

# Table des matières

<b>Remerciements.....</b>	<b>3</b>
<b>Introduction.....</b>	<b>4</b>
<b>Chapitre 1 : Le fonctionnement institutionnel et le lieu maison de retraite.....</b>	<b>9</b>
1) Une grande institution de soins gériatrique et une petite résidence familiale.....	9
2) Pourquoi une maison de retraite et laquelle ?.....	15
3) La population hébergée .....	20
4) L'espace collectif, « être avec les autres ».....	23
5) L'espace privé, « être chez soi ».....	32
<b>Chapitre 2 : Le temps dans l'institution, les temps du quotidien et les temps de la vie.....</b>	<b>40</b>
1) Le temps du soin, les rythmes individuels et le rythme de l'institution.....	40
2) Le temps des repas et des animations.....	44
3) Le temps libre.....	48
4) L'attente et les petites habitudes.....	53
5) Un temps pour tout.....	59
6) Etre et avoir été.....	62
7) Devenir et mourir.....	69
<b>Chapitre 3 : Identifications et catégories de personnes.....</b>	<b>75</b>
1) Des femmes et des hommes.....	75
2) Des employés et des résidents.....	85
3) Des autonomes et des dépendants.....	89
4) Des personnes et des « non-personnes ».....	98
<b>Chapitre 4 : Les modes de relation en EHPAD.....</b>	<b>103</b>
1) Relation de don ou relation d'échange, aider et offrir.....	103

2) Relation de protection ou relation d'éducation, chaperonner et façonner.....	107
3) Infantilisation et relation de parentalité.....	112
4) L'agentivité des résidents et les défenses des soignants.....	116
<b>Chapitre 5 : Le réseau relationnel, l'affectivité et l'intimité.....</b>	<b>123</b>
1) L'affectivité et la relation de soin.....	123
2) Les liens d'amitié.....	126
3) Les liens conjugaux.....	132
4) Vouloir entreprendre une relation amoureuse, désirer et être désiré.....	137
5) Avoir une famille et faire famille, les jeux de l'attachement et de la distance.....	145
6) L'intimité et la relation de soin.....	152
<b>Conclusion.....</b>	<b>156</b>
<b>Bibliographie.....</b>	<b>158</b>

## **Remerciements**

Je remercie la cadre supérieure de santé de Saint François de Sales et à la directrice de Petite Provence qui m'ont ouvert les portes de leur établissement et ont rendu cette enquête possible, ainsi que les employés et les habitants de ces établissements qui ont accepté ma présence parmi eux, qui m'ont accompagné et qui, avec intérêt et bienveillance, ont nourri cette étude et l'on rendu possible.

# Introduction

« Nous sommes des sociétés cellulaires dont chacune des composantes vit en sursis, et dont aucune ne peut survivre seule » (Ameisen 2008, 43).

Que devient la personne âgée dans une société qui veut garder en vie et protéger les plus vulnérables, tout en prônant la liberté individuelle, la performance et la productivité ? Du fait d'une transformation générale de nos conditions de vie et d'une médicalisation de plus en plus importante de la fin de vie, la proportion des personnes de plus 80 ans au sein de la population française a doublé entre 1901 et 2001 (Henrard 2006). Bien que l'augmentation de l'espérance de vie soit un phénomène perçu de manière très positive, le vieillissement de la population est au contraire généralement vécu comme un problème social, comme une source de difficultés (ibid.). Le vieillissement induit, dans le grand âge, des transformations physiques et cognitives qui sont dans nos sociétés perçues comme des diminutions de la performance individuelle. La personne âgée dont le corps ne fonctionne plus comme on considère qu'il le devrait, apparaît dès lors comme un être qui n'est fondamentalement plus capable, un être qui a besoin des autres mais dont les autres n'ont pas besoin, un être dépendant.

En 1994, l'OMS a développé le concept de « vieillissement réussi », caractérisé par « un haut niveau de fonction, avec le maintien des capacités fonctionnelles (ou leur faible atteinte), sans pathologie, avec peu de risques d'en développer et une grande autonomie » (Tap 2011, 81). Cette notion de « vieillissement réussi » avait déjà été abordée auparavant en médecine et en psychologie, et l'idée de la préservation de l'autonomie comme principal facteur d'un « bien vieillir » semble largement partagée dans les sociétés occidentales contemporaines (Tap 2011). Mais si la notion d'autonomie, perçue de manière si positive dans les sociétés occidentales, est absolument exclusive de toute forme de dépendance, alors dans ce cas l'autonomie est bien la plus individualiste des valeurs et il me semble que, fort heureusement, personne n'est véritablement et pleinement autonome. Dans cette perspective, Christine Détrez et Anne Simon déplorent le fait que la dépendance ne soit pas considérée « comme le fondement même de tout lien social, qui relève par essence de l'interaction, mais comme une incapacité ontologique »

(Détrez et Simon 2006, 366). Dans une perspective anthropologique, il me semble important de ne pas aborder l'autonomie et la dépendance comme des propriétés des individus, mais plutôt comme des modalités de relation à une chose ou à un être spécifique, puisque nous sommes tous dépendants de quelques-uns et de quelque chose et que l'autonomie absolue n'existe pas. Parler de la dépendance ou de l'autonomie d'un individu n'a pas de pertinence si ces termes se rapportent à un attribut de cet individu, mais parler de la dépendance ou de l'indépendance d'un individu par rapport à quelqu'un ou quelque chose peut en revanche permettre de décrire un certain type de lien entre l'individu et son environnement social et matériel. J'utiliserai pourtant régulièrement les notions d'autonomie et de dépendance dans leur forme ontologique, mais cela se rapportera à chaque fois à un usage émic de ces termes, et il sera toujours entendu par là que, dans le cadre de la maison de retraite, parler de l'autonomie ou de la dépendance de l'individu revient à parler de son autonomie ou de sa dépendance par rapport à l'aide apportée par les employés.

La question de la dépendance pose directement celle de la solidarité. Dans les sociétés dites occidentales, cette solidarité est de plus en plus institutionnalisée, et, pour les personnes âgées, elle passe par la prise en charge en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Ces établissements offrent aux individus qui y habitent un environnement social particulier. Les personnes âgées y vivent d'une part entourées d'autres personnes âgées qui sont elles aussi retraitées, qui fréquentent et utilisent les mêmes espaces, qui côtoient sensiblement les mêmes individus, qui mangent la même nourriture aux mêmes heures et dans la même salle, et qui mènent finalement une existence qui diffère peu de la leur. Et d'autre part, elles y vivent avec des individus qui n'habitent pas l'établissement mais qui y travaillent, et qui semblent mener une existence qui est, sur tous les plans, très différente de la leur. La distinction qui est faite entre ces deux catégories d'acteurs des maisons de retraite est radicale et structure, comme nous le verrons, les relations interpersonnelles au sein de ces établissements. Par ailleurs, si les employés ont « une vie à l'extérieur », comme ils le rappellent parfois, on ne peut généralement pas en dire autant des résidents. La grande majorité de ces personnes âgées ne quittent l'établissement qu'extrêmement rarement, et certaines m'ont confié qu'elles n'étaient pas allées « dehors » depuis plusieurs mois, parfois depuis plus d'un an. Les habitants des maisons de retraite y vivent donc en quelque sorte en huis clos, même s'il s'agit d'un huis clos entre une centaine d'individus. Bien sûr, la plupart des résidents sont en contact avec leur famille, et certains sont en contact avec d'anciennes relations, mais ces contacts sont rarement directs, sauf à l'occasion des visites, et, au quotidien, le réseau relationnel de ces

personnes âgées est essentiellement constitué des individus qui vivent ou travaillent dans l'établissement où ils habitent.

Le contexte de la maison de retraite m'avait semblé un bon terrain pour mener une enquête ethnographique à l'issue d'une recherche bibliographique sur le thème « vieillesse et sexualité ». J'ai donc contacté par mail une dizaine d'établissements dans le département des Bouches-du-Rhône, et j'ai reçu trois réponses, toutes positives. J'ai décidé de faire mon enquête dans deux établissements différents, afin de pouvoir élargir légèrement mon champ de vision et d'avoir une approche qui soit un tant soit peu comparative. J'ai choisi de faire ce terrain dans un établissement que j'appellerai Saint François de Sales, et un autre que j'appellerai Petite Provence. Ces deux maisons de retraite m'avaient paru être un choix pertinent dans une perspective comparatiste car il s'agit de deux établissements totalement différents. Nous avons en effet affaire d'un côté à une grande structure fortement médicalisée gérée par une institution privée à but non lucratif, et de l'autre à une structure plus petite et très peu médicalisée gérée par une association. Comme nous le verrons, cela a eu des incidences sur les résultats obtenus.

J'étais donc partie sur le terrain avec pour objectif d'étudier le rapport à la sexualité chez les personnes âgées qui vivent en EHPAD. Bien sûr, je me doutais que ça n'allait pas être un sujet facile à étudier, qu'il allait m'être difficile d'aborder une question aussi intime, en particulier avec les principaux intéressés. Mais on ne prend réellement conscience de l'ampleur d'une difficulté que lorsque l'on fait personnellement l'expérience d'essayer de la surmonter. Du côté des membres du personnel, tous sans exception m'ont dit de la sexualité des résidents qu'il s'agissait d'un sujet « tabou ». Ce sujet ne leur semblait pas forcément inintéressant, mais il n'était en tout cas pas au cœur de leurs préoccupations, et ils n'avaient généralement pas grand-chose à me dire lorsque je les questionnais directement sur le sujet. A leurs yeux la question de la sexualité, bien que « taboue », mérite d'être posée, mais cette interrogation demeure périphérique et certainement pas centrale. Du côté des résidents, j'ai eu encore plus de mal que je ne me l'étais imaginé à aborder le sujet de la sexualité. S'il n'est pas très difficile d'interroger un individu sur la sexualité des autres, l'interroger sur la sienne est évidemment plus délicat. Et les quelques fois où j'ai réussi à amener des résidents à me parler de leur sexualité, ils se sont montrés très pudiques et peu bavards. C'est sur le plan de l'observation surtout que le sujet de la sexualité s'est révélé très limité. Je n'avais bien sûr pas l'intention d'observer directement la sexualité des résidents, mais je pensais qu'une certaine forme d'amour charnel ou d'intimité physique allait m'être facilement observable. Mais même lorsque l'on peut observer des gestes ou des attitudes qui nous semblent relever du registre de la

sexualité, se pose toujours le problème de l'interprétation de ces comportements : est-ce vraiment sexuel ? Le choix du terme « sexualité » dans mon sujet initial me semblait de moins en moins pertinent parce que trop restrictif selon le sens que la plupart des individus lui accordent. Contrairement à ce que j'avais espéré, la sexualité, même dans son acceptation la plus large, n'est pas quelque chose qui se donne à voir tous les jours en maison de retraite, ni probablement ailleurs. Dans les premières semaines de mon enquête, les données que je récoltais sur le sujet de la sexualité me semblaient être d'une grande pauvreté quantitative et même qualitative, et parallèlement, j'étais amenée à voir et à entendre quantité de choses qui ont attiré mon attention.

J'ai tout d'abord été interpellée par le sentiment de solitude des résidents. Ces personnes âgées me disaient presque toujours souffrir d'un manque de contact et se sentir isolées. Je me suis dès lors demandé : comment des personnes qui vivent en collectivité et qui ne sont que très rarement véritablement seules en viennent-elles à se sentir seules ? Par ailleurs, j'ai été frappée par la différence radicale entre les relations que les résidents établissent avec les autres retraités et celles qu'ils établissent avec les membres du personnel, et je me suis aperçue que la proximité relationnelle n'est pas toujours là où l'on s'attendrait à la trouver. Alors que les résidents entretiennent généralement entre eux des rapports distants, j'ai été surprise d'observer entre résidents et employés, et en particulier entre résidents et soignants, un rapport à l'autre souvent beaucoup plus familier, qui mobilisait couramment le registre de l'affectivité. J'ai d'autre part été interpellée par l'aspect dissymétrique de cette relation, qui ressort aussi bien de ce que j'ai pu observer que de ce qui m'a été dit, car la relation entre résidents et employés est rarement perçue et décrite, d'un côté comme de l'autre, comme une relation d'égal à égal.

La confrontation à la réalité du terrain a donc fait émerger de nouvelles pistes de réflexions et m'a amenée à élargir fortement mon sujet de recherche, à m'interroger de manière plus globale sur le champ relationnel des personnes âgées qui vivent en EHPAD. J'ai donc cherché à comprendre l'expérience qu'ont les différents acteurs de ces maisons de retraite de leur quotidien dans l'établissement, tout en gardant à l'esprit, comme fil conducteur de ma réflexion, l'interrogation suivante : Comment est pensée et vécue la relation à l'autre en maison de retraite ?

Pour y apporter des éléments de réponses, nous tâcherons dans un premier temps de comprendre ce qu'est le lieu maison de retraite et quel est l'usage qui est fait de cet espace. Il nous faudra également entreprendre de cerner d'une part la manière dont est vécue la temporalité au sein de l'institution, et d'autre part la manière dont les personnes âgées

perçoivent les différents temps de la vie. Nous tâcherons ensuite de discerner les principaux systèmes d'identification d'autrui auquel les différents acteurs de ces établissements ont recours pour structurer leurs relations aux autres. Puis, nous nous pencherons sur les modes de relation qui sont utilisés en maison de retraite, et en particulier sur ceux qui sont mobilisés dans le rapport entre membres du personnel et résidents. Enfin, nous nous intéresserons au réseau relationnel des résidents, et nous pencherons sur la question de l'affectivité et de l'intimité dans la relation de soin.

Cette étude n'a pas la prétention de cerner l'ensemble des enjeux liés à la sociabilité des personnes âgées qui vivent en EHPAD, mais plutôt de proposer des pistes de réflexion pour mieux comprendre le rapport que ces personnes entretiennent aux autres et à elles-mêmes, et pour pouvoir appréhender certains des mécanismes qui sous-tendent les relations entre les différents acteurs des maisons de retraite.



# **Chapitre 1**

## **Le fonctionnement institutionnel et le lieu maison de retraite**

### **1) Une grande institution de soins gériatriques et une petite résidence familiale**

Le Centre Saint François de Sales est à la fois un hôpital gérontologique et un établissement d'hébergement pour personnes âgées. Ancien hospice fondé au 18<sup>ème</sup> siècle par une congrégation religieuse catholique, Saint François de Sales est aujourd'hui une institution gériatrique privée à but non lucratif et agréée à l'Aide Sociale, qui participe au service Public Hospitalier tout en appartenant encore à cette même communauté religieuse. L'établissement est divisé en deux pôles : le pôle hospitalier et le pôle médico-social. Le pôle hospitalier, également appelé secteur médical, comporte un hôpital de jour, une unité de médecine gériatrique et une unité de soins palliatifs. Le pôle médico-social ou « secteur hébergement », c'est véritablement l'EHPAD (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) de Saint François de Sales, qui est constitué d'une partie maison de retraite qui peut accueillir une petite centaine de résidents, d'une « unité de grands dépendants » (UGD) où sont hébergés et soignés un peu moins d'une vingtaine d'individus qui sont pour la plupart incapables de parler et de se mouvoir, et d'une « unité d'hébergement renforcé » (UHR) qui accueille une quinzaine de résidents qui ont été jugés, pour diverses raisons dont les principales sont la fugue ou la violence physique, comme nécessitant une attention particulière et une surveillance renforcée. Initialement, j'avais pour ambition d'être présente un peu sur tous les secteurs dans les deux pôles. Finalement, la durée du stage n'étant pas illimitée et devant déjà répartir mon temps d'enquête sur deux structures différentes, c'est uniquement sur le secteur hébergement que j'ai mené mon terrain.

Saint François de Sales est un établissement qui a connu d'importantes transformations au cours de la dernière décennie. En 2009, un chantier de grande envergure a abouti à un agrandissement considérable de la maison de retraite, et cet accroissement de la capacité d'hébergement s'est accompagné d'une augmentation du nombre d'employés, ainsi que d'un remaniement de leurs horaires et d'une réorganisation de leur façon de travailler. Aujourd'hui, Saint François de Sales est donc une structure très importante, tant au niveau de sa capacité d'hébergement qu'au niveau des services proposés. La maison de retraite emploie à temps plein un grand nombre de professionnels : des lingères, des agents de service logistique (ASL), des aides-soignants (AS), trois infirmières, deux animateurs, un médecin, une psychologue, une orthophoniste, une kinésithérapeute ou encore une ergothérapeute. Les statuts professionnels et le rôle de chaque type d'employé sont rigoureusement définis à Saint François de Sales, et le système hiérarchique y est relativement complexe. Parmi les individus chargés d'organiser et de superviser le travail des employés, il y a notamment Frédérique Lopez<sup>1</sup> qui est responsable du service hébergement et qui administre le travail des lingères et des ASL, Mme Colin la coordinatrice des soins qui est la supérieure hiérarchique directe de tous les soignants qui travaillent dans le secteur maison de retraite, et la cadre supérieur de santé Anne-Marie Deschamps qui se trouve dans la hiérarchie de l'établissement entre la coordinatrice des soins et la directrice de Saint François de Sales. Le Conseil de Vie Social, une instance consultative composée de membres du personnel, de résidents et de membres des familles de résidents, se réunit environ trois fois par ans. Lors de ces réunions, les représentants des différents partis (employés, résidents et familles de résident) peuvent s'exprimer, donner leur avis et faire des propositions sur toutes les questions concernant le fonctionnement de l'établissement.

Bien que la liberté de culte de chacun y soit respectée, la religion catholique joue un rôle important dans cette maison de retraite. La communauté religieuse qui a fondé l'institution y est toujours et certaines des sœurs de cette congrégation vivent à Saint François de Sales. Elles sont hébergées dans une aile du bâtiment communément appelée « secteur de la communauté », elles aident les membres du personnel dans leur travail et apportent un soutien spirituel aux résidents. Lorsqu'elles sont trop âgées pour accomplir les tâches du quotidien, elles sont généralement transférées dans la partie EHPAD de l'établissement où elles terminent leur vie en tant que résidentes, et où elles sont traitées par le personnel comme n'importe quel autre résident sauf qu'au lieu d'être appelées « madame ... » elles sont appelées « sœur... » ou « ma sœur ». La maison de retraite est également dotée de deux chapelles, une grande et une petite.

---

<sup>1</sup> Par souci d'anonymat, tous les noms ont été changés.

Une messe est donnée quotidiennement dans la petite chapelle et la messe dominicale se déroule dans la grande chapelle. Proportionnellement au nombre de résidents accueillis par cette maison de retraite, ces derniers sont assez peu nombreux à assister aux messes de la semaine : ils sont entre six et dix à peu près selon les jours. Ce petit groupe est composé de résidents qui sont presque toujours les mêmes. Trois d'entre eux, Christine, M. Duval et Jacqueline, n'ont pas de statut religieux particulier mais sont ce que l'on pourrait appeler des « figures locales », c'est-à-dire des individus qui, par leur façon de se comporter, font beaucoup parler d'eux parmi les résidents et surtout parmi le personnel. Le reste du groupe de ces fidèles de la messe quotidienne est composé uniquement de sœurs ou de pères devenus résidents à la maison de retraite. Les résidents sont donc peu nombreux à assister à la messe de la petite chapelle, mais pour ceux qui y assistent il s'agit d'un événement très important. La plupart d'entre eux, et en particulier Christine et M. Duval, ne rateraient la messe pour rien au monde, quitte à attendre trente minutes devant la porte de la chapelle pour être sûr de ne pas être en retard. Les résidents sont évidemment beaucoup plus nombreux à assister à la messe du dimanche à la grande chapelle, mais leur nombre ne dépasse finalement pas les vingt ou vingt-cinq pour cent en moyenne de la totalité des personnes hébergées.

L'EHPAD de Saint François de Sales est donc pour résumer une grande structure fortement médicalisée, gérée par une institution privée à but non lucratif et rattachée à une congrégation religieuse. Le second établissement que j'ai choisi pour mener mon enquête se différencie en tous points de Saint François de Sales. Petite Provence est recensée sur internet en tant qu'EHPAD, mais la direction et le personnel de l'établissement considèrent qu'il ne s'agit pas à proprement parler d'un EHPAD, car la structure est très peu médicalisée. Il s'agit en fait de ce qu'on peut appeler un « foyer résidence », une résidence où sont hébergées des personnes retraitées au titre de locataire ou même de propriétaire. La résidence est gérée par une association de type loi 1901, agréée pour l'aide aux personnes. Les retraités qui y vivent peuvent profiter des parties communes dans lesquels se déroulent tous les jours de semaine des activités, ils prennent généralement leur repas au « restaurant » de la résidence et ils bénéficient d'une aide au quotidien, aide qui varie énormément d'un résident à un autre. L'établissement est plus petit que le secteur hébergement de Saint François de Sales et ne peut accueillir qu'environ soixante-cinq résidents. Et, si Saint François de Sales emploie un nombre très important de professionnels, Petite Provence ne compte qu'une douzaine d'employés si on exclue les individus chargés de la cuisine et du service dans la salle de restaurant. En effet, l'association de la résidence n'emploie à temps plein que des femmes de ménage, une lingère,

un factotum et des aides-soignants. Les infirmières, les médecins ou les kinésithérapeutes qui interviennent ponctuellement ou quotidiennement à Petite Provence sont des professionnels du secteur libéral qui viennent selon les besoins et à la demande des résidents. Un résident à Petite Provence peut donc choisir son médecin et peut décider qui sera l'infirmier qui s'occupera de lui tous les matins, mais la direction conseille les résidents dans ce choix.

La résidence, construite dans les années 1960, avait à l'origine pour vocation d'accueillir des cadres retraités, propriétaires de leur appartement. Lorsque Robert Agostini, élu comme syndic bénévole de l'immeuble, est arrivé à Petite Provence en 1992, il a constaté qu'une grande partie des logements étaient vides. Il a donc proposé d'ouvrir l'ensemble des studios de la résidence à la location pour toute personne retraitée. L'immeuble s'est alors peuplée de nouveaux habitants, tous retraités, qui ont emménagé à Petite Provence en qualité de locataires. Etant donné que la majorité des personnes qui vivaient dans la résidence étaient des personnes âgées qui avaient besoin d'une aide à domicile, M. Agostini a proposé en 1993 de créer une association agréée pour l'aide aux personnes afin d'administrer les charges inhérentes au personnel, et une seconde association pour gérer les fournitures et le matériel collectif. C'est ainsi qu'une résidence, dont la seule particularité était d'être dotée de très vastes parties communes et d'appartements n'excédant pas pour la plupart les 30m<sup>2</sup> destinés à accueillir exclusivement des individus retraités, est devenu ce que l'on appelle aujourd'hui une maison de retraite. Les deux associations qui permettent d'employer du personnel et d'administrer les fournitures sont maintenant dirigées par la fille de Robert Agostini, Marie-Thérèse Dumont, que tous considèrent comme étant « la directrice » de l'établissement. Petite Provence c'est donc avant tout une collectivité administrée par des associations dont la direction s'est transmise de père en fille et dont tous les résidents à jour de leur cotisation sont membres de droit. Tous les résidents peuvent donc en théorie participer aux décisions qui sont prises par les associations, concernant l'organisation de la résidence et la gestion des biens ou des services, par leurs votes lors des Assemblées Générales. En réalité, très peu d'entre eux participent à ces assemblées et s'intéressent aux décisions qui y sont prises, ils sont en fait représentés par un groupe de six résidents délégués qui assistent aux réunions et parlent au nom de l'ensemble des habitants. Petite Provence est donc un foyer-résidence, un établissement dont le fonctionnement est géré par deux associations, qui accueille une population de retraités et qui, moyennant finance, leur fournit des services et met à leur disposition des espaces et du matériel collectif. C'est une maison de retraite que tous, employés comme résidents, qualifient de « familiale ».

Le fait que nous ayons affaire d'un côté à une grande structure fortement médicalisée gérée par une institution privée à but non lucratif, et de l'autre à une structure plus petite et très peu médicalisée gérée par une association, a eu des incidences sur le déroulement de l'enquête et sur les résultats obtenus. A Saint François de Sales, le statut et le rôle de chaque type de professionnel est défini de manière très rigoureuse, le travail des employés et la « prise en charge » des personnes âgées s'inscrivent dans un dispositif relativement rigide et complexe fait de règles et de protocoles. A Petite Provence en revanche, le caractère familial de la résidence se traduit notamment par un système de prise en charge et des règles de travail plus souples, qui laissent plus de place à l'informel et au « cas par cas ». Concernant la rigueur avec laquelle le rôle et la place de chacun est définie, un détail me semble significatif : celui des tenues professionnelles. Si à Petite Provence tout le personnel, à l'exception des employés de restauration, porte la même blouse, souvent d'ailleurs comme un gilet ouvert laissant apparaître les habits civils, à Saint François de Sales il y a une tenue intégrale bien spécifique pour chaque type de professionnel : les ASL (aide au service logistique), les AS (aides-soignants), les infirmières ou encore les médecins ont chacun une tenue reconnaissable. Et que l'on soit stagiaire ou employé se traduit également par une distinction vestimentaire. Seuls les animateurs sont en civil. A Saint François de Sales, les tâches qui incombent à chaque type d'employés sont définies de manière très précise et formelle. A l'inverse, à Petite Provence, les rôles sont plus flous : les AS font parfois, comme ils le reconnaissent eux-mêmes, un travail d'infirmier, en distribuant par exemple les médicaments aux résidents, les animatrices/auxiliaires de vie assument souvent la fonction d'AS, et la directrice elle-même se met dans la peau d'une animatrice lorsqu'elle anime par exemple le quizz hebdomadaire. Alors qu'à Saint François de Sales, les instances directives de l'établissement passent presque tout leur temps dans des bureaux et sont quasiment invisibles au sein de l'établissement, à Petite Provence, Marie-Thérèse Dumont et son bras droit Stéphane sont très accessibles et présents auprès des résidents ; ces derniers les connaissent bien, les apprécient généralement beaucoup, et les appellent même parfois par leur prénom.

