce que nous partions ou alors nous indiquer ce qu'elle observe en nous demandant de la suivre comme si elle nous faisait une visite. »* Les transmissions relatives à la zoothérapie, nous montrent comment l'intervenante met en place progressivement une relation privilégiée avec Paulette. Les soins apportés au chien, lui redonnent la capacité d'entrer en communication *avec* l'autre et de faire *pour* autrui. Le chien n'est ici qu'un support, car, selon nous, la relation essentielle, c'est avec l'intervenante qu'elle se joue. Tout au long des séances on observe comment cette relation se met en place progressivement. L'intervenante devient familière et parvient à sortir, pour un temps, Paulette de son abstraction forcée. Ce qui donne à voir une certaine complicité entre elle deux. Nous pensons, que si Paulette est valorisée par les soins qu'elle apporte au chien, c'est précisément parce que l'intervenante est présente, la regarde, l'encourage et la félicite. Il ne faut pas se tromper d'acteur, ce n'est pas le chien, le partenaire de l'échange, c'est l'intervenante. On peut noter, que c'est suite au désaveu de l'intervenante, que Paulette transforme son désaccord en accord et entre dans la salle d'activité : *« Madame redéveloppe sa capacité à accepter les décisions qui ne viennent pas d'elle-même. »* Entrer dans la salle, c'est comme entrer dans le jeu de la négociation et du compromis réciproque. C'est entrer en scène avec l'intervenante. C'est à la fois jouer son rôle et se positionner dans la relation. Mais alors quelle place donner au chien dans cet échange ? Nous avons parlé de « support » et de « béquille », ce qui laisse entendre une forme d'appareillage ou d'outillage du

corps. Est-il possible d'envisager que le chien artificialise le soma défectueux en reconstituant des frontières naturelles, au plus près du corps de Paulette ?

Force est de constater que ces ateliers ne semblent pas avoir d'impact sur les autres moments de la journée. Si sa relation aux soignants reste toujours opposante, surtout au moment de la toilette, il n'empêche que ce temps passé en séances, nous montre qu'il s'agit bien ici de réinvestissement relationnel. La dialectique refonctionne précisément à ce moment-là, c'est-à-dire lorsque le chien outille Paulette d'un corps sujet. Pour autant, si l'animal et l'enfant servent de support au réinvestissement contributif, ils ne suffisent pas à eux-seuls à établir le lien. La présence d'un tiers autrui, parent ou intervenant, est nécessaire à la dynamique relationnelle. De l'activité chant, nous pouvons dire la même chose car le chant, à lui seul, c'est-à-dire sans les autres, ne permet pas le réinvestissement identitaire qui permet de faire alliance. De fait, nous suggérons que si ces « béquilles relationnelles » fonctionnent, c'est bien parce que le sujet et la personne en nous, relève de la dialectique de la prise et du don.

3.3 La Discussion

Dans les établissements et plus particulièrement dans les unités d'hébergement renforcé les soignants font face à de grandes difficultés relationnelles, qui, comme nous venons de le décrire, les entrainent dans un corps à corps violent. Nous avons pu observer plusieurs scènes de violence, et d'autres, nous ont été rapportées par les soignants. Les temps de pause du matin sont des espaces où les soignants peuvent prendre de la distance avec la relation qu'ils viennent de vivre en la racontant à leurs collègues. Nous avons mis l'accent dans la première partie de notre travail sur le récit, en tant qu'il opérait un réaménagement de la situation vécue. De manière plus formelle, les situations qui posent problèmes sont discutées en réunion d'équipe, selon la méthode « Carpe Diem », élaborée par Nicole Poirier. La majorité du personnel de l'établissement a été formée à cette méthode de résolution de problèmes, qui a pour but de dépasser et gérer ce type de situation, selon une visée humaniste et relationnelle. La méthode « carpe diem » a pour fonction de réaménager l'accompagnement pour améliorer la situation problématique. Chaque membre de l'équipe est amené à s'exprimer sur son vécu relationnel et sa propre vision du problème à partir des connaissances qu'il a de la question. Il s'agit de trouver des solutions relativement satisfaisantes, c'est-à-dire, de prendre en compte les avantages et les inconvénients de certaines pratiques et de calculer les risques pour aboutir à la solution la moins

insatisfaisante. Dans l'idéal, l'essentiel étant que cela fonctionne et que cela soit un mieux pour la personne aidée comme pour le soignant.

Si ces réunions ouvrent un espace pour discuter et partager les moments difficiles de la prise en charge, nous y observons une addition de points de vue sans articulation, d'autant, que la discussion est prohibée par la méthode qui se veut rapide et efficace. Ces échanges tendent à la conformité d'une prise en charge par tous les aidants. En d'autres termes, si un soignant parvient à pacifier une situation, les autres sont invités à reproduire l'acte de soin de la même manière. Nous ne discutons pas ici de l'intérêt de ces temps d'échanges interprofessionnels, qui participent à la confrontation des points de vue et à la dynamique d'un travail d'équipe. Si ces échanges se rapportent à la gestion d'un problème social, nous pouvons malgré tout en repérer les limites, qui tendent à enfermer les soignants dans une représentation réductrice de la situation. L'absence de perspective théorique, empêche d'aller plus loin dans l'explication du phénomène. Il est vrai que ces réunions ne sont pas des lieux pour la recherche mais qu'elles sont centrées sur la production de clefs d'accompagnement et ce n'est pas là leur moindre mérite. Pour autant, ce type de réunion ne condamne-t-il pas les équipes médico-sociales à une approche pragmatique, qui, en ne prenant en compte que ce que l'on voit, ne permet pas de s'absenter des situations immédiatement observables ? Autrement dit, ce pragmatisme n'empêche-t-il pas d'appréhender l'homme dans sa dialectique fondamentale ?

De son côté, la méthodologie de soin Ginest-Marescotti aborde ces situations sous le terme de Comportement d'Agitation Pathologique (CAP) et propose une approche technique pour anticiper, diminuer ou supprimer ces comportements « défensifs ». La marque déposée « humanitude » se présente comme une philosophie et une méthodologie de soins, vendue aux professionnels du secteur pour limiter les difficultés relationnelles, notamment les comportements d'agitation lors des soins de nursing. La majorité du personnel de l'établissement est formée à cette pratique, qui repose sur 4 piliers : la parole, le regard, le toucher et la verticalité. Elle rassemble ainsi un certain nombre de techniques de manutention qui peuvent effectivement faciliter le travail des soignants dans beaucoup de circonstances et apporter un certain bien-être aux usagers. L'attention que peuvent porter les soignants à leur manière d'aborder la personne « désorientée » à partir de ces quatre piliers est effectivement bénéfique et apaisante pour la personne aidée. L'aide à la marche, l'utilisation de matériels (verticalisateur, draps de soutien, chariot douche ...) sont autant de techniques qui retardent la grabatisation. Les fondateurs de la méthode n'ont d'ailleurs rien inventé, ils ont systématisé des techniques déjà connues, et pratiquées en ergothérapie. Cependant, nous pouvons dès lors

repérer, ici aussi, certaines pistes critiques, que nous ne manquerons pas de développer dans la troisième partie de notre travail.

- La technique comme mode de penser l'humain devient un dogme pragmatique, qui, si elle ne peut plus être remise en question et discutée, réduit la relation à des recettes qui s'infiltrent comme un « prêt à penser ».
- La formation comme mode de stimulation émotionnelle, affaiblit la prise de distance nécessaire et se transforme en manipulation en niant la nécessaire appropriation des savoirs.
- La méthode devient hégémonique, quand elle participe à la négation des identités professionnelles dans un établissement et contribue à une non-reconnaissance des compétences singulières ; elle nie la nécessaire complémentarité entre ergothérapeute, animateur, psychologue, infirmière, aide-soignant …, en s'accaparant tous les domaines de compétence.
- La philosophie comme système de croyance renvoie le soignant à son propre échec car elle ne peut supprimer toutes les difficultés, elle contribue alors au « burn out » qu'elle prétend éradiquer.

Le problème avec l'humanitude, c'est qu'elle évacue l'humain dans sa complexité, tout en s'érigeant comme expert de « l'homme vieux ». En cela elle participe à ce que Jean-Yves Dartiguenave appelle la « déraison naturaliste » ou le « déni anthropologique ». Nous aurons l'occasion d'approfondir ce point de vue dans la troisième partie de notre thèse.

Si, de son côté, la zoothérapie ou médiation animale met l'accent sur le lien avec l'animal, nous pensons, que le plus important, ce n'est pas le compagnonnage avec le chien ou le lapin, mais le lien, qui s'établit avec l'intervenant. Si Paulette est valorisée par les soins qu'elle apporte à l'animal, c'est bien parce qu'une autre personne la regarde. Le lien qui s'établit avec l'intervenante au fur et à mesure des séances réinstitue la personne et la rend plus accueillante et ouverte aux autres. On peut la voir, au fil des séances, transformer son attention portée à l'autre et prendre l'initiative d'accompagner une personne en fauteuil roulant.

Ce type d'accompagnement non-médicamenteux s'inscrit dans une dynamique d'interactions sociales, recommandées par la Haute Autorité de Santé, comme nous l'explique Anne-Sophie Rigaud, professeur de médecine gériatrique et chef de service du pôle de gériatrie à l'hôpital Broca :

> *« La haute Autorité de Santé (HAS) recommande que le traitement comporte un accompagnement non médicamenteux qui a pour objectif d'améliorer les symptômes cognitifs et comportementaux, de préserver l'autonomie fonctionnelle et les échanges sociaux, et de soulager le fardeau des aidants. »* (Rigaud, 2018, p. 233)

Elle relate une étude pilote qui s'appuie sur des interactions en petit groupe avec le robot PARO[24], où elle observe que des personnes souffrant de maladie d'Alzheimer ont progressivement renoué avec leur environnement :

> *« Au fur et à mesure des séances d'interaction avec le robot, nous avons observé une reprise de la communication de ces personnes se manifestant par des échanges non seulement avec le robot, mais également avec les thérapeutes et entre elles. Nous avons aussi observé que l'interaction avec le robot PARO favorisait plus les interactions des personnes que d'autres activités comme le lancer de ballon ou le jeu de Bingo (Wu et coll., 2014) »* (Rigaud, 2018, p. 235)

Nous avons nous-même observé, lors d'ateliers sensoriels, comment des personnes pouvaient émerger du mutisme et renouer avec leur entourage. Poursuivons notre argumentaire à partir de ces expériences qui relèvent, selon nous, d'une dynamique relationnelle. C'est de la place de l'altérité dont il est question dans le projet « Rob'Autisme, proposé à cinq adolescents ayant reçu un diagnostic de « Trouble du Spectre Autistique ». L'équipe du CHU de Nantes relate son expérience dans un article du n° 22 de la revue tétralogique : « Troubles de la personne et clinique du social » (2017). Les participants, quatre garçons et une fille sont amenés à programmer et manipuler eux-mêmes trois robots humanoïdes Nao *(Softbank Robotics)*, avec l'aide de trois infirmiers, une orthophoniste et une roboticienne. Les cinq adolescents, participants à ce projet sont scolarisés en milieu adapté. Nous ne relaterons pas ici l'expérimentation, attardons-nous plutôt sur les effets d'expériences et les hypothèses qui ont permis de la penser. L'idée est que l'utilisation du robot en permettant aux jeunes de mettre en

[24] « Le robot PARO a l'apparence d'un bébé phoque, recouvert d'une fourrure synthétique blanche et pesant 2,8 kg, il peut mouvoir ses nageoires, son cou et ses paupières, ce qui lui permet des expressions faciales diverses. Equipés de nombreux capteurs (tactiles, lumineux, auditifs, caloriques et de posture), le robot réagit à son nom, aux compliments et aux caresses, et peut s'adapter à la personne grâce à ses capacités d'apprentissage. Plusieurs auteurs ont montré que PARO pouvait être un médiateur de communication : sa présence incite le contact verbal et tactile, l'expression et le transfert de sentiments, et dans certains cas, la réminiscence de souvenirs antérieurs. » (Rigaud, 2018, p. 234)

œuvre leur capacité d'analyse technique va artificialiser à la fois du corps (sujet) et de la personne.

> *« Progressivement, chez les adolescents, leur manière d'interpeller l'autre a évolué. Dans un premier temps, le robot était utilisé comme le médiateur exclusif de ces rencontres. Puis les binômes ont pu s'ajuster entre eux. Il est vrai que pour manœuvrer le robot, il faut s'adapter à son partenaire, lui demander son avis ou son aide. Quelle posture faire adopter au Nao ? Quelle intonation de voix ? Un accord doit être trouvé entre les jeunes. Peu à peu une place à l'autre est laissée, des échanges sont ébauchés. Et par l'intermédiaire du robot, des phrases, des gestes sont proposés, montrés, adressés aux autres. »* (Gaboriau, Sakka, 2017)

De fait, les expérimentateurs inscrivent leur contribution dans le cadre d'une clinique du social qui rapporte l'autisme à un défaut de la mise en forme du corps et de l'environnement, soit un défaut de *gestaltisation*. Ils suggèrent que les troubles du spectre autistique relèvent de l'*asomasie*. A partir de cette acception, les auteurs de l'article nous montre comment le robot, outil qui illustre la capacité technique proprement humaine, rendrait opérante cette frontière immédiate, telle une frontière gestaltique artificielle.

> *« Simuler l'être, c'est aussi ce qui se rencontre lorsque le robot dote d'un corps un personnage. On peut alors tout à fait l'équiper comme le serait un individu vivant. On peut donc traiter ce robot lui-même artificiellement ! N'est-il pas vêtu, logé, voire alité ? Voilà pour l'outillage du corps. »*

Le robot peut ainsi artificialiser du sujet. Du point de vue de la personne, les auteurs conviennent que le robot peut endosser différents rôles et faire office de partenaire stable et rassurant pour les jeunes adolescents.

> *« Il offre alors une prévisibilité, un repère, une permanence. Et pour les jeunes autistes, confrontés à un monde qui menace sans arrêt de s'écrouler, cette prise magique sur la situation n'est pas anodine. Le robot rend possible une interaction à partir du fonctionnement propre de ces adolescents pour lesquels la subjectivation est bien problématique. »*

Les auteurs de l'article ont ainsi montré qu'une certaine forme d'adaptation était réalisable par cet outillage, et que les jeunes se risquaient à maintenir sans le robot cette « personne prothèse ». L'essentiel étant que le robot ne devienne pas un fétiche qui entrainerait les adolescents vers un

repli sur eux-mêmes. Au fil des 20 séances, une histoire a été écrite collectivement par les jeunes et un spectacle a eu lieu en comité restreint. Mais au-delà de cette situation, l'expérience est elle-même une histoire pour les différents participants jeunes et adultes de ce partenariat.

> *« Il ne s'agit pas de ne concevoir l'expérience qu'à travers le prisme d'une simple évolution, mais plutôt de la saisir au travers de la manière avec laquelle les choses se sont structurées, restructurées, appropriées, réaménagées. Nous pensons que cette histoire est aussi un point d'appui pour ces jeunes. »*

Dans cette expérience, chacun a pris sa part, déterminé son rôle et ses responsabilités en fonction de son métier, de sa singularité. Cette expérience s'inscrit au cœur du social dans des dynamiques de divergence et de convergence, d'accords et de désaccords où il s'agit de négocier, de faire avec la différence des autres. De fait, son intérêt réside dans la faculté des auteurs à penser l'expérimentation, à l'expliquer et à la mettre en discussion. Autrement dit, à partir de leurs observations, ils cherchent à expliquer la manière qu'ils ont de théoriser le réel, notamment ici, dans son interférence entre l'activité outillée par le robot (ergologique) et le sociologique. C'est une expérimentation qui a mis en jeu les différentes composantes d'une équipe professionnelle ; ce qui n'est pas sans nous renvoyer à notre propre situation d'intervention sociale.

Nous avons déjà mis l'accent sur le travail d'équipe. En discutant avec nos deux collègues animatrices, nous avons repéré de l'intérêt pour nos pistes explicatives. Avec elles, nous partageons de nombreux moments informels et de nombreux moments d'activités. L'une d'elle, actuellement animatrice dans l'unité d'hébergement renforcé, nous a demandé de construire des tableaux pour mieux comprendre les processus d'incorporation et d'appropriation qui relèvent de la dialectique du sujet et de la personne. Cette manière de voir les situations intéresse les professionnels, qui, au quotidien, font face à des dysfonctionnements et d'autant plus lorsque ceux-ci relèvent du rapport à autrui et viennent entraver leur contribution. Lorsque la personne asomasique ne parvient pas à entrer dans un quelconque échange, l'entourage est bien souvent désemparé. Cette capacité d'explication, qui agit en tout humain, embarque le praticien dans un questionnement qui n'est pas le privilège du chercheur. La réflexion, en faisant un pas de côté à partir d'un modèle explicatif, permet de voir ce qui n'est pas donné de prime abord dans la situation. Cette analyse qui agit chez le praticien du médico-social, nous l'avons à plusieurs reprises observé et éprouvé. C'est sur ce versant explicatif que s'inscrivent nos échanges avec nos collègues animteurs. Cette appartenance commune facilite notre communication, d'autant que nous avons également contribué à leur formation d'animateur dans le cadre de leur stage

en milieu professionnel. Cette complicité de métier et d'expérience facilite nos situations d'interlocution. On peut regretter qu'il y ait si peu de place pour l'explicatif dans les établissements, plus enclins au prescriptif à partir de techniques bien huilées. Notre technique, nous la mettons ici dans la production de tableaux cliniques et conceptuels. Nous aurons l'occasion, dans la troisième partie de notre thèse de revenir sur ce point, d'une part, en interrogeant les savoirs qui irriguent les formations professionnelles du secteur médico-social, et d'autre part, à partir de la question du lien entre Alzheimer et autisme.

Mais pour l'heure, abandonnons le terrain proprement pathologique pour nous tourner vers des données plus sociologiques, qui vont nous permettre d'étayer notre thèse. Si dans la pathologie « Alzheimer » le *conditionnement* qui nous permet d'être ici et maintenant peut faillir ; le vieillissement peut dans certains cas venir entraver la *structuration*, qui peut tendre à un déficit ou un excès d'analyse. Pour autant, nous ne parlerons pax de pathologies, mais plutôt de tendances qui perturbent cette capacité qui permet de nous distancer du vécu immédiat par appropriation, même si on ne cesse de le réaménager historiquement.

4. <u>De la désaffiliation</u>

Ici aussi, nous nous appuyons largement sur notre dynamique professionnelle pour rendre compte de la manière dont l'être humain médiatise son rapport au monde par acculturation sociologique. Le premier tableau met en scène Marcelle et le deuxième tableau décrit comment Marie passe ses journées dans l'établissement. Pour ces deux descriptions, nous faisons l'hypothèse que le vieillissement peut venir entraver le processus culturel, sans pour autant relever de situations strictement pathologiques.

4.1 La description

Tableau 5

Marcelle est arrivée à la résidence suite à une hospitalisation. Originaire de la région Normande, elle avait toujours imaginé finir ses jours dans son pays d'origine. Bien que son fils soit présent régulièrement, vivre dans une maison de retraite en Bretagne, semble constituer pour elle la pire des situations. Il y a pourtant plusieurs années qu'elle vit dans la commune de la résidence.

« Quand je me suis retrouvée toute seule, je me suis rapprochée de mon fils, mais je ne me suis jamais habituée ici. » **Lorsqu'elle parle des autres résidents elle les appelle « les bretons » ou « les autres », sans aucune autre distinction. Elle a pendant un temps intégré un groupe de beloteur, mais les relations sont devenues conflictuelles et depuis elle n'adresse plus la parole à Madame N., sa partenaire de jeu.**

Marcelle a conservé toute son autonomie dans les actes de la vie quotidienne. Elle en tire une certaine fierté, qui l'amène à se distinguer des autres résidents. Elle est la seule à avoir pris l'habitude d'apporter et de rechercher elle-même ses vêtements en lingerie. Elle fait partie des personnes qui m'accompagnent régulièrement lorsque j'ai une course à faire, ou un endroit à visiter en prévision d'une sortie. Nous avons ainsi pu, au fil du temps, établir une relation de confiance et de proximité, car nous discutons souvent pendant le trajet. Elle aime à parler de la grande exploitation qu'elle avait en Normandie et a tendance à dénigrer les « paysans bretons ». De ces derniers, elle dit qu'ils ne sont pas accueillants, qu'ils ne la respectent pas, parce qu'elle n'est pas « des leurs ». Les autres, eux, considèrent Marcelle comme une personne hautaine : ***« Elle ne dit jamais bonjour, non mais, pour qui elle se prend celle-là !», « et puis son fils, c'est pareil, il a l'air fier. »*** **Marcelle, elle, me parle de son fils comme de quelqu'un qui a bien réussi dans la vie, même si elle regrette qu'il n'ait pas choisi de reprendre l'exploitation familiale.** ***« Mais c'est mon neveu qui l'a repris et je peux vous dire que maintenant elle est encore plus importante. Il a fait fructifier le capital. »*** **Ce thème revient souvent dans nos conversations comme celui de la réussite professionnelle de ses petits-enfants. De fait, ses relations avec les autres résidents restent très limitées.**

Quelques semaines avant l'élection du Conseil de la Vie Sociale, je lui ai proposé d'être candidate pour représenter les résidents. A vrai dire, ces derniers ne se bousculent pas pour accéder à cette responsabilité. Après réflexion, elle a accepté, a été élue et maintenant lors des conseils de quartiers, elle prend des notes et rempli sa tâche avec sérieux. Je ne manque pas, de la présenter au début de chaque conseil de quartier et je lui ai aussi proposé de m'aider à organiser un repas à thème sur la Normandie. Petit à petit, elle va plus facilement vers les autres et a même intégré des activités comme le « café-

tricot » et « la chorale des 4 jeudis ». Par contre, elle refuse toujours de venir manger à l'espace crêperie « La Passerelle », la galette de blé noir « ça ne passe pas ! ».

Marcelle a vécu un moment douloureux, lorsque son fils est retourné vivre en Normandie, quand l'heure de sa retraite a sonné. ***« Heureusement il a gardé sa maison ici et il vient souvent, mais bon … il est toujours très occupé. »*** **A la même période, Marcelle a sympathisé avec une nouvelle résidente de son quartier, Mme M, éloignée géographiquement de son lieu d'origine. Le rôle du représentant consiste aussi à accueillir les nouveaux arrivants. Le fait que Mme M. ne soit pas « du coin » a facilité leurs échanges.**

L'arrivée de Mme M. l'a aidé à passer le cap car elles partageaient de nombreux moments. Si dans les premiers temps leurs rencontres n'avaient lieu que sur les temps d'activité, très vite elles se sont rencontrées à d'autres moments, se donnant rendez-vous pour un jeu de société ou une promenade. Ses rencontres ont été favorisées par leur participation commune à un séjour vacances, axé sur le lien social. Six résidents étaient présents, accompagnés de quatre professionnels : une assistante de soins en gérontologie, l'ergothérapeute, une animatrice stagiaire et moi-même. Le rapprochement de Marcelle et de Mme M. faisait partie de nos objectifs de séjour. Mettre en place une situation qui favoriserait leur relation.

Elles ont donc partagé la même chambre pendant trois jours. Le deuxième jour Marcelle a tenu à payer une bouteille de champagne parce que c'était le jour de ses 90 ans. Elle était très en forme pendant ce séjour, comme transformée. Depuis, il semble que les contacts avec « les autres » tendent à s'améliorer, ce qui ne l'empêche pas de faire toujours quelques remarques désobligeantes sur la Bretagne et de rester très susceptible dès qu'il s'agit de la région Normande.

Tableau 6

Marie vit à la résidence depuis plusieurs années, elle a 88 ans. Elle passe ses journées, assise dans la galerie principale, lieu idéal pour observer toutes les allées et venues. Elle interpelle facilement les visiteurs qui passent près d'elle et trouve toujours une question à leur poser. *« Tu viens voir ton père ? » « Tu restes manger avec nous ? »* Quand Marie interpelle ainsi les passants de la galerie, exclusivement de sexe masculin, il n'y a de sa part ni bonjour, ni au revoir. Elle refuse de participer aux activités et refuse également de sortir de la résidence. Elle, ne reste jamais dans sa chambre. Il lui arrive d'être en conflit avec une résidente qu'elle connait de longue date, car elles ont vécu dans la même commune. Elles s'injurient mutuellement et « faignante », « putain », « vieille garce » … font fréquemment écho dans la galerie. Le personnel est parfois obligé d'intervenir, lorsque cela perturbe trop le voisinage.

Marie est une personne qui a le contact très facile avec les personnes de sexe opposé et elle s'adresse plus facilement aux hommes qu'aux femmes. Le matin elle a pris l'habitude de rejoindre un groupe d'hommes pour leur demander s'ils ont bien dormi. Systématiquement, à cette question, leurs réponses grivoises viennent alimenter une conversation dont l'acte sexuel est le sujet central. Si la parole vient à manquer, Marie renchérit par une question *« alors t'as fait l'amour cette nuit ? »* et la discussion repart de plus belle. Avec le temps deux des trois compères ont disparu et seul le moins bavard Claude, atteint d'une déficience intellectuelle, perpétue les rendez-vous dans la galerie. Ils sont devenus suffisamment proches pour être repérés comme « couple » par beaucoup de résidents et par l'ensemble du personnel. Il faut dire qu'ils ne cachent nullement leurs attouchements, qu'ils font en public et qu'il arrive parfois de voir la main de madame dans le pantalon de monsieur et la main de monsieur dans le corsage de madame. Bien qu'on leur demande de réserver cette pratique à la chambre, ils ne recherchent pas d'intimité et perpétue leur rendez-vous dans la galerie principale. Jour après jour, leur conversation est marquée par la répétition des mêmes questions courtes où la réponse est déjà sous-entendue dans la question : *« C'est l'heure de manger ? » « Tu vas à la piscine ?»* ou d'affirmation *« on a bien mangé » « je ne bois jamais de café » ...*

Depuis quelque temps, Marie interpelle les soignants de la façon suivante : *« il faut lui trouver une femme à ce monsieur »* en parlant de Claude.

4.2 L'analyse

Rappelons, qu'il ne s'agit pas ici de situations pathologiques, dans les deux cas, nous ne parlerons ni d'asomasie, ni d'une détérioration de la capacité d'institution. Il convient plutôt de voir dans le premier tableau une certaine forme de désaffiliation sociale avec une tendance à l'excès de rationalité sociologique qui porte sur le statut. La susceptibilité de Marcelle dès que quelqu'un fait allusion à La Normandie peut s'expliquer par le fait que son statut de « normande » est pour elle totalement nié dans cette nouvelle vie en maison de retraite « bretonne ». Nouvelle vie, qu'elle n'a pas véritablement choisie et sur laquelle elle n'a aucune prise, en rupture totale avec son histoire personnelle. En limitant ses contacts avec les autres résidents, elle cherche à se distinguer de ceux qui vivent la même situation qu'elle. Cette distanciation, à l'égard des « bretons », l'empêche de considérer les autres résidents dans leur singularité. Elle se sépare des autres, car c'est pour elle, la seule manière de conserver son identité et de se différencier des autres résidents. Refusant toute sociabilité qui l'amènerait à négocier l'échange, elle accuse les autres de cette mise à distance. Ainsi, cet excès de différenciation que nous pouvons repérer comme une attitude pour faire face au déclassement, l'empêche de réinvestir dans des relations de voisinage. « La Normandie » devient pour Marcelle son seul attribut qui la différencie des autres, jusqu'à devenir sa seule identité. Nous suggérons que le « placement » de Marcelle loin de chez elle, en déréglant la dialectique sociale sur cette seule distinction statutaire, a fait barrage à la négociation de différentes relations sociales. Marcelle à tendance à rester bloquée sur le pôle instanciel de la différence.

Le rôle de représentant des résidents au conseil de la vie sociale, lui a permis de ne pas rester figée sur le versant de la singularité. Par cette prise de responsabilité, Marcelle passe le pont et va à la rencontre de l'autre. Cette nouvelle compétence a donné à Marcelle la faculté de prendre part aux activités socioculturelles, renforçant ainsi sa capacité de négociation. Même si celle-ci reste précaire, elle s'exerce de plus en plus et ses relations au sein de la résidence se diversifient. Ses contacts avec les résidents et les bénévoles qui interviennent sur ces différents moments d'animation, sont bénéfiques et semblent renforcer son identité au-delà de sa Normandie natale. Même si la barrière ne s'efface jamais complètement, cela contribue à remettre en jeu sa capacité de partage. Sa réification de la différence s'estompe pour laisser place à une mise en

faisceau relationnel et Marcelle renoue avec la dialectique de manière à établir un lien social. Pour autant, on peut se demander si le rapport privilégié qu'elle entretient avec Mme M. n'est pas aussi une manière de rejouer ensemble le phénomène d'exclusion vis-à-vis des autres résidents. En se retirant dans la chambre de Mme M., pour passer l'après-midi à jouer à des jeux de société, elles s'excluent de la partie à jouer en société avec les autres résidents. La personne n'est ni individuelle, ni collective, il s'agit d'un principe abstrait qui permet de penser les rapports sociaux. De fait, nous nous écartons ainsi d'une approche qui privilégie l'adaptation, pour nous référer au principe théorique de *personne* en tant que capacité de singularisation, d'appropriation.

Pour autant, si l'homme ne coïncide jamais avec le sujet naturel, il passe dialectiquement son temps à le rechercher. C'est pourquoi, à l'opposé d'une tendance à la réification de la différence, telle que nous venons de la présenter, le deuxième tableau nous suggère une tendance au déficit d'analyse sociologique où la relation tend à se polariser sur le pôle performantiel. Si la psychologie rapporte l'attitude de Marie à une désinhibition, c'est le terme d'*extraversion sociale* que nous retenons ici. Marie ne recherche jamais la compagnie d'autres femmes. Si ce n'est, celle qu'elle connaissait avant d'entrer dans l'établissement, et avec qui, elle est en conflit permanent. Elle est davantage attirée par les hommes, surtout ceux qui ont des propos paillards, qu'elle renchérit. Nous suggérons, que c'est une défaillance de l'acculturation qui fait que leurs échanges restent bloqués sur la seule fonction sexuelle ; car le déficit de rationalité sociologique tend alors à naturaliser la complémentarité des sexes. On ne peut pas parler d'alliance entre Marie et Claude car ils ne recherchent nullement à s'approprier une intimité. Jamais ils ne vont dans la chambre de l'un ou de l'autre, ni dans un salon. Ils demeurent tout le temps dans la galerie principale, sur la voie publique, au milieu des autres congénères. Cette vie privée que Marie n'analyse plus pour elle-même, elle ne l'accorde pas plus aux autres quand elle interpelle les passants toujours de sexe masculin. Elle est par ses interpellations en constante effraction de la vie privée des autres. Dans le cas de l'extraversion sociale, la personne, nous dit Jean-Yves Dartiguenave *« est amenée constamment par naturalisation à outrance, à éluder les frontières socialement déterminées qui la séparent et la relient aux autres. »* Marie semble manquer de cette capacité d'abstraction, qui permet de structurer ses relations sociales, de poser du privé pour soi et pour l'autre. La répétition à l'identique, jour après jour de leur conversation, qui se rapporte exclusivement à la situation immédiate, laisse penser que plus rien ne vient faire évènement.

> *Quelle est la source de l'évènement, sinon la capacité que nous avons, personnellement, en traitant du temps, d'introduire du discontinu, de l'intermittent, de la séquence ? »* (Sauvage, Dartiguenave, Garnier, (2009), p.113)

Ce qu'on observe chez Marie, c'est cette tendance à la routine où plus rien ne vient nier l'environnement immédiat. Nous suggérons donc que le vieillissement peut venir enrayer cette capacité d'abstraction, obligeant la personne à naturaliser ses relations. Nous supposons que les insultes proférées, toujours en direction de la même résidente, sont le signe d'une tendance à « coller » à l'immédiateté de la situation. Si nous rapportons cette situation à l'extraversion sociale plutôt qu'à la désinhibition c'est que nous avons pu observer Marie dans des situations de retenue, qui ne collent pas avec cette absence d'analyse axiologique qui rend compte de la désinhibition. De notre point de vue, il s'agit plus ici d'une adhérence à la situation, à une subjectivité spontanée, par défaut d'abstraction sociale qui l'empêche de donner la place à l'autre. Cette tendance exhibitionniste laisse penser que le principe d'altérité de Marie tend à être endommagé, que l'autre en soi se dissout. Si le vieillissement peut en être la cause étiologique, d'un point de vue explicatif nous pensons que c'est une tendance au défaut d'abstraction sociale qui est la cause du dommage relationnel et qui rend Marie dépendante de la situation.

Ces deux tableaux cliniques s'éclairent mutuellement et donnent à voir la dialectique de la personne. L'un présente une tendance à un positionnement trop personnel alors que l'autre présente une tendance à l'absence de positionnement. Dans les deux cas la dialectique n'opère plus correctement. C'est ici la construction identitaire, qui est mise à mal avec le vieillissement. La clinique du vieillissement hors pathologie peut montrer des tendances à l'excès ou au déficit de rationalité sociologique. Si Marie a tendance à être assujettie et condamnée à l'adhésion naturelle sexuée, alors Marcelle a tendance à être entrainée vers un isolement statutaire. L'une tend à rester bloquée sur la *sexualité,* tandis que l'autre tend à rester bloquée sur la *parité*. Marie tend à retourner en situation d'enfance, de dépendance avec des difficultés d'émergence à la personne, alors que Marcelle tend à creuser le fossé de sa singularité avec des difficultés à construire le pont qui la relie aux autres. Par leur tendance à l'excès et au déficit de l'analyse, elles illustrent ainsi chacune à leur manière les deux moments de la dialectique sociale.

Avant toute discussion, il nous faut insister sur le fait, que notre analyse ne suppose aucun jugement moral sur le positionnement social de l'une et de l'autre. Nous parlons ici de clinique explicative, en référence à un modèle explicatif, qui nous permet de donner sens aux relations sociales. L'enjeu est d'autant plus important, que la compréhension du social, comme objet,

peut mener les chercheurs à une nouvelle sociologie, qui stipule que la personne est fondamentalement dialectique. Il s'agit alors de poser des hypothèses sociologiques sur des phénomènes pris comme faits sociaux, parce qu'analysés comme tels. Ce qui permet dans le même temps de considérer, qu'il revient au sociologue de construire l'édifice théorique relatif à la personne. Il ne s'agit pas de marcher sur les plates-bandes de la psychologie, mais de prendre notre part de contribution dans l'élaboration de sciences humaines. En rapportant les faits à un modèle théorique, nous revendiquons la participation à une clinique expérimentale spécifiquement sociologique. Celle-ci doit passer par la mise en laboratoire, même si, confronté à une foule de questions, nous buttons parfois sur notre propre singularité. Ceci dit, nous pouvons maintenant ouvrir la discussion.

4.3 Discussion

Les situations d'interlocution dialectiquement élaborées amènent à reconnaitre l'autre différent et à inscrire son histoire dans son espace de vie. Les conditions d'existence nous confrontent les uns aux autres dans des situations de proximité sociale, qui ne permettent pas toujours l'exercice plein et entier de la *socialité*. C'est la capacité mentale de l'homme à poser des frontières de la vie sociale, qui, pour nous, fait l'objet de la sociologie et la clinique permet d'en rendre compte. Ce processus de traçage de frontières permet à la personne de formaliser ses relations sociales en toute autonomie. De nombreux sociologues postulent l'autonomie de « l'acteur », et nous pensons que s'il y a autonomie, celle-ci, se fonde, entre autres, sur notre capacité à nous différencier les uns des autres. Se distinguer de l'autre que nous ne sommes pas, participe au processus identitaire, bien au-delà d'une simple stratégie intentionnelle. Le tout, consiste à ne pas rester bloqué sur l'un des moments de la dialectique. Jean-Michel Le Bot nous montre comment cette diversité de statuts disponibles nous permet d'analyser et de réinvestir conjoncturellement en fonction de la situation. La personne ne colle pas à la situation naturelle, elle y réinvestit de l'analyse culturelle, c'est à dire du statut potentiel.

> *« La différenciation des statuts et leur réinvestissement dans des états se manifestent notamment par l'établissement de frontières de distinction ou d'élégance, dont les critères bien évidemment, varient dans l'espace et le temps. »*
> (Le Bot, 2010, p.82)

A partir de la clinique du fétichisme, le sociologue rend compte du lien entre le statut et son emblème. On comprend, dès lors, l'abstraction surdéterminée qui ne peut être réinvestie que pathologiquement.

> *« Or cet attachement particulier entre une personne et une chose, qui en devient un emblème, ne se voit jamais aussi bien que dans le fétichisme pathologique, qui représente une sorte de passage à la limite : l'emblème ici vient à remplacer tel ou tel personne ou tel ou tel de ses statuts. »* (Le Bot, 2010, p. 85)

On retrouve dans la vie sociale un certain degré de fétichisme. Les travaux de Vincent Caradec sur le veuvage, montrent comment la personne disparue reste présente à travers les objets que l'on conserve d'elle, telles des reliques. Certaines personnes sont très attachées à ce qui leur appartient et la chambre est le lieu où sont gardés les objets personnels. Nous avons connu une résidente qui ne dormait pas sans la photo de son mari, gardée précieusement à ses côtés.

> *« Bien que ces objets soient divers puisqu'ils dépendent de l'histoire de chacun, quelques médiateurs privilégiés du souvenir conjugal peuvent être relevés : le fauteuil dans lequel s'installait le conjoint pour regarder la télévision, son alliance, sa paire de lunette, les souvenirs de vacances achetés en commun et, bien sûr les photos. »* (Caradec, 2004, p.76).

En rattachant l'emblème à la personne, le fétichisme constituerait l'exacerbation d'une socialité toujours à l'œuvre chez l'homme. Jean Gagnepain définit ce fétichisme comme *hypersocialité* de l'appartenance et du statut, celle-ci se manifestant par une *hypersocialité* des emblèmes. Jean-Yves Dartiguenave présente des cas, observés dans des situations de grande précarité. Il les présente comme une tendance à l'hypersocialité, en rapport avec le dénigrement des attributs de la personne.

> *« On comprend, dès lors, la tendance de ces personnes à surenchérir dans les procédures de classement, à exagérer leur paraître, en bref, à défendre parfois de manière outrancière les emblèmes qui tiennent lieu et place de leurs relations aux autres, toutes choses par lesquelles elles cherchent, dans un effort quelque peu désespéré et parfois pathétique, à se distinguer de ceux qui leur ressemblent. »* (Dartiguenave, 2003, p.120)

Nous pensons que le risque de déclassement et de stigmatisation, auxquels sont confrontées les personnes vieillissantes lorsqu'elles arrivent dans un établissement, renforcent, comme dans les

situations de précarité, les tendances à l'hypersocialité des emblèmes. Dans notre pratique professionnelle, nous avons souvent repéré cet excès de distinction qui protège la personne de l'uniformisation induite par la vie collective. Cette forme de résistance peut apparaître lorsque la personne se trouve délocalisée. Si en milieu rural, la majorité des résidents se connaissent avant leur entrée en établissement, il arrive que lors de rapprochements familiaux, reconnu par personne, le nouveau venu cherche à contrecarrer cette forme de déclassement. Les attributs perdus, au fondement de l'identité, sont alors réifiés et apparaissent comme un repère où la personne reste accrochée pour éviter de se perdre. Coincée dans sa singularité, la personne se trouve alors dans une situation qui l'éloigne de l'autre, au point de refuser tout contact avec cet autre qui l'anéantirait. La réification de la divergence, si elle se présente de diverses manières selon l'histoire de la personne, ne se fonde pas moins sur ce principe d'abstraction qui fait seuil entre la nature et la culture. En repérer l'excès ou le déficit, nous renseigne sur le processus de construction identitaire qui est alors à comprendre comme un rapport de confrontation à l'altérité, qui, vide de tout contenu immédiat est à réinvestir en situation. Pour autant, il est important de rappeler qu'il ne s'agit pas ici de situation proprement pathologique. Dans le cas de Marcelle, la personne ne reste pas bloquée sur l'abstraction, elle réinvestit cette analyse en situation. Nous ne pouvons pas parler de fétichisme pathologique puisque la dialectique fonctionne encore ; nous parlerons de tendance qui entraine une réification de la distinction, une positivation de l'emblème, ici, la Normandie.

La manière dont Marcelle et Marie investissent leur espace de vie est significative. Alors que Marcelle s'isole fréquemment dans l'intimité de sa chambre privée, Marie n'occupe sa chambre que pour y dormir et passe ses journées sur les bancs publics. Ce rapport à l'espace et à sa délimitation est très significatif de la personne et peut s'interroger dans les lieux de vie collectifs. Il donne à voir des manières d'habiter différenciés.

> *« Si le logement n'est pas le seul domaine dans lequel peut s'observer ce processus de séparation, il est assurément celui où les travailleurs sociaux ont le plus souvent l'occasion de déceler les capacités mais aussi les difficultés de leurs « usagers » à établir les frontières séparant les différents degrés d'intimité et, par là même, à constituer les différents partenaires admis dans cette intimité. »* (Dartiguenave, 2012, (n°29), p. 55).

C'est pourquoi l'observation dans les établissements qui « accueillent » les personnes vieillissantes, nous apparait fondamentale et riche d'enseignement pour qui se questionne sur ce principe d'altérité. Ces deux tableaux s'interrogent mutuellement car ils renvoient à des

situations opposées de désaffiliation. Cliniquement, ils donnent à voir, au plus près, cette capacité de lien social qui implicitement nous institue et peut tendre à dérailler par excès ou par déficit, sans pour autant être pathologique. Ils nous donnent également la mesure de ce que nous pouvons professionnellement nous attribuer, en tant que travailleur social au plus près des personnes vieillissantes. Laissant de côté « la stimulation des fonctions cognitives » pour nous consacrer à la réafiliation identitaire, qui *« vise à réunir les conditions sociales permettant aux personnes d'asseoir une singularité et une appartenance sociale, fût-ce dans le conflit, en contrecarrant la tendance à la clôture de l'univers social sur lui-même, à la rétraction de « l'entre-soi », de façon à inviter l'altérité à se frayer un chemin. »* (Dartiguenave, 2010, p.197).

C'est ici que le praticien et le chercheur font œuvre commune. Ils se rejoignent sur la question de l'humain et l'abordent dans sa spécificité sociale, sans pour autant confondre et superposer leur responsabilité. Nous repérons la part qui nous est donnée à prendre en tant qu'animateur socioculturel. Si cette appellation peut surprendre dans le secteur médico-social plus enclin à parler au mieux d'animateur social et au pire d'agent d'ambiance, nous tenons à notre identité d'animateur socioculturel. Nous avions déjà, lors de notre mémoire de master en méthodologie de l'intervention sanitaire et sociale, insisté sur cette distinction. Cette fonction d'animation nous l'avions défini au regard d'une réinstitution de la personne, rapportant ainsi la contribution de notre métier à une ré-affiliation culturelle. L'animation socioculturelle s'inscrit ainsi au cœur de la dialectique nature/culture spécifique au social. Pour que cette réinstitution ait lieu, il faut que cette capacité d'abstraction sociale fonctionne. Dans la tendance à l'excès d'analyse celle-ci persiste encore, alors que, dans la tendance au déficit, l'analyse se désiste. La réponse du professionnel ne peut pas être la même pour l'un comme pour l'autre. Si notre expérience d'animateur, nous a montré que l'animation socioculturelle permettait aux personnes d'intégrer un lieu de vie, de se créer un entourage personnel ; notre expérience de chercheur nous montre comment le sociologue peut expliquer et mettre en mots la contribution et la construction identitaire de l'intervenant social.

De fait, cette manière de voir les fondements de la personne et de l'éprouver dans la clinique n'est pas sans questionner notre métier d'animateur socioculturel et aussi notre métier de sociologue. Nous avons abordé cette question lors d'un colloque de sociologie clinique, organisé en 2015 par l'Université de Mons en Belgique. Vincent De Gaulejac était l'invité de ce colloque qui s'intitulait *« Héritages et perspectives de la sociologie clinique. Idéologies gestionnaires, héritages et désinsertion »*. Nous avons proposé une communication pour

l'atelier *« idéologies gestionnaires, travail et identité professionnelle »*. Nous y avons repris nos travaux cliniques sur le vieillissement et avons orienté notre communication vers la complémentarité professionnelle.

Lors de cet atelier, la majorité des professionnels des secteurs social et médico-social ont montré de l'intérêt pour notre approche théorique et clinique. Il est vrai, que le vieillissement est une porte d'entrée universelle, tant il touche précisément la personne bio-sociologique. Le sociologue John Cultiaux, un des organisateurs du colloque a souligné l'originalité de notre approche par la gestalt mais aussi la densité de nos propos. Force est d'admettre qu'il est parfois difficile de vulgariser, de traduire une approche qui privilégie la cohérence et la rigueur conceptuelle. D'où l'intérêt de la clinique pour rendre compte et donner à voir ce qui se joue au cœur du social. C'est là, à notre avis, que les singularités professionnelles médico-sociales peuvent réinvestir l'observation. Il s'agit d'œuvrer, dans une complémentarité de métier, à l'élaboration de savoirs sur l'humain à partir d'une posture épistémologique rigoureuse. C'est l'orientation que nous nous efforcerons d'impulser dans la troisième partie de notre travail.

Si les sciences humaines se sont construites en rupture avec la philosophie, nous remarquons que cette dernière revient en force et conditionne certaines visions du monde, qui, sans être pathologiques, n'en sont pas moins réductrices. Ainsi, sur le site internet de IGM animation nous lisions il y a quelques années : *« « L'Humanitude » étant l'ensemble de techniques et de savoir- faire/être, qui fait qu'on appartient et qu'on accepte la personne déshumanisée en l'humanité et qu'à ce titre nous pouvons cheminer vers un ETRE social. »* L'ETRE social est ici perçu comme un organisme vivant et indivisible, tel un être suprême, qui n'est pas sans rappeler la vision du monde de Teilhard de Chardin. Selon lui, l'avenir de l'homme se situe de toute évidence sur le plan social, repéré en termes d'évolution biologique, de mouvement cosmique ou la loi de l'amour universel atteindra son apothéose. Au-delà de son caractère évolutionniste et transcendant, nous repérons comment « l'amour universel », dépositaire du social, se substitue au principe de la dette, au don et contre don. Pour Theilhard de chardin, nulle place pour la divergence, l'avenir de l'humanité est dans la convergence vers le point Oméga.

En éducation de la santé, Barbier, sociologue, développe le concept « d'écoute sensible » : *« Il existe des régions de l'expérience humaine où nos méthodes scientifiques sont inadéquates parce que trop contraignantes. Ces régions où la sensibilité est primordiale suppose une écoute sensible animée par une forme élevée d'empathie et d'intuition compréhensive que je n'hésite*

pas à nommer amour »[25] Si cette visée, telle qu'elle s'affirme elle-même, n'est pas scientifique, elle trouve son compte dans une approche explicative proche du mythe. La pensée mythique ne cherche pas à être contredite, contrairement à la pensée scientifique, qui n'exclut jamais d'autres hypothèses à vérifier. Il ne s'agit pas uniquement de critiquer les modèles évolutionnistes, mais d'entrer en résistance en opposant notre différence qui vise à rendre compte de principes généraux concernant le psychisme humain. Aussi, nous pensons qu'il revient au sociologue de discuter du social à partir des processus anthropologiques qui fondent les rapports sociaux. De fait, il convient de ne pas confondre l'empathie spontanée, que nous partageons avec l'animal et l'empathie thérapeutique. Cette dernière garde toujours « un pied dehors », dans le sens où elle ne fusionne pas avec le malade. Ainsi, nous voyons que le même mot peut cacher des concepts à différencier. S'il s'agit d'être à l'écoute de l'autre, cela renvoie aux différentes positions sociales, qui fondent l'interlocution dans une alternance entre celui qui parle et celui qui écoute. L'empathie thérapeutique ne relève pas d'une soi-disant intuition compréhensive, qui ne fait que rapporter l'autre à soi, mais bien plus d'une traduction entre deux interlocuteurs différenciés.

L'être social ne coïncide jamais avec la place qu'il reçoit en héritage, sa singularité l'oblige toujours à s'en décaler ; même si dans le même temps, il cherche politiquement à s'ouvrir à l'autre, il ne parvient jamais à annuler complètement la différence. Pour autant, nous devons reconnaitre que ce qui se joue dans la situation particulière d'empathie thérapeutique a bien quelque chose à voir avec les émotions d'autrui. L'absence de prise de distance peut d'ailleurs expliquer certains phénomènes d'épuisement professionnel. Ce qui prouve qu'il existe bien une empathie naturelle spontanée et subjective, mais que l'humain a la capacité de s'en déprendre pour l'acculturer. Si nous avons vu que l'asomasie, expliquait les troubles de la subjectivité immédiate, il revient aux psychoses d'expliquer les troubles de la relation. Paranoïa et schizophrénie sont les deux dysfonctionnements qui rendent compte de la dialectique sociale. Le paranoïaque nie toute relativité des points de vue car il ne reconnait que le sien, sans pour autant y voir une construction personnelle. A l'inverse le schizophrène réifie la différence sans recherche de cohérence car il joue de la contradiction. L'anthropologie clinique argumente ses points de vue au regard des pathologies, ce qui doit conforter le secteur médico-social à jouer un rôle particulier dans l'élaboration théorique et clinique. Nous allons poursuivre notre

[25] Cité par Karine Pain, dans son cours de psychologie de la santé, en Master Méthodologie de l'Intervention Sanitaire et Sociale en 2007.

argumentaire à partir d'une discussion épistémologique, qui servira de conclusion à ce premier chapitre clinique.

5. Discussion épistémologique

Nous allons ici, défendre la cohérence logique de nos analyses, tout en les confrontant à d'autres savoirs sur l'humain, car la démarche scientifique n'appartient à aucune discipline en particulier. En nous intéressant au fonctionnement psychique de la personne vieillissante, nous avons cherché à introduire de l'explication causale dans les dysfonctionnements selon un processus de désignation logique. En cela, nous nous différencions d'une approche étiologique qui étudie les causes et les facteurs d'une maladie. En transposant le modèle hypothétique et systématique du langage, conçu comme dialectique de la *gnosie* et de la *gramaticalité*, nous avons posé l'hypothèse théorique que les dysfonctionnements observables cliniquement chez la personne vieillissante pouvaient être révélateurs de la dialectique de la *somasie* et de la *socialité* qu'on peut aussi nommer : dialectique du sujet et de la personne. Dans nos tableaux cliniques, nous donnons à voir des dysfonctionnements qui, sur le plan de la personne, se rapportent, soit à un défaut de la configuration gestaltique, soit à un excès ou un déficit de l'analyse structurale. C'est ainsi que nous avons mis à jour chez Louise un reliquat d'analyse sociologique. Nous avons montré que ce principe négatif de la personne, lorsqu'il fait rupture avec une configuration gestaltique défectueuse, ne peut se réinvestir que dans une relation sociale fictionnelle et que nous avons repéré conflictuelle chez Paulette. Puis, nous avons repéré que cette analyse spécifiquement sociale, sur laquelle se fonde notre rapport à l'autre et à autrui, pouvait tendre à la sous-détermination ou à la surdétermination en raison du vieillissement sans pour autant être pathologique. De fait, nous avons cherché à dépasser l'approche psychosociale pour aller plus loin dans la connaissance de l'humain.

Lucien Sève dans son ouvrage *Marxisme et théorie de la personnalité* (1969) interroge le matérialisme historique et la psychologie, à partir de la place de la personnalité humaine dans la théorie marxiste. Dans une critique de cet ouvrage le philosophe Maurice Caveing, nous apporte des éléments utiles à notre discussion épistémologique :

> *« Quand nous disons que la théorie de la personnalité doit être la science de la transformation d'un individu biologique en individu social, nous reconnaissons bien entendu que le principe de cette*

> *transformation n'est pas le point de départ chronologique qui est d'ordre biologique ; s'il en était ainsi, il faudrait admettre une prédétermination de l'organisme à tel ou tel type de système social, finalité absurde. Le point de départ biologique n'est au contraire que le matériau de la transformation. Dans le processus de celle-ci, les deux pôles, le pôle biologique et le pôle social, c'est ce dernier qui est le pôle déterminant : car il est à la fois le moteur du changement et ce qui détermine la nature des conflits qui constituent le développement lui-même. C'est ce qui nous permet de dire que la transformation est le fondement de la personnalité individuelle »* (Caveing, 1971, p 240)

Cette transformation, présentée ici tel un processus de socialisation ou de personnalisation, transforme un « individu biologique » en « individu social ». Comme nous l'avons présenté, nous proposons à l'instar de Jean Gagnepain une distinction de trois niveaux : l'individu, le sujet et la personne. L'intérêt de l'anthropologie clinique c'est de concevoir le rapport nature /culture dans un rapport dialectique. D'un côté l'incorporation, traitement naturel du sujet, que nous partageons avec l'animal et de l'autre l'analyse culturelle de la personne qui nous spécifie en tant qu'humain. Les expérimentations cliniques de Clément de Guibert et Hubert Guyard (2003) nous ont permis de repérer dans la pathologie Alzheimer typique ce défaut d'organisation naturelle gestaltique. Cette perte d'organisation naturelle a mis en exergue l'abstraction qui structure le monde social. Notre clinique nous a laissé entrevoir cette séparation, cette *spaltung* entre le naturel configuré et le culturel structuré. Si l'absence de frontière culturelle renvoie la personne au congénère dans une immédiateté naturelle, alors l'arrêt sur cette séparation empêche le retour dialectique de la raison instituante. Notre clinique s'avère heuristique pour expliquer et comprendre notre rapport nature/culture. S'il y a un humain, qu'on ne peut réduire à des processus biologiques et s'il y a un implicite singulier – ou inconscient pour parler comme les psychanalystes – on ne peut concevoir ces deux processus que dans un rapport dialectique du singulier et de l'universel. La rationalité est paradoxale, à la fois contradiction et dépassement de cette contradiction. Continuons sur ce point avec Maurice Caveing :

> *« Une théorie de la personnalité devrait prendre en considération l'ensemble des phénomènes somatiques : mues, croissance et développement corporel, maladie intercurrentes, conformation*

physique, capacités physiques, phénomènes de « somatisation ». Le biologique ne s'épuise pas dans l'existence des processus neurologiques de l'activité, il est constamment présent sous la forme des phénomènes somatiques tout au long de la biographie personnelle. Reconnaître l'existence d'une « individualité somatique » (sans typologie prétentieuse bien sûr) est nécessaire au point de vue théorique pour que cet aspect de l'individualité soit « mis en place » correctement et que soit éliminée sa valorisation arbitraire par des théories pseudo-scientifiques qui confondent le support de la personnalité avec sa base réelle et qui ne voient pas que le corps de l'homme est lui-même devenu un produit social ; » (p.234)

Il nous semble bien, que ce que nous nommons le « sujet » pourrait correspondre à cette « individualité somatique » que Caveing cherche à « mettre en place ». L'incorporation, ce traitement naturel gestaltique qui nous est apparu par son altération dans la démence Alzheimer typique, est le mécanisme qui permet à l'homme de s'imprégner de son environnement subjectif tout au long de son existence ; c'est ce qui lui permet de s'adapter tout en s'assurant d'une permanence de la situation vécue. La littérature autobiographique n'est pas sans décrire ce processus naturel, comme ici Paul Auster, se parlant à lui-même de son rapport à l'espace :

« Pas question de faire une excursion tout seul dans les bois. En quelques minutes tu seras complètement perdu ; et même à l'intérieur si tu te trouves dans un bâtiment que tu ne connais pas tu vas t'engager dans le mauvais couloir ou le mauvais ascenseur, sans parler des espaces plus petits et limités tels que les restaurants…La plupart des gens y compris ta femme avec son infaillible boussole interne, semble se déplacer sans problème. Ils savent où ils sont, où ils sont allés et où ils vont, mais toi tu ne sais rien, tu es perdu à tout jamais dans l'instant, dans le vide de chaque moment successif qui t'engloutit, sans l'ombre d'une idée de l'endroit où se trouve le véritable nord, puisque les quatre points cardinaux n'existent pas pour toi. » (Auster, [2012], 2014, p. 66)

Nous pensons que Paul Auster cherche à expliquer, à sa manière, donc littéraire et poétique, cette configuration gestaltique. Fonction naturelle, qui peut se perdre dans la maladie d'Alzheimer typique marquée par une désorientation spatio-temporelle. La mise en perspective

de la pathologie Alzheimer et de l'autisme, nous a semblé heuristique et constructive pour suggérer que le vieillissement peut se présenter sous la forme d'une asomasie. C'est en tout cas ce que nous pouvons observer et qui ne va pas à l'encontre des avancées neurologiques. Nous essayons juste d'aller un peu plus loin en parlant d'*asomasie* plutôt que d'amnésie, par analogie avec l'*agnosie*, l'*apraxie* et l'*aboulie*. Nous allons poursuivre à partir de travaux plus récents qui nous amènera à confronter différents points de vue sur la clinique et à élargir notre discussion.

En prenant comme hypothèse une analogie de dysfonctionnement entre autisme et Alzheimer, nous nous inscrivons, de fait, dans la perspective de Catherine Bergeret-Amselek, psychanalyste, qui pose la question du lien entre Alzheimer (s) et autisme (s). L'hétérogénéité des troubles et les concepts « fourre-tout » des deux pathologies, justifient, à ses yeux, l'usage du pluriel.

> *« Ainsi pour mesurer les enjeux et les perspectives ouverts par cette question, vingt-huit contributeurs de disciplines différentes, dont les travaux novateurs représentent une avancée notoire dans leur domaine, proposent de mettre en perspective la maladie d'Alzheimer dans tous les aspects qu'elle revêt et l'autisme sous les différentes formes de son expression. »* (Bergeret-Amselek, 2018, p. 11)

La visée privilégiée est la perspective pluridisciplinaire, concrétisée notamment par un dialogue entre neurosciences et psychanalyse. Lisa Ouss, pédopsychiatre, parle de démarche complémentariste pour aborder les pathologies frontières entre organicité et organisation psychopathologique. Convaincue de la nécessité de réviser les modèles de compréhension, elle a créé en 2006 le « Cercle de neuropsychologie et psychanalyse ». A partir d'un recensement d'articles scientifiques, elle rend compte de l'intérêt croissant pour relier, au niveau neurobiologique, maladies neurodégénératives et autisme. Elle fait référence aux travaux de Legrand et Ruby (2009), qui étudient le « soi », à partir des études de neuro-imagerie.

> *« Sur cette base, elles [les études] concluent que ce qui caractérise spécifiquement le soi n'est pas l'auto-évaluation. C'est bien la perspective subjective qui en est la caractéristique. Ce qui est spécifique est non de se représenter, mais d'éprouver (au sens anglosaxon de « to experience »), depuis la perspective du sujet. »* (Louss, 2018, p.30)

Ce qui, selon nous, va dans le sens de ce que nous nommons le processus d'incorporation, qui nous a amené à distinguer la subjectivité naturelle de la conscience de soi. Lisa Ouss appelle à

la complémentarité professionnelle pour la compréhension des troubles, ce qui *« veut dire savoir passer d'une référence organique à un partage du phénomène. »* (Id, p. 32). De son côté, Christian Derouesné, neuropsychiatre, nous montre que si une double approche est nécessaire, il s'interroge sur un modèle qui permettrait de comprendre les rapports entre activités psychiques et activités cérébrales.

> *« Ainsi une double approche nous paraît nécessaire : une approche explicative, neurobiologique, est indispensable pour déterminer les causes des lésions cérébrales et rechercher des médicaments susceptibles d'en freiner ou arrêter l'évolution (domaine des neurosciences) ; et une approche descriptive et compréhensive, psychopathologique, centrée sur le sujet (domaine de la psychologie), essentielle pour prendre en compte le caractère individuel de la souffrance de chaque patient et de sa famille. »* (Desrouesné, 2018, p. 42-43)

S'il reconnait que des avancées ont permis un meilleur diagnostic, il considère que la description modulaire, qui sépare les activités cognitives et affectives, est un frein pour penser le fonctionnement psychique dans sa complexité. Il interroge les rapports entre psychisme et cerveau et questionne la continuité du fonctionnement psychique de l'homme et de l'animal.

> *« Toutefois, il existe une véritable rupture entre les capacités psychiques de l'animal et celles de l'homme, car seul l'homme est capable de transformer la nature et de planifier et maîtriser son activité psychique. (…) Comme la culture ne crée rien, mais transforme la nature, les fonctions supérieurs ne reposent pas sur la création de structures cérébrales nouvelles : ce sont des propriétés nouvelles des fonctions naturelles qui, contrairement aux processus psychiques naturels, varient en fonction du développement culturel. »* (Id. p. 46-47)

Ce point de vue, même s'il ne s'y réduit pas, n'est pas très loin de notre thèse sur les processus et la distinction entre *fonctions* naturelles et *facultés* culturelles. Poursuivons avec Christian Desrouesné, qui nous invite à différencier les approches « complémentaire » et « dialectique », à partir d'une différence entre le point de vue des observateurs et une réalité intrinsèque à la nature humaine. En référence à l'ouvrage de Devereux, *« Ethnopsychanalyse complémentariste »* (1985), Christian Desrouesné montre que, si cette double lecture des faits sociaux, à partir de l'anthropologie et de la psychanalyse, est complémentaire ; on ne peut pas parler de complémentarité entre l'approche biologique et l'approche psychanalytique. Si la première, complémentaire, s'inscrit dans une relativité des points de vue ; la seconde,

biologique et psychanalytique, imposée par la nature, est de l'ordre d'une unité dialectique au sens de Hegel et Marx. Nous ne pouvons que suivre l'auteur sur ce point. Lorsque nous parlons d'anthropo-bio-sociologie, il s'agit de rendre compte de la relation dialectique entre le biologique et le social. Une dialectique, propre à l'homme, qui, de ce point de vue, ne peut se passer du rapport à l'abstraction ou plus précisément à l'absence. Pour autant, dès que nous parlons de professions, et que nous mettons autour d'une table un biologiste et un sociologue, force est de reconnaître, que, même avec un modèle de compréhension partagé, nous revenons à la conflictualité sociale des savoirs et des compétences. D'où la nécessité d'une approche théorique commune pour une co-production de savoir par-delà la division sociale du travail.

Pour Hélène Oppenheim-Gluckman, psychiatre et psychanalyste, la question est de savoir comment se situer pour prendre en compte la double entrée neurologique et psychanalytique. Elle pose la nécessaire délimitation des différentes identités professionnelles pour pouvoir penser sa pratique. En mettant l'accent sur la différence entre « évènement neurologique » et « évènement psychique » (Fédida, 1992), elle pense la clinique dans la confrontation stimulante des points de vue pour permettre une meilleure approche de la complexité.

> *« Les neurosciences et la psychanalyse ont des modèles différents. Cependant, dans le suivi des patients, elles ont toutes deux leur place, à condition que chaque discipline accepte de penser ses limites. Leur confrontation peut être stimulante pour éviter les aspects théorique et clinique réducteurs et pour permettre une meilleure approche de la complexité de la clinique des patients et de leur vécu. »* (Oppenheim-Gluckman, 2018, p. 52)

Dans son article, elle rapporte deux exemples cliniques qu'il nous semble intéressant de discuter ici. Le premier, met en avant le rapport à l'espace, et le second, le rapport à la temporalité. Dans sa première illustration, il s'agit de l'expérience clinique lors des réveils de coma, que l'auteur a longuement décrit dans son ouvrage : « Mémoire de l'absence ». Elle relie les atteintes motrices, perceptives et cognitives aux phénomènes persécutifs, observés lorsque la personne « reprend conscience » de manière parcellaire et floue.

> *« Le fantasme de persécution par un mauvais objet tout-puissant permet d'introduire un ordre inconscient dans la confusion vécue lors du réveil de coma en clivant le monde extérieur en « bon et mauvais objet », et permet de lutter contre la position de maîtrise et d'empiètement de l'autre qui existe inévitablement en réanimation en lui donnant sens. »* (Id. p. 55)

Elle utilise les modèles cognitifs pour expliquer que le rapport du sujet à l'espace, opère à partir d'une position naturelle du corps. Elle fait référence aux travaux de Ferrant (2003) qui utilise le concept « d'appareillages d'emprise ». Hélène Oppenheim montre que le lien entre le corps, l'espace et les autres, passe par la cognition qui permet d'interpréter la situation vécue. Faute d'un bon fonctionnement de ces appareillages, c'est-à-dire des médiations corporelles et cognitives qui permettent une « auto-emprise » de la situation, cette dernière serait interprétée sous un angle persécutif. Et la dépendance, en situation de réanimation, viendrait redoubler ce type d'interprétation.

> *« Je suis vigilante à l'image inconsciente du corps (Dolto, 1984) telle qu'elle soutient notre sensation d'identité subjective et notre relation à l'autre, qui est en effet en relation étroite avec le corps biologique et notre schéma corporel (Schilder, 1968).*

A contrario de notre précédent contributeur, Christian Desrouesné, qui nous parle de rupture dialectique, ici, relation à l'autre, corps biologique et schéma corporel sont représentés en « relation étroite », dans une juxtaposition qui relève davantage d'une continuité. Pour autant, nous repérons que la perte de cette « auto-emprise » spatiale – que nous rapportons nous à l'incorporation – entraîne une fixation sur la résistance à l'autre. De fait, nous pouvons interpréter ce phénomène, en montrant qu'à un dysfonctionnement de la gestalt, répond une surdétermination de l'altérité.