Tout comme le dispositif hiérarchique, le cadre organisationnel de Petite Provence est beaucoup plus souple que celui de Saint François de Sales, et laisse plus de place à l'imprévu et à l'improvisation. Le fait qu'il s'agisse d'une petite résidence où les soins médicaux sont peu nombreux, permet aux employés d'adapter leur travail au jour le jour, en fonction des besoins des résidents et de leurs propres envies. A Saint François de Sales en revanche, le

rythme de travail des employés, les tâches remplies par chaque professionnel et la nature des soins apportés aux personnes âgées, s'inscrivent dans un dispositif organisationnel rigoureux, une mécanique qui ne tolère pas le moindre grain de sable et où l'imprévu n'a pas sa place. Le cadre organisationnel de Petite Provence est donc plus souple et plus malléable que celui de Saint François de Sales, les normes et les protocoles y sont moins nombreux et moins stricts, les différences statutaires y sont moins marquées et les rôles de chaque type de professionnel plus flous. Le caractère plus « familial » et moins formel du fonctionnement de Petite Provence par rapport à celui de Saint François de Sales a évidemment de nombreuses incidences sur les relations entre les différents acteurs de ces deux établissements. Outre l'impact qu'a la plus ou moins grande flexibilité des rythmes de travail et des façons de travailler sur les relations entre les professionnels et les relations entre employés et résidents, impact sur lequel nous reviendrons dans le prochain chapitre, on peut d'ores et déjà signaler l'incidence qu'a la définition plus ou moins rigoureuse des statuts et des rôles professionnels sur les relations qui se nouent au sein de ces maisons de retraite. Bien que cette différence entre les deux établissements dans la relation entre résidents et membres du personnel ne soit pas absolument flagrante, on peut tout de même remarquer que le rapport entre professionnel et personne âgée à Petite Provence prend plus la forme d'une relation personnelle entre deux individus, alors qu'à Saint François de Sales elle prend plus souvent la forme d'une relation strictement professionnelle entre un employé et un résident. Cela se manifeste notamment par une plus grande familiarité à Petite Provence qu'à Saint François de Sales dans la façon dont les membres du personnel s'adressent aux retraités, et vice et versa. Cependant, et comme nous le verrons par la suite, ces différences, bien que souvent significatives et toujours intéressantes pour une analyse des relations entre les personnes qui travaillent dans un établissement et celles qui y vivent, ne gommant pas les convergences remarquables dans les problématiques qui se donnent à voir lorsqu'on se penche sur les rapports entre les différents acteurs de ces deux établissements et sur la relation soignant-soigné. Mais avant d'entreprendre cette analyse des liens qui unissent les personnes qui vivent et travaillent dans ces maisons de retraite, il faut déjà décrire les cadres spatiaux et temporels dans lesquels s'inscrivent la vie et le travail dans ces établissements, mais aussi peut être dans un premier temps s'intéresser à ce qui amène les individus à venir y habiter ou y travailler.

## **2) Pourquoi une maison de retraite et laquelle ?**

Vivre en maison de retraite, c'est parfois un choix que l'individu âgé fait seul ; parfois, mais plus rarement, c'est seulement le choix de la famille de la personne âgée. Mais le plus souvent la décision est prise par la personne âgée après une concertation avec sa famille, et dans tous les cas l'entrée en maison de retraite est présentée par les individus qui y vivent comme un choix qui n'en est pas vraiment un, un choix par dépit en quelque sorte. Il ressort de mes discussions avec les résidents que le motif premier de leur entrée en EHPAD est toujours leur état de santé ou celui de leur conjoint. Les suites d'un AVC, une maladie chronique de plus en plus envahissante, des problèmes de mobilité, ou même simplement une fatigue de plus en plus grande, conduisent l'individu et/ou son entourage à considérer qu'il ne peut plus habiter seul et qu'il doit désormais vivre dans une institution de soin. C'est généralement la personne âgée elle-même qui fait ce constat et prend cette décision, avec l'appui de sa famille. Mais quelques fois ce sont uniquement les proches de la personne âgée qui considèrent que la condition physique ou psychologique de leur parent ne lui permet plus de demeurer à son domicile et qu'il faut « le placer » en maison de retraite, malgré le fait que ce dernier veut continuer à vivre chez lui. Dans ces cas, heureusement très exceptionnels, la personne âgée n'a pas vraiment son mot à dire. On essaie bien sûr de la convaincre et de lui faire accepter l'idée que c'est « pour son bien », mais dans la mesure où la famille et le corps médical ont convenu ensemble qu'un placement en EHPAD était la meilleure chose à faire pour cette personne, l'entrée en maison de retraite peut se faire en dépit de l'assentiment de la personne âgée. Cette dernière subit alors véritablement son entrée en établissement de soin, elle y demeure contre son gré et s'y trouve généralement très malheureuse. Mais le cas de l'individu placé en EHPAD contre sa volonté est très rare, et l'entrée en maison de retraite est généralement le fruit d'une décision prise à la fois par le résident et par sa famille, elle est le résultat d'une période, souvent assez longue, de réflexion et de discussion entre le futur résident et ses proches. C'est presque toujours la personne âgée elle-même qui prend la décision d'entrer en maison de retraite, bien que ce soit très souvent sur les conseils de ses enfants et presque toujours avec leur approbation. La famille des individus très âgés, et en particulier leurs enfants, sont généralement rassurés de les savoir dans un établissement de soin plutôt que seuls à leur domicile. Il ressort du discours des résidents que j'ai rencontrés que c'est souvent leurs enfants qui ont les premiers évoqué le fait qu'il serait peut-être préférable pour eux d'emménager dans une maison de retraite et qui les ont encouragés à s'installer dans un tel établissement.

Par ailleurs, bien que le fait de vivre en maison de retraite soit généralement le choix de la personne âgée elle-même, elle considère presque toujours qu'elle a pris cette décision parce que justement elle n'avait pas le choix, parce qu'il n'était plus possible de faire autrement. M. Garnier par exemple, a décidé de quitter sa maison car il y avait trop d'escalier, qu'elle était trop difficile à entretenir, et que l'aide apportée par son auxiliaire de vie ne lui était plus suffisante. Lorsque je l'interroge sur ce qu'il a ressenti quand il a emménagé à Saint François de Sales, il me répond « Très heureux d'être ici, parce que je l'ai voulu. Je l'ai voulu. ». Mais plus tard au cours de l'entretien il me dira « Je ne suis pas rentré ici le cœur léger, mais j'y suis rentré parce que c'était nécessaire ». Actuellement, les individus âgés préfèrent pour la grande majorité demeurer à leur domicile le plus longtemps possible. Mais lorsque l'aide à domicile qu'ils reçoivent n'est plus suffisante, lorsqu'ils ne peuvent plus accomplir seuls les tâches de la vie quotidienne qui ne sont pas assumées par ces aides, alors vivre chez soi devient trop compliqué et est souvent considéré comme dangereux. La seule et unique solution qui s'impose dès lors est l'entrée en maison de retraite. Il y a cependant quelques individus parmi ceux que j'ai rencontré qui auraient tout à fait pu continuer à vivre à leur domicile mais qui ont préféré s'installer en maison de retraite par prévoyance, en partant du principe qu'ils ne pourraient pas éternellement vivre à leur domicile car ils étaient vieux et qu'ils risquaient d'avoir à faire face à des problèmes de santé et à une augmentation de leur dépendance dans un avenir proche. Ces personnes qui décident d'entrer en maison de retraite pour anticiper ce qui pourrait devenir une nécessité sont néanmoins très minoritaires. Signalons au passage que ce choix par anticipation se retrouve surtout parmi la population de Petite Provence, et que les cas de résidents placés dans l'établissement contre leur volonté n'existent au contraire qu'à Saint François de Sales.

Pour la plupart des individus âgés, vivre en maison de retraite c'est donc le choix que l'on fait lorsque l'on a plus d'autre choix. La marge de liberté, le compromis en quelque sorte, se trouve dans le choix de l'établissement. Ce choix se base premièrement sur la localisation de la maison de retraite. Les individus choisissent presque toujours de s'installer dans une maison de retraite qui se situe dans une région qu'ils connaissent bien, dont ils sont originaires ou dans laquelle ils ont passé une partie importante de leur existence. Un critère primordial dans le choix de la localisation de l'établissement, c'est aussi le fait que les enfants vivent à proximité. Quasiment tous les résidents que j'ai rencontré avaient un ou plusieurs de leurs enfants qui habitaient la région, souvent à seulement quelques kilomètres de l'établissement, et cela était toujours considéré par mes interlocuteurs comme quelque chose de très important et comme l'une des principales raisons pour lesquelles ils avaient décidé de s'installer ici plutôt qu'autre



part. C'est d'ailleurs souvent les enfants qui « repèrent » la maison de retraite pour leur parent. J'ai ainsi rencontré plusieurs résidents qui m'ont dit que c'était un de leurs enfants qui avait trouvé l'établissement, en faisant des recherches où en entendant parler, qui s'était renseigné et qui leur avait ensuite présenté les caractéristiques et les avantages de cette maison de retraite.

J'ai également été surprise de constater qu'un grand nombre de personnes âgées déclarent qu'elles connaissaient l'établissement avant de s'y installer. Elles en avaient déjà entendu parler par des relations qui avaient un parent qui y vivait, ou bien elles connaissaient déjà personnellement un résident ou un employé. Le fait de connaître, de près ou de loin, un individu qui vit ou qui travaille dans la maison de retraite est présenté comme un véritable atout, une bonne raison de s'installer dans cet établissement plutôt que dans un autre. Les individus qui décident de s'installer en maison de retraite vont donc surtout chercher un établissement qui leur soit familier. J'entends par là une structure qui se trouve dans une région qu'ils connaissent bien et où au moins une partie de leurs proches vivent, et qui n'est pas un lieu complètement inconnu puisque dans le meilleur des cas ils y ont des relations et qu'ils en ont sinon suffisamment entendu parler pour avoir l'impression de connaître un peu l'endroit. Par ailleurs, presque tous les résidents ont visité l'établissement au moins une fois avant de s'y installer, et à Petite Provence, il est très fréquent que de potentiels futurs résidents viennent déjeuner dans le restaurant de la maison de retraite pour juger du cadre de vie et de la qualité des repas. L'environnement et la nourriture semblent en effet être pour les résidents des critères très importants de la qualité de l'établissement, mais ils ne sont pas les seuls.

Lorsqu'on demande aux résidents ce qu'ils aiment et ce qu'ils n'aiment pas dans la maison de retraite dans laquelle ils vivent, les réponses sont sensiblement les mêmes à Petite Provence et à Saint François de Sales, et ce malgré le caractère très différent de ces deux établissements. Les résidents de ces maisons de retraite disent d'abord apprécier l'environnement de l'établissement. Petite Provence est une résidence bâtie sur un terrain arboré de près de 15 hectares, et ce cadre de campagne plait beaucoup aux résidents. Bien que les habitants de Petite Provence soient finalement assez peu nombreux à sortir se promener ou tout simplement à s'installer dans le jardin, ils profitent quand même de la beauté de cet environnement car les espaces intérieurs, aussi bien dans les chambres que dans le salon ou le restaurant, sont dotés de grandes baies vitrées. A Saint François de Sales il n'y a pas de grand terrain verdoyant et les jardins sont relativement petits, mais les résidents aiment le charme ancien de ce vieux couvent réaménagé. En dehors de l'environnement, les personnes âgées que j'ai interrogées se préoccupent énormément de la qualité des repas et de la nourriture qui leur

sont proposés par l'établissement. Certains s'en plaignent, d'autres en sont satisfaits, mais c'est dans tous les cas et pour tous un sujet de première importance.

Au-delà de ces caractéristiques que l'on pourrait qualifier de matérielles que sont l'environnement et la nourriture, ce qui compte beaucoup dans le choix de l'établissement et dans le fait que ces personnes âgées s'y plaisent ou non, c'est « le contact » que l'on a avec les autres, et en particulier avec les employés. Cette dimension de la relation avec les membres du personnel ressort systématiquement dans les discours des résidents lorsqu'on les interroge sur leur entrée dans la maison de retraite et sur ce qui leur plaît dans cette nouvelle vie. Le fait que les employés, et plus particulièrement les soignants, soient « gentils », « sympathiques », « attentionnés », « présents », « à l'écoute » et « compréhensifs », comme le disent les résidents « ça change tout ». C'est ce qui rend leur vie dans l'établissement agréable, ou au moins supportable. Tous les résidents avec lesquels j'ai discuté m'ont dit que ce qu'ils aiment dans le fait de vivre en maison de retraite c'est de n'être jamais complètement seul, « d'avoir tous ces gens qui sont là pour [eux] » et d'avoir « toujours quelqu'un à qui parler ». Les résidents parlent généralement de leur rapport aux soignants comme d'une relation qui leur apporte beaucoup, et ils expriment la satisfaction ou le réconfort que constitue pour eux le fait d'avoir toutes ces personnes « si gentilles » auxquelles ils peuvent parler et qui semblent ne vouloir que leur bonheur. Leur relation aux membres du personnel est toujours présentée par les résidents comme jouant un rôle fondamental dans la façon dont ils vivent leur quotidien, et certains en parlent même comme de leur raison de vivre.

Du côté des employés, lorsqu'on leur demande pourquoi ils ont choisi de travailler en maison de retraite, ils répondent unanimement que c'est pour « le côté relationnel », pour travailler au contact des gens. Certains ont eu par le passé des carrières professionnelles très éloignées de leur fonction actuelle, comme du secrétariat ou de la manutention, et tous m'ont décrit la même chose : ils en avaient assez de travailler dans des bureaux ou face à des machines, ils avaient « besoin de relations humaines ». Rares sont les métiers où l'individu travaille véritablement seul, il est généralement toujours en contact avec d'autres personnes, qu'il s'agisse de collègues ou encore de clients. Mais la spécificité du travail de soin c'est que c'est un travail qui consiste non pas en une série d'actions sur des objets, comme c'est le cas dans la plupart des métiers, mais en une série d'actions sur des humains, actions qui sont alors souvent perçues et verbalisées par ces professionnels comme des formes « d'échange » ou de « partage ». La dimension relationnelle de cette activité professionnelle est donc beaucoup plus présente dans ce type de métiers que dans d'autres. Lorsqu'on demande aux employés ce qui

leur plaît dans leur travail et ce qu'ils aiment moins, ils évoquent d'une part les activités qu'ils jugent relationnelles et qu'ils apprécient beaucoup, comme le fait de discuter avec les résidents, et d'autres part les activités qu'ils jugent plus techniques ou « mécaniques » et qu'ils apprécient beaucoup moins, comme changer des couches à la chaîne. Et le critère majeur qui fait selon eux d'une maison de retraite un établissement où il est agréable de travailler, c'est le fait d'avoir le temps de parler aux résidents et de les écouter. La problématique du temps imparti pour faire les choses et de l'impossibilité de « prendre le temps » est un leitmotiv chez les membres du personnel de ces deux maisons de retraite. Les employés de Saint François de Sales, mais aussi dans une moindre mesure ceux de Petite Provence, se plaignent du fait qu'ils n'ont jamais assez de temps pour s'occuper vraiment bien de chaque résident et pour pouvoir faire avec eux autre chose que ce qui relève des tâches obligatoires comme faire des toilettes ou distribuer des médicaments. Cependant ils reconnaissent volontiers qu'il y a une dimension relationnelle non négligeable même dans les toilettes ou les changes, et évoquent avec enthousiasme le fait qu'un change ou une toilette, lorsque c'est fait dans de bonnes conditions, c'est-à-dire en tête à tête dans une pièce close et sans être trop pressé par le temps, « ça peut être super sympa » parce que « tu es véritablement proche de la personne », « tu partages quelque chose avec elle ». La dimension relationnelle de leur travail est sans arrêt mise en avant dans le discours de ces professionnels, et elle apparaît à leurs yeux à la fois comme une source de plaisir et de satisfaction personnelle et comme l'aspect le plus important de la « prise en charge », comme un facteur déterminant pour le bien-être de la personne âgée.

Ainsi, aussi bien pour les résidents que pour les employés, ce qui amène à la maison de retraite c'est le besoin des autres ; on choisit d'y vivre ou d'y travailler pour ne plus être seul, pour être avec les autres. Pour les personnes âgées comme pour les membres du personnel, la relation aux autres est primordiale dans la façon dont est vécu le fait d'habiter en maison de retraite ou d'y travailler, et puisque cette question de la relation aux autres est centrale dans le discours des différents acteurs de ces maisons de retraite, c'est une dimension de leur expérience que je chercherai à questionner tout au long de ce mémoire. Or nous allons voir que cette relation est en grande partie conditionnée par la situation physique et sociale des individus qui habitent en maison de retraite.

### **3) La population hébergée**

Dans ces deux établissements la population hébergée est essentiellement féminine, la mortalité dans le grand âge étant beaucoup plus élevée chez les hommes que chez les femmes. On compte parmi les résidents de Saint François de Sales et Petite Provence environ 85% de femmes, et cela a, comme nous le verrons plus tard, un impact non négligeable sur les relations entre les individus dans chacun de ces établissements. Les habitants de ces deux maisons de retraite sont en très grande majorité des veufs et des veuves, mais on trouve également quelques personnes divorcées ou célibataires. Petite Provence et Saint François de Sales peuvent accueillir des couples, même si le cas d'individus qui aménagent en couple en maison de retraite est assez rare, la perte du conjoint étant l'un des motifs qui amène la personne âgée à quitter son domicile pour s'installer en EHPAD. A petite Provence il y a deux couples. M. et Mme Fons habitent dans une chambre double aménagée comme un appartement avec un salon et une chambre, tandis que M. et Mme Lemaître ont choisi d'occuper deux chambres voisines mais séparées. A Saint François de Sales il y avait, peu de temps encore avant le début de mon enquête, deux couples également, mais suite à la mort du mari de Mme Bruno, M. et Mme Blanc sont désormais le seul couple à vivre dans cet établissement. Ces derniers occupent une chambre double communicante, divisée là aussi en une pièce qui fait office de salon et une autre de chambre à coucher. Les couples qui vivent ensemble en maison de retraite sont très rares, mais en revanche le cas de personnes en couple qui habitent dans l'établissement tandis que leur conjoint vit à l'extérieur et leur rend visite plus ou moins souvent, est beaucoup plus fréquent. On peut donc dire que pour l'immense majorité d'entre eux, les individus qui habitent en maison de retraite vivent seul. La plupart des résidents disent d'ailleurs ressentir de la solitude et avoir un « besoin de contacts ».

Concernant l'âge des résidents, cette donnée est extrêmement variable d'un individu à un autre. Dans ces deux maisons de retraite, les écarts d'âges entre résidents sont très importants : certains ont à peine plus de soixante ou soixante-dix ans et d'autres sont déjà centenaires. On peut noter tout de même que, dans chacune des structures, les plus de 85 ans sont largement majoritaires. Cependant, en EHPAD ce n'est pas tant l'âge des individus qui importe que leur « degré de dépendance ». Les notions d'autonomie et de dépendance sont à la fois la raison d'être des maisons de retraite, puisque le rôle de ces dernières est d'accueillir des personnes ne pouvant plus vivre de manière dite autonome car devenues dépendantes de l'aide

d'autrui dans leur vie quotidienne, et le critère majeur de classification des résidents. Or, si en termes d'âge et de genre la population de Saint François de Sales et celle de Petite Provence sont assez semblables, il n'en va pas de même en termes de dépendance et d'autonomie.

Saint François de Sales est un établissement qui accueille tout type de résident, quelle que soit leur pathologie et leur capacité d'autonomie. Mais cela ne veut pas dire que l'état de santé et la capacité à agir par soi-même ne sont pas déterminants dans la place et le traitement réservés à chaque résident. Les individus qui vivent dans cet EHPAD sont, dès leur arrivée et tout au long de leur séjour, évalués et triés en fonction des pathologies et du degré d'autonomie qu'on leur prête. Les personnes dont les capacités physiques ont amené les professionnels à les considérer comme étant les individus les plus fortement dépendants sont hébergés dans l'unité de grands dépendants (UGD). D'autres individus, parmi ceux dont le fonctionnement cognitif et le comportement les ont amenés à être considérés comme atteints de troubles psychiques et incapables d'agir spontanément comme on attendrait d'eux qu'ils le fassent, sont placés dans l'unité d'hébergement renforcé (UHR). Dans l'unité maison de retraite, la population est plus hétérogène sur le plan de la dépendance et des pathologies. Les capacités physiques et intellectuelles de certains des résidents de cette maison de retraite sont qualifiées de « normales », et ces individus sont généralement assez indépendants, j'entends par là qu'ils se lavent, s'habillent et se déplacent seuls, et qu'ils ont au quotidien très peu besoin de l'aide des employés. D'autres individus sont plus dépendants de l'aide des professionnels, pour des raisons qui tiennent soit à leurs capacités physiques, soit à leur fonctionnement cognitif et en particulier aux pathologies dites Alzheimer. Certains résidents de la maison de retraite sont même dans une situation d'extrême dépendance vis-à-vis des employés et ne peuvent par exemple se déplacer ni s'alimenter sans leur aide.

Mais si l'unité maison de retraite de Saint François de Sales héberge aussi bien des individus très autonomes que des individus très dépendants, il ne faudrait pas pour autant croire que ces individus soient vraiment mélangés ou encore moins confondus. Les personnes dites autonomes, dépendantes ou très dépendantes, sont véritablement considérées et traitées comme différents « types » de résidents, bien que le terme ne soit pas employé. Le pôle d'activités et de soins adaptés (PASA) en est une illustration. Le PASA est une unité de la maison de retraite qui propose des activités et un accompagnement lors du déjeuner à des résidents atteint d'une pathologie de type Alzheimer ou de troubles cognitifs apparentés. Une petite quinzaine de personnes âgées ont été « admises au PASA », c'est-à-dire qu'elles peuvent participer aux activités organisées par ce pôle et que les plus autonomes d'entre-elles peuvent prendre leurs

déjeuners en petit comité dans la salle du PASA, en compagnie de Nina, l'aide-soignante en charge de ce pôle d'activités et de soins adaptés. Il est également significatif de constater que les résidents les plus dépendants ne mangent pas avec les autres dans la salle de restaurant, mais prennent leurs repas dans les salles à manger du premier et du deuxième étage où des soignants les aident à s'alimenter. Et ces résidents passent d'ailleurs, pour la plupart d'entre eux, presque toute la journée dans ces salles à manger qui font finalement usage de lieu de vie exclusivement pour les individus les plus dépendants.

Pour ce qui est des retraités qui vivent à Petite Provence, dans l'ensemble il s'agit d'une population que le personnel qualifie de « relativement autonome », c'est-à-dire des individus qui sont quasiment tous capables de s'alimenter seuls, de se déplacer et de communiquer par leurs propres moyens. En effet, cet établissement très peu médicalisé n'est pas prévu pour assurer, selon les termes de la directrice, « des prises en charges trop lourdes ». Il n'est pas fait pour accueillir des individus qui ne peuvent accomplir seuls les gestes les plus simples du quotidien et qui nécessitent des soins journaliers importants. La grande majorité des résidents se déplacent sans difficulté dans leur chambre et dans l'établissement, vont aux toilettes sans assistance et n'ont besoin d'aucune aide pour se laver et s'habiller ou se déshabiller, certains conduisent même encore leur voiture. Pour ces résidents dits autonomes, qui représentent donc la majorité de la population de Petite Provence, l'aide apportée par le personnel de l'établissement se limite généralement à des tâches ménagères : les femmes de ménage assurent la propreté de leur chambre, les aides-soignants leur rendent de menus services, leur font par exemple leur lit et leur vaisselle et leur apportent leurs médicaments, le factotum répare et entretient leurs appareils électriques et leur plomberie, les employés du restaurant leur préparent et leur servent leurs repas, et la direction de l'établissement s'occupe de tout ce qui est administratif. Mais d'autres résidents ont besoin d'une aide beaucoup plus importante et pour des aspects de leur vie beaucoup plus variés. Ils ne peuvent ni se déplacer ni se nourrir seuls, les infirmières leur font la toilette et les habillent, les aides-soignants leur changent leur couche, les conduisent d'un point A à un point B, les font manger, les installent dans leur lit ou sur leur fauteuil, etc... Ces individus ont besoin d'une aide de tous les instants et de tous les gestes. Pour certains d'entre eux, la question finit par se poser de savoir s'il faut les garder à Petite Provence ou les transférer dans un établissement plus médicalisé. Cette décision fait l'objet de discussions entre la direction, les membres du personnel, la famille du résident concerné et parfois le résident lui-même. Aux dires du personnel de l'établissement la décision doit être

prise dans l'intérêt du résident, mais dans les faits la décision doit surtout satisfaire les deux partis que sont la direction et les employés d'un côté et la famille du résident de l'autre.

L'autonomie ou la dépendance des résidents a un impact très important dans ces deux maisons de retraite, tant sur le plan du fonctionnement de ces établissements que sur celui des relations entre leurs différents acteurs. En quoi et de quelle manière le fait qu'un résident soit considéré comme plus ou moins autonome joue un rôle dans la façon dont cet individu va nouer ou justement ne pas nouer des liens avec les autres ? Et comment ce qui est perçu comme le degré de dépendance de ce résident influe sur la nature même de ces liens ? Ce sont là des questions que nous tâcherons d'approfondir et auxquelles nous essaierons de répondre en particulier dans le chapitre 3. Mais dans un premier temps, il nous faut déjà comprendre un peu mieux à quel type d'établissement nous avons affaire et nous intéresser notamment à l'aménagement et à l'usage de l'espace dans ces deux maisons de retraite.

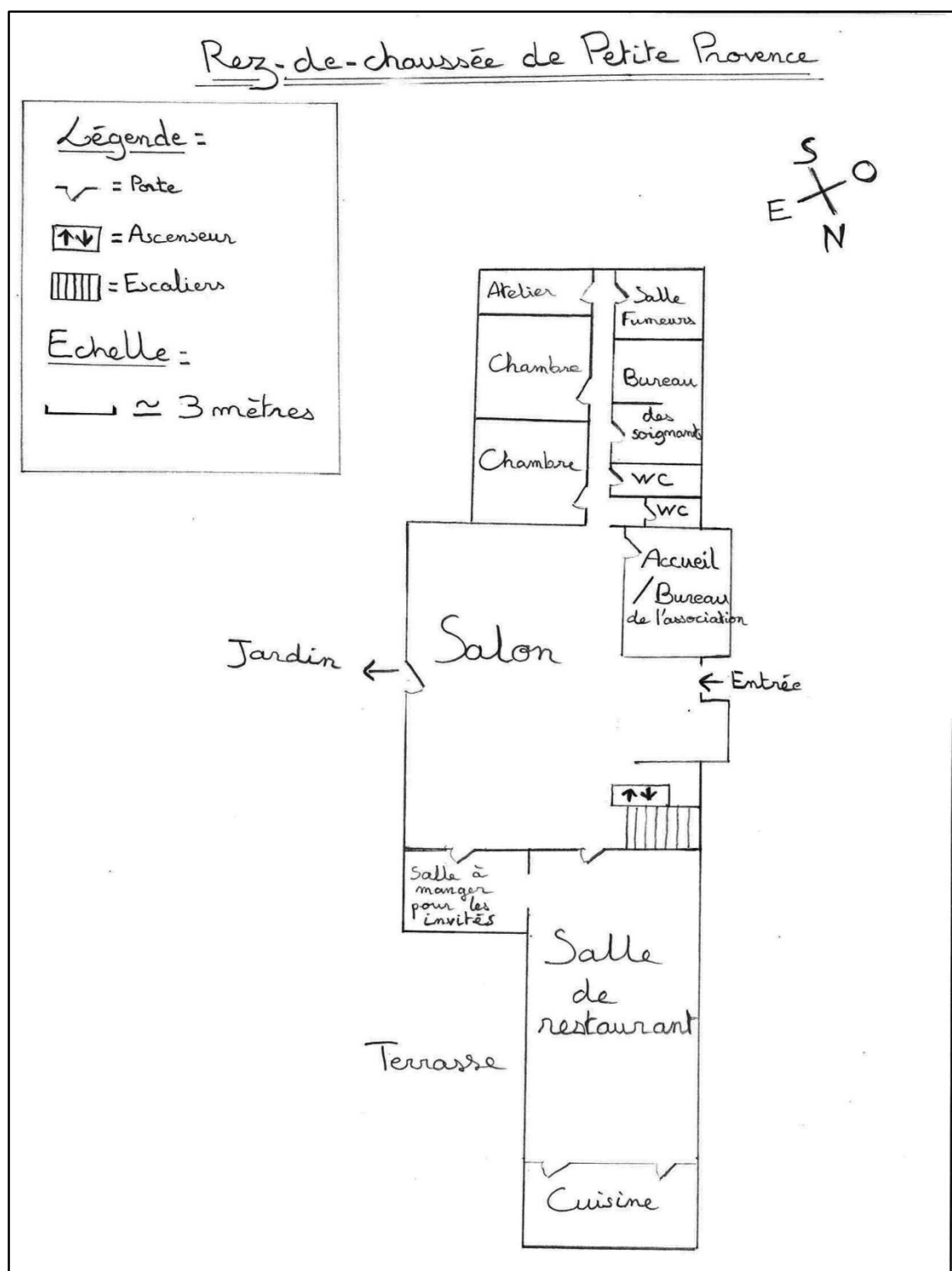
#### **4) L'espace collectif, être avec les autres**

La politique de Saint-François de Sales en termes d'aménagement et d'ameublement intérieur est de ne pas « faire trop hôpital », la maison de retraite se veut un lieu de vie confortable et chaleureux. A cet effet, les meubles sont souvent des meubles de bois relativement anciens, les fauteuils et canapés se déclinent presque tous dans des coloris chauds, allant du jaune orangé au rouge profond, des photos « artistiques » des résidents, prises par un photographe professionnel, ornent les murs du long couloir qui va du grand hall à la salle de restaurant, et la plupart des espaces collectifs sont décorés de quelques tableaux et dotés de grandes baies vitrées qui font de ces pièces des endroits très lumineux. Mais, si à Saint François de Sales on ne veut pas « faire trop hôpital », un visiteur qui y pénétrerait ne pourrait pas pour autant ignorer qu'il se trouve dans un établissement médical. Les chartes de qualité, les plans d'évacuation ou les règlements intérieurs qui sont affichés un peu partout sur les murs, les distributeurs de produit nettoyant pour les mains mis à disposition devant les ascenseurs et l'odeur d'antiseptique qui flotte un peu partout, une certaine homogénéité dans les tableaux et autres éléments de décoration qui sont tous de fabrication industrielle, ou encore le fait que les meubles, bien que déclinés en plusieurs coloris, soient presque tous identiques, rappellent la nature institutionnelle et médicale du lieu. A Petite Provence au contraire, on voit

immédiatement que l'on ne peut être ni dans un hôpital ni dans une quelconque clinique. Le bâtiment ressemble de l'extérieur à une banale résidence des années soixante dans un cadre de campagne, et l'intérieur donne une impression de désordre tant l'ameublement est dépareillé. Les meubles des parties communes sont tous différents et souvent un peu usés, la décoration est hétéroclite et on sent que nombreux sont ceux (résidents ou employés) qui y ont mis leur touche personnelle en rapportant une plante ou un bibelot, en léguaient un meuble ou un tableau. Il n'est pas rare que des effets personnels traînent un peu partout, et le chat de la résidence est généralement vautré sur un fauteuil au centre du salon tandis que sa gamelle de croquettes déborde sur le sol. A Saint François de Sales comme à Petite Provence, le rez-de-chaussée est majoritairement consacré aux espaces collectifs et les chambres sont réparties dans les étages, bien que quelques-unes soient, dans chacun des établissements, situées au rez-de-chaussée. Avant de nous intéresser à l'espace privé des résidents, c'est-à-dire à leur chambre, tâchons d'en savoir un peu plus sur l'espace collectif et sur l'usage qui en est fait.

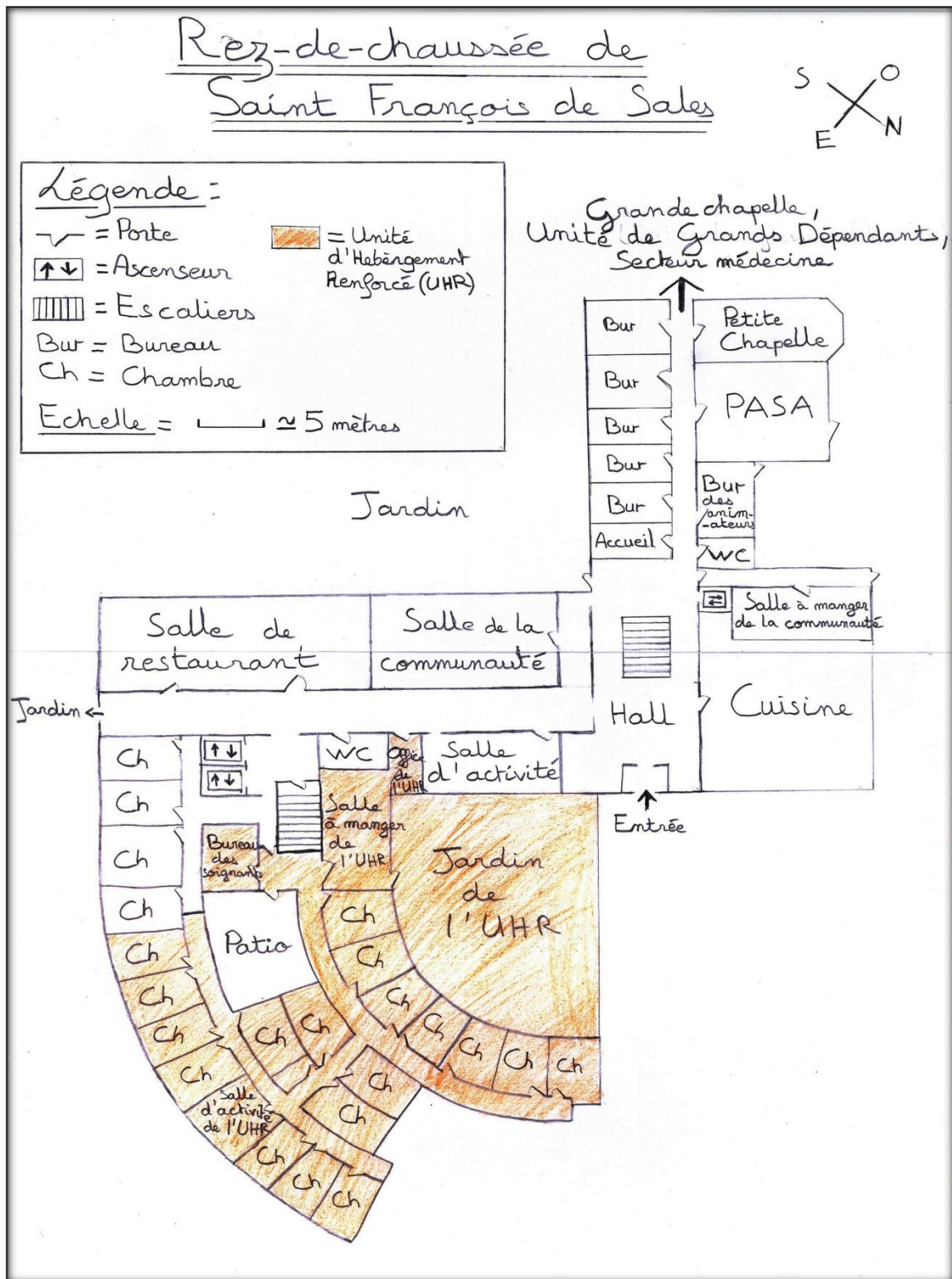


# Plan du rez-de-chaussée de Petite Provence :



Plan réalisé par Chloé Vallée en Décembre 2014

**Plan du rez-de-chaussée de Saint François de Sales :**



Plan réalisé par Chloé Vallée en Décembre 2014

A Petite Provence, l'espace collectif est divisé en deux grandes salles : le salon et le restaurant. Le restaurant est un espace exclusivement réservé aux déjeuners et aux diners. Bien que l'accès ne leur en soit pas formellement interdit, les résidents ne vont pas dans cette salle en dehors des repas. Ils y pénètrent et s'y installent dès que, à midi pile et à 19h précises, les employés de restauration ouvrent les portes de la grande pièce pour signifier que le diner ou le déjeuner est prêt, et la quittent généralement dès qu'ils ont fini de manger. Le salon en revanche est un endroit où l'on s'installe, parfois pendant des heures entières, où l'on se croise et où l'on discute, et où se déroulent les activités proposées par la direction en seconde partie d'après-midi. Cette vaste salle est véritablement le lieu de vie de la collectivité. Lorsque l'heure du repas approche, le salon se remplit progressivement de résidents qui s'y installent pour attendre le moment d'aller manger. Dans les dernières minutes qui précèdent ce moment tant attendu, c'est souvent plusieurs dizaines de résidents, hommes ou femmes, qui occupent le salon dans lequel règne alors un brouhaha que l'on ne peut entendre à aucun autre moment de la journée, et qui contraste avec l'ambiance généralement très calme et silencieuse de cette grande pièce. En dehors de ces grands moments d'animation que sont les minutes qui précèdent les repas et, dans une moindre mesure, celles qui succèdent aux repas, le salon est généralement uniquement occupé par un groupe d'une petite dizaine de femmes, qui sont presque toujours les mêmes à s'y installer. Selon les jours et les heures, le groupe est plus ou moins grand et n'est pas constitué exactement des mêmes résidentes. Elles sont parfois seulement deux ou trois, le plus souvent en début de matinée ou quelques fois en début d'après-midi, mais parfois elles sont onze ou douze, en principe aux heures les plus proches des repas ou des moments d'animation. Elles sont une bonne douzaine à fréquenter assidument le salon, mais un « roulement » s'opère parmi elles : il y'a ce qu'on peut appeler « un noyau dur » de quatre ou cinq résidentes qui passent presque systématiquement leurs journées dans ce salon, et sept ou huit résidentes qui s'y installent régulièrement, voire quotidiennement, mais qui n'y sont pas toujours et n'y passent pas autant de temps. On peut dire qu'en moyenne, c'est généralement six ou sept habituées qui occupent le salon. Installées dans les fauteuils de ce que j'ai appelé « le salon central », elles lisent des revues mises à disposition sur la table basse, elles discutent un peu, parfois elles ne font rien d'autre que « se reposer », mais elles passent surtout le plus clair de leur temps à observer et commenter les allées et venues et les comportements des uns et des autres, des résidents comme des employés. Quand arrive l'heure de l'animation, qui se déroule en principe de 16h à 17h ou 17h30, les résidents et les membres du personnel entreprennent un réaménagement de la salle de manière à ce que la disposition des fauteuils, généralement en un grand cercle, permette à chacun de s'installer et soit la plus propice possible au bon déroulement

de l'activité. Au moment de l'animation le salon se remplit de résidents, quoi que le nombre d'individus présents ne soit jamais aussi important que lorsque l'heure du repas est imminente. Ce nombre varie énormément d'un jour à l'autre et en fonction des activités qui sont proposées. Je reviendrai dans le prochain chapitre sur ces animations et sur leurs participants, mais pour conclure la question de l'usage de l'espace collectif à Petite Provence, disons qu'en moyenne une vingtaine de résidents sont présents dans le salon pour participer à ces animations, et qu'aussitôt qu'elles prennent fin, chacun remet exactement à sa place initiale le fauteuil sur lequel il était assis et tous se dispersent comme une volée de moineaux, la plupart retournant à leur chambres et créant un attroupement du côté de l'ascenseur. Un quart d'heure après la fin de l'animation, tout est de nouveau à sa place, le salon est retombé dans le silence et il ne reste plus sur les fauteuils que les quelques habituées qui y demeureront jusqu'à l'heure du souper.

Du côté de Saint François de Sales, l'espace collectif est fragmenté en plusieurs salles, relativement petites puisque aucune d'entre elles, à l'exception de la salle de restaurant, n'aurait la surface nécessaire pour accueillir ne serait-ce que les trois quarts des résidents. Comme à Petite Provence, la salle de restaurant est exclusivement dévolue aux repas et les résidents n'y pénètrent pas en dehors des heures du déjeuner ou du diner. Sauf pour les lotos et les anniversaires, évènements qui rassemblent un grand nombre de résidents et qui se déroulent dans la salle de restaurant, parce que justement c'est la pièce la plus grande. Les animations ont la plupart du temps lieu dans la salle d'activité ou, plus exceptionnellement, au PASA. En dehors du temps des animations, qui se déroulent ici de 15h à 16h, la salle d'activité est presque toujours déserte, et ce malgré le fait que la porte de la pièce soit laissée grande ouverte et que les résidents puissent tout à fait venir s'y installer à n'importe quel moment de la journée. Ainsi, bien que cet espace ait toutes les caractéristiques d'un salon, avec ses nombreux fauteuils, ses grandes tables et les livres, journaux ou revues qui y sont mis à disposition, il n'est jamais investi comme tel par les résidents, et il n'est pour ces derniers que le lieu où l'on se rend pour participer aux activités proposées par les animateurs et que l'on quitte à peine l'activité terminée. Contrairement à Petite Provence, l'espace collectif est à Saint François de Sales divisé en plusieurs pièces, dont certaines se trouvent dans les étages. Ainsi, chacun des deux étages de la maison de retraite dispose, comme nous l'avons évoqué, d'une salle à manger où les résidents les plus dépendants de l'aide des soignants prennent leur repas et passent le plus clair de leur temps. Pour des raisons que nous tâcherons de saisir par la suite, ces salles à manger, qui sont aussi des salons puisque dotées d'un canapé et d'une télévision, ne sont jamais fréquentées par les résidents dits autonomes ou « semi-autonomes ». Mais on trouve également à chaque étage

un véritable salon. Dans cette pièce assez petite, aménagée à l'identique au premier comme au deuxième étage, sont disposés des fauteuils, des tables avec de la lecture et une bibliothèque. Pourtant là encore, bien que la porte de ces petits salons soit toujours grande ouverte, on n'y voit jamais personne, à l'exception des quelques employés qui viennent occasionnellement y prendre leur pause les jours de mauvais temps. C'est finalement surtout dans le couloir devant la salle de restaurant et du côté des machines à café que s'installent parfois les résidents. Ils ne sont certes jamais très nombreux à s'asseoir et passer du temps dans ces deux espaces, mais il est clair qu'en dehors des heures de repas et d'animation, c'est sur les fauteuils de ce hall et de ce couloir que l'on peut rencontrer des résidents, et non pas dans la salle d'activité ou encore moins dans les salons. Comme à Petite Provence, les individus qui investissent l'espace collectif de Saint François de Sales et s'installent régulièrement sur ces fauteuils sont souvent les mêmes, mais on ne peut pas parler ici d'un groupe d'habitues. D'abord parce que, à l'exception d'une dame qui s'assoit tous les jours sur le même fauteuil devant le restaurant, les personnes qui fréquentent ces espaces le font avec moins de régularité que les « habituées du salon » de Petite Provence, et qu'il est fréquent d'y rencontrer des résidents que l'on avait jamais vu là auparavant. Mais aussi et surtout parce qu'il n'y a pas de groupe : les individus qui s'installent sur ces fauteuils sont souvent seuls ou assis à bonne distance les uns des autres. Alors pourquoi les résidents occupent-ils plus cette parcelle de hall et ce couloir que les salons prévus à cet effet?

Le psychologue clinicien Thierry Darnaud s'est intéressé à la façon dont sont aménagées les maisons de retraite et a constaté que l'organisation de l'espace intérieur de ces établissements répond à un impératif qu'il appelle le « principe de la vision panoptique » (Darnaud 2007). C'est-à-dire que l'espace serait aménagé en maison de retraite de manière à ce que le personnel puisse, à partir d'un nombre restreint de points d'observation stratégiques, embrasser du regard l'ensemble de l'espace collectif, et ce pour répondre à la nécessité de surveiller les résidents, mais aussi pour permettre aux personnes âgées de repérer facilement les employés lorsqu'ils ont besoin d'eux. L'application dans les maisons de retraite de cette « philosophie du regard panoptique », serait selon Darnaud mal vécue par les résidents qui n'auraient aucun espace intime où se réfugier et seraient en permanence exposés au regard et à la surveillance des employés (ibid.). Mon expérience à Saint François de Sales m'a au contraire amenée à constater que, non seulement cet établissement met à la disposition des résidents de nombreux espaces qui, comme les petits salons des étages ou même dans une moindre mesure la salle d'activité du rez-de-chaussée, sont des pièces isolées et à l'abri des regards, mais que

surtout ces lieux ne sont finalement pas investis par les résidents qui s'installent plutôt dans les espaces où ils peuvent voir et être vus. Darnaud conçoit la vision panoptique comme un principe qui ne sert que le travail des employés ; mais il me semble au contraire que, s'il est vrai que les espaces aménagés selon ce principe facilitent le travail des professionnels, les résidents aussi recherchent et apprécient ces lieux stratégiques d'observation bien plus qu'ils ne recherchent et apprécient les lieux retirés à l'abri des regards. En fait, si les résidents veulent être seuls il leur suffit de rester dans leur chambre, lorsqu'ils veulent être avec un proche dans un endroit intime, c'est là aussi dans une chambre qu'ils préfèrent généralement se retrouver, mais quand les résidents veulent quitter cet espace de la chambre, c'est justement pour voir et rencontrer les autres, pour briser la solitude. Il est parfaitement logique qu'ils choisissent alors de s'installer dans un lieu où ils verront passer de nombreux individus et non pas dans un espace à l'abri des regards. Le coin des machines à café, par lequel les employés font souvent un détour lorsqu'ils ont une pause et qui se trouve de surcroît à côté de la porte par laquelle entrent les visiteurs, ainsi que le couloir devant le restaurant, lieu de passage par excellence, sont donc pour les résidents des lieux stratégiques d'observations, des espaces où l'on peut voir, rencontrer et saluer différents acteurs de la maison de retraite. Mes observations m'ont ainsi amenée à constater qu'il y a en fait, en maison de retraite, ce que l'on pourrait appeler une inversion du « principe de la vision panoptique » tel que le conçoit Thierry Darnaud. Lorsque les personnes âgées sortent de leur chambre ce n'est pas pour investir des espaces isolés, elles ne cherchent pas à fuir les regards mais elles cherchent au contraire à s'installer dans des endroits d'où elles pourront elles-mêmes bénéficier de cette « vision panoptique ». A l'inverse, lorsque les employés ont du temps libre au sein de l'établissement, ils cherchent généralement à investir des espaces à l'abri des regards ; pendant ce temps de pause, ils ne veulent pas être sollicités et se réfugient dans des pièces isolées, comme les petits salons des étages à Saint François de Sales, où ils savent qu'ils ne verront pas les résidents et surtout qu'ils ne seront pas vu d'eux. La façon dont les différents acteurs de ces établissements investissent l'espace collectif nous dit quelque chose des rapports qu'ils entretiennent les uns avec les autres. Dans ce cas précis, le fait que les résidents recherchent plutôt les espaces où ils peuvent voir et être vu et que les employés recherchent au contraire les espaces à l'abri des regards, met en relief une dynamique sociale qui est également ressortie de mes échanges avec les employés et les résidents : les personnes âgées passent le plus clair de leur temps seules et ressentent un manque de contact, elles ont envie d'être avec les autres, les membres du personnel en revanche sont tout le temps en présence d'autres individus et sont en permanence sollicités tant par leurs collègues que par

les résidents, ils ressentent ce que l'on pourrait définir comme un « excès de contact », ils ont besoin « de souffler » et d'être seuls.

Avant de m'intéresser aux chambres de Petite Provence et de Saint François de Sales, je voudrais m'arrêter un instant sur le cas un peu particulier de la grande salle du PASA à Saint François de Sales. Cet espace, adjacent au bureau des animateurs, est à la fois un salon, un lieu d'activité et une salle à manger. Il est normalement réservé au petit groupe de résidents « semi-autonomes » et atteints de trouble cognitifs qui ont été admis au PASA, mais ces derniers sont en fait loin d'être les seuls à fréquenter le lieu. Les « cours » de gym qui sont donnés chaque vendredi matin et qui sont ouverts à tous les résidents se déroulent par exemple dans la salle du PASA. Mais au-delà des activités auxquelles tous les résidents peuvent participer qui sont parfois organisées dans cet espace, la salle du PASA est aussi un lieu où entrent parfois « juste pour dire bonjour » des résidents qui ne font pas partie des membres du PASA. Le bureau des animateurs, qui communique d'ailleurs avec la salle du PASA, est également une pièce à la porte de laquelle les résidents viennent souvent frapper. Les deux animateurs, Martine et Raphaël, ainsi que Nina, l'aide-soignante en charge du PASA qui joue aussi en grande partie un rôle d'animatrice, sont tous les trois très appréciés des résidents. Ils ont toujours l'air de bonne humeur, même lorsqu'ils ne le sont pas, et prennent en principe toujours le temps de discuter et de plaisanter avec les résidents. Il arrive donc très fréquemment que certains résidents en mal de compagnie se rendent au PASA ou dans le bureau des animateurs parce qu'ils savent qu'il y a toutes les chances pour qu'ils y soient plutôt bien reçus, et qu'ils trouveront là des interlocuteurs qui, bien que généralement occupés, sont moins pressés par le temps que les autres employés et dont la fonction est finalement de leur rendre le sourire.

Pendant mon enquête, Nina a trouvé dans la cour sur laquelle donne la salle du PASA, un jeune chat visiblement abandonné et affaibli. Elle a pris l'initiative de recueillir l'animal et l'a dans un premier temps gardé caché, ayant peur que la direction ne voit pas d'un bon œil l'introduction dans l'établissement d'un chat errant potentiellement porteur de maladies. Finalement, le chat ne pouvant pas être éternellement dissimulé, la cadre supérieure de santé Mme Deschamps a appris la présence de l'animal au sein du PASA. Et, contre toute attente, elle s'est facilement laissée convaincre qu'intégrer un chat au PASA pouvait être une bonne idée et ferait la joie des résidents. Nina a donc été autorisée à garder le jeune animal, à condition bien-sûr qu'il soit vacciné et stérilisé. Très rapidement, le bruit s'est répandu et tous, employés comme résidents, étaient au courant qu'un chat vivait désormais au PASA et ne parlaient plus que de ça. L'irruption des résidents, mais aussi des employés, dans la salle du PASA s'est dès

lors considérablement accrue, au rythme des « je viens voir le petit chat ». Le pôle d'activités et de soins adaptés est donc une unité d'espace un peu à part, où la fonction médicale de l'établissement s'efface pour laisser apparaître un véritable lieu de vie, un endroit où l'on peut s'arrêter discuter un moment et où l'on se verra peut-être offrir un café, où l'on cuisine, où l'on mange, où l'on écoute de la musique et où l'on fait toutes sortes d'activités.

Nous avons eu un aperçu de la façon dont sont aménagés et investis les différents espaces collectifs dans les deux établissements étudiés, voyons maintenant ce qu'il en est des chambres des résidents.

## **5) L'espace privé, être chez soi**

Bien que les employés et les résidents de Petite Provence utilisent généralement le terme « chambre », il ne s'agit pas vraiment dans cette résidence de chambres mais plutôt de studios. Ils sont en effet tous dotés, en dehors de la salle de bains et des sanitaires que l'on retrouve aujourd'hui dans tous les logements des maisons de retraites, d'une petite cuisine. La grande majorité de ces logements sont des studios d'une surface de 30m<sup>2</sup>, donc nettement plus spacieux que la plupart des chambres d'EHPAD. La porte d'entrée de ces studios donne directement sur un espace assez étroit où l'on trouve la partie cuisine de l'appartement ainsi que de grands placards. Cette enclave débouche sur la pièce principale, qui fait à la fois office de chambre et de salon, et qui donne sur une loggia exposée plein sud dans laquelle les résidents installent souvent une table avec des chaises et des plantes vertes. La résidence dispose également de quelques chambres doubles pour les couples ou les retraités suffisamment fortunés pour pouvoir s'offrir le confort de ces appartements de 60m<sup>2</sup>. La moitié de l'appartement est alors aménagé en salon et l'autre en chambre, et chacune de ces pièces dispose également d'une loggia. A l'arrivée des résidents, leur chambre est vide ; c'est à eux de la meubler comme ils le souhaitent, généralement avec le mobilier de leur ancien domicile. L'aménagement de ces appartements est donc très différent d'un logement à un autre, c'est une pièce vraiment personnelle qui reflète souvent l'environnement dans lequel ces retraités ont passé leur vie, comme un modèle réduit de la maison ou de l'appartement qu'ils ont dû abandonner. Et la singularité de ces logements s'exprime jusque sur les carrelages ou les papiers peints, là aussi différents d'une chambre à



l'autre. Car les résidents, qui sont pour la plupart locataires et pour certains propriétaires de leur studio, sont libres d'y refaire la peinture ou d'y entreprendre de menus travaux, avec l'accord du propriétaire bien sûr en ce qui concerne les locataires. Les retraités de Petite Provence sont donc véritablement « chez eux » dans leur appartement ou leur studio, il n'y a pas de ce côté-là d'ambiguïté. Ils peuvent fumer dans leur chambre et, d'une manière générale, sont libres d'y inviter qui ils souhaitent et d'y faire ce qu'ils veulent dans la mesure où ça ne perturbe pas la tranquillité des autres résidents. Ils possèdent la clé de leur logement ainsi que celle de la porte d'entrée de la résidence, et, s'ils en sont capables, ils vont et viennent à leur guise.

Les chambres de l'EHPAD de Saint François de Sales sont bien sûr très différentes de celles de Petites Provence, et leur statut est nettement plus ambigu. Elles sont incontestablement plus petites et mesurent probablement un peu moins d'une vingtaine de mètres carré. Et elles sont toutes, dans cet établissement, meublées à l'identique avec un lit médicalisé et un mobilier en faux bois assez sommaire (une table, un fauteuil, une commode, des étagères et une table de chevet) fournis par l'établissement. Bien que le mobilier de ces chambres soit impersonnel et ne soit pas le résultat d'un choix des résidents, ces derniers sont libres de les décorer comme ils le souhaitent, d'y installer des bibelots, des photos ou même des tableaux. Certaines de ces chambres sont donc très imprégnées d'éléments personnels, parfois même surchargées d'objets et d'éléments de décoration. D'autres sont arrangées de manière plus simple, avec des touches personnelles éparses et discrètes. Et d'autres encore sont dénuées de toute personnalisation de l'espace, elles semblent même inhabitées bien que les individus qui les occupent y vivent parfois depuis longtemps, et évoquent de façon criante des chambres d'hôpital. A l'UHR, aucun objet ou bibelot ne doit être entreposé dans les chambres car certains des résidents qui vivent dans ce secteur ont pour manie de prendre les objets, qu'ils leur appartiennent ou non, et de les déplacer ou de les cacher dans l'intention de les ranger. Pour éviter que les effets personnels des résidents disparaissent il leur est donc interdit d'installer dans leurs chambre quoi que ce soit qui ne soit pas rangé dans un placard. Les chambres de l'UHR donnent donc l'impression d'être vides et sont toutes complètement identiques, ce qui n'arrange rien au fait que les individus généralement très désorientés qui vivent dans ce secteur ne savent souvent pas reconnaître leur chambre de celle du voisin.