La deuxième illustration clinique se rapporte à la lenteur et à la désorientation temporelle de certains patients cérébrolésés. Ici aussi, la psychanalyste met l'accent sur l'identité subjective et intersubjective, en complémentarité avec les approches rééducatives neuropsychologiques. Elle montre que, si la rééducation permet de reconstruire par apprentissage les souvenirs, ce rapport à une temporalité altérée, associé à des troubles mnésiques, construit la personne sur un « faux soi ». La psychanalyste rend compte de l'importance de ressentir la temporalité pour comprendre le monde et son rapport aux autres en lien avec « le sentiment de permanence de soi et du monde ». L'auteur montre comment la perte de repères entraine un sentiment d'étrangeté et rapporte l'expérience d'un patient qui a perdu ses repères familiers et habituels.

> *« Raoul me parle du décalage permanent entre lui et le monde extérieur :* « tout va trop vite »*, il se sent dans un autre monde.* « J'aimerais parler aux autres, dit-il, mais je n'arrive pas à trouver le bon interlocuteur, et je ne sais pas si celui à qui je

m'adresse peut l'être. » « Les autres me parlent dans leur dialecte. » *Il voudrait que je sois son interprète »* (Id. p. 59)

On voit bien, à la lumière de cette analyse, que la disponibilité de la rencontre thérapeutique favorise ce que la psychanalyste appelle à la suite de Winnicott, un « espace transitionnel » qui permet de dépasser l'enfermement de la maladie. De fait, de notre point de vue, nous repérons ici, comment la lésion cérébrale fait perdre au patient son rapport au monde familier. Dans cette situation, l'abstraction forcée pourrait être repérable par cette fixation sur le dialecte, à défaut de la traduction. Ce patient, nous renvoie à ce que dit Jean Gagnepain à propos du concept de langue :

> *« En effet, le concept de langue est un concept dialectique. C'est un équilibre toujours provisoire entre une tendance à la divergence, qui singularise et idiomatise, et une tendance à la convergence du communautaire, toujours susceptible d'être remanié et discuté. (…) La langue n'existe pas, il n'existe que des ensembles plus ou moins important de divergences et de convergences. (…) Autrement dit, dès qu'il y a communauté humaine, vous avez à la fois la déchirure et le pansement. Le pansement n'est que la traduction, mais cette traduction ne peut pas se théoriser si l'on n'a pas théorisé la conversation. Dans la moindre des conversations se pose le problème de la langue et de la traduction. (…) Toute langue est à la fois dialecte et traduction. »* (Gagnepain, 1994, p. 149-153)

Nous avons montré, comment l'asomasie se présentait comme une dissolution du rapport à l'espace, au temps et au milieu qui entrainait une surdétermination de l'analyse implicite culturelle de l'absence, au fondement de la personne. De fait, l'abstraction forcée entraîne l'arrêt de la dialectique, qui ne permet plus de franchir le pont, autrement dit d'avoir langue commune avec l'autre. Ici l'abstraction forcée empêche le réinvestissement sur la traduction. Si la psychologie investit à sa manière ce corps soma, comme Didier Anzieu qui construit la formation psychique de ce moi corporel, à partir du concept de « Moi-peau » ; nous formulons, en référence à une anthropologie clinique, le concept d'*incorporation*. Nous le repérons par ce déficit adaptatif que nous nommons *asomasie* et qui empêche la constitution de frontières naturelles entre le connu et l'inconnu (milieu), le dedans et le dehors (espace), le proche et le lointain (temps). Dans le monde « Alzheimer », il n'y a plus de *comparaison*, ni de *composition* possible de ces paramètres (espace, temps, milieu), seule persiste l'abstraction forcée et la variabilité relative. Cela va dans le sens des propos de Catherine Bergeret-Amsalek, lorsqu'elle

évoque cette « sortie du moi », relative à l'expérience sur des thérapeutes, de prise de LSD (Searles, 1986) :

> *« Il n'y a plus de limite entre soi et l'univers. Il me semble que cela nous aide à comprendre la terreur sans nom que peut ressentir un malade Alzheimer qui, quand son moi se déconstruit, se sent perdu dans un environnement sans limite qui lui est étranger. »* (Bergeret-Amsaleck, 2018, p. 373)

Pour autant, si la psychanalyste rapporte cette « sortie du moi » à la capacité de fusionner avec un environnement non-humain, nous, nous rapportons cette *absence*, à cette rupture qui nous fonde en tant qu'humain ; et nous considérons que l'asomasie vient forcer cette abstraction, comme une fixation de la dialectique sur le pôle de l'instance. De notre point de vue, en rapportant ce vide existentiel à l'abstraction culturelle, nous pouvons faire un rapprochement entre Alzheimer et autisme Dans cette perspective, si chez l'un, la gestalt subjective disparait, chez l'autre, elle ne parvient pas à s'imposer. Ce qui provoque un arrêt de la dialectique sur l'absence, processus abstrait, rupture, relative à la mort de soi. Une sorte de mort symbolique, que nous pouvons peut-être traduire par ce que les psychanalystes appellent « agonie primitive » et qui peut être neurologiquement repérable à partir d'altération cérébrales.

Cette forme d'exploration de l'espace intérieur inconscient a fait les beaux jours et la décadence des années 1960. Retenue sous le nom de révolution psychédélique, elle s'inscrit dans un contexte socio-historique qui se partage entre recherches et expériences mystiques. Michel Lancelot, dans son récit de l'épopée des fondateurs du mouvement Hippies, *« Je veux regarder Dieu en face »*, fait référence à Aldous Huxley.

> *« En écrivant ses trois livres[26], d'ailleurs traduit en français, Huxley faisait écho à une époque de la recherche scientifique où biochimistes, psychiatres, psychologues, neurologues et physiologistes se penchèrent, avec plus de passion que jamais, sur les influences de certaines drogues sur le comportement de notre cerveau. »* (Lancelot, 1975, p.93)

Le *Flower Power* a modifié le comportement d'une génération : mode de vie communautaire et recherche dans la drogue d'un développement spirituel. Mais les leaders du mouvement ne

[26] « Cette trilogie hallucinogénique se compose donc de deux essais, *les portes de la perception* (1954), *Le ciel et l'enfer* (1956) et d'un roman, *l'Ile* (1962). On ne peut comprendre les Hippies sans avoir lu ces ouvrages, qui furent, avec les ouvrages de Leary, de Watts et de quelques autres spécialistes, les livres de chevet des « gens fleuris » ». (Lancelot, 1975, p. 93)

sont pas sans se rendre compte que la rencontre avec l'être cosmique le « Grand Être » peut effrayer.

> *« En étudiant ce phénomène d'incompatibilité, ils remarquèrent que l'état de conscience intérieure produit par la drogue correspondait à peu près à ceux de l'agonie et de la mort, décris par les hindous. »* (Id. p. 124)

Face à cet inconvénient majeur, Michel Lancelot, nous rapporte les propos de Thimothy Leary, écrits dans une sorte de manuel guide *« Expérience psychédélique »* (1964), inspiré du *Livre tibétains des Morts*. De fait, pour parvenir à l'extase, et après toutes sortes de précaution, Thimoty Leary propose deux sortes de voyage :

> *« Le voyageur peut désirer soit une expérience extrovertie, soit une expérience introvertie. Dans l'expérience transcendantale extrovertie (tournée vers le dehors) le Soi fusionne dans l'espace avec des objets extérieurs : fleurs, autres personnes. Dans l'état d'introversion, le Soi est en fusion extatique avec les processus internes de la vie : lumières, vagues d'énergie, faits corporels internes, processus moléculaires, formes biologiques, etc. »*

De l'expérience psychédélique, nous pouvons comprendre que la drogue agit sur le cerveau et libère la personne de la dimension naturelle gestaltique, que nous avons appelé *incorporation.* Cette libération entraine une mort de soi, au sens mystique du terme, et dans laquelle nous pouvons retrouver les deux dimensions dispersion/focalisation, discutées à propos des vignettes cliniques de François et Guy.

Pour conclure, à propos de l'ouvrage « Et si Alzheimer (s) et autisme (s) avaient un lien ? », donnons la parole à Pierre Delion, professeur des universités et praticien pédopsychiatre, qui résume bien la visée de cet ouvrage.

> *« A mon avis, il s'agit de favoriser toutes les découvertes scientifiques qui nous aident à comprendre le fonctionnement de l'humain, et notamment des maladies humaines, mais sans jamais oublier que ces avancées doivent prendre place dans une médecine relationnelle, une médecine à visage humain, dont tous les patients insistent pour dire qu'aujourd'hui elle est devenue trop rare. »* (Delion, 2018, p. 81)

Les dysfonctionnements, liés au vieillissement ou au spectre de l'autisme, peuvent s'interroger au regard d'une clinique explicative du relationnel qui reste à construire, où la pathologie

devient la situation expérimentale. D'où la nécessité de discuter les hypothèses de manière collaborative, pour mettre à l'épreuve ce qui relève d'une configuration naturelle et ce qui relève d'un processus culturel spécifiquement humain, tel que le souligne Albert Jacquard dans un article du Monde Diplomatique :

> *« En effet, la nature nous apporte toutes les informations nécessaires pour construire un membre de l'espèce Homo Sapiens* ; *mais une autre source est nécessaire pour accéder à la conscience d'être. Cette source non biologique ne peut être que la rencontre des autres humains. Celui dont nous parlons quand nous disons « je » n'est pas le locuteur lui-même : il est une personne faite de tous les liens résultant de ses rencontres. Notre spécificité, la performance qui nous distingue vraiment des autres vivants est la richesse de nos échanges. »* (Jacquard 2004)

Pour prolonger notre raisonnement, poursuivons selon une perspective plus sociologique qui nous confronte à la clinique psychiatrique et ses présupposés. Nous savons que le vieillissement et les démences séniles ont, dès la fin du XIXème siècle, irrigués le savoir sur l'homme. Les théories de Karl Marx et Sigmund Freud ont contribué à produire de la connaissance sur l'humain, et les prolongements de Wilhelm Reich et Herbert Marcuse ont nourri l'anti-psychiatrie des années 1960. La tentative de rapprochement des théories freudienne et marxiste a été très féconde tout au long du siècle dernier et il est dommage de constater qu'aujourd'hui les positions a-théoriques, revendiquées par les promoteurs du DSM, se développent au détriment d'une clinique affinée et conceptuelle. Les débordements neurologiques et psychiatriques, observables en établissement pour personnes vieillissantes, peuvent s'interroger au regard de la clinique des psychoses. C'est d'ailleurs sous cette désignation que les démences séniles ont été pour la première fois observées de manière scientifique ; parce qu'il faut bien nommer ce qu'on observe. L'hypothèse que les psychoses et les perversions seraient des pannes par excès ou par déficit de l'analyse structurale sociologique, nous renseigne sur la capacité de l'homme à s'extraire du niveau gestaltique, ce qui par-là, lui confère le statut de personne à part entière.

> *« En somme les deux psychoses figent ce qui, chez l'homme sain, fonctionne dialectiquement : le scénario d'annexion ou de dépendance s'impose chez le paranoïaque tandis que le scénario de dissociation – ou plus exactement*

d'autonomie ou d'indépendance – s'impose chez le schizophrène » (Guyard, 2006, p. 601)

Cependant, la longue immaturité du petit d'homme ne lui permet pas d'accéder à cette capacité mentale particulière. L'enfant n'est pas producteur de son histoire, il s'imprègne de tout ce que l'adulte lui offre. Ce dernier se trouve inévitablement en position de pouvoir, au sens de responsabilité et le détachement véritable avec les parents ne peut se faire qu'à l'adolescence. La responsabilité, en tant que principe, s'exerce dans la relation sociale et implique une forme de pouvoir vis-à-vis d'autrui. Cependant, il ne s'agit pas ici de domination mais plutôt d'obligation à l'égard d'autrui. La responsabilité est donc à comprendre comme un devoir, non pas un devoir moral, mais un devoir de service qui exclut toute situation de dépendance et de sujétion.

> *« Or l'enfant tant qu'il est enfant, n'est pas en mesure de satisfaire par lui-même à l'ensemble de ces conditions qui rendent compte de la responsabilité comme principe. Il ne pourra rien assumer pleinement et devra toujours socialement se démettre d'une manière ou d'une autre sur l'adulte ; il ne sera pas non plus en mesure de prendre véritablement en charge quoi que ce soit pour autrui. Toute délégation dont il pourra bénéficier ne sera que partielle ; elle se fera sous condition, c'est-à-dire sous la surveillance de l'adulte responsable de lui. »* (Quentel, 2008, p.38).

Le devoir d'éducation n'est pas l'élevage, mais la capacité d'exercer le pouvoir relatif à la parentalité dont découle le principe du métier, en tant que devoir envers autrui. C'est la question de l'autonomie qui apparait ici, au sens étymologique du terme, c'est-à-dire : celui qui se donne à lui-même sa propre loi. C'est à ce principe d'institution qu'émerge l'adolescent avec ces deux dimensions (appartenance et responsabilité) qui renvoient au concept de *personne ;* et sur lesquelles se fondent le registre du social, par lequel l'homme élabore de la relation. Encore une fois la littérature nous montre les effets de ce processus contradictoire, comme ici, dans l'ouvrage de Stefan Zweig, *« La confusion des sentiments »* :

> *« Il suffisait que mon père considérât la science comme sacrée pour que ma personnalité en germe n'y vit que de vaines subtilités ; parce qu'il prisait les classiques comme des modèles, ils me semblaient didactiques et, par conséquent, haïssables. Entouré de livres ; toujours poussé par mon père vers les choses de*

> *l'esprit, je me révoltais contre toute forme de culture transmise par l'écriture. Il n'est donc pas étonnant que j'aie eu de la peine à arriver jusqu'au baccalauréat et qu'ensuite je me sois refusé avec véhémence à poursuivre des études. »* (Zweig, [1927], 1993, p. 8).

L'adolescence est ce moment d'émergence à la personne car l'adolescent quitte, mais jamais complètement, sa condition de *sujet*. C'est ce qui fonde le registre du social et qui rend l'homme capable d'autonomie et de responsabilité. Si nous trouvons dans la littérature, le cinéma où la vie de tous les jours, des illustrations de ce type, la visée scientifique se doit d'être plus précise dans son explication. C'est la dimension logique de l'explication qui est en jeu quand on parle de démarche ou de visée scientifique. Si nous cherchons à rendre compte de ce qui fonde le lien social, au-delà de l'échange immédiat, c'est qu'il revient à la sociologie de prendre en charge la responsabilité d'expliquer la *socialité*. Nous l'expliquons à partir de la rupture, c'est-à-dire à partir de cette capacité qu'à l'être humain à tracer des frontières abstraites d'appartenance et de compétence à la fois différentielles (identité) et segmentaires (unité), qui lui permettent de rompre au moment de l'adolescence avec l'enfance. Ce qui n'est pas toujours sans angoisse existentielle pour le jeune adolescent qui se confronte à la mort abstraite du soi subjectif.

> *« Cette rupture confronte brutalement l'adolescent à l'arbitraire de la loi et des usages sociaux dont il détient désormais le principe et qu'il se trouve en position de devoir assumer. Accéder à la personne, c'est donc ne plus vivre dans l'histoire des autres, mais devenir acteur de sa propre histoire, accéder à l'historicité, définie comme production d'histoire et de socialité. »* (Le Bot, 2010, p.66)

Accéder à la personne c'est accéder à l'autonomie et l'enfant n'y a pas accès. A l'autre bout de la vie, le vieillissement pourrait être alors ce moment de retour au sujet avec un « lâcher prise » de l'autonomie, qui se présente tel un retour à l'enfance et à la dépendance. Mais force est de constater que le vieillissement, nommé « pathologique », peut aussi se présenter tel un délitement de l'incorporation qui est cette configuration gestaltique du *sujet*. Notre clinique donne à voir ces deux formes de « déprise » que nous ne pouvons plus dès lors confondre. Soit le vieillard se déprend de son organisation naturelle, s'éloignant ainsi de la positivité de son être biologique subjectif ; soit il se déprend de sa capacité d'autonomie sociale, s'éloignant ainsi de la négativité de son être culturel. En reconnaissant les deux formes du vieillissement humain nous évitons, à la fois, le naturalisme et le structuralisme et posons du même coup leur relation dialectique en la personne.

Dans un article intitulé « L'habitus entre sujet et personne » (2001), Jean-Michel Le Bot met l'accent sur l'analogie entre la définition que donne Bourdieu du concept d'habitus et celle de donne Lacan du *complexe* dans un article de 1938.

> *« D'une définition à l'autre, en effet, la problématique nous semble bien être la même : il s'agit bien, dans les deux cas, du même problème sociologique. Cette affirmation peut surprendre. Pourtant, cette appropriation, par le sociologue, de toute une partie du patrimoine psychanalytique n'est sans doute qu'un juste retour des choses, tant la théorie Lacanienne doit à la sociologie. Avant même d'avoir compris le parti qu'il pouvait tirer des travaux de Claude Levi-Strauss, Lacan ne s'appuyait-il pas sur ceux de Durkheim, Fauconnet, Malinoski et Rivers afin de montrer que «* c'est dans l'ordre original de la famille humaine *» et que, par conséquent le complexe est conditionné «* par des facteurs culturels aux dépens des facteurs naturels *» (Lacan, 1938, 8°40-5) »*

Jean-Michel Le Bot rapporte deux formulations du concept d'habitus :

- *« Les conditionnements associés à une classe particulière de conditions d'existence produisent des habitus, systèmes de dispositions durables et transposables, structures structurées prédisposées à fonctionner comme structures structurantes. » (Bourdieu 1980, p. 88)*
- *« Histoire incorporée, faite nature et par là oubliée en tant que telle, l'habitus est la présence agissante de tout passé dont il est le produit : partant, il est ce qui confère aux pratiques leur indépendance relative par rapport aux déterminations extérieures du présent immédiat. Cette autonomie est celle d'un passé agi et agissant qui, fonctionnant comme capital accumulé, produit de l'histoire à partir de l'histoire et assure ainsi la permanence dans le changement qui fait l'agent individuel comme monde dans le monde. » (Bourdieu, 1980, p.94-95)*

Il apparait que dans la pensée de Bourdieu, *incorporation* et *appropriation* ne sont pas véritablement distingués. Le concept d'habitus relève, à la fois, du mécanisme d'imprégnation naturelle par *« histoire incorporée faite nature »,* et à la fois, de cette *« structure structurée prédisposée à fonctionner comme structure structurante »*. Le modèle de la personne avec sa phase gestaltique permet de revisiter et de dépasser cette contradiction, car comme le souligne Jean-Claude Quentel :

> *« Pour introjecter et projeter, c'est-à-dire expulser hors de soi, quoi que ce soit, encore faut-il qu'une délimitation ait opérée à partir de laquelle la séparation de l'intérieur et de l'extérieur, du dedans et du dehors devient possible. »* (Quentel, 1993, p. 237).

Si Bourdieu, à partir du concept d'*habitus,* ne rend pas suffisamment compte de la manière dont s'effectue l'incorporation et n'explique pas davantage la structure ; il apparait que Lacan, à partir du concept de *complexe,* distingue le culturel du naturel car en suggérant une rupture, une *spaltung,* il rend compte du principe de structuration. Du point de vue sociologique, cette séparation ou abstraction introduit l'homme a un autre niveau de réalité, qui rend compte de l'*altérité*, sans pour autant le déconnecter complétement de la permanence de son être subjectif. D'une part, notre explication du social par le principe de personne va plus loin qu'une intersubjectivité d'espèce animale, et d'autre part, elle se distingue des autres modalités de la raison humaine que sont le signe, l'outil et la norme.

Nous pensons que le modèle dialectique incorporation/appropriation/négociation est une façon de rendre l'humain intelligible et de lui redonner sa profondeur anthropo-bio-sociologique. Mais le risque, serait de confondre l'anthropo-bio-sociologie avec l'anthropologie biologique, qui nous parle de l'histoire naturelle de l'homme en fondant le social dans un continuum avec le biologique. Comme le montre l'extrait d'un article de Charles Suzanne, professeur d'anthropologie à Bruxelles : *« Nous trouvons, entre hommes et primates non humains, une continuité évolutive physique mais aussi intellectuelle, en termes d'intelligence, de souffrance, de langage par exemple. La différence est la liberté : les primates n'ont pas la liberté de culture, ils n'ont que des habitudes. »* (1999, p.162) Nos observations cliniques semblent contredire ce syncrétisme. Notre recherche s'inscrit donc en rupture avec cette vision biologisante qui réduit l'homme à sa continuité évolutive. Parce que, si pathologiquement on peut perdre l'un ou l'autre de ces processus naturel ou culturel, comme le suggère la clinique et comme le suggère la nosographie instruite par l'anthropologie clinique dans son ensemble, est-ce qu'il n'y a pas là la preuve qu'ils sont discontinus ? N'y-a-t-il pas là une piste pour poser le plus scientifiquement possible une différence entre les *fonctions* animales et les *facultés* humaines ?

L'anthropologie biologique réduit la différence entre l'homme et l'animal à la liberté, sans d'ailleurs en définir le principe. Elle fait donc l'impasse sur le principe d'*institution*, au sens d'une capacité d'abstraction qui fonde le social et les rapports sociaux. Elle fait donc l'impasse sur ce qui nous extirpent de l'animalité par le jeu des *affiliations* et des *contributions*. Cette analyse personnelle, conçue comme un jeu abstrait de *différenciation* et de *segmentation,* est

d'un autre ordre de nécessité que celle qui nous permet d'accéder à la liberté. L'anthropologie clinique nous invite à rapporter la liberté à la norme, analyse axiologique que nous aborderons dans le chapitre suivant. En proposant cette forme de rationalité diffractée, propre aux phénomènes humains, et en explicitant son fonctionnement dialectique, nous pouvons articuler différentes perspectives qui fassent avancer notre connaissance et dépasser, sans les nier, les savoirs antérieurs.

De la même façon, on ne doit pas confondre la bio-sociologie avec la sociobiologie. Voilà ce qu'on peut lire sur le site « sociobiologie.com » : *« La sociobiologie tente de comprendre et d'expliquer les comportements des êtres vivants (et des hommes) à la lumière de l'évolution et d'autres processus biologiques. Une de ses thèses centrales est que les gènes (et leur transmission) sont la motivation centrale du combat des êtres vivants pour leur survie, et que ces derniers vont avoir un comportement qui maximisera leurs chances de transmettre des copies de leurs gènes à la génération suivante, cette nouvelle théorie complète le néodarwinisme dans son explication de l'évolution de la vie sur terre. »* Puisque la sociobiologie explique les comportements humains au regard de la biologie et de la génétique, il nous semble important et même fondamental, en tant que sociologue, de mettre l'accent sur la rupture, sur la contradiction pour argumenter contre la dérive naturaliste qui fait office de savoirs sur l'homme et l'assigne au rang de l'animal.

Dans un article consacré à Lacan, Philippe Malrieu, philosophe et psychologue, cherche à faire la part entre un naturalisme qui ne va pas plus loin que les instincts adaptateurs et de l'autre un personnalisme transcendant qui, de fait, rendrait l'homme inexplicable.

> *« D'un côté comme de l'autre, indifférence à l'égard du problème que Lacan tient pour fondamental : Wo es war, soll Ich werden avait dit Freud :* « Où était le ça, je dois advenir ». *Quel est le moyen de cette métamorphose ? Et d'abord, qu'est-ce qui était ? Quel est ce devoir ? Ces questions rejoignent le vieux problème des conduites humaines en face des conduites animales, celui de l'entrée dans l'humain. Problème auquel se dérobent en définitive aussi bien ceux qui ramènent l'inconscient à des forces instinctives, que ceux qui font du moi un pouvoir de synthèse et d'intégration. Il y a un sujet – on ne peut le réduire à des processus biologiques ; il y a un inconscient – on ne peut le concevoir de telle sorte qu'il rende incompréhensible l'avènement du sujet. Il faut donc comprendre ces deux termes de telle sorte que leurs rapports deviennent intelligibles. »* (Malrieu, 1971, p. 119)

Malrieu en appelle à l'intelligibilité pour échapper à la fois au positivisme et à toute réification du processus de structuration. Dans son article, il montre comment la psychanalyse se présente comme un dépassement de la psychologie « abstraite » des fonctions et du biologisme des behavioristes. Cependant, il voit chez Freud un certain réductionnisme qu'il rapporte à son époque et à l'opposition courante à la fin du XIXème siècle entre le dynamisme vital et l'organisation sociale.

> *« Le modèle d'explication des conduites se cantonnait dans un secteur restreint : celui de la vie sexuelle et de son orientation dans les rapports familiaux. Des pans entiers de la réalité interpersonnelle restaient dans « cet oubli » dont Freud lui-même a si bien analysé les mécanismes égocentriques : la conquête du milieu physique, la transformation du réel et des personnes dans la création d'un milieu d'œuvres, les rapports de la propriété et du travail… Ils n'étaient pas ignorés, mais ils étaient absorbés dans le cadre du symbolisme, leurs spécificités et leur sens méconnus, faute d'une étude de la fonction des comportements techniques, économiques, sociaux dans la construction de la personnalité. C'est que cette étude ne pouvait se concevoir avant que ne soient surmontés des obstacles idéologiques comme la méconnaissance de la place du travail, de la sous-estimation de l'intelligence technicienne ou des luttes sociales. »* ((Malrieu, 1971, p.141)

Si la psychanalyse a repéré la négativité au fondement de l'humain, elle achoppe à la déconstruire comme nous y invite Jean Gagnepain. L'humain a la capacité de percevoir et de s'attacher à une cohérence sémantique, de se mouvoir et de produire des outils, de fusionner et de prendre part au débat, de désirer et de légitimer ses choix. Toutes les capacités humaines n'existent que de s'incorporer, c'est la raison pour laquelle le décalage, le seuil, le passage, l'émergence à la personne sonne le rappel de l'explication sociologique et en fait sa rupture épistémologique. Cette émancipation, qui nous fait émerger à la personne, nous fait émerger à l'altérité dans un rapport réciproque à autrui, principe d'altruisme qui nous fait endosser une responsabilité. Lacan, comme Bourdieu, ne rendent pas compte du décalage pubertaire qui préside à cette émancipation. Malrieu nous invite à approfondir, à interroger les changements épistémologiques à partir de *l'ouverture réciproque des conduites humaines* et à nous *orienter vers une investigation*. Il nous invite aussi à revenir à la source des changements et à la dimension conflictuelle de la critique.

> *"Les relations du langage et de la sexualité avec le monde d'œuvres où l'homme structure son moi, apprend à maîtriser son corps, se souvenir, à critiquer, ne sont*

> *pas abordées par Lacan. Peut-être était-il trop séduit par le système freudien pour faire la critique de son idéologie. Sans doute aussi n'a-t-il pas assez reconnu que pour aborder l'ouverture réciproque des conduites humaines – condition essentielle de leur progrès – il faut se méfier du système, et s'orienter vers une investigation qui, n'utilisant la notion de structure que comme instrument provisoire de sa progression, se tourne de préférence vers ce qui est la source du changement : les articulations entre les divers domaines des conduites et les conflits qui s'élèvent entre eux. »* (Malrieu, 1971, p. 142)

Le réel, le vécu, les phénomènes sont les effets d'une structuration au sens de formes qui les expliquent et les contredisent. Si la formalisation incorporée échappe à tout formalisme, en tant que processus de structuration et moment de la dialectique, elle échappe également à toute réification et positivisme. Nous pensons que la clinique de la personne vieillissante est une porte d'entrée pour tenter de formaliser la *fonction somasique* au sens d'une interface corps et environnement. C'est-à-dire dans le sens d'une fonction naturelle qui nous plonge dans l'existence subjective et l'animalité. Nous pensons également que la clinique de la personne vieillissante est une porte d'entrée pour tenter de formaliser la *faculté d'institution* qui peut être définie comme un face à face appartenance et responsabilité, nous rendant capable de poser l'autre et l'autrui. Ce qui fait toute la relativité du monde social, c'est qu'il est le lieu de la confrontation des points de vue.

La clinique montre comment la raison se diffracte en quatre modalités et permet de relier les rapports structuraux et les phénomènes observables. Ce qui rend l'opposition entre les deux caduques car l'homme n'est jamais, sauf pathologie, ni complètement configuré, ni complètement structuré. La configuration n'est jamais ce qu'on observe et la structure, c'est de la négativité, du vide. En différenciant ces deux processus, en les nommant, parce que dialectiquement, hors pathologie, l'un ne va pas sans l'autre, la clinique de la personne vieillissante peut-elle contribuer à dépasser la confusion conceptuelle ou l'approximation de certains termes ? Peut-elle contribuer à l'élaboration d'un savoir sur l'homme, dans les limites de l'expérience possible ? S'il revient au sociologue de mettre en mots la dialectique de la personne, nous nous sommes également donné pour mission de rendre compte de ce qui se mesure axiologiquement au regard de notre problématique.

Force est de constater que le concept de *déprise*, utilisé en sociologie du vieillissement, reste flou, imprécis et qu'il peine à se différencier du concept de *désengagement*. D'une part, il apparait que la déprise se présente à la fois comme un état, comme un processus d'adaptation

au milieu environnant et comme un processus de négociation avec autrui. D'autre part, présenté comme un manque d'envie ou un phénomène relationnel, le concept interroge à la fois la perte de compétence et la dévalorisation de soi, observables chez la personne vieillissante. La recherche empirique mesure les effets du vieillissement à partir de la notion de retrait, notamment l'abandon de certains rôles sociaux, de certaines activités. A côté du concept de désengagement, le concept de déprise, dans la lignée de l'interactionnisme symbolique, entend donner plus de place à l'acteur et à sa liberté d'action. En remettant la personne vieillissante au centre du débat, il pose une vision intérieure du vieillissement, comme une capacité à faire face et à s'adapter. La situation de déprise permettrait à la personne de se réinventer et la réorganisation pourrait, de fait, être anticipée. La déprise devient alors stratégie faite graduellement de substitution, renonciation, délégation. Mais la déprise peut aussi être inquiétante et source de souffrance, comme le souligne Serge Clément et Jean Mantovani, dans leur article *« Les déprises en fin de parcours de vie »* :

> *« Il existe bien des exemples qui montrent que la déprise peut être un processus inquiétant, souvent bien plus subi qu'anticipé, dans un rapport irrésolu entre différents modèles du vieillir. »* (Clément, Montovani1999, p. 104).

De fait, le concept de déprise reflète la diversité des vieillissements. Si certaines personnes, malgré un âge chronologiquement avancé, maintiennent une activité professionnelle, d'autres, accumulent des phénomènes de désengagement. Dans ce cas-là, les chercheurs parlent de « fortes déprises » ou de « déprises ultimes ». Selon ce point de vue, le désengagement relèverait du même processus que la déprise mais se produirait avec une plus grande intensité. De fait, il recentre les phénomènes de désengagement sur la dimension identitaire du vieillissement et la subjectivité. La continuité identitaire est interrogée sous l'angle de la définition de soi et du désir de conservation de son identité. La sociologie de la déprise interroge les personnes vieillissantes sur leur parcours biographique et utilise comme mode d'enquête le récit de vie. Nous avons précédemment montré, dans la première partie de notre recherche, qu'assimiler la subjectivité à la conscience qu'on a de soi, relève d'un logocentrisme, qui confond la mise en lien logique de sa propre histoire avec l'explication des processus anthropologiques qui nous permettent de faire histoire.

En cherchant à identifier les « fortes déprises » à partir du ressenti des personnes, exprimé sous formes de plaintes, les chercheurs reconnaissent que tout s'entremêle sur le terrain de l'enquête. Certaines personnes peuvent exprimer un état de « déprise ultime » en toute sérénité, au sens du travail accompli. Alors que d'autres, vont sembler se perdre dans le temps. Pour Vincent

Caradec le terme de déprise semble gommer l'aspect dialectique du phénomène et il l'orthographie : dé-prise. D'autres chercheurs préfèrent les notions de fragilité ou de vulnérabilité. La fragilisation serait un processus d'affaiblissement physiologique et sensori-moteur et la fragilité l'atteinte d'au moins deux de ces dimensions : la mobilité, les capacités sensorielles, l'énergie, la mémoire et l'absence de troubles physiques. (Bickel, 2007) De son côté, le psychologue Jean Bouisson, parle de vulnérabilité comme d'un phénomène de « routinisation » (2007).

Il faut se tourner vers la sociologie familiale pour voir interroger la déprise au regard de la relation à l'autre, qui interagit sur la façon de vieillir. Christine Rolland Dubreuil, dans son ouvrage *« Vieillir en famille avec la maladie d'Alzheimer »* (2004), montre qu'il y aurait alors des déprises familiale, conjugale et filiale. Elle interroge la relation à l'autre dans un rapport de déprise et de mise en dépendance et révèle ainsi les ajustements à l'autre que la déprise suscite. Pour Christine Rolland Dubreuil, la déprise tactique et la déprise inquiète correspondent à deux moments successifs dans le cas de la maladie d'Alzheimer. La personne ne pouvant plus s'ajuster stratégiquement aux effets de la maladie, aux prises avec des sentiments contradictoires, ressentirait une perturbation identitaire et passerait en mode déprise inquiète. Psychologue clinicien, Benoît Verdon utilise également le concept de déprise, dans son article *« Souffrance névrotique chez le sujet vieillissant »* (2004). On retrouve ici l'intrication socio-psychique ou psychosociale de la sociologie clinique et le manque de discernement entre, d'une part, le vieillissement sociologique, et d'autre part, la détresse axiologique qui peut en découler.

Force est de constater que nous retrouvons dans le concept de déprise, tel qu'il est utilisé en sociologie et psychologie du vieillissement, la même confusion relative au concept de subjectivité. C'est cette confusion conceptuelle que nous cherchons à contrer. Nous cherchons à clarifier notre objet, à partir de notre perspective théorique qui consiste à préciser pour ne pas tout confondre et ne pas tout amalgamer. La référence à un cadre conceptuel permet un classement et une mise en lien logique de réalités observables sur le terrain des dysfonctionnements. En privilégiant l'articulation entre cadre conceptuel et clinique, nous nous efforçons de mettre à distance, par un processus de désignation logique, ce que la réalité entremêle. La nécessité explicative ne se confond pas avec la nécessité sociale disions-nous dans la première partie de notre travail. Dans le même temps, nous ne vivons pas dans un vide sociologique et notre implication de chercheur nous oblige à contribuer à la production de savoir sur le mode explicatif. Nos observations cliniques nous permettent d'entrevoir des différences, parce que les dysfonctionnements mettent en lumière les ruptures. Il s'agit alors, pour le

sociologue, de tenter d'expliquer cette nécessité sociale et de donner le statut qui revient à la clinique dans la vérification de l'hypothèse. L'explication de cette nécessité sociale ne peut s'élaborer que dans une argumentation au cœur de la construction sociologique du savoir.

Cette argumentation se réfère à une clinique différentielle qui devient pour le sociologue clinicien, autant de pièces à conviction à construire. En sociologie du vieillissement, la déprise est à la fois un processus de réaménagement et un processus de renoncement, d'où l'imprécision du concept. En ce qui nous concerne, nous rapportons la *déprise* à la dialectique du sujet et de la personne car nous avons montré, cliniquement, que la déprise pouvait se jouer sur le versant de l'incorporation naturelle et sur celui de l'appropriation culturelle. De fait, nous cherchons à dépasser l'hétérogénéité du vieillissement pour le rapporter à deux éléments distincts. La déprise relative au vieillissement se donne à voir par désincorporation, dans le cas de la pathologie Alzheimer typique. Ou bien la déprise se donne à voir par désaffiliation, qui se traduit par excès ou par déficit de la rationalité sociologique. Désincorporation et désaffiliation, serait alors les deux formes de déprises se rapportant à la dialectique du sujet et de la personne.

De fait, nous conservons le concept de désengagement pour ce qui relève de la dialectique du projet et de la norme, que nous chercherons dans le prochain chapitre à piéger cliniquement. C'est une des originalités de l'anthropologie clinique que de dissocier, d'un point de vue théorique bien sûr, ces deux déterminismes de la raison humaine. Autrement dit, en distinguant la participation sociale et la maîtrise comportementale, il s'agit de chercher à faire la part de ce qui relève de l'histoire et de ce qui relève de la liberté. Nous nous positionnons ainsi contre la tendance à l'unidimensionnalité qui prévaut dans les sciences sociales, sous couvert d'une pluridisciplinarité de synthèse.

L'anthropologie clinique propose une différence entre déterminisme *spécifique* et déterminisme *incident*, et c'est cette différence que nous allons, pour conclure ce chapitre, chercher à éclairer. Si la réalité est hétérogène et multi-déterminée, il s'agit pour le sociologue de monter en quoi, ce dont il traite – ce qui fait que l'homme a la capacité de créer du lien social – est *spécifique* au social. Cette spécificité s'opère en référence à un principe d'immanence causale : ici la *légalité*, que nous avons expliqué dans le premier chapitre de notre thèse. Dans son analyse, lorsque le sociologue va mettre en évidence que le *code* – en tant que légalité du légitime – est une question qui relève de son champ d'étude, il montre l'*incidence* du déterminisme social sur l'éthique. Pour autant, il ne prétend pas épuiser la réalité de ce déterminisme qui fait la *spécificité* de l'axiologue. Ce dernier, à partir de son point de vue explicatif, produira une analyse *spécifique*, en référence à un principe d'immanence causale : ici la *légitimité*. Ce qui

n'empêchera pas l'axiologue, de repérer l'*incidence* du déterminisme de l'éthique sur le social, notamment en termes de transformation des mœurs, sans pour autant épuiser de manière explicative la réalité des changements sociaux. Ainsi, pour conclure cette discussion épistémologique, nous pensons à l'instar de Jean-Claude Quentel que :

> *« Telle est la seule façon de résoudre le problème que soulève l'existence de points de vue explicatifs différents à l'intérieur des sciences humaines et d'ordonner de manière cohérente la co-occurrence des déterminismes en même temps que la concurrence des disciplines et des modèles explicatifs sur lesquels elles se fondent. »* (Quentel, 2007, p. 153)

Dans le chapitre suivant, nous allons quitter le registre proprement social de la prise et déprise historique, pour nous aventurer dans celui tout aussi dialectique de l'engagement et du désengagement éthique. Ainsi, nous le rapporterons aux exigences qui fondent la morale.

DEUXIEME CHAPITRE : Engagement et désengagement éthique

Introduction

La déconstruction logique que nous proposons, explique le fait que tout phénomène humain est nécessairement pluri-déterminé. Réduire l'humain vieillissant à notre approche du social, nous priverait de l'apport de l'axiologie pour produire un savoir rigoureux et cohérent sur la spécificité humaine. En différenciant sociologie et axiologie, nous pouvons alors spécifier ce qui relève de la collaboration et ce qui relève de l'orientation des décisions. Dans le chapitre sur le vieillissement moralement éprouvé, nous avons montré que l'axiologie pose la problématique du désir, au regard d'un processus de régulation, ou plus exactement de réglementation qui permet de se satisfaire tout en gardant le contrôle. La *règlementation* est à la norme ce que l'*institution* est à la personne. Ici aussi, par analogie, nous allons éprouver la contradiction dialectique entre la gestalt naturelle et l'analyse culturelle. C'est sur cette contradiction entre configuration naturel du projet et instance éthique, que nous convoquons la psychanalyse. C'est ce processus de refoulement, d'autocastration, qui, tout en régulant nos désirs, fonde la satisfaction en nous faisant dialectiquement contrevenir à la règle. Ce principe de légitimité qui nous règlemente et nous empêche de nous satisfaire sans contrainte, nous allons chercher à le repérer cliniquement. Partir de l'hypothèse que l'homme, contrairement à l'animal, pose implicitement des frontières culturelles qui structurent le désir, implique l'idée d'un déterminisme spécifiquement axiologique, qui, là encore, ne doit rien à la réflexion. Dans le même temps, nous ne pouvons pas, axiologiquement, plaquer un modèle sur une situation de recherche sans justifier notre orientation. C'est pourquoi, nous conclurons cette deuxième partie en laissant une part à la fin de ce chapitre à la justification d'ordre méthodologique, au fondement de notre option épistémologique.

A la dialectique incorporation /appropriation/négociation du sujet et de la personne répond analogiquement, la dialectique du projet et de la norme, que nous allons cliniquement chercher à piéger dans les dysfonctionnements. L'*implicite* est ici d'un autre ordre de réalité, que celui de la société, il est celui qui confère au désir sa véritable légitimité et devient, par renoncement, le gage de sa liberté. C'est à l'explication axiologique que nous allons tenter de nous consacrer dans ce deuxième chapitre. A partir de nos observations, nous allons essayer de démêler l'articulation dialectique qui nous permet, en tant qu'humain, de réguler nos désirs immédiats. C'est à une théorisation que le chercheur prétend et par la clinique qu'il s'impose, il cherche à

légitimer son dire. Ici aussi Jean Gagnepain propose d'envisager une dialectique entre les fonctions naturelles et les facultés culturelles ou rationnelles.

> *« Car notre désir, en réalité, n'est humain qu'en tant qu'il compose avec l'abnégation qu'il s'impose et qui, comme telle, ne saurait frustrer de « droits », qu'elle a, tout au contraire pour effet premier d'engendrer »* (Gagnepain, 1991, p. 192)

En articulant notre raisonnement de chercheur, à ce jeu dialectique de l'*abstinence* et de la *licence*, nous avons cherché à nous satisfaire sans manquer, nous l'espérons, de cette autocensure qui nous empêche d'écrire n'importe quoi, n'importe comment, à propos de n'importe qui. Cette articulation dialectique, de la règlementation à l'habilitation, nous l'avons éprouvé d'autant plus que les personnes en cause, dans nos tableaux cliniques, ressortissent de situations d'observations et d'interlocutions, par principe, inaccessibles au chercheur. Rapporter des transmissions, divulguer des informations, n'a pas été sans mettre à mal la dynamique d'autorisation du chercheur comme du professionnel. Malgré nos réticences, il a bien fallu prendre le risque de dire quand même, ce qui n'a pas été sans conséquences sur nos propos et sur l'écriture de nos tableaux cliniques. Nous avons dû dépasser nos doutes, au sens d'une délimitation exigeante, pour réinvestir de droit et ne pas renoncer à l'explication scientifique. Nous ne sommes donc plus ici dans le domaine de l'identité et de la contribution du chercheur, mais plutôt dans la mesure de l'idéal de recherche, qui ne va pas sans la retenue que le chercheur s'impose. Par analyse éthique, nous sommes en capacité d'éprouver de la déception et de la culpabilité, mais la critique peut survenir par manque de retenue. Le comportement humain ne peut échapper à cette ambivalence, divisé entre le bien et le mal.

Dissocier le plan de la personne et le plan de la norme permet de se prémunir contre un sociologisme qui rallierait tous les phénomènes à sa cause. Pour préciser cette distinction fondamentale entre la loi et la morale, qui, mieux que Jean Gagnepain, évoqué ici par Jean-Yves Dartiguenave :

> *« Pour introduire notre propos, citons Jean Gagnepain, qui, reprenant Nietzsche et le philosophe Jean-Marie Guyau, parle de « morale sans obligation ni sanction[27] » (Dartiguenave, 2008, p.149) :*

[27] Jean-Marie Guyau (1854-1888), *Esquisse d'une morale sans obligations ni sanctions,* 1885)

> *« … Qu'est-ce que cela veut dire ? Cela veut dire que la morale ne ressortit pas à une quelconque pression d'un surmoi, à une quelconque pression d'une autorité extérieure à nous-même, à un pouvoir exercé politiquement par la société ; la morale est essentiellement un mode d'analyse de notre propre désir. Certes, cette rationalité n'est pas autonome : elle ne se manifeste chez l'homme, si jeune soit-il, qu'encadrée parce qu'on appelle un code. Mais ce code n'est jamais que la légalisation d'une capacité que nous avons d'auto-contrôler notre désir et qui nous rend complice de notre éducateur ou de notre gouvernant. Autrement dit à la différence de l'animal, que vous pouvez dresser, l'enfant, dès 2 ans environ, quand il émerge à la liberté, est éducable et pas seulement dressable, parce qu'il porte alors en lui ce sens du bien et du mal qui n'a rien à voir avec l'environnement, ni avec la coercition de ses éducateurs.* (Gagnepain, 1994, p. 159)

Le fait, que la capacité de norme s'inscrit dans des codes sociaux, camoufle cette distinction et entretient la confusion entre ce qui relève d'une capacité humaine d'auto-rationnement et une autorité extérieure, qui émanerait de la société. Dans le chapitre sur *le vieillissement rationnellement construit,* nous avons illustré cette analyse structurale de la norme à partir du *vieillissement moralement éprouvé*. Nous avons vu comment au vieillissement et à l'anxiété s'ajoutait le poids moral de la *culpabilité* et de la *déception*. Nous avons mis à jour, les difficultés des familles et de l'équipe soignante, face au vieillissement et montré l'incidence de ce principe éthique sur la relation de service.

Notre expérimentation clinique du vieillissement nous a déjà donné à voir la personne au-delà du sujet. Nous allons poursuivre ce travail clinique et tenter de donner à voir la norme au-delà du projet. Ce qui nous invite à poser une hypothèse analogue à l'*asomasie* concernant l'*aboulie* et à revenir dès maintenant sur le cas de Guy, que nous avions précédemment mis de côté. Nous tirerons profit du compte-rendu d'une consultation gériatrique qui nous permettra de mesurer les difficultés de la prise en charge à domicile. Nous pourrons, dans le même temps, donner à voir ce qui s'évalue en consultation. Nous ne présumons pas que tous les animateurs ont accès aux dossiers médicaux. Dans notre cas, nous devons reconnaître ici, que nous avons bénéficié de la collaboration du médecin coordonnateur, qui, présent dans l'établissement à notre entrée en thèse, nous en avait ouvert les droits informatiques afin de nous permettre d'étayer notre recherche.

1. La question de l'aboulie

Nous reprenons ici le tableau clinique, proposé dans le chapitre précédent, que nous complétons grâce à de nouvelles données relatives à notre investigation dans le dossier médical de Guy.

Guy, retraité de l'armée a fait carrière chez les parachutistes. Il est arrivé à l'unité d'hébergement renforcé après avoir giflé une résidente, dans l'unité Alzheimer d'un autre établissement où il se trouvait auparavant. Au dire d'une soignante de cette unité, cette résidente *« était toujours après lui »*.

Guy se déplace de manière autonome dans le salon. Il marche toujours en longeant les murs et se tient courbé comme enfermé sur lui-même. Il est très difficile de croiser son regard car Guy garde la tête baissée la plupart du temps. Sa lenteur est souvent extrême parfois à la limite de l'immobilité. Il lui arrive d'ailleurs fréquemment de rester plusieurs minutes dans une même position comme prostré dans un coin du salon, ou derrière une porte. Lors de ses déplacements, il peut grimper sur la table si celle-ci est sur sa trajectoire et s'y assoir. Lors des repas, Guy parvient à manger seul à la condition qu'on place la nourriture dans sa main.

En nous rapportant aux travaux de Clément de Guibert nous avions conclu que Guy, recroquevillé sur lui-même, était comme enfermé dans son corps. Nous avons dit de lui : « il a perdu l'unité naturelle, la constance d'un corps qui tend alors à s'isoler au point de faire carapace avec le monde extérieur ». Nous avions alors tenté, de faire jouer dans notre analyse la configuration naturelle de l'identité et de l'unité gestaltique, relative au soma. Nous cherchions par-là une voie pour articuler théorie et clinique, à partir des notions de *dispersion* (confusion) et de *focalisation* (isolation) du sujet naturel. Nous voulions montrer que le traitement gestaltique est déjà une forme élaborée de notre rapport au monde, mais force est de reconnaitre, que l'observation et l'analyse n'épuisent pas le questionnement. Devons-nous ici admettre que cela dépasse nos compétences et que nous n'avons pas la maîtrise, au sens d'une appropriation des termes que nous avons employés ? Nous avons cherché à distinguer la *permanence* de la *constance* gestaltique, du point de vue de la *somasie*. Mais n'avons-nous pas fait que « répéter » des notions qui nous restent plus ou moins étrangères, d'un point de vue

clinique, car non suffisamment maîtrisées ? Pour autant, nous avons cherché à pousser l'analyse le plus loin possible. De fait, par la complémentarité des deux tableaux, nous avons retenu que la positivité du traitement naturel définit la situation par *comparaison* et *composition*. Ce mode de définition naturelle se trouve contredit par la négativité structurale, qui acculture la situation par *différence* et *segmentation*. La clinique, nous a donc permis d'explorer des éléments, qui ont pour effet d'apporter une intelligibilité théorique de notre rapport au monde. Nous avons ainsi discuté d'une normalité sociologique, fondée sur la relation dialectique entre un rapport naturel et un rapport culturel au monde. D'un point de vue logique, le vieillissement par désintégration du soma (rapport corps et environnement) n'exclue pas le vieillissement par désintégration du traitement naturel de l'affect. Ainsi, cette manière de vieillir, par dissolution du projet, peut aussi nous fournir des éléments pour la normalité axiologique. De fait, il n'est pas illogique de penser qu'à la pathologie Alzheimer typique, caractérisée par l'*asomasie*, vient s'ajouter une pathologie que caractérise l'*aboulie*. Ceci dit, pour repérer ce qui caractérise l'*aboulie*, nous devons dans un premier temps spécifier la fonction naturelle de *boulie,* et montrer, comment cette fonction renvoie à la valorisation, fondement naturel de la norme. Il s'agit ici aussi de configuration gestaltique, c'est-à-dire d'un traitement naturel de la pulsion. Nous pouvons identifier la pulsion à l'émotion qui se trouve être en deçà de la réglementation structurale du désir. Continuons notre investigation et poussons plus loin le tableau clinique et l'analyse en nous rapportant au compte-rendu de la consultation gériatrique. Celle-ci a eu lieu quelques mois avant l'inscription de Guy dans l'établissement, précédent son entrée à l'Unité d'Hébergement Renforcé. A cette époque, Guy vit encore à son domicile avec son épouse. Nous poursuivrons en articulant compte-rendu gériatrique, analyse et discussion.

1.1 L'évaluation gériatrique

« Votre patient Monsieur A. (Guy) âgé de 80 ans, a bénéficié d'un nouveau bilan à l'hôpital de jour gériatrique dans le cadre du suivi de sa maladie d'Alzheimer à composante frontale. »

En premier lieu, nous pouvons noter que le diagnostic posé par le gériatre est celui d'une maladie d'Alzheimer à « composante frontale ». Ce qu'on peut dès lors différencier cliniquement et théoriquement d'une maladie d'Alzheimer typique, telle que nous l'avons observée dans « la leçon de Louise ». Ici, la « composante frontale » se rapporte à une dégénérescence fronto-temporale (DFT). *« Le concept de « syndrome frontal » décrit par Luria*

avec des symptômes de type impulsivité, persévérations, grasping, etc.., a évolué ces dernières années vers celui de « trouble dysexécutif comportemental. » (Bouteualeau-Bretonnière, Vercellotto, Thomas-Antérion, 2013, p.119) Les cliniciens mettent l'accent sur cinq symptômes comportementaux : la désinhibition comportementale, l'apathie et l'inertie, la perte d'empathie, les conduites persévératives et les troubles alimentaires. Les échelles qui permettent d'évaluer ces troubles sont nombreuses. Si certaines sont utilisées pour l'aide au diagnostic, d'autres portent davantage sur le suivi de la maladie. Et les auteurs de conclure, que *« si ces dernières années ont vu l'avènement de nombreux travaux sur la cognition sociale, il y a à notre connaissance, à l'heure actuelle, peu de travaux corrélant de manière précise, le comportement, les fonctions cognitives et la cognition sociale, ce qui devrait devenir un axe de recherche conséquent dans les années à venir. »* (Id. p.128) Ces échelles évaluatives des troubles du comportement présentent toutes la même caractéristique qui est l'inventaire de la diversité des symptômes, d'où l'adjectif « dysexécutif » accolé au trouble. Il y a, de notre point de vue, un risque de confusion à inventorier les dysfonctionnements comportementaux, sans différencier ce qui se rapporte au traitement naturel du projet et ce qui relève de l'analyse culturelle de la norme. Pour autant, force est d'admettre que si le naturel et le culturel ne sont pas ici distingué, les troubles du comportement recensés se rapportent, plus ou moins, aux émotions et motivations. La question est de savoir si nous pouvons mettre sur le même niveau de processus l'apathie, la désinhibition, l'inertie, la perte de l'empathie, etc… De fait, les échelles évaluatives ne passent-elles pas à côté de l'explication du phénomène comportemental, qui devient alors une réalité indiscutable ?

« Depuis sa dernière consultation avec le professeur Y. il y a 8 mois, son épouse et son fils m'informe d'une évolutivité importante avec agitation, en particulier vespérale. Il pense ne pas être chez lui et de ce fait veut sortir par tous les moyens et même par la fenêtre ; recherche sans arrêt la compagnie de son épouse et la suit à longueur de temps ; à tendance à déménager ses affaires…s'y associent également des hallucinations visuelles avec une thymie qui reste extrêmement fragile et avec idée de mort. »

Il semble que Guy veut quitter son « chez lui » et que toutes les solutions sont bonnes. Guy ne semble pas trouver d'apaisement, il est toujours en action, persiste chez lui une idée de mort avec des signes d'anxiété manifestes. En plus d'avoir perdu le sens de la situation immédiate, il apparait que Guy a perdu la capacité à hiérarchiser ses *pulsions* immédiates d'où son extrême agitation, caractéristique des troubles comportementaux. Contrairement à Louise, qui, nous l'avons vu, idéalise « sans souci » son histoire fictive. Guy, lui, veut sortir de chez lui car il ne

se croit pas chez lui et toutes les solutions sont bonnes, même le passage par la fenêtre car aucun projet ne se tient naturellement. Il apparait que Guy ne parvient plus à hiérarchiser ses motivations ou pour le dire autrement à trier ses pulsions. La pulsion c'est du projet au sens de la capacité, partagée avec l'animal, de transformation des affects. C'est cette transformation qui donne une direction au projet, que Guy semble avoir perdu. Ce qui pourrait être alors un signe clinique de l'aboulie.

Si la boulie est cette configuration gestaltique, qui donne de la valeur au bien convoité ou désirable, le désir ne se rapporte pas uniquement à la sexualité, comme Freud a pu, à son époque, le laisser entendre. En référence à l'anthropologie clinique, *la boulie* est cette configuration naturelle gestaltique, que nous partageons avec l'animal, et qui permet de rapporter un bien à un prix pour une satisfaction plus avantageuse. La valeur est ce qui permet de mettre en série des projets, plus gagnants les uns que les autres, dans un rapport de consommation différée. A ce niveau le vouloir est pulsion, traitement naturel des affects, premier moment de la dialectique que nous pouvons identifier à l'intérêt, au sens du désir. Alors peut-on dire que Guy a perdu le sens du désir ? Il ne veut pas rester chez lui, mais il ne veut pas non plus aller dans un autre endroit. Ses troubles de l'humeur rendent compte d'un dérèglement de l'affectivité qui va dans le sens de l'aboulie. La mort apparait la seule issue pour arrêter tout ça.

Hors pathologie, le traitement naturel des affects est contredit par le deuxième moment implicite de la dialectique, l'*abstinence*. Relative au noloir, elle est l'analyse éthique qui nous rend humain sur le plan de la norme. En rupture avec la nature, elle introduit une prohibition qui nous permet de clore la série de projets et d'accéder à la capacité de gouverner nos désirs. Cette réglementation est soumise au troisième moment de la dialectique éthico-morale qui nous permet de nous satisfaire dans le respect des règles. Si du point de vue de la personne, nous passons notre temps à contrer l'excès de *singularité*, du point de vue de la norme nous passons notre temps à contrer l'excès de *rationnement*. Nous ne pouvons pas humainement renoncer à tout, ce qui nous oblige à habiliter moralement notre satisfaction. Si l'histoire relève de la capacité à se singulariser, la liberté se rapporte à la capacité de s'auto-contrôler. La satisfaction, c'est d'une certaine manière une forme de retour au plus près de notre animalité, qui, sans perdre de vue notre humanité, nous fait toujours courir le risque de la transgression. Face à ce risque nous répondons par différentes visées morales : l'ascétique, qui s'assure de ne plus fauter en luttant en permanence contre son désir ; la casuistique, qui assouplie les règles pour se satisfaire légitimement selon les circonstances ; l'héroïque, qui se prive pour la beauté de la privation au sens de l'exploit.

Maintenant, si nous suivons un raisonnement analogue à l'asomasie, pouvons-nous suggérer que l'aboulie entraine, par réaction dialectique, une abstraction forcée, c'est-à-dire une *abstinence* forcée, relative à l'analyse culturelle de la norme ? C'est la voie clinique que nous avons empruntée, aussi pour synthétiser le fonctionnement dialectique de la norme, nous présentons ici un tableau qui va servir de référence à notre argumentaire et poser nos catégories d'analyses et nos bases conceptuelles.

NATURE		**CULTURE**	
Affects	**Le projet** **Configuration gestaltique**	**La norme** **Processus culturel**	
Anatomie Physiologie	**La pulsion** Configuration de la valeur (boulie) Par préférence et échéance Choix et programme Par comparaison et composition	Instance **L'abstraction éthique ou abstinence** Vide structural (noloir) Par différence et segmentation Appréciation	Performance **Le réinvestissement moral** Par autorisation et option

La rationalité humaine s'exerce ici sur le plan de la norme selon une modalité éthique abstraite, capacité de *noloir,* de non volonté implicite qui dépasse le simple report de la satisfaction. Poursuivons l'analyse du compte-rendu gériatrique. Nous faisons l'impasse sur son traitement médicamenteux, tel qu'il est abordé dans le courrier du gériatre, pour nous intéresser à son mode de vie.

« Concernant son mode de vie et son autonomie : Monsieur A. (Guy) vit toujours à domicile dans une maison de plein pied avec son épouse. Intervention d'une aide à domicile 2h par semaine pour les tâches ménagères (CCAS) et d'une aide-soignante pour la toilette 3 fois par semaine (CCAS). Il est dépendant pour la toilette et l'habillage mais participe avec incitation. C'est son épouse qui s'occupe des différentes tâches domestiques mais Monsieur l'accompagne volontiers pour faire les courses. C'est également Madame qui lui donne son traitement. »

Nous repérons ici comment la consultation gériatrique inclus dans son observation la relation à l'aidant principal, ici son épouse. Le fait que Guy l'accompagne « volontiers » pour faire les

courses, renvoie à ce que nous avions précédemment observé chez les personnes asomasiques, c'est-à-dire cette préservation d'un certain devoir être, au sens d'un faire pour autrui. Faire les courses, n'est-ce pas être partie prenante dans la vie du foyer ? C'est ce sens altruiste qui ressort de l'analyse culturelle sociologique et qui dépasse, de notre point de vue, le terme de « cognition sociale ». Le fait que Guy participe à sa toilette et à son habillage « avec incitation », nous montre une perte de l'activité spontanée, telle qu'elle est décrite par Laplane (1990,1994, 1998) et qualifiée par lui de « perte d'auto-activation psychique ». Clément de Guibert suggère que cette perte de motivation pourrait être rapportée à la perte de la direction d'un programme : *« il suit bien la tâche en cours ; mais il faut le relancer sans cesse pour qu'il aille au bout. »* (De Guibert, Clerval, Guyard, 2003, p.246) Plus qu'une simple stimulation d'activité, nous pouvons y voir une forme d'assistance à la sériation naturelle du projet, ce qui semble confirmer le caractère aboulique de Guy.

C'est une situation qui est très fréquente en établissement, les toilettes ou les repas avec incitation nécessite un accompagnement particulier. « Ne pas faire à la place de » mais inciter la personne et l'accompagner dans ses gestes fait partie des règles de base du soignant. C'est la raison pour laquelle « la toilette évaluative » est une pratique très importante à l'arrivée d'un résident et que celle-ci est réévaluer dès que la situation s'avère nécessaire. Elle fait l'objet d'une notification intégrée dans le plan de soin et fait office de prescription pour le soignant dans son activité quotidienne. Lors des repas ou de la toilette, les soignants sont invités à relancer l'activité en cours. Cette caractéristique est souvent abordée par les soignants sous l'angle mécanique du mouvement, dans le sens d'une mise en route de l'action et non dans le sens de la perte du projet. Poursuivons avec le rapport clinique de la consultation gériatrique.

« Cliniquement

- **Bon état général avec une prise de poids de 4 kg en un an, soit un poids actuel à 69 kg. L'appétit reste globalement conservé, même s'il semble plus difficile.**
- **Examen cardiovasculaire retrouvant des bruits du cœur irréguliers sans souffle audible. Tension artérielle à 142/69 sans hypotension orthostatique retrouvée.**
- **Auscultation pulmonaire normale**
- **Absence de symptomatologie urinaire et digestive. Incontinence urinaire occasionnelle, demande souvent les toilettes au dernier moment et ne pense pas à relever le battant de la cuvette des WC au moment d'y aller. Pas de port de protection.**

- **Transit régulier**
- **Examen neurologique normal en dehors d'une discrète hypertonie bilatérale**
- **La thymie est effectivement fragile, parle de « se jeter sous un camion ». Evoque la guerre, les « viets »**
- **Sur le plan locomoteur la marche est lente, précautionneuse à petits pas. Refus d'utiliser une aide technique**
- **Notion de plusieurs chutes d'allures mécaniques sans conséquence traumatique »**

La perte de la direction d'un programme est ici de nouveau repérable dans la manière dont Guy va aux toilettes, il attend le dernier moment et il ne « pense pas » à relever le battant de la cuvette. Associée à ses troubles comportementaux, on observe une persévération thématique de son discours sur la guerre, les « viets » et son envie de se « jeter sous un camion ». Rappelons que Guy est un militaire, haut gradé, qui a probablement participé en tant que parachutiste à la bataille de Diên Biên Phu lors de la guerre d'Indochine en 1954. Il s'est d'ailleurs rendu au Vietnam pendant plusieurs années, pour des cérémonies officielles. Il n'est donc pas absurde de penser que cette focalisation sur la guerre et les « viets » est d'origine traumatique et – pour parler comme les psychanalystes – serait de l'ordre d'un « retour du refoulé ». Le fait de vouloir « se jeter sous un camion » serait du même ordre, caractéristique d'une poussée pulsionnelle en lien avec la mésestime de ce « soi-là d'aujourd'hui », qui ne correspond plus au « soi d'hier » idéalisé. Le traumatisme peut-il être de l'ordre d'une focalisation forcée sur l'analyse éthique, par réaction à l'aboulie ?

> *« Dominique Laplane insiste sur le fait, pour lui significatif, qu'un tel patient peut encore s'appuyer sur la motivation d'un tiers pour se mettre en mouvement. Il est important de noter, pour notre propos, qu'un tel patient reste capable d'éprouver de la culpabilité et de la déception qui peuvent encore le contaminer et le pousser vers des idées suicidaires.* (Guyard, 2009, p. 331)

De fait, on saisit ici l'analogie avec l'asomasie et la « leçon de Louise ». Le déficit d'initiative, que caractérise l'aboulie, entraîne des troubles thymiques, que l'on peut qualifier de ressassement douloureux. En les rapportant à la culpabilité et à la déception éthique, sans rapport avec les frustrations présentes, il pourrait alors s'agir d'une surdétermination de l'analyse structurale. Surdétermination que nous avons également observé en situation d'asomasie.

Du point de vue locomoteur, nous avions déjà dans notre précédente analyse, observé sa démarche lente, à la limite de l'immobilité. Ici, elle est qualifiée de « précautionneuse à petit pas », ce qui nous conforte dans l'idée d'une abstraction forcée qui donne ce caractère extrêmement prudent, c'est-à-dire excessivement rationné à sa démarche. Nous avions montré dans « la leçon de Louise » comment l'asomasie pouvait focaliser la personne sur l'analyse identitaire et contributive. Nous suggérons ici que l'aboulie peut focaliser la personne sur l'analyse de la précaution. L'ergothérapeute parle de « syndrome post-chutes », lorsque les personnes sont très hésitantes dans leur démarche et qu'elles doutent de leurs capacités. Elles ont perdu leur assurance suite à une ou plusieurs chutes. Elles restent ainsi comme traumatisée, elles ont peur de tomber et parfois elles n'osent plus, on peut dire qu'elles ne s'autorisent plus à reprendre la marche. Il semble qu'elles ont perdu la capacité d'appréciation de leurs facultés. Tout le travail de l'ergothérapeute consiste alors à leur redonner confiance dans leur capacité et éventuellement à leur proposer une aide matérielle. La non reprise de la marche, délétère pour la personne, peut avoir des conséquences sur le moral et évoluer vers une grabatisation. Les chutes sont avec la désorientation les principales causes d'entrée en établissement et elles font l'objet d'un suivi particulier par le médecin coordonnateur en collaboration avec l'ergothérapeute.

Nous ne nous attarderons pas sur les indications relatives aux constances physiologique et anatomique, qui nous rappellent que la clinique est ici médicale. De même, nous faisons l'impasse sur le bilan biologique et diététique pour nous tourner maintenant vers l'évaluation sociale. Si nous repérons ici le caractère administratif de l'évaluation sociale, force est de reconnaitre qu'elle s'appuie également sur les savoirs et les compétences des deux aidants principaux.

« Evaluation sociale

Patient vivant à domicile dans une maison dont il est propriétaire. Le couple va d'avril à septembre dans leur mobile home sur la côte atlantique. Plan d'aide actuel dans le cadre de l'APA GIR 4 : passage d'une aide à domicile deux heures par semaines et pour les tâches ménagères et d'une aide-soignante pour la toilette trois fois par semaine.

Le patient a pu par le passé bénéficier d'un accueil de jour, mais la prestation a dû s'interrompre car il ne souhaitait alors plus y aller. Devant l'épuisement important de son épouse à l'heure actuelle, l'entrée en institution semble devenue désormais

incontournable. Une inscription a été faite dans une résidence que son fils va élargir à d'autres institutions. »

Le statut de Guy est ici celui d'un homme marié, propriétaire d'une maison et d'un mobil home. Il est inscrit administrativement dans un processus d'Aide Personnalisé à l'Autonomie. Cette évaluation fait état de son inscription en Groupe Iso Ressource de niveau 4, qui permet de déterminer le niveau d'aide financière et matérielle de la prise en charge. Niveau correspondant au passage d'une aide-soignante trois fois par semaine, le reste du travail d'aide revenant, de fait, à son épouse. Si Guy a intégré un accueil de jour, il apparait qu'il était encore, à ce moment-là, resté maître de son choix de ne plus y prendre part. L'évaluation sociale tient compte ici de l'épuisement de son épouse. C'est cet épuisement qui va orienter la décision d'une entrée en institution, inscription incontournable qui sera alors gérée par le fils, deuxième aidant familial. Il s'agit ici d'une mesure de protection face à une situation qui peut s'avérer préoccupante pour l'aidant. Continuons avec le bilan psychométrique effectué par le neuropsychologue.

« Bilan psychométrique :

Notre neuropsychologue rencontre Monsieur A. en fin de journée et ne lui proposera pas de test, ne parvenant pas à le faire s'assoir. Ce dernier éprouve le besoin de marcher puis lorsqu'ils sont dans le bureau, il le range.

Cependant l'observation dans l'entretien montre :

- **Une régulation des processus de contrôle et attentionnel moins contrôlé que précédemment : l'attention se pose aléatoirement et rapidement sur les éléments de l'environnement. Il peut avoir des comportements de préhension sans agressivité et d'utilisation avec des signes de persévération. »**

On relève ici une distractibilité et une saisie impulsive des objets. Nous suggérons que cette tendance excessive à la préhension d'objet, « sans agressivité », semble relever d'une dispersion comportementale, où toute information visuelle déclenche un comportement gestuel par manipulation. Guy semble réagir sans distinction, sans *préférence* aux stimulations.

- **« Une évolution des perturbations sémantiques avec des difficultés à reconnaitre les objets de son environnement et donc de comprendre la situation ou le lieu dans lequel il se trouve. Des signes d'anxiété sont donc très présents d'autant plus qu'il**

semble y avoir des phénomènes d'hallucinations visuelles qui s'ajoutent à des erreurs d'interprétation des objets qui entourent Monsieur A. »

Nous suggérons que le trouble, situé ici au niveau sémantique, relève de la perte de l'intention discursive et que les hallucinations visuelles pourraient être rapportées à une forme spécifique d'agnosie puisque rapportable à des perceptions. Cette situation provoque de la souffrance, elle-même repérable par les signes d'anxiété qui relèvent, comme nous l'avons déjà précisé, d'une abstraction forcée sur le versant des exigences éthiques. Ce ne sont là que des suggestions qui mériteraient d'être croisées avec d'autres références, notamment neurologiques. Nous ne prétendons pas à la vérité, mais juste à une forme d'explication qui en vaut bien une autre ; et qui a pour mérite de pouvoir être discutée, parce que nous nous attachons à l'expliquer au regard d'un cadre d'analyse qui permet de poser des hypothèses.

- **« Des perturbations du langage avec une compréhension concrète, qui nécessite souvent de montrer un objet en même temps qu'on le nomme. La construction de phrases n'est pas toujours cohérente et adaptée. Des paraphasies phonologiques qu'il corrige sur énoncé correct de notre part.**
- **Des capacités de choix de ce qui est proposé : Monsieur X se montre capable de choisir entre deux situations ou entre deux propositions, parfois selon une logique de ce qu'il perçoit, de ce qu'il comprend et de ses craintes.**
- **Enfin des compétences praxiques dans les gestes connus mais ne peut plus s'adapter à une situation différente de ce qu'il rencontre dans son quotidien. »**

Nous devons reconnaitre que nous n'avons pas toutes les cartes en main, au sens d'un savoir élaboré et que ces observations restent pour nous limitées et figées, car rapportées selon la logique et la connaissance d'un autre observateur. Ce dernier rappelle les capacités de choix du patient, ce qui peut aller à l'encontre de notre propre point de vue sur la difficulté de Guy à hiérarchiser les projets. Cependant, il est intéressant de reconnaitre ici la déconstruction proposée par le neuropsychologue et de faire le lien avec les processus anthropologiques.

Malgré des troubles du langage, il semble que Guy ait conservé une relative compréhension, dès lors que l'objet est montré en même temps que nommé. Nous suggérons, de rapporter cette observation à la situation d'interlocution, qui laisse présumer que Guy maintient une relation à l'autre allant jusqu'à suivre et partager son énoncé. Il ne montre pas ici de désaccord, ni de rejet de l'autre comme nous avons pu le constater chez Paulette dans le chapitre précédent. L'anxiété de Guy relève plutôt d'un rejet de « soi ».

En ce qui concerne ses capacités de choix, celles-ci sont rapportées :

- à ce qu'il perçoit : nous suggérons de les mettre en lien avec la *gnosie*
- à ce qu'il comprend : nous suggérons de les mettre en lien avec la *somasie*
- à ce qu'il craint : nous suggérons de les mettre en lien avec la *boulie*

Enfin, en ce qui concerne les « compétences praxiques » :

- nous suggérons de les mettre en lien avec la *praxie*

Nous reconnaissons à notre analyse un certain réductionnisme, mais celle-ci nous permet de mettre l'accent sur le fait que nos observations ne vont pas à l'encontre de la clinique neurologique. Cependant, rappelons ici que notre intention n'est pas de nous spécialiser dans les troubles neurologiques ou gestaltiques, d'autres que nous le font et le ferons avec plus de précisions et de rigueur. Ce qui nous intéresse, c'est de faire se rencontrer la théorie et la clinique à partir d'un modèle abstrait toujours à élaborer en situation d'observation. De fait, nous repérons que les quatre déterminismes proposés par l'anthropologie clinique pour rendre notre rapport au monde intelligible, s'appuient sur une répartition spécifique des fonctions naturelles gestaltiques : La *gnosie*, l'*asomasie*, la *boulie* et la *praxie*. Mais reprenons le compte-rendu de la consultation et poursuivons avec la conclusion du gériatre.

« AU TOTAL

Maladie d'Alzheimer avec évolution des troubles cognitifs et en particulier majoration des troubles sémantiques favorisant des signes d'anxiété. Si on note une majoration des troubles de contrôle elle se traduit surtout par des distractibilités en lien avec une dépendance à l'environnement et des persévérations.

L'entourage de Monsieur A. présente des attitudes adaptées pour réguler les signes d'anxiété et favoriser les activités et la valorisation de Monsieur A. Cependant l'anxiété n'est plus régulée complètement par les sorties de la journée, entrainant notamment des agitations importantes le soir, de plus en plus difficile à gérer par Madame A, qui présente des signes d'épuisement manifestes.

Madame A. et son fils sont maintenant bien conscients qu'ils sont arrivés aux limites du maintien à domicile et sont maintenant en attente d'une entrée en institution dès que possible. Malheureusement, lors de la réunion de synthèse, son fils m'informe d'une

majoration des troubles du comportement avec une perte de repère, une tendance à vouloir fuguer, à tout déménager dans la maison.

Je lui propose donc d'augmenter le Risperdal à 1mg ½ le matin et 1 comprimé le soir. J'augmente également l'Equani à 250mg le matin et le midi et à 400mg le soir. Par ailleurs compte tenu du syndrome anxiodépressif patent, j'augmente le Seropram à 15mg par jour.

Par ailleurs l'accueil de jour « X » doit ouvrir prochainement et la responsable doit recontacter le fils pour inscrire Monsieur A. pour plusieurs jours dans la semaine, qui restent à définir, en attendant d'avoir une place en institution.

Et si malgré tout, la situation continuait de s'altérer, le dernier recours serait alors une hospitalisation dans le service de médecine aiguë gériatrique. De façon systématique je prévois un nouveau bilan à l'hôpital de jour gériatrique dans six mois mais bien sûr je reste à disposition pour le revoir avant si besoin. »

Nous ne reprendrons pas toutes les caractéristiques du comportement de Guy, cependant, nous pouvons ajouter que nous avons ici, dans cette conclusion, le profil type des personnes qui entrent en Unité d'Hébergement Renforcé, suite à l'épuisement de l'aidant familial. Il est très rare que l'entrée en établissement fasse disparaître les troubles et par expérience nous disons même que, dans beaucoup de cas, cela va dans le sens d'une aggravation. Si ces situations sont les principales sources d'épuisement des aidants professionnels, elles sont aussi à l'origine de culpabilités familiales, qui voient dans la majoration des troubles, un échec de l'entrée en établissement. La distractibilité, la dépendance à l'environnement, les persévérations, les troubles de l'humeur… rendent les situations de travail problématiques et l'impuissance de l'équipe soignante est souvent à son comble.

Nous sommes ici face à des phénomènes cliniques qui mettent en exergue la diversité des troubles « Alzheimer » et les différentes formes de son expression. Ici la pathologie se présente sous sa composante frontale que nous proposons de spécifier, sous le terme d'aboulie. Les solutions proposées restent aléatoires du fait de la complexité de certains comportements et comme le gériatre le propose, la contention chimique, même si elle est prescrite en dernier recours, est souvent la seule issue.

Nous avons pu observer à ce sujet des désaccords entre l'équipe et le médecin coordonnateur dans les prises de décisions et solutions proposées, ce qui ne laisse pas le soignant sans

culpabilité ou ressentiment. Lorsque la situation devient trop envahissante et délétère pour l'équipe de l'Unité d'Hébergement Renforcé, la personne peut être hospitalisée dans une Unité Cognitivo Comportementale. Cette décision ne se prend pas à la légère, elle est souvent différée, soit parce qu'il n'y a pas de place dans l'unité spécialisée, soit parce l'équipe ne se résout pas à « abandonner » le résident. *« Si on l'envoie à l'UCC comment il va revenir ? »* ; *« Il risque de perdre encore plus ses repères »* ; *« Tu vas voir, ce sera comme Mme R., quand elle est revenue, elle était complètement « tassée » avec les médocs, elle arrivait même plus à marcher ».* Si l'Unité d'Hébergement Renforcé se présente comme une solution de soulagement pour les aidants familiaux, on constate que l'Unité Cognitivo Comportementale, se présente également comme une solution de répit pour l'équipe soignante de l'Unité d'Hébergement Renforcé. Tous les soignants n'ont pas le même seuil de tolérance face aux troubles, et certains prennent plus à cœur que d'autres, ces situations de détresse. Nous avons observé des soignants qui vivent ce passage de relais comme un échec et l'assimilent à une situation d'abandon ; ce qui met à mal leur idéal de soins. Cette culpabilité est renforcée, lorsque cet idéal est promu par une philosophie qui stimule l'approche compassionnelle de la relation et la prétention à éradiquer tous les problèmes. Le sentiment de ne pas avoir fait tout ce qu'il fallait faire, d'avoir raté quelque chose est toujours présent. Il est du même ordre que celui qui s'observe, lorsqu'une famille décide de l'entrée en établissement.

A côté de ces situations, qui accaparent et sollicitent en permanence l'attention des soignants, d'autres, au contraire, peuvent facilement passer inaperçues. Dans le tableau clinique suivant, nous mettons en scène nos échanges avec Armandine. Dans un premier temps, nous articulerons description et analyse afin de montrer comment un modèle abstrait peut permettre à l'intervenant de mieux appréhender la réalité. Puis nous discuterons du lien entre clinique et diagnostic social.

2. D'un déterminisme à l'autre

2.1 La description et l'analyse

C'est dans sa chambre d'hôpital, que je rencontre pour la première fois Armandine. Elle est assise dans un fauteuil, son bras est replié sur sa poitrine et bien serré par une attelle. Hospitalisée depuis plusieurs semaines suite à une chute, elle doit venir vivre à la résidence le lendemain.

Après les présentations d'usage, elle me sourit tout en s'excusant de ne pouvoir m'offrir un café. Lorsque je lui rappelle sa venue prochaine à la résidence, elle est plutôt étonnée et me dit que personne ne l'a prévenue. Je fais alors allusion à sa chute et à son bras qu'elle ne peut plus bouger. Armandine dit ne pas avoir mal et n'être jamais tombée ou alors elle aurait peut-être oublié *« Parfois ça s'brouille dans ma tête, c'est dans le cerveau. »* Je lui fais part du but de ma visite et lui demande de me raconter son histoire, où elle née et ce qu'elle faisait comme travail. Elle me renseigne sur sa date et son lieu de naissance sans aucune difficulté. Me dit qu'elle a beaucoup travaillé à la ferme et qu'aujourd'hui c'est son fils qui a « *repris les terres ».*

Son discours est tout en retenue et je me rends compte que mes questions la mettent en difficulté. Lorsqu'elle a du mal à retrouver le prénom d'une de ses filles, je cesse alors mon questionnement inquisiteur et lui raconte le déroulement d'une journée à la résidence. Dans le lit d'à côté, une dame, qui semblait somnoler, prend part à notre conversation et me demande d'où je viens. Une discussion s'engage sur les avantages et les inconvénients de la vie en maison de retraite. Je quitte Armandine avec le sentiment qu'elle n'a pas vraiment compris la raison de ma visite. Cette impression sera confirmée, lorsque je lui rends visite dans sa chambre le lendemain de son arrivée à la résidence. Elle ne se souvient pas m'avoir vue à l'hôpital et semble encore plus perdue que ce jour-là. Bien qu'elle ne porte plus son attelle, elle garde son bras serré contre elle. Assise sur le bord de son lit, elle ne comprend toujours pas ce qu'elle fait là. Je la quitte à l'arrivée du kinésithérapeute, lui disant que je repasserai plus tard.

Après quelques semaines, Armandine a toujours autant de difficultés à se repérer dans la résidence. Elle a toujours besoin d'être accompagnée pour se rendre en salle à manger à l'heure des repas. Pour le justifier, elle dit qu'elle n'ose pas prendre seule l'ascenseur mais il lui arrive aussi fréquemment de se tromper de direction en sortant de sa chambre. Au dire des soignants, elle n'a pas de difficultés pour sa toilette quotidienne, qu'elle parvient à faire seule avec un peu de stimulation et de guidage. Comme elle garde des séquelles de sa chute, elle a toujours besoin d'aide pour l'habillage et pour sa douche hebdomadaire.

Dans la vie de tous les jours, Armandine est une personne réservée, qui parle peu, ne demande rien, quelqu'un qu'on peut facilement oublier, qui reste là où on la pose. En salle à manger, elle a sympathisé avec une de ses voisines de table. Comme elles sont de la même commune, il leur arrive de parler du « pays », mais c'est surtout sa voisine qui en prend l'initiative. L'après-midi, elle fait la sieste dans sa chambre, juste assise dans un fauteuil

avec un plaid remonté jusqu'aux épaules. Sa famille s'inquiète de son apathie et souhaite qu'elle participe davantage aux activités. De mon côté, je propose régulièrement à Armandine de venir profiter des moments conviviaux, mais je n'obtiens de sa part que des refus. Il lui arrive de me dire « *oui* » le matin, mais à l'heure dite, elle se rétracte prétextant une visite ou une douleur. Parfois elle peut aussi me dire « *je ne sais pas si je suis capable* ». J'ai beau la rassurer *« mais bien sûr que vous êtes capable, sinon, je ne vous le proposerai pas »* rien n'y fait, elle reste sur sa position. Je suppose qu'Armandine a peur de l'échec ou qu'elle ne s'autorise pas et que c'est pour cette raison qu'elle refuse toutes mes invitations. Il me semble qu'Armandine a peur de ne pas être à la hauteur de ma demande. Et si ma façon de m'adresser à elle ne faisait qu'amplifier cet état ?

Je me suis donc intéressé au contexte, c'est-à-dire à la façon dont je lui proposais de participer à certaines activités. Connaissant son inclinaison pour les refus ou les échappatoires, j'insistais à chaque fois sur le bien-fondé de ma demande. Je me suis rendu compte, que je lui proposais toujours de passer « un bon moment ». « Ce sera bien vous verrez » ; « ça va vous faire du bien » ; « ça va bien se passer » ; « ne vous inquiétez pas » … Toutes ces expressions relatives aux bienfaits, toutes ces expressions qui évaluent la situation à la place de l'autre, ne favoriseraient-elles pas ses refus ? J'ai alors changé ma manière de l'aborder, j'ai décidé de ne plus demander à Armandine de prendre du bon temps. Un matin, je suis allé la voir et je lui ai tout simplement demandé de m'aider à faire un gâteau. J'ai à peine eu le temps d'insister sur le fait, que j'avais besoin de quelqu'un pour casser les œufs et me conseiller sur la cuisson, qu'Armandine m'avait déjà répondu : *« je veux bien vous aider… c'est maintenant ? ».*

2. 2 La discussion

Nous pouvons voir ici comment « en changeant notre fusil d'épaule » ou plus « scientifiquement » en abordant Armandine sur le déterminisme sociologique, nous lui avons permis de s'inscrire dans une relation de service. De cette situation, nous suggérons, que si l'aboulie entraine une abstraction forcée sur la restriction éthique, dans le même temps l'asomasie entraine une abstraction forcée sur le service à rendre. De fait, si Armandine n'osait pas prendre du bon temps, elle était tout à fait capable de contribuer, c'est-à-dire de prendre sa part à la confection d'un gâteau et dans le même temps renouer avec la satisfaction, en passant un bon moment. Nous suggérons que la mise en situation d'aide, l'avait débloquée de ses

préoccupations éthiques. Toutes les situations d'animation, au sens d'intervention sociale, sont différentes et pour certains résidents, il est hors de question de parler d'aider à quoi que ce soit. Ceux-là disent en avoir assez fait et être là pour se reposer et prendre du bon temps.

C'est la raison pour laquelle nous sommes convaincus qu'un modèle abstrait, qui tient compte de la complexité humaine et cherche à la clarifier, ouvre des pistes d'analyses et d'actions possibles pour les professionnels qui interviennent au plus près de la personne vieillissante. A l'instar de Jean-Yves Dartiguenave, nous pensons que *« si l'on consent à admettre l'autonomie de cette dimension axiologique dans le comportement humain vis-à-vis de ses conditions sociales d'expression, il est possible alors d'envisager le travail social non plus seulement dans sa fonction de* réinstituion *de la personne mais également dans ce que nous proposons d'appeler sa fonction de* renormation *»* (Dartiguenave, 2010, p.2010). Si pour le chercheur, le cas particulier n'a d'intérêt que dans la mesure où il se rapporte à un fonctionnement général de l'humain ; l'intérêt pour l'intervenant social, c'est de réinvestir le savoir acquis dans la singularité de sa contribution.

De fait, en abordant l'intervention sociale au regard de la réinstitution et de la renormation, nous pouvons proposer des interventions plus ciblées. Il ne s'agit surtout pas de poser un diagnostic médical car cela n'est pas de notre ressort. Pour autant, nous sommes convaincus de la nécessité, en tant qu'intervenant social, de poser une analyse de la situation qui relève d'un diagnostic spécifiquement social. Celui-ci ne doit pas se référer à une simple intuition même s'il reste toujours quelque chose de cet ordre-là. Il ne faut pas oublier que nos observations transforment notre façon de percevoir les situations, c'est d'ailleurs tout ce qui fait la richesse de la clinique. Si nous ne prétendons pas être les seules à agir de la sorte, nous avons la prétention d'expliquer ce que nous faisons et pourquoi nous le faisons, en référence aux processus anthropologiques. La redéfinition des concepts permet de préciser notre pensée et de nommer les phénomènes, ce qui contribue, selon nous, à une meilleure connaissance des relations humaines et de ce qui les fondent. Nous sommes convaincu qu'une approche anthropo-bio-socio-logique permet des approches plurielles, coordonnées et ciblées. Pour autant, il convient de ne pas limiter le concept de biologie à l'anatomie et la physiologie. L'écologie est là pour démontrer que le biologique se construit en lien avec un environnement situationnel. Catherine Bergeret-Amselek, nous rappelle qu'il ne s'agit pas de supprimer les approches adaptatives ou stimulantes, mais de les articuler aux approches de psychothérapie institutionnelle et de psychanalyse. Positionner la recherche explicative au cœur de l'intervention sociale, c'est la place que nous souhaiterions donner à une sociologie clinique

dans les secteurs social et médico-social. Nous sommes convaincus qu'une clinique anthropologique doit permettre de penser l'humain dans sa globalité et sa complexité, en articulant les approches transdisciplinaires à partir d'une coordination conceptuelle. L'enjeu est de disposer de modèles explicatifs expérimentaux qui ne relèvent pas uniquement de la neurologie et qui ne s'appliquent pas uniquement aux pathologies et à leur prise en charge. Il va sans dire que ces cadres d'analyses doivent être discutés et aussi éprouvés cliniquement. Ce qui revient à prendre le risque d'être contredits car tout modèle explicatif à visée scientifique s'apprécie à l'aune de sa réfutabilité.

La psychanalyse met l'accent sur la problématique du désir et de la souffrance, ce qui relève spécifiquement de l'axiologie. Si nous avons, précédemment, mis l'accent sur la difficulté des soignants, dans le tableau suivant nous aborderons la plainte du résident lorsque celle-ci se confronte aux limites socialement acceptables. Nous distinguerons ainsi l'évènement de sa dramatisation

3. Le vieillissement douloureux

> *« Dormons, mes frères. Le chapitre inexplicable est devenu incompréhensible. Des géants passent en exhalant des plaintes terribles, des plaintes de géant, des plaintes comme l'aube veut en pousser, l'aube qui ne peut plus se plaindre, depuis le temps, mes frères depuis le temps. »* Paul Eluard

Comme nous l'avons déjà repéré dans notre chapitre sur le vieillissement moralement éprouvé, le vieillissement n'est pas uniquement un évènement historique qui inscrit l'homme dans des rapports sociaux de service professionnel et familial. C'est aussi pour certains un évènement malheureux, voire douloureux.

> *« L'évènement ne se confond pas avec sa dramatisation. Le bénéfice explicatif de distinguer deux rationalités, sociologique et axiologique, est de mieux dissocier dans le concret observable ce qui relève spécifiquement des contraintes sociologiques de l'évènement et ce qui relève des contraintes axiologiques de sa dramatisation. »* (Guyard, 2009, p. 136)

On doit à Hubert Guyard, d'avoir différencié l'expérience de la douleur de sa dramatisation. Rapportée au vieillissement, cette dramatisation s'articule à la recherche d'un bonheur légitime, d'un bien-être sans reproche qui semble du même coup justifier l'expression de la plainte. A partir de nos observations, nous allons tenter de rendre compte de ce vieillissement douloureux, en partant de l'hypothèse que celui-ci s'articule selon une dialectique qui lui est propre. Nous pensons que cette articulation se distingue de son lieu de réinvestissement social. L'animation et les situations d'interlocutions qui en découlent, sont des lieux propices pour repérer les personnes vieillissantes où cette expression apparait excessive, comme dépassant un seuil de retenue éthico-morale des émotions.

Il semble que ces personnes procèdent par exagération, avec excès, sans contrôle. Au rituel du *« comment allez-vous ce matin ? »* répond la litanie de la plainte. Ces personnes sont en général bien repérées par l'équipe soignante. *« Ne lui demande surtout pas comment elle va, parce que, là, tu n'as pas fini… nous c'est bien simple, on ne lui pose plus la question parce que ça ne va jamais de toute façon ! »* Pour tenter une explication du phénomène, nous allons nous référer à un tableau clinique qui présente un échange avec Mme B. Nous commencerons par la description de cette conversation que nous prolongerons d'une analyse et d'une discussion.

3.1 La description

Pour introduire notre tableau clinique, voici quelques éléments de la biographie de Mme B. : cette dernière est née à Oran, rapatriée à la fin de la guerre d'Algérie, elle est veuve depuis que son mari est décédé lors d'un attentat au milieu des années 50. Avec sa fille, elles habiteront dans un premier temps chez son frère dans le sud de la France. Avant son entrée en établissement, elle vit depuis plusieurs mois chez sa petite fille. Comme toute notre clinique, cet échange s'inscrit dans le cadre de notre travail d'animateur. Ici, il consiste à aller rencontrer dans leur chambre, les personnes pour les informer et leur proposer de participer à une activité sociale.

C'est donc en fin de matinée, que je me rends chez Mme B. Elle est debout à l'entrée de sa chambre.

- ***Bonjour Mme B., je ne vous dérange pas ?***
- ***Non, je ne fais rien vous savez… c'est à cause de ma bouche, j'ai toujours mal !***
- ***Ah oui, vous êtes toujours embêtée avec ça.***

- ***Je ne comprends pas, personne ne trouve ce que j'ai et pourtant, y a bien quelque chose … ça m'empêche même de manger.***
- ***Je comprends, ça ne doit pas être facile tous les jours. Mais vous savez, moi, je suis l'animatrice, alors tout ce qui touche au médical, ce n'est pas mon domaine et je vous avoue, que je n'y connais pas grand-chose.***
- ***Oui je sais, je vous reconnais.***
- ***Je venais vous voir, pour vous demander si vous seriez d'accord pour venir avec moi, je vais faire un petit tour dans le jardin, vous voulez bien m'accompagnez ? D'ici un quart d'heure ça vous convient ?***
- ***Ah non, je ne sors pas ça me fait trop mal. Je ne vais même plus manger en bas, je mange dans ma chambre.***
- ***Justement … je me disais que cela vous changerait de sortir un peu … on ne va pas être très longtemps. On fait un petit tour et puis on revient, je vous raccompagne dans votre chambre.***
- ***Ce n'est pas que je ne veux pas, j'voudrais bien mais je ne peux pas (elle grimace et pose les mains sur son visage) … c'est trop dur. Et puis …, c'est aussi dans les yeux maintenant.***
- ***Ah ! Je comprends... Vous savez, je vais au jardin pour cueillir des roses, on pourra faire un petit bouquet pour le mettre dans votre chambre. Qu'est-ce que vous en dîtes ?***
- ***Oh ! je ne crois pas non !***
- ***Vous réfléchissez et je reviens vous voir dans un quart d'heure ?***
- ***Non ce n'est pas la peine. Vous êtes gentille mais ne vous embêtez pas. Je reste là.***
- ***Bon et bien, je n'insiste pas alors ?***
- ***Non merci beaucoup, mais si vous voyez l'infirmière dites-lui de venir me voir parce que, ça ne me fait rien ce qu'elle m'a donné tout à l'heure !***
- ***D'accord, si je la vois je lui en parle, je lui dis de passer vous voir… mais vous savez à cette heure-là … je ne suis pas sûre qu'elle ait le temps de venir maintenant, mais je lui dis. Ah au fait, cet après-midi, il y a aura des chanteurs avec de l'accordéon. Vous les avez peut-être déjà vu, c'est un groupe de chants de marins ? C'est bien ce qu'ils font. Cela commence vers 14h30, en salle à manger comme d'habitude. Si ça vous dit … n'hésitez pas ... vous pourrez demander à être accompagnée.***
- ***Merci mais non, je ne crois pas, je ne vais pas pouvoir avec la musique, le bruit, c'est encore pire. J'aimais bien avant … mais plus maintenant.***

- ***Bon et bien, je vous laisse alors, bonne journée et bon courage à vous.***
- ***Oui, merci d'être venue me voir.***

3.2 L'analyse

Ce type de conversation avec Mme B. est régulier. C'est une personne qui souffre de ce qu'on appelle des « douleurs chroniques ». Présente dans l'établissement depuis plusieurs mois, nous ne l'avons jamais entendu faire état d'une amélioration de sa santé. Bien au contraire, ses douleurs apparaissent toujours plus exacerbées, comme-ci Mme B. cherchait à faire reculer le seuil du supportable.

On voit, à la lumière de cette analyse, que le corps vieillissant et souffrant ne se réduit pas à des composantes biologiques. Le vieillissement, s'il fragilise la santé, lui en fait dans le même temps, prendre la mesure, au sens de l'appréciation d'un idéal. Pour Mme B., celui-ci semble impossible à atteindre et se perd dans la plainte. Elle exprime par la plainte son ressenti : *« J'ai mal », « C'est trop dur »*. Mme B. se focalise sur l'aspect négatif et dramatique des douleurs endurées et sur son incapacité à se satisfaire : *« je ne peux pas », « je voudrais bien »*. D'un côté, la douleur s'intensifie : *« c'est encore pire »* et de l'autre, la douleur s'étend : *« c'est aussi dans les yeux maintenant »*. Si l'intensité relève d'une analyse qualitative de la douleur, quand celle-ci est plus forte ; l'étendue relève de l'analyse quantitative d'une douleur supplémentaire, quand il y en a une autre en plus. Hubert Guyard (2009) a conceptualisé ces deux formes d'analyse éthique : la qualité et la quantité au regard de la plainte douloureuse.

Il y a chez Mme B comme une ambivalence, une contradiction, entre la douleur toujours plus importante et la tendance ou la prétention à vouloir la supprimer par tous les moyens : *« si vous voyez l'infirmière dites-lui de venir me voir ».* Il y a quelque chose de l'ordre du sacrifice à la douleur, qui met le « bien-être » en échec et constitue une déception de la prétention à la santé. Dans le même temps, comme toutes les prescriptions s'avèrent inefficaces face à la douleur : *« ça ne me fait rien ce qu'elle m'a donné tout à l'heure » ; c*ette ambivalence renvoie à l'échec de l'équipe médicale qui ne parvient pas à la soulager : *« personne ne trouve ce que j'ai »*. Comme l'exprime Hubert Guyard :

> *« Le contentement n'est plus possible parce que la douleur vient prouver l'impuissance de la médecine comme celle du patient à être à la hauteur de ces prétentions. »* (Guyard, 2009, p. 342)

Nous ne cherchons pas ici à nier l'existence de paramètres physiologiques, relatifs aux douleurs de Mme B, ce qui serait bien prétentieux de notre part. Nous voulons juste observer que ce type de douleurs interrogent la limite du supportable et met en jeu l'analyse éthique d'auto-rationnement. La psychanalyse fait l'hypothèse d'une causalité psychique et pose un seuil différentiel entre douleur chroniques somatiques et douleurs chroniques psychogènes.

> *« Certaines plaintes de douleurs chroniques ont une résistance tellement tenace à toutes les tentatives thérapeutiques, qu'il est difficile de méconnaître qu'elles cachent autres choses. La plainte néglige le caractère sensoriel de la douleur au profit de l'aspect affectivo-émotionnel et met l'accent sur l'impuissance à jouir de la vie, contrastant avec le temps d'avant la douleur, allégué comme sans souci et évoqué avec nostalgie. »* (Metzger, Schwetta, Walter, Muller, 2007, p. 156)

Ainsi, le bien-être est nostalgique, il n'est plus possible et la douleur vient prouver l'impuissance de Mme B. à être à la hauteur de son idéal d'antan. Elle fixe sa douleur d'aujourd'hui en rapport avec l'idéal de sa vie d'avant : *« J'aimais bien avant … mais plus maintenant »*. D'une certaine façon, nous pouvons dire que par excès d'auto-rationnement, par réification de l'analyse éthique, Mme B. déçoit son exigence de santé. Ne retrouve-ton pas ici dans le comportement de Mme B., quelque chose de l'ordre de la névrose obsessionnelle, qui, par excès d'abnégation, ne parvient jamais à payer le prix de sa faute ? L'obsessionnel multiplie les précautions comme l'ascèse multiplie les privations. Il y là une forme de sacrifice à la douleur, qui met à mal la dialectique éthico-morale et la mesure du bien, ici la santé. Cependant, si la dialectique continue de fonctionner et qu'elle ne reste pas bloquée sur le versant éthique, la douleur positivée, ne devient-elle pas la mesure même de la satisfaction morale de Mme B. ?

Dans le même temps, dans la situation rapportée ici, Mme B. met à l'épreuve notre propre impuissance, en tant qu'animateur, à la faire sortir de sa chambre pour une promenade dans le jardin. Il y a dans ce *« bon, et bien, je vous laisse alors ! »,* quelque chose de l'ordre du regret. Nous devons ici reconnaitre notre propre échec et la déception qui en résulte face à nos propres exigences de service. A l'inverse, dans d'autres situations, nous ressentons un certain

contentement lorsque nous parvenons à travers nos activités, à faire sortir les personnes des préoccupations relatives à leur santé. Pour dépasser l'échec, nous pouvons, comme ici, amplifier notre proposition : *« on pourra faire un petit bouquet »* ; ou l'étendre à un autre choix : *« cet après-midi, il y aura des chanteurs »*. Ici aussi, nous retrouvons dans notre propre analyse les deux dimensions du qualitatif et du quantitatif. Soit, nous forçons notre proposition, soit nous en proposons une autre qui vient en supplément de la première.

L'exigence de Mme B. qui l'amène à toujours plus de souffrance, met à mal l'exigence éthique du professionnel dans la prise en charge quotidienne. Cette impuissance à améliorer son sort s'étend à l'impuissance du soignant ; ce qui peut avoir pour conséquence, de pousser ce dernier à réifier son idéal de métier. L'idéal devient alors la mesure même de la satisfaction. Ce qui conduit irrémédiablement le soignant à un sentiment d'échec. Les soignants font face quotidiennement à ces personnes qui semblent se complaire dans l'insatisfaction, quand rien n'est jamais assez bien, quand rien n'est jamais assez bon : *« J'ai été sympa avec elle, pendant la toilette, j'ai pris mon temps mais il n'y a rien à faire, elle n'est jamais contente… à croire que plus tu en fait, pire c'est. »* Que ce soit, pendant les réunions d'équipe ou lors d'échange informels, les discours de ce type sont fréquents dans les établissements. Selon Hubert Guyard, ils concourent parfois à laisser de côté ces personnes douloureuses.

> *« La plainte douloureuse est en quête d'une légitimation de plus en plus exigeante, au risque d'une relative irresponsabilité sociale. Cette quête de légitimité, devenue excessive, se confronte aux limites socialement acceptables. Elle peut conduire à des abandons familiaux et professionnels »* (Guyard, 2009, p.357)

La plainte douloureuse excessive met en échec, autant celui qui l'éprouve, que celui qui la reçoit. Ainsi, elle se confronte à la légalisation du légitime, car dans la relation de service, elle met à mal, autant, l'exigence de santé du plaignant, que l'exigence de service de l'aidant. Au toujours plus de la plainte, répond le toujours plus du service à rendre. Se recoupent ici les deux scènes du social et de l'éthique. Pour le soignant, c'est la mise à l'épreuve de son idéal de service qui est mis à mal, d'où la nécessité de lieux d'expression, mais également de lieux, qui permettent d'analyser ces comportements, au-delà de la compassion. La plainte est possible et recevable mais toujours jusqu'à un certain point ; ce qui montre que la santé est affaire d'exigence éthico-morale.

3.3 La discussion

Nous discuterons de la plainte douloureuse, au regard de son excessivité qui dépasse un certain seuil de transgression et fait écho à l'ambivalence de tout comportement humain. La clinique nous montre comment l'éthique impose la double analyse et du prix et du bien. *« L'analyse du prix est ce que j'appelle l'expiation, l'analyse du bien ce que j'appelle la restriction »,* nous-dit Jean Gagnepain. Cette double analyse permet d'accéder à la norme. L'*expiation*, au niveau du réglementant, se rapporte à la valeur naturelle sacrifiée comme gage ; alors que la *restriction*, au niveau du réglementé, va venir limiter le bien à ce titre restreint. Le rationnement éthique se joue négativement dans un face à face entre gage et titre, car on ne sacrifie jamais pour rien.

> *« On ne sacrifie point, en effet, à n'importe quelle cause et le parti que, selon les circonstances, nous prenons – pour n'être pas, bien sûr, déterminé d'avance – s'autorise, sinon d'un idéal, du moins du fait qu'il se maintient dans les limites de ce qu'il s'impose d'éviter. »* (Gagnepain, 1994, P. 221)

Roger Caillois s'est approprié cette question de l'idéal, et de son analyse, il en ressort une définition qui articule le sacré et le profane.

> *« On ne peut que dédaigner le profane alors que le sacré dispose pour attirer d'un don de fascination. Il constitue à la fois la suprême tentation et le plus grand des périls. Terrible, il commande la prudence ; désirable, il invite à l'audace. »* (Caillois, [1935], 1963, p. 21)

Selon Roger Caillois, le sacré serait de l'ordre d'une énergie dialectique entre renoncement et conquête. Cette restriction que l'on s'impose, et qui, dans le même temps, nous donne « de droit » notre liberté. En interrogeant l'ambiguïté du sacré et du profane, du pur et de l'impur, Roger Caillois va, comme Nietzsche, « par-delà bien et mal ». C'est cette capacité de renoncement – qui va autant au sacripant, qu'au dévot – qui nous légitime en tant qu'humain, dans la mesure où on la distingue du lieu de son réinvestissement.

> *« On acquière la pureté en se soumettant à un ensemble d'observances rituelles. Il s'agit avant tout (Durkheim l'a bien montré) de se séparer progressivement du monde profane, afin de pouvoir sans danger pénétrer dans le monde sacré. On doit abandonner l'humain avant d'accéder au divin. C'est dire que les rites cathartiques sont au premier chef des pratiques négatives, des abstentions »* (Caillois, [1935], 1963, p. 21)

Dans « l'homme et le sacré », l'auteur montre comment les rites initiatiques ou religieux mettent l'accent sur le renoncement, l'abstention qu'il définit par le tabou. Dans tous les lieux et à toutes les époques, il y a toujours des précautions à prendre relatives à l'alimentation, à la sexualité, au corps, l'essentiel étant de préserver l'étanchéité du profane et du sacré, de la mort et de l'énergie vitale. La transgression devenant source de malédiction et de punition.

> *« Il est remarquable que les mêmes interdits qui préservent de la souillure, isolent la sainteté et protègent de son contact. Le souverain-dieu du type Mikado, comme la femme indisposée, ne doit pas toucher le sol ou s'exposer aux rayons du soleil »* (Caillois, [1935], 1963, p. 47)

L'auteur met l'accent sur la polarité du sacré et se réfère aux travaux de Robert Hertz (1881 – 1915), anthropologue et sociologue qui s'est intéressé à la question de l'impureté, telle qu'il en a fixé les oppositions et leurs corrélations : droite / gauche, homme / femme, lumières / ténèbres… S'il étudie la mort et le totémisme australien, selon une méthode durkheimienne, il s'en écarte pour rechercher l'essence du fait social à partir de la diversité des manifestations culturelles. Robert Hertz a examiné les idées même du pêché et de l'expiation, notamment dans les sociétés polynésiennes en les considérant comme des institutions sociales. Il en a recherché la genèse, le sens et la fonction selon une logique scientifique. Précurseur de l'analyse structurale, il aborde le fait social dans sa complexité à partir d'un cadre idéologique, délimité à partir des idées et des valeurs, relatives à ce fait social-là.

> *« Il y a une solidarité si étroite entre la forme et la matière de notre moralité qu'il nous est extrêmement difficile de reconnaître nos propres sentiments moraux quand ils s'appliquent à des objets auxquels nous ne sommes pas accoutumés et qui sont à nos yeux dépourvus de valeur. »* (Hertz, 1922, P.36)

Nous pouvons entendre que « les objets auxquels nous ne sommes pas accoutumés » sont les objets qui ne font pas partie de nos usages. En distinguant la forme et la matière, l'auteur ne cherche-t-il pas une voie pour distinguer le fait social de sa dimension axiologique ? Dimension qu'il approfondit, en reliant le sentiment du pêché au rituel expiatoire. Plutôt que de parler comme les missionnaires de civilisations primitives, il préfère le terme d'*antécédent* historique qu'il rapporte également aux sociétés antiques, juive, grecque et romaine, dont est issue la religion chrétienne. Il a ainsi montré que de ce point de vue, l'idée de pêché peut s'appliquer à des actions diamétralement opposées.

Nous voyons ici l'intérêt de distinguer le sociologique de l'axiologique car il ne faut pas confondre les capacités intrinsèques dont tout homme dispose, sauf pathologie, et la conjoncture du lieu de réinvestissement. Le point de vue socio-historique rend compte de la conjoncture dans laquelle se réinvestit le sens moral. De fait, nos usages sociaux se fondent sur une polarité dialectique de *singularisation* et d'*universalisation*. Alors que l'idée de pêché, qu'on peut rapporter à la faute, se rapporte à la structure même de l'éthique dans un face à face entre expiation et restriction axiologique et une polarité dialectique d'*abstention* et de *satisfaction.* Hertz distingue les actions, dénoncées au regard de la conscience morale d'une société, qui portent sur le contenu des interdits – ce que nous nommons le code – de celles qui consistent à rendre compte de ce qu'il appelle « les catégories de la moralité ». Nous ne pouvons que suivre l'anthropologue sur ce point :

> *« À mêler les deux problèmes on ne fait qu'en rendre la solution plus difficile. Quiconque s'efforce d'étudier scientifiquement la notion du péché a pour premier devoir de faire abstraction de ses habitudes et de ses sentiments moraux les plus familiers : il doit exercer son imagination à envisager sous l'angle du péché des actions qu'il est accoutumé à regarder comme moralement indifférentes ou même comme méritoires. »* (Hertz, 1909, p.40)

Nous pensons que la distinction des « deux problèmes » ressort de deux principes distincts et relève de la différence que nous proposons entre sociologie et axiologie. Si la morale se joue inévitablement dans un cadre historique, contemporain ou « antécédent », elle relève d'une analyse éthique qui lui est propre et qui n'a rien à voir avec le social. Sur cette autre scène, se forme, également, une sorte de compromis entre une éthique qui mesure la satisfaction et la tendance naturelle au plaisir. De son analyse, Hertz met à jour un trait commun dans les actions considérées comme des pêchés ; ce sont le fait d'être des *transgressions*. A côté du pêché proprement dit, Hertz relève d'autres transgressions telles que la faute contre l'honneur et le crime. Il fait alors état du sentiment de culpabilité qui en découle.

> *« L'analogie avec le péché est frappante. Ici aussi l'infraction est dirigée contre un ordre idéal, qui régit un monde de réalités impondérables. Ici aussi l'infraction, sitôt qu'elle se produit, détermine un changement profond dans la personne du coupable, qui se manifeste jusque dans son apparence extérieure. Ici aussi l'infraction traîne après elle la peine et la souffrance par une sorte de nexum intérieur ;* » (Hertz, 1909, p. 43)

Si l'infraction relève de l'interdit relatif au code moral, le *nexum intérieur* pourrait-il être cette mesure du prix qui engage la culpabilité éthique, au sens d'une transgression ? De fait, Hertz distingue ainsi l'infraction qui relève de la loi, de la transgression qui relève de la règle. En étudiant les phénomènes relatifs à la notion du péché et des expiations dans les sociétés « antécédentes », Hertz fait état de l'arbitraire du contexte socio-historique, qu'il enjoint à dépasser pour comprendre la signification et la fonction du péché et du rituel expiatoire.

> *« De ce que la liste des actions qualifiées de péchés varie presque totalement d'une société à l'autre, il ne s'ensuit pas que telle ou telle société puisse prétendre que l'idée du péché lui appartient en propre. De même pour l'expiation. Les mêmes missionnaires, qui nous représentent les primitifs comme incapables de prendre intérêt à la doctrine chrétienne de la rédemption et même de la comprendre, nous les dépeignent affolés à l'idée des peines mortelles qu'ils ont encourues en violant quelque interdit et courant d'autel en autel ou de magicien en magicien pour essayer de se racheter par des offrandes et d'obtenir leur absolution. »* (Hertz, 1922, P.36)

Hertz fait la différence entre le principe de culpabilité et les manifestations conjoncturelles, ce qui, de fait, rejoint notre cadre d'analyse qui permet d'opérer ces dissociations. Cette analyse éthique pose une distance à l'égard du désir naturel, une abstention, qui, réinvestit moralement autorise la satisfaction. Autrement dit, il y a une forme de contradiction entre l'éthique et la morale. On peut parler d'une double rupture, d'abord une négativité vis-à-vis du désir naturel, puis un retour positif à une satisfaction morale mais mesurée éthiquement. On constate que bien souvent le concept d'éthique se confond avec le réinvestissement moral. Alors que le sacré, quel qu'il soit, c'est avant tout ce que nous ne devons pas consommer sans une certaine retenue ou restriction.

De son côté, Roger Caillois, en mettant en avant la polarité du bénéfique et du maléfique, montre comment le sacré interroge la réversibilité du pur et de l'impur d'où découle son ambiguïté.

> *« Identifiés d'un certain point de vue par le monde profane auquel ils s'opposent également, radicalement hostiles l'un à l'autre dans leur sphère propre, le pur et l'impur ont en commun d'être des forces qu'il est loisible d'utiliser (...) Non seulement les choses, mais les êtres recèlent la force ambiguë du sacré. Les esprits protecteurs peints sur le bonnet du shaman sibérien sont parfois colorés, mi-partie*

en rouge, mi-partie en noir, pour manifester les deux sens dans lesquels s'exerce leur puissance. » (Caillois, [1935], 1963, p.52-54)

Il inscrit cette polarité au regard d'une projection spatiale qui s'exprime dans les notions de centre et périphérie. Nous pouvons repérer que, dans les villes d'aujourd'hui, le centre est le lieu de l'activité sociale, des forces vivifiantes. Alors qu'on rapporte les banlieues périphériques aux cités dortoirs, aux rues malfamées, « quartier nord » ou « zup sud » s'opposent au centre de la ville qu'on appelle désormais « cœur de ville ».

« Ainsi l'opposition du pur et de l'impur, passée du domaine religieux au domaine laïc, devenue celle de la loi et du crime, de la vie honorable à la vie crapuleuse, a gardé l'ancienne topographie des principes mystiques : le bien au centre, le mal à la périphérie. » (Caillois, [1935], 1963, p.63)

Même si les nouvelles lois de l'urbanisme, qui valorisent les anciens docks ou les friches industrielles périphériques, peuvent toujours venir contredire cette analyse, peut-on retrouver cette typologie de l'espace dans un établissement pour personnes vieillissantes ? Dès lors qu'on s'éloigne de la galerie principale et qu'on passe dans les couloirs des quartiers, on s'engage dans le domaine des chariots de linge sale ou de ménage, des sacs poubelles, des odeurs de souillure et de maladie. Lise Causse, engagée dans une recherche en sociologie clinique auprès d'aides-soignantes en maison de retraite, nous donne la mesure du « mal » à dire :

« Nous avons référé nos questions à des situations concrètes, des pensionnaires réels et des pratiques observées, pour aborder des aspects du travail qui n'avaient pas été évoquées par elles. Nous parlerons de notre sentiment de salissure intérieur, ce besoin d'aller se laver quand on rentre chez soi après une journée de travail avant de retrouver les membres de sa famille… Des aides-soignantes nous diront avoir ressenti de pareilles sensations au début de leur activité et elles s'autoriseront à en parler. » (Causse, 2012, p. 251)

Les couloirs sont des espaces de dissolution de l'harmonie, ce sont des lieux de « messes basses », de protestations, de plaintes chuchotées entre deux portes à sa collègue du jour. Plaintes qui seront par l'autre, rapportées, déformées, amplifiées à la collègue[28] du lendemain.

[28] Nous mettons le terme de « collègue » au féminin. Ce n'est un secret pour personne que la majorité des soignants sont des femmes et que celles-ci sont reléguées aux tâches les moins nobles. L'expression « les filles » est le terme couramment utilisé par les infirmières pour s'adresser à l'équipe. Ce terme est également repris par les résidents.

Alors que la galerie principale et la salle à manger reflètent une idée de cohésion et de vivre ensemble car on s'y rassemble pour partager un repas ou pour faire la fête. Dans le chapitre qui suit, nous allons tenter d'expliquer comment la fête, au-delà du rassemblement social et de l'être ensemble, n'est plus de l'ordre de la retenue mais du relâchement mérité.

4. Le vieillissement licencieux

> *« De jadis ou d'aujourd'hui, la fête se définit toujours par la danse, le chant, l'ingestion de nourriture, la beuverie. Il faut s'en donner tout son soûl, jusqu'à s'épuiser, jusqu'à se rendre malade. C'est la loi même de la fête »* (Caillois, [1939], 1963 p. 124)

La galerie principale et la salle à manger sont le lieu de la fête collective avons-nous dit. La fête est au cœur des fonctions d'animation et on comprend qu'elle est là pour dépasser la routine des activités journalières, pour créer l'évènement. Les fêtes d'anniversaires, les après-midis dansants, les repas à thème … sont attendus par certains résidents avec impatience et en début de mois ils regardent le programme affiché pour déjà s'y préparer. Elles opposent à la répétition quotidienne, le plaisir de l'effervescence commune. Ainsi, nous voyons que la fête n'est pas qu'un phénomène évènementiel. C'est aussi une aventure heureuse qui autorise l'excès, la licence, c'est le moment où le régime du diabétique sera mis à distance pour autoriser la part de gâteau ou le verre de rosé. C'est le moment où Léa dansera avec Célestin, ils s'autoriseront ce moment où après la danse, main dans la main ils retourneront s'assoir à leur place. C'est aussi là que Pierre chantera et que les autres l'écouteront, avec émotion ou raillerie, qu'importe… puisqu'il s'autorise à chanter et les autres à en rire.

C'est aussi le moment où le personnel s'autorisera le petit pas de Madison, la valse à milles temps ou la chanson de Piaf. Celui, où les soignants partageront le goûter avec les résidents et pourquoi pas un petit de verre de pétillant, pour une fois… Les sourires, les rires, le bruit, la musique font partie de la fête, qui rassemble personnel et résidents selon une même dynamique où tend à s'effacer les différences. Ces excès ne sont pas une conséquence de la fête, ils en sont à son principe.

> *« L'excès ne fait donc pas seulement qu'accompagner la fête de façon constante. Il n'est pas un simple épiphénomène de l'agitation qu'elle développe. Il est*

nécessaire au succès des cérémonies célébrées, participe à leur vertu sainte et contribue comme elles à renouveler la nature ou la société. » (Caillois, [1939], 1963 p. 128)

La fête a ses préparatifs et il serait réducteur de concevoir les activités qui lui sont réservées à de l'occupationnel ou de la stimulation. Au-delà de la contribution ou de la participation, les préparatifs ont le pouvoir d'étendre la fête et de la faire précéder d'un avant, qui l'encourage et la met en projet. Certains résidents, même ceux qui ne s'inscrivent pas dans le cadre des animations régulières, sont toujours prêts à préparer les fêtes. Faire la décoration, les bouquets, les menus, les invitations sont des moments d'excitation autant que de contribution.

4.1 La description

Mme C. a toujours beaucoup d'idées, ancienne institutrice de 96 ans, sa chambre est remplie de dossiers, de carnets, de bricoles, de bazar, une vraie caverne d'Ali Baba. Je suis assise à mon bureau au kiosque animation, lorsque Mme C. m'interpelle à la sortie de la salle à manger, après le repas du midi. Voici un extrait de notre conversation :

- ***Anne, vous pourrez venir me voir quand vous aurez une minute, ce n'est pas urgent, mais si vous avez un moment dans l'après-midi, je voudrais vous montrer quelque chose.***
- ***(Après avoir jeté un coup d'œil à mon agenda, je lui réponds) Bien sûr, je passerai vers 16h30, ça vous convient ?***
- ***Oui, c'est très bien à tout à l'heure.***

Quand j'arrive dans sa chambre, Mme C est installée à son bureau et a déjà préparé ce qu'elle veut me montrer :

- ***Voilà, c'est à propos du repas italien,***
- ***Oui, à la fin du mois, vous avez vu ça sur le programme parce que je ne crois pas en avoir encore parlé.***
- ***Oui, je voulais vous montrer ça, je l'ai retrouvé dans mes affaires, vous voyez.***

Elle me montre alors une plaquette cartonnée, où sont représentés des personnages en costumes folkloriques.

- ***Voilà, ce sont des costumes du folklore italien, alors je me suis dit qu'ça pourrait peut-être nous servir.***
- ***Ah oui, merci c'est intéressant ça.***
- ***On pourrait peut-être essayer de faire un costume, qu'est-ce que vous en pensez ?***
- ***Oui, pourquoi pas … mais vous savez moi et la couture… ça fait deux, je ne vous apprends rien.***
- ***Oui je sais… (rires partagés) mais peut-être qu'on pourrait trouver des bénévoles, Chantal ou Monique elles seront peut-être d'accord ?***

Mme C. est tellement emballée par son idée, que je n'ose pas la contredire et je n'ai d'autres choix, que d'aller dans son sens.

- ***C'est une bonne idée … bon et bien on regarde ça de plus près ? Alors qu'est-ce qu'il nous faut ?***
- ***Ah je suis contente que vous soyez d'accord et puis Mme C. elle a toujours sa machine à coudre vous savez, on peut peut-être lui en parler aussi.***
- ***Ah oui pourquoi pas, je vous laisse lui en parler, moi j'appelle Monique et Chantal et je vous tiens au courant.***

4.2 L'analyse et la discussion

Par ce petit extrait de conversation on repère que la fête provoque un état d'excitation qui met en mouvement, donne de l'impulsion, met en projet, mobilise. Mme C. présente cet état d'exaltation lorsqu'elle dit : *« cela peut peut-être **nous** servir »*. Il n'y a plus de barrière ici entre le résident et l'animatrice. Elle ne dit pas « cela peut peut-être **vous** servir », ce qui reviendrai à limiter son interlocution à une contribution. Alors qu'en disant **« nous »,** elle s'autorise déjà le « nous » collectif de la fête, où les différences sont abolies. Son projet, s'il est loin des préoccupations du professionnel *« vous savez la couture et moi ça fait deux »*, il n'empêche qu'elle parvient à le faire passer. On peut parler d'une forme de contagion qu'on observe socialement quand une personne est emballée par une idée et qu'elle réussit à entraîner les autres. Il suffit d'ailleurs que la personne ne soit plus présente pour qu'aussitôt la dynamique retombe, jusqu'à ce que quelqu'un d'autre la relance.

La fête autorise à changer de statut et à inverser les rôles et on voit ici comment sa préparation engage déjà dans la fête, elle motive. On repère dans cette conversation, une inversion entre le professionnel et le résident. Ce n'est plus l'animatrice qui propose une activité, c'est Mme H qui par sa dynamique impose son projet de couture. Là, c'est la personne vieillissante qui s'autorise à sortir le professionnel de sa routine, pour l'entraîner dans sa dynamique. La fête permet d'être en marge, de sortir de sa place, de se déguiser, c'est en cela qu'elle présente un caractère licencieux, même si dans le même temps elle tend à naturaliser les relations sociales. Mais nous l'avons vu, il n'y a pas de satisfaction sans abstention, aussi Alain Caillois insiste sur le fait qu'une théorie de la fête doit s'articuler à une théorie du sacrifice qui la résume et lui donne tout son sens. En note de bas de page de son ouvrage, il ajoute :

> *« Faute de pouvoir insister sur cette intime connexion (il fallait choisir), je me suis efforcé de mettre en valeur l'atmosphère sacrificielle qui est celle de la fête, dans l'espoir qu'il serait ainsi sensible au lecteur que la dialectique de la fête double et reproduit celle du sacrifice. » (Caillois, [1935], 1950, p.124)*

Il y aurait donc dans l'idée de la fête un réinvestissement, qui, s'il s'inscrit forcément dans un univers social – que nous repérons dans l'expression « intime connexion » - met en jeu notre capacité éthique de privation, de sacrifice. On ne fait pas la fête tous les jours, elle doit se mériter. C'est bien parce qu'on en est privé quotidiennement, qu'elle nous est si chère et licencieuse. Prendre du bon temps, se faire plaisir, se satisfaire est une nécessité humaine, qui, si elle se réinvestit moralement dans le social, s'inscrit au fondement de l'axiologie. Même pendant la licence la dialectique fonctionne toujours et on ne prend pas du bon temps n'importe comment, ni sans retenue.

5. De l'animation à la dialectisation éthico-morale

Nous présentons ici une autre conversation, qui, dans un autre contexte, va nous permettre de rendre compte de cette mesure, qui agit en nous à notre insu, et comment l'intervenant social peut s'en emparer. Nous articulerons ici, description, analyse et discussion.

5.1 La description

Mme D., présente depuis plusieurs semaines à la résidence, refuse toujours de participer aux animations et passent ses après-midis dans sa chambre. Cette situation interpelle

l'équipe, qui a peur que Mme D. s'installe, dans ce qu'on appelle dans le milieu du soin gérontologique un « syndrome de glissement ». L'infirmière m'a donc demandé, de tout mettre en œuvre pour que Mme D. participe un peu plus à la vie de l'établissement. C'est dans sa chambre, où elle est assise dans un fauteuil près de sa fenêtre, que je vais lui rendre visite.

- ***Bonjour Madame D., je peux vous parler ?***
- ***Oui, bien sûr***
- ***Vous savez, je m'appelle Anne, je suis l'animatrice***
- ***Oui, je vous connais, on vous voit en salle à manger***
- ***Oui, je viens vous voir pour vous proposer une sortie. Cet après-midi, avec quelques personnes, on va au Val André, vous connaissez ?***
- ***Non***
- ***C'est au bord de la mer, avec ce temps-là… ça va être agréable.***
- ***Ah non, je voudrais bien, il y a longtemps que je n'ai pas vu la mer, mais je ne peux pas, je ne marche pas assez bien. Je suis en fauteuil vous savez.***
- ***Oui je sais, mais ce n'est pas un problème, vous pouvez rester dans votre fauteuil … avec le minibus, vous rester assise dans votre fauteuil, c'est fait pour ça. Vous savez votre voisine Mme R, elle vient aussi avec son fauteuil. Il y a des bénévoles qui nous accompagnent. En tout, on sera juste 7 personnes à aller faire un tour au bord de la mer.***
- ***Ah non ce n'est plus pour moi ça. Vous savez l'âge que j'ai ?... J'ai 95 ans !***
- ***Et vous êtes sûr de ne pas vouloir venir ?***
- ***Oui oui, je suis sûre, c'est beaucoup trop loin.***
- ***Bon, je n'insiste pas pour la sortie au bord de la mer … mais alors … je compte sur vous pour le repas au jardin demain midi ?***
- ***Un repas au jardin ?***
- ***Oui, vous n'êtes pas encore allé au jardin ?***
- ***Non, mais j'ai entendu parler d'un poulailler, c'est au même endroit ?***
- ***Ah oui… mais le poulailler il n'est pas encore terminé, alors pour l'instant il n'y a toujours pas de poules. Mais, dans le jardin, vous pourrez voir son emplacement on a déjà planté les piquets pour le grillage. Les poules… ce sera pour plus tard.***
- ***Je ne sais pas … on verra demain.***

- ***Oui… mais moi, je dois prévenir les cuisiniers aujourd'hui, vous comprenez, c'est pour l'organisation en salle à manger … alors, je peux compter sur vous ? Je vous inscris et puis on n'en reparle demain dans la matinée.***
- ***Je ne sais pas …… mais bon… je suis d'accord.***
- ***Ne vous inquiétez pas, je vous inscris et vous pourrez toujours changer d'avis demain. Bonne journée à vous, à demain.***
- ***Merci, à demain alors***

5.2 L'analyse et la discussion

Qu'est-ce qu'on peut dire de Mme D. ? Cette personne, très âgée, reste toute la journée dans sa chambre sans voir personne, ce qui semble inquiéter l'équipe. D'une certaine manière on peut dire qu'elle ne s'autorise pas à passer le pas. C'est une réaction fréquente chez les nouveaux arrivants, qui, si elle tend à s'installer, peut compromettre leur intégration au sein de l'établissement. C'est pourquoi l'équipe met tout en œuvre pour que la personne ne s'enferme pas dans une solitude, un repli sur soi, qui pourrait être néfaste à sa santé et entraîner d'autres problèmes. Il ne s'agit pas de forcer Mme D., à faire des choses qu'elle ne souhaite pas, même s'il semble, que nous lui avons peut-être un peu forcé la main ce jour-là. Il s'agit plutôt de lui tendre des perches, pour qu'elle s'autorise à passer un bon moment, car nous savons, que c'est une dame qui a le contact facile et nous supposons qu'elle appréciera ce moment convivial partagé. Par expérience, nous savons que pour certains résidents, il est difficile d'envisager les activités collectives, surtout lorsque les personnes arrivent très âgées dans l'établissement avec une mobilité réduite. Elles ont déjà pris, chez elles, des habitudes de retrait qui leur font penser « qu'elles ne sont plus bonnes à grand-chose. » C'est d'ailleurs bien souvent ce qui est à l'origine de leur entrée en établissement. Il s'agit alors pour l'animateur de trouver le meilleur moment, la meilleure façon, et la bonne activité à proposer.

Il y a fort à parier que si nous avions commencé par proposer à Mme D. le repas au jardin, nous aurions essuyé un refus, qu'il aurait été très difficile de transformer en accord. En lui proposant dans un premier temps, une sortie en bord de mer, nous lui laissions la possibilité de s'en abstenir. Nous pensions bien que Mme D. aurait refusé cette sortie, mais nous faisions l'hypothèse que ce renoncement lui aurait permis d'accepter notre seconde proposition. Il s'agit bien évidemment d'un pari, car elle aurait très bien pu refuser également le repas au jardin. Ceci dit, elle a accepté et de plus elle a apprécié, ce qui, d'une certaine façon confirme notre

hypothèse de départ. En permettant aux personnes de s'abstenir, de ne pas vouloir, nous leur offrons la possibilité de se satisfaire malgré la restriction. Lorsque nous parlons de restriction, il ne s'agit pas uniquement d'une mise à échéance, relative au prix à payer pour l'obtention d'un bien. C'est-à-dire que nous ne parlons pas de la perte qui serait compensé par le plaisir de gagner davantage. Cette fonction, nous la partageons avec l'animal et le chat sait attendre le bon moment pour attraper une souris. Il s'agit plutôt dans la rupture éthique, d'un refoulement de la pulsion, d'un refus de jouissance. C'est le terme de *noloir* qui est retenu en anthropologie clinique pour désigner le non vouloir.

Le vieillissement peut entraîner un blocage sur cette capacité de renoncement, qui peut s'avérer préjudiciable pour la santé. Le risque de « syndrome de glissement », signalé par l'équipe, pourrait s'expliquer par ce blocage sur l'inhibition qui empêche la personne de s'engager moralement en toute sérénité. Ceci dit, comme personne n'a le pouvoir d'agir à la place de l'autre, sur cette capacité d'auto-rationnement, nous ne pouvons en tant qu'animateur que mettre en place des situations, qui permettent l'expression de cette faculté humaine. Notre intervention sociale consiste alors à permettre le réinvestissement moral de la satisfaction, tout en permettant à Mme D. de garder le contrôle. C'est ce que nous appellerons, à l'instar de Jean-Yves Dartiguenave, une opération de *renormation* par le social. Car si la morale se présente toujours dans un contexte socialisé, il n'empêche que cette capacité de renoncement s'exerce selon une modalité éthique qui s'avère être spécifique à la norme. A l'inverse, nous pouvons observer des personnes qui ont tendance à perdre cette faculté d'exigence éthique. En situation d'interlocution, elles vont s'autoriser à dire avec une tendance à l'excès, sans retenue.

Mme E, ancienne bénévole est arrivée à la résidence depuis plusieurs années. Elles participent à toutes les activités, à tous les temps forts, connait tout le monde et est au courant de tout ce qui se passe dans l'établissement. Lors de discussions en groupe, il peut lui arriver de se laisser aller à dire des choses désagréables à certaines personnes, sans se rendre compte qu'elle dépasse les limites de la bienséance. Elle peut par exemple dire à une soignante : « Tu es quand même trop grosse ! Tu ne peux rien faire pour changer ça ? » ou à une résidente : « Tu n'as tout de même pas de belles jambes ! Cela ne te fait pas trop souffrir ? » Si on lui fait remarquer son manque de discrétion, elle est étonnée et réplique : « Et bien quoi, c'est quand même la vérité, non ? »

Dans cette situation, on peut dire que la retenue achoppe et que le comportement verbal de Mme E. est à la limite de la transgression. Le vieillissement peut-il faire perdre la mesure de l'appréciation éthique ? C'est ce que nous suggérons et c'est donc sur le plan de la norme, que

nous spécifions l'*engagement* et le *désengagement éthique*, pour ne pas le confondre avec la *prise* et *déprise* historique sur le plan de la personne. Certaines personnes vieillissantes vont avoir tendance à perdre cette capacité d'auto-rationnement qui nous permet de ne pas dire spontanément tout ce qu'on pense ; et oui toutes les vérités ne sont pas toujours bonnes à dire. On peut dire de Mme E qu'elle a une tendance au déficit d'analyse axiologique, alors que Mme D. a une tendance à l'excès d'analyse axiologique. A notre avis, cela ouvre des perspectives pour revisiter en les distinguant la théorie de la déprise et la théorie du désengagement. Si la première se réfère à un positionnement historique, la deuxième se réfère à un renoncement éthique. La personne vieillissante va ainsi se confronter à l'engagement et au désengagement éthique de manière différenciée. On pourra repérer un désengagement qui relève de l'aboulie sur le registre naturel ou alors un excès ou un déficit d'analyse éthique sur le registre culturel.