A Saint François de Sales, comme dans la plupart des EHPAD, les chambres sont considérées d'un point de vue légal comme le domicile des résidents. C'est un espace privé, et les instances directives de l'établissement ainsi que le personnel insistent beaucoup sur ce caractère privé de la chambre du résident. Mais les choses sont en réalité plus complexes. Si

tout individu possède normalement la clé de son domicile, les résidents de cette maison de retraite n'ont pas la clé de leur chambre et pour cause : les chambres de Saint François de Sales n'ont pas de serrure. Or, selon Geneviève Laroque, pour que la chambre demeure en EHPAD un espace privé, il faut que le résident qui l'occupe en possède la clé, ce qui n'est généralement pas le cas (Laroque 2007), et ce pour répondre à des contraintes organisationnelles mais aussi en raison de la nécessité de surveiller les résidents. En l'absence de possibilité pour le résident de fermer sa chambre à clé, Geneviève Laroque considère qu'il faudrait au moins, pour que cette dernière soit un espace intime et privé, que le personnel de l'établissement frappe avant d'y pénétrer, mais aussi qu'il attende une réponse avant d'entrer (ibid.). A Saint François de Sales, tous les employés frappent à la porte des chambres avant d'entrer, mais aucun, à l'exception de l'animatrice Martine, n'attend de réponse avant de pénétrer dans la pièce. Quelques-uns des extraits des entretiens menés par Jérôme Pélissier évoquent de façon poignante la gêne, et même la souffrance et la colère, que ressentent certains résidents lorsque le personnel entre dans leur chambre sans frapper ou sans attendre d'y être invité, ce qui semble être vécu comme une véritable intrusion dans leur intimité (Pélissier 2007). Pourtant, ce n'est pas ainsi que les résidents de Saint François de Sales semblent vivre l'irruption des employés dans leur chambre. Il ressort du discours de tous les individus que j'ai interrogés, que le fait que des employés entrent quotidiennement dans leur chambre sans attendre d'y être invité ne provoque pas spécialement de gêne et n'est pas vécu comme une intrusion dans leur espace privé, encore moins comme une violation de leur intimité. Les résidents trouvent cela « normal » et ça ne semble pas les gêner. L'entrée d'un ou plusieurs membres du personnel dans leur chambre provoque généralement une expression de gaieté et une réaction de sympathie, ou au pire de l'indifférence. Il est d'ailleurs révélateur de constater qu'un nombre non négligeable des habitants de Saint François de Sales, peut-être 20% d'entre eux, préfèrent que la porte de leur chambre soit laissée toujours ouverte. Ils expliquent qu'ainsi ils peuvent voir passer les gens et que cela permet de « se sentir moins seul ». Ainsi, comme nous l'avons vu dans le cas de l'investissement de l'espace collectif par les résidents, si les auteurs qui traitent de la question partent généralement du principe, à la manière de Thierry Darnaud ou Geneviève Laroque, que les habitants de maisons de retraite souffrent d'une certaine promiscuité et cherchent à occuper des espaces privés ou isolés, il ressort au contraire de mes observations que les résidents souffrent plutôt de solitude, qu'ils recherchent généralement le contact avec les autres et investissent des espaces qui sont propices à la rencontre et au partage.

A Petite Provence les résidents ne laissent jamais leur porte ouverte. Peut-être parce que la chambre est dans cette résidence un espace plus personnalisé, qui donne donc plus fortement à voir quelque chose qui relève de la sphère intime de la personne qui l'habite. Mais aussi très certainement et de manière plus pragmatique, parce que le fait de laisser la porte de leur chambre ouverte ne permettrait pas ici aux résidents de se sentir moins seuls puisque les employés passent très peu de temps à parcourir les couloirs et ne vont en principe dans les étages qu'à des moments précis de la journée, et que les autres retraités déambulent peu dans les couloirs qui sont des endroits généralement déserts où il n'y a pour ainsi dire rien à voir d'autre que des portes closes. Mais à Petite Provence également, malgré le caractère indubitablement privé des logements, les membres du personnel frappent aux portes des chambres et n'attendent généralement pas de réponse avant d'y pénétrer. Et là aussi, d'après les témoignages dont je dispose, cela ne provoque pas vraiment de gêne du côté des résidents qui sont au contraire souvent très contents d'avoir la visite des soignants, et cela ne remet pour eux absolument pas en question le caractère privé de leur studio. Il faut dire qu'à Petite Provence, la résidence étant comme on l'a vu moins médicalisée et la population plus autonome qu'à Saint François de Sales, les soignants ne vont que dans les chambres des résidents qui ont besoin de leur aide, et ils n'y vont que peu de fois par jour, à des horaires qui sont toujours les mêmes et sont connus des résidents. Les habitants de Petite Provence savent donc à quel moment de la journée ils vont recevoir la visite des employés et ils peuvent s'y préparer mentalement et physiquement. Il ne s'agit pas d'une irruption inattendue ou inconvenante qui serait une violation de leur sphère privée, mais bien d'une visite convenue d'avance qui se répète chaque jour à la même heure et pour laquelle on n'a pas besoin de redonner quotidiennement et perpétuellement son accord. C'est un peu la même chose à Saint François de Sales, bien que les visites des employés y soient nettement plus fréquentes. Les résidents de cet établissement très médicalisé sont, dès leur arrivé, informés du fait qu'ils vont recevoir des soins et une aide au quotidien dont la nature, la forme et la fréquence, varie souvent d'un résident à l'autre et fait l'objet d'un accord préalable. Ici aussi, les résidents savent donc qu'à tel ou tel moment de la journée ils vont voir arriver dans leur chambre tel ou tel type d'employé, ils savent pourquoi et comment cela va se passer, ils ont, bien que de manière généralement implicite et même s'ils n'ont finalement pas vraiment le choix, donné leur accord pour cela dès leur admission dans l'établissement. Ils ne sont donc ni surpris ni choqués lorsque les membres du personnel entrent dans leur chambre, même si ces derniers n'ont pas vraiment attendu d'y être invités pour y pénétrer. Et la venue des professionnels est même souvent un moment qu'un grand nombre de résidents attend avec impatience, un moment qui vient rompre la solitude et l'ennui, où l'on va

pouvoir parler un peu et être, pendant un temps que beaucoup trouvent toujours trop court quelle qu'en soit la durée, l'objet unique de toutes les attentions.

Pour en revenir au statut des chambres à Saint François de Sales, elles sont donc dans cet EHPAD un espace privé sans l'être vraiment. C'est un espace qui appartient à la fois au résident et à l'établissement, c'est en quelque sorte une privacité partagée. Comme le décrit Colette Eynard, la chambre du résident dans ce type de maison de retraite « oscille perpétuellement entre plusieurs statuts contradictoires » (Eynard 2007, 88). Elle est bien sûr un logement, mais elle est aussi « un espace semi professionnel » puisque des professionnels y travaillent quotidiennement, et c'est également une sorte « d'extension de l'espace institutionnel » car l'institution est le véritable propriétaire des lieux et que c'est la direction de l'établissement qui décide non seulement de l'ameublement mais aussi des règles qui régissent l'usage de cet espace (ibid.). A Saint François de Sales, bien que l'on dise que le résident est « chez lui » dans sa chambre, il n'est pourtant pas autorisé à y faire absolument ce qu'il veut. Un exemple montre bien l'ambiguïté du caractère privé des chambres des résidents en EHPAD, celui de la cigarette. Si la chambre est théoriquement l'espace privé et le domicile du résident, ce dernier n'a pourtant pas le droit d'y fumer. M. Lefèvre, résident à Saint François de Sale, est contraint de descendre plusieurs fois par jours dans le jardin de la résidence pour y fumer sa cigarette. L'ambivalence du statut de la chambre en EHPAD et de son caractère privé, ne va pas sans évoquer la question de la terminologie que l'on utilise pour désigner les personnes qui habitent dans ces établissements. Alors qu'on pourrait tout à fait, pour qualifier ces individus, parler des « habitants » des maisons de retraite, l'appellation « résident » est le terme consacré. Il semblerait en effet que ce terme de « résident » véhicule des informations qui ne se limitent pas au lieu d'habitation des personnes concernées, mais qu'il leur assigne d'une certaine manière un statut, une position et un rôle précis au sein de l'établissement et d'une manière plus générale au sein de la société. Certains auteurs, comme l'ethnologue Delphine Dupre-Leveque (2001), ont d'ailleurs choisi pour désigner les individus qui vivent en maison de retraite, de parler de « résidants » plutôt que de « résidents », justement pour éviter d'enfermer, comme semble le faire l'usage nominal du terme « résident », les habitants de ces établissements dans un statut d'individus pris en charge par des institutions de soin. J'utiliserai pour ma part toujours le terme « résident » pour parler de ces personnes âgées qui vivent en maison de retraite, parce que c'est le terme qu'utilisent aussi bien les employés que leurs supérieurs hiérarchiques ou les retraités eux-mêmes, et qu'il me semble refléter une certaine réalité qu'il serait inutile d'essayer de nier par une pirouette terminologique.

Alors ces individus qui habitent en maison de retraite considèrent-ils leur chambre comme un « chez-soi » ? A Petite Provence les résidents répondent sans hésitation que oui, qu'ils sont chez eux dans leur chambre. Et à en juger par leur réaction étonnée lorsqu'on les interroge à ce sujet, il ne fait aucun doute que pour eux la question ne se pose même pas : leur studio est un véritable « chez soi » et le statut de ce logement n'est absolument pas ambigu. Les choses sont, comme on l'a vu, plus complexes et ambivalentes à Saint François de Sales, il en va de même pour les réponses des résidents à cette question. Certains disent clairement qu'ils sont chez eux dans leur chambre, que c'est maintenant là qu'ils habitent et que cet espace constitue un nouveau « chez-soi ». D'autres disent au contraire qu'ils ne perçoivent absolument pas ce lieu comme leur domicile et que leur chambre n'est pas vraiment « un chez soi » en ce sens qu'ils ne s'y sentent pas vraiment chez eux. Parmi ces derniers, une dame m'a dit à deux reprises « je sais que je vis ici maintenant, mais pourtant je ne suis pas chez moi, j'ai l'impression d'être en pension ». Plusieurs résidents ont également formulé une réponse sous la forme d'un « oui mais » du type « c'est chez moi mais pas vraiment, pas autant que l'était ma maison ». Il est d'ailleurs remarquable que tous les habitants de Saint François de Sales avec lesquels j'ai discuté, y compris ceux qui disaient se sentir tout à fait chez eux dans leur chambre, disaient toujours « chez moi », « à la maison » ou « dans ma maison » pour parler du domicile qu'ils habitaient avant de s'installer dans la résidence. On retrouve cela à Petite Provence également mais de manière beaucoup moins systématique. Cela peut traduire un certain attachement au passé et une impossibilité d'intégrer la rupture, mais cela témoigne aussi certainement du fait que la chambre n'est pas un espace pleinement valable pour remplacer complètement l'ancien « chez-soi ».

L'anthropologue Éric Minnaert déclare : « Bien que dernier lieu de vie pour ces personnes âgées, on ne peut cependant pas parler d'une résidence ou d'un chez-soi. Dans ces institutions gériatriques, l'occupation des chambres est rythmée par la mort. La chambre n'est plus l'ancienne chambre à coucher, ce lieu du confidentiel. [...] Elle devient un lieu de transition, de passage, passage du résident, passage des soignants, passage des visites, passage de vie à trépas. » (Minnaert 2008, 18). Cette vision des choses permet il me semble de comprendre encore mieux le fait qu'à Petite Provence la chambre soit avec beaucoup plus d'évidence un véritable chez soi qu'à Saint François de Sales. Nous avons vu que les retraités de Petite Provence sont locataires ou propriétaires de leur chambre et qu'ils sont donc clairement chez-eux sur le plan juridique. Nous avons vu aussi qu'à Petite Provence les résidents aménagent eux-mêmes leur chambre alors qu'à Saint François de Sales les chambres

sont déjà meublées et sont donc des espaces plus impersonnels. Il est incontestable que ces éléments ont un impact très important sur la façon dont les résidents vont ou ne vont pas concevoir cet espace comme un chez-soi. Mais au-delà de ça, il est frappant de constater à quel point les chambres de Saint François de Sales correspondent plus à ces lieux de passage et de transition décrits par Éric Minnaërt que celles de Petite Provence. Comme nous l'avons déjà évoqué, les employés de Saint François de Sales vont plus fréquemment dans les chambres des résidents que les employés de Petite Provence, car le suivi médical et « la prise en charge » y sont plus importants qu'à Petite Provence où les individus sont assez autonomes. Les chambres sont donc plus un lieu de passage à Saint François de Sales qu'à Petite Provence. Et pour ce qui est de l'aspect transitoire du lieu, là encore cette dimension est plus présente à Saint François de Sales qu'à Petite Provence. En effet, Petite Provence étant une résidence très peu médicalisée, ce n'est généralement pas là que les résidents décèdent, car ils sont transférés avant dans un autre établissement, alors qu'à Saint François de Sales les décès sont monnaie courante. Et comme les individus qui emménagent à Petite Provence sont, d'une manière générale, en meilleure santé que ceux qui emménagent à Saint François de Sales, ils y vivent plus longtemps.

Lieu de passage, lieu de travail, lieu de soins, lieu de vie et lieu de mort, les maisons de retraite sont des espaces aux multiples facettes. Souvent perçues comme des mouiroirs, ce ne sont pourtant ni des morts ni des mourants qui peuplent ces établissements, mais des personnes bien vivantes, qui semblent mener au quotidien un combat pour se dire mutuellement et pour dire à l'observateur extérieur, « ceci n'est pas qu'un lieu de mort, ni même qu'un lieu de soin, ceci est un lieu de vie, ceci est une véritable maison ». C'est d'ailleurs comme cela que les résidents et les employés désignent généralement l'établissement : « la maison ». Une maison occupée par une centaine d'individus, qui y ont chacun un rôle et un statut bien défini, qui échangent quotidiennement, qui n'ont pas de lien de parenté mais qui se comparent régulièrement à « une grande famille ». C'est une maison où le soin médical se fond dans le quotidien de tous, jusqu'à sortir du registre strictement médical pour devenir un « prendre soin » qui concerne pratiquement tous les aspects de ce quotidien et de la vie des habitants, une maison où les frontières entre soigner et aider, entre vivre et survivre, se heurtent et se confondent. Nous avons eu un aperçu de la façon dont la nature et le fonctionnement de ces établissements, ainsi que la façon dont sont agencés et conçus les différents espaces qui les composent, influent sur les relations qui se nouent parmi les individus qui habitent et travaillent dans ces maisons de retraite. En nous penchant sur la question du temps dans ces établissements, en nous

intéressant aux temps forts de la journée en maison de retraite, à la perception qu'ont les employés et les résidents de la temporalité, mais aussi en proposant une analyse de la façon dont les résidents en particulier conçoivent les différents temps de l'existence, nous tâcherons de cerner un peu mieux la manière dont ces individus vivent leur quotidien en maison de retraite afin de pouvoir prendre en considération l'impact qu'a ce vécu sur les relations interpersonnelles.

## **Chapitre 2**

### **Le temps dans l'institution, les temps du quotidien et les temps de la vie**

#### **1) Le temps du soin, les rythmes individuels et le rythme de l'institution**

Selon l'anthropologue Eric Minnaërt, la journée en maison de retraite « est rythmée par l'optimisation du travail soignant » (Minnaërt 2008, 15). A Saint François de Sales, cela semble assez vrai. Dès sept heures trente des aides-soignants parcourent les couloirs, entrent dans les chambres et disent bonjour. Chez certains résidents ils ouvrent les rideaux ou tirent les couvertures, ils échangent quelques mots avec les âgés ensommeillés, c'est « la tournée des réveils ». Le but de cette opération n'est pas d'empêcher les résidents de se laisser aller à la paresse : si le monde appartient à ceux qui se lèvent tôt, personne ici n'envisage que le monde puisse appartenir aux vieilles personnes, qu'elles soient matinales ou non. S'il faut que les habitants de la Saint François de Sales soient réveillés dès sept heures trente, c'est parce que c'est nécessaire au bon fonctionnement des rouages bien réglés de l'organisation de la vie de l'établissement. Peu après le passage de l'aide-soignant, le résident voit arriver dans sa chambre l'ASL qui lui apporte un plateau avec son petit déjeuner, puis l'infirmière qui vient lui donner ses médicaments, et enfin c'est de nouveau l'ASL qui revient pour le débarrasser de son plateau. Toutes ces allées et venues se déroulent dans un temps assez court, entre sept heures trente et huit heures trente. Certains résidents se plaignent qu'il est trop tôt et qu'ils ont encore sommeil mais il n'est pas possible pour les employés de porter leur petit déjeuner et leurs médicaments plus tard aux résidents qui souhaitent dormir un peu plus car, sitôt la tournée des réveils et des petits déjeuners achevée, les membres du personnel seront occupés à d'autres tâches, et notamment à la tournée des changes et des toilettes. Bien que les employés de Saint François de Sales revendiquent une méthode de travail « au cas par cas » et essaient dans la mesure du possible de s'adapter aux habitudes des résidents, ce traitement individuel se heurte aux



contraintes organisationnelles qu'impose la forme de vie collective de l'établissement de soin. Alors dans ce contexte, c'est le personnel qui fait tampon entre le rythme imposé par l'organisation et les rythmes individuels, ce qui provoque parfois un malaise important comme en témoigne cette scène entre deux infirmières et un résident.

Les infirmières Véronique et Ève-Marie passent de chambre en chambre pour la distribution des médicaments du matin. Alors qu'elles entrent dans la chambre de M. Bernard elles constatent que celui-ci dort encore. Véronique m'explique « faut le réveiller parce que sinon y'a trop peu d'écart entre les médicaments du matin et ceux de midi ». Les infirmières s'approchent du lit et disent « M. Bernard bonjour », elles tentent sans succès de le réveiller en lui tapotant doucement le bras et en lui secouant délicatement l'épaule. Puis, grâce à une télécommande, elles relèvent la partie du lit sur laquelle repose le buste de M. Bernard et tirent un peu le résident toujours endormi vers le haut en le prenant par les épaules de manière à ce qu'il soit dans une position semi-assise. Ève-Marie dit « on est désolées, ça nous fait de la peine à nous aussi » et toutes deux répètent d'une voix assez forte « M. Bernard, bonjour ! », mais le vieil homme ne réagit pas et semble toujours plongé dans un profond sommeil. Alors Véronique lui dit « on vous donne vos médicaments » et elle entreprend de mettre dans sa bouche entre-ouverte des cuillères de l'eau gélifiée dans laquelle elle a broyé les comprimés. Mais difficile de faire avaler quoi que ce soit à quelqu'un qui dort, et l'infirmière se lamente « je peux pas là, comment je vais faire ? ». Elle essaie encore un peu, tout en répétant désespérément « M. Bernard ? M. Bernard il faut vous réveiller ». Finalement, Véronique qui semble très embêtée mais surtout de plus en plus mal à l'aise, pose la cuillère et déclare avec un certain énervement « j'arrive pas et puis ça fait mal au cœur ! ». Cette fois-ci les infirmières abandonnent et quittent la chambre où M. Bernard peut continuer sa nuit tranquille.

On retrouve en particulier cette situation où les soignants sont contraints de bousculer les rythmes de vie des résidents lors des trois « tournées de changes » que les AS effectuent tout au long de la nuit. C'est un moment très délicat car les résidents sont endormis et les soignants sont gênés et troublés de devoir venir les déranger dans leur sommeil. Ils sont très mal à l'aise avec cet impératif de réveiller les personnes âgées plusieurs fois par nuit pour les changer. Une aide-soignante qui travaille la nuit m'a ainsi expliqué que « parfois on ruse » : elles essaient tant bien que mal de ne pas réveiller les résidents en étant le plus silencieuses possible, et en allant quelques fois jusqu'à faire le change sans allumer la lumière. Mais changer la couche de quelqu'un sans le réveiller est une mission quasiment impossible. La plupart du temps, l'aide-soignante prend le parti de réveiller la personne avec le plus de délicatesse possible, en lui touchant le bras et en répétant doucement son prénom. Souvent les résidents réagissent assez bien, ils comprennent et acceptent, bon gré mal gré, qu'on les réveille pour les changer, mais parfois ils réagissent avec colère et énervement, de temps en temps de manière assez violente. Les aides-soignantes de nuit sont donc dans une situation très inconfortable :

pour elles, venir ainsi troubler le repos de ces personnes âgées « c'est un crève-cœur », et elles ont parfois la sensation que « c'est l'institution qui pousse à la maltraitance ».

Au-delà du cas un peu spécifique de ces moments où les employés se retrouvent dans l'obligation de déranger les résidents dans leur sommeil, les soignants sont d'une manière générale dans leur travail constamment dans des situations où ils ont la sensation de « bousculer les personnes âgées », de les forcer à faire et à subir des choses qu'elles n'auraient pas forcément envie de faire et de subir à ce moment-là. Lorsqu'un aide-soignant par exemple entre dans la chambre d'un résident pour lui changer sa couche ou le laver, ce dernier n'a pas forcément envie alors d'être changé ou lavé, et ce même s'il est réveillé et inoccupé. Mais le soignant n'a pas le choix et par conséquent le résident non plus : les règles de l'établissement veulent que, pour des raisons d'hygiène et de santé, ce résident soit changé ou lavé, et remettre ça à plus tard reviendrait à bouleverser toute l'organisation des soins qui doivent être faits après celui de cet individu. Et outre le fait qu'il soit parfois nécessaire pour les soignants de forcer les résidents à accepter un soin à un moment où ils n'en veulent pas, ces professionnels sont également constamment obligés de travailler dans l'urgence, d'effectuer les soins rapidement, encore une fois pour éviter d'accumuler du retard car les soins sont faits à la chaîne. Ainsi, les soignants font « le plus vite possible » et la rapidité des gestes induit souvent une certaine brutalité dans le contact. Alors, dans l'empressement du moment, les résidents sont parfois « un peu bousculés », comme le déclarent eux-mêmes les aides-soignants. Souvent, les gestes techniques et rapides des soignants sont accompagnés de mots doux ou de phrases empreintes d'affection, comme pour contrer la dimension un peu brutale et parfois violente de ces soins, pour mettre avec des mots de la douceur dans un rapport à l'autre dont les gestes en sont dénués. Car, si les résidents se plaignent parfois de l'aspect un peu expéditif de ces soins, c'est surtout du côté des soignants que cette plainte est exprimée. Ces derniers disent ressentir de la frustration et parfois de la culpabilité, parce qu'ils ont la sensation de ne pas avoir le temps de bien faire leur travail. Mais c'est surtout un sentiment d'indignation et de révolte contre les instances directives de l'établissement qui domine parmi les employés de Saint François de Sales. En effet, les membres du personnel subissent, au moins autant que les résidents, le rythme imposé par leur hiérarchie. Et s'ils évoquent le fait que travailler dans la rapidité nuit au bien-être des personnes dont ils s'occupent, ils disent aussi que cela génère pour eux-mêmes « du stress » de « la pression » et une profonde fatigue. La plupart des résidents sont assez peu conscients de cela, et c'est toujours contre les soignants que sont dirigées leurs plaintes et leur colère lorsqu'ils ont la sensation d'être contraints ou bousculés. La confrontation des rythmes individuels et

collectifs s'accompagne de négociations et de conflits, et induit un rapport de force entre les résidents et les soignants qu'on ne retrouve pas, ou du moins pas aussi intensément, à Petite Provence.

Alors qu'à Saint François de Sales à peu près la moitié des résidents sont aidés par les aides-soignants pour la toilette et près d'un tiers sont concernés par les changes, à Petite Provence les personnes âgées qui ont besoin d'aide pour la toilette ne représentent probablement pas plus du tiers de la totalité des résidents et seuls environ 10% d'entre eux portent des couches. De plus, alors qu'à Saint François de Sales ce sont les aides-soignants qui s'occupent de laver les résidents, à Petite Provence cette tâche revient aux infirmiers du secteur libéral qui interviennent dans l'établissement. Bien sûr, le travail des soignants ne s'arrête pas, loin de là, aux toilettes, aux changes ou encore à la distribution des médicaments. L'aide apportée par les soignants varie beaucoup, dans ces deux établissements, selon les jours et selon les besoins des résidents. Une part importante du travail des aides-soignants consiste à aider les résidents à se déplacer, à les accompagner aux toilettes, au restaurant ou aux animations, à les installer dans leur lit ou sur leur fauteuil. Par ailleurs, de nombreux résidents s'habillent et se lavent seuls, mais ont besoin d'une aide pour des gestes qui leur sont trop difficiles à effectuer comme enfiler leurs bas ou mettre leurs chaussures. Le personnel y est habitué, il sait exactement ce qu'il y a à faire pour chaque résident et il passe rapidement dans la chambre de ceux qui ont juste besoin d'un petit coup de main. D'une manière générale cependant, on peut dire que le nombre de tâches que les soignants doivent accomplir dans un temps donné est beaucoup plus important à Saint François de Sales qu'à Petite Provence.

S'il est vrai à Saint François de Sales que les services et les soins apportés aux personnes âgées varient d'un résident à un autre, c'est encore plus vrai à Petite Provence. La plupart des individus qui y vivent ont très peu, voire pas du tout, besoin de l'aide des professionnels, et il y a dans cette résidence environ une chambre sur deux dans lesquelles les soignants ne mettent jamais les pieds car les personnes qui y vivent n'ont pas besoin d'eux. Les retraités de Petite Provence étant généralement assez autonomes vis-à-vis de l'aide apportée par les soignants, le rythme de travail est beaucoup plus souple et les membres du personnel sont beaucoup moins pressés par le temps qu'à Saint François de Sales. Dans cette résidence très peu médicalisée et gérée par une association, les employés travaillent véritablement « au cas par cas ». Les contraintes organisationnelles étant moins importantes que dans d'autres types d'établissement gériatrique, il est plus facile pour les membres du personnel de s'adapter aux besoins et aux attentes de chaque résident, mais aussi à leurs propres envies. Ainsi, dans les chambres des

résidents qu'ils n'apprécient pas particulièrement, les aides-soignants font rapidement ce qu'ils ont à faire puis ils s'en vont ; mais dans les chambres des résidents qu'ils aiment bien et qui apprécient leur compagnie, ils restent souvent plus longtemps et prennent le temps de discuter, de plaisanter, et parfois même de boire un café. Il est également plus fréquent à Petite Provence qu'à Saint François de Sales de voir des membres du personnel entrer dans les chambres de résidents qui n'ont à priori pas besoin d'eux mais qu'ils affectionnent particulièrement, juste « pour dire bonjour », comme c'est le cas avec Claude Perek, un habitant de Petite Provence chez qui les aides-soignants vont quotidiennement prendre un café et fumer une cigarette lorsqu'ils ont terminé leur tournée. Ce que les soignants font avec les résidents et le temps qu'ils prennent pour le faire semble donc, à Petite Provence, être en partie lié à ce que les employés appellent « les affinités » avec les résidents, tandis qu'à Saint François de Sales cela dépend presque exclusivement des obligations et des contraintes imposées par l'institution. On peut donc dire que le fonctionnement de Petite Provence donne aux employés une marge de liberté qui permet aux affects et aux affinités de les faire agir d'une certaine manière, alors qu'à Saint François de Sales les contraintes organisationnelles ne permettent pas la même liberté d'action et limitent l'impact qu'ont les affinités individuelles sur le travail des soignants.