6. Justification d'ordre méthodologique

Dans ce chapitre et en conclusion de cette deuxième partie, nous allons tenter de justifier la façon dont nous avons abordé notre recherche clinique. Il va sans dire que cela n'a pas été sans doute. Nous avons à plusieurs reprises eu des difficultés à nous projeter dans l'écriture de nos données. Comme nous l'avons précisé, nous avons eu tendance à rester bloqué, aux prises avec nos exigences éthico-morales qui refusaient de mettre les personnes « sous la loupe » pour disséquer « au scalpel » leurs positionnements sociologiques ou leurs préoccupations éthiques. Nous avions tenté, avant notre inscription en thèse, de légaliser notre légitimité auprès de la direction de l'établissement. Nous avons d'ailleurs bénéficié, pendant notre première année de doctorat, d'un aménagement de nos horaires de travail. Nous envisagions une convention entre l'établissement et l'université, mais de cette initiative a découlé une suite d'évènements que nous nous abstenons par discrétion de révéler ici.

Ce que nous pouvons en dire, c'est que cette série d'évènements a fait se croiser l'inquiétude de l'animateur et l'inquiétude du chercheur. C'est donc dans un pseudo-anonymat que nous avons observé et élaboré nos tableaux cliniques ; ce qui n'a pas été sans mettre à mal cette légitimité, du fait de sa non-contractualisation. Mais nous pouvons également penser que cette situation, douloureusement éthique, a renforcé notre engagement dans la réalisation de ce travail. Si nous avons renoncé à un positionnement de chercheur « conventionné » au sein de l'établissement, nous n'avons pas renoncé à un « idéal » à visée scientifique qui s'appuie sur nos observations cliniques des phénomènes humains. Dans le même temps, cette situation a

renforcé notre détermination à démontrer que *légalité* et *légitimité* relèvent de principes autonomes.

Le terme de clinique, que nous accolons à la sociologie, n'est pas là pour prendre la sociologie en défaut et dénoncer son manque d'intérêt pour le psychologique. Pour nous, le rapport qui relie la clinique et la théorie est dialectique. Dans l'expérimentation, clinique et théorie se mettent à l'épreuve mutuellement dans ce qu'on peut appeler un rapport concret/abstrait. Si nous interrogeons ainsi les *fonctions* et les *facultés* humaines, c'est qu'il nous parait important de pousser nos investigations au-delà de l'observation naturelle concrète des phénomènes. Ce qui justifie notre méthode, c'est notre engagement au regard d'un positionnement épistémologique et de ce point de vue, l'anthropologie clinique nous est apparue la « plus juste » ou « la moins mauvaise » pour observer le vieillissement en établissement médico-social. En situant l'humain au-delà de simples caractéristiques relevant du biologique – la clinique des dysfonctionnements est là pour le démontrer – nous nous efforçons d'aller voir du côté de la négativité, du côté de l'implicite pour mieux comprendre son fonctionnement. De fait, nous suivons l'intuition freudienne mais cet « inconscient » nous le coupons en quatre ; et ce découpage nous autorise à une classification des phénomènes observés. Ainsi, le modèle nous permet de ne pas confondre ces capacités intrinsèques dont tout homme dispose, sauf pathologies, avec les formes sociales diverses et relatives qu'elles revêtent dans le même temps. Nous cherchons à rapporter le phénomène à la cause qui le détermine, pour autant nous devons toujours nous méfier de la tentation qui consiste à réifier le modèle théorique. La cause n'est pas ici à entendre comme un « antécédent historique » – pour reprendre l'expression de Robert Hertz – mais comme un principe de la raison. Nous devons bien avouer que de notre méthodologie découle plus de questions que de réponses ; ce qui nous préserve de toute hégémonie et donc de tout sociologisme et scientisme. Cependant, réfuter le sociologisme n'empêche pas de prétendre à la pertinence d'un point de vue sociologique qui ne se confond pas avec le point de vue axiologique. L'identité repose sur l'exclusion de ce que nous ne sommes pas, alors si le sociologique s'articule selon la dialectique incorporation / appropriation / négociation, nous pouvons conceptualiser l'axiologique selon la dialectique valorisation / appréciation / autorisation. En posant ainsi un rapport dialectique entre la nature et la culture, nous nous préservons, à la fois du positivisme et à la fois du structuralisme. Notre clinique, même si elle a dévoilé ses limites, il n'empêche qu'elle nous donne la légitimité pour poursuivre et analyser le secteur médico-social, au regard des savoirs mobilisés dans les formations professionnelles. S'il s'agit pour le sociologue de ne pas renoncer à une visée scientifique qui

s'attache à expliquer les conduites humaines, il lui revient, de par son implication, de s'engager à l'élaborer au plus près des situations et des préoccupations des intervenants médicosociaux. En guise de conclusion à cette deuxième partie, nous allons chercher à répondre à la question suivante : *« Au cœur du médico-social, la clinique du vieillissement peut-elle contribuer à l'élaboration d'une anthropo-bio-sociologie ? »* Pour ce faire, nous nous appuierons sur notre expérimentation clinique, en la considérant sous l'angle d'un parcours qui relève de contraintes différenciées.

L'expérimentation comme parcours explicatif. D'un point de vue théorique, notre expérimentation a consisté à projeter des différences pour dépasser les représentations du vieillissement. Ce qui a donné lieu à une réflexion logique, à partir d'hypothèses qui ouvrent à l'explication conceptuelle. Dans l'expérimentation, ce qui se joue de ce point de vue, c'est le rapport entre le modèle et les données. Les données observées sont analysables parce qu'elles sont déjà analysées par l'hypothèse qui les rend signifiantes. Si la réflexion théorique sert à voir les choses de plus en plus finement, l'expérimentation de ce point de vue, serait alors cette prise de conscience du regard – qui nous fait voir les différences – et de ce qu'on repère dans nos observations au-delà des manifestations sociales. Dans l'expérimentation, notre capacité à signifier, nous oblige à analyser, c'est-à-dire à introduire de la non-confusion conceptuelle. C'est de cette façon que le savoir se met en place, parce qu'il a ses propres mots pour le dire et parce qu'on réfléchit à la pertinence des données qu'on va observer. D'un point de vue explicatif, nous avons analysé le vieillissement en y projetant des différences car le vieillissement en soi n'existe pas, il est analysé par l'ensemble des *différences* et *segmentations* que nous y projetons. Dans la première partie, c'est le classement des structures de la psyché en quatre registres, suggéré par l'anthropologie clinique, qui nous a permis de clarifier nos propos sur le vieillissement. Nous avons dépassé les représentations pour différencier et segmenter : Le vieillissement *logiquement conçu* avec les mots qu'on a pour le dire ; le vieillissement, *techniquement appareillé* par l'ingéniosité qui nous caractérise ; le vieillissement *socialement élaboré* par convention ; le vieillissement *moralement éprouvé* par dramatisation.

Le modèle, nous invite à poser un regard à visée scientifique sur l'humain, dans la mesure où celui-ci ne se confond pas avec une visée mythique ou poétique. Dans la deuxième partie plus clinique, les dysfonctionnements particuliers – se rapportant à un fonctionnement général de la personne – nous ont permis de discerner ce qui relève de l'*incorporation* du sujet et ce qui relève de l'*appropriation* de la personne. Nous avons rapporté le vieillissement à un point de

vue spécifiquement sociologique relatif à la personne vieillissante, tout en signifiant qu'il pouvait relever de déterminismes incidents. De ce point de vue, nous avons donné une identité et une unité à notre objet. Notre hypothèse est que chez la personne le vieillissement peut prendre différentes formes et donner lieu à différents dysfonctionnements observables. Le vieillissement en soi n'existe pas, seul le vieillissement analysé existe, d'un point de vue théorique bien sûr. L'expérimentation, au sens d'un parcours explicatif ne s'inscrit donc pas dans un rapport immédiat au vieillissement, mais dans un rapport médiatisé, parce qu'en tant qu'humain, nous sommes capable d'analyse conceptuelle. C'est ce qui nous a permis de différencier et catégoriser le sociologique et l'axiologique. Logiquement, nos hypothèses nous ont ainsi permis de distinguer également ce qui relève de la *valorisation* du projet et de l'*appréciation* de la norme. Ce qui nous a permis de rendre compte, à partir de deux points de vue explicatifs, de ce qui relève de la configuration gestaltique naturelle et de ce qui relève de l'analyse culturelle.

L'expérimentation comme parcours productif. Notre capacité à nous outiller fait qu'il y a aussi de la technicité à l'œuvre dans notre expérimentation. Si l'hypothèse permet de trier les données à observer, il s'agit techniquement d'en garder des traces et de leur donner un sens productif. Pour rassembler les données, construire nos matériaux, nous avons opté pour une prise de notes après coup, de ce qui nous interpellait. Pendant nos activités d'animation, il s'agissait essentiellement de décrire des pannes, des dysfonctionnements, des ratés et de chercher à leur donner sens, dans un va et vient constant, entre clinique et théorie. Pour produire du savoir sur la question, nous avons transformé nos notes en tableaux cliniques pour que ceux-ci soient lisibles et transmissibles. L'expérimentation comme parcours productif, c'est spécifiquement l'écriture de ces tableaux et de la thèse dans son ensemble, c'est ce qui nous permet de faire un travail de la pensée. Ce qui se joue au plan de l'outil dans l'expérimentation, c'est la transformation des données et matériaux en tableaux cliniques pour qu'ils produisent du savoir sur l'humain bio-sociologique. Les matériaux qui rendent compte des observations sont analysables parce qu'ils sont déjà analysés par l'hypothèse et leur agencement sert à la fabrication. Nous avons découpé et mis en lien nos matériaux pour produire un savoir sur la personne vieillissante. L'écriture permet de faire travailler la pensée, au sens d'un découpage qui permet d'agencer et d'analyser les matériaux dont on dispose, de les transformer. On peut dire que d'un point de vue ergologique, le modèle sert de « portrait-robot » à l'expérimentation. Dans l'expérimentation, ce qui se joue là, c'est le principe de sécurité, c'est le *travail d'agencement* des données pour leur lisibilité en vue d'une production de savoir sur l'humain.

L'expérimentation comme parcours expressif. Axiologiquement on ne peut pas s'y prendre n'importe comment pour observer de manière expérimentale. C'est l'inquiétude du « comment je peux faire ? », « comment je vais faire ? », « comment je vais l'écrire ?», « jusqu'à quel point, je m'autorise ? », « qu'est-ce que je garde, qu'est-ce que je laisse de côté ? ». Ce sont, les prises de décision et les risques de transgression, qui se jouent dans l'expérimentation. Cela interroge la méthodologie nécessaire à la mise en place de l'observation, les précautions à prendre, l'enjeu de ce qu'on observe. Cela oblige à différencier les problèmes, à les dénombrer, à les hiérarchiser. L'expérimentation est ici le résultat de difficultés surmontés ou encore à dépasser, parce qu'il y a toujours une part d'inquiétude dans l'expérimentation, une part de doute et de culpabilité. La visée scientifique, nous engage dans un processus de vérification des hypothèses en nous autorisant à l'expérimentation clinique. Elle nous fait prendre la mesure de l'expérimentable en sciences humaines, c'est-à-dire de l'investigation scientifique, ayant pour objet l'homme lui-même. Il y a une forme de transgression à analyser l'homme lui-même, on se libère du carcan de l'humanisme intouchable. Dans l'expérimentation, ce qui se joue là, c'est le principe de légitimité, c'est *la liberté d'engagement* dans la démarche expérimentale qui implique dans le même temps, le droit au doute. Même s'il nous apparait que notre hypothèse est confirmée, il n'empêche que cela ne supprime en rien notre incertitude, bien au contraire. Nous continuons de penser que nous n'avons peut-être pas mis tout en œuvre pour observer, d'autant que ces observations restent limitées, maladroites et, somme toute, bien modestes. Cependant, si nous doutons de nos interprétations, nous sommes convaincus que la science se doit d'être expérimentale et audacieuse pour contribuer à l'expression de nouveaux questionnements sur ce qui nous spécifie en tant qu'humain.

L'expérimentation comme parcours contributif. Sociologiquement, il n'y a pas d'expérimentation sans une certaine reconnaissance sociale de l'expérimentateur. L'expérimentation est reconnue, si elle a été négociée, si elle s'est confrontée à l'altérité. Si, en ce qui nous concerne, cette reconnaissance achoppe du côté de l'établissement, elle est reconnue d'un point de vue universitaire et ne demande qu'à s'élaborer plus largement. Ce qui constitue la raison sociologique de cette expérimentation, c'est sa contribution dans la discussion épistémologique. Ce point de vue épistémologique, nous l'avons discuté en nous démarquant d'une sociologie clinique qui inscrit l'homme à la frontière du psychosocial. Pour sortir, de cette intrication, nous avons contribué à approfondir les deux dimensions que sont le sociologique et l'axiologique afin de rendre compte de leur fonctionnement autonome. De cette manière, nous ne mélangeons pas ce qui relève de la régulation du désir et ce qui relève des

rapports sociaux. Si ces deux modalités sont « intriquées », pour tout un chacun dans la vie de tous les jours, nous pensons que le message scientifique doit aller au-delà de cette prise de conscience.

Cet « au-delà » nécessite une approche conceptuelle qui catégorise la chose à dire, ce qui nous a permis de donner un statut au concept d'anthropo-bio-sociologie. La dialectique que nous avons mobilisé dans chacune des catégories, nous a permis de donner à voir cette médiation qui ne se dévoile pas de prime abord. Nous rapportons la subjectivité à ce qui relève d'une imprégnation positive du sujet biologique, contestée par l'analyse identitaire et contributive de la personne, elle-même contestée par son réinvestissement sociopolitique. Cette dialectique fondamentale peut-elle devenir l'objet spécifique d'une sociologie clinique au cœur du secteur médico-social. On ne peut plus confondre l'identité, toujours contestée et contestable, avec la quête d'identité qui relève d'un idéal. Cette quête d'identité, au sens d'une projection, pourrait relever d'un processus de projectivation des affects et motivations, régulé par l'analyse éthique, elle-même réinvestit moralement dans une conjoncture sociale. Ce qui, de fait pourrait devenir l'objet spécifique d'une axiologie clinique au cœur du secteur médico-social. Nous nous sommes invités à la discussion, initiée entre neurologie, psychiatrie et psychanalyse, en nous appuyant sur les travaux relatifs au lien entre Alzheimer(s) et autisme(s). Nous pensons que nos travaux, associés à l'expérience des travailleurs sociaux et médico-sociaux, en donnant à voir ce qui se joue dans les établissements, ont leur part à prendre dans les débats qui structurent ce champ. Les établissements pour personnes vieillissantes et les instituts médico éducatifs sont des laboratoires expérimentaux, dont les cliniques au quotidien doivent s'éclairer mutuellement et contribuer à remettre l'humain au cœur du médico-social.

Dans cette perspective, la troisième partie de notre étude s'attachera à rendre compte des savoirs et des limites observables dans les formations professionnelles du secteur médico-social. A partir d'entretiens, nous chercherons à aller au-delà des procédures qui organisent la pratique, pour réinterroger le lien réciproque entre l'identité professionnelle et le service rendu. Dans cette optique, nous échangerons avec des animateurs, des ergothérapeutes et des psychologues.

TROISIEME PARTIE :
DE L'ANTHROPO-BIO-SOCIOLOGIE

Introduction

> *« Qu'on le veuille ou non, il s'agit bien d'une spécificité humaine, d'un principe permanent, que d'établir des rapports sociaux avec ses semblables, quelles que soient par ailleurs les formes historiques que prennent ses rapports sociaux. »* (Dartiguenave, 2010, p. 177)

Nous proposerons dans cette troisième partie de rendre compte des savoirs mobilisés par les professionnels du champ gérontologique au cours de leurs interventions. A partir d'entretiens et d'une recherche documentaire, notre démarche consistera à repérer la manière dont les professionnels élaborent les situations qui leur sont données à traiter. Nous reconnaissons que nous ne pouvons pas échapper à une approche qui consiste à rapporter leur dire à ce que nous en comprenons, puisqu'il est humainement impossible de se soustraire à cette tendance anthropomorphique d'appropriation. Pour autant, à partir de ces données, nous chercherons à pousser plus loin, en nous rapportant, comme nous l'avons fait précédemment, à un cadre d'analyse qui nous contraint à préciser notre pensée selon un principe de *causalité*. Pour réduire la complexité des phénomènes observés, nous avons choisi de les rapporter à un principe explicatif qui les objective. En reconnaissant un principe de *légalité* distinct d'un principe de *légitimité*, nous avons bien conscience qu'il s'agit d'une distinction abstraite, qui ne se manifeste que positivement dans les situations conjoncturelles. Pour autant, cela nous permet de ne plus confondre la loi et la règle. La clinique, en tant qu'observation construite, est ce qui scientifiquement et expérimentalement s'obtient par la mise à distance de l'empiriquement constatable.

Dans le premier chapitre, nous poursuivrons selon cette visée explicative et commencerons par dégager les obstacles qui en limitent la portée dans le travail social et médico-social. A partir de deux témoignages, nous donnerons à voir le pragmatisme qui opère dans la formation en animation sociale. Cette prégnance de la technicité s'élabore entre professionnels dans une dynamique de reproduction, au détriment d'apports théoriques en sciences humaines. Nous montrerons comment la méthodologie de projet, en s'ancrant sur une vision mécaniste des rapports sociaux, appauvrie l'analyse des situations qui sont données à traiter. Puis, nous nous réfèrerons à un travail de recherche, élaboré à partir d'une expérience professionnelle de

formation aux fonctions d'animation. Nous dégagerons des points de divergence avec notre approche, notamment à partir de la notion de « triangulation », qui, à nos yeux, ne permet pas la cohérence logique d'une explication. A « l'analyse de pratique », nous opposerons une analyse différenciée, afin de nous astreindre à une épistémologie rigoureuse. Ce qui nous fera prendre parti dans la confrontation des savoirs pour faire avancer la connaissance et replacer l'humain au cœur du social et médico-social. Nous poursuivrons, en donnant à voir la tendance naturaliste qui prévaut dans les formations internes au secteur gérontologique. Ce qui nous permettra de revenir sur la nécessité de spécifier ce qui nous rend humain à partir de la *dialectique* fondamentale et d'éprouver la portée de notre modèle anthropo-bio-sociologique.

Dans le second chapitre, nous traiterons des savoirs dans le secteur gérontologique à partir des limites du métier. Nous chercherons à aborder le service rendu au regard de la division du travail, au sens de la répartition de différents domaines de compétences. De fait, nous chercherons à montrer sur quoi portent les professions d'animateur, d'ergothérapeute et de psychologue. En distinguant travail et métier, nous montrerons que l'organisation de tout métier est de l'ordre sociologique à partir des contributions altruistes du citoyen à la cité. Autrement dit, du point de vue de l'institué, il s'agit de l'analyse d'une dette mutuelle définitoire de l'égo, d'une dialectique de la prise et du don, d'une structure d'aliénation fondamentale, au sens de Marx. Ce qui nous permettra d'insister sur la notion d'abstraction comme pouvoir relatif à la personne, au fondement de la légalité ; ce qui suppose la capacité d'émerger du biologique à l'historique.

Dans le dernier chapitre, nous ferons le point et récapitulerons nos apports et limites pour tenter de réinvestir politiquement notre analyse. Nous élargirons notre vision, en établissant des liens avec des professionnels hors champ gérontologique et tenterons de poser les bases d'une convergence des savoirs, au sens d'un tiers lieu expérimental. Ce qui nous permettra de dégager des pistes pour éprouver la portée du modèle car nous pensons que, paradoxalement, le retour du biologique rend favorable l'élaboration d'une nouvelle sociologie, débarrassée des sciences qui n'ont de sociales que le nom. Enfin en conclusion, nous insisterons sur la nécessité de traduire l'anthropo-bio-sociologie au cœur du médico-social, afin de contribuer à l'institution d'une clinique de la personne.

Dans ce premier chapitre, nous irons à la rencontre de deux animatrices, qui ont accepté de partager leur récente expérience de formation en animation sociale. Nous ne souhaitons pas invalider cette formation, mais pour autant, nous nous autoriserons un regard critique, indispensable à l'affirmation de notre point de vue.

PREMIER CHAPITRE : Savoir et compétence

1. De la dynamique de reproduction

Pour rendre compte, de ce qui se joue dans la formation professionnelle relative à l'animation, nous avons réalisé un entretien auprès de deux animatrices, récemment diplômées en animation sociale. Techniquement, lors de cet entretien nous n'avons pas effectué d'enregistrement, nous avons choisi de prendre des notes sur ordinateur, qui, une fois reformulées, ont été envoyées aux enquêtées pour validation et complément d'information. Notre hypothèse de départ, non communiquée aux enquêtées, est que les savoirs, dispensés par les instituts de formation, sont fragmentés et qu'ils se rapportent essentiellement aux techniques d'animation et à la démarche de projet. Ce qui laisse, selon nous, peu de place pour analyser les situations que ces intervenants ont à traiter. Nous présentons les deux enquêtées à partir de leurs réponses orales et écrites, relatives à leur entrée en formation. Par la suite, nous ne distinguerons pas leurs paroles, qui serviront à approfondir et à développer notre argumentaire.

> **Enquêtée 1 (38ans) :** *« J'avais déjà pratiqué l'animation suite à ma formation d'AMP (Aide Médico-Psychologique). D'ailleurs à ce propos, la formation a changé de nom, on ne dit plus AMP maintenant c'est AES, Accompagnement Educatif et Social, mais c'est la même chose. Je voulais approfondir et me spécialiser dans l'animation, alors je me suis inscrite en BPJEPS Animation Sociale. »*

En effet, certains soignants choisissent la formation d'animateur comme tremplin d'une promotion professionnelle. Cependant, relativité historique oblige, tous les parcours ne sont pas aussi linéaires, comme le laisse voir cette autre enquêtée qui exerce le métier d'aide-soignante, après un cursus en Master de psychologie.

> **Enquêtée 2 (36 ans) : «** *Après ma licence en psychologie, j'ai choisi de faire un master en psychologie criminologique et victimologie. Je ne l'ai pas finalisé. J'ai tout validé mais je n'ai pas rendu mon mémoire, le public carcéral est un public avec qui j'aime le contact et avec lequel je souhaiterai travailler.... Mais pas en tant que psychologue. Pour des raisons financières et également par besoin de prendre du recul j'ai postulé à l'EHPAD X où j'ai été prise en CDI. J'ai le diplôme d'aide-soignante, parce que, après le Master, j'ai commencé une formation d'infirmière. Au bout de 7 ans comme aide-soignante, j'ai eu le besoin de repartir vers un autre*

public, parce que je ne me retrouvais plus dans ma pratique professionnelle. J'étais aide-soignante en maison de retraite et je trouvais que le soin grignotait de plus en plus la vie sociale. J'ai voulu me spécialiser dans l'animation et j'ai choisi la formation BPJEPS Animation Sociale, avec le souhait de travailler auprès de public exclu, en grande précarité. »

Cette formation, qui permet d'accéder au Brevet Professionnel de la Jeunesse de l'Education Populaire et du Sport, est construite sur une année. Deux semaines au centre de formation alternent avec deux semaines de stage pratique auprès d'un tuteur, animateur professionnel diplômé. Dans la situation, évoquée par nos enquêtées, trois formateurs se partagent le groupe et la formation dite « théorique » est essentiellement construite à partir de multiples interventions d'animateurs professionnels. Ce qui, selon nous, participe à une juxtaposition de savoirs pragmatiques, conjuguée à une absence de rigueur épistémologique.

« Des intervenants qui étaient en poste, nous expliquaient le fonctionnement de leur structure et nous présentaient les partenaires avec qui ils travaillaient. Ils nous donnaient des exemples d'animations qu'ils proposaient. »

Les formateurs ont ici un rôle de coordination et de programmation pour organiser les rencontres avec des professionnels, accoutumés à transmettre leur savoir faire. L'accent est mis sur un réseau mobilisable d'animateurs qui présentent aux apprenants leur façon de travailler. Les interventions sont construites en fonction de la disponibilité des intervenants. De cette façon, la formation s'élabore avec les pairs qui viennent au centre de formation pour parler de leur pratique professionnelle. Cette transmission du métier, se donne à voir également, lorsque des visites d'établissements sont organisées. Dans notre entretien, nous repérons que les enquêtées se plaignent du manque de variétés dans le choix des établissements.

« Ils nous expliquaient surtout ce qu'ils faisaient. On a eu aussi beaucoup de visites d'établissements, c'était plus concret que les intervenants. Beaucoup d'EHPAD, peut-être trop ! »

« Quand après la formation, j'ai travaillé dans un centre social, je ne connaissais pas du tout son fonctionnement. Là tu travailles dans un quartier faut aller chercher les gens, ce n'est pas comme un lieu de vie. On a surtout vu des structures où les gens vivent sur place. »

L'accent est mis sur le fonctionnement des établissements médico-sociaux, mettant ainsi la focale sur la reproduction des modes d'intervention sociale. Les enquêtés reconnaissent

volontiers, que pendant leur formation dite « théorique », ils ont eu beaucoup trop de visites d'établissements et trop d'intervenants. Il apparait que la formation « théorique » est, en grande partie construite par des intervenants professionnels, axés sur leur « pratique » de terrain. La majorité s'inscrive dans une démarche de promotion de leur travail, qui tend à passer sous silence les éventuelles incertitudes et contradictions. L'approche pragmatique devient l'axe central de la formation en animation sociale, au détriment d'une démarche épistémologique, qui s'attacherait à rendre compte de la spécificité de l'intervention sociale. Dans cette situation, les formateurs sont peu présents et leur fonction s'apparente davantage à la gestion d'un réseau de professionnels.

> *« A un moment j'avais un peu râlé parce qu'on ne voyait plus nos formateurs, en plus, c'était après les deux mois d'été. »*

Dans cette formation, il est fréquent que la majorité du groupe d'apprenants ait davantage d'expérience professionnelle dans le secteur social ou médico-social que les formateurs. Ce paradoxe n'est pas toujours pris en compte par ces derniers et le savoir du formateur, surtout si celui-ci se centre sur la pratique, est parfois contesté. Comme ici où les apprenants ont expérimenté, au-delà du formateur, le secteur social ou médico-social.

> *« J'ai senti de la condescendance de la part d'une formatrice. Durant ses interventions, j'avais l'impression qu'on débutait dans le milieu du social alors que la plupart d'entre nous avait des années d'expérience derrière elles. Comme si on découvrait le métier de A à Z. Par exemple, des phrases qui pouvaient débuter par "Vous verrez une fois en poste...". En effet, même si nous apprenions le métier d'animateur social, nous n'étions pas pour autant novices avec le public qu'on accompagnait, notre expérience en tant qu'Aide Médico Psychologique ou aide-soignante était quand même à prendre en compte. »*

D'après nos enquêtées, nous remarquons qu'il n'y a pas de réaménagement en fonction des personnes présentes, car force est de constater, que visiter des EHPAD, lorsqu'on vient d'y travailler pendant sept ans, apparaît limité et redondant. Pour autant, même si nous nous autorisons à poser un regard critique, nous ne souhaitons pas ici invalider les pratiques de formation. Notre intention est plutôt de pointer, quitte à forcer le trait, comment opère la dérive pragmatique dans le processus de formation et la tendance à oublier l'humain au profit de l'organisationnel. Rappelons, qu'à la fin des années 1990, nous avons participé à cette formation qui s'appelait auparavant Brevet d'Etat d'Animateur Technicien de l'Education Populaire. Une fois en poste, comme beaucoup de professionnels, nous avons également intégré

ces formations d'animateurs pour présenter telle technique, tel projet d'animation ou participer aux jurys d'admission. Nous avons ainsi pu nous rendre compte de l'insistance, portée sur les pratiques et la reproduction d'expériences, comme le démontrent nos enquêtées.

> *« On a eu aussi des intervenants sur les pratiques d'animation, ils se servaient d'outils comme le débat mouvant, la photo langage. On faisait des échanges de pratiques aussi. »*

La reproduction de savoir-faire devient expertise sociale et participe à identifier la profession au regard des tâches opérationnelles et à réifier les pratiques d'intervention. Ce qui nous amène à nous interroger : l'importance, donnée aux techniques d'animation, ne conduit-elle pas à faire l'impasse sur le sens du travail social ?

> *« On a fait aussi des animations en groupe de 4 à 5 personnes. On allait dans des structures, moi j'ai participé à un Quizz musical. »*
>
> *« J'ai participé à un atelier de discussion avec des personnes âgées et à un quizz musical intergénérationnel avec des enfants et des personnes âgées.* »

L'insistance pragmatique contribue à techniciser le professionnel et nous pensons à l'instar de Jean-Yves Dartiguenave et Jean-François Garnier, que si le savoir-faire à son importance, *« encore faut-il que cette technicité soit rattachée à un savoir sur l'homme permettant d'orienter cette technicité de lui conférer un sens, et d'éprouver sa validité. »* (Dartiguenave, Garnier, 2008, p. 51) Les enquêtées ne sont pas sans se rendre compte de ce manque de distance et sont en recherche d'une approche globale de l'humain et des situations auxquelles elles sont confrontées.

> *« Ils nous présentaient les personnes comme dans des cases "handicapées", "vieillissantes" sauf que la personne elle interagit avec son environnement et on n'a pas toujours été sur la personne et son histoire, son environnement, son caractère. C'est quand même le piège de l'animation, de se dire que la personne elle a besoin de ça. On n'est plus dans le questionnement, on ne prend pas la personne dans sa globalité on la réduit à un critère. »*

Ce constat, nous conforte dans la nécessité d'articuler la formation des animateurs à un savoir sur l'humain, et ce, qu'elle que soit le niveau de la formation. Repositionner la personne au centre de la problématique, c'est selon nous, une piste pour contrer la dérive pragmatique et naturaliste, qui positive la compréhension des situations sociales. Mais cela ne peut se passer sans une intervention auprès des formateurs qui encadrent, car leur rôle ne doit pas se limiter à

opérationnaliser la profession ou à réassurer l'apprenant, même si, nous le savons bien, ces deux fonctions ne sont pas sans importance.

> *« Il y avait une différence de suivi selon le tuteur. Ils étaient trois et se partageaient le groupe. Et le suivi n'était pas le même en fonction du tuteur que tu pouvais avoir. »*

N'y aurait-il pas tout intérêt à expliquer le plus scientifiquement possible cette singularité relationnelle, par-delà le rôle de soutien et de suivi des formateurs ?

> *« Les formateurs, ils étaient disponibles. »*
>
> *« Ils étaient à l'écoute, même individuellement. Ils soutenaient bien ceux qui étaient en décrochage. On n'était pas tous au même niveau de stress. »*

Si les formateurs sont présents pour dédramatiser les situations et encourager, ils incitent l'apprenant à se questionner, sans pour autant lui donner de clefs explicatives sur la contribution professionnelle, au sens du service à rendre. D'où, selon nous, la nécessité d'articuler aux interventions sociales, un savoir, qui clarifie les situations rencontrées, en les rapportant à un principe de construction sous-jacent. C'est pourquoi nous avons tenu à dévoiler, le plus scientifiquement possible, les *fonctions* et *facultés* humaines, afin de rendre compte de ce qui se joue précisément dans les rapports sociaux. Le temps de formation est le moment idéal, pour s'interroger le plus finement possible sur le travail social et la manière dont tout être humain médiatise son rapport au monde. A l'instar de Jean-Yves Dartiguenave et de Jean-François Garnier, nous pensons que :

> *« Le travailleur social aurait tout à gagner à réfléchir les modalités de ses propres constructions et les écoles à initier les futurs praticiens à ce travail réflexif au lieu de contraindre ceux-ci à accumuler des « connaissances » souvent éphémères, faites de bric et de broc ou de les seriner avec des « méthodologies » bien mal nommées et souvent sans objet. Une seconde rupture est de dire que l'homme est analysable. Certes, ceci n'est pas nouveau. Freud avait découvert cela à la fin du XIXe siècle, mais nous l'avions sans doute oublié car dans le travail social la tendance est plutôt au répertoire des réalisations humaines qu'à l'analyse du fonctionnement humain. »* (Dartiguenave, Garnier, 2008, p. 261)

Les apprenants ne sont pas sans se rendre compte du décalage, entre leur formation et la réalité dont ils ont à faire face sur le terrain. A faire l'économie de la réflexivité, on crée chez l'apprenant de la dépendance à la réponse adéquate. L'absence de cadre théorique, pour penser

l'action sociale, est un obstacle à son autonomisation en tant que capacité à analyser les situations. Dans ce retour sur leur formation, les enquêtés ne sont pas convaincus des savoirs transmis ; ce qui a pour conséquence un manque de repères pour fonder leurs interventions.

- *« Elle [la formation] a été remuante. »*
- *« Remuante dans le sens où cela enclenche de nouveaux questionnements. »*
- *« Psychologiquement elle t'amène à douter. »*
- *« On nous forme, en nous disant qu'on sera des supers professionnels. »*
- *« Oui, on nous dit qu'on sera des supers animateurs et au final... »*
- *« Au final ça nous délégitime, parce qu'on ne se sent pas prêt à la fin de la formation. »*
- *« En formation tu es bien entourée mais une fois en poste tu te retrouves seule. »*

La formation additionne des contenus dits « théoriques » sans cadre d'analyse cohérent ; ce qui ne parvient pas à harmoniser les savoirs et participe à créer de l'incertitude. La multiplicité des cadres de références ne parvient pas à rendre compte d'un positionnement professionnel ni à mettre l'humain au cœur de la problématique du travail social. Les enquêtées ne sont pas sans se rendre compte de ce morcellement du savoir.

- *« Ce qui m'a interpellé, c'est la densité et le survol des contenus de la formation. »*
- *« On a eu une intervenante, une psychologue qui nous a parlé du vieillissement, les troubles, les démences, qu'est-ce que vieillir pour une personne. »*
- *« La méthodologie de projet était aussi présente tout au long de la formation. Les cours s'appuyaient sur nos propres expériences en stage et sur les projets que nous mettions en place. Mais le problème c'est que nous n'étions pas tous au même niveau dans l'évolution de notre projet. »*

L'accent est mis sur le projet et son évolution à partir d'une succession de tâches à accomplir, ayant pour fin d'agir sur une situation pour l'améliorer. Constat, objectifs, moyens et évaluation mettent en forme, de manière mécaniste la réalité sociale de terrain, au détriment d'une approche par la personne et son inscription sociale. Les cours de méthodologie de projet s'appuient sur l'expérience de stage, ce qui renvoie ici aussi à la pratique. On repère que la notion de projet s'insinue à tous les niveaux de l'action sociale, puisque dans le même temps, le professionnel est tributaire des projets subventionnés qui répondent à des objectifs précis,

décidés par les experts ou les élus.

> *« Pendant la formation on est centré sur notre projet, mais dans la réalité tu as quinze milles trucs à faire. Dans le centre social où j'ai travaillé on avait des objectifs posés par la ville et c'est la structure qui orientait les projets. On se basait sur des données de quartier et après … clairement tu réponds à des demandes de la ville pour avoir des subventions. Concrètement, je ne suis pas sûre, que notre projet touchait les personnes les plus isolées du quartier. Alors que notre objectif c'était de lutter contre l'isolement. »*

Bien que, cette méthodologie de projet nous apparaisse bien loin des contextes et réalités professionnelles, c'est pourtant sur ce versant que s'échafaude la formation. Dans le milieu de l'animation, le projet fait consensus et on peut dire que c'est lui qui donne sens à l'action. On reconnait un animateur par sa capacité à monter des projets qui se doivent d'être participatifs. C'est le projet qui met en œuvre et évalue l'action professionnelle. Dans cette expérience, c'est le centre social et la ville qui organisent les interventions. Ce qui n'empêche pas l'animateur d'analyser la situation : *« je ne suis pas sûre, que notre projet touchait les personnes les plus isolées du quartier. Alors que notre objectif c'était de lutter contre l'isolement ».* Si la fonction de diagnostic social n'est pas reconnue par les employeurs, elle n'est pas non plus mise en avant dans les instituts de formation.

De fait, les formateurs s'appuient sur le groupe pour unifier les savoirs, sans pour autant parvenir à rendre compte de ce qui se joue dans les situations sociales. La formation devient le support d'un développement personnel, mais celui-ci apparait déconnecté de la contribution de métier, par manque d'un cadre théorique permettant de penser la relation de service.

- *« En même temps ça a amené beaucoup de solidarité entre nous, on s'est tous portés. »*
- *« On était plutôt un groupe uni d'après les formateurs. »*

A côté du pragmatisme, la formation se joue sur le versant de la solidarité par la mise en cohésion sociale du groupe. Cette visée universalisante tend à être réifiée, au point de devenir le modèle mythique par lequel est appréhendée la profession d'animateur dans sa dynamique de restauration ou de transformation du lien social. A côté de la reproduction, un axe fort de la formation est évoqué à partir de « l'analyse de pratique », censée former au diagnostic social, à la délibération et à la résolution de problème.

> *« On faisait de l'analyse de pratique aussi. C'est à dire qu'on soulevait un*

questionnement qu'on avait eu en stage. Par groupe on présentait 3 sujets. Il y avait un formateur avec nous. Ce qui était échangé n'était pas censé être redit à l'extérieur. Le formateur nous poussait dans notre questionnement. Cela se présentait de cette façon :

1. Un temps où on exposait le problème. Le problème devait être envoyé avant à la formatrice.

2. Un temps où le groupe posait des questions pour approfondir la description.

3. Puis chacun pouvait donner des pistes de solutions. »

- *« Le but c'était de nous pousser dans nos réflexions, être plusieurs à y réfléchir et partir avec des pistes pour résoudre le problème. »*
- *« Moi j'avais un problème avec ma tutrice, ça m'a aidé et même si ce n'est pas ta problématique, tu en ressors toujours avec des choses. »*

Ainsi, à la dynamique de reproduction s'ajoute l'analyse de pratique qui constitue le fil rouge de la formation. Chaque participant est invité à rapporter une expérience vécue qui lui a posé problème lors de son stage pratique. Cette situation est analysée par le groupe pour trouver, à plusieurs, des pistes de solutions. Dans le chapitre suivant, nous chercherons à décoder ce qui se joue dans ce type d'intervention. Nous montrerons que les faits tendent à être réifiés, c'est-à-dire ramenés à ce que chacun perçoit de sa propre intervention. Nous ne prétendons pas que le modèle théorique que nous mobilisons soit incontestable, loin de là ! Pour autant, il permet d'interroger cette capacité humaine de construction du réel, par-delà les clivages singuliers. En montrant l'impropriété du langage et la polysémie qui en découle, nous mettrons en avant la nécessité de s'entendre sur les mots et les catégories qu'on utilise dans la construction de ce réel social. D'autant que les professionnels du médico-social ont un rôle à jouer dans l'élaboration des savoirs, ne serait-ce que pour fonder les limites de leurs interventions. D'où la nécessité d'une approche conceptuelle cohérente qui dépasse les modes et les divisions disciplinaires concurrentielles.

Face aux dérives technicistes, il convient de replacer l'homme au cœur du médico-social. C'est la raison pour laquelle la formation des animateurs demande à être repensée, selon une visée qui s'attache à élaborer le plus scientifiquement possible les modalités humaines. Non pas, que l'approche par la résolution de problèmes soit inutile et à bannir. Cependant, elle n'est pas, selon nous, suffisante car toutes les approches ne se valent pas et non pas les mêmes visées. Il s'agit de se positionner contre le relativisme ambiant qui suppose l'équivalence des points de

vue. Nous avons fait le choix d'une posture épistémologique rigoureuse qui nous permet d'aborder plus précisément ce que nous venons d'évoquer en repérant quelques points de rupture avec la thèse de Francine Grelier.

2. De l'analyse de pratique

Nous poursuivons notre analyse de la formation des animateurs, à partir de la thèse en sciences de l'éducation de Francine Grelier : « Vers une théorie de l'action associative : la praxis de l'éducation populaire » (2010). Francine Grelier utilise pour sa thèse ses vingt ans d'expérience en tant que formatrice au Centre Public de Formation au Diplôme d'Etat relatif aux Fonctions d'Animation (DEFA). Elle propose une étude de cas de l'animation socioculturelle citoyenne, à partir de données qu'elle puise dans quatre thématiques :

1. A partir des « analyses de pratiques », elle recense ce qui fait problème pour les animateurs en formation au regard de leur situation d'expérience professionnelle relative à l'alternance théorie / pratique.
2. A partir de ce qui fait problème dans ces situations, elle catégorise les analyses émises par le groupe.
3. Elle mobilise les titres des mémoires de fin de cycle, comme indicateurs des valeurs accordées au métier et aux modes d'intervention sociale.
4. Elle trie les réponses à un questionnaire de 27 questions ouvertes relatives à trois thèmes : « quelle est la fonction principale : éducation ou gestion ? Autonomie ou hiérarchisation : où en est la division du travail ? Comment évolue l'expertise entre l'art du bricolage et la rigueur du technicien ? ». Ce questionnaire doit servir à vérifier les compétences à l'agir professionnel, les représentations dominantes du métier, les représentations du rôle à jouer et les systèmes de valeur.

Pour poursuivre notre argumentaire, nous ne garderons en référence que les points 1 et 2 relatifs aux analyses de pratique, laissant de côté les points 3 et 4 qui se réfèrent aux titres des mémoires et au questionnaire. Nous devons reconnaître ici, que tout ce que nous pourrons reformuler du travail de recherche de Francine Grelier, sera nécessairement transformé par l'altérité altérante qui caractérise toute confrontation. Bien que dans cette situation, il n'y ait pas d'échanges en co-présence, c'est pourtant, à plusieurs titres d'appropriation dont il est question ici et du statut de la communication, telle que Jacques Laisis nous en donne la mesure :

> *« Autant dire ici aussi que – puisque, dans l'échange, rien ne se « « transmet de « l'un » à « l'autre » qui ne soit « altéré » par l'altérité de « l'un » et de « l'autre »*

> *– c'est le « mal »-entendu qui préside à la communication. On ferait d'ailleurs mieux de parler d'un « autrement-entendu » où se reconnaîtrait terminologiquement la condition de possibilité de la communication plutôt que de laisser espérer encore un « bon »-entendu qu'il nous délivre de l'altérité et donc de notre propre raison d'être. »* (Laisis, 1996, p.40)

Si axiologiquement, nous nous autorisons une critique du travail de Francine Grelier, nous tenterons d'y mettre les formes. A partir d'exemples que nous jugerons pertinents pour notre interprétation, nous chercherons à dégager les points de divergence qui nous éloignent de ses propos, tant sur le plan de la recherche que sur celui de la formation. Encore une fois, c'est à Jaques Laisis que nous faisons appel pour clarifier notre propos :

> *« Il n'est ainsi de « discours » que dans la « méthode » mais il n'est aussi de « méthode » que dans le « discours ». Un propos sans « méthode » certes ne vaut rien. Mais une « méthode » qui ne déboucherait pas sur la satisfaction d'affirmer ne vaudrait rien non plus. Sauf à dégénérer en rigorisme, la rigueur de la méthode doit rendre le scientifique « heureux », heureux de la valeur « heuristique » de sa problématique. »* (Laisis, 1996, p. 61)

Il ne s'agit pas de dogmatisme, même si, à chercher de trop près la vérité, tout modèle peut y tendre. Il s'agit plutôt d'un entre-deux entre la légitimité et l'illégitimité d'interpréter le dire de l'autre. Il est donc important de formuler ici que la thèse de Francine Grelier ne se réduit pas à ce que nous pouvons en dire. Quoi qu'il en soit, poursuivons notre analyse et voyons comment Francine Grelier traite ses observations. A partir d'une démarche inductive, exploitant les données pour remonter aux théories, elle articule le sociologique, le psychologique et le pédagogique à partir d'une organisation systémique de concepts, en référence à la transdisciplinarité de Basarab Nicolesco (1996). Selon ce principe, elle croise les références conceptuelles de l'épistémologue Jean Gagnepain, du philosophe Jean-Marc Ferry, relative à la pensée d'Habermas sur « l'agir communicationnel » et du psychanalyste Miermont, qui étudie l'écologie des liens sociaux dans l'articulation des rituels, des mythes et des épistémès. Nous avons là, un premier point de divergence avec notre propre démarche de recherche car nous pensons qu'à croiser ainsi plusieurs théories sans un système de classement qui les différencie et les relie, il y a le risque d'aboutir à une confusion conceptuelle. Ce qui, *in fine,* participe davantage au brouillage des frontières épistémologiques qu'à l'élaboration d'un savoir sur l'homme. La pluralité des cadres conceptuels ne permet pas la précision au sens logique de l'explication scientifique, qui suppose une observation construite à partir d'un cadre précis

d'hypothèses causales. Nous avons la naïveté de croire à une possible harmonisation des savoirs, qui, en dépassant la simple « triangulation » personnelle, ne ramène pas le savoir à des équivalences angulaires mais le co-élabore le plus scientifiquement possible.

Pour autant, si notre démarche hypothético-déductive se réfère logiquement aux processus anthropologiques, nous devons dans le même temps objectiver les conditions sociologiques de sa mise en œuvre. C'est la raison pour laquelle, nous nous risquons à cette confrontation de points de vue à partir de ce que nous avons traduit du mode de pensée de Francine Grelier. Cette dernière fut également notre formatrice référente au début des années 2000, lors de notre formation au Diplôme d'Etat relatif aux Fonctions d'Animation. Nous reconnaissons donc notre double dette à son égard, dans ce qu'elle nous permet de rompre, d'une part, avec sa démarche de formation et, d'autre part, avec sa démarche de recherche. Nous allons confronter notre analyse à sa propre interprétation relative à l'actualisation de son observation. Ce qui nous permettra de prendre position épistémologiquement et de mettre à l'épreuve la cohérence et la rigueur de notre point de vue. Pour autant, et nous tenons de nouveau à insister sur ce point, la thèse de Francine Grelier ne se réduit pas à ce que nous allons en dire ici.

Francine Grelier nous donne sa définition de l'animateur socioculturel :

> *« L'animateur socioculturel est un généraliste de la relation pour dialoguer, et de l'association pour agir ensemble, ayant pour visée le renforcement ou la transformation du lien social. »* (Grelier, 2010, p. 24)

Nous ne pouvons que suivre l'auteur, qui, pour ne pas réduire l'animation à une rationalité mécaniste, va au-delà des tâches standardisées et de la reproduction par le référentiel de compétences. Pour autant, nous pensons que tout échange social est une praxis, dans la mesure où la manière de formaliser le social construit et modifie le rapport social lui-même. C'est la raison pour laquelle, nous avons mis l'accent dans notre travail clinique sur la défaillance des processus implicites qui fondent cette sociabilité. En tant que formatrice, Francine Grelier utilise les ethnométhodes, en référence à Georges Lapassade, pour « *redonner du sens aux intuitions et aux bricolages comme savoir-faire à valoriser* ».

> *« La pédagogie dialogique et expérientielle permet l'apprentissage réflexif du professionnel et stimule des processus collectifs d'apprentissage de savoirs. La praxéologie est l'apanage de tous les métiers, et la pratique de la réflexivité reste au cœur de tout agir professionnel. »* (Grelier 2010, p. 26)

Il s'agit pour le formateur de mettre en œuvre chez l'apprenant une démarche réflexive sur son expérience et son propre « soi » professionnel, au regard de savoir-faire. L'apprenant est invité à conscientiser pour donner du sens à son agir professionnel. Nous repérons ici un deuxième point de divergence, car la « conscientisation » laisse peu de place à l'explication par le principe d'altérité, distinct de la conscience de soi. Nous pensons que réfléchir à son « soi professionnel » est une chose, expliquer ce qui permet son *appropriation* par principe de responsabilité, au sens de *répondre d'autrui***,** en est une autre. Nous avons montré qu'une des dimensions du métier d'animateur se rapportait au processus de *ré-institution* de la personne. L'institution est un processus implicite, une analyse existentielle qui ne renvoie pas à un ordre cognitif, mais à une manière abstraite de se situer par rapport aux autres et de s'inscrire dans la réciprocité de l'échange social. En cherchant des points de contact entre le sociologique et le psychologique, Francine Grelier s'affilie aux démarches psychosociales qui mettent au cœur de l'expérience, la conscientisation. En réifiant le logos, dans le sens d'une démarche réflexive, ne passe-t-elle pas à côté de l'autonomie d'un principe d'*identité* et de *responsabilité* au fondement de la rationalité sociologique, donc du métier ?

Francine Grelier utilise pour ses « transactions pédagogiques » une palette d'outils, qui va du groupe coopératif de Freinet à l'éducabilité cognitive de Feuerstein, des histoires de vie de Pineau à l'entraînement mental de Dumazedier, de la dynamique des groupes de Lewin à la non-directivité de Carl Rogers en passant par l'autogestion institutionnelle de Jean Oury, l'atelier praxéologique de Payette et Champagne et la conscientisation de Paolo Freire. La méthode d'analyse de pratique utilisée par Francine Grelier s'appuie sur la grille d'analyse de l'entraînement mental de Dumazedier : fait - problématique – interprétation – action. Elle pose deux objectifs à la méthode :

- Le premier, en lien avec la vie du groupe d'apprenants, permet de mettre en avant les points de vue dans une visée de tolérance à l'autre et d'écoute, pour faire émerger la complexité du cas à analyser et développer dans le même temps des compétences nécessaires aux situations professionnelles.
- Le deuxième développe les compétences diagnostiques entre, ce qui fait « blocage, interférence et distorsion » et de l'autre, ce qui fait « apprentissage, sensibilité et dynamisme ». La situation d'analyse est associée à un décryptage de références éducatives et pédagogiques.

Francine Grelier explique ainsi la démarche qu'elle met en place pour les apprenants :

> *« Chaque porteur de cas propose la question qu'il a à résoudre à partir d'une situation vécue non résolue. Parce qu'il a trouvé la situation vécue signifiante, qu'elle était restée enkystée dans son histoire professionnelle et qu'il ne l'a pas vraiment comprise, elle sera analysée par le groupe. Il décrit ce qui s'est produit (événements et activités) et comment cela a été perçu par tous les acteurs. Il formule sa question après avoir contextualisé la situation, décrit l'état des lieux, et il la reformule après avoir été interviewé par le groupe qui l'aide à mieux l'expliciter. »* (Grelier, 2010, p.89)

Suite à la description des faits, à la précision des données et à la mise en problème, la problématique est analysée par le groupe.

> *« Le groupe donne sa définition des symptômes de la situation, idées, opinions, interprétations des mécanismes de défense et de répétition, s'entraîne à trouver les référents théoriques implicites et les référents idéologiques. Ces points de vue fixent la rencontre avec un sujet, par la mise en relation d'une subjectivité et l'interprétation d'autres subjectivités.* » (Id p. 91)

Selon la formatrice, les apprenants sont ainsi entraînés à la complexité, aux différents aspects explicatifs, ce qui leur permet de « trianguler » entre les aspects psychosociaux des relations interpersonnelles et de dynamique de groupe, les aspects organisationnels de statuts, rôle et fonctions et les aspects idéologiques de l'institutionnel. Nous retrouvons ici, notre point de divergence, relatif à la « triangulation ». Dans les démarches psychosociales la « triangulation » est privilégiée à différents niveaux de la recherche. Le chercheur fait appel à cette notion pour combiner plusieurs cadres théoriques, divers outils d'investigations et ainsi augmenter la pluralité de données. Dans cette optique, la triangulation devient incontournable pour valider l'ensemble de la recherche car elle permet de « composer » avec plusieurs méthodes et de « comparer » les résultats obtenus. Nous avons montré comment *composition* et *comparaison* tendent à naturaliser l'observation et à positiver la situation. A contrario, dans notre approche, les différentes perspectives explicatives s'articulent à une anthropologie clinique commune. Le modèle théorique devient le garant de la cohérence logique de notre explication.

Francine Grelier, à partir des analyses de pratique, effectue pour sa thèse un travail de catégorisation des problèmes, rapportés par les stagiaires en formation dans leur situation de professionnalisation. Son travail consiste à prendre la mesure de l'apprentissage du métier d'animateur à partir de données, recensées pendant les analyses de pratiques. De fait, le

matériel, recueilli à partir d'une centaine d'études de cas, repose sur un problème à résoudre. Ces témoignages sont des mises en mots d'expériences vécues et ressenties, de collaboration avec les partenaires, les bénévoles, les usagers, les employeurs. Ils mettent l'accent sur les dysfonctionnements de l'animateur en relation, sur les contradictions et paradoxes auxquels il est confronté.

> *« En constatant ce qui dysfonctionne dans les rituels de collaboration, l'expertise à partager est « révélée » dans l'image négative de ce qui fait symptôme »* (p. 95)

Notre propre travail d'analyse, nous a permis de repérer ce qui opère implicitement dans les situations d'interlocution et comment nous sommes contraints dialectiquement à une *singularité* toujours contestée et contestable, qui se joue en nous-même, autant qu'avec les autres et dans tous nos rapports sociaux. De son côté, Francine Grelier constate que pendant la description des faits, la mise en mots peut balancer entre deux extrêmes : soit un excès de détails, qui lasse l'auditeur ou le rend compatissant en ne permettant pas la prise de distance ; soit une description floue et décontextualisée qui ne parvient pas à faire émerger l'analyse. Ce constat d'excès ou de déficit de détails nous interpelle, dans la mesure où il met l'accent sur l'équilibre dialectique entre l'adhérence au contexte et la tendance à s'en absenter. De fait, la manière dont les apprentis-animateurs reconstruisent les faits lors de ces analyses de pratique, n'a-t-elle pas plus d'importance que les faits eux-mêmes ?

Cependant, Francine Grelier ne s'engage pas sur ce terrain- là, de son expérience des problèmes à résoudre, elle propose une catégorisation et une description statistique des phénomènes observés :

1 - Cohésion d'équipe faible 24 cas : 24,00 %

2 - Manque de franchise pédagogique 20 cas : 20,00 %

3 - Identité et expertise incertaines 20 cas : 20,00 %

4 - Flou des statuts, des rôles, des fonctions 20 cas : 20,00 %

5 - Conflits de valeurs 16 cas : 16,00 %

Cette procédure de classement amène une division des thématiques où les domaines positivés nous apparaissent étroitement liés les uns aux autres. Il n'est certainement pas aisé de savoir où s'arrête la problématique de la « cohésion d'équipe » et où commence « le manque de franchise pédagogique ». Que faire des problèmes où le « conflit de valeurs » relève d'une « identité et expertise incertaines » ? Le chercheur n'est-il pas tributaire de ses propres choix ? Nous allons

ici, ouvrir une parenthèse pour nous référer à Vladimir Propp et à son ouvrage relatif à la classification des contes. Précurseur de l'analyse structurale, il propose, dans *« Morphologie du conte »,* une critique de la classification de Aarne qui convient à notre argumentaire :

> *« Il est vrai que Aarne n'a pas tenté de faire une classification véritablement scientifique ; son index est utile comme ouvrage de référence, et en tant que tel, il a une grande importance pratique. Mais d'autre part, il présente aussi des dangers. Il donne des idées fausses sur l'essentiel. En fait, une division précise des contes en types n'existe pas et apparaît chaque fois comme une fiction. Si des types existent ce n'est pas au niveau où Aarne les place, mais à celui des particularités structurales des contes qui se ressemblent ; nous y reviendrons plus loin. (…) Mais la seule étude qui puisse répondre à ces conditions est celle qui découvre les lois de la structure, et non celle qui présente un catalogue superficiel des procédés formels de l'art du conte. »* (Propp, [1928], 1970, p. 19-25)

Vladimir Propp reproche à Aarne de ne pas rendre compte des structures abstraites qui caractérisent les contes. Il considère que la classification ne doit pas suivre la description mais être un préalable. Il distingue ainsi ce qui relève de la découverte de « lois de la structure » et ce qui relève du « catalogue superficiel ». Cette référence à l'analyse structurale, nous permet de rappeler notre perspective, qui, en s'appuyant sur les processus anthropologiques, rapporte les différentes rationalités humaines à des principes abstraits de structuration. Autrement dit, nous ramenons l'humain à une réalité tétramorphe qui nous permet de différencier et segmenter les dysfonctionnements ou problèmes en symptôme, panne, handicap et épreuve. Ces abstractions, qui relèvent d'un fonctionnement anthropologique général, permettent de classer les phénomènes observés et de produire un savoir sur l'humain. De fait, nous pouvons rapporter la critique de Propp à la classification de Francine Grelier et dire que sa thèse est une expertise, un ouvrage de référence sur la pratique des animateurs. Pour autant, l'inventaire des faits ne renseigne pas sur le mécanisme de leur production, même si Francine Grelier les rapporte à des niveaux de complexité d'interactions.

A partir des faits qui font problème, Francine Grelier catégorise les analyses émises par le groupe en 5 niveaux de complexité d'interactions :

1. Niveau de l'intra-individuel lié aux difficultés des personnes
2. Niveau des interrelations lié à la dimension psycho-affective
3. Niveau de la dynamique de groupe lié à la structuration d'équipe
4. Niveau des structures organisationnelles lié aux difficultés de management

5. Niveau des valeurs institutionnelles lié au politique des valeurs

Ces niveaux de complexité vont du plus petit au plus grand, autrement dit de l'individuel au collectif, ce qui reconduit la dichotomie individuel et collectif et constitue un autre point de divergence. Elle utilise plusieurs grilles de lecture pour observer les phénomènes et la première porte sur « la dialectique de l'organisationnel et de l'institutionnel ». En croisant ce qui fait problème et son analyse par le groupe, elle explicite, en cinq points, les raisons des collaborations difficiles. (P. 100) Nous allons rapporter ici ses explications et suggérer notre propre analyse aux thématiques exploitées par Francine Grelier. Cela va nous permettre, en nous différenciant de son point de vue, de préciser notre positionnement et de rompre avec l'approche psychosociale. Plus précisément, nous recherchons la logique interne qui préside aux phénomènes, même si ceux-ci ne se manifestent que réinvestis. Puis nous conclurons par une analyse différenciée de « l'analyse de pratique ».

1ère raison. « La cohésion d'équipe faible pose les phénomènes de communication, de mobilisation, et de conflit ».

Nous suggérons ici un risque de confusion à mettre sur le même plan la « communication » et la « mobilisation » qui, selon nous, relèvent respectivement du sociologique et de l'axiologique. Quant au conflit, s'il se rapporte sociologiquement à la dialectique du *singulier* et de l'*universel*, nous ne pouvons pas humainement y échapper, au risque de nous couper des processus anthropologiques, donc de notre humanité. Pour le dire autrement, nous ne pouvons éviter le conflit, même avec nous même, car il n'y a pas de transparence dans les rapports sociaux, d'où la nécessité d'une approche *négociée* de la relation où toute communication nécessite une opération de *traduction*. Ce qui nous amène à admettre que la communication ne peut pas être parfaite même si on se donne les moyens d'y parvenir puisque « l'autrement entendu » présidera toujours à l'échange. C'est cette singularité, qui, en nous instituant, nous oblige dans le même temps à la *négociation* pour nous accorder par-delà nos différences. Pour autant nous ne pouvons être que séparés puisque nous ne parviendrons jamais totalement à annuler nos différences. Pour nous, c'est donc la *différence* qui explique les phénomènes de communication et de conflits. Rapporter les conflits à « la cohésion d'équipe faible » revient à mettre ces phénomènes sur le compte du collectif et à réifier la cohésion sociale. L'altérité n'est pas un obstacle à la communication elle en est, au contraire, à son fondement. La *rupture* d'avec l'autre est au fondement de toute relation sociale puisque c'est elle, qui, en instituant mutuellement de l'un et de l'autre, nous amène à communiquer.

2ème raison. « Le manque de franchise pédagogique dû à la pression bureaucratique hiérarchique produit des phénomènes de démotivation et d'insécurité. »

Comme la transparence, « la franchise pédagogique » n'est-elle pas un leurre ou un fantasme qui suffit, à elle seule, à la démotivation axiologique ? « La pression bureaucratique hiérarchique » s'explique au regard de la responsabilité qui se joue dans les situations d'interlocution, qui sont de fait, des relations de pouvoir. Elle ressort selon nous du principe d'altérité et de la place accordée à l'autre dans l'échange, qui peut tendre soit vers un excès, soit vers un déficit d'analyse sociologique chez chacun des protagonistes. Ce dysfonctionnement ne doit pas être confondu avec la détresse, au sens axiologique, qui peut découler d'une relation de pouvoir excessive et produire de la démotivation. Le pouvoir résulte d'une situation sociale d'appropriation/dés-appropriation qui fonde l'analyse sociologique, qui ne se construit dialectiquement que sur la division et le partage de pouvoir. On peut dire que le pouvoir hiérarchique n'est pas extérieur à la personne, dans le sens où chaque métier s'approprie le pouvoir en tant que répartition de domaines de compétence. *« Le métier, finalement, c'est la dignité de l'homme, c'est-à-dire sa contribution à la marche de la cité. »* (Gagnepain, 1982, p. 15)

3ème raison. « L'expertise et l'identité incertaines induisent le manque de légitimité et un sentiment de non reconnaissance. »

Si l'expertise ressort du domaine de l'intervention efficiente de l'ingénieur, il s'agit de la différencier de l'identité qui humainement est toujours incertaine ; parce qu'elle nous est toujours contestée. Le sentiment de « non reconnaissance » relève ici aussi de la quête d'une transparence jamais possible humainement. La dialectique de la divergence et de la convergence est toujours à l'œuvre, dans un mouvement perpétuel qui nous oblige à tenter en vain de récupérer la reconnaissance perdue, car l'altérité commence avec nous-même. On peut se demander s'il s'agit bien de légitimité ou si cette dernière n'est pas confondue avec la légalité. Si les deux relèvent d'un compromis, on ne peut plus confondre la règle qui s'autorise axiologiquement, et la loi en tant que responsabilité qui se négocie sociologiquement.

4ème raison. « Le flou des statuts, des rôles, des fonctions produit les phénomènes de concurrences partenariales et de décisions arbitraires. »

L'analyse implicite du *statut* et de la *position* fonde notre rapport à l'autre en nous faisant sortir de notre sexualité naturelle pour nous faire accéder au pair, autrement dit à l'alliance, qui, réinvestie, s'observe dans les relations partenariales. Réciproquement, l'analyse implicite de la *fonction* et du *rôle*, nous extirpe de notre génitalité naturelle pour nous faire accéder à la responsabilité du « père », c'est-à-dire au métier, qui, réinvesti, s'observe conjoncturellement dans les professions. C'est cette double analyse sociologique qui nous rend capable de répondre d'autrui et de collaborer, en tant que partenaires dans une complémentarité de métiers. Les décisions sont optionnelles et relèvent du choix, ce qui nous oblige à en rendre compte par une autre analyse, celle-ci axiologique, même si dans le même temps les décisions se contractualisent, c'est-à-dire se légalise ou pas sociologiquement. Ici encore, la confusion des deux analyses ne permet pas de rapporter le phénomène à sa cause. Si nous repérons un déficit de négociation des positions et des rôles, nous le rapportons à cette tendance à l'ethnocentrisme qui consiste à ramener l'autre à soi.

5ème raison. « Les conflits de valeurs s'opposent sur la mission d'éducation ».

Il peut s'agir là, d'un déficit de légalisation du légitime, c'est-à-dire d'une divergence de ce qui se mesure ailleurs que sur la scène sociale. Il y a tout intérêt à dissocier les analyses pour contribuer à expliquer ce qui se joue dans l'interlocution. Les « conflits de valeurs » posent le recoupement de l'axiologique avec le sociologique, autrement dit de l'éthique avec l'historique. De fait, le « conflit de valeur » est un phénomène qui oblige à différencier les analyses pour être intelligible. « La mission d'éducation », de son côté, y gagnerait en clarté et serait expliquer pour ce qu'elle est, une responsabilité envers autrui, dans les limites de métier (compétences) qui lui sont imparties.

En proposant notre analyse aux « raisons » exposées par Francine Grelier, nous avons cherché à raisonner à partir d'arguments déjà présentés dans les chapitres précédents. En mettant en œuvre la confrontation des points de vue, nous montrons que ce « sociologique », dont on cherche à rendre compte, est sociologiquement à l'œuvre dans la manière même qu'on a d'en parler. De fait, dans notre analyse nous nous efforçons de pointer la logique interne qui préside au phénomène observé, plutôt que de rapporter le phénomène à son contenu et à la manière qu'on a de l'élaborer. Sans la cohérence d'un cadre d'analyse logique, l'observateur, comme nous l'a montré Vladimir Propp, s'approprie les phénomènes et élabore une classification qui s'apparente à une construction sociale. Après tout, certains diront que cela n'est déjà pas si mal et que cette classification est juste dans son principe. Mais à y regarder de plus près, que nous

apprend-elle ? On sait désormais que certaines problématiques rapportées par les apprenants se ressemblent, selon un certain pourcentage. Nous n'aurions pas de mal à trouver un chercheur qui propose, à partir des mêmes phénomènes, une autre classification avec plus ou moins de thématiques. De fait, pouvons-nous dire que dans cette situation, cela revient à clore le savoir sur lui-même, c'est-à-dire à élaborer un savoir sans objet ?