## **2) Le temps des repas et des animations**

Dans ces deux maisons de retraite, les heures de repas sont les temps forts de la journée. Ce sont des moments que tous les résidents attendent avec impatience, même ceux qui n'apprécient ni la nourriture qui leur est servie ni la présence de leurs voisins de table. Aussi bien à Saint François de Sales qu'à Petite Provence, dans la demi-heure qui précède l'heure du repas, les retraités sont de plus en plus nombreux à venir s'installer du côté de la salle de restaurant. Ils investissent progressivement le salon à Petite Provence, et les fauteuils du couloir à Saint François de Sales, jusqu'à former un véritable attroupement lorsque l'ouverture des portes du restaurant est imminente. C'est l'occasion pour ces personnes âgées de se rencontrer, de se saluer et d'échanger quelques nouvelles. De ce que j'ai pu en voir, ce moment qui précède le déjeuner ou le dîner est certainement le moment de la journée où il y a le plus d'interactions entre personnes âgées.

Lorsque les employés de restauration ouvrent les portes de ces grandes salles à manger, les retraités s'y engouffrent et vont rejoindre leur place. Car dans les salles de restaurant de ces deux maisons de retraite, chaque résident a une place qui lui a été attribuée et qui est tous les jours la même. A Saint François de Sales, c'est Frédérique Lopez, la responsable du service hébergement, qui décide du placement des résidents dans la salle de restaurant, et selon Raphaël, ces placements « c'est une grande affaire ». On peut aisément comprendre en effet qu'une décision qui va déterminer en quelle compagnie un individu prendra ses repas chaque jour, midi et soir, revête une certaine importance. D'après Raphaël, les résidents sont censés être placés « par affinité », mais quand j'essaie d'en savoir un peu plus sur la façon dont on détermine ces affinités, l'animateur m'avoue, et cela me sera confirmé par la suite, que le placement se fait en fait « un peu au hasard », que c'est « assez aléatoire ». Ce qui semble se passer dans le choix du placement de chacun, c'est que Mme Lopez installe par exemple un nouvel arrivant en fonction des places disponibles et en essayant de faire en sorte que ce dernier se retrouve à une table où il aura de potentiels interlocuteurs, et que si ce placement se révèle un mauvais choix car il déclenche des plaintes ou des discordes, elle réajuste en fonction. Les résidents n'ont donc pas vraiment leur mot à dire sur la table qu'ils occupent et sur les convives avec lesquels ils partagent leurs repas, mais ils peuvent tout de même exprimer des préférences et demander à changer de table, même si, selon Raphaël, on n'accède pas toujours à leur demande.

A Petite Provence également, les résidents ne choisissent par leur place : c'est « la directrice » Marie Thérèse Dumont qui décide du placement. Cependant à Petite Provence, il semblerait que le choix du placement soit plus le fruit d'une concertation qu'à Saint François de Sales, puisque Mme Dumont prend l'avis des employés et discute, en particulier avec le personnel de restauration et les soignants, pour savoir quel serait le placement le plus judicieux pour tel ou tel individu, en fonction des résidents avec lesquels il est susceptible de s'entendre. Dans la salle de restaurant de Petite Provence également, les résidents sont donc placés par affinité et un peu au hasard. Ces deux modes de répartition des individus peuvent paraître incompatibles, mais ce n'est pas le cas dans ce contexte précis où les individus sont placés non seulement en fonction des places disponibles mais aussi en fonction de ce que le personnel pense savoir d'eux, de leur caractère et de leurs relations. A partir du moment où les personnes âgées elles-mêmes ne sont pas directement consultées, les places qu'elles occupent dans cette salle reflètent, sinon du hasard, au moins l'interprétation d'un regard extérieur. C'est ce qu'expriment les propos d'un résident qui, alors que je lui expliquais que j'observais la façon

dont les individus étaient placés au restaurant, m'avait dit d'un air révolté « Mais vous savez que les gens ne choisissent pas comment ils se placent ici ?! », puis m'avait expliqué qu'on l'avait installé avec sa voisine de table parce que « il paraît qu'on s'entendait bien ». Bien que le placement des résidents pendant les repas dépende d'un jugement extérieur sur leurs relations aux autres, les personnes âgées qui vivent à Petite Provence peuvent également demander à changer de table, peut-être plus facilement qu'à Saint François de Sales, et on leur attribue systématiquement une nouvelle place s'ils ne se trouvent pas bien là où ils sont.

Dans les salles de restaurant de ces deux maisons de retraite, il y a des tables de deux, de trois, de quatre ou de six, et même quelques tables où les résidents mangent seuls. Les individus qui mangent à une table seuls sont ceux qui l'ont choisi, et il s'agit soit de personnes dont le conjoint est récemment décédé, soit de personnes dont tout le monde dit qu'elles ont mauvais caractère. Lorsque des résidents reçoivent de la visite pour le repas, la personne âgée et ses proches ne mangent pas à la table habituelle du résident, mais dans une partie de la salle de restaurant qui est réservée aux invités. Ceux qui ne reçoivent jamais de visites ne mangent donc jamais en compagnie de personnes extérieures à l'établissement. Malgré quelques exceptions sur lesquelles nous reviendront dans le prochain chapitre, presque tous les habitants de ces maisons de retraite sont réunis dans la salle de restaurant pour les repas. Pour les plus solitaires d'entre eux c'est donc certainement le seul et unique moment dans la journée où ils sont en compagnie d'autres résidents. Et même pour les autres, tout laisse à penser qu'il s'agit du moment le plus propice à l'échange et à la communication. Malheureusement, il m'a été impossible de manger avec les résidents dans les salles de restaurant et je ne sais donc pas grand-chose des discussions qui ont lieu ou pas pendant ces repas. Ce que mes observations et mes entretiens avec les personnes âgées m'ont en revanche permis de remarquer, c'est qu'il semblerait que les résidents parlent finalement relativement peu avec leurs voisins de table, et que le fait que deux individus mangent à la même table ne signifie nullement que ces derniers vont avoir tendance à se lier d'amitié ou à s'engager dans une relation privilégiée. Il est très probable que cet état des choses soit dû au fait que les résidents ne choisissent pas leur place, et il y a fort à parier que si ces personnes âgées étaient libres de choisir avec qui elles souhaitent s'installer, il y aurait plus de discussions et d'échanges entre les convives.

L'autre temps fort de la journée pour la plupart des résidents, c'est le moment de l'animation. A Petite Provence, les activités organisées par l'établissement se déroulent dans le salon, de 16 heures à 17 heures, tous les jours sauf le samedi et le dimanche, et sont les mêmes d'une semaine à l'autre. Parmi les animations qui ont le plus de succès auprès des retraités, on

peut citer l'atelier chant que donne Léon, un intervenant extérieur, le loto, activité qui est le plus souvent organisée par l'auxiliaire de vie Sonia, et le quizz, animé par Mme Dumont. A Saint François de Sales, des animations sont tous les jours proposées aux résidents, y compris les weekends. Certains jours de semaine, des activités qui accueillent généralement un nombre restreint de retraités se déroulent dans la matinée, entre 10 heures et 11 heures. C'est le cas notamment de l'atelier « motricité manuelle et graphique » du jeudi matin, avec la psychomotricienne Louise, ou encore le vendredi matin, toujours avec Louise, l'atelier « gym douce ». Il arrive également de temps en temps que les animateurs de Saint François de Sales proposent une activité dans la matinée. Il s'agit alors le plus souvent d'ateliers de « création artistique » où les résidents, toujours peu nombreux, fabriquent des éléments de décoration. En dehors de ces ateliers du matin, tous les après-midi de 15 heures à 16 heures, des animations ont lieu dans la salle d'activité de l'établissement. Les activités proposées changent d'un jour à l'autre et sont relativement diverses, bien que celles qui ont le plus de succès soient souvent reconduites d'une semaine à l'autre, parfois avec des variantes. Les animateurs m'ont expliqué que les activités à Saint François de Sales sont pour la moitié d'entre elles des « animations culturelles » et pour l'autre moitié des « animations artistiques », Raphaël étant chargé des « animations culturelles » et Martine des « animations artistiques ». Parmi les « animations culturelles » il y a par exemple « Paris en Chanson », ou la « Revue de Presse » qui rencontre un succès important et se déroule assez régulièrement. Du côté des activités dites artistiques, Martine propose souvent des animations telles que l'activité « Remue-Ménages », qui consistent en des jeux de mots ou des énigmes, mais aussi parfois des activités qui touchent plus clairement à la création artistique, avec par exemple la confection de petits bibelots ou de cartes postales. Les activités proposées aux habitants de Saint François de Sales sont très nombreuses par rapport à ce qu'on peut voir dans d'autres établissements de ce type. C'est ce que tous les employés m'ont confirmé, et Martine m'a d'ailleurs dit qu'elle avait travaillé dans d'autres maisons de retraite auparavant mais que c'est la première fois qu'elle travaille dans un établissement où il y a deux animateurs.

A Petite Provence comme à Saint François de Sales, les personnes âgées sont assez nombreuses à se trouver réunies pour participer aux activités proposées par l'établissement. On pourrait dès lors penser que ces temps d'animations sont des moments propices à la socialisation et à la création de liens entre les résidents, et pourtant il semblerait que ça ne soit pas vraiment le cas. Selon l'ethnologue Delphine Dupre-Leveque, « si les animations ne sont pas propices à la création de liens profonds et durables entre les personnes, c'est parce qu'il s'agit d'une

activité organisée et dirigée » (Dupre-Leveque 2001, 86). Les animations sont en effet des moments où l'attention des résidents est tournée vers l'animateur, des activités qui sollicitent finalement bien plus la relation entre l'animateur et les résidents que la relation entre résidents. On pourrait alors supposer que les moments où les personnes âgées échangent et sont dans l'interaction entre elles sont les moments qui précèdent et qui suivent les temps d'animation. C'est un peu vrai pour les moments qui précèdent l'heure de l'activité, bien que le nombre de résidents présents et la fréquence de leurs interactions ne soit généralement pas aussi important à cette occasion que dans le temps qui précède les repas. Mais dès que les animations s'achèvent, tous les résidents remontent immédiatement à leur chambre, et un quart d'heure après la fin de l'animation il n'y a en principe plus personne dans la salle d'activité de Saint François de Sales, et il ne reste dans le salon de Petite Provence que les quelques habituées qui y demeurent souvent jusqu'à l'heure du repas.

### **3) Le temps libre**

Les animations et les repas sont, pour la plupart des résidents, les temps forts de la journée. Mais même si les activités proposées sont nombreuses elles ne durent jamais plus d'une heure, et les personnes âgées qui vivent dans cette résidence connaissent chaque jour pendant plusieurs heures des temps de latence, des moments où il n'y a pas de repas, pas d'activité organisée par l'établissement et pas de soins, des moments où comme elles le disent souvent « on a rien à faire ». Alors justement, que font les résidents de ces « temps libres » ? Difficile de le savoir car ils restent la plupart du temps dans leur chambre. Quand on les interroge sur le sujet, l'occupation qui est, et de loin, le plus souvent évoquée est la télévision. « Heureusement que j'ai la télé » disent certains, car sinon l'ennui serait terrible. Au sujet des programmes qu'ils regardent, je n'ai pas trouvé de constante ; la plupart me disent qu'ils regardent « tout », et de ce que j'ai pu en voir c'est assez vrai. A propos de ce qu'ils font dans leur chambre, beaucoup évoquent également la lecture et, moins souvent, les mots-croisés. Mais ces activités, contrairement à la télévision, ne concernent qu'une partie des résidents car, comme ils le disent avec fierté ou frustration selon les cas, « il faut de bons yeux pour ça ». Que ce soit regarder la télévision, lire des livres ou des magazines, ou encore écouter de la musique, les occupations des personnes âgées lorsqu'elles sont dans leur chambre sont les mêmes que celles qu'elles



avaient lorsqu'elles vivaient à leur domicile. Il ressort du discours des résidents que leurs centres d'intérêts et leurs distractions n'ont pas vraiment changé avec l'entrée en maison de retraite : on peut dire qu'ils reproduisent en quelque sorte dans leur chambre la vie qu'ils menaient à leur domicile. On peut cependant noter qu'à Petite Provence les résidents accomplissent certaines tâches ménagères et s'occupent plus de leur intérieur qu'à Saint François de Sales. Certainement parce que, comme le dit le personnel, ils sont assez autonomes et sont donc capables d'accomplir seuls certaines tâches ménagères, mais peut-être aussi parce qu'ils sont plus chez eux, parce qu'il s'agit de leurs propres meubles et qu'ils ont donc plus envie de prendre soin de cet intérieur en faisant par exemple un peu de rangement ou en nettoyant quelques surfaces.

Pendant ces temps où « il n'y a rien à faire », une grande majorité des habitants de ces maisons de retraite restent donc dans leur chambre, le plus souvent devant la télévision ou avec un livre. Mais un certain nombre de résidents n'aiment pas rester trop longtemps dans leur chambre, et ce d'ailleurs même parmi ceux qui n'en sortent presque jamais. A Saint François de Sales, quelques résidents, comme M. et Mme Blanc ou Anna Grévin, sortent presque quotidiennement dans le jardin, où ils font quelques pas et s'assoient un moment au soleil. Parfois, quand une des personnes âgées ne va pas bien ou qu'elle exprime à la bonne personne son envie de sortir, les membres du personnel l'accompagnent quelques minutes dans le jardin pour « lui faire prendre l'air » et en profitent pour fumer une cigarette. Mais la plupart des habitants de Saint François de Sales ne vont pas dans le jardin. D'abord, comme ils le disent avec dédain, parce que dehors « y'a rien à faire », et puis parce qu'il fait froid et que l'on risquerait de tomber malade. Pour certains, c'est tout simplement parce qu'ils ne peuvent pas se déplacer seuls et sont dépendant de l'accompagnement des employés pour sortir. Cela dit, même s'ils ne sortent pas, de nombreux résidents se promènent quand même très régulièrement dans les couloirs et les parties communes de l'établissement. C'est le cas notamment de M. Durand qui fait quotidiennement des allers-retours à travers la résidence pour perdre du poids et entretenir ses jambes, ou encore Mme Nouveau et M. Petit qui passent tous les deux beaucoup de temps à déambuler dans les couloirs, signe pour le personnel qu'ils sont désorientés.

A Petite Provence également, les résidents passent pour la plupart d'entre eux presque toute leur journée dans leur chambre, mais ils sont toutefois plus nombreux qu'à Saint François de Sales à sortir se promener en extérieur. Il faut dire que les nombreux hectares de campagne boisée qui environnent la résidence incitent plus à la promenade que les petits jardins de Saint François de Sales. Et alors qu'on ne voit toujours presque que des femmes installées dans le

salon et lors des animations, en revanche on croise dans le jardin de cette résidence autant de promeneurs que de promeneuses. Si l'on prend en considération le fait que les hommes sont beaucoup moins nombreux que les femmes, la promenade semble donc être une activité que les hommes pratiquent plus que les femmes. Mais c'est aussi une activité que les résidents pratiquent presque toujours en solitaire, bien qu'il me soit arrivé une fois de voir Mme Agnès et Mme Rose qui se baladaient ensemble dans le jardin. Proportionnellement à leur nombre les résidents de Petite Provence sortent finalement eux aussi assez peu. Et lorsqu'ils vont dehors, c'est presque toujours pour marcher, parce qu'ils partent du principe que ça leur fait du bien, que c'est bon pour leur santé et leur moral, et ce n'est quasiment jamais pour s'asseoir sur les chaises qui sont sur la terrasse et depuis lesquelles la vue est pourtant magnifique. Pourquoi ne jamais s'installer dehors ? Quand on pose cette question aux résidents ils évoquent toutes sortes de raisons, parfois très imaginatives, dont le point commun semble être la question du confort : dehors il fait froid, il y a des courants d'air et les chaises ne sont pas agréables pour s'asseoir, « on est plus confortable à l'intérieur ».

Alors que font les résidents « à l'intérieur » de Petite Provence, lorsqu'ils ne sont pas dans leur chambre ? Dans le salon de la résidence il y a une table de billard avec tout ce qu'il faut pour y jouer, mais je n'ai jamais vu personne l'utiliser. Aux dires des résidents et des employés, les seuls qui jouent parfois à ce billard sont les petits enfants de certains résidents lorsqu'ils viennent les voir. Il y a aussi dans le salon un piano, mais là encore quasiment personne ne l'utilise, sauf Mme Colet qui fait quelques fois profiter les autres résidents de ses talents de pianiste, et Xavier, un aide-soignant qui n'est guère musicien mais qui a en revanche un certain talent de clown, à qui il arrive parfois de jouer quelques notes disgracieuses pour faire rire les résidents. Lorsque l'on voit des personnes âgées dans le salon, elles sont souvent occupées à lire un journal en solitaire ou, comme Pierre-Olivier Martinet que beaucoup surnomment « le jardinier », à prendre soin des plantes vertes. Mais si les résidents s'installent dans le salon de Petite Provence, c'est surtout, comme ils le disent eux-mêmes, pour ne pas rester toujours seuls, pour être « un peu avec les autres ». Dans la partie de la salle que j'ai appelée « salon rose », deux dames, ou trois selon les jours, s'installent habituellement une vingtaine de minutes lorsqu'elles ont fini de déjeuner pour discuter et lire le journal avant de retourner à leur chambre. Mais surtout, comme nous l'avons brièvement évoqué dans le chapitre précédent, un groupe de vieilles dames a pour habitude de s'installer dans les fauteuils qui sont disposés en cercle au milieu du salon, secteur que j'ai nommé « le salon central ». Ces résidentes sont toujours les mêmes, bien que leur nombre varie évidemment selon les jours et les heures,

allant généralement de deux à huit individus. J'ai appelé ce groupe d'une demi-douzaine de dames les « habituées du salon central ». Elles y passent le plus clair de leur temps, souvent à lire des journaux ou des magazines, à regarder passer les résidents et les employés, et bien sûr à parler.

A Saint François de Sales, si les résidents passent généralement leur temps libre en solitaires, ce n'est quand même pas toujours le cas là non plus. Les Sœurs Michel, qui sont sœurs aussi bien sur le plan religieux que sur celui de la parenté, passent tous leurs après-midi à discuter ensemble dans la chambre de l'une d'elle, où elles sont parfois rejointes par Sœur Bolton. L'une des Sœurs Michel est condamnée à rester dans sa chambre car une machine l'aide à respirer, mais l'autre, qui comme elle le dit elle-même ne « supporte pas la solitude », passe également toujours une partie de ses matinées en compagnie de Sœur Jeanne qui habite la chambre voisine de la sienne. Jacqueline et deux autres résidentes ont également pour habitude de se retrouver toutes les trois dans la chambre de l'une d'elle en milieu d'après-midi, où elles regardent ensemble une série policière. Lorsque les habitants de Saint François de Sales passent du temps ensemble c'est donc le plus souvent dans les chambres, mais là encore, ce n'est pas une règle absolue. En dehors du cas de ceux qui se rencontrent en se promenant dans les couloirs et échangent à cette occasion quelques mots, il arrive, bien que très rarement, d'observer dans les parties communes ce qui ressemble à des petits rendez-vous privés. M. Garnier, Mme Renault et Mme Davy se retrouvent ainsi régulièrement entre 17 heures et 18 heures sur les fauteuils du côté des machines à café, pour y lire quelques chapitres d'un roman. M. Garnier, qui a une belle voix grave et une élocution parfaite, lit à voix haute, et Mmes Renault et Davy l'écoutent attentivement. C'est M. Garnier qui a pris l'initiative de proposer à Mme Davy, qui adore la littérature mais ne peut plus lire car elle est aujourd'hui presque aveugle, ces rendez-vous lecture. Mme Davy lui en est très reconnaissante et m'a confié qu'elle adore ces moments de lecture car M. Garnier « lit magnifiquement bien ». Mme Renault étant l'amie de Mme Davy, elle se joint souvent à eux. Cependant, le cas de résidents qui se retrouvent dans les parties communes de l'établissement pour y passer un moment ensemble reste très exceptionnel à Saint François de Sales, contrairement à ce qu'on peut observer à Petite Provence. La plupart des personnes âgées qui vivent à Saint François de Sales passent finalement le plus clair de leur temps seules, bien qu'il leur soit paradoxalement impossible de ne voir personne de la journée.

Gill Hubbard, Susan Tester et Murna G. Downs, après avoir mené une enquête sur les interactions entre résidents dans plusieurs maisons de retraite en Angleterre, concluent que les personnes âgées qui vivent dans ces établissements, bien qu'elles soient le plus souvent

inoccupées, entrent finalement assez peu en relation les unes avec les autres (Hubbard et al. 2003). Les maisons de retraite sont selon eux des endroits où les personnes âgées passent le plus clair de leur temps isolées mais où il y a ce qu'ils appellent des « poches d'interactions sociales<sup>2</sup> » (Hubbard et al. 2003, 100). Cette description me semble assez bien correspondre à ce que j'ai pu observer à Saint François de Sales et à Petite Provence : lorsque les personnes âgées entrent vraiment en contact les unes avec les autres et passent du temps ensemble c'est généralement en petits groupes relativement fermés. Et ces petits groupes d'interaction au sein desquels se nouent parfois des relations sont souvent perçus comme des phénomènes périphériques et épisodiques, car pour la grande majorité des résidents, bien qu'ils se plaignent beaucoup d'un sentiment de solitude, le mot d'ordre semble être « chacun chez soi » et « on ne se mêle pas des affaires des autres ». La sociologue Claire Bidart écrit : « Au fur et à mesure que l'on vieillit, la disposition à rencontrer des gens, à établir et à maintenir des liens avec eux, se rétrécit de façon très nette. La pratique d'activités collectives, l'inscription dans des groupes, les sorties et l'établissement de contacts avec autrui diminuent avec l'âge. On participe de moins en moins à des rassemblements collectifs, on raréfie les occasions de faire des rencontres » (Bidart 2010, 67). C'est probablement très vrai pour les personnes âgées qui vivent à leur domicile, mais pour celles qui vivent en EHAD ce ne sont pas les occasions de faire des rencontres qui manquent. Elles participent quotidiennement à des activités collectives puisqu'elles prennent leurs repas en collectivité et qu'elles participent parfois aux animations qui se déroulent toujours en groupe. Et ces individus qui vivent en EHPAD ont certainement beaucoup plus de « contacts avec autrui » que certaines personnes qui, bien que plus jeunes, vivraient par exemple seules et sans travail. Pourtant, la présence quotidienne d'autres individus qui, aussi bien les retraités que les employés, sont des interlocuteurs et partenaires d'échange potentiels, semble rarement amener les résidents à nouer avec ces autres ce qu'ils considèrent comme « des vraies relations », et leurs rapports aux individus qu'ils rencontrent ou croisent au quotidien sont souvent définis par ces personnes âgées comme « des relations superficielles ». Nous verrons dans les deux prochains chapitres ce qui peut amener un individu à considérer ou non l'autre comme une personne avec laquelle il est possible d'établir et d'entretenir une relation profonde et durable. Mais pour l'heure il est déjà possible d'émettre l'hypothèse que le fait que la vie en maison de retraite, malgré son caractère collectif, ne soit finalement pas vraiment propice à la création de « vraies relations », est certainement dû au moins en partie au fait que dans ces établissements la présence des autres soit souvent subie. On choisit rarement

---

<sup>2</sup> Traduction par Chloé Vallée

les personnes avec lesquelles on est, que ce soit pour les repas, lors des animations ou pendant les soins, de même qu'on ne choisit ni les employés ni les habitants de la maison de retraite dans laquelle on vit. Et le fait qu'on choisisse rarement la présence des autres mais qu'on la subisse souvent est très probablement un facteur qui limite les possibilités de création de relations privilégiées avec les autres.

Il me semble également que, pour véritablement comprendre le regard que les différents acteurs de ces maisons de retraite portent les uns sur les autres et les relations qu'ils nouent ou pas entre eux, il faudrait déjà comprendre un peu mieux comment les personnes âgées vivent leur situation de « vieux » qui habitent en EHPAD. Alors comment, au-delà de cette description générale de la vie quotidienne, les différents acteurs de ces établissements vivent-ils véritablement ce quotidien ? Qu'est-ce que c'est que vieillir en maison de retraite ?

#### **4) L'attente et les petites habitudes**

J'ai entendu une fois une résidente de Saint François de Sales dire, non sur le ton de la plainte mais plutôt sur celui du constat, « on fait qu'attendre dans ces endroits là ». Une autre fois, alors que j'étais assise dans le salon de la maison de retraite à observer les individus qui y étaient installés, une résidente a dit à sa voisine en me regardant « elle attend », ce à quoi la dame lui a répondu « tout le monde attend ». Lorsque l'on passe un peu de temps parmi les personnes qui vivent en maison de retraite, il est en effet frappant de voir à quel point elles semblent en permanence dans l'attente de quelque chose. Si l'on prête attention aux discussions des habituées du salon central à Petite Provence, on se rend compte qu'une grande partie des échanges verbaux de ces dames concernent le temps qui les sépare de la prochaine animation ou du prochain repas. L'arrivée du chanteur qui vient le lundi est particulièrement attendue, et les résidentes commencent à évoquer sa venue et le fait que « il sera bientôt là » plusieurs heures à l'avance. Mais ce que les résidents attendent avec le plus d'impatience, c'est le moment des repas, et en particulier l'heure du souper, qui clos en quelque sorte la journée. Dès 18 heures, les dames du salon commencent à dire l'heure à voix haute et à calculer le temps qui les sépare du repas. Tous les soirs, on peut entendre dans le salon de Petite Provence des phrases telles que « il reste 1h10 avant le repas » puis « on a plus qu'une heure à attendre » et « disons trois quarts d'heures », énoncées successivement à quelques minutes d'intervalle. Il arrive même

d'entendre, dès la fin du déjeuner, une résidente dire « 13h30, bah on est pas rendu à 7 heures ! », et sa collègue lui répondre « oui, l'après-midi va être longue ». Et il n'y a pas que les après-midi qui paraissent longues aux résidents, l'hiver par exemple est trop long à leur goût et beaucoup disent avoir hâte d'être au printemps. Hâte d'être au repas, hâte que leur famille vienne les voir, hâte d'être au printemps ou hâte de mourir, les résidents semblent vivre constamment dans l'expectative et l'attente. Le temps présent apparaît presque continuellement pour eux comme un temps qu'il faut tuer. Lorsque je demande à Pierre Olivier Martinet si le jardinage est sa passion, ce dernier m'explique que non mais que ça l'occupe et que « ça fait passer le temps ». Mme Aude et Mme Bonnefoy disent également des parties de cartes du samedi après-midi que « ça passe bien le temps » et que grâce à cette occupation elles n'ont « pas vu passer l'après-midi ». Le fait que les heures passent vite et qu'on ne sente pas les minutes s'égrainer est perçu par les résidents comme quelque chose de très positif.