Si le point de vue construit l'objet, le point de vue est lui-même construit par des visées différentes. C'est la précision de la démarche qui donne à une approche sa visée scientifique et non la construction d'une vérité, même statistique, sur les phénomènes observés. En élaborant une clinique du vieillissement, nous avons trouvé matière à dire le monde de façon à mieux appréhender le fonctionnement humain. Notre expérimentation, nous a donné des garanties de rigueur pour expliquer notre rapport nature/culture au regard d'une anthropo-bio-sociologie. Nous pensons que l'animation et le travail médico-social dans son ensemble ont tout à gagner d'une approche qui spécifie l'humain en privilégiant un mode explicatif, qui met à distance la tendance au positivisme. Nous mettons la *divergence* au premier plan de l'échange, même si nous ne restons jamais, sauf pathologie, sur cette singulière abstraction que nous cherchons toujours à combler pour mettre en commun et effacer nos différences. A la « triangulation », nous opposons la *déconstruction* qui permet de rapporter les phénomènes aux causes, au sens de *causalités* qui les déterminent. Nous pensons que ce cadre logique explicatif est une manière de lutter contre l'anthropomorphisme qui nous fait ramener l'autre à nous-même.

De fait, nous cherchons à dépasser une grille de lecture qui psychologise les rapports sociaux. Poursuivons avec Francine Grelier, qui, à partir de ces données, propose une analyse institutionnelle. Elle repère ce qui est institué en tant que système symbolique de valeurs et de normes qui incarnent les acteurs ; et le changement institutionnel, qui vise à changer les représentations pour instituer de nouvelles normes. *« Le changement de significations implique conflits ouverts entre instances internes et externes, la transformation de leurs relations, et des perspectives pour qu'il y ait autodétermination et autonomie pour produire ses propres normes. »* De fait, elle pose l'institué, comme résistance au changement et définit ainsi son hypothèse :

> *« Mon hypothèse est que la jonction ne se fait plus pour s'alimenter et se débattre mutuellement entre projet instituant de l'instance sociopolitique chargée de définir la mission et de concevoir les orientations de l'action, et l'organisation instituée des moyens sociotechniques qui interprètent et incarnent les fins. Alors que la mise en relation dialectique, la mise en avant des logiques contradictoires*

entre organisation et institution peut être porteur d'énergie dans l'amélioration nécessaire de la capacité gestionnaire et dans la régulation des divers échanges. En instituant de nouveaux champs de parole et d'écoute, pour s'entraîner collectivement au diagnostic participatif, pour apprendre à dire son point de vue, pour participer à la prise de décision, il faut réinterroger ce qui est institué, traiter ces questions de résistance au changement, parler de la finalité du changement en soi. La dynamique sociale est toujours contradictoire : entre la volonté d'émancipation d'une part, et la demande d'institutionnalisation d'autre part qui induit le risque d'être un agent de contrôle social, de réparation et de conformation à la consommation éducative et culturelle ». (Grelier 2010, p.95)

L'auteur met en relation dialectique, en dynamique contradictoire, l'institué de l'organisationnel et l'instituant de la démarche participative. De fait, elle pose le débat contradictoire au cœur de la dynamique de formation. Selon Francine Grelier l'éducation est un paradoxe entre le normatif et l'émancipatoire et la dialectique est à rééquilibrer continuellement. D'où l'intérêt d'entrainer les apprenants à une démarche participative qui vise à donner son point de vue et à participer aux prises de décisions, pour interroger les résistances au changement et la finalité de cette transformation. Pour Francine Grelier chaque individu construit son identité selon deux processus :

1. *« Un ajustement conformiste des comportements individuels pour respecter les normes sociales, une identification au groupe d'appartenance pour la préparation à jouer des rôles, une modélisation hétéronome et uniformisante pour l'assimilation sociale. »*

2. *« Un processus d'individuation, de différenciation, le développement de l'autonomie et de la conscience individuelle par rapport aux valeurs collectives, une socialité au quotidien y compris à la marge, en s'autorisant des micros pratiques, en inventant des cultures alternatives ».* (Id. p.116)

Nous retrouvons dans cette définition de l'identité, la résistance aux rôles et aux normes sociales, telle qu'elle est mise en scène dans la sociologie interactionniste de Goffman. Pour assurer l'équilibre entre excès d'identification avec le risque d'embrigadement et de participation imposée et excès de différenciation avec le risque de marginalité et de stigmatisation, Francine Grelier mise ou parie sur la conscientisation des rapports de pouvoir, que la démarche participative ne peut manquer de faire émerger. On retrouve ici, l'accent mis

sur la conscientisation au sens d'une subjectivité réfléchie, au détriment d'une explication par le principe d'altérité. Nous pensons que notre approche de la personne, toujours potentiellement en conflit avec elle-même et les autres, divisée entre un pôle naturel et un pôle culturel, nous préserve de cette confusion qui positive à la fois l'identification et la différenciation.

Francine Grelier élabore sa recherche comme un travail réflexif sur sa propre pratique d'animateur formateur. En mettant l'accent sur la conscientisation, elle réfléchit sur les représentations du métier et de fait, passe à côté, selon nous, de ce qui fait le métier en tant que pouvoir de répondre d'autrui. Reconnaître le métier dans l'exercice de la paternité, au sens anthropologique du terme, ce n'est pas s'affilier au paternalisme au sens d'un positivisme. Pour Francine Grelier la transformation sociale n'est possible que dans la positivité de l'interaction et de la conscientisation.

> *« La conscience de l'expérience, en tant qu'intuition sensible des phénomènes, n'est pas une connaissance objective, mais une construction conscientisée dans la réflexivité de l'intersubjectivité. Les autres sont autant de miroirs réfléchissants, avec des intentions et des désirs différents qui obligent à préciser sa propre position et son argumentaire. (…) Pour Paolo Freire, le dialogue en groupe permet une action réflexive et critique pour conscientiser son rapport au monde et appréhender ce qu'il y a à changer dans cette réalité, pour s'émanciper des oppressions. »* (Grelier, 2010, p.188-189)

La praxis est comprise ici comme une relation dialectique entre l'action et la réflexion, et où l'action repose sur la réflexion critique et la réflexion critique se fonde sur la pratique en tant que vécu intersubjectif. La démarche participative est alors perçue comme un moyen de développement personnel et social, alors que, selon nous, elle est au cœur du processus d'institution en tant que principe permanent qui oblige, sans fin, à s'acquitter de sa dette envers autrui. De fait, Francine Grelier catégorise ses données dans les thématiques de dysfonctionnements, en fonction de ce qu'elle en comprend, ce qui tend, de notre point de vue, à ramener l'autre à soi et à clore le savoir sur lui-même. Nous suggérons qu'il s'agit là d'une visée explicative mythique car le phénomène, en tant que tel, n'est pas rapporté à la causalité qui le détermine. Nous retrouvons une réification de la subjectivité, tel que nous l'avons repéré chez les sociologues cliniciens. De fait, nous retrouvons chez Francine Grelier une forme de continuité ontologique de « praticien réflexif » entre le formateur et le chercheur.

Nous avons rapporté la subjectivité à cette forme d'empathie immédiate qui dépasse le mimétisme et la contagion ; et montrer que de ce point de vue toute subjectivité est une intersubjectivité, qui semble accessible à l'animal. Il s'agit de positiver la situation vécue par composition et comparaison contextuelle de données immédiates. Nous l'avons distinguée de l'empathie thérapeutique, qui humainement est une *traduction* réciproque entre le clinicien et le patient. Ce qui implique que chez l'homme, la communication n'est jamais immédiate mais relève d'une incompréhension mutuelle. De fait, la démarche compréhensive ne conduit-elle pas à une dispersion explicative, qui, au lieu d'unifier le savoir, le diffracte dans une multiplicité d'appartenances ? Si chacun théorise son réel, cela participe au flou conceptuel et vient contrecarrer, ce que, précisément, la visée scientifique cherche à élucider par unification. La démarche psychosociale compréhensive ne vient-elle pas faire frein à une élaboration théorique et scientifique de l'humain ? Nous pensons qu'elle doit être prise pour ce qu'elle est, au mieux, une forme de contradiction sociale, au pire une forme de naturalisation du monde. Dans les deux cas, elle se distingue d'une visée scientifique, car s'il nous faut distinguer la *personne* de la *norme*, il importe également de ne pas confondre *nécessité sociale* et *nécessité explicative*. C'est tout l'intérêt d'une anthropologie que de tenter de repérer les différents contours et médiations de notre humanité.

Du point de vue de la formation, nous voyons dans l'analyse de pratique, en tant que méthode d'intervention, une addition de points de vue qui tend à mettre la parole des uns et des autres au même niveau d'interprétation et de conseil. Ce qui, selon nous, peut tendre, sans un cadre conceptuel précis et rigoureux, à une analyse de type « psychologie de comptoir » où chaque participant pose son interprétation des faits qui *causent* problème. Ce qui contribue dans le même temps à la déhiérarchisation des savoirs. D'autre part, en rapportant l'analyse de pratique à une méthode de résolution de problème, on oblige le professionnel à mettre l'accent sur la plainte et la demande de conseils. Il y a selon nous une forme de psychologisation à rapporter les faits de métier à des ressentis douloureux ou à la mesure d'un idéal. « *Parce qu'il a trouvé la situation vécue signifiante, qu'elle était restée enkystée dans son histoire professionnelle et qu'il ne l'a pas vraiment comprise, elle sera analysée par le groupe.* » Au regard de notre clinique, nous ne pouvons plus confondre l'idéal qui s'infiltre dans le métier, quel qu'il soit, et ce qui fonde le métier.

Lorsque la problématique est posée, chaque participant est appelé à interpréter les faits selon sa propre logique et son propre savoir intuitif. Ce qui est source de confusion pour le porteur de cas, plus que d'éclairage sur le métier. Nous ne nions pas que ces modes de résolution de

problème, participent à l'apprentissage du débat démocratique, dans le sens où elles améliorent le style, au sens d'un savoir-faire argumentatif, qui oblige *« à préciser sa propre position et son argumentaire »* (Grelier). Elles participent également à relier les différents membres du groupe dans une collaboration commune à une même tâche. Elles rassurent l'apprenant en lui permettant une prise de distance sur son vécu professionnel. Si tous ces éléments ont leur importance dans la démarche d'apprentissage, nous doutons par contre de leur efficacité à expliquer la contribution du professionnel et la pertinence de son intervention sociale. Il ne s'agit pas pour nous, d'arguer en faveur de la suppression des analyses de pratiques, telles qu'elles sont mises en place dans les formations d'animateur et plus largement dans les formations des travailleurs médico-sociaux. Non, nous voulons juste en discuter le monopole, parce que nous pensons qu'elles contrecarrent l'élaboration épistémologique. Les savoirs ne sont pas tous équivalents et la contribution du sociologue n'est-elle pas de participer à l'élaboration d'un tiers-lieu où formaliser les questions des professionnels autrement ? Nous pensons, que la mise en problème des difficultés gagnerait à être rapportée à un principe explicatif qui les objective, au-delà d'une simple conscientisation des rapports de pouvoir qui met la focale sur l'abus de pouvoir.

Il s'agit de renouveler le regard des professionnels pour repenser leur pratique à partir d'une démarche à visée scientifique, qui s'appuie sur une analyse anthropologique. D'où la nécessité d'un tiers, qui permette de poser le problème autrement et par-là contribuer à fonder les limites de l'intervention ou tout du moins à mettre ses frontières en question. Nous ne pensons pas, que c'est la seule voie, mais c'est la seule, dans laquelle nous nous reconnaissons et cherchons à nous impliquer. Il ne s'agit pas pour nous de changer les représentations pour changer les normes, mais plutôt de changer la logique de l'intervention médico-sociale, pour qu'au-delà de la reproduction ou de la résolution de problèmes, elle participe de sa place à la production de savoir sur l'homme. Changer la logique de l'intervention médico-sociale peut-elle se passer d'une inscription contributive dans la formation des intervenants médico-sociaux ?

S'il y a de ce point de vue un déficit dans la formation des animateurs, nous pensons que celui-ci vient de la prégnance d'une approche psychosociale. Celle-ci contribue à faire obstacle à l'élaboration d'une clinique dont la vocation principale serait de susciter la recherche d'explications aux pratiques. Nous avons signalé, combien les professionnels étaient réceptifs au mode explicatif. Nous pensons qu'une anthropo-bio-sociologie, rapporté à la clinique du vieillissement, est une porte d'entrée politique pour accéder à l'agora des multiples appartenances, *« d'où la nécessité d'un modèle pour harmoniser, un tant soit peu, nos*

représentations du monde et donc des situations sociales. » (Dartiguenave, Garnier, 2008, p. 261) Dans cette perspective, nous allons proposer des pistes pour interroger la complexité de l'analyse de pratique de manière différenciée en nous absentant de son contenu. Une première analyse, se rapportera à *l'échange de service* et pourra servir de modèle à la contribution de l'animateur, au sens du service à rendre à autrui ; une deuxième analyse, se rapportera à *l'explication d'un problème*, ce qui pourra servir de base au diagnostic social des situations ; une troisième analyse rendra compte de *l'appréciation d'un problème* et pourra servir de modèle à la mesure des situations problématiques et à la prise de décisions. Enfin la quatrième se rapportera au *traitement du problème*, au sens d'une fabrication de solutions. Nous présentons ces analyses sous la forme d'un tableau.

L'analyse de pratique comme échange de service
L'analyse de pratique comme explication d'un problème
L'analyse de pratique comme appréciation d'un problème
L'analyse de pratique comme traitement d'un problème

L'analyse de pratique comme échange de services. Cette relation met en jeu deux types de rapports : d'une part, ce qui lie le présentateur de cas dans sa relation au formateur et aux autres apprenants ; d'autre part, le découpage des compétences des uns et des autres qui sont misent en jeu dans cet échange. Chaque interlocuteur possède un savoir qui lui est propre. Si le formateur a un savoir que le présentateur ne possède pas, ce dernier a un savoir sur la situation qu'il propose, que le formateur et les autres participants n'ont pas. C'est sur cette asymétrie des rôles et l'incompétence, c'est-à-dire l'ignorance imputée à l'autre, que fonctionne l'échange. C'est ce différentiel de savoirs qui détermine l'inscription de chaque participant *« dans une*

recherche d'un point de rencontre possible, c'est-à-dire dans l'identité d'une demande d'un service à co-construire : ce service-là et pas un autre, nécessairement nouveau par rapport à la demande initiale. » (Guyard 2009, p. 42) Le porteur de cas, en répondant aux questions posées par les autres participants, voit sa demande transformée par l'échange. Ce qui laisse entendre une altération entre la demande initiale et la demande reformulée après échange avec le groupe. Pour autant, l'anthropomorphisme, qui singularise et sépare, est toujours à l'œuvre pendant l'échange et chaque participant construit son propre évènement. Si le présentateur de cas est plus sensible à son histoire personnelle, les autres apprenants recherchent, dans les propos du porteur de cas, ce qui est identique et différent à leur propre situation. Pendant ce temps-là, le formateur est plus sensible aux perspectives et théories pédagogiques, sur lesquelles il cherche à mettre l'accent.

> *« Chacun trouve chez l'autre de quoi alimenter son propre scénario, retenant les faits qui peuvent y trouver une place et négligeant ceux dont il ne saisit pas la nécessité. »* (Guyard, 2009, p. 43)

De sorte que l'évènement ainsi raconté n'est pas le même pour les uns et pour les autres. Il y a dans l'échange une appropriation réciproque de ce que l'autre vit et dit. C'est ce que nous laissait précédemment entendre, une de nos enquêtées : *« même si ce n'est pas ta problématique, tu en ressors toujours avec des choses. »* C'est cette appropriation/désappropriation par le porteur de cas, qui transforme sa demande initiale et co-construit avec les participants le service à rendre. Ce différentiel de savoirs détermine le porteur de cas, les autres apprenants et le formateur à s'inscrire dans une recherche de points communs. Cette inégalité des savoirs fait que socialement, sur le versant identitaire, nous n'existons que de ne nous différencier de l'autre que nous ne sommes pas. Face à ces frontières identitaires, nous retrouvons sur le versant contributif, une distribution des responsabilités qui résulte, non pas d'un différentiel, mais d'un découpage des compétences spécifiques. N'oublions pas que le rapport à l'autre et cette relation à autrui sont les deux faces du même processus d'institution. Ce pôle instanciel abstrait de la personne est politiquement contredit par la mise en œuvre concrète du contrat social. On peut donc dire, que l'analyse de pratique constitue sociologiquement une collaboration, raison spécifique, qui met en jeu la capacité à négocier les différences et frontières identitaires et contributives. Cette analyse de l'analyse ne pourrait-elle pas servir de modèle à la contribution de l'animateur et plus largement du travailleur médico-social ? Lorsque nous parlons de modèle, il ne s'agit pas de reproduction mais de modèle logique pour penser le social, au-delà de ce que nous en comprenons. D'autant que cette raison spécifique est elle-même recoupée

par des contraintes incidentes. Rappelons, qu'il s'agit ici d'une *contribution* pour *expliquer* une situation problématique, qu'il s'agit également de *prendre la mesure* d'un problème et dans le meilleur des cas de *trouver des pistes* de solutions.

L'analyse de pratique comme explication d'un problème. Ici le porteur de cas doit rapporter des faits, pour autant il n'est pas sans raisonner sur ces faits-là. Dire les faits c'est déjà raisonner et rechercher la cause du problème. Le problème en termes de diagnostic logique ne relève plus du déterminisme social. Ce qui se joue là c'est la mise en cohérence c'est-à-dire qu'il s'agit de ramener les données observables à un minimum de principes explicatifs. Le porteur de cas n'est plus dans l'échange de savoir mais bien dans une précision/imprécision qui l'oblige à inscrire le problème avec des mots dans un raisonnement explicatif. *« Les locuteurs doivent composer avec l'ambiguïté du langage, la polysémie, qui résulte de la non coïncidence entre les mots et la réalité. »* (Guyard, 2009, p. 48) La raison explicative vient croiser la raison sociologique car la reformulation va s'appuyer sur les questions des autres participants et le problème va se préciser petit à petit à plusieurs voix. Ce qui permet de définir progressivement le problème à traiter et de se rendre compte qu'au final, on ne sait plus très bien qui a dit quoi.

L'analyse de pratique comme appréciation d'un problème. Il s'agit là d'un jugement critique pour construire la bonne mesure du problème éprouvé. Il s'agit de passer du problème, en tant que phénomène, à l'*appréciation* du problème. S'il s'agit toujours d'interlocution, celle-ci est bornée par ce qui est éthiquement acceptable de dire. A la dramatisation mise en jeu par le porteur de cas, répond la pondération des autres participants qui cherchent à évaluer le problème, sans se perdre dans la compassion. *« En somme, la compassion humaine relève davantage d'un discours de la méthode que de l'empathie spontanée. »* (Id. p. 59) De fait, la mesure du problème s'évalue dans la plainte elle-même et la façon de la contrôler. Il y a dans le discours, c'est-à-dire dans l'interprétation du phénomène, un équilibre à trouver entre l'exigence morale de la retenue et la pulsion plaintive. La plainte revient à évaluer la perte et à prendre la mesure de ce à quoi il convient de renoncer. Le discours introduit cet entre-deux, cette distance ou abstinence, qui empêche de dire sans retenue. L'analyse de pratique inscrit les participants dans une contribution mutuelle *« dans laquelle chacun s'efforce de trouver dans le discours de l'autre matière à interpréter, c'est-à-dire des raisons, plus ou moins avouées de s'inquiéter ou à l'inverse de retrouver une certaine quiétude. »* (Id. p. 62) Il s'agit pour les interlocuteurs d'élaborer des éléments d'appréciation communs, du problème à résoudre. Pour autant, ici aussi, la plainte de l'un va venir interroger la plainte de l'autre à la recherche de la juste mesure. Si le problème existe, il s'agit de l'évaluer progressivement et les participants ne

peuvent l'évaluer que dans la plainte du porteur de cas, qui est amené à mesurer ce qu'il a perdu. Si par déception, cela se mesure sous l'angle de la perte, cela peut aussi se mesurer sous l'angle de la culpabilité, si le porteur de cas n'a pas assez payé. L'échelle d'appréciation n'est pas extérieure à la plainte mais en constitue l'un des principes d'élaboration. De fait, de cette élaboration, *« là encore, il devient nécessaire de distinguer deux raisons, l'une critique et l'autre sociologique. La raison critique vise éthiquement à construire l'épreuve à endurer et à prendre la mesure du mal, et l'autre raison, sociologique, vise à élaborer contractuellement des éléments d'appréciation communément recevables. »* (Id. p. 62) S'il y a accord entre les participants, celui-ci va se construire à partir d'une échelle d'exigence qui donne méthodiquement la mesure aussi bien d'une situation idéale que celle d'une situation dramatique. Il s'agit-là de la capacité de chaque participant à *apprécier* ensemble la situation.

L'analyse de pratique comme traitement d'un problème. Il s'agit ici de coopération où deux raisons s'entrecoupent, l'une est technique et suppose la capacité des participants à interroger l'efficience d'une stratégie d'action. Ce qui sous-entend la capacité à ne pas confondre les effets des différentes actions à mettre en œuvre. L'autre est sociologique puisqu'il s'agit de contribuer collectivement au traitement d'un problème, non seulement de manière stratégique mais aussi de manière socialement acceptable. Quelques soient les actions proposées, elles deviennent l'enjeu d'une dynamique d'appropriation de la part du porteur de cas. Dans l'après-coup de l'analyse de pratique, celui-ci pourra au maximum, faire à la lettre ce qui a été retenue lors de l'échange et au minimum, ne pas en tenir compte. L'un des participants peut également s'approprier cette stratégie d'action et l'utiliser pour sa propre problématique. S'il est important que cette action soit socialement négociée, axiologiquement légitimée, il convient aussi qu'elle soit techniquement maîtrisée. Ce qui permet de considérer le problème sous un angle strictement technique, sous l'angle des actions à mettre en œuvre. Par exemple, s'il s'agit pour traiter le problème de mettre en place une réunion spécifique entre certains acteurs, encore faut-il être en capacité technique de mener cette réunion, au sens d'un savoir-faire et axiologiquement, se sentir légitime pour le faire.

Ce qui va, selon nous, plus loin que ce que dit Francine Grelier qui tend ici à positiver l'interaction : *« Il formule sa question après avoir contextualisé la situation, décrit l'état des lieux, et il la reformule après avoir été interviewé par le groupe qui l'aide à mieux l'expliciter. »* (Grelier) Distinguer *l'échange de service*, *l'explication d'un problème, l'appréciation d'un problème*, *le traitement d'un problème* prend toute son importance pour l'animateur et plus

largement pour tous les travailleurs médico-sociaux, qui sont souvent pris dans un ethnocentrisme politique.

> *« Le problème ne se pose pas ici de manière idéologique mais sociologique. La politique tendra toujours vers l'uniformité, puisqu'elle tend à naturaliser ce que l'ethnie à acculturé. La recherche de la communauté à jamais perdue exige cette quête d'universalité. Mais le consensus n'est pas synonyme d'impérialisme et on peut y tendre par l'approche empathique d'autrui. »* (Dartiguenave, Garnier, 2008, p. 171-72)

A contrario de la méthode compréhensive, notre clinique explicative cherche à se défendre d'un trop plein de compréhension. Nous pensons que la référence à un cadre conceptuel précis et rigoureux est une voie pour dépasser la multiplicité des points de vue. Si chacun de nous a la capacité de théoriser son réel, n'avons-nous pas intérêt à nous mettre d'accord sur un modèle abstrait qui soit garant de l'ensemble des processus, qui nous spécifie en tant qu'humain ?

3. De la spécificité humaine

Si la démarche compréhensive se joue dans une « intersubjectivité », nous pouvons en déduire que c'est une forme de relation qui a tendance à fusionner avec l'autre. De fait, l'identité professionnelle ne passe pas par la conscientisation de soi, mais par le vide de soi, qui nous fait nous reconnaitre différent et complémentaire de l'autre en réciprocité avec autrui. Dans notre approche clinique, nous avons cherché à nous dégager de la superposition loi et norme. Pour nous détacher de cette tendance, nous avons de manière systématique et à notre mesure, autrement dit, tant bien que mal, rapporté les dysfonctionnements à la cause qui les détermine. C'est ce détour systématique par les processus anthropologiques qui nous a permis de donner un statut à notre savoir sur la personne vieillissante en le formalisant au regard d'une anthropo-bio-sociologie. Notre approche procède de l'élaboration d'une démarche de connaissance explicative sur l'aptitude humaine à la culture et plus précisément, en tant que sociologue, à la culture associative.

Si la culture est à entendre comme une aptitude particulière que permet la biologie de notre espèce, l'articulation des deux modes explicatifs a son importance pour rendre compte de la spécificité humaine. L'articulation du biologique et du culturel, pour le sociologue, relève de la dialectique du sujet et de la personne en tant que principe anthropologique d'institution. La

démarche explicative n'est pas là pour résoudre des problèmes sociaux, même si dans le même temps elle permet un éclairage sur ce qui fait « symptôme ». Dans notre démarche sociologique, il ne s'agit pas de résoudre des « conflits de valeurs » mais plutôt d'expliquer ce qui rend le conflit possible en la personne comme situation d'interlocution qui résiste. Ce conflit, en tant que désaccord peut aussi bien se jouer sur des valeurs, que sur des usages, des actions ou des idées. La question n'est pas là, mais nous préférons le terme d'exigence à celui de valeur, car ce dernier, à nos yeux, ne rend pas compte du principe axiologique qui rend le rationnement possible. Notre exigence à dissocier le social de l'éthique, nous donne des garanties de rigueur pour comprendre les phénomènes de médiation, qui permettent à l'homme d'appréhender son monde. Si le conflit s'inscrit dans la divergence, il n'empêche qu'il ne s'y réduit pas puisque la dialectique fonctionne en permanence. C'est bien parce qu'il y a de la différence identitaire, que la personne est amenée à négocier pour s'accorder avec l'autre.

Si nous pensons que la clinique anthropo-bio-sociologique de la personne vieillissante peut s'autoriser une observation *in situ* dans les établissements médico-sociaux. Il nous revient par notre implication d'en organiser la possibilité historique. Et là, de fait, nous rejoignons la praxis émancipatoire, car en tant que chercheur nous ne sommes pas hors du jeu social. Nous ne pouvons pas sortir de la dialectique relative au devenir et à l'histoire, sans nous couper de notre humanité. Ceci dit, cette anthropo-bio-sociologie est loin d'être élaborée et c'est l'objet de cette troisième partie que de chercher des pistes pour la faire advenir. D'où notre démarche qui consiste, en tant que chercheur, à repérer les obstacles épistémologiques et sociologiques qui la freinent.

Nous nous mobilisons pour défendre un débat qui soit productif de savoir sur l'humain car nous sommes convaincus que l'homme est analysable selon des principes permanents qui le spécifient. L'anthropo-bio-sociologie est, selon nous, une voie pour repenser le biologique et le culturel dans la contradiction qui leur est propre. Puisque nous pensons que le débat sur la nature et la culture n'est pas clos, il importe de poser les principes de construction qui le sous-tend. La prégnance d'une lecture biologique du monde social nous y invite fortement. Cette seule variable explicative n'est pour nous pas tenable car elle exclue la dialectique humaine. Les problèmes sociétaux, abordés sur le versant environnemental, se donnent pour mission de transformer dans une visée de progrès, nos comportements. Ils laissent ainsi au second plan les dynamiques politique, économique et sociale. Le biologique, qui ne dépasse pas la dimension comportementale, est un obstacle épistémologique qu'il convient de circonscrire. C'est pourquoi, il convient de s'entendre sur les termes « biologique » et « sociologique » même si

aujourd'hui, la personne tend à disparaitre au profit d'un rapport entre le social transhumanisme biologique et la machine.

En nous interrogeant sur les savoirs qui irriguent le monde de la gérontologie, il convient de nous positionner dans le champ épistémologique. Nous allons poursuivre avec l'ouvrage de Philippe Crône "Animer en humanitude" (2017), qui nous offre de quoi prolonger notre argumentaire. Nous pourrons ainsi compléter notre critique relative à la formation des animateurs dans le secteur gérontologique et repérer les obstacles et dérives épistémologiques. Dans l'introduction de son ouvrage, l'auteur nous raconte son parcours d'animateur en maison de retraite. En 1991, lors de sa formation au Brevet d'Etat d'Animateur Technicien de l'Education Populaire, la découverte de Carl Rogers amène Philippe Crône à poser la citoyenneté, comme mission essentielle de la démarche socioculturelle. Cependant, il nous fait part de son questionnement sur l'animation et de son désarroi face à la maladie d'Alzheimer et à l'univers de la démence.

> *"Si l'établissement était devenu une référence de vie sociale, mes collègues me faisaient remarquer que je m'occupais toujours des mêmes. Et ils avaient raison : il y avait bien une partie de la population de la maison de retraite qui passait à côté de l'animation, ceux qu'on appelait les "déments séniles". Je me défendais en leur disant que l'animation c'est faire du lien entre les gens, mais comment faire pour ceux qui ne sont même plus capables de faire du lien avec eux-mêmes ? Je n'avais pas la conscience tranquille à les délaisser, mais je pensais que c'était une affaire de pathologie, et donc de soignants."* (Crône, p. XVII, 2017)

A la fin des années 1990, l'auteur prend contact avec Rosette Marescotti et Yves Gineste, qui développent une approche de la bientraitance en établissement à partir de ce qu'ils nomment "la philosophie de l'humanitude". Depuis 2006, Philippe Crône propose des formations aux établissements dans le cadre de l'institut Gineste-Marescotti « pour éclairer la philosophie d'humanitude par le versant vie sociale et animation. » Dans son ouvrage « Animer en humanitude » (2017), il développe ce qu'il nomme « l'animation solidaire » qu'il fait reposer sur une « dynamique de vie », qui doit profiter au plus grand nombre par « l'ambiance socio-émotionnelle » qui s'en dégage. Il invite l'animateur à rechercher le « profil sociorelationnel » de chaque personne accueillie dans l'établissement. Il définit ainsi trois « profils sociaux » :

- « Les acteurs sociaux » qui sont force de dynamique sociale et de propositions
- « Les consom'acteurs » qui participent avec stimulation

- « Les consommateurs », personnes démentes ou grabataires qui sont dans l'incapacité de projeter leur désir et qui dépendent totalement de l'ambiance sociale environnante.

Selon l'auteur, l'animateur doit, dans le cadre du projet d'animation, déterminer les « profils sociaux » des résidents pour mettre en place le projet d'accompagnement socioculturel personnalisé.

- En ce qui concerne les « acteurs », *« chaque désir doit déboucher sur une proposition d'action d'animation de groupe, et chaque action d'animation doit dégager une dynamique pour l'ensemble des adultes âgés de l'établissement (animation solidaire). On va donc les accompagner dans une démarche citoyenne. »* (P. 94)

Cette démarche, dite citoyenne, consiste à respecter et à inciter l'accès au propre choix. Une fiche d'accompagnement socioculturel, formalisée à partir des projets à long terme, des projets à court terme et des activités souhaitées doit être intégrée au projet d'accompagnement personnalisé. Nous repérons ici comment « l'acteur » est assimilé à un individu désirant, au détriment de la personne, en tant que principe d'institution, en tant que capacité à contracter l'échange et à en assumer la responsabilité. Le désir se doit d'être totalisant et englobant « pour l'ensemble des adultes âgés de l'établissement ». Si l'animation solidaire est une animation pour tous, ne se présente-t-elle pas au détriment du principe de classement qui nous fait humain ?

- En ce qui concerne les « consom'acteurs », il s'agit pour l'animateur de mettre en place une stratégie d'adaptation sociale non directive. *« La stratégie d'adaptation sociale est un accompagnement personnalisé subjectif d'une situation d'isolement à une dynamique de groupe. »* (P. 94) La fiche d'accompagnement relationnel doit être intégrée au projet d'accompagnement personnalisé. On doit y retrouver le nom de l'activité proposée, les préparatifs, l'engagement pluridisciplinaire, un échéancier de quatre semaines formalisant les différentes étapes de la stratégie d'adaptation sociale, qui conduiront la personne de l'isolement à la dynamique de groupe. L'évaluation de cet accompagnement se fait à partir d'une fiche de suivi de stratégie interne au service animation. Elle comprend pour chaque activité : nom de l'activité, date de l'évaluation rappel des objectifs, indicateurs d'adaptation.

Le « consom'acteur », est repéré ici, selon une appréciation sur des comportements observables, qui, ne se préoccupe pas des processus en jeu. Est posé ici une vision mécaniste et

quelque peu naïve des rapports sociaux ou l'accompagnement relationnel est technicisé. « La stratégie d'adaptation sociale » doit permettre de passer d'une situation d'isolement à la « dynamique de groupe ». Plutôt que de mettre l'accent sur l'activité, nous pensons qu'il y a tout intérêt à rapporter l'accompagnement au principe de responsabilité, qui nous fait répondre d'autrui. C'est peut-être ce que tente de faire Philippe Crône, lorsqu'il définit « la stratégie d'adaptation sociale » par la notion « d'accompagnement personnalisé subjectif », qui n'est pas sans lien avec la démarche compréhensive. L'instrumentalisation qu'il fait de l'évaluation, si elle n'est, pour nous, pas tenable, va de concert avec les directives de traçabilité de la Haute Autorité de Santé. La formalisation de cette évaluation, sous forme de fiches évaluatives apporte dans le même temps, une caution magique au formateur, alors même, que ces fiches de « suivi de stratégie » sont inutilisables en situation réelle.

- En ce qui concerne les « consommateurs », *« l'altération des capacités cognitives, perturbe l'aptitude à analyser et à se projeter au-delà de quelques secondes, ce qui transforme les personnes atteintes de ces pathologies cognitives en éponges sensorielles. Leur vie n'est guidée que par leurs émotions, sans analyse, sans calcul, sans raisonnement, juste le ressenti positif ou négatif d'une ambiance qui leur dit que la vie est plaisir ou enfer. »* (P. 98) Il s'agit alors pour l'animateur de faire des émotions un outil d'accompagnement. L'évaluation du bien-être de la personne se fera au regard d'une fiche pluridisciplinaire de permanence d'attention, pour mettre en évidence les ruptures de rythme qui sont susceptibles de provoquer des « comportements d'agitation pathologique ».

Nous convenons avec Philippe Crône, que certains comportements problématiques sont liés à l'environnement immédiat et à la manière dont chaque professionnel va passer le relais. Ces ruptures de rythme sont souvent la source de confusion et d'agitation. Pour autant, cette fixation sur l'émotionnel empêche de reconnaître la personne démente dans sa complexité. L'auteur conclu ainsi son ouvrage : *« J'ai trouvé dans la philosophie de l'humanitude cette harmonie, où chaque professionnel, chaque service, chaque action étaient au service d'une même mission, prendre soin des personnes fragilisées. »* (p.101)

Pour Philippe Crône, il n'y a pas d'animation sans philosophie de soin, posée comme l'ossature fondamentale sur laquelle s'appuyer dans sa relation à la personne fragilisée. Une philosophie positive qui englobe tous les professionnels et enveloppe tous les métiers de manière indifférenciée. La rencontre avec « l'humanitude » apparait, dans l'histoire de Philippe Crône, comme un idéal déculpabilisant pour faire face aux troubles de la personne vieillissante. Et si

l'accent, mis sur les désirs, les émotions, les envies, ne servait qu'à masquer l'angoisse existentielle ? N'est-ce pas ce déni, qui laisse penser que tout est gérable, canalisable, que dans le domaine de l'animation toute personne devient « casable » dans un des « profils sociaux » et que toute intervention devient calculable, mesurable, évaluable ? Nous pensons que l'évaluation vient ici combler le manque de sens et a pour fonction de rassurer l'animateur dans son action. L'évaluation vient professionnaliser l'animation au regard des autres professionnels. Et si « la philosophie de l'humanitude » ne servait là qu'à contrer ce morcellement du savoir, que nous évoquions précédemment ? Philippe Crône, ne trouve-t-il pas dans « l'humanitude » son approche globale de la personne dans une continuité de traitement entre le soin et le social ? Ce qui, selon nous, participe à cette recherche de sens toujours présente chez les travailleurs sociaux.

Nous ne reprochons pas à l'auteur de l'ouvrage « animer en humanitude » de tenter une approche par les « profils sociaux », même si nous ne partageons pas sa manière de faire et ses catégorisations. Nous pouvons même y voir une façon de se démarquer de la « méthodo Gineste-Marescotti ». Cette dernière rapporte l'humain aux « piliers d'humanitude », que sont la parole, le regard, le toucher et la verticalité et prône une approche plus humaine de la personne vieillissante. Philippe Crône, de son côté, propose sa base « d'animation solidaire » et tente, à sa façon, de rendre compte du social dans le soin. Cependant, bien que l'auteur relate dans son ouvrage des anecdotes et expériences de terrain que bien souvent nous partageons, nous pensons que son approche, empreinte du courant de pensée qui la façonne, ne parvient pas à poser les frontières du social. La naturalisation des rapports sociaux, noyés dans une animation solidaire et harmonieuse, n'est-elle pas la recherche vaine d'une communauté idéalisée ?

Nous pensons que l'approche par « l'humanitude » est un frein pour penser l'humain dans sa complexité. Paradoxalement, cette approche contribue à la négation de l'humain et à son confinement sur le versant animal. Nous pensons que cette tendance naturaliste, qui imprègne le secteur gérontologique, est un obstacle à l'autonomisation d'une démarche explicative. Frein épistémologique, par sa méfiance vis-à-vis des systèmes explicatifs et théoriques, elle prétend à la scientificité par l'évaluation des techniques de soin et d'activités. Il s'agit d'une visée qui contribue à élaborer une idéologie fondée sur les affects et un enseignement fondé sur la compassion. Aucune négativité ne vient contrer la positivité d'une animation solidaire, garante d'un bien-être idéal pour tous. Nous pensons qu'une approche sociologique, et nous touchons là le cœur de notre propos, ne peut se passer d'un cadre conceptuel qui différencie le sujet et la

personne. Notre approche clinique de la personne vieillissante, nous a ouvert une voie explicative qui nous apparait féconde pour l'élaboration d'une anthropo-bio-sociologie et nous sommes convaincus de sa légitimité à entrer dans le débat. Dans son article « La philosophie de l'humanitude : rupture ou continuité ? » Michel Cavey, gériatre et psychanalyste, nous offre une piste de réflexion à laquelle nous ne résistons pas.

> *« La notion d'"humanitude" pose problème. Ce que j'en ai compris, c'est ceci : "l'humanitude", c'est l'ensemble de toutes les particularités qui permettent à l'individu de se reconnaître comme faisant partie de l'espèce humaine. Il y a des animaux qui vivent en troupeau, d'autres qui vivent en groupe, d'autres qui vivent seuls. L'homme est un animal social : il ne vit pas en troupeau, mais il ne peut vivre seul ; il vit en groupe. Reconnaître l'autre, c'est l'accepter comme membre du groupe. Tous les animaux disposent de signaux qui leur permettent de se reconnaître entre eux. Chez les humains, ces signaux sont notamment de cinq ordres différents ; il y a le regard, la parole, le toucher, la verticalité, le vêtement, tout cela aboutissant à un sixième ordre : la socialisation.*
>
> *Seulement, quand on a dit cela, on a parlé d'une discipline qui porte un nom : l'éthologie. Et c'est l'immense apport de la "métho" que de rappeler qu'un soin qui fait l'impasse sur l'éthologie humaine a toute chance, surtout chez le dément, de ne pas être un soin adapté. Et c'est là que la solution devient un problème. Car ce qu'on décrit sous le terme d'"humanitude", c'est simplement (si j'ose dire, car c'est énorme) ce par quoi l'homme est un animal comme les autres. L'homme est un animal qui humanise ses enfants, tout comme la vache vachise son veau et tout comme la chatte chattise ses chatons.*
>
> *Et justement tout l'effort de la pensée humaine est sur cette question : l'homme est-il réductible à un animal comme les autres, ou bien est-il différent, a-t-il un autre statut ? »* (Cavey, 2008)

C'est tout l'objet de notre thèse que de chercher à pousser le plus loin possible ce questionnement. En suggérant une approche diffractée et dialectique de l'humain, nous ne prétendons pas à la vérité, mais nous allons plus loin que la simple « humanitude » naturelle et rendons ainsi à l'homme, au-delà de sa complexité, sa différence culturelle.

Continuons notre réflexion à partir de l'entretien de Franz de Waal, éthologue, paru dans la revue « Sciences et Avenir » de janvier 2019. La journaliste Rachel Mulot conclut son entretien

par cette question : *« Que risquent les humains en niant leur part animale ? »* La réponse du primatologue est la suivante : *« S'imaginer que l'humain est totalement différent, unique, c'est nier l'évolution et divorcer de la nature. Mon travail consiste à changer cette perspective. »* (Franz de Wall, 2019) Pour nous, il ne s'agit pas de nier la part animale – puisque nous reconnaissons que celle-ci persiste en nous – mais de poser un seuil et de la différencier de ce qui nous fait humain. Pour ce faire, nous cherchons à rendre compte de ce qui fait rupture, de ce qui précisément « divorce » de la nature. En donnant un statut à une anthropo-bio-sociologie, qui sans parti pris, se fonde sur une dialectique nature/culture, nous pouvons envisager l'humain sous ses deux aspects : la configuration gestaltique et l'analyse culturelle.

Si le processus de traitement de l'environnement, par imprégnation gestaltique, nous incorpore à l'espèce évolutive, comme nous le démontre Franz de Waal :

> *« De nombreuses expériences attestent que cette « empathie émotionnelle » se retrouve chez tous les mammifères. Quant à « l'empathie cognitive », qui permet de comprendre la situation d'autrui, elle semble attestée chez des grands singes et des corneilles, même si c'est plus difficile à démontrer. »*

Le processus d'analyse, par appropriation culturelle, fait rupture et nous différencie de l'espèce, même si nous cherchons toujours à nous rapprocher, sans jamais l'atteindre, de ce paradis naturel à jamais perdu. Expliquer ce paradoxe n'est pas chose facile, la clinique met à l'épreuve le sociologue, comme l'éthologue, tous les deux, pris qu'ils sont, dans le social. Alors, pourquoi ne pourrait-il pas trouver cause commune, en se fondant sur une anthropo-bio-sociologie à élaborer ? Car si Franz de Waal, démontre l'imprégnation gestaltique animale, il démontre également, à son insu, la capacité humaine à l'expliquer, à la mettre en perspective, à l'élaborer et à la partager socialement. L'approche par la clinique de la personne vieillissante n'est-elle pas une voie fructueuse et innovante, qui ne peut qu'enrichir mutuellement les collaborations et remettre l'humain à sa juste place ? En posant l'exclusion au fondement du lien social, il ne s'agit pas d'être d'accord, il s'agit juste de chercher à parler de la même chose. En ce qui concerne le sociologue, il s'agit d'échanger sur l'humain à partir de sa capacité à faire société, tout en lui reconnaissant sa part d'animalité. Nous précisons nos concepts, nos différences pour confronter nos points de vue sur la question anthropo-bio-sociologique. S'il s'agit pour l'éthologue de pousser la perspective évolutionniste, sans rupture, à contrario, notre travail consiste à démontrer que l'homme en rupture, divorce de la nature. La perspective que nous proposons, même si elle va à contre-courant de la doxa ambiante, c'est de montrer que l'humain rompt avec l'animal par un processus de structuration tétramorphe.

Avant de poursuivre notre argumentaire, il convient ici de reconnaitre notre dette envers Philippe Crône, qui nous a formé à « l'animation en humanitude ». Nous lui sommes doublement redevable parce qu'il nous permet de nous positionner au niveau de la formation des animateurs et également dans ce que Gagnepain appelle « la politique du savoir ». Il s'agit ici d'une part à prendre, de l'ordre d'un devenir historique. Nous connaissons bien la philosophie de « « l'humanitude » car nous avons participé à la formation Yves Ginest (2004) que nous avons rencontré plusieurs fois à la résidence, ainsi qu'à la première formation dispensée par Philippe Crône (2006) ainsi que plus récemment à celle qui met l'accent sur le concept « d'animation solidaire » (2017). Nous la connaissons bien, car depuis quinze ans, nous observons une équipe qui se réfère à ses piliers dans le cadre de son accompagnement quotidien. Aussi nous devons à « l'humanitude » l'occasion de nous confronter et de prendre parti épistémologiquement pour remettre l'humain à sa place. Cette rupture et cet engagement à pousser plus loin nos questionnements, nous conduit à la controverse qui n'a pas d'autre but que de poser nos différences pour mieux collaborer dans l'élaboration d'un savoir sur l'humain. Cette critique peut paraître radical, mais elle n'a d'autre but que de fonder une alternative théorique et épistémologique aux impasses qui conduisent à la négation des processus anthropologiques.

Notre clinique de la personne vieillissante nous a contraint à distinguer deux niveaux de dysfonctionnement, l'un somatique et l'autre sociologique. En mettant l'accent sur le dysfonctionnement somatique rapportée à la maladie d'Alzheimer typique, nous avons révélé, en creux, l'analyse culturelle de l'appartenance et de la responsabilité. La leçon de Louise nous a permis de voir la personne vieillissante, au-delà d'un simple profilage « d'acteur, de comm'acteur et de consommateur ». Si cette typification a le mérite d'engager une équipe dans une discussion sur le social, elle se heurte à la manière dont chaque professionnel construit la personne dans sa relation de service. Ce qui contraint à préciser davantage les termes, à faire des sous-groupes, mais sans parvenir à rompre avec la doxa naturaliste.

Les éthologues ont, à n'en pas douter, beaucoup d'observations à partager dans l'élaboration d'une anthropo-bio-sociologie. Il s'agit d'aller plus loin que la contagion émotionnelle avec l'animal pour s'engager ensemble dans la recherche de nos spécificités humaines et plus précisément, pour le sociologue, de celle qui nous permet de faire société et d'échanger par-delà nos différences. De fait, pour dépasser la dichotomie du biologique et du social, il ne s'agit pas de donner successivement la priorité à l'un ou à l'autre mais bien d'assumer leur dépassement à partir de la notion de personne, qui anthropo-bio-sociologiquement nous définit

en tant qu'humain. La personne permet de dépasser le dualisme de l'individu et du collectif et notre approche clinique et expérimentale mise sur une meilleure connaissance de notre humanité.

Si la raison humaine est diffractée en plusieurs plans de rationalité, nous devons à Jean Gagnepain d'en avoir saisi le fonctionnement dialectique, qui permet de pousser l'explication des phénomènes sociaux, tout en préservant leur rapport naturel et culturel. Notre contribution, dans l'élaboration d'une anthropo-bio-sociologie, ne peut se passer d'un questionnement sur le normal et le pathologique puisque ce sont les dysfonctionnements qui permettent l'analyse clinique. Notre expérience nous a montré, qu'en poussant nos hypothèses le plus loin possible, nous pouvions prolonger nos questionnements en changeant d'analyse sans perdre l'unité logique de notre cadre explicatif. La clinique expérimentale, en observant les rationalités qui craquent, nous apparait féconde pour approfondir nos connaissances sociologiques. Nous devons reconnaitre notre dette envers ceux qui ont su articuler pathologie et lien social.

Dans le prochain chapitre nous allons interroger les identités professionnelles du secteur gérontologique. Nous partirons de l'idée sous-jacente, qu'il convient de distribuer les rôles en opérant un glissement des domaines de compétences sur les déterminismes anthropologiques. Nous chercherons à savoir si les spécificités de métier coïncident avec le découpage des rationalités à partir d'entretiens auprès de trois professionnelles : animatrice, ergothérapeute et psychologue.

DEUXIEME CHAPITRE Le savoir comme enjeu de métier

1. Les limites du métier d'animateur

Le métier d'animateur en établissement médico-social, et notamment auprès de la personne vieillissante, impose des interrogations nouvelles. Lorsque celui-ci s'exerce dans une unité spécifique, il met à mal le positionnement de l'intervenant qui se trouve confronté à des situations de dysfonctionnements relationnels. Ce qui n'est pas sans poser la question de la frontière entre le normal et le pathologique. Nous avons enquêté auprès d'une animatrice qui travaille dans une Unité d'Hébergement Renforcé. Nous cherchions à savoir, comment dans cette situation, elle identifiait son métier.

> *« C'est assez difficile finalement vu la population qu'on accompagne, moi comme je l'avais appris ou compris pendant ma formation … c'était en fait de pouvoir donner les moyens aux gens de continuer leur vie et de continuer à avoir des projets et les accompagner en fonction de leurs capacités, incapacités, pathologies etc. … Et c'est vrai qu'on se rend compte finalement quand on est sur le terrain, moi en plus sur une Unité d'Hébergement Renforcé, que le métier d'animateur socioculturel il a perdu un petit de sens quand même … Je l'entends un peu comme ça … dans le sens où faire émaner la participation, faire émaner les projets quand il y a toutes ces maladies qui entrent en jeu … »*

Les professionnels de l'animation dans le secteur gérontologique ne sont pas sans se rendre compte d'une incohérence entre ce qui se joue dans la formation et la réalité du terrain. Si l'appel au « projet participatif » est la marque de fabrique de l'animateur, il relève d'un pragmatisme où la participation est le moyen d'accéder au projet et le projet le moyen d'accéder au développement social. Le projet, qui a fait son entrée dans le médico-social avec la notion de projet de vie, vient ici renforcer l'idée d'une continuité d'existence, où il convient pour l'animateur de *« donner les moyens aux gens de continuer leur vie et de continuer à avoir des projets ».* Il est peu de dire, que la notion de projet ne permet pas de rendre compte, de ce qui précisément fait rupture dans l'histoire de la personne. La polysémie du terme n'aide pas à en préciser le sens et la notion de projet relève de plusieurs acceptions. Si ce terme renvoie aux possibilités d'organiser sa vie personnelle, nous devons reconnaitre que c'est loin d'être le cas des personnes qui vivent en établissement, et moins encore, de celles qui vivent en unité

spécifique. Les auteurs de l'ouvrage *« Rénover l'action sociale et médico-sociale. Histoires d'une refondation »* (2003), donne leur point de vue sur le projet individualisé :

> *« Le projet individualisé vient décliner au niveau le plus fin les prestations, services, interventions et accompagnements dont l'usager a besoin pour vivre, s'épanouir et si possible progresser*[29]*. Il est de nature différente d'un « projet individuel » tel qu'il émanerait de l'individu lui-même. Bien souvent les personnes aidées non ni projet, ni même de demande, ce qui pose à nouveau le problème de la contractualisation mais n'exonère pas les institutions d'accueil de l'obligation d'élaborer des projets individualisés, de manière à tenir compte des différences entre les besoins des individus. »* (Bauduret, Jaegger, [2003], 2005, p122)

Cette définition met de côté la participation de la personne à son projet, elle cherche à être claire et non ambigüe. Ici, nulle référence au registre axiologique du désir de la personne, nulle référence à son devenir historique. Seules les prestations, services, interventions et accompagnements sont pris en compte, ce qui n'est pas sans laisser perplexe sur les nouveaux modes d'accompagnement et de management du secteur. Ces auteurs se sont inspirés de la définition du projet, donné par le cabinet COPAS, qui conseille en pratique, analyse sociale et politique. Ce cabinet conseil, composé d'experts en situations sociales, a plus récemment développé son activité dans l'animation de groupe d'analyse des pratiques professionnelles en direction des cadres de l'intervention sociale.

> *« On peut ainsi s'inspirer de la définition donnée par le cabinet conseil COPAS, selon laquelle le projet individualisé implique que :*
>
> - *Des individus différents obtiennent des prestations différentes, en fonction de leurs capacités ou « compétences », leur état de santé, leurs motivations, leur situation familiale, leur âge, etc. ;*
> - *Les prestations offertes se modifient en fonction de l'évolution de l'individu dans les mêmes registres que ceux indiqués ci-dessus ;*
> - *Ces différences dans les prestations résultent de décisions explicites et méthodiques, en évitant les réponses arbitraires, les « différenciations*

[29] Certains textes réglementaires en préparation, tel celui rénovant l'organisation des instituts de rééducation, développent le concept de « projet personnalisé d'accompagnement »

implicites », « à la tête du client » ; ces décisions doivent être connues de tous, à commencer par les individus concernés.[30]

Le contrat de séjour ou le document de prise en charge définis à l'article L. 311-4 est la stricte traduction de ce type de démarche. » (Id, p. 122)

Il apparait, que le projet individualisé tel qu'il est présenté ici, se réfère davantage à une procédure de contrat, qui établit les règles du service à rendre dans la relation d'aide. Dans son article sur la construction juridique de la protection sociale, le juriste Robert Lafore y voit une instrumentalisation, qui, en mettant l'accent sur les différenciations sociales, rompt avec le solidarisme de la protection sociale.

« Au projet d'une sécurité fondée sur la mise en solidarité de l'ensemble de la société (universalisation de la protection professionnelle) par l'expansion des catégories d'ayants droit pourrait se substituer une vision différente, laissant jouer plus fortement les différenciations sociales et les situations individuelles qu'elles génèrent. » (Lafore, 2010)

Robert Lafore signale que la structure juridique de l'action sociale se déplace vers chaque personne et rompt avec la logique antérieure *« dans laquelle les principes d'équité et de non-discrimination tiennent lieu d'axes organisateurs »*. La logique de classement social ne disparait pas, mais à tendance à s'instrumentaliser en « projet de vie » ou « contrat de prise en charge ». Si l'auteur montre que la forme contractuelle remplace l'inscription impersonnelle dans un statut protecteur, nous suggérons, qu'il concoure, dans le même temps, à déresponsabiliser le professionnel. En renforçant le rapport égalitaire entre l'aidant et l'aidé, la forme du contrat synallagmatique, peut-il éloigner le professionnel de sa responsabilité ? Quoi qu'il en soit, lorsque seul, le projet participatif donne sens à l'action, alors l'absence de projet entraine une perte de sens pour le professionnel en animation.

« On a un peu l'impression des fois qu'on réfléchit à la place des gens, qu'on va proposer des choses au gens en fonction de ce qu'on peut connaitre d'eux, alors que finalement … ce n'est peut-être pas adapté au moment présent. »

Cette perte de sens atteint son paroxysme dans les situations pathologiques et *« on a l'impression des fois qu'on réfléchit à la place des gens ».* Cette perspective autocentrée du

[30] A partir du schéma présenté in « De l'articulation entre le projet d'établissement et le projet individualisé », *Les cahiers de Promofaf*, n°8, avril 1999, p. 49.

projet vient alors mettre en doute – *ce n'est peut-être pas adapté* – le propre mode d'intervention sociale de l'animateur. Les situations d'interlocution avec les personnes en difficulté relationnelle viennent accentuer ou grossir, comme sous une loupe, ce qui précisément se joue dans toutes les situations d'interlocution. Qu'on le veuille ou non, nous n'entendons jamais ce que l'autre dit, mais ce que nous en traduisons. Autrement dit, nous ne saisissons pas l'autre dans la transparence de l'échange, puisque nous fondons l'altérité, en nous appropriant *réciproquement* le dire de l'autre. Dans les situations pathologiques, cette réciprocité est mise à mal. Ne pas « réfléchir à la place de l'autre » mais « réfléchir *avec* » pour accompagner la souffrance et l'angoisse oblige dans le même temps, par la réciprocité de la *parité* et de la *paternité,* à assumer une prise en charge. Il s'agit là d'une responsabilité, qui oblige dans certaines situations à réfléchir *pour* autrui. La prise en compte de cette dimension anthropologique de la personne permet de sortir de l'impasse de la perte de sens, en redéfinissant le métier d'animateur en gérontologie, au regard de cette prise en charge d'autrui.

> *« Je le définirais peut-être plus comme animateur relationnel, par moment même avec un côté … je ne sais pas comment on pourrait appeler ça … un côté … pas psychologue, mais, on est beaucoup là aussi pour accompagner les gens dans leur souffrance avec leur anxiété et beaucoup, beaucoup d'anxiété… Moi c'est cela que je trouve difficile, qui me pèse au quotidien parce que… parce qu'on est là pour le groupe, on est là pour le collectif et on se rend compte qu'il y a beaucoup de gens qui ne sont plus en capacité d'être dans le collectif … où justement cet esprit de collectivité va engendrer pour eux de l'anxiété… parce qu'ils ne comprennent plus leur environnement. »*

Les modes d'action de l'animateur s'inscrivent dans le collectif, *« on est là pour le groupe »,* autrement dit, on n'est pas là pour faire de l'individuel contrairement au psychologue, à qui, il revient de prendre en charge la souffrance d'autrui de manière individuelle. Ce partage disciplinaire est fortement remis en cause dans les unités spécifiques où le psychologue est appelé à proposer des activités psychosociales de groupes et où l'animateur est contraint de répondre à des demandes individuelles. Ici aussi, les situations extrêmes donnent à voir les limites de la dichotomie établie entre l'individuel et le collectif, entre la psychologie et la sociologie. Nous avons montré à quel point cette dichotomie constituait un obstacle épistémologique qui empêche de penser le relationnel en termes de *singulier* et d'*universel*.

> *« On voit comment, en rabattant le collectif exclusivement sur le groupe, et l'individuel sur l'être psychique, les notions d'action collective et d'action*

individuelle achoppent à rendre compte précisément de l'enchevêtrement de « l'individuel » et du « collectif » dans les conduites sociales et les modes d'intervention. » (Dartiguenave, Garnier, 2008, p. 95)

Nous convenons, que le déplacement épistémologique que nous opérons ne se traduit pas par un mode opératoire immédiatement praticable, pour autant, nous pensons qu'il a le mérite de décrypter des situations auxquels se confrontent les professionnels du secteur gérontologique. Nous nous démarquons d'une approche psychologisante des rapports sociaux pour proposer une intelligibilité de nos observations de terrain, qui nous apparait absente des formations professionnelles. Ces dernières, nous l'avons vu précédemment, sont déconnectées de la réalité et ont tendance à techniciser ou à naturaliser les relations humaines. Si depuis 2007, les formations au Brevet Professionnel de la Jeunesse de l'Education Populaire et du Sports, ne se caractérisent plus par les publics, c'était encore le cas du Brevet Etat d'Animateur Technicien de l'Education Populaire.

« C'était une formation spécialisée sur la personne âgée, mais tant que tu n'es pas sur le terrain … tant que tu n'as pas été confronté aux personnes … tu n'imagines pas les situations que cela peut engendrer. On nous explique … oui telle pathologie, tel symptôme, tel fonctionnement … mais c'est très succinct et je pense qu'on en dépeint un peu … une image comment je pourrai dire ça, une image un peu idyllique, les personnes ont leurs pathologies, leurs incapacités mais … malgré tout ça … on peut quand même faire des choses… mais moi je pense que … il y a des fois où on est … où on se confronte à un mur et il y a des moments où cela devient impossible… quand la personne peut difficilement être en lien avec les autres je pense que le métier d'animateur socioculturel il a ces limites-là, oui ! »

La question du pathologique est très prégnante dans le secteur gérontologique et elle confronte l'animateur aux limites de l'animation socioculturelle dans sa dimension de « restauration du lien social ». Dans notre partie clinique, nous avons abordé cette question selon un point de vue épistémologique qui construit le pathologique à partir d'un cadre théorique. La disparition de la capacité naturelle de *somasie* dans la pathologie Alzheimer typique coupe la personne vieillissante de sa naturalité environnementale. Dans le même temps, cette situation paroxystique fixe la personne sur le versant culturel d'*appropriation*, comme nous l'avons donné à voir dans « La leçon de Louise ». Si nous devons reconnaître les limites de nos analyses cliniques, elles restent néanmoins des pistes qui permettent de penser la relation et par effet de rôle de la transformer. Dans les situations pathologiques, il s'agit de reconnaitre que la fonction

d'animation demande à être repensée en dehors de la réciprocité de l'échange social. Hors pathologie, nous avons donné à voir des tendances d'excès ou de déficit d'analyse, qui s'inscrivent selon la même logique dialectique de la prise et du don. Nous avons éprouvé ces pistes explicatives et nous sommes convaincu qu'elles peuvent contribuer à assoir l'analyse des situations problématiques, auxquelles se confrontent les animateurs en gérontologie. On ne peut pas tout amalgamer et on ne peut pas confondre les situations de détérioration du soma et celles qui relèvent de conditions sociales peu favorables à l'exercice de la socialité. L'animateur, comme tous les intervenants médico-sociaux, a tout à gagner à réfléchir à la manière dont l'humain construit son réel, car cette appréhension est toujours médiate et singulière, même si dans le même temps elle tend à une universalité hors d'atteinte. Lorsque pathologiquement, le traitement de l'immédiat est mis à mal, cela coupe l'animateur de son lieu d'intervention.

> *« Sur la totalité des gens qu'on accompagne … on va dire qu'il y a une moitié … peut-être pas une moitié mais pas loin qui vont être sur d'autres activités, sur de l'individuel, sur de l'apaisement, sur du sensoriel mais plus sur du socioculturel…. Mais malgré ça … le métier prend une autre branche où on devient presque un peu soignant … moi c'est ce qui m'a toujours gêné … parce qu'on dit un animateur n'a rien à faire dans des unités Alzheimer … alors que moi, je travaille dans une grande unité Alzheimer … on nous dit qu'il est là pour y créer de l'évènement, mais l'évènement, des fois, va même engendrer plus de difficultés que de bienfaits. »*

L'animateur en gérontologie se voit contraint de faire son métier dans des circonstances où il peut avoir le sentiment de nuire à la personne, ce qui met à mal son intégrité psychique, au sens d'un conflit interne. Il se retrouve souvent seul face à ses interrogations, ce qui peut aller jusqu'à lui faire perdre la mesure de sa contribution. La prégnance de la dichotomie individuel et collectif vient perturber la contribution de l'animateur, qui ne se reconnait plus dans son mode d'intervention. D'autant, que dans ce secteur, les activités d'animation mises en place sont, dans la majorité des cas, reconnues dans la catégorie des « approches non-médicamenteuses » où le thérapeutique est largement sous-entendu. Cette représentation tend à englober l'animateur dans l'équipe soignante, au détriment d'une approche spécifiquement sociale, qui, même en cas de déficience, pourrait être reconnue dans le cadre d'une curatelle, relative à la protection sociale. Dans cette situation, l'animateur n'est pas un soignant, il assume la responsabilité de l'échange en lieu et place d'autrui. N'est-ce pas le cas des animateurs pour enfants dans les centres de loisirs ? Loin de nous, l'idée d'infantiliser la personne vieillissante, mais il convient de décrypter les situations pathologiques quand la responsabilité ne peut être assumée par la

personne elle-même. Ce qui permet de penser le métier d'animateur, en référence à un devoir social assistanciel, en lien avec « la deuxième enfance », sans pour autant l'affilier au soin. Par réciprocité on peut s'interroger sur les situations qui imposent aux soignants une forme de polyvalence, qui les oblige à animer des temps d'activités.

> *« On a quand même tous nos spécificités aussi … on a du lien avec les psychologues, l'ergo et les équipes soignantes et je trouve qu'on travaille ensemble, normalement tous, pour une même cause … mais moi j'ai l'impression que finalement, des fois la vie sociale au niveau du personnel soignant … c'est le moment où on va leur surajouter du travail … j'ai l'impression parfois que c'est ça ! Pas tous évidemment, mais … en majorité … l'animateur il est là pour divertir, pour occuper les gens pour faire un peu « clown de service » … j'ai l'impression que c'est un peu vu comme ça … et que du coup ça en perd un peu de valeur … alors peut-être qu'il faudrait mieux expliquer, toujours est-il qu'il faudrait peut-être mieux le définir aussi. »*

La question de la spécificité du métier au regard des autres professionnels et notamment du personnel soignant (Agent, aide-soignant, AMP ...) entraîne l'animateur dans une singularité où il a souvent le sentiment d'être incompris et la notion de projet ne permet pas de répondre à la question du métier.

> *« La majorité des gens qu'on accueille peuvent avoir des défauts dans la relation. »*

Donner une intelligibilité à ces défauts dans la relation, c'est ce que nous avons cherché à faire dans nos tableaux cliniques. Instaurer une visée scientifique au cœur du médico-social, c'est la portée que nous souhaiterions donner à nos références anthropo-bio-sociologiques. Les professionnels de ce champ sont quotidiennement confrontés à des situations qui les amènent à exercer leur capacité à s'interroger sur ce qu'ils observent. Si le sociologue est amené à clarifier les situations sociales, réciproquement, les questions des professionnels sont indispensables au sociologue car elles l'obligent à élaborer son propre point de vue, à en préciser la spécificité et les limites.