Cette conception d'un temps qu'il faut tuer contraste à priori radicalement avec la perception que les employés ont de la temporalité. Ces derniers se déclarent unanimement « toujours en train de courir après le temps », et en effet, ils courent. Ils sont toujours pressés et, alors que les résidents semblent considérer qu'eux-mêmes ont trop de temps, la problématique principale des membres du personnel c'est que justement ils manquent de temps. Mais il y a dans cette perception de la temporalité qu'ont les employés un apparent paradoxe : s'ils disent qu'ils manquent de temps, ils disent aussi que le fait d'être toujours très occupé fait que « on ne voit pas le temps passer », et c'est à leurs yeux une très bonne chose car la journée de travail s'écoule plus vite. Les membres du personnel aussi ont hâte : ils ont hâte que ce soit l'heure de la pause, hâte d'aller fumer une cigarette, hâte de rentrer chez eux. Le moment présent semble en fait être en maison de retraite, aussi bien pour les résidents que pour les employés, un temps que l'on ne veut pas voir, pas ressentir, comme pour fuir une réalité qui est rarement agréable et qui est peut-être difficile à supporter, tant pour les uns que pour les autres. Cette perception de la temporalité qu'ont les différents acteurs de ces établissements a bien sûr un impact important sur les relations qu'ils nouent et entretiennent les uns avec les autres. Les résidents passent souvent un long moment à attendre avec impatience la venue des soignants, mais lorsque ces derniers arrivent ils sont généralement pressés et accordent peu de temps à la personne âgée qui elle a pourtant tout son temps et souhaiterait que ce moment dure un peu plus. Il y a donc souvent, entre les résidents et les membres du personnel, ce qu'on pourrait appeler une « frustration de l'échange », sentiment que l'on retrouve bien sûr dans le discours de certains résidents, mais aussi dans celui des soignants qui ont souvent la sensation

désagréable de ne pas avoir le temps de discuter et d'entrer vraiment en relation avec ces personnes âgées.

Par ailleurs, Pascale Molinier montre bien comment une des problématiques principales des soignants en maison de retraite, c'est de trouver un peu de temps pour pouvoir « souffler » et se reposer, car le travail de care supposerait selon elle une disponibilité permanente (Molinier 2013). Le moment qui fait du bien, le moment où l'on « se change les idées » comme disent les résidents et les employés, c'est donc plutôt pour les personnes âgées un moment que l'on passe de préférence avec ces personnes jeunes et gentilles que sont les membres du personnel, et pour les membres du personnel au contraire ce serait plutôt un moment que l'on passe seul, « tranquille » comme ils disent. Il y a donc peu de moments où les résidents et les employés se rencontrent dans un instant où ils ont tous les deux véritablement envie d'être en contact, puisque les employés sont souvent déjà fatigués de la présence de ces personnes âgées qui sont généralement très en demande. Pour en revenir à la question de la perception de la temporalité par les employés et par les résidents, disons pour résumer que les employés sont donc toujours pressés tandis que les résidents sont toujours dans l'attente. Mais le fait d'être pressé et le fait d'attendre n'est peut-être pas si fondamentalement différent qu'il n'y paraît à première vue, puisque les uns comme les autres ont hâte, puisqu'ils se projettent constamment dans un futur plus ou moins proche et ne sont d'une certaine manière jamais dans le présent. La différence principale dans l'expérience quotidienne qu'ont les employés et les résidents de la temporalité, tient au fait que les employés sont toujours occupés et que le temps passe à leurs yeux très vite, alors que les résidents sont rarement occupés et que le temps passe à leurs yeux très lentement.

« On a rien à faire » disent les résidents à longueur de journée. En réalité, il leur est possible de faire quantité de choses mais ils n'y a rien ou presque qu'ils doivent véritablement faire. Dans *Socialization to old age*, Irving Rosow déclare « the norms provide almost no expectations that effectively structure an older person's activities and general pattern of life » (Rosow 1977, 69). Ce point de vue est bien sûr tout à fait discutable en ce qui concerne la situation et le rôle social des personnes âgées considérées dans leur ensemble, mais il semble en tous cas pouvoir s'appliquer de manière pertinente aux individus qui vivent en maison de retraite. Libérés des tâches professionnelles et ménagères qui rythmaient leur quotidien, les résidents peuvent s'occuper comme ils le souhaitent mais n'ont plus à s'occuper de quoi que ce soit. Et ils sont en fait bien embarrassés de tout ce temps libre dont ils ne savent que faire, qui s'écoule infiniment lentement et qui révèle finalement la vacuité de leur existence présente. « Qu'est-ce qu'on fait ? » demandent souvent certains habitants de ces maisons de retraite. A

quoi les autres répondent « on fait rien » ou « on attend ». Dans le salon de Petite Provence, une vieille dame se demande à voix haute « qu'est-ce que je fais ? Je reste ici ou je vais ailleurs ? », ce qui fait rire une autre résidente qui me dit « elle est comme beaucoup : elle sait pas quoi faire ». Et à Saint François de Sales, une vieille dame répète continuellement « je ne sais pas ce que je dois faire » tandis qu'un vieux monsieur vient me voir pour me demander « qu'est-ce qu'on fait maintenant ? ». Heureusement, pour contrer le sentiment déroutant et angoissant d'un temps perpétuellement vacant, les résidents ont leurs « petites habitudes ».

La plupart des individus qui vivent en maison de retraite regardent l'heure très régulièrement et, s'ils n'ont plus d'obligations pour rythmer leur journée, ils s'en créent de nouvelles. Presque tous les résidents ont ce qu'ils appellent leurs petites habitudes, et on peut les trouver, jour après jour, à la même heure et au même endroit, occupés à la même activité. Un nombre important de ces personnes âgées ont même mis en place dans leur quotidien des horaires très précis qu'elles respectent rigoureusement. Mme Delenclos par exemple, descend tous les après-midi au salon de Petite Provence pour assister à l'animation, car même si ça ne l'intéresse pas vraiment, « ça fait passer le temps ». Puis, lorsque l'animation s'achève vers 17 heures, elle reste dans le salon jusqu'à 17h45, heure à laquelle elle retourne à sa chambre, allume sa télévision et attend en regardant des émissions qu'un membre du personnel vienne lui porter son dîner qu'elle prend dans son studio. Mme Delenclos s'assoit généralement dans le salon du fond, elle est presque toujours seule et elle s'ennuie fortement sur ce canapé. Pourtant, même lorsqu'elle semble en avoir assez d'être installée là, elle y reste jusqu'à 17h45, quitte à regarder sans cesse sa montre pour compter les minutes qui la séparent de l'heure à laquelle elle retournera à sa chambre, en disant à haute voix mais pour elle-même des phrases comme « dans dix minutes je remonte ». Un autre exemple de la façon dont la vie des résidents est rythmée par ces habitudes qu'ils ont mises en place est la partie de cartes. Un après-midi, alors qu'elles n'avaient encore une fois « rien à faire », Mme Bonnefoy a proposé à Mme Aude de faire une partie de cartes, ce à quoi Mme Aude a répondu « Ah non, les cartes c'est samedi et là on est vendredi ». Peu de place pour le changement donc, et d'ailleurs le paradoxe de ces individus qui sont continuellement dans l'attente, c'est que finalement ils semblent plutôt considérer le changement comme un danger.

Ce que les résidents comme les employés appellent les « petites habitudes » ne se limite pas à une fragmentation du temps en différents moments dévolus chacun à une occupation particulière. Il s'exprime aussi en permanence, en particulier à Petite Provence, dans la façon qu'ont les habitants de cette résidence de s'installer toujours au même endroit. La plupart des



personnes âgées qui fréquentent le salon de Petite Provence y ont ce qu'elles considèrent comme leur place, et les fauteuils de cette salle sont un lieu d'affrontement perpétuel des habitudes individuelles, source d'un nombre important de conflits et chamailleries. Les résidents en sont bien conscients, et la « guerre des places » est un sujet à la fois de critique et de plaisanterie. Mais il n'y a pas que les personnes âgées qui doivent garder la même place : la permanence souhaitable de la disposition spatiale des individus s'étend aux meubles et objets. Quiconque déplace par exemple un fauteuil ou une plante verte sans le remettre à sa place se verra fortement réprimandé par les résidents qui auront été témoins de la scène. Un jour, alors que les résidents, aidés par le personnel, achevaient de remettre en place le salon après l'activité, deux vieilles dames étaient en train de replacer la table basse du salon central avec un soin particulier pour qu'elle soit parfaitement à la même place qu'avant, quand l'auxiliaire de vie Sonia est intervenue. Empoignant la table elle a déclaré « Attendez, je vais vous dire comment elle était : elle était exactement comme ça » et, avec précaution, elle a déplacé la table de deux centimètres, provoquant les éclats de rire de toute l'assemblée.

Pour les résidents, et même s'ils ont conscience de l'apparente absurdité de la chose, tout doit rester à sa place, la répétition est la règle et la monotonie est de mise. Un vendredi ensoleillé où l'activité organisée à Petite Provence était incertaine, Clémence et Sonia avaient finalement décidé de proposer aux personnes âgées une partie de boule sur le boulodrome devant la résidence. Mais les résidents, qui n'avaient été prévenus que quelques heures à l'avance, n'ont pas voulu venir, et aucun d'entre eux n'ayant répondu présent, la partie de boules a été annulée. Clémence et Xavier m'ont expliqué que les résidents n'aiment pas l'imprévu et que, lorsqu'ils ne savent pas à l'avance quelle activité est prévue, ils ne veulent jamais y venir. Dans un même ordre d'idées, Clémence et Sonia m'ont dit que très peu de résidents participent aux sorties du vendredi car la plupart d'entre eux ont peur de sortir, « ils ont peur de l'inconnu ». De même à Saint François de Sales, Nina m'a expliqué que beaucoup de résidents n'aiment pas sortir, que « ça les angoisse énormément ». Cet attachement aux habitudes, ce rejet du changement et à plus forte raison de l'inconnu, serait selon Xavier « le propre de la vieillesse ». C'est possible, mais je ne pense pas pour autant qu'il faille y voir la conséquence unique des transformations biologiques, physiques et cognitives, induites par le vieillissement. Isabelle Durand-Le Guern déclare « vieillir, c'est avant tout être victime d'une perte » (Durand-Le Guern 2006, 209), et il me semble que c'est bien ainsi que la vieillesse est perçue dans les sociétés dites occidentales, quel que soit l'angle sous lequel elle est observée. Perte du travail, perte des vieux amis, perte du conjoint, perte de l'autonomie, perte du domicile,

etc. Cette vision déficitaire du grand âge concerne tous les domaines de l'existence du sujet âgé. Il me semble donc possible d'envisager que la vieillesse qui est dans nos sociétés un âge très fortement marqué du sceau de la perte, soit également un âge où les individus s'attachent à ce qu'ils ont, à ce qui dure, et rejettent le changement qui ne peut plus être envisagé que comme une involution, potentiellement porteur de nouvelles pertes, et donc comme un danger.

Ce qui est certain, c'est que les habitudes rassurent les personnes qui vivent en maison de retraite. Et ces « petites habitudes » sont largement prises en considération par les membres du personnel qui déclarent unanimement respecter au maximum les « habitudes de vie » des résidents. Les « habitudes de vie » sont, à Saint François de Sales, recueillies par la psychologue dès l'arrivée des personnes âgées au sein de l'établissement, auprès du nouveau résident et de ses proches. Puis elles sont consignées et mises en ligne, avec les « histoires de vie », sur le logiciel interne de l'établissement auquel tous les soignants ont accès et qu'ils sont encouragés à consulter régulièrement. Ces « habitudes de vies » ou « petites habitudes » sont en fait l'expression des choix et des préférences des personnes âgées en ce qui concerne des détails de la vie quotidienne, comme ce que l'on mange au petit déjeuner ou comme le fait de se déshabiller ou non pour faire la sieste. Au-delà de la question de l'âge, il faut prendre en considération le fait que ces individus qui vivent dans des établissements collectifs ont, comme nous l'avons évoqué, assez peu de prise sur le déroulement de leur journée : ils ne choisissent pas forcément l'heure à laquelle ils vont être réveillés ni par qui, ils ne décident pas de l'heure à laquelle ils vont prendre leur repas ni de ce qu'ils vont manger, beaucoup ne choisissent plus quand ils vont être lavés, et certains ne décident même plus de la manière dont ils seront habillés. Les maisons de retraite sont des établissements qui entrent dans la catégorie de ce que Erving Goffman a appelé des « institutions totales », c'est-à-dire des institutions qui « appliquent à l'homme un traitement collectif conforme à un système d'organisation bureaucratique qui prend en charge tous ses besoins » (Goffman 1968, 48). Dans un établissement dont le fonctionnement est régi par le bien collectif tel qu'il a été défini par des instances administratives, le fait d'avoir « ses petites habitudes » qui lui sont propres est peut-être aussi pour l'individu une manière de maintenir et d'exprimer son identité particulière au sein de la collectivité. Dans cette perspective, le maintien rigoureux de ces « petites habitudes » peut être interprété comme une forme de ce que Goffman appelle la « stratégie d'adaptation aux institutions totales » (Goffman 1968, 104), comme une manière de s'intégrer à la collectivité tout en restant soi et en le montrant aux autres. Car par ailleurs, si la vieillesse est perçue comme l'âge de toutes les pertes, cela va de pair avec le fait qu'elle soit perçue et vécue

comme un âge de la rupture. Rupture avec la vie professionnelle, parfois rupture avec la vie sociale, rupture avec la vie d'avant, et même rupture avec le moi d'avant, en particulier dans le cas d'individus atteints de troubles cognitifs de type Alzheimer et dont on dit souvent d'eux qu'ils ne sont « plus les mêmes ». Les « habitudes de vie » permettent dans ce contexte d'établir une continuité entre l'existence d'avant et l'existence présente. Cette stabilité, même si elle se joue sur des détails, permet de contrer le sentiment de rupture et de maintenir un lien continu entre le passé, le présent et le futur.

## **5) Un temps pour tout**

Les résidents parlent beaucoup de leur passé et évoquent ensemble leurs souvenirs, les bons comme les mauvais. Ils parlent de là où ils habitaient, de leurs parents, de la guerre et des fêtes de villages. Ce passé n'est pas toujours drôle, ils ont vécu la guerre et y ont parfois perdu des proches ou un parent, ils ont souvent eu des vies difficiles durant lesquelles ils ont connu la faim et la peur, certains ont eu des conjoints violents ou ont vécu la perte d'un enfant. Pourtant tous, et même ceux qui disent avoir beaucoup souffert tout au long de leur vie, évoquent ce passé avec nostalgie. Le thème du « c'était mieux avant » est un leitmotiv chez bon nombre de résidents. « Y'a plus rien de bon sur cette terre » dit souvent Mme Rose. Des saisons qui sont complètement dérégées aux politiciens qui sont des bons à rien corrompus en passant par les enfants qui sont mal élevés, le monde d'aujourd'hui semble pour ces personnes âgées être parfaitement affligeant par rapport à celui d'hier qui, aussi terrible fut-il, était toujours meilleur. A en croire Mme Rose, même la télévision était plus intéressante dans le passé, et les étoiles elles-mêmes étaient plus belles qu'aujourd'hui. Le monde change et les individus vieillissent. Et si le monde d'hier est, aux yeux de ces personnes âgées, bien meilleur que celui d'aujourd'hui, c'est surtout parce qu'hier elles étaient jeunes et que la jeunesse rime pour elles avec le bonheur. Très souvent, les résidents avec lesquels je parlais me répétaient « profitez de votre jeunesse » et évoquaient la jeunesse comme l'âge d'or de la vie. Toutes ces vieilles personnes parlent avec émotion de leur jeunesse comme d'un paradis perdu à jamais. Mme Rey me raconte « j'étais jeune, je riais, je dansais », et Mme Lacoste me dit que quand elle était jeune elle souriait tout le temps. Aujourd'hui Mme Rey ne rit plus et danse encore moins, et Mme Lacoste arbore en permanence un visage de deuil puisque « y'a plus de raison de sourire ».

Car de ce passé idéalisé il ne reste plus grand-chose : la vieillesse et son lot de pertes est passée par là.

Plusieurs résidents m'ont parlé du fait qu'ils aient « tout perdu », de leur « sensation d'être dépouillé ». C'est en particulier sur la maison ou l'appartement qu'ils habitaient avant de s'installer en maison de retraite que les personnes âgées projettent la nostalgie de ce passé disparu. « C'est dur : on s'occupe de l'appartement pendant des années, on travaille beaucoup, on en prend soin, et puis d'un coup, pof ! On laisse tomber » dit Louise Bonnefoy, la voix tremblante. Cette dame est d'un tempérament plutôt enjoué et joyeux, elle se dit assez heureuse à Petite Provence et ne regrette pas vraiment d'être venue y habiter car c'est pour elle la seule solution raisonnable, mais elle confie qu'elle souffre énormément de ne plus habiter son ancien appartement et que parfois, le soir, elle en pleure même. Aux dires des résidents, ce serait surtout le soir que l'on repense à son passé et que « ça revit ». Alors, comme me le raconte Mme Rose, on revit ce passé en pensée « et on se retrouve là et on n'a plus rien, plus de maison, plus de mari, plus rien ». Car au-delà des pertes matérielles, les résidents ont tous connu, plus ou moins récemment, la perte d'êtres chers. Un jour, une habitante de Saint François de Sales a dit à un autre résident « j'ai tout perdu » ; le vieil homme lui a demandé « quoi ? » et elle a répondu « mon papa, mon amour, tout ». Une autre fois, à Petite Provence, Mme Agnès a dit à Mme Rose « moi vous savez, depuis que j'ai perdu mon mari et mon fils », et Mme Rose a complété « plus rien est important ». Il faut se garder de concevoir cette dimension déficitaire du grand âge comme un phénomène naturel intrinsèque au vieillissement biologique de l'individu. La vieillesse en tant qu'âge de toutes les pertes est une conséquence d'une certaine logique sociale, elle est le produit de normes et de représentations culturelles qui construisent notre conception des âges de la vie. On pourrait tout à fait penser non pas en terme de perte mais en terme de changement, voire d'évolution, et imaginer que les pertes que les individus vivent dans le grand âge soient compensées par de nouvelles acquisitions, tout comme l'enfant qui devient adulte connaît dans sa vie un certain nombre de bouleversements faits de pertes et d'acquisitions. Mais les personnes âgées ont parfaitement intégré les catégories d'âge telles qu'elles sont pensées dans notre société, et elles se refusent catégoriquement à construire une nouvelle vie et à remplacer les relations perdues par de nouvelles relations, parce que disent-elles « dans la vie y'a un temps pour tout ».

Lorsque Mme Bonnefoy parle de sa fille et de son gendre qui sont encore une fois partis en vacances et dit d'eux qu'« ils se laissent vivre », Mme Rose répond « ils sont jeunes, c'est normal ». La jeunesse, âge de toutes les joies et de tous les espoirs, appartient pour les résidents

au passé, et cela est très fréquemment évoqué et réactualisé par la phrase « on n'a plus vingt ans » ou bien « où sont mes vingt ans ? », que tous les résidents prononcent au moins de temps en temps, souvent sur le ton de la plaisanterie. La chanson bien connue « On n'a pas tous les jours vingt ans » est très appréciée par ces personnes âgées. Certaines demandent régulièrement aux soignants qui viennent les voir dans leur chambre de la leur chanter, et j'ai même entendu un jour les habituées du salon central, qui pourtant ne chantent pour ainsi dire jamais, entonner en chœur cet air dont elles connaissent les paroles sur le bout des doigts. Il est possible d'envisager qu'évoquer régulièrement le fait qu'ils n'ont plus vingt ans est une manière pour les résidents, à la fois de faire revivre cet âge de la jeunesse, et d'actualiser le fait qu'ils sont passés, de manière progressive et imperceptible, de l'autre côté d'une barrière des âges et qu'ils sont aujourd'hui des vieux. On peut voir ça encore une fois comme une façon de faire le lien entre le passé et le présent, de maintenir la continuité en évoquant le changement. Il est fréquent d'entendre des résidents dire, sur le ton du constat et parfois entre deux silences, « je suis vieux » ou « je suis vieille », comme s'il fallait le dire pour le croire. Une habitante de Saint François de Sales, alors qu'elle se promenait dans un couloir, s'est fait la remarque, à voix haute mais visiblement pour elle-même, « je marche comme une petite vieille parce que je suis une petite vieille ». Et lorsqu'on demande aux résidents comment ils vont, il arrive très souvent qu'ils répondent « comme un vieux » ou « comme une vieille », comme si la catégorie de la vieillesse désignait, non seulement un type de condition physique et d'âge chronologique, mais aussi un état particulier, une humeur, une certaine manière d'être au monde. Si derrière cela on les interroge « et comment ils vont les vieux ? », certains bottent en touche et répondent « comme moi », comme pour mettre en évidence sur le ton de la plaisanterie la fatalité de la chose, et les autres répondent généralement que les vieux vont mal bien sûr ou « pas très bien », comme si c'était quelque chose d'à la fois terrible à vivre et complètement normal.

L'âge est un des sujets de discussion récurrents des habituées du salon central, et elles se livrent très fréquemment à un petit jeu qui consiste à ce que chacune dise sa date de naissance et à ce que toutes calculent qui est la plus vieille ou la plus jeune. J'ai d'ailleurs remarqué, dans ce contexte là mais aussi lors de mes entretiens, que l'âge chronologique était souvent une certaine source de fierté pour ces personnes âgées, surtout pour celles qui sont centenaires ou qui s'en approchent. « C'est moi la plus vieille ! », déclare invariablement Mme Aude à l'issue de ce petit jeu de comparaison des âges, d'un ton à la fois enjoué et un peu supérieur, « c'est moi la plus vieille de vous toutes ! ». Les résidents aiment dire leur âge, et le nombre d'années vécues est volontiers exprimé et répété à qui veut l'entendre, comme autant de trophées. Et ces

personnes âgées tirent de la fierté non seulement de leur âge, mais surtout du rapport de proportion entre cet âge et leur condition physique et cognitive telle qu'elles la jugent plus ou moins bonne. « Pour 92 ans je suis potable », déclare en riant Louissette Bonnefoy pour conclure une des discussions sur l'âge. Car l'horreur de la vieillesse n'est certainement pas l'âge chronologique, mais ce sont les transformations physiques et cognitives qui accompagnent l'accumulation des années, et qui sont encore une fois systématiquement perçues et vécues comme des pertes et des dégradations, sources d'une souffrance profonde et irrémédiable.

## **6) Etre et avoir été**

Ces pertes qui accompagnent le vieillissement ne se limitent pas à l'environnement matériel et social de la personne âgée : elles atteignent l'individu de manière très directe, non seulement à travers ce qu'il a, mais aussi à travers ce qu'il est. L'individu vieillissant voit inévitablement son corps se transformer et correspondre de moins en moins à l'image valorisée du corps sain, vigoureux et puissant telle qu'elle est véhiculée dans nos représentations. Selon Jacqueline Trincas la santé, le dynamisme et la beauté sont dans nos sociétés associés à l'idée de jeunesse et très fortement valorisés (Trincas 1998). Alain Montandon va plus loin et déclare que « toutes les qualités tant physiques que morales semblent être des attributs essentiels de la jeunesse » (Montandon 2006, 12). Il y aurait donc dans le grand âge, selon Vincent Caradec, une tension entre être et avoir été qui « renvoie à la question de savoir dans quel espace temporel les personnes très âgées peuvent ancrer le sentiment de leur propre valeur – leur « estime de soi » – afin d'établir un rapport positif à elles-mêmes » (Caradec 2009, 43). Cette relation entre un « avoir été » auquel on s'accroche et dont il faut faire le deuil, et un « être aujourd'hui » qu'il faut accepter bien qu'il soit inacceptable, est assez bien illustrée en maison de retraite par le rapport qu'ont les résidents aux miroirs. Un jour, alors qu'une aide-soignante était en train de lui faire sa toilette, M. Fernandez était debout, presque entièrement nu, appuyé sur le lavabo et face au miroir. Regardant son reflet, il s'est exclamé d'un air désespéré « mais qu'est-ce que c'est que ce bonhomme là !? », ce à quoi l'aide-soignante a répondu « mais c'est vous M. Fernandez ! ».

Dans un reportage radio réalisé par Elise Andrieu et Anna Szmuc, un membre du personnel soignant de la maison de retraite La Méridienne explique que les miroirs effraient les résidents ; il raconte qu'il y avait un miroir dans l'ascenseur de l'établissement, mais que les personnes âgées l'ont cassé car « se voir dans le miroir c'était une terreur pour eux »<sup>3</sup>. A l'UHR de Saint François de Sales, il n'y a aucun miroir car, selon les membres du personnel qui travaillent dans cette unité, les résidents auraient peur de leur reflet. Dans le reste de l'établissement, comme à Petite Provence, il y a des miroirs notamment dans les salles de bain des résidents, dans les sanitaires et dans les ascenseurs. Les glaces des ascenseurs étant positionnées face à la porte, lorsqu'un soignant accompagne une personne en fauteuil roulant, il pénètre dans l'ascenseur en poussant le fauteuil et le résident se retrouve donc systématiquement face au miroir. Raphaël trouve que le fait de confronter ainsi quotidiennement les personnes âgées à leur propre reflet « c'est particulièrement violent ». Pour contrer la violence que constituerait pour l'individu âgé la vision de l'image qu'il renvoie, il a donc pris l'habitude de faire une petite manœuvre avant de pénétrer dans l'ascenseur, de sorte qu'il y rentre non pas en poussant le fauteuil mais en le tirant, et que le résident est ainsi placé dos au miroir. Thomas, un jeune ASL, a remarqué cette façon de faire et a trouvé qu'il s'agissait d'une très bonne idée. Lui aussi considère qu'il vaut mieux, pour leur propre bien, que les personnes âgées soient le moins possible confrontées à leur reflet, et il a donc adopté à son tour cette technique. Cependant les autres employés placent toujours les résidents en fauteuil face à la glace, car c'est le résultat de la manière la plus simple et la plus rapide de pénétrer dans l'ascenseur. Pendant ce temps où ils sont confrontés au miroir, j'ai remarqué que la plupart des résidents évitent soigneusement de regarder leur reflet. Certains gardent les yeux résolument baissés ou le regard dans le vide, d'autres s'emploient à fixer leur regard sur certains éléments de l'image reflétée, comme sur le reflet des individus présents dans l'ascenseur. Parfois au contraire, les résidents se regardent dans la glace et se recoiffent ou font des réflexions, généralement très sévères et peu élogieuses, sur leur apparence, comme « je fais peur » ou même « j'ai l'air d'un monstre ».