> « *On ne fait pas forcément attention à ce qu'on peut faire, dire aussi devant les gens parce qu'on a aussi des relations … presqu'amicales entre collègues et on peut se permettre des choses des fois devant les résidents qui sont … parce qu'au titre qu'ils ont une pathologie … ils ne vont pas forcément retenir ce qu'on va faire, ce qu'on va dire … mais justement pour moi c'est tout l'inverse et … moi j'apprécie la relation... mais vraiment le travail auprès des résidents je trouve que c'est …*

comme si nous … on avait besoin de retirer du plaisir de ce qu'on va voir, de ce que le comportement du résident va nous apporter à nous. On va souvent dire « ah il était bien, il était souriant !» Oui d'accord, mais à part ça ? ça ne va pas assez loin ça reste un peu naïf, un peu surfait … et puis je trouve que la complémentarité d'équipe elle ne va pas forcément au fond des choses. »

Ce qui est exprimé ici par intuition : *« c'est comme si nous… »,* est l'expression d'une tendance à l'anthropomorphisme, qui nous fait ramener l'autre à soi, en fonction de ce qu'on en comprend. Notre alternative théorique permet d'objectiver cette tendance, c'est-à-dire de rendre compte de cette visée autocentrée, qui, dans le rapport à l'autre, limite l'appréhension du résident à la seule relation de service. Poser une intelligibilité scientifique aux rapports sociaux, nous permet d'interroger la façon dont les professionnels du médico-social formalisent la réalité sociale dans laquelle ils sont impliqués et à laquelle, nous-même, prenons part. Cette intelligibilité permet d'éviter le jugement moral, même si celui-ci n'échappe pas à la fonction et compétence de ceux qui observent : *« il était bien, il était souriant ! »* Ici aussi, il nous apparait une forme d'intuition de la part du professionnel, qui trouve que « *ça ne va pas assez loin »,* que cela *« ne va pas au fond des choses ».* Si cette évaluation ne va pas assez loin, c'est qu'elle relève de présupposés, qui ne sont pas interrogés et qui, à l'évidence, confortent les professionnels du bien-fondé de leur intervention. L'élaboration d'un jugement n'échappe pas à l'anthropomorphisme de celui qui le construit. Ce qui veut dire que l'évaluation est nécessairement biaisée car on n'a jamais affaire à la réalité en soi, puisqu'on a toujours affaire à son appropriation, à sa propre construction de la réalité. D'où la nécessité d'objectiver l'évaluation, ce qui, au regard de notre alternative, revient à la rapporter à l'analyse éthique et à faire l'analyse de cette analyse. Le développement critique de notre premier chapitre rend compte de notre prétention à fonder le travail médico-social sur une assise la plus scientifique possible. Cependant, nous devons prendre en compte la tendance qu'à l'homme à l'anthropomorphisme, c'est-à-dire, que nous n'échappons pas, chercheur compris, à cette prédisposition qui nous fait construire le monde à notre mesure.

« Cela ne signifie pas pour autant qu'on ne puisse rien en dire. Cela signifie que la chose ne vaut que parce qu'on en dit et donc que la précision de la démarche garantit le caractère scientifique de l'approche. » (Dartiguenave, Garnier, 2008, p.125)

A partir de notre clinique expérimentale, nous avons montré la réciprocité entre les dysfonctionnements de l'homme et l'élaboration d'un édifice théorique logique. Le modèle implique de maintenir une cohérence interne à nos explications. En dépassant la vision

humaniste, nous avons mis à jour l'abstraction de la raison humaine comme moment de la contradiction, qui suppose toujours un lien avec la nature. Socialement, nous avons la capacité à poser des frontières culturelles entre nous, c'est la raison pour laquelle nous sommes capable de nous extraire des limites des contingences naturelles et de négocier avec les autres. La personne vieillissante, dont les limites naturelles sont endommagées, perd la sériation qui l'unit à l'espèce et se trouve contrainte de vivre dans le social de l'autre car elle n'a plus que le vide à acculturer. Nous avons montré, que cet état pouvait se présenter sous forme d'angoisse ou d'anxiété, provoquée par un arrêt de la dialectique sur l'absence, au sens d'une mort symbolique, « d'une agonie primitive ». Ce qui n'est pas sans éprouver la contribution des professionnels.

> *« Et c'est vraiment toute cette anxiété qui me pèse de plus en plus et qui fait que parfois … tu n'as même pas envie d'être là parce tu te dis que finalement ta petite pierre à l'édifice … qui était un monument gigantesque et bien elle n'apporte pas grand-chose finalement. Parce que tu as l'impression, et les gens ils le disent, qu'ils se retrouvent en prison, ils se retrouvent sans leurs racines, sans ce qui leur donnait envie de vivre avant et je pense qu'on est bien souvent démuni avec toutes nos petites connaissances … je trouve qu'on est démuni, oui, face à cette souffrance et que parfois … on ferme les yeux … ou on se met des œillères parce qu'on sait qu'on ne va pas pouvoir répondre à la demande. »*

Le discours de notre enquêtée, nous l'avons à maintes reprises entendu, notamment lors des rencontres de notre réseau d'animateurs. A partir de ce constat, une journée de formation à la « gestion du stress » a été proposée par une des animatrices du réseau. Lors de cette rencontre, animée par une sophrologue, un grand nombre de participants ont exprimé une lassitude extrême face aux comportements qui mettent à mal le seuil de tolérance sociale. Cette journée avait pour but de développer chez les participants des techniques de mises à distance des émotions. Il s'agit d'une approche qui gère le social plutôt que de l'expliquer.

Nous pensons que la notion de « projet » et de « contrat » vient renforcer l'idée de la liberté de choix, tout en excluant les cas de figures où la personne est accueillie contre son gré. A cela, s'ajoute la prégnance de références humanistes dans le travail social, qui focalisent les représentations des professionnels sur la sacralité de la personne. Il ne s'agit pas de porter un jugement moral, ni d'invalider cet attachement au respect et à la liberté, qu'à juste titre nous revendiquons, mais de montrer le plus précisément possible, qu'il rend problématique certaines situations.

> *« On peut lire au travers de ces dilemmes auxquels se confrontent quotidiennement les travailleurs sociaux des doutes sur la légalité du légitime venant interroger leur responsabilité au plan de l'intervention sociale. Ces doutes sont l'expression d'un conflit de codes, c'est à dire d'un conflit sur la définition sociale de ce que l'on tient pour légitime. »* (Dartiguenave, Garnier, 2008, p. 106)

Cette perte de définition sociale sur le bien-fondé de son intervention, qui prend la forme d'une désaffiliation contributive, se donne à voir lorsque le professionnel exerce une responsabilité, qui l'amène à interdire ou à autoriser, autrement dit, à exercer socialement une autorité. Nos tableaux cliniques ont donné à voir des situations où les processus d'*institution* étaient défaillants. Ces détériorations ne sont pas sans mettre à mal la contribution de l'animateur, qui doit redéfinir son métier au regard de situations sociales pathologiques. Contribution, qui, ne pouvant relever du soin – à chacun son métier – pourrait s'exercer à l'aune d'une curatelle, relative à la protection sociale. On touche ici à la limite entre le normal et le pathologique, qui renvoie à la division du travail entre l'animateur et le thérapeute. Précisons, qu'il ne s'agit pas de dire que l'animateur ne doit pas s'occuper des personnes avec une défaillance sociale, mais plutôt d'insister sur le fait, que, sauf à confondre les rôles, la contribution de l'animateur n'est pas du même ordre de responsabilité que celle d'un thérapeute. Il s'agit là de la division du travail, dont le contenu est toujours provisoire et changeant.

En rapportant la fonction d'animation au social, nous avons montré que la contribution de l'animateur s'éprouvait au regard d'une réinstitution de la personne. Ce qui impliquait pour cette dernière la préservation de sa capacité d'institution, au sens d'une analyse implicite, qui différencie et sépare, autrement dit, pose des frontières culturelles identitaire et contributive. C'est cette analyse qui permet l'inscription de la personne dans l'interdépendance de la prise et déprise historique. Dans le même temps, nous avons montré que l'animateur ne pouvait agir qu'en situation et que parfois des béquilles relationnelles étaient nécessaires pour équilibrer les dysfonctionnements relationnels. Notre clinique, nous a permis d'expliquer les relations sociales, en posant à leur fondement la divergence d'une singularité qui résiste ; singularité, que nous cherchons vainement à dépasser dans une cohésion communautaire. Cette vision du lien social proprement humaine et paradoxale, nous protège d'une naturalisation excessive, où la convivialité réifiée nie la nécessaire conflictualité et naturalise les relations sociales.

Nos tableaux cliniques ont également donné à voir des situations où les processus de *règlementation* étaient défaillants. Dans ce cas, nous avons, à la suite de Jean-Yves Dartiguenave, entrevu des possibilités de *renormation* par le social. Les animateurs en

gérontologie ne doivent-ils pas contribuer à cette question du savoir sur l'homme, au risque de sombrer dans la culpabilité ou de rester tributaire d'idéologies naturalistes ? Au-delà du médical, la question du pathologique ne doit-elle pas passer par une connaissance plus approfondie de l'humain, au sens d'une clinique explicative au cœur du médico-social ? Nous appelons à une ouverture, susceptible de changer la logique du travail médico-social, qui ne serait plus cantonné à la gestion des problèmes mais trouverait à se déployer dans une démarche expérimentale et explicative.

Le sociologue ne peut plus faire l'impasse sur les dysfonctionnements, pour expliquer ce qui permet de faire société. Georges Canguilhem, dans *« Le normal et le pathologique »* cite Leriche :

> *« Nous pouvons nous demander si l'étude de l'homme normal, même appuyée sur celle des animaux, ne suffira jamais à nous renseigner pleinement sur la vie normale de l'homme. (...) Cette analyse se fait surtout en étudiant les déficits produits par des suppression d'organes, c'est-à-dire en introduisant des variables dans l'ordre de la vie et en recherchant les incidences. (...) Il est peut-être plus facile d'en observer les effets, quand des variables sont introduites insensiblement chez l'homme par la maladie, ou thérapeutiquement, à l'occasion de la maladie. L'homme malade peut ainsi servir à la connaissance de l'homme normal. »* (Canguilhem, [1966], 2005, p. 58)

Nous avons tout lieu de croire que l'animateur en gérontologie peut, de sa place, participer à l'élaboration d'une anthropo-bio-sociologie, puisque la relation à l'autre et à autrui est à la fois son lieu et son mode d'intervention. Contribuer, *avec lui*, à révéler le plus précisément possible les dysfonctionnements de la personne vieillissante, c'est, à nos yeux, la seule façon de sortir l'animateur en gérontologie de la désaffiliation contributive, provoquée par la rencontre avec le pathologique. Ce qui revient à ne pas céder la place aux seuls gestionnaires de stress, stimulateurs d'activités et autres faiseurs de bonnes pratiques, mais à reconnaître la fonction de diagnostic social de l'animateur en relation. Il s'agit, ni plus ni moins, pour l'animateur en gérontologie, de participer au positionnement d'une anthropo-bio-sociologie qui ferait tiers dans l'élaboration épistémologique. Ce qui revient à construire une clinique, qui prenne en compte les situations d'interlocutions défaillantes, comme espace où observer les analyses d'*appropriation et désappropriation* spécifiquement humaine. Un modèle explicatif de l'homme permet de poser ces questions du normal et du pathologique scientifiquement et d'ouvrir le débat entre le médical et le social. C'est la responsabilité du sociologue clinicien,

que de ne pas laisser toute la place aux idéologies naturalistes ou psychologisantes. Ce qui, épistémologiquement, pourrait contribuer à dépasser l'appréhension des rapports sociaux selon les paradigmes de « conscience de soi », et de « compréhension de l'autre ». Le dernier chapitre cherchera à poser les bases de ce que pourrait être une recherche collaborative, dans une visée de coproduction de savoir sur l'humain. Auparavant, nous allons poursuivre notre argumentaire à partir de l'entretien d'un professionnel, qui inscrit d'emblée sa contribution dans le domaine thérapeutique.

2. Les limites du métier d'ergothérapeute

Si nous avons posé la spécificité du vieillissement sur le versant social, nous devons reconnaitre que cela n'épuise pas notre objet et qu'il n'est donc pas question de le clore, sur le versant sociologique. Les performances sensorielles et motrices sont déficitaires chez les personnes vieillissantes avec des difficultés de coordination et d'équilibre, qui entraînent des changements de stratégie et d'adaptation pour faire face à l'environnement. Les neuroscientifiques étudient le couple sensori-moteur ou perception-action à partir de l'imagerie motrice (IM) pour expliquer qu'une personne simule mentalement une action. Il ressort de ce modèle, que la « représentation de l'action », nécessaire au processus de planification, apparait également déficitaire chez la personne vieillissante. Les programmes de rééducation permettent la mise en place de compensation et c'est le rôle de l'ergothérapeute que de proposer un environnement de stimulation.

Si l'animation est souvent réduite à cet exercice, c'est oublier que, pour l'animateur, la stimulation rééducative est toujours secondaire et ne constitue qu'un effet de la mise en relation sociale. Nous pouvons dire que cela relève d'un déterminisme incident. C'est ce qui différencie l'animateur de l'ergothérapeute, et si l'activité peut sembler similaire à l'observateur, elle ne vise pas les mêmes buts. Ce qui n'implique pas que les activités sociales ne soient pas stimulantes, de même, que les activités stimulantes ne soient pas sociales. La question n'est pas là, il s'agit simplement de ne pas les confondre, pour ne pas perdre de vue la visée politique des professions. C'est là tout l'enjeu de la complémentarité professionnelle, qui repose sur la différence des domaines de contribution. Chaque professionnel se positionne au regard de ses compétences et élabore une relation singulière avec la personne aidée. Cette différence doit pouvoir s'éprouver au regard de modes explicatifs distincts, qui relèvent des sciences humaines. Dans le même temps, nous devons reconnaître que toute profession est une acculturation de la

paternité, au sens d'assumer en lieu et place d'autrui car nous contribuons tous à la marche de la cité. Si le professionnel intervient toujours dans un cadre d'espace de temps et de milieu, relatif à un « ici et maintenant », il n'empêche que le principe du métier sera toujours au fondement de l'échange de service. Dans cette optique, nous pouvons dire que ce qui se joue par principe de métier, n'a rien à voir avec ce qu'on y fait, au sens du travail.

Si nos observations de la personne vieillissante nous ont permis de spécifier la configuration gestaltique et l'analyse culturelle sur le versant sociologique, nous pensons que l'apport de l'ergothérapeute serait fructueux pour mettre en perspective les troubles ergologiques. Nous avons fréquemment discuté avec notre collègue ergothérapeute, qui définissait son travail dans la sphère du social en précisant que la stimulation n'était que l'outil, le moyen, de parvenir et d'accéder à une vie sociale, la plus riche possible grâce à un maximum d'autonomie. Si cela conforte l'idée, que la paternité, au sens d'un pour autrui, fait la matière première de tous les métiers, cela ne doit pas nous empêcher de poser des différences de domaines, au risque de tout confondre et de tout amalgamer. Nous pouvons ainsi différencier ce qui relève du travail, au sens de la tâche à accomplir et ce qui relève du métier dans le sens d'une prise de responsabilité.

Cette centration de l'ergothérapie sur le plan de l'outil, que nous opérons au détriment semble-t-il du social, ne dévalue en rien la profession qui reste, dans sa structure même, une responsabilité envers autrui. Bien au contraire, cette distinction permet de compléter notre épistémologie car l'ergothérapie est une piste clinique pour approfondir la dialectique nature culture, autrement dit, la dialectique du trajet et de l'outil au regard de l'*apraxie* et de l'*atechnie*. Rappelons ici, que l'ergologie comme la sociologie et l'axiologie relève également d'une abstraction fondamentale, qui nous spécifie en tant qu'humain. De fait, en posant un déterminisme spécifiquement ergologique, nous dépassons les représentations de l'activité sensori-motrice pour accéder à la *causalité* qui permet de rendre compte du fonctionnement abstrait de la technique. Ces processus, expliqués dans l'ouvrage de Didier Le Gall, « *Des apraxies aux atechnnies, propositions pour une ergologie clinique »*, font-ils parti des savoirs de l'ergothérapeute dans le secteur médico-social ? C'est pour éclairer cette interrogation que nous avons engagé une discussion avec ce professionnel. Nous cherchons à rendre compte des savoirs mobilisés dans son quotidien à partir de sa formation et de ses interventions ergothérapeutiques. Pendant cet entretien nous avons tenu à nous imprégner de son métier, sans chercher à faire valoir notre point de vue, ce qui ne nous empêche pas d'orienter le cadre de l'échange. Nous rapportons ici certains extraits de cet entretien, parce qu'ils nous permettent d'approfondir le concept de *responsabilité* et de mettre l'accent sur les différentes acceptions

de la notion d'autonomie. L'entretien s'est déroulé au domicile de l'ergothérapeute, qui nous parle de sa profession dans un établissement médico-social :

« C'est une profession qui est assez complète, c'est le côté intéressant car on touche effectivement à l'enfance, à l'adulte, à la personne vieillissante, en situation de handicap. Ce qui est compliqué, c'est que bien souvent on se retrouve seul professionnel dans les établissements médico-sociaux. Donc tout ce qui est recul sur les accompagnements, les prises de décision, avancement, réflexion … tout ça cela rend les choses un peu plus difficiles … nous sommes livrés à nous-même et il n'y a pas toujours une bonne compréhension de notre travail et de la profession d'ergothérapeute. Etant sur plusieurs champs de compétences, la difficulté c'est de trouver sa place pour proposer nos spécificités. »

Quand tu parles de plusieurs champs de compétences, tu peux préciser ?

« *Je peux avoir des champs de compétence partagés avec les soignants ou les infirmières. Surtout dans notre établissement où avec « l'humanitude » les soignants prennent beaucoup d'initiatives dans les situations de transferts, les positionnements, l'accompagnement toilette habillage, tout ce qui est autonomie indépendance. Donc là, ça laisse moins de place à l'ergothérapeute … et en même temps on n'a pas le temps, alors c'est très bien qu'il y ait des relais. On vient renforcer un petit peu les savoirs des collègues. Ils font appel à moi, quand ils sont dans une situation d'impasse et qu'ils ne trouvent pas la solution ou quand ils ont besoin de matériel. Parce que c'est souvent réduit au matériel la profession d'ergothérapeute … on est des pharmaciens ambulants ! »*

Trop souvent ?

« Oui oui, ça s'est un peu tassé … mais ça a été très important… il y a quelques années ! »

L'ergothérapeute positionne d'emblée sa profession dans le domaine du « handicap ». Si le handicap, s'entend du point de vue sociologique comme un état qui met la personne à l'écart socialement, dans cette situation, il rend compte d'une incapacité physique. Pour le sociologue le vieillissement devient un handicap, qui, en faisant rupture dans l'histoire de la personne demande une réponse sociale, telle que son inscription dans un établissement par exemple. Pour l'ergothérapeute, le handicap, c'est l'incapacité de faire, ce qui prouve que d'une profession à

l'autre, le même mot peut prendre un sens différent. Cela relève, à la fois, de l'*impropriété* du langage, qui fait, que le mot ne colle jamais à la chose à dire et, à la fois, à l'*arbitrarité* sociale, qui repose sur le vernaculaire singulier des professions. De fait, il n'y a pas plus d'unanimité dans le « savoir », qu'il n'y a de communauté dans le « parler ». Il y a une forme d'illusion synchronique, qui nous fait croire que nous partageons le même monde. Les mots ne sont pas les mêmes entre interlocuteurs et nous n'entendons jamais ce que l'autre dit. Les relations entre disciplines comme les discussions sont conflictuelles. L'idée qu'il y aurait une langue ou un savoir partagé contrevient au principe du social puisque c'est précisément la rupture qui installe les protagonistes. En parlant à l'autre on semble s'en rapprocher alors que cela n'est jamais désintéressé. On peut parler du fantasme communautaire, comme d'un déni de la distinction, qui introduit au social. On ne comprend dans ce que dit l'autre, que ce qu'on lui fait dire car il est difficile d'entendre l'autre sans se projeter. L'appropriation est également affaire de lecture où le sens d'un texte est le résultat de sa rencontre avec le lecteur. Le sens d'un texte se révèle dans ce que « je » prends, c'est « ma » tentative d'appropriation, c'est « mon » point de vue. Les faits aussi sont appropriés et aussi partisans que les points de vue, ils relèvent de la construction sociale.

L'ergothérapeute nous présente la complexité de son accompagnement *« prises de décision, avancement, réflexion »* et la difficulté à *« trouver sa place »*, face à une équipe qui ne reconnait pas toujours la spécificité de sa profession. Nous retrouvons ici aussi, la revendication d'une identité professionnelle, ce qui prouve que l'homme résiste toujours à la place qu'on lui assigne. Si l'ergothérapeute impute cette situation à la prise d'initiative des soignants, formés à l'humanitude : *« cela laisse moins de place à l'ergothérapeute »* ; elle y trouve malgré tout un certain confort, qu'elle apprécie : *« c'est très bien qu'il y ait des relais ».* En mettant l'accent sur le service qu'elle rend à ses collègues soignants, elle considère, que ces derniers ne la sollicitent, bien souvent, que lorsqu'ils ont besoin de matériel. Ce qui réduit de fait sa compétence : *« on est des pharmaciens ambulants ! ».* Cela renvoie, selon nous, à l'enjeu de pouvoir relatif à l'appropriation conflictuelle des compétences, où, dans une équipe pluriprofessionnelle, la répartition des tâches ne va pas toujours de soi. La division du travail, au sens d'une responsabilité à prendre, inscrit la compétence face à l'incompétence d'autrui. Dans cette situation, le personnel est formé à la manutention « humanitude », ce qui empiète sur les compétences de l'ergothérapeute dans sa responsabilité envers les soignants. Ce qui se joue ici, c'est la dialectique de l'*appropriation* et de la *désappropriation*, par le jeu des positions et des rôles. Elle reconnait qu'avec le temps *« ça s'est un peu tassé »*, ce qui laisse penser,

qu'elle a, malgré tout et progressivement, réussi à *négocier* sa place dans une complémentarité de service. Il faut trouver l'incompétence de l'autre, pour jouer son rôle dans la partie et parvenir à négocier sa place à partir de la question du « qui fait quoi ? » C'est ce que Vincent de Gaulejac a appelé la « lutte des places ». Hubert Guyard nous montre comment cette distribution est l'enjeu d'une construction sociale où se testent les limites d'influence, contraintes par le jeu relationnel des acteurs.

> *« Chaque corps professionnel tend à s'approprier des compétences et donc, du même coup à désapproprier les autres corps professionnels. Il ne s'agit pas de savoir si tel ou tel soignant est techniquement capable d'effectuer un soin particulier, mais de savoir si ce soin fait partie ou non de ses attributions. (…) Dans une équipe soignante tout le monde joue en fonction des positions occupées. (…) Il est important de connaître l'histoire de l'équipe soignante parce qu'elle permet de prendre la mesure de ces jeux institutionnels, d'appropriation et de désappropriation de responsabilités. »* (Guyard, 2009, p. 289)

Les relations professionnelles ne sont pas d'emblée consensuelles car elles se fondent sur la résistance et les limites des reconnaissances sociales, d'où l'importance de la prise en compte des frontières entre les différents métiers. Chacun définit son domaine de responsabilité en fonction des autres domaines de responsabilité. Cette part n'est jamais figée, elle constitue un enjeu de négociation, qui relève du principe de *légalité*, tel que nous l'avons expliqué dans la partie relative à la perspective sociohistorique.

> **Es-tu amené à poser un diagnostic sur la personne vieillissante ?**
>
> *Oui, cela fait partie de la nouvelle réingénierie du diplôme, puisque maintenant c'est un diplôme universitaire, ce qui n'était pas le cas avant. Donc, c'est en lien avec l'université, il y a des passerelles, c'est pour ça qu'on est passé à Bac + 3. Diagnostic, oui, mais je ne le fais pas de manière très formalisée, parce que personne ne me le demande. Après, c'est par les mises en situation, l'observation, la lecture des transmissions, qui permet effectivement d'avoir une vue générale de la personne et d'orienter l'acte où les actes à réaliser… Sans pouvoir le faire obligatoirement. Dans l'établissement il y a 140 résidents, alors qu'en rééducation on n'a que 12 à 14 patients. »*

Il s'agit ici d'une présentation de sa clinique thérapeutique, dans le sens où *« les mises en situation, l'observation et la lecture des transmission »* constitue la clinique, qui permet

« d'orienter l'acte ou les actes à réaliser ». Celle-ci ne se confond pas avec la clinique du chercheur, telle que nous l'explique Jean-Yves Dartiguenave et Jean-François Garnier :

> *« Dans les deux cas il y a bien une implication réciproque entre la théorie et la clinique. Mais alors que pour le thérapeute la théorie sert de modèle de reconnaissance du symptôme en vue d'une élaboration prescriptive, pour le chercheur, la clinique devient expérimentale, dans la mesure où elle sert à vérifier les propositions théoriques construites épistémologiquement. »* (Dartiguenave, Garnier, 2008, p. 158)

De fait, si nos observations de la personne vieillissante *in situ* s'inscrivent au regard de situations identiques, notre responsabilité n'est pas du même ordre. Ce qui nous intéresse cliniquement, c'est l'expérimentation en vue d'une élaboration épistémologique qui relève des sciences humaines. Si nous avons limité notre expérimentation aux situations relatives à notre métier d'animateur, nous avons néanmoins transformé nos données en clinique explicative, qui nous a conduit à une discussion épistémologique. Dans cette troisième partie, si nous sommes toujours dans une perspective d'analyse, nous cherchons néanmoins une voie pour réinvestir notre travail de recherche et donner un statut à une anthropo-bio-sociologie. Nous ne sommes plus dans une recherche clinique proprement dite, mais plutôt dans une démarche de construction sociale qui cherche à ouvrir les établissements médico-sociaux à une sociologie clinique. Au cœur du secteur gérontologique, cette sociologie cherche à repérer la division du travail et la nécessaire collaboration, qui constitue un enjeu professionnel, qui peut être source de conflits et de négociations toujours à reprendre. Poursuivons avec les savoirs capitalisés par le professionnel lors de la formation et de l'exercice de l'ergothérapie.

En termes de savoirs et de connaissances, comment s'organise la formation d'ergothérapeute ?

Elle s'organise par Unités d'Enseignements. Le module neurologie centrale et neurologie périphérique, l'anatomie, la cinésiologie (c'est l'étude du mouvement), la psychiatrie, la psychologie, les troubles cognitifs, apraxie, agnosie, liés à l'étude du cerveau, ensuite les pathologies neurologiques, toutes les pathologies liées à la croissance, les amputations. On a aussi toute une partie sur l'analyse d'activité où on apprend des activités. J'ai fait de la vannerie, de l'informatique, du théâtre, de la poterie. Alors, quand on apprend la technique ensuite on apprend à analyser dans tel ou tel cas l'activité. Qu'est-ce qui va être intéressant ? pourquoi on fait cette activité ? Ce qui permet de pouvoir l'adapter à telle ou telle personne en

fonction de la pathologie. Il y a aussi les domaines liés à la manutention, la relation à l'autre, les techniques sur la fabrication d'orthèses axées sur les mains. A l'école, on faisait aussi des mises en situation en étant aveugle, ou en fauteuil roulant dans la ville, en lien avec le module « ergonomie accessibilité ». On fait aussi des analyses de poste de travail, d'accessibilité au domicile, à l'école…. C'est l'accessibilité du trajet partout où on doit aller. L'ergothérapie c'est utiliser … c'est malgré le handicap, comment on fait pour réussir à faire ce qu'on a à faire.

Si la profession d'ergothérapeute s'inscrit, dans un face à face soignant/soigné, elle se présente bien sur le déterminisme ergologique du faire. Les savoirs, s'ils sont tributaires des frontières disciplinaires socialement établies (anatomie, neurologie, cinésiologie, psychologie…) ont pour but d'apporter à l'apprenant une connaissance du fonctionnement humain. Cette connaissance repose sur l'illusion d'un savoir unique fragmenté en plusieurs disciplines. L'accent est mis sur les dysfonctionnements qui sont présentés soit comme des « troubles cognitifs », soit comme des « pathologies neurologiques ». Si on repère une certaine hétérogénéité et émiettement des savoirs, il n'empêche, que leurs apports s'orientent vers une unité d'action relative au « pouvoir faire » et ce *« malgré le handicap »*. On peut ainsi repérer la spécificité de l'ergothérapie, qui, si elle vise une intégration sociale, passe par un outillage technique, qui aurait tout à gagner, selon nous, à s'affilier à une ergologie clinique. En centrant le travail de l'ergothérapeute sur les pathologies liées à la motricité, à la coordination gestuelle et à l'activité outillée, nous le distinguons de ce qui touche aux pathologies de la condition et de la relation sociale. Ce qui contribue, par différenciation, à assoir la perspective spécifiquement sociologique de l'animation sociale et à l'affilier à une sociologie clinique telle que nous l'avons éprouvé expérimentalement. Si l'ergothérapie, comme tout métier s'inscrit dans une relation à autrui, qui relève du social, son savoir-faire s'inscrit au regard d'une ergologie clinique, qui cherche à étudier et à expliquer le fonctionnement abstrait de la technique.

Dans ton travail, quelle relation tu établies avec la personne ?

« Une relation de confiance et c'est le béaba de l'entrée en matière. Après il y a un contact physique, souvent pour se rendre compte des capacités. Je peux par exemple faire une mobilisation d'un membre supérieur, donner la main pour pouvoir avancer, pour pouvoir se lever. On va aussi beaucoup travailler sur le regard. Faire en sorte que l'information soit comprise aussi … il faut une bonne connaissance de l'individu en amont, par l'anamnèse et le dossier médical pour connaitre par quel biais on va passer aussi … est-ce qu'il faut qu'on soit sur le

visuel, sur l'auditif, sur le tactile… Et après, oui je pense que c'est la mise en confiance pour pouvoir amener la personne à réaliser ce qu'on s'est fixé pour améliorer une fonction, ou valoriser. En fait, en maison de retraite je n'écris pas l'objectif, ce que je serai amené à faire dans un autre milieu. Quand j'étais en rééducation, tu avais ton dossier, tu fixais… tu avais des staffs, des rencontres avec les médecins une fois par semaine, tu arrivais en réunion il fallait que tout soit fixé… c'était beaucoup plus structuré. »

La reconnaissance des problèmes, ici relatifs au vieillissement, fait l'objet d'une analyse sociologique des compétences. Pour autant, le secteur de l'hébergement gérontologique est un milieu qui apparaît déconnecté des lieux de soins spécifiques comme l'hôpital ou le centre de rééducation. La compétence des uns se mesure à la relative incompétence des autres, avons-nous dit. L'ergothérapeute nous dit que son travail est beaucoup moins structuré, que dans un centre de rééducation. Il faut prendre en compte, que l'importance donnée à l'objectif de prise en charge tient autant de la compétence de celui qui le pose, que de celui qui le demande. De fait, dans cette situation, où *« personne ne me le demande »*, l'objectif n'est pas partagé, il devient techniquement inutile. Ce qui ne veut pas dire, qu'il n'y a pas de la part de l'ergothérapeute, de visées précises, qui découlent de son évaluation des capacités de la personne vieillissante. En gérontologie, l'ergothérapeute ne partage pas, toutes ses compétences, certains de ses savoirs restent enfouis car il n'y a pas d'espace institué pour les partager.

Quels sont tes outils de travail ?

« Ma voix, mon corps … par la main, le regard … après l'outil on ne peut pas y échapper puisque les aides techniques font partie intégrante de notre fonctionnement. C'est-à-dire que quand on arrive à un état de handicap et qu'on ne peut pas aller au-delà on met en place une aide technique qui va venir palier au mieux l'incapacité. (…) Après il y a toute l'installation au lit pour les gens qui ne sont vraiment plus en capacité … donc c'est aussi apporter le confort, pour éviter la dégradation corporelle, la douleur… on lutte contre tout ça, contre les escarres notamment … La personne âgée, on sait qu'elle va perdre ses compétences donc on l'accompagne à son rythme, ce n'est pas d'anticiper ce qu'elle va perdre … c'est qu'on maintient ce qu'il y a et on essaie un minima d'améliorer mais voilà on est beaucoup plus dans le maintien, que pour d'autres

populations… Mais cela peut être surprenant parfois, on arrive à des améliorations, ils sont plein de ressources. »

Lors de son travail, l'ergothérapeute est amené à faire reculer les limites de l'artifice des techniques pour trouver l'adéquation optimale entre une procédure et un problème à résoudre. Le professionnel n'est pas sans prendre en compte les compétences du résident, même si, de son côté, nous avons vu que la personne vieillissante n'a pas toujours accès à cette dimension de partenariat. Dans le cas contraire, encore faut-il, que lui soit donnée la possibilité de l'exercer. L'ergothérapeute dans sa discussion avec la personne vieillissante peut permettre à cette dernière de mettre à jour des compétences, des *« ressources »* en termes de savoir-faire technique, au sens d'un ouvroir, tel que nous l'explique Hubert Guyard :

« Savoir et ouvroir restent partiellement ignorés du patient lui-même si le médecin ne le place pas dans la position d'un expert, responsable d'un patrimoine à faire partager. » (Guyard, 2009, p. 214)

Les personnes vieillissantes développent des compensations pour faire face à leurs dysfonctionnements, elle s'*approprie,* au sens d'un ouvroir des savoirs faire. L'ergothérapeute, comme tous les professionnels, a tout intérêt à laisser la parole aux personnes vieillissantes, pour développer une pratique où ces dernières puissent être partie prenante. D'autant, qu'elles se découvriront un patrimoine de connaissances et « plein de ressources » sur leur propre technique, pour faire face à leurs incapacités. La relation est toujours présente sur le versant social de la responsabilité et dans sa rencontre avec la personne aidée, le thérapeute doit *argumenter* pour convaincre.

« Globalement moi je vais être plus dans la stimulation en tant qu'ergo. Mais stimuler ça ne veut pas dire mettre un coup de pied aux fesses, c'est trouver les arguments et aussi valoriser du coup … ça passe beaucoup par la valorisation et l'argumentation. »

La valorisation relève de l'axiologique, dans le sens où la personne vieillissante va devoir réhabiliter sa propre image à ses propres yeux et cela malgré le « handicap ». Le travail de deuil doit permettre de parvenir à une forme de sublimation. Il s'agit du dépassement de la perte qui va être soutenu par la valorisation de l'ergothérapeute. L'argumentation s'inscrit dans cette dynamique de prise et déprise où l'argument de l'un est repris par l'autre et transformé dans un nouvel élan argumentatif. Elle devient une expérience commune où le thérapeute prend en compte l'argument d'autrui pour négocier et faire entendre son propre avis. L'argumentation

se développe contre l'évidence, dans le sens où l'évidence n'appelle pas de discussion. L'argumentation est cette abstraction culturelle qui rompt avec l'évidence immédiate et suppose une intelligence rationnelle, détachée du contexte *« où la comparaison se transforme en opposition mutuelle d'arguments différents et où la composition se transforme en segmentation d'arguments autonomes. »* (Guyard, 2009, p. 83) Nous défendons l'idée que l'homme est capable d'argumentation qui acculture l'intersubjectivité immédiate.

A contrario de l'entretien réalisé auprès de l'animatrice de l'Unité d'Hébergement Renforcé, force est de constater, que l'ergothérapeute sait pertinemment ce qu'il convient de faire et jusqu'où il convient de le faire. Si les savoirs restent contraints par le morcellement disciplinaire, l'apprentissage du métier apparaît plus structuré dans sa connaissance de l'humain. Il est vrai, que ces apports relèvent d'une investigation scientifique reconnue dans le savoir médical, qui s'est donnée comme objet la compréhension du vivant, au sens d'une biologie. Science naturelle, qui vise à produire des données reproductibles hors de toute ambiguïté, de tout malentendu, de toute ambivalence. Elle vise une opérationnalité où chaque problème à sa solution selon des méthodes protocolaires pour traiter techniquement le trouble. A la différence des sciences humaines, où c'est précisément, l'ambiguïté, le malentendu et l'ambivalence, qu'il convient d'expliquer.

Au-delà du « handicap », la profession répond à la demande d'un patient, qui peut souffrir de multiples incapacités et douleurs. Le service rendu relève d'une construction sociale, d'une collaboration entre le résident demandeur et le thérapeute dans un rapport d'interdépendance à autrui. Cette collaboration, par la médiation des arguments, est fonction de la part de responsabilité de chacun des protagonistes et celle-ci se distribue, dès le premier moment d'évaluation des capacités. Sauf pathologie de la relation, la relation de soin, comme toute relation à autrui impose une réciprocité. Quand cette réciprocité est défaillante, l'autrui se retrouve sous une forme de curatelle, de dépendance, qui l'empêche d'accéder à l'autonomie, au sens d'une interdépendance sociale. Nous allons voir, que parler de l'autonomie, ce n'est pas toujours parler de la même chose car nous ne possédons pas tous le même capital symbolique.

Tu as parlé de « l'humanitude », est-ce que cette formation t'a apporté des connaissances utiles au quotidien ?

« Cela m'a surtout appris la manutention du patient, les techniques pures et dures de manutention. Après pour moi, « l'humanitude » c'est un peu le prolongement de l'ergothérapie. On parle d'autonomie, on parle de verticalité, on parle de regard, de parole, enfin …. Ce qui est intéressant c'est que les collègues quand même ont

une approche …. Elles vont vraiment tester, voir ce que peux faire la personne dans la plupart du temps… une approche dynamique de l'autonomie, elles favorisent énormément l'autonomie de la personne, contrairement à certains endroits. »

Tu veux parler de l'autonomie fonctionnelle ?

« Oui, alors là on serait plutôt, sur de l'indépendance. »

Indépendance fonctionnelle, tu veux dire en rapport avec la capacité de faire ?

« Oui alors pour moi ça c'est l'indépendance, l'autonomie c'est la capacité à prendre des décisions, à agir intellectuellement. On peut être tétraplégique et autonome alors qu'on ne peut pas être tétraplégique et indépendant, ça ce n'est pas possible. C'est bien ! parce qu'on a une ligne conductrice et un projet commun, d'utiliser au maximum les compétences des gens et ça, ça se ressent énormément avec « l'humanitude » ... Et éviter de tout faire à la place d'eux ! »

Force est d'admettre que le terme d'autonomie, relève de plusieurs acceptions, qui ne facilitent pas la précision d'un dire. Le fait, que le terme d'autonomie soit très souvent employé, dans le secteur social et médico-social, n'enlève rien à son caractère polysémique, bien au contraire. Pour certains, garantir l'autonomie c'est « ne pas faire à la place de », pour d'autres, c'est « laisser libre de ces choix ». Rapportée à l'indépendance, elle peut aussi être assimilée, on le voit ici, « à la capacité de faire soi-même ». D'autant que, même une fois expliquée, selon un certain point de vue, elle peut aussitôt prendre un sens nouveau au cours de la conversation. Tant qu'il n'y a pas de cadre pour penser l'*autonomie* hors de cette superposition, nous ne pouvons pas préciser le concept. Nous ne pouvons que donner à ce mot plus de contenu phénoménal, sous forme d'ajouts de sens. Dans cet entretien, l'autonomie est rapportée à « ce que peux faire la personne », puis plus loin « à la capacité de prendre des décisions, à agir intellectuellement ».

Notre clinique a montré l'importance de distinguer l'autonomie, au sens d'une contestation qui appelle le compromis. Nous la distinguons de la question de la liberté, au sens d'une capacité à orienter ses décisions. Si nous avons insisté cliniquement sur la nécessité d'opérer un tel discernement entre la loi et la règle, nous avons également rapporté cette autonomie à une relation dialectique d'interdépendance avec autrui, qui va au-delà d'une intersubjectivité naturelle. Jean-Yves Dartiguenave et Jean-François Garnier mettent l'accent sur la tendance des travailleurs sociaux à réifier le terme d'autonomie en le coupant de son contraire :

« En effet, le terme d'autonomie n'est guère entrevu, au plan de son usage social dans un rapport dialectique à la dépendance. Il est le plus souvent réifié, c'est à dire considéré comme une chose en soi, ou encore érigé en hypostase, c'est-à-dire considéré comme un absolu qu'il convient de surcroît d'atteindre au travers d'une logique implacable du « devoir être ». Le « sois autonome » s'apparente à un impératif catégorique qui ne souffre aucune concession avec la dépendance « institutionnelle », relationnelle et affective. » (Dartiguenave, Garnier, 2008, p. 65)

Lorsque la dépendance est rapportée à l'incapacité motrice d'un faire, cela empêche de penser la dépendance dans son rapport dialectique à l'autonomie. La réification de cette dernière contribue à un effacement de la responsabilité dans la prise en charge d'autrui, qui ne peut plus s'ériger en interdépendance. Pour le sociologue, l'autonomie ne peut se penser qu'à travers la dialectique sociale qui l'unit à son contraire. Il apparait que chaque professionnel, à tendance à rapporter le déficit de la personne à la relation qui l'unit à lui. Les soignants appréhendent la « dépendance » au regard d'une difficulté à assumer seul les actes de la vie quotidienne, la toilette, l'habillage… Et, de l'habillage au choix du vêtement, il n'y a qu'un pas, qui est vite franchi, dans le déni de la différence des rationalités. Force est de constater que le terme d'autonomie relève, à la fois, d'une « capacité à se mouvoir », d'un « pouvoir de confrontation » et d'une « liberté de choix ». Même si intuitivement, les professionnels ne sont pas sans percevoir des différences, cette triple acception entraîne des confusions, qui contribuent à brouiller l'analyse des situations sociales.

« Mais on sent quand même, que l'ergothérapie amène des compétences notamment sur la fonction du corps, comment utiliser le corps, comment le manipuler. Ce sont toutes les notions liées aux savoirs neurologique, moteur et anatomique. On ne peut pas dissocier les choses, en fait, ce qu'on croit quand on est étudiant. »

Dissocier ?

Oui on ne peut pas dissocier le corps et l'esprit, les cognitions et le moteur… Après dans les savoirs il y a plusieurs courants. Moi je parlais de fonctions exécutives, parce que j'ai appris comme ça en rééducation, et ailleurs, ils ne parlaient pas de ça, ils parlaient d'aboulie. On n'était pas sur les mêmes termes parce qu'ils n'avaient pas les mêmes références. Mais nous, on a des tests quand même … quand on travaille en neuro, on fait passer des tests pour savoir où en sont les praxis idéatoires, idéomotrices. C'est ce qui oriente notre travail. »

Nous retrouvons ici le problème des références multiples, qui fait que tout se mélange et tout est relatif, en termes de savoirs. Les fonctions exécutives se superposent à la boulie, qui relève de l'intention. Plusieurs classifications sont envisagées pour rendre compte du savoir-faire gestuel, de l'appréhension visuelle, du rapport au corps... Il apparait que les savoirs constitués en ergothérapie relèvent essentiellement des troubles gnosiques et praxiques, auxquels s'ajoutent les troubles du schéma corporel. Ce dernier est expliqué à partir de deux processus : « Avoir un corps », qui relèverait du développement psychomoteur et « être un corps », qui relèverait de l'expérience inconsciente du schéma corporel (Gantheret, 1973). De fait, le corps est ici essentiellement conceptualisé au regard de données sensorielles et motrices. Le corps est ainsi identifié à partir de ce qu'il représente, au détriment d'un corps *soma*, qui traite d'un « soi » sujet en rapport à un environnement. C'est de la carence ou de la dégénérescence de ce « soi » dont il est question dans certains troubles du spectre autistique et dans les cas d'Alzheimer typique, tel que nous l'explique, Jean Gagnepain :

> *« Et, pour en terminer avec les généralités, on reconnaîtra que — contrairement à ce qui vaut pour le Signe ou l'Outil ou la Norme — le retard spécifique d'émergence à la Personne, normal chez l'enfant impubère, mais pathologique chez l'« autiste » dont le nom ne manque pas d'humour puisque l'autos, en un mot le « soi », précisément n'est pas là, ainsi que la précocité, dans le « gâtisme » ou, si l'on veut, la seconde enfance, de son éventuelle dégénérescence ne sont point, en retour, sans éclairer sur l'ensemble des plans, par une sorte de grossissement des effets, la disparité nosographique de ce qu'on nomme, tant neurologiquement que psychiatriquement, la carence et le dysfonctionnement : démences infantile ou sénile ne sont pas des psychoses, ni aphasie congénitale, nous aurons l'occasion d'y revenir plus loin, aphasies de Wernicke ou de Broca ! »* (Gagnepain, 1995-2016, p. 18)

Il s'agit bien de faire la part, entre les défaillances de nature et les défaillances de culture car sur chaque plan, chaque principe participe par abstraction à la réduction de sa contingence. A partir du moment où on prend l'homme pour objet, il convient d'opérer un discernement pour ne pas entretenir la confusion entre les phénomènes.

Nous devons reconnaitre, qu'en ce qui concerne notre clinique, la précision des concepts se confronte à ce que sociologiquement nous avons à traduire pour être compris de l'autre. Pour le sociologue, c'est tout l'enjeu du recours à la clinique, qui, s'il est plus fréquent chez les thérapeutes, doit pourtant permettre de capitaliser un savoir sociologiquement reconnu. Quand

l'ergothérapeute compare sa contribution avec celle de l'animateur, elle place sa compétence sur le champ du psychomoteur, et celle de l'animateur sur le versant social, mais de quel social parle-t-on ?

> *« Moi ça va être plus moteur, plus psychique et l'animateur c'est plus sur le social, le plaisir de la personne parce que, qui dit plaisir, dit moins de douleur. Moi je vais avoir ça en tête. L'animation pour moi c'est un moyen pour créer une ambiance, de la complicité, du bien-être quoi ! »*

Nous avons déjà fait remarquer que la fonction d'animation pouvait facilement être réduite, à la recherche du bien-être ou plus mécaniquement à la fonction d'agent d'ambiance, allant jusqu'à prendre l'habit du « clown de service ». Il ne s'agit pas de porter un jugement moral sur tous ceux, qui relient, d'ailleurs à juste titre, « animation et bien-être ». Il s'agit plutôt de montrer en quoi la non-distinction, entre « vie sociale » et « satisfaction morale », participe à la non distinction des deux ordres de rationalités, que sont la *personne* et la *norme*. D'un point de vue épistémologique, l'insistance sur cette non confusion contribue à montrer la rigueur et la cohérence de notre analyse. Pour prolonger l'idée que tous les savoirs relatifs aux métiers ne sont pas équivalents, nous allons poursuivre notre enquête en abordant la contribution du psychologue dans le secteur gérontologique.

3. Les limites du métier de psychologue

A partir d'un entretien, réalisé avant notre entrée en thèse, nous cernerons le domaine d'intervention psychologique dans un établissement pour personnes vieillissantes. Au moment de l'entretien, l'enquêtée, qui exerce dans deux établissements nous explique comment elle organise son travail.

> *« Alors cela va surtout dépendre du temps de travail que j'ai sur l'établissement. Là où j'ai peu de temps en général, on va être plus présent auprès du personnel soignant… C'est du soutien… c'est de l'explication des pathologies… des symptômes. C'est aussi pouvoir préciser le comportement de certaines personnes … pouvoir l'analyser et donc proposer des choses, pour que cela se passe mieux au quotidien. »*

En priorité, le psychologue inscrit son domaine de compétence auprès des soignants, dans le champ du soutien et de l'explication des pathologies. Sa compétence relève de l'incompétence de ces derniers qui ont besoin d'éclairage pour mieux comprendre les situations auxquelles ils

sont confrontés. La psychologie est ici convoquée comme experte pour écouter, analyser, problématiser et proposer des solutions, dans un espace où les soignants sont invités à exprimer leur ressenti. Comme l'ergothérapeute, elle inscrit sa responsabilité au regard d'un savoir à partager avec les professionnels, qui vise à expliquer et à améliorer les situations problématiques.

> *« Quand on a un temps un peu plus important sur un établissement… on peut se permettre de faire du soutien un peu plus approfondi, surtout avec les résidents. En sachant qu'on en fait toujours plus ou moins, mais juste pour des entretiens ponctuels et ce n'est pas toujours évident de faire un suivi. Alors qu'avec un temps plus important, on peut davantage travailler sur l'adaptation à la résidence. Quand la personne arrive il faut qu'elle fasse le deuil de sa vie d'avant… le deuil de sa maison … c'est vrai qu'avec une présence plus importante … là c'est plus facile. »*

Dès lors que le psychologue à plus de temps dans l'établissement, il peut se consacrer à un suivi plus approfondi des résidents et venir soutenir la phase « d'adaptation », pour aider la personne à faire « le deuil de sa vie d'avant ». La psychologie s'affirme ici en réponse à la souffrance psychique où l'adaptation est corrélée à la capacité de faire le deuil. Dans le cadre de notre clinique nous avons éprouvé la nécessité de distinguer l'*adaptation* de l'*appropriation* sociale et l'*acceptation* de l'*appréciation* éthico-morale. C'est-à-dire qu'à partir de l'entrée en institution, nous avons mis en avant un double fonctionnement dialectique, relatif à un positionnement social et à un engagement éthico-moral, qui ne se confond pas.

Dans cet entretien, il apparait que les deux analyses sont superposées et que les processus naturels et culturels sont indifférenciés. De fait, nous pensons que cette capacité à faire le deuil relève d'une appréciation culturelle, c'est-à-dire d'une capacité à se règlementer au sens d'un rationnement éthique fondamental. Bien qu'impliquer dans la relation sociale, la psychologie pourrait ainsi relever du domaine de l'axiologie, au sens d'une thérapeutique ou l'écoute d'autrui contribuerait à réassurer pour une meilleure régulation du désir. Cette capacité culturelle relève de l'échelle d'exigence de chacun où la perfection et la satisfaction totale n'existent pas, car elle est toujours repoussée plus loin et jamais atteinte. C'est parce que l'homme est condamné à l'insatisfaction, qu'il conserve sa capacité désirante. Pour autant, nous avons vu cliniquement que, dans certains cas d'aboulie, la perte pulsionnelle de l'initiative pouvait entraîner un blocage sur la culpabilité et la déception éthico-morale. La question du deuil convoque la psychologie dans les établissements pour personnes vieillissantes en

l'invitant à recueillir la plainte. Il convient de reconnaitre une certaine convergence entre axiologie et psychanalyse dans sa prise en compte de la perte et du manque.

Quelles sont les ressources que tu mobilises pour établir cette relation d'aide ? … Qu'est-ce qui est important ?

> *« Ce qui est important c'est que je fais partie d'une équipe, je travaille en équipe … ça … c'est important de le dire ! Ce qui fait qu'on va s'appuyer et avoir comme ressources tous les métiers présents dans la structure. Bien sûr, il va y avoir mon travail d'analyse, de compréhension … et mon travail va permettre aussi d'aider les autres intervenants… c'est-à-dire que je redonne des choses que j'ai pu avoir dans les entretiens … du style… les loisirs, ce que la personne aime faire, ce qu'elle faisait avant, ses envies … alors ça je peux le faire remonter à l'animatrice par exemple … Au niveau des difficultés physiques, de pouvoir se déplacer dans un lieu, se débrouiller au moment des repas … là cela peut être orienté vers l'ergothérapeute … ce qui va être au niveau de la douleur … va être renvoyé plus vers l'infirmière et tout ce qui est au niveau des soins de nursing de la personne, si elle sent des manques, des besoins de faire autrement … c'est orienté vers l'équipe soignante. »*

En distribuant sa connaissance à l'équipe, notre enquêtée met l'accent sur le rôle de chacun et la complémentarité de métier, qui relève d'une *paternité partagée*. Elle distribue les rôles, au sens d'une responsabilité qui se divise en plusieurs parts. Elle rapporte les loisirs et les désirs à la fonction d'animation, les déplacements et les habiletés à la fonction d'ergothérapie, la plainte douloureuse revient à l'infirmerie et les soins de nursing à l'équipe soignante. La diversité des professions dans un établissement médicosocial peut servir de loupe et de scalpel pour les relations sociales, au sens d'une segmentation de rôles. Nous n'aurions pas de mal à démontrer, que chaque professionnel peut, à sa manière, contester cette partition qui relève toujours d'une réduction, ou plus précisément, du malentendu fondamental relatif à l'appropriation conflictuelle. Ce qui revient à dire que tout échange social relève d'une visée autocentrée qui tend à ramener l'autre à soi. En tant que chercheur en sociologie, nous ne sommes pas hors de cette visée ethnocentrique et c'est précisément la raison pour laquelle nous cherchons constamment à limiter notre dire en référence à un tiers théorique.

Dans ton travail, est-ce que tu te rapportes à un courant particulier de la psychologie ?

« Non pas particulièrement. Pas plus Freud que Lacan ou les comportementalistes. Je pense qu'il y a des théories qui sont très intéressantes. Je ne suis pas un courant particulier … Freud a apporté des choses … dans le contexte de la gériatrie, il y a des choses très intéressantes aussi. C'est vrai que la gériatrie est en grande évolution… c'est une discipline encore très récente donc il y a des courants de pensée qui interviennent. Il y a Maisondieu, qui a écrit des choses … on adhère ou on n'adhère pas mais je pense que c'est intéressant d'y jeter un coup d'œil, parce que cela peut nous faire évoluer et puis ça peut aider à la compréhension des démences… Ce sont des théories toutes nouvelles et qui j'espère vont continuer à évoluer. »

Dans son ouvrage le crépuscule de la raison Jean Maisondieu met l'accent sur l'angoisse de mort sociale, comme facteurs possibles des troubles démentiels. Il défend l'idée d'une réhabilitation de la mort. A partir de la notion de thanatose, il reconnait l'angoisse existentielle et cherche à donner du sens au propos et actes du malade comme de ceux qui l'entoure.

« Pour modifier l'approche clinique de la maladie d'Alzheimer afin qu'elle ne soit plus aussi réductrice, il est nécessaire de multiplier les observations, non plus seulement dans les laboratoires, mais aussi, et surtout, dans les institutions soignantes, qui doivent apprendre à collecter tous les petits faits de la vie quotidienne avec autant de sérieux et de minutie que les chercheurs devant leurs microscopes. » (Maisondieu, 2011, p. 195)

Jean Maisondieu invite à une clinique explicative, qui ne réduit pas le patient à sa démence mais s'appuie sur une *« théorie qui décide de ce que nous sommes en mesure d'observer »*. Nous avons vu précédemment, qu'à travers la pathologie Alzheimer, la gériatrie croise la clinique de l'autisme. Chantal Lheureux-Davidse, psychologue clinicienne et psychanalyste invite à prendre en compte *« l'apport de la clinique de l'autisme pour mieux comprendre et rencontrer des personnes avec une pathologie Alzheimer. »* Dans sa démarche, elle cherche à expliquer les troubles des personnes autistes et Alzheimer, au regard d'une perte de liaisons où le surinvestissement d'un détail peut venir perturber la vision d'ensemble. Cette façon de poser le symptôme, nous conforte dans notre approche gestaltique du soma, qui correspond à la relation contextuelle entre totalité (vision d'ensemble) et parties (détail). L'auteur relève dans les deux champs, la similitude des angoisses spatiales d'effondrement, de vertige et de

précipitations et inscrit les relations thérapeutiques dans une visée d'apaisement des angoisses à partir d'expériences sensorielles, attentives au rythme de chacun.

Ces alternatives thérapeutiques revisitent les modes communicationnels pour parvenir à pacifier les relations. Dans le secteur gériatrique, des initiatives sont encouragées par les appels à projet de coordination, qui articule répit et soutien psychologique. Les pôles d'activités et de soins adaptés se multiplient, les bistrots mémoire, les médiations animales, musicales, robotiques s'inscrivent dans une dynamique psycho-gériatrique. De fait, les savoirs gériatriques s'inscrivent dans une diversité de courants psychologiques, comme ce projet de psychothérapie institutionnelle initié en 2006 dans une unité psycho-gériatrique du CHU de Reims.

> *« Dans un contexte saturé d'appels de détresse, de phénomènes transférentiels et de projections, il présuppose un cadre explicite, une formation complémentaire des soignants et un collectif de thérapeutes et psychologues cliniciens, formés à la systémie, à la co-thérapie et à la supervision, afin de garantir des espaces de libre circulation de la parole, de prévenir la sidération et de repérer les phénomènes d'attaque à la pensée. (Ploton, 2003 ; Racamier, 2012) »* (Munsch, 2018, p. 279)

La psychothérapie institutionnelle a vu le jour dans le secteur de la psychiatrie au milieu des années 1950, notamment à la clinique de La Borde, fondée par Jean Oury en 1953. D'influence marxiste et psychanalytique, elle dispose d'un héritage psychosocial de dynamique de groupe qui prend en compte la souffrance psychique du soigné comme du soignant. Elle s'inscrit dans un travail de théorisation expérimentale, à partir de l'observation clinique, dans une confrontation de points de vue, qui ne permet pas toujours un consensus sur les concepts employés, notamment celui d'*institution*. Elle influencera les établissements d'aujourd'hui, qui, considérés comme des lieux de vie, laissent la place à la participation de l'usager et mettent l'accent sur l'analyse de pratique à partir du ressenti des soignants. Roger Gentis, psychiatre à Saint Alban dans les années 1960 est un des précurseurs de la psychothérapie institutionnelle, dont il donne ici la mesure de la démarche :

> *« Je pense qu'on ne peut pas soigner correctement les schizophrènes (pas plus qu'un certain nombre d'autres malades d'ailleurs), si l'on ne réalise pas une espèce d'asepsie de base, d'hygiène élémentaire du milieu thérapeutique, c'est-à-dire si l'on ne crée pas des lieux de parole, des endroits et des circonstances où ce qui était informulé peut être dit – et si l'on ne parvient pas à établir un climat d'ensemble, une atmosphère de liberté et de sincérité qui permette à chacun,*

quelque soient sa place et son statut dans la collectivité, de dire vraiment ce qu'il pense, ce qu'il sait, ce qu'il ressent. » (Gentis, [1969], 1971, p. 57)

Beaucoup de recherches-actions sont issus de ce courant, qui valorise les expériences thérapeutiques dans une visée de relations humaines élargies. La psychiatrie a largement contribué à faire de la schizophrénie un objet d'étude privilégié dans les sciences de l'homme. Ce problème a passionné les chercheurs qui ont cherché à explorer et à comprendre ce qu'il y a de plus mystérieux dans l'existence humaine. Dans son ouvrage « Les schizophrènes », Roger Gentis fait état de l'angoisse existentielle des malades, qu'il compare *« au sentiment d'une mort imminente, de l'anéantissement, de la disparition de l'être »*. Rapportée à notre mode de pensée, cet état de *« mort-vivante* » s'inscrit au regard de cette *abstraction* – forcée par *asomasie* chez l'autiste et la personne Alzheimer – pathologique chez le schizophrène, qui ne parvient pas à réinvestir dialectiquement au plus près de l'être.

De fait, l'abstraction, spécifiquement humaine se révèle doublement, c'est-à-dire, à la fois dans la démarche d'analyse et dans l'objet à construire qui est l'homme lui-même. En rapportant la raison humaine à quatre fonctionnements abstraits, il s'agit moins de résoudre un problème que de chercher scientifiquement à en rendre compte.

« D'autre part, nous savons que la pathologie est capable, en amplifiant les manifestations, en les rendant pour ainsi dire plus grossières, d'attirer notre attention sur des conditions normales qui, sans cela, seraient passées inaperçues. Là où la pathologie nous montre une brèche ou une fêlure, il y a peut-être normalement un clivage. Jetons parterre un cristal, il se brisera, non pas n'importe comment, mais suivant ses lignes de clivage, en morceaux dont la délimitation, quoique invisible, était cependant déterminée auparavant par sa structure de cristal. Cette structure fêlée est aussi celle des malades mentaux. Vis-à-vis des déments, nous conservons un peu de crainte respectueuse qu'ils inspiraient aux peuples anciens. Ces malades se sont détournés de la réalité extérieure et c'est pourquoi justement ils en savent plus long que nous sur la réalité intérieure et peuvent nous révéler certaines choses qui, sans eux, seraient restées impénétrables. » (Freud, [1932], 1971, p. 80)

Nous ne pouvions pas passer à côté de la métaphore du cristal pour montrer que la preuve est dans le symptôme, c'est-à-dire dans ce qu'on cherche à expliquer. Ce qui revient à dire que le symptôme ne relève pas de l'évidence mais s'érige contre l'évidence par la construction de l'hypothèse qui permet de l'expliquer. La première chose qui vient contraindre la recherche,

c'est que l'objet des sciences humaines est paradoxal. Si notre clinique expérimentale nous a convaincu de la légitimité d'une sociologie à prendre part au débat épistémologique, nous devons admettre, qu'il nous faut poser socialement les fondements de sa légalité. Après tout, bien d'autres avant nous se sont attachés à poser les bases d'une approche explicative dans le secteur de la santé.

Certains sociologues de l'intervention contribuent à promouvoir des travaux de type recherche-action, qui font appel à des praticiens du social ou du médico-social. Pour autant, nous nous interrogeons sur ces pratiques lorsqu'elles tendent à faire perdre au savoir sociologique sa légitimité, comme si le sociologue souffrait ou se culpabilisait d'avoir longtemps pris place sur un « piédestal », hors du social. Ce qui, par effet de retournement, tendrait à conduire le chercheur à développer sa délégation aux acteurs sociaux et autres praticiens, au détriment d'une prise de position dans le savoir. Lors de ces recherches, les références théoriques, toujours multi-référencées dans leurs dimensions bio-psycho-sociales, arrivent au détour d'une situation comme si elles sortaient du chapeau d'un magicien ou bien étaient amené par les acteurs sociaux eux-mêmes. Nous développerons plus précisément cette question dans les pages suivantes, en montrant que les savoirs s'élaborent et se confrontent socialement qu'à la condition d'entrer en dialogue avec d'autres savoirs.

1. Une prise de position épistémologique

Nous souhaitons rompre avec la recherche-action, telle qu'elle est définie par Hugon et Seibel *: « Il s'agit de recherches où il y a une action délibérée de transformation de la réalité ; recherches ayant un double objectif : transformer la réalité et produire des connaissances concernant ces transformations. »* (Hugon, Seibel, 1988, p. 13). Cette approche transdisciplinaire que nous qualifions de psychosociale est pour nous une limite à l'élaboration des sciences humaines. Par sciences humaines, nous entendons la construction d'un objet particulier qui est l'homme lui-même et qui relève de principes généraux anthropologiques. Il s'agit donc de dépasser l'utilisation des capacités humaines pour les expliquer. Si nous reconnaissons aux praticiens du médico-social une capacité à s'inscrire dans des projets de recherche, nous ne souhaitons pas initier une recherche-action existentielle (Barbier). Deux raisons à cela : 1) Sous couvert du respect des singularités, cette approche perd de sa cohérence scientifique par la multiplicité référentielle revendiquée et la délégation du savoir aux seuls praticiens ; 2) La focalisation sur l'exploration, par les chercheurs, de leur propre comportement clos l'objet sur lui-même. De fait, la majorité de ce type de recherche action est très ancrée sur l'affectivité et l'adaptation de soi au monde ou à son objet de recherche. Dans ce type de démarche, c'est l'intuition, la créativité, l'improvisation qui priment. Dans cet optique, la complexité se révèle à partir de la variété des points de vue juxtaposés. Ce que résume bien le concept de « triangulation », que nous avons déjà invalidé. Ce qui, selon nous, met le chercheur et les praticiens au cœur du social, sans leur en donner la clef, puisque chacun devient le promoteur de sa propre réalité. Si la prégnance de l'individuel et du collectif apparait dépassée, il n'en est rien, puisque la recherche action valorise le participatif impliqué, dans une mise en scène affective et émotionnelle de l'approche sensible du « chercheur collectif ». Le principe de réalité est ce qui s'impose au groupe par le groupe comme une nouvelle vision du monde. Nous la rapportons à une forme d'intervention sociale, qui vise à transformer une situation. Les promoteurs de la recherche action ne s'inscrivent dans aucune discipline scientifique mais plutôt dans une approche compréhensive qui ouvre à une écologie de l'esprit (G. Bateson) et invite à une approche philosophique de l'existence. Ce type de recherche s'inspire des ethnométhodes (Garfinkel) pour étudier la vie sociale ou professionnelle, ce qui conduit à mettre l'accent sur les capacités créatives et relationnelles. La notion d'écoute sensible,

développée par René Barbier (1997) est une démarche méditative, qui s'appuie sur l'empathie associée à une acceptation inconditionnelle d'autrui, qui conduit à une compréhension. Le fait, qu'elle se présente sans adhérence ni identification à l'autre, n'empêche pas la prédominance d'une subjectivité descriptive et réflexive. Notre approche diffère de cette perspective même si elle entend donner une place aux praticiens du secteur médico-social, dans une visée de coproduction de savoir. La communication est affaire de traduction, qui ne s'effectue pas dans la transparence de l'échange. C'est parce que nous reconnaissons au social d'être le lieu des multiples références et appartenances, faites de toutes nos rencontres, que nous privilégions une approche scientifique qui clarifie la complexité plutôt que de la réifier.

Si l'enjeu final de la recherche-action existentielle est de comprendre collectivement la finalité du changement social à partir d'une mise en mot, d'un artifice technique, d'un positionnement et d'une interprétation, humain oblige ! Peut-on pour autant parler de sciences humaines ? Il y a une différence entre, d'une part, utiliser les capacité humaines, logique, technique, sociale et critique et, d'autre part, expliquer ces mêmes capacités à partir d'un raisonnement causal. En sciences humaines, l'homme cherche à construire un objet qui est l'homme lui-même, c'est-à-dire que l'enjeu c'est la connaissance des facultés rationnelles qui le spécifient en tant qu'humain. Au bout du compte, c'est parce que l'homme parle qu'il doit étudier le fonctionnement abstrait qui le fait accéder à la capacité de langage. De même, que c'est parce qu'il manipule, qu'il doit étudier le fonctionnement abstrait qui le rend capable de technique. Sociologiquement, c'est parce qu'il se positionne qu'il étudie le fonctionnement abstrait de la société et axiologiquement, c'est bien parce qu'il critique, qu'il se doit d'étudier le fonctionnement abstrait qui régule son désir. De fait, dans notre démarche, il s'agit moins de résoudre les problèmes culturels que de chercher scientifiquement à en rendre compte. (Guyard, 2009)

Dans ce chapitre nous chercherons à élargir notre champ d'intervention et à expérimenter le positionnement de notre modèle auprès de deux professionnels du secteur médico-social, hors champ gérontologique. Si lors des précédents entretiens nous avons volontairement laissé de côté notre propre point de vue, afin de nous imprégner de celui des enquêtées, dans les pages suivantes, nous entrerons dans l'agora de la confrontation de savoir où la compétence de l'un définit l'ignorance de l'autre.