Les personnes âgées avec lesquelles j'ai évoqué ce sujet m'ont toutes dit qu'elles préfèrent éviter, autant que possible, de se regarder dans le miroir. Le cas d'individus qui, comme M. Fernandez, n'arrivent même plus à concevoir que c'est bien eux la personne reflétée par le miroir, est relativement rare en maison de retraite. Pour la plupart des personnes âgées,

---

<sup>3</sup> ANDRIEU E. et SZMUC A. (2012). Un autre âge de l'amour (1/3) : "La vieillesse, ou la fin de l'intimité". France Culture

l'image d'eux que le miroir leur renvoie est une image qui correspond à la réalité actuelle, c'est une image d'eux à la fois cruelle et objective, dans laquelle ils ne se reconnaissent que douloureusement. Les résidentes en particulier semblent souvent très préoccupées par leur apparence physique. Nombreuses sont celles qui sont très coquettes et apprêtées, qui choisissent leurs vêtements avec soin, en veillant par exemple à ce que la tenue leur face une jolie silhouette et à ce que les couleurs soient bien assorties, qui arborent des coiffures assez sophistiquées et des bijoux élégants, et qui se maquillent de manière plus ou moins fréquente et voyante. Ces vieilles dames qui accordent beaucoup d'importance à leur apparence sont également attentives à celle des autres : elles commentent la tenue et l'aspect général des uns et des unes, et elles se font mutuellement des remarques ou des compliments sur leur apparence physique et sur leurs vêtements. De ce que j'ai pu en voir elles sont généralement très sensibles à ce type de compliments et les reçoivent avec un plaisir manifeste, mais Thomas m'a raconté que certaines résidentes le prennent très mal quand on leur dit qu'elles sont belles, car elles pensent qu'on se moque d'elles. En effet, si tout le monde s'accorde à dire avec bien-pensance que la beauté est subjective, il ne faudrait pas nier le fait objectif et aisément constatable qu'il existe dans nos sociétés des « canons de beauté » qui répondent à un certain nombre de critères esthétiques. Et il semblerait que ces critères esthétiques ne soient jamais compatibles avec les signes physiques du vieillissement, puisque encore une fois, en termes de beauté, ce sont les caractéristiques physiques de la jeunesse qui font référence. Les personnes âgées en sont très conscientes, elles ont parfaitement intériorisé ces critères esthétiques, et il est fréquent de les entendre dire des choses comme « je suis laide comme un pou » ou encore « j'ai jamais été aussi moche ». Et lorsque les résidents parlent de leur apparence physique, on échappe rarement à la comparaison du moi présent avec le moi passé, toujours sur le mode du « avant j'étais jolie et aujourd'hui je suis moche », ou bien, plus rarement, « avant j'étais beau mais aujourd'hui je suis laid ». Mais parmi les transformations qui atteignent l'être vieillissant, la transformation de l'apparence physique, bien qu'elle soit certainement l'une des plus visibles et donc en ce sens l'une des plus stigmatisantes, est loin d'être celle qui préoccupe le plus les résidents.

S'ils parlent souvent de leur âge, les résidents parlent également énormément de leur état de santé et de celui des autres. Les problèmes physiques, les douleurs et leur lot de visites médicales, préoccupent beaucoup les habitants de ces maisons de retraite et restent l'un de leurs principaux sujets de discussion. Quand ils se rencontrent, l'une des premières choses que se demandent mutuellement les résidents est « comment va la santé ? ». Et ces personnes âgées passent aussi beaucoup de temps à surveiller et à commenter l'état de santé des autres résidents.



Une quinte de toux ou même un éternuement de la part d'un individu âgé donnera presque inévitablement lieu aux commentaires des résidents présents, commentaires qui vont du simple constat au diagnostic, voire parfois au pronostic. Et les résidents vont chercher et observer les signes révélateurs de la condition physique des autres personnes âgées jusque sur leur visage ou dans leur gestes, pour conclure par exemple « il est pas en forme aujourd'hui Martinet » ou encore « celle-là elle est fatiguée ». Un des éléments qui suscite le plus d'observations et de commentaires est la façon qu'ont les uns et les autres de marcher. Ainsi, on peut quotidiennement entendre dans le salon de Petite Provence des phrases telles que « elle a du mal à marcher », « elle marche de moins en moins bien », « il se courbe de plus en plus, bientôt il va marcher à quatre pattes ! » ou « bientôt sa tête elle va toucher par terre ! », ou encore « je sais pas si elle va marcher encore longtemps elle ». Car la hantise des résidents c'est de ne plus pouvoir marcher et de se retrouver sur « un charriot », comme ils disent pour parler des fauteuils roulants.

Mais pire encore que de perdre les jambes, ce que ces personnes âgées redoutent par-dessus tout c'est de « perdre la tête » ou « perdre la boule », selon l'expression qu'ils utilisent pour désigner ce que l'on appelait autrefois la sénilité et que l'on a aujourd'hui pleinement intégré dans le registre de la pathologie et le champ médical en parlant de maladie d'Alzheimer. Lorsque l'on demande aux résidents ce qui est selon eux si différent entre les individus jeunes et les individus âgés, ils mettent l'accent sur les déficiences cognitives, sur le fait que les vieux « perdent la boule ». Sur ce point là, mes observations rejoignent celles des sociologues Sylvain Poupi et Claudine Attias-Donfut, qui ont constaté que la perception négative de la vieillesse et la peur de vieillir sont essentiellement liées à l'idée de dégradation cognitive et à l'angoisse de devenir sénile (Poupi 2000 ; Attias-Donfut 2001). « 80% des résidents perdent la boule » déclare Renée Bouvet, une résidente qui habite Petite Provence et qui vit donc dans un établissement où les résidents sont pourtant très peu atteints de ce qu'on appelle des pathologies cognitives ou des maladies de type Alzheimer. Cette transformation progressive du fonctionnement cognitif de l'individu âgé est perçue comme le plus terrible, le plus terrifiant et le plus stigmatisant, des maux de la vieillesse, car il semble affecter directement l'identité de la personne qui en est atteinte et dont on dit souvent qu'elle « n'est plus la même », qu'on « ne la reconnaît plus ». C'est en quelque sorte la rupture ultime puisqu'elle implique un changement qui ne concerne pas uniquement le lien entre l'individu et son environnement social ou matériel, qui n'affecte pas non plus seulement le domaine de ses capacités ou de son apparence, mais qui semble atteindre l'individu dans son essence même, dans son intérieur, dans cette tête perçue

comme le réceptacle d'un moi qui ne sera plus jamais le même et sera perdu à jamais dès lors que le cerveau ne fonctionne plus comme avant et que la tête est perdue.

Ainsi, Louisette Bonnefoy déclare « vivre comme ça, ça va, mais si je perdais la tête ou la mémoire... », et de Mme Lemaître qui est en fauteuil roulant elle dit qu'elle « a toute sa tête » et que « c'est une chance ». Là encore, la façon dont les individus semblent fonctionner sur le plan cognitif, le fait qu'ils aient ou non leur tête, suscite toute une série de commentaires comme « lui il est complètement zinzin », « elle perd la tête », ou « on voit qu'elle est pas bien dans sa tête, c'est pas moi qui monterait avec elle dans sa voiture ». Les résidents tiennent parfois ce genre de propos sur des individus avec lesquels j'ai parlé, qui ne m'ont pas semblé être particulièrement atteints de ce qu'on appelle des troubles cognitifs et qui me paraissaient même très cohérents, bien que souvent sujets à des trous de mémoire. Il y a inévitablement une part d'interprétation et de subjectivité considérable dans la façon dont on va diagnostiquer un individu comme ayant ou n'ayant plus sa tête. A ce sujet, Sylvain Poupi remarque que, à partir d'un certain âge, n'importe quelle marque de distraction comme un banal oubli est souvent interprétée comme un signe de sénilité, comme le symptôme d'un « mal vieillir » (Poupi 2000, 4). Et il me semble que le fait que les personnes âgées observent et discutent de leur santé et de celle des autres, de l'état physique et cognitif des uns et des unes, sur le mode de la comparaison, prouve d'une certaine manière qu'il ne s'agit pas là de données absolues, observables et mesurables de manière purement objective, mais qu'il s'agit plutôt de caractéristiques qui ne peuvent exister et être évaluées que par rapport à une norme.

Malheureusement pour elles, en termes de fonctionnement physique et cognitif, les personnes âgées ne sont plus dans la norme. Au regard des instances médicales et aux yeux des membres de leur société qui ont généralement parfaitement intégré ce regard, elles sont atteintes au mieux de troubles, au pire de déficiences. Les résidents que j'ai rencontrés avaient eux-aussi tout à fait assimilé cette perception, en termes de pathologie ou de déficit, des changements qui interviennent généralement dans le fonctionnement cognitif des personnes âgées. Et quand bien même ils souhaiteraient s'en détacher, en considérant qu'ils sont peut-être différents par rapport à la norme mais qu'ils ne sont pas pour autant moins bien, ou alors plus radicalement en oubliant la différence, la norme et donc la pathologie, les autres sont là pour leur rappeler les maux dont ils sont atteints et qu'il serait malvenu de nier. Lorsque Louisette Bonnefoy radote, les dames qui sont assises avec elle ne se privent pas de souffler de manière exaspérée ou de marmonner suffisamment fort pour qu'elle l'entende « ça y'est c'est reparti ! ». Et quand elle oublie quelque chose qu'on lui avait pourtant dit, les résidentes le lui font systématiquement remarquer, de

manière plus ou moins moqueuse et féroce. Parfois cela dégénère en dispute, les dames se mettant en groupe contre celle qui est accusée de « perdre la boule » et, à l'issue du conflit, cette dernière déclare généralement avec rage « je suis pas folle quand même ! » ou au contraire « c'est ça, je suis cinglée vous avez raison ! ». Les résidents sont très susceptibles en ce qui concerne leur tête et le fait qu'ils soient ou non en train de la perdre. Dire à quelqu'un qu'il est cinglé ou qu'il perd la boule peut déclencher ou alimenter des disputes extrêmement violentes, comme la fois où une altercation entre Jacqueline et une autre résidente a éclaté dans un couloir de Saint François de Sales, Jacqueline hurlant à s'en briser la voix « elle m'a traitée de folle ! ».

Le fait de perdre la tête est donc un sujet très sensible parmi les personnes qui vivent dans ces maisons de retraite ; on serait dès lors tenté de dire que c'est un sujet avec lequel on ne plaisante pas, et c'est pourtant faux. Un grand nombre de plaisanteries que font les résidents concernent justement les aléas de la mémoire et du fonctionnement cognitif. Parfois, ces plaisanteries prennent la forme de moqueries, de blagues assez cruelles pour celle ou celui qui en est la victime. Et cette victime, à Petite Provence, c'est souvent Louise Bonney, une habituée du salon central qui multiplie les confusions et les trous de mémoire. Lorsqu'elle demande aux autres dames du salon quel jour on est, certaines de ces résidentes, et en particulier Mme Rose et Mme Agnès, lui répondent souvent « on est dimanche » même si on est mardi, et ce de manière très intentionnelle. Puis, les résidentes la regardent et guettent sa réaction, et lorsqu'elles voient que Louise pense qu'on est effectivement dimanche, elles éclatent de rire et se moquent d'elle. J'ai pu observer le même genre de farce en période de fêtes, sur le thème cette fois du « Noël c'est demain ». Ce type de blague ne fait pas vraiment rire les personnes qui en sont victimes, et souvent elles se fâchent. Mais bien d'autres plaisanteries sur le fait de perdre la tête sont moins cruelles et donnent lieu à des rires que tous peuvent partager. Elles sont généralement déclinées sur le mode de l'autodérision, comme lorsque les dames du salon central rigolent ensemble des trous de mémoire que met en évidence le jeu des dates de naissance et de la comparaison des âges, ou comme lorsque Mme Guillet vient d'apprendre que le chanteur vient à 16 heures et déclare en riant « moi je croyais qu'il venait à 14 heures ! Je perds la boule ! ». Les parties de pétanque en particulier donnent lieu à toute une série de plaisanteries, car le fait de jouer aux boules prête un bon terrain aux blagues et aux jeux de mots sur le fait de « perdre la boule ». Et les résidents ne plaisantent pas seulement des transformations qui affectent le fonctionnement cognitif, ils plaisantent aussi, bien que moins fréquemment, de celles qui affectent les capacités physiques. Ainsi, alors qu'une résidente

s'empressait de la rejoindre dans le salon rose d'un pas précipité mais mal assuré, Mme Bouvet lui a lancé d'un ton cynique et rieur « allez y courez, je chronomètre ! ».

C'est souvent sur les sujets qui sont source de souffrance et d'angoisse que portent les plaisanteries des résidents. Cependant, on ne plaisante jamais sur des sujets tels que la perte des êtres chers. Il semble en effet que l'on puisse rire des pertes que l'on subit et que les autres subissent, qu'il s'agisse de pertes de mobilités, de pertes de mémoire ou même de la perte de certaines relations, mais la mort des autres demeure un domaine sur lequel on ne plaisante pas. Il arrive que les résidents rient de leur propre mort à venir, mais la mort des autres est toujours évoquée avec une certaine déférence. Tout porte à croire que le fait de rire de la mort de quelqu'un serait perçu comme un acte très irrespectueux par ces personnes âgées, mais aussi par le personnel qui ne plaisante également jamais à propos de ce sujet là. Par ailleurs, il convient de remarquer que, d'une manière générale, les résidents rient très peu du passé. Le douloureux présent de ces personnes âgées semble étrangement plus risible.

Alors que nous étions dans l'ascenseur de Petite Provence, Mme Talus, M. Agostini, deux aides-soignants et moi, le fauteuil roulant de M. Agostini a malencontreusement heurté celui de Mme Talus. La vieille dame s'est alors mise à râler de la voix un peu gutturale qu'ont souvent les personnes sourdes, provoquant les réactions amusées puis les rires de tous les occupants de l'ascenseur, y compris la résidente. « Ah on rigole à Petite Provence ! Hein M. Agostini ? » a dit l'un des aides-soignants. M. Agostini a répondu doucement « Oui... Parfois un peu jaune mais enfin ! ».

Rire jaune, c'est se forcer à rire de quelque chose qui nous déplaît ou nous chagrine, souvent justement pour dissimuler le fait que ce quelque chose nous déplaît ou nous chagrine. Rire de quelque chose c'est quelque part déclarer que l'on ne s'en soucie pas, que cela ne nous affecte pas. Mais il me semble que, dans cette façon de tourner en dérision les sources de souffrance, ce qui compte n'est pas seulement de convaincre les autres que cette source de souffrance est risible et ne nous atteint pas, c'est aussi et surtout de s'en convaincre soi-même. La plaisanterie permet de prendre le dessus sur les situations ou les événements douloureux, de s'en distancier en en faisant quelque chose de risible. Les résidents rient de ce qui les peine et les effraie parce que comme ils disent « c'est toujours mieux que d'en pleurer ». « Faut bien rire » répète souvent Mme Aude, parce que sinon « la vie serait triste ». Cette dimension performative du rire illustre bien l'idée que Vinciane Despret développe dans son livre *Ces émotions qui nous fabriquent* : nos émotions et leur expression agissent sur le monde et le transforment, autant que le monde agit sur nos émotions et leur expression et les transforme. Rire d'une source de souffrance, c'est l'anéantir sans la nier, c'est la rendre dérisoire et se donner les moyens de la surmonter. C'est peut être aussi pour cela que les résidents ne rient

presque jamais des souffrances du passé : puisqu'elles sont derrière eux il n'y a plus à les surmonter, d'une certaine manière il est donc inutile et probablement même inconvenant d'en rire.

## **7) Devenir et mourir**

L'humour et le rire peuvent donc être utilisés comme des armes pour affronter les malheurs de la vie. Mais, face à la progression inexorable de la vieillesse et face à l'emprise de plus en plus forte qu'ont les maux qui accompagnent le vieillissement sur l'individu, le rire et l'humour sont justement des armes bien dérisoires. Les résidents semblent parfois s'accrocher à une vision légère et positive de l'existence, ils rient un court moment de leurs malheurs, mais bien vite ce sont les larmes qui reprennent le dessus, car ces personnes âgées ont une vision fataliste de leur avenir et ont la sensation que l'espoir n'est plus permis. Ainsi, alors que M. Fons me parlait de ses problèmes physiques et que je tentais vainement de lui faire voir le bon côté des choses, ce dernier me répliqua d'une voix de condamné « le pire c'est que ça va pas s'arranger parce que j'ai 90ans ». Parallèlement au fait qu'elle soit perçue comme l'âge de la perte, la vieillesse est également associée à l'idée de « dégression », tant par les personnes jeunes que par les personnes âgées elles-mêmes. Cette idée, je l'ai retrouvée dans les discours de tous les résidents, qui parlent de la vieillesse comme d'une « descente », « une diminution générale de tout », « une détérioration », « une dégringolade ». On retrouve cette notion de processus de dégression générale dans le discours des employés, mais moins souvent que chez les résidents. Les différentes formes d'évaluation de l'état physique et cognitif des résidents en particulier, se basent sur des grilles d'évaluation qui proposent de répondre à la question de l'état de ces personnes âgées en les situant sur une échelle qui va de la progression à la dégression, en passant par différents stades intermédiaires comme celui de la stabilité. On retrouve, lors des réunions entre soignants qui ont pour but d'évaluer l'état des résidents, des expressions comme « ça a baissé », « ça s'est dégradé », c'est un « déclin progressif », une « baisse générale ». Mais on entend aussi à ces réunions des choses comme « ça se maintient », « ça va mieux », il y a « une amélioration ». S'ils considèrent qu'à partir d'un certain âge la détérioration est « plus naturelle » que l'amélioration, les soignants admettent tout de même l'idée de progression y compris dans le 4<sup>ème</sup> âge. Et quelque part heureusement pour eux, parce

que cela permet de donner un sens à leur travail de soin auprès des personnes âgées : à quoi bon soigner quelqu'un si son état ne peut de toute manière en aucun cas s'améliorer ? Le fait que l'on perçoive et que l'on évalue son état physique et cognitif, ou bien celui des autres, sous l'angle de la progression et de la dégression, donc sur le mode de la comparaison entre un état passé et un état actuel, montre selon moi encore une fois qu'il ne s'agit pas là de données absolues. On ne peut qualifier la condition corporelle et psychique d'un individu que par rapport à une norme ou une référence, et donc sur le mode de la comparaison.

Du côté des résidents, une quelconque progression ou amélioration les concernant n'est quasiment jamais envisagée, au mieux espèrent-ils conserver dans leur état et leur condition une certaine stabilité. Et on rejoint là encore l'appréhension du changement chez les résidents, avec l'idée que la permanence de l'état actuel est ce que l'on peut espérer de mieux, et que tout changement ne pourrait être qu'un changement « en moins bien ». Si les résidents s'appuient beaucoup sur leur passé, en particulier le passé lointain, s'ils en parlent énormément et y pensent très souvent, l'avenir semble complètement éludé par ces personnes. Bien sûr, comme on l'a vu avec le fait qu'elles soient dans l'attente, elles se projettent constamment dans le futur, mais il s'agit d'un futur très proche : l'heure du repas ou de la prochaine animation, le jour de visite des enfants. Au-delà de ce futur proche, c'est comme s'il n'y avait rien, rien d'autre que la mort. Sur un tableau à côté de la porte de la salle de restaurant de Petite Provence, les employés écrivent parfois des citations. Pendant plusieurs semaines on pouvait y lire « un vieux assis voit plus loin qu'un jeune debout », et un jour quelqu'un a rajouté en bas de cette phrase « oui mais un jeune a toute la vie pour s'asseoir ». Le lendemain tout avait été effacé et le tableau était de nouveau vierge. On dit souvent des jeunes qu'ils ont la vie devant eux, les vieux eux considèrent que leur vie est derrière eux. Beaucoup disent que s'ils sont en maison de retraite, c'est pour y « attendre la mort ». Comme si les jeux étaient déjà faits, que l'histoire de leur vie était achevée et qu'il n'y avait plus qu'à attendre que l'auteur de cette histoire veuille bien y mettre un point final, en priant pour que d'ici là il n'en gâche pas affreusement la conclusion en les accablant de nouvelles pertes et en faisant d'eux une parodie sinistre de ce qu'ils étaient. M. Duval, comme beaucoup d'autres, m'a dit un jour « je suis trop vieux pour vivre ».

La mort des résidents fait l'objet d'un traitement assez différent dans les deux établissements que j'ai étudié. A Petite Provence, les décès sont très rares au sein de la résidence. D'abord parce que les habitants de cette maison de retraite sont relativement jeunes et en bonne santé par rapport à la population que l'on rencontre dans d'autres types

d'établissement, ensuite parce que les individus qui sont très mal en point sont normalement transférés dans un EHPAD plus médicalisé ou bien à l'hôpital avant leur mort. Il n'y a pas à Petite Provence d'annonce ou de commémoration suite à un décès, et la chose est complètement passée sous silence. Les employés bien sûr en parlent entre eux, mais jamais avec les résidents, et ils évitent d'ailleurs soigneusement d'aborder le sujet de la mort avec ces personnes âgées. Les membres du personnel de Petite Provence opèrent donc auprès des résidents une sorte d'invisibilisation de la mort des personnes âgées, comme si le fait d'éviter que la mort de ces individus se voit et s'entende permettait d'éviter qu'elle soit une source de peine et d'angoisse. Les employés de Petite Provence m'ont dit que selon eux les résidents « s'en fichent un peu » de la mort des autres, que cela ne les préoccupe ni ne les intéresse. Pourtant mes observations comme mes discussions avec les personnes âgées me poussent à penser le contraire. Les résidents parlent relativement peu de la mort, que ce soit la leur ou celle des autres. Mais il n'y a qu'à voir la manière dont certains habitants de Petite Provence s'inquiètent lorsqu'un résident est à l'hôpital, la manière dont ces personnes âgées s'interrogent régulièrement sur la situation des résidents qu'on « ne voit plus » et se demandent s'ils sont toujours en vie, pour comprendre que la mort des autres ne les laisse pas indifférents. Quelques-unes des personnes âgées qui habitent Petite Provence m'ont même dit franchement et spontanément qu'elles déplorent le fait qu'il n'y ait pas dans cet établissement d'annonce ou de pratique commémorative suite au décès des résidents.

A Saint François de Sales les décès sont beaucoup plus fréquents qu'à Petite Provence. On peut dire qu'il y en a en moyenne, dans la maison de retraite, à peu près deux ou trois par mois, bien que ce nombre soit une estimation et varie évidemment beaucoup d'une période à l'autre. Alors qu'à Petite Provence le corps du résident qui vient de décéder est immédiatement confié à des intervenants extérieurs et à des employés d'entreprises funéraires, à Saint François de Sales ce sont les soignants de la maison de retraite qui s'occupent de faire les premiers soins au défunt, qui le lavent, qui l'habillent et qui le rendent présentable. Les aides-soignantes de cet établissement m'ont expliqué qu'en principe ce sont les soignants qui se sont le plus occupés et qui se sentaient le plus proche de la personne qui vient de décéder qui se chargent de cette toilette mortuaire. Pour les soignants, le fait de donner ces premiers soins au corps de celui qu'ils considèrent généralement comme l'un de leurs « chouchous », c'est une manière de « s'en occuper jusqu'au bout », de « lui dire au revoir » et de « boucler la boucle ». Suite au décès d'un résident, les animateurs se chargent d'imprimer une photo du défunt accompagnée d'un petit texte qui stipule son nom et la date de son décès, de la mettre dans un cadre et d'aller

installer ce cadre sur la table qui se trouve devant les ascenseurs du rez-de-chaussée, lieu de passage par excellence. Sur cette table, les animateurs disposent également autour du cadre de fausses fleurs et de fausses bougies. C'est donc par l'intermédiaire de cette installation que les résidents, mais aussi souvent les employés, apprennent la mort de l'un des habitants de la maison de retraite. Les résidents comme les membres du personnel m'ont expliqué que le fait d'apprendre le décès de cette personne qu'on côtoyait, et que parfois même on connaissait bien, en se retrouvant brusquement nez à nez avec son visage dans le petit cadre, est un véritable choc, surtout lorsque l'on ne s'attendait pas à ce qu'elle meurt. J'ai moi-même fait l'expérience d'apprendre la mort d'un résident, que j'appréciais et avec lequel je devais faire un entretien le jour même, en voyant sa photo sur cette table à mon arrivée dans la maison de retraite, et il est vrai que la sensation de choc est considérable. Les membres du personnel trouvent qu'il est moins brutal d'apprendre la mort d'un résident par l'intermédiaire d'une autre personne, et certains employés m'ont même dit que de l'apprendre en étant soudain confronté au visage de cette personne dans le cadre « c'est franchement violent ». L'installation avec le cadre, les bougies et les fleurs demeure sur la table pendant environ une semaine après le décès du résident. Les employés me disent des décès que « parfois ça va », lorsque la personne décédée est arrivée dans l'établissement il y a peu de temps, lorsqu'il s'agit d'une personne dont on s'occupait peu ou d'une personne que l'on n'appréciait pas ; mais que « parfois c'est très dur », lorsqu'il s'agit d'un résident dont on s'occupait depuis longtemps, qu'on connaissait bien et auquel « on s'est attaché ». Dans ce dernier cas, tous les soignants, quel que soit leur statut, m'ont raconté qu'ils sont tristes pendant toute la journée, que c'est d'ailleurs dur de travailler dans ces conditions, et qu'ils continuent à penser à ce résident et au fait qu'il soit « parti », plusieurs jours après sa mort et même lorsqu'ils rentrent chez eux. Les personnes âgées qui vivent à Saint François de Sales également se disent souvent très affectées par les récents décès, bien que la mort des résidents qui habitaient là depuis longtemps et qui étaient assez présents dans les espaces collectifs suscite évidemment beaucoup plus de réactions que la mort de ceux qui n'étaient là que depuis peu de temps ou bien restaient tout le temps dans leur chambre.