> *« Lorsque le chercheur fixe le cadre des échanges où lorsqu'il formule son analyse d'une situation sociale soumise à examen, il dépossède nécessairement les autres*

> *de leur capacité à le faire. A l'inverse lorsque « les praticiens » font valoir leur propre point de vue ou s'approprient singulièrement l'analyse du chercheur ou encore infléchissent le cadre de l'échange dans un sens ou dans un autre, ils désapproprient le chercheur de son savoir et de son rôle. C'est en assumant mutuellement cette dialectique de l'appropriation et de la désappropriation, par le jeu d'une négociation permanente des positions et des rôles, que le chercheur et les « praticiens » peuvent réunir les conditions sociales d'une anthroposociologie réciproque ouvrant la voie à une « altérité altérante » ».* (Dartiguenave, Garnier, 2008, p. 212)

La référence à un cadre théorique permet de négocier l'échange en introduisant une tiercité, qui ouvre au point de vue de l'autre, ou encore à une anthropologie réciproque pour reprendre le concept d'Armel Huet. Même si ce point de vue n'est autre que la traduction de cette altérité, cette traduction opère une altération qui nous fait autre. Cette confrontation au savoir de l'autre vaut autant pour les praticiens que pour le chercheur, qui trouve dans l'échange une résistance à son analyse.

2. <u>De l'intersubjectivité à l'argumentation</u>

Nous cherchons ici à rendre notre savoir communicable, c'est-à-dire à traduire notre travail de thèse en introduisant la dimension de l'argumentation. Ce qui nous permettra de faire le point sur notre responsabilité dans l'élaboration d'une anthropo-bio-sociologie en interdépendance avec d'autres savoirs. Autrement dit, nous entrons dans le jeu de l'altérité où s'opère la socialisation du discours, soit, la légalisation du légitime. De fait, il s'agit de mesurer ce que socialement nous nous autorisons à dire et de vérifier la pertinence de nos analyses. Nous aurons ainsi l'occasion de faire le point, c'est-à-dire de récapituler notre travail et d'en poser les limites et perspectives. Lors de cet entretien, nous rencontrons psychologue et ergothérapeute, au domicile de cette dernière. Ces deux professionnelles ont 26 et 27 ans et entretiennent un lien d'amitié depuis leur adolescence. Nous présentons quelques extraits de cet entretien, qui nous permettra d'aborder certaines notions clefs qui récapitulent les différents apports de notre travail.

Pour cette analyse nous ferons, une fois encore, référence au remarquable ouvrage d'Hubert Guyard, et plus particulièrement à ce chapitre qui va « *de l'empathie à l'argumentation* ». Pour autant, au terme d'empathie nous substituerons celui d'intersubjectivité. Nous cherchons ici à énoncer notre point de vue, ce qui nous oblige à nous détacher de l'imprégnation, au sens d'une subjectivité immédiate pour argumenter par la médiation des mots et des positions sociales. Cette argumentation médiate est contrainte à la fois par le langage, la technique, le social et aussi la morale. Dès le départ, nous positionnons nos travaux en sociologie face à leurs savoirs professionnels, ce qui constituera le fil conducteur de notre entretien. Argumenter implique que cette discussion soit marquée par une traduction mutuelle car la compréhension ne va pas de soi, elle se mesure par rectification d'erreurs.

- ***Socio.*** *L'idée de cet entretien, c'est de croiser mon travail de thèse en sociologie avec vos connaissances professionnelles. Je ne vais donc pas uniquement recueillir votre parole, je prendrai également part au débat en proposant mon point de vue. Vous pouvez commencer par me dire ce que vous faites professionnellement et depuis quand ?*
- ***Psycho.*** *Je suis psychologue dans une association depuis 4 ans. Je suis à mi-temps au sein d'un Institut Médico Educatif qui accueille des enfants, des adolescents et des jeunes adultes avec un trouble du spectre de l'autisme. Le reste du temps est consacré à une « mission d'appui autisme ». Là, je vais échanger avec des professionnels, qui travaillent dans des établissements qui ne sont pas spécialisés dans l'autisme, mais qui accueillent quelques personnes avec autisme.*

Nous avons souhaité nous entretenir avec un professionnel qui travaille après de jeunes avec un trouble du spectre de l'autisme afin de contribuer à établir des liens avec la pathologie Alzheimer, telle que le propose Catherine Bergeret-Amselek. Pour autant, nous ne sommes pas dans une dynamique de prise en charge, nous poursuivons notre visée épistémologique qui articule théorie et clinique et nous élargissons cette dernière aux troubles de l'autisme et aux difficultés relatives aux personnes cérébrolésées.

- ***Ergo.*** *Je travaille depuis 4 ans en tant qu'ergothérapeute. J'ai travaillé 3 ans en service de soins de suite et de réadaptation adultes en neurologie et traumatologie. Depuis un an, je travaille dans un SSR pédiatrique où on accueille deux types de populations : des enfants avec troubles spécifiques des apprentissages, c'est un centre de diagnostic, de rééducation et de bilan en*

matériel pédagogique adapté. L'autre service SSR est lié à l'orthopédie où on accueille des enfants en post chirurgie, brûlés, cérébrolésés, maladies neuromusculaires, maladies rares, douloureux chroniques et certains avec des problèmes psychiques … psychologiques. On fait aussi un peu d'éducation thérapeutique pour les enfants lombalgiques. Je dis un peu, parce que nous n'avons pas le label « éducation thérapeutique » mais on donne quand même quelques conseils.

- ***Socio.*** *Sur quels savoirs tu t'appuies pour prendre en charge, poser un diagnostic… ?*
- ***Ergo.*** *Pour l'orthopédie on se base sur des bilans normés de préhension, de force, des bilans liés aux activités vie quotidienne… c'est de l'observation et pour les troubles spécifiques de l'apprentissage, on se base aussi sur des bilans normés. On fait des comparaisons à partir d'un écart type. On fait aussi beaucoup de mises en situation, en situation « écologique ». Le médecin nous dit, vous les ergo vous dîtes tout le temps ça ! Mais c'est vrai « écologique », parce qu'on observe la personne en lien avec son environnement et ça apporte plus de concret à nos bilans. Les bilans normés, ce n'est pas forcément la reproduction des difficultés de la personne dans son quotidien. Par exemple j'ai un bilan de préhension fine où je mets des petites chevilles…comme ça… (complète ses mots avec des gestes) et le temps est chronométré, mais qui fait ça toute sa journée ?... Personne ! Par contre si j'observe quelqu'un à l'habillage, sur un temps de cuisine ou à faire son ménage … Là je vois autre chose.*
- ***Socio.*** *Oui c'est plus logique, plus en lien avec ce que vit la personne.*

L'ergothérapeute travaille à partir de bilans, qui sont élaborés pour servir d'épreuves et rendre compte des déficits corporels. Précédemment, nous avons vu qu'en ergothérapie le corps était appréhendé essentiellement au niveau du développement psychomoteur et à partir de l'expérience inconsciente du schéma corporel. Le terme « écologique » nous apparait ici intéressant dans la mesure où nous pourrons, plus tard dans la conversation, nous appuyer sur cette notion pour aborder le concept d'asomasie. Dans sa démonstration l'ergothérapeute recherche des arguments pour expliquer sa manière de travailler. Elle produit de l'argumentation en mettant de la cohérence logique par différenciation. Elle oppose les bilans normés et les bilans en situation écologique pour défendre son point de vue.

> *« L'argument ne vaut qu'en fonction d'un autre argument auquel il s'oppose. Il convient donc d'abandonner tout positivisme et d'accepter le caractère relatif des affirmations et des convictions. L'argumentation articule des lieux communs (topoï, en grec), c'est-à-dire des opinions qui se défendent du seul fait d'un large consensus et des arguments plus singuliers qu'il faut défendre davantage. Le* pour *et le* contre *sont tour à tour exposés afin de faire apparaître un dépassement « dialectique » de cette contradiction »* (Guyard, 2009, p. 94)

L'ergothérapeute pose ainsi sa propre expertise à partir de son expérience et rajoute un argument technique à ses mots lorsqu'elle démontre en faisant. Elle persuade du bien-fondé de sa thèse écologique en montrant ce qu'elle fait et prend à témoin les autres interlocuteurs : « Qui fait ça, personne ? »

- ***Ergo.*** *Après les savoirs en eux-mêmes pour élaborer mon diagnostic… c'est les moyens. En formation on a des modules de base, anatomie, psycho … c'est tellement vaste, je pourrai te préciser un peu plus si tu veux ?*
- ***Socio.*** *Je te remercie, j'ai un livre sur l'ergothérapie, que m'a prêté une collègue. Cela présente pas mal de choses sur les praxies/apraxies, gnosies/agnosies*
- ***Ergo.*** *Ah oui, tout ce qui est neuro !*
- ***Socio.*** *Elle m'a aussi parlé de boulie/aboulie,*
- ***Ergo.*** *Ah … je n'ai jamais entendu ce mot-là !*
- ***Socio.*** *Elle parlait de l'aboulie à propos d'un défaut de mise en route de l'activité, mais ce n'est pas utilisé dans tous les établissements. Et toi tu as déjà entendu parler de l'aboulie ?*
- ***Psycho.*** *Non je ne crois pas, mais c'est en rapport avec les fonctions exécutives, l'organisation, la planification ?*
- ***Socio.*** *Alors, c'est plutôt lié au traitement de l'affect, de la pulsion. C'est lié à l'envie.*
- ***Psycho.*** *C'est la prise d'initiative ?*
- ***Socio.*** *Oui on peut dire ça comme-ça, je ne sais pas, après il y a tellement de mots différents. Je ne sais pas, initiative oui peut-être. Le problème c'est que cela peut se superposer avec la praxie puisque c'est lié aussi à l'activité.*
- ***Psycho.*** *C'est-à-dire ?*

- ***Socio.*** *En fait, si on ne fait pas la différence, on peut confondre « la capacité de faire » et « l'envie de faire ». La boulie, c'est l'envie.*
- ***Psycho.*** *D'accord c'est la motivation.*

L'ergothérapeute propose de repréciser plus tard les différents cours dont elle a bénéficié pendant sa formation. De notre côté, nous en profitons pour parler de l'entretien précédant et pour aborder les troubles des fonctions naturelles gnosie/agnosie, praxie/apraxie. Après une pause, qui permet à l'ergothérapeute de reprendre la main *« ah oui, tout ce qui est neuro ! »*, nous abordons les notions de « boulie/aboulie ». Nous sommes là face à l'incompétence d'autrui relative à ce domaine de connaissance. Il ne s'agit pas d'imposer un terme, encore faut-il que l'interlocuteur se l'approprie. Nous devons rendre recevable notre prise de pouvoir. *« Ce n'est pas utilisé dans tous les établissements »* prête à autrui un argument de non-savoir, en montrant qu'il est normal que ce terme soit inconnu car peu usité. Ce qui rend prévisible l'incompétence d'autrui. Rappelons que nous avons précisé dès le début de l'entretien que nous cherchions à *« croiser nos travaux de recherche avec »* leurs *« savoirs professionnels »*. Ce qui implique que nous avons décidé d'*argumenter* sur nos travaux de recherche. Hubert Guyard, rapporte les propos de Pierre Oléron relatif à l'argumentation :

> *« Toute argumentation présuppose un problème, c'est-à-dire un dissensus, réel ou imaginaire, sur une question précise ; vu qu'il ne peut y avoir d'argumentation sans langage, toute question doit être formulée en forme de thèse. D'un point de vue pragmatique, tout argumentant vise à faire accepter sa thèse par l'interlocuteur. Généralement parlant toute argumentation vise à transformer un dissensus en consensus »* (Oléron, 1983)

L'argumentation suppose la rencontre sociale, entre confrontation et réconciliation. Il y a dans l'argumentation une recherche d'adhésion susceptible de convaincre. L'ergothérapeute reprend à son compte l'argument proposé, en rapportant le terme « établissement » au centre de formation. Nous avons un bel exemple de malentendu, car nous parlions d'établissements médico-sociaux alors que l'ergothérapeute a entendu établissements de formation.

- ***Ergo.*** *C'est vrai que nous, nos cours c'était par semestre et tout était un peu mélangé. J'avais psychologie de l'enfant … des fois on commençait un cours en 1ère année et on en reparlait un peu en troisième année.*
- ***Socio.*** *Tu veux dire que c'était très morcelé ?*

- ***Ergo.*** *C'est ça oui et puis c'est en fonction des intervenants qu'ils trouvent aussi. Tu avais un thème à aborder et c'est l'intervenant qui faisait son cours. Je ne sais pas s'il y a vraiment un programme. Tu as des semestres avec des choses dedans mais je pense que d'un établissement de formation à un autre on n'a pas les mêmes programmes. On doit valider les mêmes compétences mais…*
- ***Psycho.*** *Oui ça dépend de l'orientation et de l'intérêt de la personne qui intervient.*
- ***Ergo.*** *A Créteil par exemple c'était très psy, j'avais plein de cours de psy, mais à Rennes ils sont plutôt rééducation je crois.*
- ***Socio.*** *D'accord il y des différences entre les instituts de formations et les intervenants ?*
- ***Ergo.*** *Ah oui ! complétement ça c'est sûr !*

Nous retrouvons ici la problématique du savoir communiqué en formation. Il est vrai que toute formation s'inscrit dans l'échange social, donc sous la responsabilité du formateur. De fait, elle repose sur la dialectique de l'appropriation et de la désappropriation du savoir. Cela pose la question de l'hétérogénéité des savoirs sur l'homme qui font obstacle à une connaissance approfondie en sciences humaines.

- ***Socio.*** *Et toi à partir de quels savoirs et sur quelles bases tu travailles ?*
- ***Psycho.*** *Beaucoup d'observations et d'échanges avec les familles et les collègues qui sont au quotidien auprès des jeunes. L'observation ça peut être, soit, directement sur les groupes, sur les lieux de vie dans l'IME, soit dans le cadre de rencontres ponctuelles avec le jeune. Là ce sont vraiment des rencontres avec le psychologue. Et sinon j'utilise aussi des outils d'évaluation.*
- ***Socio.*** *Evaluation, bilan c'est la même chose ?*
- ***Ergo.*** *Pour moi oui, pour toi non ?*
- ***Psycho.*** *Non moi je peux faire plusieurs évaluations et après je fais un bilan.*
- ***Ergo.*** *Ah oui effectivement dans la terminologie.*
- ***Psycho.*** *L'évaluation pour moi, c'est vraiment l'outil qui me sert à faire un bilan.*
- ***Ergo.*** *Le bilan c'est la synthèse ?*
- ***Psycho.*** *Oui c'est un peu plus global… Après les savoirs … c'est toute ma formation initiale et les formations que j'ai pu faire après … c'est aussi tous les livres théoriques, après c'est les connaissances sur le développement psycho-*

affectif et aussi les particularités comportementales, même au niveau cognitif dans les différents domaines… Et à partir de ces bases-là ou de ces connaissances-là, c'est de pouvoir émettre un diagnostic et des hypothèses et de pouvoir proposer des choses en lien avec toutes les personnes qui sont autour du jeune.

(…)

Dans l'argumentation, il y a une forme de mise à distance de l'imprégnation spontanée, qui oblige à un effort d'analyse où l'argumentation est toujours à reprendre, telle qu'on peut l'observer dans cette interlocution. On observe une recherche de consensus, d'accord sur le sens du terme « aboulie », sur la différence entre « évaluation » et « bilan ». Chaque interlocuteur pose des questions, y répond et cherche à préciser le plus possible le sens qu'il donne au terme employé. Il s'agit d'une traduction qui implique l'argumentation réciproque.

- ***Socio.*** *Qu'est-ce que tu penses du terme « Trouble du Spectre de l'Autisme » ?*
- ***Psycho.*** *Je pense que ça a changé il y a peu de temps et que ça changera encore dans pas longtemps.*
- ***Socio.*** *Avant cela s'appelait « Troubles du développement » ?*
- ***Psycho.*** *« Troubles Envahissant du Développement » … C'est aussi parce que si on reprend toute l'histoire de ce trouble-là, c'est un trouble qui est encore finalement assez mal identifié, qui est passé d'une pathologie psychique à un handicap neurodéveloppemental et forcément les termes qui s'y rapportent changent. A propos du trouble du spectre de l'autisme, ce que je trouve intéressant c'est la notion de « spectre » dans le sens où l'autisme et bien finalement c'est … c'est que deux personnes autistes vont avoir un profil totalement différent et le terme de spectre, il représente bien ce côté-là, je le trouve assez visuel.*
- ***Socio.*** *Je ne sais pas … « spectre » cela fait un peu « fantôme » non ?*
- ***Ergo.*** *Moi « spectre », je vois des faisceaux lumineux*
- ***Psycho.*** *Moi je vois une espèce de demi-lune, de croissant avec tous les profils possibles*
- ***Socio.*** *Demi-lune et toi tu vois quoi ?*
- ***Ergo****. Des faisceaux de couleurs comme en physique optique et cela forme un tout. Comme toi je retiens de cette notion de spectre qu'il y a beaucoup de profils différents.*

Les arguments se construisent contre la compréhension immédiate. L'argumentation se construit contre l'imprégnation, qui est de l'ordre de l'intuition immédiate : *« Des faisceaux de couleurs comme en physique optique »*. Si l'imprégnation dépasse le mimétisme, cela ne va pas jusqu'à engager la responsabilité comme dans l'argumentation. Dans l'imprégnation les processus naturels en cause, qui restent de l'ordre de la *comparaison* et de la *composition*, permettent de constituer une *situation vécue* : *« Moi je vois une espèce de demi-lune ».*

- ***Socio.*** *Il y a un livre, qui est sorti l'année dernière et qui s'appelle « Et si Alzheimer(s) et autisme (s) avait un lien ? », avec un S pour le pluriel, qui laisse penser, exactement comme vous le dîtes, qu'il y a des profils différents dans les deux pathologies. Je trouve ça intéressant, parce que dans ma recherche, je fais un lien entre autisme et Alzheimer. Je me réfère aux termes dont on a parlé tout à l'heure : gnosie/agnosie en lien avec le cognitif et le « a » privatif de la pathologie ; praxie/apraxie en lien avec le geste ; boulie/aboulie en lien avec la motivation…*
- ***Psycho.*** *L'aboulie on l'observe chez les autistes, il y a un défaut de motivation et d'expression de désir.*
- ***Socio.*** *Oui, chez les personnes Alzheimer également. Alors ce que je mets en avant dans mon travail, c'est un terme que je n'ai pas inventé… Je me réfère à une anthropologie clinique. C'est le terme « asomasie » en lien avec le soma, qui est un rapport corps et environnement. Il y a un corps parce qu'il y a un environnement autour et il y a un environnement parce qu'il y a un corps. On peut rapprocher cela à ce que tu disais tout à l'heure à propos de mise en situation écologique. Donc ce que je mets en avant dans ma thèse c'est que la personne Alzheimer elle va perdre ce rapport corps et environnement.*
- ***Ergo.*** *Ah oui tout à fait*
- ***Socio.*** *Ce qui se traduit par des difficultés liées à l'espace, au temps, au milieu et on peut alors penser que l'autisme serait le fait de ne pas accéder au soma. Après, il y a sans doute des degrés.*
- ***Psycho.*** *Oui un spectre…*
- ***Socio :*** *Et puis ce n'est qu'un modèle…un modèle cela ne colle jamais à la réalité, c'est fait pour penser.*
- ***Psycho*** *: Oui oui !*

Le recours à la clinique permet de pousser plus loin et d'argumenter à partir d'hypothèses modélisées qui suggèrent que Alzheimer et autisme pourraient être des troubles de l'imprégnation. L'un comme l'autre apparaisse perturbés par tout ce qui bouscule les frontières naturelles entre le connu et l'inconnu, le dedans et le dehors, le proche et le lointain, le contenant et le contenu. Si les uns ont perdu leurs fonctions d'adaptation, les autres n'y ont pas accédé, tel que nous l'explique Hubert Guyard :

> *« L'isolation autistique constitue une sorte de prothèse ; dans le refus du changement, l'autiste tente de se redonner une permanence qu'un processus d'adaptation déficitaire ne lui procure plus, processus qui consiste, à pouvoir dynamiquement se séparer ou se regrouper sans perdre son « autos », sa totalité corporelle et environnementale : « Exclus de la vie, hors du temps, ils ont gelé leur pensée et seul leur corps vieillit. »[31] »* (Guyard, 2009, p. 76)

Cliniquement, nous avons repéré deux troubles de la *situation vécue* selon qu'ils interrogeaient la *constance* (identité) ou la *permanence* (unité) de la situation. Dans l'observation cela se traduit par un comportement d'envahissement et de confusion ou bien par un comportement d'isolation et de retrait. Cette perte de subjectivité naturelle est à comprendre comme un trouble gestaltique qui empêche de créer de la *situation vécue* par *comparaison* et *composition,* où le temps, l'espace et le milieu se relativisent contextuellement.

- ***Socio :*** *Quand je parle de somasie, ce rapport corps et environnement, je parle d'un rapport naturel, d'un traitement biologique que l'on partage avec l'animal, même si le contenu est différent. La somasie serait liée au mécanisme d'incorporation de l'environnement. Ce qui implique une différence de contenu incorporé entre l'homme et l'animal. Quand il y a un dysfonctionnement de ce corps-là biologique, on observe un basculement sur le culturel. C'est ce que je mets en avant dans la maladie d'Alzheimer, c'est-à-dire qu'il y a des personnes qui vont être complètement hors temps, espace et milieu mais qui, à côté de ça, vont être beaucoup dans le service à rendre, dans la capacité à faire pour autrui, dans l'altruisme. On va les voir faire la cuisine, faire le ménage, ou alors inscrire*

[31] FAVRE J.-P., *L'enfant psychotique : approches thérapeutiques en institution,* paris, Masson, 1997, p. 22

les personnes dans des appartenances, comme une femme qui peut prendre un autre résident pour son mari.

- ***Psycho** : ah oui c'est le côté social qui ressort*
- ***Socio :** Oui tout à fait, bien sûr il y a des degrés où on ne voit plus rien du tout … Mais je me demandais si au niveau de l'autisme, quand les jeunes arrivent à l'adolescence. Je parle de l'adolescence parce que cette capacité culturelle, cette responsabilité dans la capacité à faire pour autrui, l'enfant n'y a pas accès, avec spectre autistique ou non. Il reste sous la responsabilité de son parent ou de son éducateur.*
- ***Ergo.** Oui ou alors il va être plus dans le faire plaisir à quelqu'un*
- ***Socio.** Oui tout à fait ou alors pour imiter mais il ne va pas de lui-même être responsable de sa propre histoire. Ce qu'on devient au moment de l'adolescence. Je me demandais si le passage à l'adolescence pouvait être repérable à ce niveau-là chez les jeunes avec un trouble du spectre de l'autisme. Et si on peut repérer des différences entre l'enfant et l'adolescent ? Où si justement ce serait intéressant d'observer en se disant qu'il y a peut-être une différence, car après tout on ne voit que ce qu'on observe. Et c'est peut-être aussi pareil chez certains cérébrolésés, cela dépend de quel endroit du cerveau sans doute ils sont lésés.*
- ***Psycho.** La différence entre autisme et Alzheimer c'est que la personne Alzheimer, elle a pu vivre cette relation avant. Pour parler d'une différence entre enfant et ados dans l'autisme il y en a plein, ça c'est sûr, mais dans ce sens-là, cela me parait compliqué puisque de toute façon le trouble des interactions sociales c'est la caractéristique principale de l'autisme. Donc qu'il puisse faire pour l'autre et avoir cette responsabilité là c'est ce qui va leur manquer.*
- ***Socio.** C'est aussi ce que je m'étais dit.*
- ***Ergo** Tu veux dire qu'ils ne peuvent pas se mettre à la place de l'autre ?*
- ***Socio.** Est-ce qu'il y aurait un moyen peut-être pour …*
- ***Psycho.** Alors après, c'est tout ce qui est autour de la théorie de l'esprit*
- ***Socio.** Est-ce qu'il y aurait un moyen, dans la prise en charge pour leur envoyer des signaux auxquels ils ne peuvent pas répondre dans l'enfance mais auxquels ils pourraient répondre peut-être une fois adolescent ?*
- ***Psycho.** C'est intéressant parce cela me fait penser au groupe « Habilités Sociales » dont je parlais tout à l'heure. Même s'il y a des choses qu'on peut commencer avec des enfants on ne va pas être sur les mêmes niveaux. Ce n'est*

pas une question de niveaux en termes de niveau développemental, mais on ne va pas être sur les mêmes domaines avec les ados qu'avec les plus jeunes. On ne va pas être justement sur tout ce qui est culturel comme de pouvoir aller à l'extérieur, de pouvoir aller à la rencontre d'un serveur dans un restaurant ou quelque chose comme ça. Avec les enfants on va le faire entre nous alors que chez les ados on va être plus sur l'ouverture sur l'extérieur.

- ***Socio :*** *Tu parles de l'ouverture au monde social.*

La théorie de l'esprit (Theory of Mind) ou ToM, se rapporte davantage à une capacité cognitive, dit de haut niveau, qu'à une théorie proprement dite. A la fin des années 1970, elle apparait en sciences cognitives et plus précisément en éthologie. Depuis, une distinction est apparue entre une théorie de l'esprit dite « froide », associé aux pensées et une théorie de l'esprit dite « chaude », associée aux émotions. Aujourd'hui les termes employés sont ToM cognitive, et ToM affective. La première se rapporte à la capacité à se représenter les connaissances que les autres ont sur le monde. La deuxième se rapporte à la capacité de se représenter les états émotionnels des autres. De fait cela relève de ce que la psychologie cognitive appelle « la cognition sociale ». Ici aussi l'observation des pathologies psychiatriques et neurologiques est mise en avant pour expliquer la différence entre le cognitif et l'affectif.

« La distinction entre ToM cognitive et ToM affective trouve appui sur des observations de patients souffrant de troubles psychiatriques et neurologiques. Ainsi, dans le syndrome d'Asperger et dans la schizophrénie, la ToM affective apparaît plus déficiente que la ToM cognitive. Le même profil de performances a été rapporté chez des patients avec des lésions localisées dans le cortex préfrontal ventromédian alors que le pattern inverse a été mis en évidence dans une étude effectuée dans la maladie d'Alzheimer. » (Duval et *al*., 2011)

Selon cette théorie, la capacité à se représenter les connaissances ou les émotions d'une autre personne relève de deux mécanismes : le décodage et le raisonnement. Le mécanisme de décodage est tributaire de l'information perceptive, il est préconceptuel et spontané. (Coricelli) Alors que le processus de raisonnement, qui permet de comprendre et d'expliquer, nécessite une connaissance du protagoniste ou du contexte. Certaines recherches laissent entendre que la ToM n'est pas une fonction cognitive autonome et qu'elle dépend d'autres fonctions telles que les fonctions exécutives et la mémoire épisodique.

Selon nous, la théorie de l'esprit bute, d'une part, sur l'absence de seuil entre le naturel et le culturel, et d'autre part, sur une diffraction des fonctions logiquement mal arrimées. Hors pathologie, cette subjectivité naturelle, qui relève d'une intersubjectivité se donne différents contenus :

- Sur le plan de la représentation on peut parler d'*intersubjectivité cognitive*. Dans la situation vécue, ce que je vois, ce que je touche, ce que j'entends, l'autre le voit, le touche et l'entends aussi. Il s'agit du traitement naturel de l'information qui suppose une comparaison et une composition intuitive de l'imaginaire de l'un et de l'autre
- Sur le plan de l'activité on peut parler d'*intersubjectivité instinctive*. Ce qu'on peut faire naturellement, l'autre peut le faire aussi. L'activité naturelle nous rend naturellement capable d'efficacité immédiate à partir d'une relation instinctive entre les moyens et le but qu'on se donne.
- Sur le plan de la motivation on peut parler d'*intersubjectivité intentionnelle,* qui prête à l'autre la capacité de s'orienter vers la recherche de bénéfice. Il s'agit de la capacité à éprouver des aversions et des envies, des stratégies comportementales, des ruses orientées vers un bénéfice. Ce que peut résumer dans le tableau suivant :

<table>
<tr><td rowspan="3">Intersubjectivité = construction contextuelle et immédiate
Par comparaison et composition</td><td>Intersubjectivité cognitive =
Ce que l'un imagine, l'autre l'imagine</td></tr>
<tr><td>Intersubjectivité instinctive =
Ce que l'un instrumente, l'autre instrumente</td></tr>
<tr><td>Intersubjectivité intentionnelle =
Ce que l'un ressent, l'autre le ressent</td></tr>
</table>

Selon nous, l'être humain dépasse l'intersubjectivité par sa capacité d'abstraction, qui décontextualise et le rend capable de *s'absenter de la situation,* de « mourir » à la situation. Nous défendons l'idée que l'argumentation se construit contre l'intersubjectivité ou contre les données immédiates, évidentes ou intuitives de la situation. La rationalité est la mesure de l'erreur humaine et sa capacité à rectifier. L'humain culturel, capable d'argumentation, ne se confond pas avec l'humain naturel, capable d'intersubjectivité.

« La compréhension immédiate est donc un leurre ; et l'analyse humaine nous rend capable de nous abstraire de ce leurre. Nous pensons spontanément comprendre, mais cette compréhension immédiate est tissée de multiples confusions dont seule l'analyse peut nous donner la mesure » (Guyard, 2009, p. 87)

- L'intersubjectivité bute face à l'ambiguïté du langage qui empêche la compréhension immédiate. L'impropriété du langage fait que le mot ne colle jamais à la chose désignée. Ce que l'un pense est différent de ce que l'autre pense.
- L'intersubjectivité bute face à l'abstraction technique où l'outil peut toujours être détourné de son utilisation. Ce que l'un expérimente est différent de ce que l'autre expérimente.
- L'intersubjectivité bute face à l'altérité de la personne qui ne coïncide jamais à la place reçue en héritage. Elle conteste et construit une étrangeté qu'elle peut politiquement partager mais sans jamais y parvenir complètement.
- L'intersubjectivité bute face à l'ambivalence du désir et du transfert. Le désir humain est tiraillé entre une autocastration et une pulsion libidinale. La morale de l'un n'est pas la morale de l'autre.

L'intersubjectivité est toujours présente, c'est elle qui est à la source de notre tendance à ramener l'autre à soi. L'analyse rationnelle est cette *prise de distance*, qui empêche de fusionner avec la situation immédiate et nous fait émerger à l'autre en soi. L'anthropologie clinique repose sur l'idée d'une relation dialectique qui suppose trois phases : 1. la situation en contexte, 2. l'analyse qui permet la contradiction, 3. Le retour à la situation. Ce sont ces trois moments que cliniquement, nous avons envisagé à partir de la dialectique sociale de la prise et du don : incorporation/appropriation/négociation.

La sociologie clinique, telle que nous la concevons, cherche à débusquer à partir de l'observation des dysfonctionnements, ce qui relève de l'implicite sociologique. Nous avons montré cliniquement comment le défaut de configuration gestaltique – qui s'explique par le concept d'*incorporation* – entraîne une exacerbation de l'analyse implicite d'*appropriation*. Ces deux fonctionnements s'avèrent observable parce que nous avons des concepts pour les distinguer et les autonomiser. Le vieillissement devient alors une porte d'entrée pour élaborer nos observations en nous référant à cette théorie tétramorphe, parce que la raison est plurielle. La clinique nous suggère de rapporter spécifiquement le vieillissement au déterminisme de la

personne, en l'interrogeant sous l'angle de la *responsabilité* au sens anthropologique du terme. C'est-à-dire en l'expliquant par l'analyse abstraite de l'*institué* : *contribution sociale* (*fonction* et *rôle*) et de son corollaire l'*instituant* : *appartenance sociale (statut* et *position)*. Ce qui nous permet dès lors, de spécifier la dimension sociologique à partir des dérèglements de la dialectique, qui par excès, ou par déficit, nous laisse entrevoir le principe d'altérité, qui nous fait émerger à l'histoire et dépasser la naturelle condition animale. C'est le dysfonctionnement dialectique qui fait test et permet de mesurer l'écart avec la normalité. D'où la nécessité d'un modèle théorique pour observer.

Si l'enfant accède très tôt à l'abstraction logique, à l'abstraction technique et à l'abstraction éthique, l'émergence à l'abstraction ethnique de la personne suppose une plus longue maturation. Si l'enfant s'inscrit dans le social à travers ceux qui l'éduquent, à l'adolescence il accède à la capacité de participer et contribuer pleinement à la société. Jean-Claude Quentel a théorisé ce problème d'ordre anthropologique qui est celui de l'accès à la personne, c'est-à-dire celui de la sortie de l'état d'enfance. Il a pointé que dans nos sociétés occidentales, l'adolescent est encore considéré comme un enfant, alors qu'anthropologiquement il ne l'est plus. A propos de l'adolescence, Jean Gagnepain propose de parler « d'enfance de culture » au sens d'une condition socialement créée de dépendance sociale. Entrer en relation sociale, c'est-à-dire dépasser les relations naturelles entre congénères, suppose de se poser dans sa différence et d'assumer ce que celle-ci implique. En accédant à l'arbitraire de la loi, l'adolescent accède à la capacité de poser l'autre. Poser sa différence, c'est poser de l'altérité pour soi et pour l'autre. La référence aux « habiletés sociales » et à la positivité des interactions ne permet pas d'envisager cette rupture et par conséquent de l'observer. Poser implicitement de l'altérité pour soi revient à différer, à prendre de la distance, à s'absenter de soi-même pour s'approprier. L'absence ou l'arbitraire de la loi est ce qui caractérise la personne en tant que processus culturel qui fonde en nous le social et rend compte de notre capacité à nous inscrire dans des rapports sociaux différenciés. C'est bien parce que la personne est capable de ne jamais adhérer totalement à la situation, de s'en absenter, qu'elle ne se réduit jamais à la situation sociale dans laquelle elle s'inscrit. La pathologie psychiatrique nous laisse entrevoir cette capacité abstraite à partir de la psychose, définit ici comme une maladie de l'altérité. Si le schizophrène reste bloqué sur l'absence au point de ne plus pouvoir s'investir dans une relation, le paranoïaque à l'opposé ne pouvant plus se déprendre de lui-même ou d'autrui, reste « coller » à la situation.

> *« Si l'autisme et la psychose infantile semble constituer des troubles spécifiques de la subjectivité ou de l'empathie naturelle, ce sont d'autres troubles qui semblent*

> *correspondre à la perte sélective de la responsabilité et de l'argumentation. Les psychoses, paranoïa et schizophrénie, se définissent par un dysfonctionnement de l'altérité et donc de l'argumentation. »* (Guyard, 2009, p. 91)

Si accéder au social implique pour tout homme de sortir de l'état d'enfance en émergeant à la personne, il n'empêche que dialectiquement, l'enfance perdure en tant que dimension de sa personne. Cette permanence explique le conflit interne et implicite relatif à tout être humain, entre l'enfant qu'il était et qui perdure en lui et la personne responsable qu'il vise dans le même temps à devenir. Les phénomènes observables dans la clinique du vieillissement nous permettent d'observer le principe d'altérité dans un processus inversé, non pas comme une *émergence* mais comme une *disparition*, un retour à l'état d'enfance. Dans le retour à l'état d'enfance de la personne vieillissante et selon le même principe, la responsabilité et l'autonomie perdurent en tant que dimension de son être. Ce nouveau mode d'être est le processus inversé, qui fait disparaître l'autre en soi et en ce sens, il ressort de la dialectique, puisqu'il y a accédé. Le conflit interne relatif à la dialectique sociale est à son paroxysme chez la personne vieillissante comme chez l'adolescent. Louis Ploton a pointé les taux élevés de suicide chez ces deux catégories de population.

C'est à partir de ces réflexions et au regard de ce processus anthropologique, que nous interrogeons ce qu'il en est de la position de la personne vieillissante. Entre le lâcher prise et l'histoire à construire, il y a la réciprocité implicite qui creuse en la personne, la mort et la dette. En nous appuyant sur les dysfonctionnements qui amplifient ce processus, nous avons cherché à mettre à l'épreuve l'explication de ce fonctionnement dialectique. Si la compréhension de ce fonctionnement s'avère nécessaire dans les situations professionnelles relative au métier d'animateur social, l'expliquer s'avère nécessaire à notre métier de sociologue. La contribution du sociologue se rapporte à l'explication de notre faculté à comprendre l'autre, elle ne peut donc se suffire de la compréhension, mais doit chercher à conceptualiser cette capacité de compréhension par la médiation des mots.

La théorie nous invite à pratiquer une méthode analytique et expérimentale pour expliquer scientifiquement le vieillissement en faisant le tri dans les phénomènes observés. Cela permet de mettre à l'épreuve les hypothèses suggérées par le modèle qui permet de les poser. Nous avons opposé au vieillissement de la vie quotidienne, un vieillissement abstrait qui se joue tous les jours à notre insu par *différenciation* et *segmentation*, dévoilant ainsi, ce qui ne peut être obtenu empiriquement. La simultanéité de ces deux raisonnements, qualitatif et quantitatif du social, n'est observable que par pathologies différenciées. C'est la systématicité du modèle qui

donne la cohérence interne à la clinique. Il s'agit de ne pas mettre un mot à la place d'un autre dans la production d'un savoir sur l'humain. Nos recherches sur la spécificité de l'analyse ethnique dans le vieillissement nous ont obligés à poser une articulation dialectique entre sujet et personne. Cette double contradiction pose un seuil entre un rapport immédiat au monde et un rapport quatre fois analysé en mot, tâche, rôle et jugement.

L'entendement de l'espèce humaine, comme la raison, est diffractée et il revient au scientifique d'en abstraire les processus. En dépassant les juxtapositions de savoirs disciplinaires, l'anthropo-bio-sociologie clinique élabore un nouveau vocabulaire qui permet d'aller plus loin que le simple constat immédiat. La systématisation nous embarque dans une autre manière de parler, une autre langue, un métalangage, qui nous fait avancer dans la connaissance, sans pour autant évacuer totalement le risque de nous tromper. L'élaboration de ce cadre d'explication dépasse les juxtapositions disciplinaires et nous fait penser simultanément la différence et la segmentation des données sociales.

Le rôle, qui relève de la compétence, suppose une aptitude à délimiter une responsabilité contributive vis-à-vis d'un autrui. La réorganisation des rôles, en fonction de la situation, met en jeu deux parties. Chaque partie n'existe que de s'articuler contractuellement avec l'autre partie. Collaborer c'est délimiter les responsabilités autour d'un contrat que nous déterminons avec une autre partie. La capacité qu'à l'être humain à collaborer s'entend par le principe de personne, qui, avec le rôle, relève de la compétence implicite qui permet de délimiter les responsabilités, explicitement réinvestit dans la partie, qui devient un partenariat. Ce qui revient à donner une place à chacun dans l'unité d'un système partenaire.

Ce processus anthropologique de la personne se différencie de celui qui rend compte de la capacité qu'à tout être humain à réguler ses désirs. La personne et la norme sont respectivement les cadres de référence pour expliquer la société et l'éthique. L'analyse éthique se fonde sur l'*abstinence,* qui fait que tout être humain rompt avec le projet, ce traitement gestaltique qui l'attire et l'attache. Cette analyse se fonde sur le *noloir* qui nous frustre et nous empêche d'accéder à la satisfaction pleine et entière, tout en nous l'autorisant par vertu. C'est la morale des philosophes, la légitimation, l'expression que nous rapportons à l'analyse axiologique où la liberté devient la faculté de choisir ses contraintes. Contrôler ses émotions par la médiation des restrictions éthiques, réguler son comportement suppose d'en avoir conservé le principe. La clinique de la névrose, définit ici comme pathologie de la légitimité, nous montre – comme la psychose pour la personne – que là aussi la dialectique n'opère plus. Le principe de légitimité,

c'est notre capacité de censure qui se fonde sur la dialectique éthico-morale. A notre comportement naturel nous opposons des barrières, des freins. C'est cette analyse éthique qui nous permet de faire preuve d'abstinence et d'habilitation. Paradoxalement c'est parce qu'on s'abstient qu'on arrive à s'autoriser. Le manque d'analyse entraine vers la consommation immédiate, au sens ou le désir n'est pas réguler axiologiquement. Il manque à certaines personnes l'exigence éthico-morale qui donne la capacité de frustration et de fait de satisfaction.

D'un côté, la clinique du vieillissement met à jour des dysfonctionnements, et de l'autre, la nosographie proposée par l'anthropologie clinique s'avère heuristique pour expliquer le fonctionnement humain sous ses différents registres.

3. La place du modèle

Cette thèse est le résultat d'hypothèses suggérées par le modèle épistémologique proposé par Jean Gagnepain. Le modèle comme ossature de pensée, fil conducteur de ce travail de recherche, nous a permis de poser des hypothèses et de les éprouver cliniquement. La question qui nous taraude à l'issu de ce travail, c'est la place et la fonction du modèle dans une collaboration de recherche au cœur du médico-social. Socio-historiquement, l'idée d'un modèle anthropologique, qui plus est biologique et affilié à la santé, reste plus ou moins imprégné de la mouvance eugéniste. Ce qui contribue, à juste titre, au développement d'une méfiance envers tout modèle hégémonique qui cherche à expliquer l'homme. Le mot reste toujours tributaire de son contexte historique. Pour autant, nous pensons que l'absence d'un cadre d'analyse explicite, en refusant de poser un statut autonome à l'explication, participe à réifier la positivité au détriment de l'*ambiguïté*, de la *polyvalence*, de l'*arbitrarité* et de l'*ambivalence* des activités humaines. C'est tout l'enjeu de la différence que nous avons cherché à établir sociologiquement entre l'intersubjectivité et l'argumentation.

La causalité. Dialectiquement, la rhétorique cherche à corriger l'ambiguïté de la grammaire abstraite sans jamais revenir à la simplicité du réel perçu. De cette double contradiction, il résulte un message complexe, qui comporte plusieurs paramètres : l'émetteur, le récepteur, l'objet dont il est question et le vecteur contextuel. Selon l'importance donnée à ces différents paramètres le locuteur construit les visées du message et formalise son dire selon une rhétorique scientifique, mythique ou poétique.

- La visée scientifique cherche à épuiser l'objet et le message aura comme limite celle de l'objet, ce qui suppose une catégorisation, une classification des termes employés, d'où l'élaboration d'un métalangage. L'argumentation scientifique cherche à rendre compte par les mots de ce qu'elle pense saisir dans les phénomènes. Cette visée se doit d'être cohérente et rigoureuse, car nous savons pertinemment, que cette démarche reste toujours partielle et relative. Elle n'épuise jamais l'objet à dire, puisqu'on peut toujours dire autre chose et autrement, ce qui a déjà été dit.
- A contrario, la rhétorique mythique consiste à hypostasier, à naturaliser, c'est à dire que selon cette visée le locuteur fabrique une réalité pour justifier l'emploi qu'il fait des mots. En donnant du contenu aux mots, la pensée mythique élabore une métaphysique sans objet.
- La troisième visée, dite poétique, renvoie le message à lui-même, il ne relève ni de la science, ni du mythe, seul le rythme fait sens pour lui-même.

Dans le secteur médico-social, l'usage est de se référer à des modèles bio-psycho-sociaux, qui ont tendance à englober tous les phénomènes psychiques, sans distinction entre ce qui relève du naturel biologique (perception, opération, incorporation, émotion) et ce qui relève du culturel (mot, artifice, rôle, jugement). S'il s'agit dans la visée scientifique d'élaborer un métalangage pour faire apparaître les relations qu'on pense saisir dans les choses, dans le cadre d'une recherche collaborative, il s'agit de partager ce métalangage à partir duquel les participants puissent échanger et négocier.

Le chercheur a la responsabilité de poser le cadre d'analyse, d'afficher le tiers théorique, d'où la nécessité d'une traduction sociologique des concepts. Cette traduction implique une argumentation qui prend en compte le contexte dans lequel l'appropriation va se déployer. C'est la raison pour laquelle, nous devons également prendre en compte, les contraintes liés à la technique, à la société et à la morale. La rhétorique scientifique tend, sans jamais y parvenir tout à fait, à éliminer tout résidu polysémique. Nous proposons le tableau suivant pour rendre compte du cadre d'analyse qui relève du principe de causalité dans sa dimension explicative. Le cadre d'analyse que nous suggérons contraint quatre fois notre recherche par la contradiction que l'homme introduit dans le monde. Il s'agit d'un tableau qui rend compte de la causalité des causalités anthropologiques.

UN CADRE D'ANALYSE ANTHROPOLOGIQUE	
	CONCEPTUEL
	Nécessité d'une *réduction* conceptuelle pour faire face à l'*ambiguïté* du signe (langage)
	ARTIFICIEL
	Nécessité d'un *assemblage* conceptuel pour faire face à la *polyvalence* de l'outil (écriture)
	CONTRACTUEL
	Nécessité d'une *traduction* conceptuelle pour faire face à l'*arbitrarité* de la personne (langue)
	DECISIONNEL
	Nécessité d'une *exigence* conceptuelle pour faire face à l'*ambivalence* de la norme (discours)

La sécurité. Nous ne sommes pas sans tenir compte du contexte, dans lequel pourrait opérer notre approche anthropobiosociologique. Dans le secteur médico-social, il est d'usage d'utiliser des modèles conceptuels, *« en lien avec différents points de vue qui sont utilisés pour étudier la situation d'une personne en difficulté de santé. »* (Morel-Bracq, 2009, p. 17) Le plus courant est le modèle de résolution de problème, utilisé pour la prise de décision afin de résoudre le problème en question. Les plus nombreux sont les modèles bio-psycho-sociaux, qui mettent en avant les facteurs de risques susceptibles de provoquer une maladie ou tout autre atteinte à l'intégrité de la personne. Le modèle humaniste met l'autonomie de la personne au cœur de sa démarche, alors que le modèle interactif parie sur l'interdépendance des membres du groupe thérapeutique. Enfin le modèle systémique, qui fait référence aux théories de la complexité, mise sur les interactions entre les acteurs du système. Axée sur la compréhension des phénomènes, ce modèle propose l'observation du rôle et de la fonction de chacun des acteurs du système observé (patient/famille/institution ; médecin/malade…) Plus axé sur l'ergothérapie, Gary Kielhofner élabore depuis plus de trente ans, « le modèle de l'occupation humaine ». Selon cet auteur *« l'agir permet de développer son identité et ses compétences et ainsi permet l'adaptation à l'environnement. L'agir se décrit selon trois niveaux : le plus accompli correspond à la participation en cohérence avec la définition donnée par la CIF[32], le*

[32] CIF : Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé. *« L'état de fonctionnement et de handicap d'une personne est le résultat dynamique d'interactions entre son état de santé (maladies, troubles, blessures, traumatismes, etc.) et les facteurs contextuels. La CIF décrit la situation de chaque personne dans toute une série de domaines de la santé ou*

niveau sous-jacent est celui des habiletés. Kielhofner décrit 3 types d'habiletés : les habiletés motrices, les habiletés opératoires et les habiletés d'interaction et de communication. » (Morel-Bracq, 2009, p. 70)

La prolifération de modèles, notamment en ergothérapie rend leur utilisation ordinaire, ce qui peut paraître favorable à l'appropriation de notre modèle anthropo-bio-sociologique. Pour autant, encore faut-il en distinguer la particularité et lui reconnaitre un statut spécifique dans la connaissance des processus anthropologiques généraux. Nous parlons ici du fonctionnement du psychisme humain qui repose sur un repérage et un archivage de ses dysfonctionnements. Le modèle sécurise le traitement des données par l'observation d'un effet de seuil entre la gestalt biologique et la structure sociologique, mais également par une différence de rationalités. En l'absence d'une procédure d'assemblage de ces principes généraux, il ne reste que la positivité instrumentale d'une opération de recueil de données immédiates. Les dysfonctionnements produisent des données qui s'analysent mutuellement selon des relations abstraites et techniques. Les données observées sont recueillies et produites techniquement, enregistrées ou écrites, elles sont rendues visibles et lisibles sous forme de tableaux cliniques.

Au même titre que le message suppose quatre paramètres (émetteur, récepteur, objet, vecteur), l'ouvrage n'est pas unidimensionnel. Les paramètres de l'ouvrage sont envisagés de manière analogue : exécutant : en charge de faire (pas forcément l'intention), exploitant : en charge d'utiliser, trajet : finalité de l'activité et vecteur : espace à faire. Ici aussi, selon l'accent mis sur tel paramètres, l'ouvrage s'exploite selon différentes visées : empirique, magique et esthétique.

- Dans la visée empirique l'exécutant agit sur l'outil pour qu'il s'adapte aux choses à faire, c'est-à-dire à l'univers à transformer. C'est l'empirie, au sens de la transformation de l'outillage qui se rapproche de la visée scientifique relative à la rhétorique.
- Dans la visée magique, l'exécutant agit sur les choses à faire, sur l'univers à transformer pour le mettre artificiellement à la portée de l'outil. On met la réalité à la portée de l'outillage dont on dispose.
- Quand l'outil se prend lui-même pour fin, il s'agit de la visée esthétique.

---

liés à la santé. La CIF repose sur l'intégration de deux modèles antagonistes, grâce à une approche « bio-psycho-sociale » :

- *Le modèle médical : le handicap est un attribut de la personne et relève d'une politique de santé,*
- *Le modèle social : le handicap est un problème créé par la société, en lien avec l'intégration et la relève d'une politique sociale (OMS, 2001) »* (Morel-Bracq, 2009, p. 45)

L'écriture est un aspect de cette analyse où l'écrivain est l'exécutant et le lecteur l'exploitant. Dans nos travaux cliniques, l'artificialisation porte sur la transcription de nos données en tableaux cliniques. Il s'agit de l'écriture comme travail de la pensée. C'est le signe, déjà résultat d'une analyse culturelle qui est artificialisé ; ce qui permet de situer l'écriture comme science du travail, au sens d'une production.

La légalité. Nous avons également à préciser comment la collaboration contraint par appropriation le dispositif de recherche. Autrement dit il s'agit de préciser la recherche du point de vue de la légalité, qui suppose de prendre en compte l'arbitrarité de la personne.

> *« L'abstraction de l'égo, ce vide intérieur que l'homme se crée à l'égard de l'animal, nous ne cessons par ailleurs de le réinvestir, mais dans la réalité de l'échange ; Et dans le moindre de nos échanges, nous retrouvons les paramètres du « moi », du « toi », du « il » et du « on ». (...) Si on veut faire de la sociologie, il faut considérer l'ensemble de ces rapports. Le « moi », le « toi », le « il », le « on » constituent ensemble les paramètres d'investissement d'un seul et même égo abstrait. »* (Gagnepain, 1994 - 2010, p. 136)

Selon l'accent mis sur les paramètres de l'égo, nous retrouvons des visés distinctes, telles que la politique de droite ou de gauche en rend compte.

- La politique de gauche agit sur le mode d'organisation locale, sur l'ethnie, pour en étendre les frontières à l'humanité dans une visée universelle dite synallactique de révolution.
- La politique de droite consiste à agir sur le monde pour le rapporter à ce que nous sommes, de manière conservatrice, c'est la visée anallactique de coutume.
- La troisième visée sociale est celle où l'usage se prend pour une fin. La visée chorale est celle des cérémonies qui célèbrent le vivre ensemble.

La singularité va venir contraindre la recherche, ce qui revient à concevoir le dispositif au regard d'un échange de savoir réciproque et négocié. L'argumentation se construit contre l'intersubjectivité naturelle car elle médiatise des rapports sociaux de classe et de distribution de compétences. Elle introduit une rupture dans la communication, qui est la condition même de l'échange. Rapporté aux paramètres de l'investissement social, le « il » peut-il être le tiers absent théorique, objet de référence de la convention ? Le « on » peut-il être la recherche collaborative, vecteur des échanges ? Nous avons la naïveté de croire qu'un modèle théorique homogène peut contribuer à clarifier les représentations et à lutter contre le relativisme ambiant,

qui soutient l'équivalence de points de vue. Il s'agit de contribuer, de notre place, à clarifier les savoirs sur le social afin de le sortir d'une conception positiviste qui le réduit idéologiquement à des « habiletés sociales ». L'enjeu est d'importance, car c'est nous-mêmes qui construisons notre réalité sociale. Pour autant, nous devons reconnaitre notre dette vis-à-vis des recherches qui s'inspirent de la psychologie sociale car elles ont le mérite de donner à voir l'hétérogénéité des points de vue. Ce qui nous permet aujourd'hui de rompre avec la diversité pour opposer la différence, au regard d'un principe d'altérité qui repose sur une anthropologie réciproque (Huet, 2006).

> *« Car c'est bien d'une théorie en mouvement qu'il s'agit. Rien n'est clos. De plus, rien n'appartient totalement aux auteurs, puisque, dépendant eux-mêmes de tous les éléments de l'héritage que leur ont légués leurs « maîtres » et leur pratique sociale, cet héritage transformé, digéré, singularisé est à nouveau livré aux lecteurs dont la manière même de le recevoir dépend de leur propre cuisine. »* (Dartiguenave, Garnier, 2008, p.263)

Contribuer à révéler le plus rigoureusement possible, les fonctions et facultés humaines, c'est l'objet de cette thèse. La spécificité du social mérite qu'on s'y arrête à plus d'un titre, au risque de laisser toute la place aux idéologies naturalistes ; ce qui implique de s'entendre sur les mots qu'on utilise. L'ambiguïté du langage nous y contraint et l'arbitrarité du social nous y convie. Les professionnels du secteur médico-social sont les mieux placer pour observer les dysfonctionnements et élaborer avec les chercheurs la clinique qui leur convient.

La légitimité. Une collaboration de recherche nécessite de faire de son mieux, c'est-à-dire de mettre en accord les exigences et préoccupations relatives à la recherche et à la collaboration. Il y a une part de risque dans la prise de décision qui impose une prudence mesurée. Une mesure du ni trop, ni pas assez, qui paradoxalement inquiète et rassure. La prise de décisions est toujours la moins décevante et la moins coupable. Les prises de décisions supposent une évaluation à la fois qualitative et quantitative où la valorisation naturelle du message, de l'ouvrage et des usages est toujours falsifiable. Ici aussi le suffrage s'exprime selon trois visées : ascétique, casuistique et héroïque.

- D'un point de vue morale, soit on réduit son désir à la capacité de le contrôler, comme dans le stoïcisme. C'est la visée ascétique où on se coupe de tout désir, ce qui limite les risques.

- Soit on assouplit les règles pour les rendre plus accommodantes, à la manière des épicuriens. La visée casuistique s'accorde la satisfaction en fonction de la circonstance.
- La morale héroïque c'est la privation pour la beauté de la privation, proche de l'ascétisme du saint.

Une collaboration est toujours marquée par l'ambivalence du désir humain entre tentation et abstinence. Il s'agit de s'autoriser un idéal et de tenter d'aller toujours plus loin dans la connaissance de l'humain, sans perdre de vue le risque de se tromper. Le modèle cognitivo-comportemental est un modèle pragmatique perçu par certains professionnels comme complémentaire du modèle analytique ou psycho-dynamique, qui s'intéresse davantage à l'origine psychique des troubles. La justification de notre modèle anthropo-bio-sociologique relève d'une spécificité sociologique et de la distinction des troubles entre gestalt et structure. D'où la nécessité d'un jugement critique et d'un modèle pour justifier l'observation.

Reste à dire que ces trois visées, qui relèvent des quatre déterminismes (langage, technique, social, éthique) ne sont jamais aussi nettement tranchées. Seule une analyse clinique soucieuse de différenciation et de segmentation peut parvenir méthodologiquement à en rendre compte.

Conclusion générale

> *« Autrement dit, il n'est pas question de nier notre animalité, mais il est question surtout de dire que notre animalité nous permet des choses auxquelles le chimpanzé n'a pas accès. Et c'est précisément à cette différence-là qu'il faut consacrer la réflexion si on veut prendre conscience de la ligne à suivre dans la pensée contemporaine en ce qui concerne les sciences humaines. »*
> (Gagnepain, 1994 -2010, p. 18)

Tout au long de ce travail, nous avons abordé le vieillissement au regard des processus anthropologiques au fondement de la spécificité humaine. En relevant les obstacles, qui nous éloignaient d'une conception de l'homme comme objet de sciences, nous avons confronté différentes approches sociologiques. Poser le principe de *légalité* au cœur du social, nous a permis de mettre l'accent sur le compromis qui relève d'une négociation appelée à réduire la singularité et l'autonomie, relatives aux rapports de savoir et de pouvoir. Nous avons distingué ce principe de celui de *causalité* qui, ressortit à la nécessité explicative, montre que seule cette distinction permet d'accéder à la généralité d'une explication. Nous avons ainsi expliqué que la conflictualité des rapports sociaux relevait d'une *absence* qui fait que l'homme résiste à lui-même, bien au-delà des rapports de domination, réifiés par la perspective critique. En envisageant l'élaboration d'une sociologie clinique, nous souhaitions dépasser les approches psychosociales et compréhensive. L'opposition individuel et collectif ne permet pas de penser l'humain dans sa contradiction. En lui substituant la dialectique du *singulier* et de l'*universel*, nous avons précisé notre objet pour rendre compte du concept de personne.

Il s'agit d'envisager l'homme comme objet de sciences, au-delà d'une discipline particulière, au-delà d'une conception évolutionniste et de participer à l'élaboration d'une nouvelle épistémologie. Se dégager des évidences immédiates, c'est montrer comment l'homme culturellement résiste à lui-même. Le point de vérification des sciences humaines ne peut être alors que l'homme lui-même, quand celui-ci se détraque. Ce qui nous a amené à nous intéresser à la clinique des dysfonctionnement relatifs au vieillissement. Nous pensons que le vieillissement, au-delà des pannes anatomiques, donne à voir des ratés biologiques et culturels qui font d'ailleurs l'objet de consultations neurologique ou psychiatrique. Nous devons

reconnaitre ce que notre approche doit à la manière dont nous nous sommes approprié le modèle d'une anthropologie clinique et les travaux des chercheurs cliniciens. En rapportant le vieillissement aux quatre modalités de la raison, nous avons montré que l'homme, à la différence de l'animal, a la capacité de raisonner de quatre manières : *logiquement*, en formulant des phrases grammaticalement cohérentes, *techniquement* en utilisant un outillage avec ingéniosité, *historiquement* en s'associant de manière singulière et *librement* en régulant ses désirs. A contre-courant de la doxa ambiante, nous avons montré comment cette logique, cette technicité, cette socialisation, cette dramatisation dont l'homme est capable, résultent d'une auto-structuration qui nous invite à poser un seuil, qui sépare l'homme de l'animalité. Ce seuil, c'est la rationalité ou *principe de structure* qui nous rend capable d'auto-structuration à la différence de la *Gestalt*, que nous partageons avec l'animal. Cependant, il ne s'agit aucunement de nier la biologie qui nous conditionne, et si Jean Gagnepain construit son modèle rationnel à partir de quatre plans, c'est qu'il les conçoit aussi dans la configuration gestaltique. Les pathologies neurologiques viennent étayer son dire car l'agnosie, l'apraxie, l'asomasie et l'aboulie sont respectivement des dysfonctionnements de l'*objet*, du *trajet*, du *sujet* et du *projet*. La distribution entre « neurologique » d'un côté et « psychanalytique » de l'autre s'opère selon un clivage de représentations de notre rapport au monde. Si les neurologues ont tendance à observer et expliquer le monde selon la double entrée relative au « sensori-moteur », alors les psychanalystes ont tendance à observer le monde selon la double entrée relative au « socio-affectif ». Ce qui, d'une certaine façon, renvoie aux quatre modalités anthropologiques, même si les troubles donnent la matière pour redistribuer les identités neurologique et psychiatrique.

Ce souci de dépassement de l'immédiat, nous le partageons avec les psychanalystes. Pour autant l'anthropologie clinique distingue le délire de l'affabulation. Si le délire fait référence aux psychoses, l'affabulation a partie liée avec les névroses. Nous avons cliniquement distingué le plan de la légalité et le plan de la légitimité et nous devons reconnaitre que les autres plans sont tout autant cliniquement autonomisables. En résumé, il s'agit de prendre en compte et d'articuler les différentes rationalités afin de reconstruire la complexité des phénomènes auxquels nous sommes confrontés. Cette recherche collaborative nous l'avons ouverte sur la pathologie Alzheimer typique et sur les troubles du spectre de l'autisme. La dialectique de la prise et du don, nous invite à négocier les situations d'interlocutions avec les praticiens sans perdre de vue la nécessaire responsabilité du sociologue, engagé dans un positionnement épistémologique. Qu'il s'agisse de l'enfance ou de la deuxième enfance, la question qui se pose

au pédiatre ou au gériatre relève dans les deux cas de la dialectique du sujet et de la personne. Elle relève par conséquent de la sociologie.

> *« Dans un cas, l'enfant est déjà-là, dans l'histoire de l'Autre, avant même de naître, tandis que le vieux est toujours là, même quand il n'est plus bon à rien, jusque dans le culte des morts. La dissociation que je fais entre le sujet et la personne vaut dans les deux cas ; dans le cas d'un raté de l'imprégnation ou dans le cas d'un gâtisme avancé, donc d'une anticipation, le même problème se pose : la dissociation de la personne et du sujet. »* (Gagnepain, p. 213)

A partir de ces hypothèses théoriques fondées sur ce modèle tétramorphe et dialectique de la raison humaine, nous avons cherché dans notre travail à éprouver cliniquement la portée explicative du modèle. En transformant nos données en agencement de tableaux cliniques nous avons élaboré, non sans prudence, une clinique de l'asomasie. Dépassant le naturalisme et le structuralisme nous avons mis en avant le paradigme d'anthropo-bio-sociologie. C'est tout l'enjeu de la dissociation que nous nous sommes efforcé d'établir entre les fonctions naturelles et les facultés culturelles. Sur le plan social, ce défaut gestaltique repérable dans le tableau « La leçon de Louise », nous a donné par abstraction forcée, les clefs d'une sociologie identitaire et contributive. Nous avons alors cherché à saisir dans le social les tendances à l'excès et au déficit d'analyse, repérables chez les personnes vieillissantes. Ce faisant nous avons proposé une rupture dans la façon d'aborder les situations sociales et d'initier un échange avec les professionnels du secteur médico-social, que sont les animateurs, les ergothérapeutes et les psychologues. En redistribuant leurs compétences, en référence au modèle théorique, nous cherchions une voie qui leur permettent de s'approprier les principes explicatifs qui objectivent les situations problèmes relatives à leurs professions. Pour autant, nous devons reconnaître que, de ce point de vue, nous n'avons pas été jusqu'au bout de nos prétentions. Nous aurions souhaité rendre compte de nos analyses auprès des enquêtés mais les différentes temporalités ne nous ont pas permis de porter aussi loin le débat. L'autonomie d'un modèle explicatif, ne peut se passer de l'interdépendance des rapports sociaux, ce qui nous laisse penser que tout reste à faire dans ce domaine. Pour autant, nous pensons être parvenu à poser les bases d'une recherche collaborative qui s'inscrirait au cœur du médico-social. Si elle se distingue d'une prise en charge, il n'en demeure pas moins, et nous l'avons éprouvé, qu'elle participe à modifier les perspectives de l'intervention qui relève d'une responsabilité envers autrui.

En nous dégageant des dichotomies abusives, nous avons contredit les savoirs et pratiques qui tendent à instrumentaliser et naturaliser les problèmes médico-sociaux. Seul, un modèle qui

prend en compte la manière dont chaque personne construit sa réalité peut parvenir à interroger les savoirs sur l'homme. Définir le statut anthropologique de la personne vieillissante revient à aborder la problématique de la raison. La rupture apportée par les philosophes a été de rapporter la raison à un processus d'abstraction. Merleau Ponty parle de négation en faisant ici référence aux travaux de Claude Levi-Strauss :

> *« Du point de vue donc des systèmes modernes de parenté et des sociétés historiques, l'échange comme négation directe ou immédiate de la nature apparaitrait comme le cas limite d'une relation plus générale à l'altérité. »* (Merleau-Ponty, 1968, p.167)

D'où la nécessité de dépasser le purement physiologique pour poser l'existence d'un pôle subjectif naturel et l'expliquer, au sens d'une biologie de laquelle seul l'homme s'abstrait. C'est la place et la fonction que nous souhaiterions donner à une anthropo-bio-sociologie, qui s'opposerait, au cœur du médico-social, à une sociologie de la « conscience de soi ».

> *« La subjectivité n'attendait pas les philosophes comme l'Amérique inconnue attendait dans les brumes de l'océan ses explorateurs. Ils l'ont construite, faite, et de plus d'une manière. Et ce qu'ils ont fait est peut-être à défaire. Heidegger pense qu'ils ont perdu l'être du jour où ils l'ont fondé sur la conscience de soi. »* (Merleau-Ponty, 1968, p. 229)

La sociologie clinique, telle que nous l'envisageons s'objective au regard de la dialectique de la contradiction et de la communication. Rapport constant de dette et de rupture, d'appropriation et de désappropriation, elle ressortit d'une responsabilité à partager avec les professionnels du médico-social. Cela passe par la formation, lieu d'appropriation des savoirs, et par la contradiction d'un relativisme ambiant qui postule une équivalence des points de vue. La question qui pose des problèmes et qui amène de nombreuses discussions, c'est bien celle du statut de la personne vieillissante lorsque son intégrité psychique est mise en défaut. De la réponse donnée dépendra la façon dont on prendra en charge la personne et dont on pense qu'elle sera la meilleure. Pour prendre du recul, de la distance face aux situations toujours contingentes et relatives de la réalité humaine, il convient de rapporter le statut de la personne vieillissante aux processus anthropologiques. Sinon, on ne peut que continuer indéfiniment la discussion sur son autonomie à partir des situations et confrontations des uns et des autres, sans jamais parvenir à conclure.

« Hope

Tu inverses les moments, renverses les choses
Tu renverses les moments, inverses les choses
Tu ne connais plus le nom des fleurs du jardin
Tu ne connais plus le nom des fleurs

Tu te rappelais pourtant de tout

Tu dis des mots à la place des autres
Tu dis pourquoi sans même dire un mot
Tu ne connais plus le nom des fleurs du jardin
Tu ne connais plus le nom des fleurs

Tu te rappelais pourtant de tout

Tu te rappelais pourtant de tout
Mais à la fin de plus rien du tout
Tu te rappelais pourtant de nous
Mais à la fin de plus rien
De nous tu te rappelais de tout
Mais à la fin de plus rien du tout
Tu te rappelais pourtant de nous
Mais à la fin de plus rien

Tu te rappelais pourtant de tout »

(Gaëtan Roussel, 2018)

BIBLIOGRAPHIE

Bibliographie

ADAM Philippe, Herzlich Claudine, « *Sociologie de la médecine et de la santé »,* Ed. Armand Colin [1994], (2007)

ADLER Alfred, *« L'éducation des enfants »,* Ed. Petite Bibliothèque Payot, [1930], (1977)

AMEISEN Jean-Claude, *« La sculpture du vivant, le suicide cellulaire ou la mort créatrice »,* Ed. Seuil (2003)

AMEISEN Jean-Claude, ARNOLD François, *« Les couleurs de l'oubli »* Ed. L'atelier (2008)

AMSELEK Alain, *« Le pari du Sujet ou interactions animales en situation psychanalytique », In* Et si Alzheimer(s) et autisme(s) avaient un lien (2018), pp. 92-110

AMYOT Jean-Jacques, *« Maladie d'Alzheimer et formation des professionnels en EHPAD »,* Gérontologie et société 3.128/129, (2008)

ANCELIN SCHUTZENBERGER Anne, *« Le psychodrame »,* Ed. Payot, (2003)

ANCHISI Annick, DEBONS Jérôme, *« Travailler auprès de personnes âgées dépendantes à domicile et en institution » in* Vieillesses et vieillissements PUR, 2014 pp.373-381

ANZIEU Didier, MARTIN Jacques-Yves, *« La dynamique des groupes restreints »,* Ed. PUF, [1968], (1971)

ANZIEU Didier, *« Le groupe et l'inconscient »* Ed. Dunod (1975)

AUGUSTIN Jean-Pierre, GILLET Jean-Claude, *« L'animation professionnelle, Histoire, acteurs, enjeux*, Ed. L'Harmattan, (2005)

AUSTER Paul, *« Chronique d'hiver »,* [2012], [2013], Ed. Babel, (2014)

BACHELARD Gaston *« La psychanalyse du feu*, Ed. Gallimard [1949], (1971)

BALINT Michel, *« Le défaut fondamental,* Ed. Petite Bibliothèque Payot, [1968], (2003)

BARBIER René, *« La recherche action »,* Ed. Anthropos, (1996)

BARTHES Roland, *« Mythologies »*, Ed. Points [1957], (1970)

BARUK Henri, *« La psychiatrie sociale »,* PUF, [1955], (1974)

BARUS-MICHEL Jacqueline, ENRIQUEZ Eugène, LEVY André, *« Vocabulaire de psychosociologie, Positions et références »* Ed. Erès, [2004], (2006)

BAUDURET Jean-François, JAEGER Marcel, *« Rénover l'action sociale et médico-sociale, Histoire d'une refondation »* Ed. Dunod (2002)

BERGER Eve, *« La somato-psychopédagogie, ou comment se former à l'intelligence du corps »,* Ed. Point d'Appui, (2006)

BERGER LAURENT, *« Les nouvelles ethnologies, Enjeux et perspectives,* Ed. Nathan (2004)

BERGERET Jean, *« La violence fondamentale*, Ed. Bordas, (1984)

BERGERET-AMSELEK Catherine, (sous la direction de), *« Et si Alzheimer(s) et Autisme(s) avaient un lien ?* Ed. Erès (2018)

BERNARD Claude, *« Introduction à l'étude de la médecine expérimentale »,* Ed. Flamarion [1865], (1984)

BERNOUX Jean-François, *« Mettre en œuvre le développement social territorial, Méthodologie, outils, pratiques »,* Ed. Dunod, (2002)

BEVORT Antoine, *« Pour une démocratie participative »,* Presses de Sciences Po, (2002)

BICKEL Jean-François, *« Etre actif dans le grand âge : un plus pour le bien-être », in* Retraite et société, n°52, 2007/3, pp 83-106

BILLE Michel, *« La chance de vieillir : essai de gérontologie sociale »,* Ed. L'Harmattan, (2004)

BLOND Jean-Claude, *« Que sont les troubles du comportement pour le psychiatre ? Dans les coulisses de la scène comportementale » in* La Revue de gériatrie, Tom 32, n° 6, juin 2007, pp. 467- 460

BOL DE BAL Marcel, *« La sociologie clinique : émergence d'une discipline indisciplinée »* www.arianesud.com (1995)

BOUDON Raymond, *« Essai sur la théorie générale de la rationalité »,* PUF, (2007)

BOUDON Raymond, *« La sociologie comme science »,* Ed. La découverte, (2010)

BOUILLOUD Jean-Philippe, *« Le chercheur un autobiographe malgré lui » in* La sociologie clinique, Enjeux théoriques et méthodologiques, Ed. Erès, [2007], (2012), pp. 88 -104

BOUISSON Jean, *« Vieillissement, vulnérabilité perçue et routinisation » in* Retraite et Société, n° 52, 2007/3, pp. 107-128

BOURDELAIS Patrice, *« Le nouvel âge de la vieillesse »,* Ed. Odile Jacob, (1993)

BOURDIEU Pierre, *« Les grilles du temps »*, propos recueillis par Pierre Viansson-Porté, Le Monde (11-10-1977)

BOURDIEU Pierre, *« Question de sociologie »*, Ed Minuit (1981)

BOURDIEU Pierre, *« Les rites comme actes d'institution »*, *In : Actes de la recherche en sciences sociales*. Vol. 43, juin 1982. Rites et fétiches. pp. 58-63.

BOUTINET Jean-Pierre, *« Anthropologie du projet »,* PUF (1990)

BOUTOLEAU-BRETONNNIERE Claire, VERCELLETTO Martine, THOMAS-ANTERION Catherine, *« Les troubles du comportement dans la variante frontale de la DFT : comment les explorer ? »* Neuropsychol Rev. 2013 ; 5 (2) : 119-28

BRACKELAIRE Jean-Luc, *« La personne et la société : principes et changements de l'identité et de la responsabilité »,* De Boeck Université, (1995)

BRACKELAIRE Jean-Luc, *« La personne en suspens, Singularisme moderne et courts-circuits dans la transmission », in* Histoire du sujet et théorie de la personne, PUF (2009)

CAILLOIS Roger, *« L'homme et le sacré »,* Ed. Gallimard, [1939], (1950)

CAIN Anne, (1994), *« Le psychodrame-Balint, méthode, théorie et applications »,* Ed. La pensée

CANGUILHEM Georges, *« Le normal et le pathologique »,* PUF, [1943], (2005)

CARADEC Vincent, *« Sociologie de la vieillesse et du vieillissement »,* Ed. Armand Colin (2001)

CARADEC Vincent *« Vieillir Après la retraite, approche sociologique du vieillissement »*, PUF (2004)

CARADEC Vincent, *« La sociologie face à la vieillesse, de l'indifférence à l'exploration individuel »* Vieillissement et vieillesse, vulnérabilité & ressources : regards croisés - Maison des Sciences de l'Homme d'Aquitaine, (2011)

CARRICABURU Danièle, MENORET Marie, *« Sociologie de la santé, Institutions, professions et maladies »,* Ed. Armand Colin, [2004], (2010)

CASSOU Bernard, *« La politique de la vieillesse saisie par l'expertise*. *Qui décident de notre santé ? : le citoyen face aux experts,* Ed. Syros (1998)

CASTEL Robert, *« L'ordre psychiatrique, l'âge d'or de l'anliénisme »,* Ed. Minuit, (1976)

CASTEL Robert, *« La gestion des risques : De l'anti-psychiatrie à l'après-psychanalyse »,* Ed. Minuit (1981)

CAUSSE Lise, *« Au plus près des acteurs », In* La sociologie clinique, Enjeux théoriques et méthodologiques, Ed. Erès, [2007], (2012), pp. 244-258

CAVEING Maurice, *« Le marxisme et la personnalité humaine » in* Psychologie et Marxisme, UGE, (1971)

CAVEY Michel, *« La philosophie de l' « humanitude » : rupture ou continuité ?»,* michel.cavey-lemoine.net/spip.php?article84. (2008)

CENEN-HUTHER Jacques, *« Observation participante et théorie sociologique »,* Ed. L'Harmattan, (1995)

CHANGEUX Jean-Pierre, *« Du vrai, du beau, du bien, une nouvelle approche neuronale »,* Ed. Odile Jacob, (2008)

CHARAZAC Pierre, *« Soigner la maladie d'Alzheimer, guidance des aidants et relation soignante »* Ed. Dunod, (2012)

CHAUCHARD Paul, *« Sociétés animales, sociétés humaines »,* PUF, [1956], (1963)

CHRISTEN Yves, *« L'animal est-il une personne »,* Ed. Flammarion, (2009)

CICERON, *« Savoir vieillir, Cato maior, De senectute »,* Ed. Arléa [45], (2004)

CLEMENT Serge, MONTOVANI Jean, *« Les déprises en fin de parcours de vie », in* Gérontologie et Société, n° 90, (1999), pp. 95-108

COENEN-HUTTER Jacques, *« Observation participante et théorie sociologique »,* Ed. L'Harmattan, (1995)

COENEN-HUTTER Jacques, *« Quel avenir pour la théorie sociologique ? »* Ed. L'Harmattan, (2015)

COMTE Auguste, *« Cours de philosophie positive »,* Ed. Larousse, [1830-1842], (1936)

CRÔNE Philippe, *« Animer en humanitude »,* Ed. Elsevier Masson, (2017)

CROZIER Michel, FRIEDBERG Erhard, *L'acteur et le système*, Ed. Seuil, (1977)

CYRULNIK Boris, *« Neurosciences et imaginaire social », in* Sciences Psy, Le savoir mérite d'être partagé, N°3, Mai 2015, pp. 115-121

DAMASIO Antonio Rosa (1999). *« Le Sentiment même de soi : corps, émotions, conscience »,* Ed. Odile Jacob.

DARIAN Maxime, *« La métal et la chair, Anthropologie des prothèses informatisés »,* Thèse de sociologie, Université Paris1 Panthéon-Sorbonne, soutenue le 4 mars 2013

DARTIGUENAVE Jean-Yves, *« L'excès et le déficit de rationalité sociologique dans les situations de grande précarité »,* Tétralogiques n° 15, PUR 2003, pp. 115-135

DARTIGUENAVE Jean-Yves, GARNIER Jean-François, *« Un savoir de référence pour le travail social »,* Ed. Erès, (2008)

DARTIGUENAVE Jean-Yves, *« Pour une sociologie du travail social »,* PUR, (2010)

DARTIGUENAVE Jean-Yves, GARNIER Jean-François, *« La fin d'un monde, essai sur la déraison naturaliste »,* PUR, 2014

DARTIGUENAVE Jean-Yves, QUENTEL Jean-Claude, *« Vers un statut épistémologique de la subjectivité », in* FERREOL Gilles, *Place et statut de la subjectivité dans les sciences sociales,* Fernelmont, EME & Intercommunications, 2014, pp. 42-55

DASTUR Françoise *« La phénoménologie en questions, langage, altérité, temporalité, finitude »,* Ed. Librairie philosophique J. Vrin, (2004)

DAVID Pierre-Marie, *« La santé : un enjeu de plus en plus central dans les politiques publiques de développement international ? »* Socio-Logos. Revue de l'association française de sociologie [en ligne] 6/2011, mis en ligne le 3 mai 2011, consulté le 27 juillet 2011. URL : http://socio-logos.revues.org/2550

DEBRAY Matthieu, *« Que sont les troubles de comportement pour le gériatre ? », in* La revue de gériatrie, Tome 32 n° 6, juin 2007, pp. 449-452

DE GAULEJAC Vincent, *« La névrose de classe »,* Ed. Hommes et groupes éditeurs, [1987], (1991)

DE GAULEJAC Vincent, TABOADA LEONETTI Isabelle, *« La lutte des places : insertion et désinsertion »* Ed. Desclée de Brower, (1994)

DE GAULEJAC Vincent, *« La sociologie clinique entre psychanalyse et socioanalyse »*, SociologieS [en ligne], Théories et recherches, mis en ligne le 27 avril 2008, consulté le 24 août 2011, http://www.sociologies.revues.org/index1713.html

DE GAULEJAC Vincent, *« L'histoire en héritage, roman familial et trajectoire sociale,* Ed. Desclée de Brower, (1999)

DE GAULEJAC Vincent, HANIQUE Fabienne, ROCHE Pierre (sous la direction de), *« La sociologie clinique, Enjeux théoriques et méthodologiques »,* Ed. Erès, [2007], (2012)

DE GAULEJAC Vincent, *« Qui est « je » ? »,* Ed. Seuil, (2009)

DE GAULEJAC Vincent, *« Travail les raisons de la colère »,* Ed. Seuil, (2011)

DE GAULEJAC Vincent, *« Pour une sociologie clinique du travail », in* La nouvelle revue du travail [En ligne], 4/2014, consulté le 27 novembre 2016. URL : http://nrt.revues.org/1576 ; DOI : 10.4000/nrt.1576

DE GUIBERT Clément, CLERVAL Gilles, GUYARD Hubert, *Biaxialité saussurienne et biaxialité gestaltique, Arguments cliniques »,* Tétralogiques n° 15, PUR, 2003, pp. 225-252

DEJOURS Christophe, *« La panne, repenser le travail et changer la vie »,* Ed. Bayard, (2012)

DELAY Jean, *« La psycho-physiologie humaine »,* PUF, [1945], (1967)

DELION Pierre, *« Conditions éthiques et politiques d'une clinique plus humaine »,* Ed. Erès, (2018), pp. 79-90

DESROUESNE Christian, *« La maladie d'Alzheimer, une maladie mentale d'origine neurologique », In* Et si Alzheimer(s) et autisme(s) avaient un lien ? (2018) pp. 37-49

DESCOLA Philippe, *« Diversité des natures, diversité des cultures,* Ed. Bayard (2010)

De WALL Frans, *« Les grands singes partagent nos émotions »,* Sciences et Avenir janvier 2019, n°863, pp. 66-67

DRULHE Marcel, *« Orientations épistémiques et niveaux d'analyse en sociologie, Examen d'un corpus dans le domaine de la vieillesse », SociologiesS* [en ligne], Théories et recherches, mis en ligne le 28 octobre 2008, consulté le 20 juillet 2011, http://sociologies.revues.org:index2123.html

DUBET François, *« Sociologie de l'expérience »,* Ed. Seuil (1994)

DUCALET Philippe, LAFORCADE Michel, *« Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales, Sens enjeux et méthodes »,* Ed. Seli Arslan, (2002)

DUMAZEDIER Joffre, *« Un peuple, une culture »*, Manifeste de Peuple et Culture, (1945)

DURKHEIM Emile, *« Les règles de la méthode sociologique »,* PUF, [1895], (2007)

DUVAL-GOMBERT Attie, *« Des lieux communs et des idées reçues »,* Thèse de doctorat en sciences humaines, Université de Haute bretagne, (1992)

DUVAL-GOMBERT Attie, LE GAC Christine, *« L'importance de la clinique en sciences humaines »,* http://www.rennes-mediation.org/dossiers/dossiers.php?id_dossier=35, (2005)

DUVAL Céline, PIOLINO Pascale, BEJANIN Alexandre et *al, « La théorie de l'esprit, aspects conceptuels, évaluation et effets de l'âge » in* Revue de neuropsychologie 3 (1) 41-51, 2011, mise en ligne sur Cairn.info le 15/11/2012, https://doi.org/10.3917/rne.031.0041, consulté le 13/06/19

EBERSOLD Serge, *« L'invention du handicap : la normalisation de l'infirme »,* Ed. PUF, (1992)

ELIAS Norbert, *« Qu'est-ce que la sociologie ? »* Ed. De l'Aube [1970], (1991)

ELIAS Norbert, *« Du temps »,* Ed. Pluriel, [1984], (2014)

ELUARD Paul, *« Capitale de la douleur »,* Ed. Gallimard [1926], (1976)

ENNUYER Bernard, *« Les malentendus de la dépendance, De l'incapacité au lien social »*, Ed. Dunod (2010)

FARAT Mounir, *« Le travail du care : entre engagement et distanciation. La relation entre professionnels et résidents au sein des unités Alzheimer »* Thèse de doctorat, sociologie, Université Paris Dauphine, (2017)

FELLER Elise, *« Histoire de la vieillesse en France, 1900-1960 : du vieillard au retraité »*, Ed. Seli Arslan, (2005)

FERENCZI Sandor *« Thalassa, psychanalyse des origines de la vie sexuelle »* [1924], Ed. Petite bibliothèque Payot, (2002)

FOUCAULT Michel, *« Naissance de la clinique : une archéologie du regard médical »,* PUF (1963)

FOUCAULT Michel, *« Les mots et les choses »,* Ed. Gallimard, [1966], (2009)

FRAISSE Paul, *« Manuel pratique de psychologie expérimentale »* PUF, [1956] (1974)

FREUD Sigmund, *« Cinq leçons sur la psychanalyse »,* Ed. Petite Bibliothèque Payot, [1908], [1921], (1977)

FREUD Sigmund, *« Totem et Tabou »,* Ed. Petite bibliothèque Payot, [1912-1913], [1923], (2005)

FREUD Sigmund *« L'inconscient »,* Ed. Petite Bibliothèque Payot [1924], (2013)

FREUD Sigmund, *« Ma vie et la psychanalyse »,* Ed. Gallimard, [1925], [1950], (1978)

FREUD Sigmund, *« Nouvelles conférences sur la psychanalyse »,* Ed. Gallimard, [1936] (1971)

FRIDLENDER Jean-Marc, *« Une approche dialectique entre subjectivation et action », In* La sociologie clinique, Enjeux théoriques et méthodologiques, Ed. Erès, (2012), pp. 259-282

GABORIAU Rénald, SAKKA Sophie, *« le robot comme médiateur thérapeutique : une expérience auprès de jeunes autistes », in* Tetralogiques*,* N°22, Troubles de la personne et clinique du social, consulté le 26 juin 2017, URL : http://www.tetralogiques.fr/spip.php?article60

GAGNEPAIN Jean, *« Du vouloir dire, Traité d'épistémologie des sciences humaines, I. Du signe, de l'outil »* Ed. Livre & Communication, (1990)

GAGNEPAIN Jean, *« Du vouloir dire, Traité d'épistémologie des sciences humaines, II. De la personne, de la norme »* Ed. Livre & Communication, (1991)

GAGNEPAIN Jean, *« Du vouloir dire, Traité d'épistémologie des sciences humaines, III. Guérir l'homme, former l'homme, sauver l'homme »* Du Vouloir Dire III, Institut Jean Gagnepain, Matecoulon-Montpeyroux, 995-2016 – édition numérique – v.1

GAGNEPAIN Jean, *« Huit leçons d'introduction à la théorie de la médiation »* Institut Jean Gagnepain, 1994-2010 – édition numérique – v.10-03

GAGNEPAIN Jean, *« Mes parlements, Du récit au discours, Propos sur l'histoire et le droit »,* Ed. De Boeck, (1994)

GAGNEPAIN Jean, *« Vices de forme »,* Séminaires n°2 et n°3 du 7 et 14 décembre 1995

GAGNON Eric, *« Care »*, *in* Anthropen.org, Paris, Éditions des archives contemporaines, DOI : 10.17184/eac.anthropen.031(2016)

GANASCIA Jean-Gabriel, *« Les sciences cognitives »,* Ed. Flammarion (1996)

GARFINKEL Harold, *« Recherches en ethnométhodologie »*, PUF, [1967], (2007)

GAUCHET Marcel, QUENTEL Jean-Claude, *« Histoire du sujet et théorie de la personne, La rencontre Marcel Gauchet et Jean Gagnepain »,* PUR (2009)

GENARD Jean-Louis, ROCA I ESCODA Marta, *« La « rupture épistémologique » du chercheur au prix de la trahison des acteurs ? Les tensions entre postures « objectivante » et « participante » dans l'enquête sociologique », in* Ethique publique [en ligne], vol. 12, n°1/2010, mis en ligne le 1à mai 2010, consulté le 25 février 2013. URL :

http://ethiquepublique.revues.org/210 ; DOI : 10.4000/ethiquepublique.210

GENTIS Roger, *« Les schizophrènes »,* Ed. Du scarabée [1969], (1971)

GENTIS Roger, *« Les murs de l'asile »,* Ed. Petite collection Maspero [1970], (1975)

GOFFMAN E., *« Asiles : études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus »,* Ed. de Minuit, (1968)

GOFFMAN Erving *« La mise en scène de la vie quotidienne, Tome 1. La présentation de soi,* Ed. de Minuit, (1973)

GOFFMAN Erving, *« La mise en scène de la vie quotidienne, Tome 2. Les relations en public »*, Ed. de Minuit, (1973)

GOFFMAN Erving, *« Les rites d'interaction »*, Ed. de Minuit, (1974)

GOFFMAN, Erving, *« Stigmate : les usages sociaux des handicaps »,* Ed. de Minuit, (1975)

GOLSE Bernard, *« Quand le sujet s'absente ou n'advient pas. Une réfleion à l'interface des neurosciences et de la psychanalyse », in* Et si Alzheimer(s) et autisme(s) avaient un lien ? Ed. Erès, (2012), pp. 65-76

GREEN A., (2004), *La lettre et la mort, Promenade d'un psychanalyste à travers la littérature : Proust, Shakespeare, Conrad, Borges…,* Entretiens avec Dominique Eddé, Ed. Denoël

GRELIER Francine, *« Vers une théorie de l'action assocative : la praxis de l'éducation populaire : l'étude de cas de l'animation socioculturelle citoyenne »,* Thèse de doctorat, Sciences de l'éducation, (2010), http://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00481315

GRET Marion, SINTOMER Yves, *« Porto Alegre, L'espoir d'une autre démocratie »* Ed. La découverte, (2002)

GRISEZ Jean, *« méthodes de la psychologie sociale »* PUF, (1975)

GUERIN Serge. *« La société des seniors »* Éditions Michalon (2009)

GUILLEMARD Anne-Marie, *« Les défis du vieillissement : âge, emploi, retraite : perspectives internationales »,* Ed. A. Colin (2010)

GUYARD Hubert, *« La plainte douloureuse »,* PUR, (2009)

GUYARD Hubert, DE GUIBERT Clément, *« Langue, pouvoir et politique au regard de la schizophrénie et de la paranoïa », in* Histoire du sujet et théorie de la personne, pp.175-189, PUR, (2009)

HABER Stéphane, *« Freud sociologue »,* Ed. Le bord de l'eau, (2012)

HANIQUE Fabienne, *« De la sociologie compréhensive à la sociologie clinique », In* La sociologie clinique, Enjeux théoriques et méthodologiques, Ed. Erès, [2007], (2012), pp. 105-130

HEGEL Georg Wihelm Friedrich, *« Morceaux choisis 1 »,* Ed. Gallimard, [1939], (1969)

HERFFRAY Charlotte, *« La vieillesse une interprétation psychanalytique »,* Ed. Desclée de Brouwer, [1988], 1997

HERTZ Robert, *« Le pêché et l'expiation dans les société primitives »,* [1922], Ed. J.-Michel Place (1988), Edition numérique : http://www.uqac.uquebec.ca/zone30/classiques_des_sciences_sociales/index.html

HESS Rémi, *« La sociologie d'intervention »*, Paris, PUF (1981)

HOULE Gilles, *« Le sens commun comme fore de connaissance : de l'analyse clinique en sociologie », in* Sociologie et société, Vol. XIX, n°2, octobre 1987, pp. 77-86 ; Version numérique : http://www.uqac.ca/classiques_des_sciences_sociales

HUMEL Cornelia, MALLON Isabelle, CARADEC Vincent, *« Vieillesses et vieillissements, Regards sociologiques »,* PUR, (2014)

HENNEZEL M., *« La chaleur du cœur empêche nos corps de rouiller »,* Ed. R. Laffont (2008)

ION Jacques, *« La fin des militants ? »* Ed. De l'Atelier (1996)

ION Jacques, *« En finir avec l'intérêt général, L'expression démocratique au temps des ego »,* Ed. Du croquant, (2017)

JASPER Karl, *« Introduction à la philosophie »,* Union Générale d'Edition, [1965], (1972)

KARLIN Daniel, LAINE Tony, *« La raison du plus fou »,* Ed. Sociales (1977)

LACAN Jacques, *« Ecrits I »,* Ed. Seuil, [1966], (1999)

LAFORE Robert, *« La juridicisation des problèmes sociaux : la construction juridique de la protection sociale » in* informations sociales 2010/1 (n°157) pp. 18-27

LAGACHE Daniel, *« La psychanalyse »,* PUF, [1955], (1971)

LAISIS Jacques, *« Compte, conte et comte ou « l'homme de Loi » »,* Tétralogiques, n°4, 1988, PUR, pp. 141-161

LAISIS Jacques, *« Introduction à la sociolinguistique et à l'axiolinguistique »,* (1996), Tétralogiques.fr

LAISIS Jacques, *« Entre autres choses petits fragments d'épistémo-logie »,* Tétralogiques, n° 15, PUR, (2003) pp. 51-75

LAMOTTE Jean-Luc, *« Introduction à la théorie de la médiation, L'anthropologie de Jean Gagnepain »* Ed. De Boeck, (2001)

LANCELOT Michel, *« Je veux regarder Dien en face »* Ed. Albin Michel, (1968)

LAPLANTINE François, *« La littérature et la maladie, L'homme et la santé »* Ed. Seuil, (1992)

LAPLANTINE François, *« La description ethnographique »,* Ed. Colin, [1996], (2006)

LE BORGNE Robert, *Transmission culturelle et distribution des rôles chez un jeune homme souffrant de schizophrénie », in* Tétralogiques N° 22, Troubles de la personne et clinique du social. URL : http://www.tetralogique.fr/spip.php?article75

LE BOT Jean-Michel, *« L'habitus entre sujet et personne » In* Tétralogiques n° 13, PUR, 2001, pp. 57-78

LE BOT Jean-Michel, *« Par-delà nature et culture : la dialectique ? », in* Histoire du sujet et théorie de la personne, PUF, (2009)

LE BOT Jean-Michel, *« Le lien social et la personne »,* PUR (2010)

LE DOUJET Dominique, *« Le temps des vieux : de la gérontologie du troisième âge à la gérontologie du quatrième âge : naissance de la psychogérontologie ? : essai sur la formation d'objets et de représentations en gérontologie »* Thèse de doctorat de psychologie (2000)

LE GALL Didier, *« Des apraxies aux atechnies, Propositions pour une ergologie clinique »,* Ed. De Boeck, (1998)

LEVI-STRAUSS Claude, *« Tristes tropiques »* UGE, [1955], (1966)

LIEURY Alain, *« Psychologie cognitive, Cours et exercices »* Ed. Dunod, [1990], (2004)

LOUREAU René, *« L'instituant contre l'institué, essai d'analyse institutionnelle »* Ed. Anthropos, (1969)

LYOTARD Jean-François, *« La phénoménologie »,* PUF [1954] (1961)

MAISONDIEU Jean, *« Le crépuscule de la raison »,* Ed. Bayard, [1989], (2011)

MAHLER Margaret, *« Psychose infantile »,* Ed. Petite bibliothèque Payot [1970], (2001)

MALRIEU Philippe, *« De quelques oublis de Jacques Lacan », in* Psychologie et Marxisme, UGE, (1971) pp. 116-142

MALLON Isabelle, *« Vivre en maison de retraite, le dernier chez soi »*, PUR (2004)

MAUSS Marcel *Essai sur le don : forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques*, PUF [1923-1924], (2012)

MINOIS Georges, *« Histoire de la vieillesse en Occident*, *De l'Antiquité à la Renaissance »*, Ed. Fayard, (1987)

MERLEAU-PONTY Maurice, *« Phénoménologie de la perception »,* Ed. Gallimard, (1945)

MERLEAU-PONTY Maurice, *« Eloge de la philosophie et autres essais,* Ed. Gallimard, [1953], (1968)

MERLEAU-PONTY Maurice, *« Les aventures de la dialectique »,* Ed. Gallimard, (1955)

MERLEAU-PONTY Maurice, *« L'œil et l'esprit »,* Ed. Gallimard [1964], (2013)

MITSCHERLICH Alexander, *« L'idée de paix et l'agressivité humaine »,* Ed. Gallimard, (1970)

MOREAUD Olivier, *« Que sont les troubles de comportement pour le neurologue ? Bases neurophysiopathologiques », in* La Revue de gériatrie, Tom 32, n° 6, juin 2007, pp. 453-456

MOREL-BRACQ Marie-Chantal, *« Modèles conceptuels en ergothérapie : introduction aux concepts fondamentaux »* Ed. Solal, (2009)

MORIN Edgar, *« Sociologie »,* [1984] Ed. Points (1994)

MORIN Edgar, *« L'identité humaine »,* Ed. Seuil (2001)

MOUNIER Emmanuel, *« Le personnalisme »,* PUF [1949], (1951)

NAVILLE Pierre, *« La psychologie du comportement, Le behaviorisme de Watson »,* Ed. Gallimard, (1963)

NICOLAS Serge, *« La mémoire humaine, Une perspective fonctionnaliste »* Ed. L'Harmattan, (2000)

NIETZSCHE Friedrich, *« Par-delà bien et mal, Prélude d'une philosophie de l'avenir »* [1885], Ed. Gallimard (1971)

MUNSCH Frédéric, *« Approche pluridisciplinaire singulière pour la bien-traitance d'une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer », in* Et si Alzheimer(s) et autisme(s) avaient un lien ? Ed. Erès, (2018), pp 275-281

OBOEUF Alexandre, D'ARRIPE Agnès, AIGUIER Grégory *et all, « De la nécessité d'inclure les résidents souffrant d'un Alzheimer dans les recherches en sciences sociales »*, Recherches & éducations, HS | 2017, 121-136.

OPPENHEIM-GLUCKMAN Hélène, *« La psychanalyse face aux patients avec une cognition lésée », In* Et si Alzheimer(s) et Autisme(s) avaient un lien ? (2018), pp. 51-63

OURY Jean, *« Quelques problèmes théoriques de psychothérapie institutionnelle », in* Enfance aliénée, UGE, (1972), pp. 172-191

OURY Jean, *« La psychothérapie institutionnelle de Saint-Alban à La Borde, Jean Oury, Extraits d'une conférence faite à Poitiers en 1970 »* http://cliniquedelaborde.pagesperso-orande.fr:Auteurs/OURY%20jean/Textes/texte1

OURY Jean, ROULOT Danielle, *« Dialogue à la Borde, Psychopathologie et structure institutionnelle »,* Ed. Hermann, (2008)

OUSS Lisa, *« Autisme et maladie d'Alzheimer, du trouble neurodéveloppemental à la pathologie neurodégénérative : une lecture qui rende compte de la diversité des expressions*

cliniques » in Et si Alzheimer(s) et autisme(s) avaient un lien ? Ed. Erès, (2018), pp. 19-36

PALMIER Jean-Michel, *« Wilhem Reich, Essai sur la naissance du Freudo-marxisme »,* UGE, (1969)

PASQUIER Florence et *al. « Diagnostic clinique des démences fronto-temporales », in* Rev Neurol (Paris), 1998 ; 3, 217-223

PELLISSIER Jérôme. *« La nuit, tous les vieux sont gris, La société contre la vieillesse »* Ed. Bibliophane, (2003)

PIAGET Jean, *« Six études de psychologie »,* Ed. Gonthier, [1964], (1968)

PIAGET Jean, *« Sagesse et illusion de la philosophie »,* PUF [1965], (1972)

PITAUD Phillipe (sous la direction) et *al, « Exclusion, maladie d'Alzheimer et troubles apparentés : le vécu des aidants »,* Ed. Erès, (2006)

POMMIER Gérard, *« Comment les neurosciences démontrent la psychanalyse »,* Ed. Flammarion, 2004

PLOTON Louis, *« Maladie d'Alzheimer, A l'écoute d'un Langage »,* Ed. Chronique sociale, [1996], (2004)

PLOTON Louis, *« La question de l'articulation neuropsychique, illustrée par le débat sur la psychogenèse de la maladie d'Alzheimer »*, Gérontologie et société, 2001/2 n° 97, p. 49-62. DOI : 10.3917/gs.097.0049

PLOTON Louis, *« Regard clinique sur la personne âgées atteinte de démences »,*(2004), *in* Réseau internet francophone Vieillir en Liberté, (2013) http://www.rifvel.org/documentation_rifvel/ploton.php

PLOTON Louis, *« A propos de la maladie d'Alzheimer »,* Gérontologie et société 32.1, p. 89-115, (2009)

PROPP Vladimir, *« Morphologie du conte »* Ed. Seuil [1965] (1970)

QUENTEL Jean-Claude, *« Les fondements des sciences humaines »,* Ed. Erès, (2007)

QUENTEL Jean-Claude, *« Le parent, Responsabilité et culpabilité en question »,* (Ed. de Boeck, (2008)

QUENTEL Jean-Claude, *« L'enfant et l'éducation chez Marcel Gauchet et chez Jean Gagnepain », in* Histoire du sujet et théorie de la personne, pp. 215-237, PUR, (2009)

QUEROZ Jean Manuel, ZIOLKOWSKI Marek, *« L'interactionnisme symbolique »* PUR, (1997)

QUIMBERT Charles, *« L'enfant d'aucune culture. De l'autisme à l'asomasie » in* Tétralogiques n° 4, 1987, pp. 62-97

REICH Wilhem, *« Ecoute, petit homme ! »,* [1948], Ed. Petite bibliothèque Payot, (1981)

RHEAUME Jacques, *« La fin du travail ou le travail sans fin ? », in* Crise de société… recherche de sens, (2001), pp. 31-48 ; Version numérique : http://classiques.uqac.ca/

RIBOT Théodule Armand, *« Les maladies de la mémoire »,* Ed. L'Harmattan, [1882], (2005)

RICOEUR Paul, *« Temps et récit »,* Ed. Seuil, (1976)

RICOEUR Paul, *« Soi-même comme un autre »,* Ed. Seuil, (1990)

RIGAUD Anne-Sophie, *« L'accompagnement par les robots sociaux au cours de la maladie d'Alzheimer : bénéfices et défis » In* Et si Alzheimer(s) et autisme(s) avaient un lien ? Ed. Erès, (2012), pp. 233-240

RIGAUX Nathalie, *« Autonomie et démence »*, *In* Gériatrie et psychologie & Neuropsychiatrie du vieillissement vol 9, n°1, 2011/03, Pages 107-115

ROCHE Pierre, *« La subjectivation », In* La sociologie clinique, Enjeux théoriques et méthodologiques, Ed. Erès, (2012), pp. 182-210

ROUMIEUX André, *« Je travaille à l'asile d'aliénés »,* Ed. Champ libre, (1981)

ROUSSEAU Jean-Jacques, *« La contrat social »,* [1762], Ed. Flammarion, (2001)

RUFFIER Jacques, *« De la biologie à la culture »,* Ed. Flammarion, (1976)

SABOURAUD Olivier, *« Bi-axialité: bipolarité du cerveau »,* Tétralogiques, 16, 27-84 (2004)

SABOURAUD Olivier, *« Le langage et ses maux »*. Ed. Odile Jacob, (1995)

SABOURIN Pierre, *« Sandor Ferenczi, un pionnier de la clinique »,* Ed. Campagne Première, (2011)

SAILLANT Francine, GAGNON Éric, *« Présentation. Vers une anthropologie des soins ? »,* Un article publié dans la revue Anthropologie et Sociétés, vol. 23, no 2, 1999, pp. 5-14. Numéro intitulé : Vieillir et mourir. Repères et repaires. Québec : Département d'anthropologie de l'Université Laval, https://apropos.erudit.org/fr/usagers/polotique-dutilisation/

SAUVAGE André, DARTIGENAVE Jean-Yves, GARNIER Jean-François, *« Historiographie et anthropologie : vers un mariage de raison ? » in* Histoire du sujet et théorie de la personne, pp. 75-115, PUR, (2009)

SCHELER Max, *« L'homme du ressentiment »,* Ed. Gallimard, (1970)

SCHOTTE Jean-Claude, *« la raison éclatée, Pour une dissection de la connaissance »,* Ed. De Boeck, (1997)

SERREAU René, *« Hegel et l'hégélianisme »,* PUF, [1949], (1943)

SIMON Jules, *« Le devoir »* Ed. Hachette et Cie (1854)

STRAUSS Anselm, *« La trame de la négociation : sociologie qualitative et interactionnisme »,* Ed. L'Harmatan, (1992)

SUE Roger, *« Renouer le lien social, liberté, égalité, association »* Ed. Odile Jacob, (2001)

SUZANNE Charles, *« Anthropologie biologique : un futur ? » in* journal des anthropologues [En ligne], 79/1999, pp.155-168, mis en ligne le 1decembre 2000, consulté le 16/05/15, URL : http://journals.openedition.org/jda/3112;DOI:10.4000/jda.31112

TAUZIA Nathalie, *« Rire contre la démence, Essai d'une thérapie par le rire dans un groupe de déments séniles de types Alzheimer »,* Ed. L'Harmattan, (2002)

TOURAINE Alain, « Production de la société », Ed. Seuil, (1973)

TOURAINE Alain, *« Le retour de l'acteur, Essai de sociologie »*, Ed. Fayard, (1984)

TOURAINE Alain, *« La fin des sociétés »,* Ed. Seuil, (2013)

TRAYKOV Latchezar, RIGAUX Anne-Sophie et *al. « Le déficit neuropsychologique dans la maladie d'Alzheimer débutante »,* Revue L'Encéphale, 2007 ; 33 :310-6, cahier 1

VANDERHEYDEN Jean-Emile et KENNES Bernard, *« La prise en charge des démences, Approches transdisciplinaires du patient et de sa famille »,* Ed. De Boeck, (2009)

VAYER Pierre, RONCIN Charles, *« Le corps et les communications humaines. L'animation des groupes d'adultes »*, Ed. Vigot, (1986)

VIRIOT DURANDAL Jean-Philippe, *« Le pouvoir gris, sociologie des groupes de pression de retraités »*, PUF (2003)

VERNANT Jean-Pierre, *« Œdipe sans complexe », in* Psychologie et Marxisme, UGE, (1971), pp. 78-115

WEBER Max, *« Le Savant et le Politique »,* Ed. Plon, [1919], (1959)

WOHLOBEN Peter, *« La vie secrète des arbres, Ce qu'ils ressentent, Comment ils communiquent »,* Ed. Les Arènes, [2015], (2017)

ZAZZO René, PIAGET Jean, RICOEUR Paul et *al. « Psychologie et philosophie » in* Psychologie et Marxisme, débat organisé par l'Union Rationaliste le 5 mai 1966, UGE, (1971), pp. 9-76

ZWEIG Stefan, *« Freud »,* Ed. Stock, [1932], (1978)

ZWEIG Stefan, *« la confusion des sentiments »,* [1927], Ed. Le livre de poche, (1991)

ANNEXES

Evaluation

Projet global d'animation et de coordination

2017

Sommaire des champs d'actions à évaluer :

1- **La concertation avec :**

Les résidents, permet-elle de mettre en place des projets collectifs, activités, sorties, participation… ?

Les équipes, permet-elle une organisation qui propose une animation de qualité à chaque temps programmé ?

Les bénévoles, permet-elle de rassembler et de développer le réseau autour d'un projet centré sur les résidents ?

Les familles, permet-elle leur accueil et implication dans la vie de la Résidence ?

2- **L'accompagnement personnalisé** permet-il d'avoir une plus grande connaissance de la personne et de participer à son intégration ?

3- **Les activités régulières** permettent-elles aux résidents de se retrouver autour d'activités physiques, d'expression et de créativité ?

4- **Les temps forts, sorties ou séjours vacances** permettent-ils la participation à des temps conviviaux et /ou culturels de qualité ?

5- **Les partenariats** permettent-ils d'inscrire la résidence dans la vie locale et les différents niveaux territoriaux ?

6- **L'association** favorise-t-elle l'émergence d'un collectif d'acteurs impliqué dans la vie de la Résidence ?

1. La concertation

1.1 Les résidents

La concertation avec les résidents se développe essentiellement autour des conseils de quartier qui ont lieu chaque trimestre. Désormais les représentants des résidents au conseil de la vie sociale sont présents lors de ces rencontres

Les représentants du CVS communiquent avant et après le conseil de la vie sociale afin de recueillir les souhaits et d'informer sur les décisions. La concertation est également présente de manière informelle lors des repas, des goûters ou des discussions qui rassemblent l'ensemble des résidents d'un même quartier.

Depuis 2011, la commission « menu » a lieu chaque mois avec le chef cuisinier dans les différents quartiers des 2 résidences.

La concertation avec les résidents a permis essentiellement :

- La mise en place de repas (galette, pied de cochon, moules frites…) dans les quartiers ou au jardin.
- Des idées de sorties à faire ou de films à voir.
- En 2014, la création de l'espace crêperie « La Passerelle » ouvert un vendredi par mois
- En 2016 le « « café tricot et la « chorale des 4 jeudis ».

Il importe de ne pas négliger les temps d'échanges informels car c'est souvent pendant ces échanges spontanés que les projets naissent et se construisent.

1.2 Les équipes

Les moyens de communication avec les équipes sont variés : psi, hygitrace, affiches, compte-rendu de réunions, temps informels. La concertation avec les équipes a lieu lors des commissions animation (3x par an) et des réunions de quartier (3x par semaine). Les équipes ont la responsabilité des animations du matin et du début de l'après-midi, ainsi que d'un temps référent à 17h : lecture du journal, cuisine, jeux de société, jeux de balles, chant, soins esthétiques, courses, promenade, atelier sensoriel, bain confort sont les activités les plus courantes.

La concertation avec le poste de soignant animateur (poste F) a lieu lors des deux réunions annuelles et également sur beaucoup de temps informels. 3 soignants se

relaient sur ce poste avec des temps d'animation de 14h15 à 18h : pâtisserie, jeux d'adresse, chant, soins esthétiques, activités ludiques… Beaucoup d'initiatives sont prises par ces soignants-animateurs qui ont contribués à faire le lien entre l'équipe soignante et les bénévoles.

L'initiative des équipes a permis l'organisation de différents temps tel que « la tisanerie » après le repas du soir. Après avoir eu lieu un temps dans la galerie, celle-ci se retrouve à ce jour dans les quartiers. La création du PASA en 2013 a permis de développer de nombreuses activités en lien avec l'ergothérapeute et la psychologue. Un bilan, le dernier vendredi de chaque mois permet d'ajuster et de programmer différents temps d'animation ou sorties.

Une formation aux soins esthétiques a été proposée en 2012 et 2013. Une formation musicothérapie a eu lieu en 2012. La formation « Philippe Crône » a eu lieu en 2014 et 2017 La formation « atelier sensoriel » continue à avoir lieu en interne sous la responsabilité de l'ergothérapeute.

De nombreux stagiaires sont présents régulièrement dans l'établissement. Ceci est dû à la proximité du lycée professionnel (BAC PRO SAPAT, BTS ESF…l). En 2010, 2011 et 2012, 3 stagiaires Bpjeps se sont succédés à la résidence menant des projets autour du jardin et des ateliers de bricolage (tableaux photos).

La création du Pôle d'Activité et de soins adaptés en 2012, puis dans les nouveaux locaux en 2015, a ouvert un nouveau champ de concertation autour des activités proposées.

En 2016/17 : démarche participative pour la mise à jour du projet d'animation lors des commissions animations. (Réf. Diaporama)

1.3 Les bénévoles

A ce jour, une trentaine de bénévoles sont présents à la résidence. Les deux assemblées générales en janvier et en juin constituent l'essentiel de la concertation. Ils sont nombreux à participer à l'activité aumônerie qui propose une messe tous les vendredis. Deux groupes de 6 personnes proposent une activité chant tous les mardis. 4 groupes de 2 bénévoles participent à la confection des crêpes chaque vendredi d'octobre à mai. Une dizaine de bénévoles participent à l'accompagnement à la piscine et au marché ainsi qu'à l'espace crêperie. Des musiciens sont régulièrement présents pour les anniversaires et les thés dansants. De nombreux bénévoles sont présent pour accompagner lors des sorties.

Les bénévoles sont invités 2 fois par an au repas à thème et au cochon grillé, ainsi que pour des réunions d'information. Leur mobilisation se fait par cooptation et par information aux familles. Une journée de formation « humanitude et vie sociale » a été proposée aux bénévoles des deux résidences en avril 2013. Les bénévoles ont été associés à la préparation de la fête, qui a eu lieu le 26 juin 2013 pour fêter

les 5 ans de l'ouverture de l'annexe. Ils ont assuré avec beaucoup de disponibilité le couvert, le service du midi ainsi que l'animation de l'après-midi : musique, buvette et crêpes… De nombreux bénévoles de la résidence étaient présents, ce qui a contribué à rapprocher les deux équipes de bénévoles. Depuis et à leur initiative cette fête est programmée tous les ans au mois de juin.

Une formation à destination des bénévoles a eu lieu en 2013 et 2017, organisée par l'animatrice en collaboration avec la psychologue et l'ergothérapeute.

1.4 Les familles et les proches

Certaines familles sont présentes et participent à la vie de la Résidence. D'autres, éloignées géographiquement, sont présentes occasionnellement. La concertation avec les familles s'effectue également pendant les goûters ou réunion des familles et sur des temps informels pendant leur visite. Certaines familles sont devenues bénévoles à part entière et sont à ce titre régulièrement présentes à la résidence. On constate au fil des ans une participation plus distante des familles, qui souhaitent de moins en moins s'impliquer dans l'établissement.

Les familles reçoivent une invitation écrite pour les anniversaires du mois. Chaque soignant construit un lien privilégié avec les familles des résidents dont il est le référent.

2. L'accompagnement personnalisé

Les entretiens à domicile permettent de connaitre l'histoire et les habitudes de la personne, son degré d'acceptation et de prendre contact avec la famille. La présence du soignant est primordiale lors de cet entretien car son intervention est le plus souvent rassurante pour le futur résident. Les entretiens d'intégration, effectués par la psychologue, qui ont lieu environ deux mois après l'arrivée du résident permettent de mesurer son degré d'intégration à son nouveau lieu de vie et le cas échéant de proposer des actions pour l'améliorer.

Les objectifs visés sont posés lors des réunions de quartier. Pour répondre de manière personnalisée aux attentes et aux besoins de chacun, ils font l'objet d'une rencontre entre le référent et le résident concerné. Le projet de vie personnalisé ne peut être un simple planning d'activités à programmer, mais doit refléter une véritable réflexion avec la personne accueillie ou son représentant, sur son accompagnement en lien avec son histoire, ses habitudes, ses relations sociales, ses capacités physiques et intellectuelles, ses attentes et besoins… Cela va dans le sens de la démarche qualité qui s'appuie sur l'interdisciplinarité et la participation des usagers. Depuis 2015, il est proposé au résident concerné d'être présent lors de ce temps d'échange.

Depuis 2011, les réunions « carpe diem » permettent de trouver des solutions collectives aux problèmes de comportement de certains résidents.

3. les activités régulières

Des temps d'animation et de vie sociale sont proposés trois fois par jour dans chaque quartier par les soignants. Cependant le temps du matin est souvent inexistant en raison de la charge de travail. Ils sont en lien avec les projets d'accompagnement personnalisés. Leur programmation s'effectue sur PSI et font l'objet d'une validation par le soignant concerné. Des activités régulières sont également mises en place par la psychologue, l'ergothérapeute et l'animatrice. On retrouve régulièrement les activités suivantes : la médiation musicale, les jeux de société, les jeux d'adresse, la cuisine, les soins esthétiques, les ateliers sensoriels, les promenades…

Depuis 2011, certains résidents participent à l'activité piscine environ 6 mois par an.

4. Les temps forts, sorties et séjour vacances

De nombreux temps forts ont lieu à la Résidence. Anniversaires, thés dansants, repas à thème, goûters, diaporamas, rencontres intergénérationnelles, arbre de Noël… sont autant d'occasions de rassembler les résidents dans la convivialité. Des bénévoles musiciens ou des intervenants professionnels animent ces rencontres et les soignants, familles et bénévoles y sont régulièrement présents.

Les sorties répondent à la nécessité d'une ouverture sur l'extérieur et participent à inscrire les personnes dans un environnement plus large que l'établissement. Plusieurs types de sorties sont organisées et soignants, stagiaires, bénévoles sont sollicités pour l'accompagnement. Les sorties en petit groupe sont privilégiées pour favoriser l'expression de chacun : le bord de mer, le bal musette, les étangs, le cinéma, le théâtre, les musées, les goûters au café, les sorties au marché, les repas aux restaurants, les pique-niques, le bowling … (réf. rapports d'activités)

En 2010 un séjour vacances de 5 jours a été organisé en partenariat avec le Lycée Professionnel. L'accent a été mis sur la participation sociale pour l'organisation du séjour : choix du lieu, des activités, des menus ; participation à la confection des repas. Ce séjour a concerné 4 résidents de l'annexe et 7 résidents de la Résidence.

En 2011, un séjour vacances de 4 jours a été organisé pour les personnes désorientées, présentant des troubles du comportement. Ce séjour a concerné 5 résidents de l'annexe et 3 résidents de la résidence. L'accent a été mis sur l'observation des troubles du comportement en dehors du cadre institutionnel, l'objectif étant de repérer des pistes de résolution de problèmes. Ce séjour s'est inscrit dans le cadre de l'interdisciplinarité professionnel car l'équipe d'accompagnement a été constitué de la psychologue, l'ergothérapeute, la

psychomotricienne, une AMP, une aide-soignante, une aide-soignante de nuit et les animatrices des deux établissements.

En 2016 un séjour vacances de 3 jours a été organisés. L'accent a été mis sur le loisirs culturels : ferme d'antan, promenade en bateau, restaurant…

5. Les partenariats

- **Le lycée Professionnel.** La vie sociale de la Résidence est enrichie par un partenariat soutenu avec le lycée professionnel. Chaque année les « bac pro Service en Milieu Rural » interviennent au sein de la résidence pour un projet à long terme sur l'année scolaire. En juin 2010, un séjour intergénérationnel de 5 jours a été organisé. L'accent mis sur la participation sociale a permis un réel investissement des résidents pour la préparation du séjour. En 2011, le projet portait sur l'ouverture de l'établissement sur son environnement (enquête dans les communes) L'objectif a été de rendre plus visible l'association de bénévoles avec l'organisation de la semaine du printemps en partenariat avec les associations de retraités et l'association du patrimoine (cinéma, exposition et diaporama de photos anciennes, thé dansant à la salle des fêtes, vide grenier à la résidence.). En 2012/13 et 2013/14, le projet « motricité et lien social » a permis à plusieurs résidents de découvrir la patinoire « Le Blizz » à Rennes. Des rencontres inter-établissements autour de jeux d'adresse ont été organisées ainsi qu'un temps fort de type « mini-olympiades » pour la clôture du projet. Depuis 2015, les élèves interviennent au PASA.

- **Le centre de loisirs.** Pendant les vacances scolaires, ou le mercredi après-midi, le partenariat avec le centre de loisirs a permis plusieurs rencontres autour d'atelier cuisine, de jeux de société, de contes, de jeux d'adresse, de chant ou spectacle….

- **Le club des retraités.** Nous organisons depuis 2008 un concours de belote avec le club au profit de l'association des bénévoles. Ce partenariat est très important car les adhérents du club peuvent facilement être mobilisés pour un accompagnement ponctuel ou l'organisation d'un temps forts, les sorties cinéma, les thés dansants. Ce partenariat permet aux résidents de conserver des liens avec les aînés.

- **La médiathèque.** Un bénévole de la médiathèque est présent 2 fois par mois à la résidence.

- **L'aumônerie.** La messe a lieu chaque vendredi matin. Une équipe de 7 bénévoles accompagnent les résidents à la chapelle. A la demande des équipes, l'horaire est passé en 2014 de 10h30 à 10h45.

- **Le comité de jumelage.** En 2013 nous avons pour la première fois participé à l'évènement « fenêtre de l'Avent ». Celui-ci consiste à décorer une fenêtre pendant le mois de décembre et à recevoir les gens de la commune autour d'un vin chaud, une fois dans le mois.

- **Le collège.** En 2013/14, une quinzaine d'élèves du collège sont venus discuter avec les résidents un lundi sur 2. Thèmes abordés : Noël, la guerre de 14/18, le droit de vote, le mariage... En 2015 deux résidents ont participé avec une classe de troisième à un projet théâtral sur la guerre 14/18.

- **La Maison Familiale Rurale.** Un projet de « poulailler partagé » dans les jardins de la résidence est en cours d'élaboration

- Et d'autres partenaires plus ponctuels …

6. l'association

L'animation de l'association a pour objectif de favoriser l'émergence d'un collectif d'acteurs impliqué dans la vie de la Résidence et de l'annexe. La stratégie de mobilisation pour développer le réseau de bénévoles a permis l'émergence d'un collectif d'acteurs et leur présence aux réunions de l'association apporte une dimension volontariste et collective, engagée dans l'amélioration de la qualité de vie des résidents.

L'association permet aux bénévoles, d'avoir leur place au sein des deux résidences. Elle inscrit son action sur le territoire en organisant chaque année :

- Depuis 2008, un concours de belote à la salle des fêtes de la commune de la résidence
- Depuis 2011, la fête du jardin à la résidence, suspendue en 2014 en raison des travaux
- Depuis 2012 un thé dansant à la salle des fêtes de la commune de l'annexe
- Depuis 2010 un vide grenier à la résidence, supprimé en 2013 en raison d'un manque de fréquentation
- Depuis 2013, la fête de l'annexe. Plus de 85 repas champêtres sont servis avec la participation active des bénévoles.
- Depuis 2015 le bar à Huîtres à la résidence et la braderie de Noël à l'annexe
- En 2017, « La fête du trèfle » pour les 20 ans de l'association

Ces différents temps permettent de proposer crêpes, gâteaux, buvette, parfois galettes saucisses ou repas et ainsi d'alimenter les fonds de l'association, qui est également un outil de gestion pour promouvoir l'animation socioculturelle. A ce titre, elle reçoit des subventions de la commune de la résidence et de la commune de l'annexe.

L'association a reçu une subvention du conseil général en 2009 pour l'organisation d'olympiades, de la BPO en 2010 pour l'organisation d'un séjour intergénérationnel, de l'AG2R en 2014 pour le projet « Motricité et lien social ».

Objectifs de l'animation

1. L'ambiance sociale

Favoriser l'ambiance sociale, c'est accompagner le résident à vivre en accord avec lui-même et son entourage, **c'est contribuer à maintenir ou recréer le lien social.**

L'entrée en établissement entraîne une dépréciation qui peut être atténuée par le regard de l'autre. Ainsi le climat social positif permet au résident, en acceptant cette rupture, de construire son projet. (P. Crône)

Les activités proposées sont des supports qui répondent donc à des objectifs spécifiques pour faire évoluer la relation à l'autre.

Il s'agit une démarche socioculturelle qui se fonde sur notre capacité à construire de la relation les uns avec les autres en lien avec notre environnement.

Renforcer l'image de soi	Renforcer le sentiment d'utilité	Valoriser les acquis	Développer l'acquisition de nouveaux acquis
Entretenir les capacités intellectuelles et physiques	Entretenir les relations de la personne avec son environnement	Participer à la vie de l'institution	Participer à la vie sociale de sa commune

2. L'ambiance sensorielle

Favoriser l'ambiance sensorielle, **c'est accompagner le résident quand il rencontre des difficultés pour créer du lien social.**

L'animation d'un espace, d'un temps permet la mise en lien et répond à des objectifs spécifiques.

Créer un environnement propice au calme et à la sérénité	Favoriser le bien-être et la sécurité de la personne
Favoriser la perception du corps	Favoriser l'émergence du plaisir et de la rencontre émotionnelle

Renforcer l'image de soi

Identité, histoire de vie, image de son groupe d'appartenance

LES ACTIONS (QUOI ?)	LES MOYENS (COMMENT ?)
Collecte de témoignages autobiographiques	Ecoute d'un bénévole tous les quinze jours, enregistrement sur dictaphone, soit personnalisée ou en groupe Retranscription écrite des histoires de vie sous forme de recueil à destination du résident Expo photo sur vie ou thème Référent
Valorisation du groupe d'appartenance	Fête et repas de quartier Préparation de sorties dans la commune d'appartenance, jeux d'équipe
Lien avec les proches	Invitations à des goûters, à des sorties
Valorisation de l'image corporelle	Atelier esthétique Relaxation Choix vestimentaires

Renforcer le sentiment d'utilité

Contribution à autrui, entraide, faire sa part de travail

LES ACTIONS (QUOI ?)	LES MOYENS (COMMENT ?)
Participation à la vie quotidienne	Aide au ménage, au repas Aide aux personnes Pliage des serviettes Aide en salle à manger, vaisselle dans les quartiers… Participation au nourrissage des colombes, jardins
Aide à la préparation d'une fête	Décoration, préparation de gâteaux, propositions
Accueil des nouveaux arrivants	Préparation du gâteau Visite des locaux Présentation aux soignants et résidents Présentation des représentants du CVS

Valoriser les acquis

Connaissance, savoir, savoir-faire

LES ACTIONS (QUOI ?)	LES MOYENS (COMMENT ?)
Atelier cuisine	Discussion préalable sur différentes recettes et façon de faire
Atelier de créativité	Tricot, couture, broderie, bricolage, art plastique….
Atelier d'expression	Discussion, quizz, écriture, journal…

Renforcer l'acquisition de nouveaux acquis

Découverte, apprentissage

LES ACTIONS (QUOI ?)	LES MOYENS (COMMENT ?)
Découverte de nouveaux jeux	Uno, puissance 4, wii, billard…. Ludothèque
Découverte de nouvelles activités	Informatique Travaux manuels (pâte fimo, tableaux de sable…) Bijoux

E**ntretenir les capacités physiques et intellectuelles**

LES ACTIONS (QUOI ?)	LES MOYENS (COMMENT ?)
Parcours de marche-maintien de l'équilibre-piscine - patinoire, bowling	Matériel adapté, ergothérapeute Jeux d'adresse inter-établissements
Gym douce	Siel bleu, animatrice, soignant
Jeux de société	Loto, récit de vie, quizz…
Jeux de mots, jeux de mémoire	Causerie, Médiathèque…

Entretenir les relations de la personne avec son environnement proche et lointain

Famille, amis, voisins, commune, animaux…

LES ACTIONS (QUOI ?)	LES MOYENS (COMMENT ?)
Valorisation des liens antérieurs	Ecrire une lettre, téléphoner, organiser une invitation (voisins, familles...) Webcam Communication par internet
Organisations de sorties dans les communes d'appartenance	Véhicule adapté Cinéma, théâtre, fêtes locales, restaurant
Ouverture de l'établissement	Partenariat associatif : ACE (animation messe de pâques), écoles, bibliothèques, centres de loisirs… Espace jeux enfants Accueil des animaux Rencontres avec résidents inter-établissements
Participation à des activités extérieures	Temps forts dans les autres établissements et lieux associatifs (thé dansant, spectacle, jeux d'adresse…) Atelier créatif Club des retraités Informatique au point multimédia, bibliothèque, médiathèque, Piscine, patinoire, bowling Sorties, goûters chez les bénévoles, sorties culturelles…

Participer à la vie sociale de l'établissement

LES ACTIONS (QUOI ?)	LES MOYENS (COMMENT ?)
Aménagement de l'espace	Concertation Décoration intérieur (confection de coussin, tableaux...) et extérieur Jardinage
Implication dans les préparatifs des fêtes,	Ecriture d'une chanson pour un anniversaire Décoration Accompagnement aux courses Cuisine, tisanerie
Conseils de quartier et conseil de la vie sociale	Tous les trimestres
Préparation des sorties ou temps forts	Concertation et repérage de lieux
Implication dans l'office religieux	Lecture pendant l'office
Comité de menus avec les cuisiniers	1 fois tous les mois

Participer à la vie sociale de la commune

Partenariat, intergénérationnel, territoire

LES ACTIONS (QUOI ?)	LES MOYENS (COMMENT ?)
Participation aux fêtes, clubs, offices religieux	Accompagnement bénévole ou familial
Partenariat avec les écoles, associations…	Rencontres Temps forts Projets communs

Créer un environnement propice au calme et à la sérénité

LES ACTIONS (QUOI ?)	LES MOYENS (COMMENT ?)
Aménager les espaces de vie	Groupe de travail avec équipes et résidents Sorties brocante…
Créer une ambiance relaxante	Musique relaxante Diffuseur d'huile essentielle Atelier sensoriel …

Favoriser le bien-être et la sécurité de la personne

LES ACTIONS (QUOI ?)	MOYENS (COMMENT ?)
Activités de bien être	Atelier coiffure, esthétique, modelage... Bain relationnel Atelier sensoriel Espace snoezelen …

Favoriser la perception corporelle

LES ACTIONS (QUOI ?)	LES MOYENS (COMMENT ?)
Activités en lien avec le corps	Gym douce, gym sur table et parcours de marche Atelier esthétique, sensoriel Bain relationnel Atelier mémoire, réminiscence Piscine, bowling, patinoire …
Maintenir ou se réapproprier les actes quotidiens	Atelier cuisine Tâches ménagères Travaux manuels Jardinage Promenade…

Favoriser l'émergence du plaisir et de l'émotion

LES ACTIONS (QUOI ?)	LES MOYENS (COMMENT ?)
Activités	Atelier sensoriel Atelier esthétique Médiation musicale Piscine Bain relationnel…
Activités de groupes	Médiation musicale, chant, spectacle Travaux manuels Jardinage Promenades Gym douce…
Médiation avec l'animal	Après-midi avec les chiens du personnel, des familles Colombes Sorties en lien avec les animaux : visite de ferme… S'occuper du chat des services Médiation animale (lapin, chien, cheval, poule)

UNIVERSITE / SOCIETES
BRETAGNE \ TEMPS
LOIRE / TERRITOIRES

UNIVERSITÉ RENNES 2

Titre : **Vers une anthropo-bio-sociologie de la personne vieillissante en établissement médico-social**

Mots clés : singulier, universel, dialectique, clinique, nature, culture

Résumé :

A la fois expérimentale et théorique, cette recherche s'attache à aborder la problématique de l'avancée en âge en combinant sociologie et clinique. Ainsi, l'établissement médico-social devient terrain d'enquête et laboratoire, pour éclairer les phénomènes relatifs aux personnes vieillissantes. Par-delà la complexité et l'hétérogénéité des vieillissements, c'est l'articulation nature/culture qui est ici interrogée au regard des processus anthropologiques. En rupture avec la dichotomie « individuel et collectif », cette thèse invite à aborder le social par la dialectique du *singulier* et de l'*universel*. Prenant appui sur une anthropologie, il s'agit de distinguer cliniquement l'*incorporation* qui relève du traitement gestaltique biologique ; et l'*appropriation/négociation* qui relève de l'analyse sociologique.

Cette approche conceptuelle et clinique permet d'analyser les situations sociales en interrogeant *la prise et déprise historique* relative au vieillissement. Par analogie, la problématique du désir est questionnée à partir de la *valorisation* naturelle et de l'*appréciation/autorisation* qui pose axiologiquement *l'engagement et le désengagement éthique*. Ce mode de pensée, compris comme autant d'hypothèses vérifiables par la clinique, sert de cadre théorique pour initier une discussion épistémologique et une justification méthodologique. Cette démarche favorise l'élaboration d'une approche sociologique par le *métier*, au fondement de l'*altérité*. En posant les prémices d'une *alliance* professionnelle dans le secteur médico-social, cette thèse vise à revisiter les savoirs sur l'humain dans sa spécificité.

Title : **Towards an anthropo-bio-sociology of the aging person in a medico-social institution**

Keywords : Singular, universal, dialectic, clinical, nature, culture

Abstract :

Both experimental and theoretical, this research focuses on the problem of advancing age by combining sociology and clinical. Thus, the medico-social establishment becomes a field of investigation and laboratory to illuminate the phenomena relating to aging people. Beyond the complexity and heterogeneity of aging, it is the nature/culture linkage that is questioned here in terms of anthropological processes. In a break with the « individual and collective » dichotomy, this thesis invites us to approach the social through the dialectic of the *singular* and the *universal.* Based on an anthropology, it is a question of clinically distinguishing the *incorporation*, which concerns the biological gestaltic treatment ; and *ownership/negotiation*, which is sociological analysis.

This conceptual and clinical approach makes it possible to analyse social situations by questioning the historical take and decline related to aging. By analogy, the problem of desire is questioned starting from the natural *valuation* and the *appreciation/authorization* which axiologically pose the commitment and ethical disengagement. This way of thinking, understood as clinicaly verifiable hypothesis serves as theoretical framework for initiating an epistemological discussion and a methodological justification. This approach favors the developpment of a sociological approach by the profession, at the foundation of otherness. By posing the beginnings of professional alliance in the medico-social sector, this thesis aims to revisit knowledge about the human in its specificity.