Suite à la mort de certains résidents, beaucoup de personnes âgées m'ont donc fait part de leur « peine » ou de leur « chagrin ». Pourtant, lorsque les résidents de ces deux maisons de retraite évoquent leur propre mort, c'est presque toujours pour dire qu'ils l'attendent avec impatience, qu'ils ont hâte de mourir. Beaucoup, comme M. Duval, déclarent qu'ils sont « trop vieux pour vivre », et Mme Bouvet m'a dit par exemple qu'elle souhaiterait mourir bientôt parce qu'elle aime trop la vie pour se voir vieillir. « Plus que la mort, c'est la vieillesse qu'il



faut opposer à la vie. Elle en est la parodie. » écrit Simone de Beauvoir dans son célèbre ouvrage *La vieillesse* (De Beauvoir 1970, 395). Car la vie n'aurait plus de sens pour le vieillard qui a déjà subi tant de pertes qu'il semble n'être plus que l'ombre de lui-même. « Je vis parce qu'il faut vivre » m'a dit Mme Agnès. Et s'il « faut vivre », il semblerait que ce soit pour les autres, pour ces autres qui seraient tristes si l'on meurt. Lorsque Mme Delenclos dit qu'elle souhaiterait mourir et que tous les soirs elle demande à Dieu de ne pas la réveiller, Mme Guillet lui dit qu'il ne faut pas dire ça, qu'il faut qu'elle pense à sa fille parce qu'elle serait triste si sa mère mourrait. Mme Delenclos a semblé très sensible à cet argument, et les deux résidentes sont tombées d'accord pour dire qu'il faut vivre le plus longtemps possible « tant qu'on a de la famille ». La famille est, selon les résidents, une de leurs principales raisons de vivre, voire parfois la seule. Mais s'il faut pour les résidents continuer à vivre, ce n'est pas seulement parce que s'ils meurent cela ferait de la peine à leur famille : leur mort causerait aussi du chagrin à certaines des personnes qu'ils côtoient au quotidien et avec lesquelles ils se sentent liés. Il arrive par exemple d'entendre en maison de retraite, lorsqu'un résident dit à un soignant qu'il voudrait mourir, le soignant répondre « Et moi, vous pensez à moi ? Je vous aime moi, je serais triste si vous mourrez ». Et, beaucoup plus rarement, certains résidents aussi usent entre eux de cette rhétorique du « il faut que tu restes en vie pour moi, parce que si tu meurs je serais triste ».

Un après-midi à Petite Provence, un groupe de résidentes étaient, comme à leur habitude, installées en cercle dans le salon central. Mme Aude était enrhumée, elle éternuait et toussait fréquemment. Louise Bonney semblait s'inquiéter de son état de santé, et elle lui a dit qu'il fallait qu'elle aille voir un docteur parce que « si on ne se soigne pas on peut terminer au boulevard des allongés ». « Et bah tant mieux, a répondu la centenaire, comme ça on en parlera plus ». Mme Bonney a eu l'air effrayée et scandalisée et s'est exclamée « Faut pas dire ça ! Comment je ferais moi sans vous ? ». Mme Aude a eu un petit rire et a répondu « Bah y'en a d'autres ! ». Mais Louise Bonney n'en démordait pas et elle a répliqué sur le ton du sermon « Oui mais pas des comme vous. C'est comme madame [en montrant la résidente assise à ses côtés], comment je ferais si elle était pas là ? »

Les personnes âgées qui vivent en maison de retraite ont presque toujours la sensation, et elles l'expriment souvent, qu'elles sont devenues inutiles, qu'elles ne sont plus qu'une charge ou « un boulet » pour les autres. Elles considèrent dès lors que, d'une certaine manière, leur vie n'a plus de sens et qu'elles n'ont donc plus de raison de vivre. Dire à l'une de ces personnes âgées « je ne veux pas que tu meurs, car si tu n'es plus là je vais souffrir » ou « si tu n'es plus là je ne sais pas comment je ferais », revient à lui dire « j'ai besoin de toi », et donc à lui donner un rôle, une utilité, une raison de vivre. Cela revient à faire à cette personne âgée une place en

tant que sujet actif et plus seulement passif, à donner un sens à sa présence sur terre en tant qu'actrice du monde social.

Les différentes relations aux autres qu'entretiennent les habitants de Petite Provence et de Saint François de Sales sont fréquemment présentées par ces individus comme ce qui donne un sens et une valeur à leur existence. La manière dont est organisée et vécue la temporalité au sein de l'établissement joue un rôle important sur la façon dont se lient les individus qui y vivent et y travaillent, elle impose des contraintes et offre des opportunités. De même, la conception que les personnes âgées ont des différents temps de la vie a des répercussions sur leur manière d'entrer en relation avec les autres et de percevoir les liens qui les unissent aux autres. Le rythme institutionnel amène les résidents à avoir beaucoup de temps libre tandis que les employés sont toujours très occupés, et on peut donc dire qu'il est plus favorable aux relations entre résidents qu'aux relations entre employés et résidents. Les personnes âgées ont une façon de concevoir les différents temps de la vie qui divise fortement les individus par âge, qui établit une différence radicale entre jeunes et vieux, et qui fait de la vieillesse un état, plus encore qu'un âge, que l'on ne peut comprendre que lorsqu'on en fait l'expérience. On pourrait donc s'attendre à ce que ces personnes âgées nouent préférentiellement des relations entre elles, entre individus disponibles, qui sont semblables et se comprennent. Pourtant il n'en est rien. Nous allons tenter, dans le prochain chapitre, d'en saisir les raisons, de comprendre la manière dont les individus s'identifient les uns les autres, et de voir comment l'identité qu'un individu assigne à autrui conditionne la manière dont il va ou non entrer en relation avec lui.

## **Chapitre 3**

### **Identifications et catégories de personnes**

#### **1) Des femmes et des hommes**

Je souhaiterais m'intéresser dans ce chapitre à la façon dont les individus qui vivent et travaillent en maison de retraite classent les différents acteurs de ces établissements et les placent dans des catégories distinctes. Ce processus de catégorisation des individus leur assigne une certaine identité, le terme identité tel que je l'utilise ici devant être compris comme l'association et l'addition sous un même qualificatif d'un ensemble de caractéristiques particulières et de traits distinctifs. Il est évident qu'au sens où j'entends les concepts de catégorie et d'identité, un individu tel qu'il se perçoit et tel qu'il est perçu par les autres n'appartient pas à une mais à plusieurs catégories. Il a différentes identités et c'est la situation sociale et relationnelle dans laquelle il se trouve à un moment donné qui amène telle identité plutôt que telle autre à prévaloir dans son rapport à l'autre et à le faire interagir avec cet autre d'une certaine manière. Par ailleurs, ce même individu peut très bien être considéré par les autres comme faisant partie d'une certaine catégorie de personnes et ne pas se considérer lui-même comme en faisant partie. L'individu peut ne pas se reconnaître dans certaines des identités que les autres lui assignent, et c'est là un point auquel il nous faudra être particulièrement attentifs lorsque nous tâcherons de voir de quelle manière les différents acteurs des deux maisons de retraite étudiées s'attribuent mutuellement un certain type d'identité.

Le processus de catégorisation par lequel les individus classent les autres et leur assignent des identités, me semble être assez proche de ce que Philippe Descola appelle « l'identification » (Descola 2005). Il définit l'identification comme le processus par lequel « j'établis des différences et des ressemblances entre moi et des existants en inférant des analogies et des contrastes entre l'apparence, le comportement et les propriétés que je m'impute

et ceux que je leur attribue » (Descola 2005, 163). Ce que met en lumière cette définition de l'identification, c'est le va-et-vient qu'il y a entre l'identité qu'un individu s'assigne et celle qu'il assigne aux autres. Car l'identification n'est jamais neutre, ni bien sûr pour celui qui voit une certaine identité lui être attribuée ni pour celui qui attribue cette identité à l'autre. En effet, le processus d'identification tel que le conçoit Descola implique que celui qui assigne une certaine identité à l'autre se positionne en même temps lui-même par rapport à cette identité, et la manière dont cet individu assigne à l'autre une certaine identité nous dit quelque chose de la manière dont il conçoit sa propre identité, par le jeu d'assimilation et de distinction entre moi et autrui que met en branle le processus d'identification. Par ailleurs, Philippe Descola déclare que « l'identification impose d'emblée un corrélat relationnel à l'objet que l'on pourvoit d'une identité : étant classé dans telle ou telle catégorie ontologique, il m'offrira l'occasion d'entretenir avec lui telle ou telle relation » (Descola 2005, 164). Les manières d'identifier et de classer les individus sont infinies : par l'âge, par le genre, par la profession, par l'appartenance religieuse, par la situation financière, etc... Je ne m'intéresserai ici qu'aux formes d'identification et de catégorisation qui m'ont paru avoir le plus d'influence sur les relations interpersonnelles en maison de retraite, à celles qui sont le plus souvent invoquées par les différents acteurs de ces établissements lorsqu'il s'agit de décrire ce que sont les autres et par la même occasion ce que l'on est soi-même, et qui m'ont semblé structurer les rapports qu'entretiennent ces différents acteurs.

Les individus, en maison de retraite comme ailleurs, sont bien sûr identifiés selon leur genre et classés dans la catégorie des femmes ou dans celle des hommes. Or, la maison de retraite est un univers féminin. Comme on l'a vu, près de 90% des personnes qui vivent en EHPAD sont des femmes, la mortalité étant plus précoce chez les hommes que chez les femmes. Mais les employés de ces établissements sont aussi en très grande majorité des femmes. A Saint François de Sales comme à Petite Provence, ce sont des femmes qui sont à la tête de l'établissement, les infirmiers sont en fait tous des infirmières, on compte parmi les aides-soignants un ou deux hommes pour une dizaine de femmes, il n'y a que des dames parmi les femmes de ménage de Petite Provence et il y a chez les ASL de Saint François de Sales deux hommes pour une quinzaine de femmes. Les membres du personnel de ces maisons de retraites sont donc, quelle que soit leur fonction, presque exclusivement des femmes. Parmi les études que l'on peut trouver sur le rapport entre genre et avancée en âge, de nombreux travaux s'intéressent aux différences sexuées dans l'activité de soin (Matthews et Campbell 1995). Il

semblerait, selon les chercheurs qui se sont penchés sur la question, que le rôle de soignant, ou plutôt l'activité de prendre soin de quelqu'un, soit typiquement féminine (Matthews et Campbell 1995 ; Rose et Bruce 1995 ; Molinier 2013). C'est un point de vue que j'ai retrouvé dans le discours des soignantes de Saint François de Sales qui font le lien entre le travail de soin et une volonté de s'occuper des autres qui serait plus présente chez les femmes et qu'elles expliquent notamment par « l'instinct maternel ».

Pourtant Xavier, tout comme deux aides-soignantes, m'ont dit que le travail en maison de retraite serait plus facile pour les hommes que pour les femmes. D'abord parce que les hommes auraient plus de force que les femmes et supporteraient donc mieux la pénibilité physique du travail d'aide-soignant ou d'ASL. Il est en effet souvent plus facile pour un homme que pour une femme de porter par exemple une personne âgée jusqu'à son lit ou son fauteuil. Mais aussi et surtout parce que, selon Xavier, Sonia et Régina, les résidents appartiendraient à une génération qui valorise beaucoup plus les hommes que les femmes. Les personnes âgées feraient beaucoup plus confiance aux hommes, elles « les mettent sur un piédestal ». De ce que j'ai pu en voir, il est vrai que les rares hommes qui travaillent dans chacune de ces maisons de retraite sont toujours extrêmement appréciés par les résidents, mais, parmi les membres du personnel, les femmes aussi sont généralement très aimées. Et la façon dont ces personnes âgées considèrent d'une part les employés et d'autre part les employées ne m'a finalement pas semblée très différente. Je n'ai pas non plus remarqué de différence vraiment significative dans le rapport qu'ont les membres du personnel les uns avec les autres selon qu'ils soient des hommes ou des femmes. Par rapport au regard que les employés portent sur les résidentes d'une part et sur les résidents d'autre part, et à l'attitude qu'ils adoptent vis-à-vis de ces deux types d'individus, là encore le contraste ne m'a pas semblé flagrant. Pourtant, un aide-soignant et deux aides-soignantes m'ont dit un jour qu'ils avaient l'impression d'être plus familiers avec les résidents qu'avec les résidentes. Cela se manifestait notamment selon eux par le fait qu'ils avaient plus tendance à tutoyer les hommes que les femmes, car ils trouvent que les hommes « sont plus rigolos », qu'ils « se prennent moins au sérieux », qu'il n'y a « pas besoin de formalité avec eux ». Il est en effet possible qu'il y ait, dans le rapport qu'ont les employés aux vieilles dames, une sorte de courtoisie qui s'apparente peut-être à une forme de galanterie, qu'on retrouve moins fortement dans leur rapport aux vieux messieurs. Cependant, cette différence de comportement m'a semblé très loin d'être systématique, et je ne pense pas que le genre des personnes âgées soit le facteur qui influence le plus fortement l'attitude des membres du personnel à leur égard.

C'est en fait dans les rapports qu'entretiennent entre eux les résidents que la division par genre est la plus marquée et la plus lourde de conséquence sur les relations interpersonnelles. Il y a, dans chacune des maisons de retraites étudiées, un écart entre les comportements des résidents et ceux des résidentes, que l'on constate par exemple dans l'investissement de l'espace et dans l'engagement dans la vie collective. Cet écart est cependant plus flagrant et se manifeste avec plus de force à Petite Provence qu'à Saint François de Sales. La raison en est probablement qu'à Saint François de Sales les espaces communs mis à la disposition des résidents sont beaucoup moins investis que le salon de Petite Provence, et que la façon dont les hommes et les femmes se comportent en collectivité y est donc plus difficilement observable. On peut tout de même remarquer à Saint François de Sales que, quand les résidents attendent devant la salle de restaurant, les hommes ont souvent tendance à s'asseoir d'un côté et les femmes de l'autre. Il est également significatif de voir que les résidents qui mangent dans les étages ainsi que ceux de l'UHR ne prennent en principe pas leurs repas à la même table selon qu'ils soient un homme ou une femme, les hommes mangeant à une table légèrement en retrait. Cette particularité de placement aurait été mise en place par le personnel qui m'a expliqué que les hommes ne mangent pas avec les femmes parce que certaines résidentes auraient peur de ces vieux messieurs ou seraient gênées par leur présence. Il m'a été difficile de vérifier et d'approfondir cette question du malaise que susciterait chez certaines vieilles dames la présence d'individus masculins âgés, car il s'agit essentiellement dans ces secteurs particuliers de personnes avec lesquels il n'est plus possible de communiquer de manière claire et précise. Cependant, d'une manière générale, c'est surtout lors des activités que l'on peut observer les résidents en groupe et que des différences de comportement entre les genres se donnent à voir à Saint François de Sales.

Nina a par exemple constaté que « les hommes c'est vrai qu'ils sont pas trop actifs ». Raphaël est plus nuancé et trouve que, proportionnellement, les hommes ne sont pas si absents que ça. Il est vrai que si on prend en considération le fait que près de neuf résidents sur dix soient des femmes, il n'est guère étonnant qu'il n'y ait aux activités que deux ou trois hommes pour une vingtaine de femmes. Mais cependant les hommes ne sont quasiment jamais plus de deux ou trois, et il est au contraire très fréquent que les résidents présents aux activités soient exclusivement des femmes ou que l'on ne compte qu'un homme pour une vingtaine de femmes. Les hommes sont donc, même si on prend en compte le rapport de proportion, moins enclins à se rendre aux activités que les femmes. Et on peut également observer que, lorsqu'ils sont présents aux animations, ils participent généralement peu et demeurent plus silencieux que les

femmes. Cela est valable tant pour la maison de retraite de Saint François de Sales que pour celle de Petite Provence. Selon l'animatrice Martine, « les hommes choisissent leurs activités » : ils auraient « leur passion » et seraient plus sélectifs quant aux animations auxquelles ils décident de participer. Les deux animateurs de Saint François de Sales s'accordent à dire que si les hommes se rendent parfois aux animations dites culturelles organisées par Raphaël, ils ne participent en revanche jamais aux activités manuelles de création artistique organisées par Martine, et tout deux y voient une question d'orgueil. Martine pense que les centres d'intérêt des hommes sont plus tournés vers le travail, et que les activités « c'est plus un truc de femmes ». Ces dernières ayant souvent eu des vies, comme le montrent les entretiens que j'ai menés avec les résidents, presque entièrement dénuées d'activités de type professionnel, elles auraient, selon Martine, l'habitude et le goût de s'adonner à des activités manuelles de création telles que la couture ou la fabrication d'éléments de décoration, alors que « les hommes c'est plus l'utilité que la futilité ». Raphaël est tout à fait d'accord avec l'animatrice sur ce point-là et considère que la différence de participation aux activités entre les hommes et les femmes est due aux rapports que les hommes entretiennent avec leur propre image, à leur « vision de ce que doit être un homme ». Lors de mes entretiens avec les résidents de Petite Provence et Saint François de Sales, j'ai effectivement remarqué chez les hommes un certain mépris vis-à-vis des activités proposées, qui se manifestait notamment par des onomatopées telles que « pff... ». Les animations organisées par l'établissement sont perçues par les hommes comme des activités qui ne sont « pas sérieuses », mais il m'a été difficile d'amener les personnes interrogées à développer cette idée et à clarifier ce qu'ils entendaient par là. Tous m'ont dit avec dédain que les activités proposées ne les intéressaient pas, mais ils étaient très peu bavards lorsque je leur demandais quel type d'activité les aurait intéressés. On peut cependant remarquer que les animations où les résidents ne participent pas mais demeurent en position de spectateur, comme par exemple certaines activités proposées par Raphaël ou bien les projections de photographies et les sorties cinéma organisées à Petite Provence, semblent assez appréciées par les hommes qui sont relativement nombreux à s'y rendre. Il est également ressorti de mes discussions avec certains des hommes qui vivent dans ces maisons de retraite que s'ils ne vont pas aux activités, c'est justement parce qu'il n'y a « que des femmes ».

Au-delà du cas particulier des animations, les acteurs de ces maisons de retraite constatent pour la plupart que les hommes se tiennent effectivement à l'écart, qu'ils sont d'une manière générale en retrait par rapport à la vie collective. Ce point de vue est partagé par les résidentes, l'une d'elles me déclarant notamment de manière tout à fait spontanée « c'est certain

que les hommes sont plus effacés de la vie collective ». Certaines dames parmi les résidentes avec lesquelles j'ai fait des entretiens, s'étonnent de l'absence des hommes et cherchent à comprendre pourquoi ils ne s'installent pas plus souvent dans les espaces collectifs et pourquoi ils ne vont pas plus souvent aux animations. Une des habitantes de Petite Provence en est même venue à imaginer que si l'on ne voit jamais les hommes, s'ils restent toujours dans leurs chambres, c'est peut-être parce qu'ils y reçoivent des femmes. A ma connaissance, cette hypothèse est bien sûr complètement fausse, mais il est vrai que l'absence des hommes dans la vie collective de Petite Provence est remarquable et pose question. En réalité le terme « absent » n'est probablement pas adéquat. Les hommes ne sont pas si invisibles et la plupart d'entre eux ne passent pas non plus leur journée cloîtrés dans leur chambre : les hommes sont dans le paysage de l'espace collectif mais demeurent en retrait par rapport aux femmes qui, à Petite Provence, forment des groupes. C'est le cas notamment lors des animations où l'on peut observer que lorsqu'un homme se joint à l'activité, il arrive souvent en retard et s'installe un peu à l'écart dans le salon du fond. Et en dehors des temps d'animations, il est frappant de voir que les rares fois où des hommes s'installent dans le salon de Petite Provence, ils s'assoient presque toujours seuls, à bonne distance du groupe des habituées du salon central, généralement dans le salon rose lorsqu'il est inoccupé ou bien à la table en face de l'accueil. Lorsque M. et Mme Lemaitre descendent au salon, en principe une vingtaine de minutes avant l'heure du déjeuner, M. Lemaitre conduit toujours sa femme qui est en fauteuil roulant dans le cercle des dames du salon central, puis lui-même va systématiquement s'installer à l'écart dans le salon rose pour y lire le journal, seul ou en compagnie d'un autre résident, et ce même lorsqu'il y a des places disponibles dans le salon central.

Il faut cependant signaler que, parmi les résidents de Petite Provence, deux hommes sont, par rapports aux autres, très présents dans le salon. Il s'agit de Pierre Olivier Martinet et de Bernard Maillard. Le premier ne s'assoie presque jamais et demeure constamment en action : il fait des allers et venues, prend soin des plantes du salon ou fait du jardinage devant la résidence. M. Maillard quant à lui tourne beaucoup en rond dans l'espace collectif, il sort parfois se promener ou même s'installer sur la terrasse, mais le plus souvent il se contente de se déplacer d'un fauteuil à un autre avec l'air de chercher quelque chose à faire ou quelqu'un avec qui parler, ou bien il tourne autour du groupe du salon central le visage sombre et sans jamais s'y insérer. La présence de ces hommes dans le salon ne passe pas inaperçue dans le cercles des habituées et les dames commentent beaucoup ce que font ces messieurs, même si elles ne s'adressent pour ainsi dire jamais directement à eux. M. Martinet comme M. Maillard jettent



également très souvent des coups d'œil en direction des dames, et ce regard est parfois accompagné d'un soupir ou même d'un commentaire, comme la fois où j'ai entendu M. Maillard marmonner « bientôt y'aura plus que des femmes... des femmes... ». Quand ils s'installent dans le salon, les hommes s'assoient donc à bonne distance des femmes, généralement avec un air morose. Mais le plus souvent ils ne font que passer, ils déambulent dans la pièce, ce qui leur donne l'air d'être en pleine errance. Il semblerait que ces vieux messieurs aient en fait, au cours de leur vie, peu été habitués à sympathiser avec des femmes. Il ressort de mes entretiens avec ces retraités que leurs réseaux relationnels étaient essentiellement constitués d'hommes, et ils fréquentaient peu de femmes en dehors du cercle familial. D'ailleurs, il y avait, du temps de leur jeunesse, plus de lieux collectifs pour les hommes que de lieux collectifs pour les femmes. Les cafés par exemple, ont pendant longtemps été des espaces fréquentés presque exclusivement par les hommes. On peut donc penser que ces vieux messieurs, qui ont été habitués à des sociabilités entre hommes, sont aujourd'hui bien décontenancés de vivre dans des résidences presque exclusivement peuplées de femmes.

Un jour, alors que je faisais remarquer à Pierre Olivier Martinet le fait que les hommes n'étaient pas nombreux et que je ne voyais presque que des femmes, celui-ci m'a répondu avec virulence « Oh oui, c'est la catastrophe ! Elles occupent le salon ! ». Les résidents, hommes comme femmes, emploient souvent des termes qui évoquent le vocabulaire guerrier ou militaire lorsqu'ils décrivent les différences de genre au sein de la population de l'établissement. La façon dont les femmes et les hommes utilisent et s'approprient l'espace collectif prend parfois, bien que toujours de manière indirecte, l'allure d'un affrontement quotidien dont les femmes sortiraient toujours vainqueur. Il est vrai que ces dernières ont indubitablement l'avantage du nombre. Un intervenant extérieur est venu une fois s'asseoir parmi les habituées du salon central pour leur parler d'un projet d'animation qu'il envisageait de mettre en place. A son arrivée, il a demandé aux dames « Je peux m'asseoir parmi vous ? Ça vous gêne pas un homme parmi toutes ces femmes ? », toutes ont répondu « Non non », et l'une d'elle a déclaré « C'est vous que ça devrait gêner ! Vous vous imaginez si on vous tombe dessus ! ». Un autre jour, alors que je faisais part à Mme Agnès, l'une des habituées du salon central, de mon étonnement de les voir toujours entre femmes, celle-ci m'a répondu d'un air malicieux « Oui, les hommes on les a tous tués ! ». Le ton était évidemment celui de la plaisanterie, mais c'est là une phrase que j'ai plusieurs fois entendue dans la bouche des résidentes et que Mme Agnès ne manque pas une occasion de répéter. Lorsque j'en ai parlé à l'aide-soignant Xavier, celui-ci m'a dit d'un air amusé que c'était un peu vrai que les femmes avaient tué tous les hommes même si c'était plutôt

à prendre au sens figuré, « enfin quoique » a-t-il ajouté dans un éclat de rire. Alors de quelle manière les rapports de genre prennent-ils dans cet établissement les allures d'un affrontement, voire d'un combat à mort ? Et qu'en est-il concrètement des relations entre résidents et résidentes ?

Lorsqu'on demande aux hommes qui vivent en maison de retraite pourquoi ils se tiennent à l'écart et ne se mêlent pas aux femmes, ils répondent généralement qu'ils fuient la présence des femmes car elles n'ont rien en commun avec eux et qu'elles ne sont pas intéressantes. Ils expliquent cela soit par le fait que ces dames perdraient la tête ou la mémoire, ce qui les disqualifie en tant que personnes dignes d'intérêt, soit par une différence ontologique entre les hommes et les femmes qui ferait d'eux deux catégories d'individus qui n'auraient pour ainsi dire rien en commun et pas grand-chose à partager. Ces discours sur les rapports entre résidents et les résidentes mobilisent un ensemble d'idées préconçues sur ce que sont les femmes et ce que sont les hommes, et sur les comportements des uns et des unes. Cependant, la vision assez négative que ces vieux messieurs ont des femmes ne s'applique qu'aux résidentes, et ils reconnaissent aux femmes qui travaillent dans l'établissement de nombreuses qualités dont les principales sont la jeunesse et la serviabilité. Ce dernier point prouve à mon sens que, dans le contexte de la maison de retraite, la division par âge et par rôle prévaut sur la division par genre. Mais pour en revenir à la vision stéréotypée que les vieux messieurs ont de ce que sont les vieilles dames, je souhaiterais donner un exemple qui illustre selon moi assez bien ce phénomène. Alors que je lui demandais pourquoi il n'allait jamais s'asseoir dans le salon, M. Martinet m'a répondu « Bof ! Que des bonnes femmes ! Elles sont bien gentilles mais si au moins elles parlaient du présent ou de l'avenir. Mais c'est toujours (en minaudant) « mon mari ci, mes enfants ça » ». Il ressort de mes observations et de mes entretiens que les femmes ont effectivement une forte tendance à parler de leur passé et de leur famille, mais on retrouve cette même tendance, et tout aussi forte, chez les hommes. Les hommes reprochent aussi aux vieilles dames de ne pas s'intéresser au monde d'aujourd'hui et notamment aux actualités, mais il s'avère au contraire que lire des articles de journal à voix haute et discuter de l'actualité est une des occupations principales des habituées du salon central. Cette série de préjugés que cristallisent les discours des résidents sur la nature féminine et le comportement des vieilles dames perpétue en quelque sorte le statu quo : ils ne s'intéressent pas aux résidentes parce qu'ils considèrent qu'ils n'ont rien en commun avec elles, et ils continuent à penser qu'ils n'ont rien en commun avec elles parce que justement ils ne s'intéressent pas à elles. Du côté des vieilles dames, lorsqu'on leur demande pourquoi elles ne sont toujours qu'entre femmes, elles prêtent

souvent peu d'intérêt à la question et l'expédient en répondant généralement que c'est un problème qui concerne les hommes, que s'ils veulent se joindre à elles ils n'ont qu'à venir. Alors qu'en est-il ? Que se passe-t-il vraiment quand un résident tente de se joindre à ces vieilles dames ?

Il faudrait tout d'abord évoquer un cas très particulier à Petite Provence, celui de Robert Agostini. Il s'agit de l'homme qui est à l'initiative de la création de l'association qui administre la résidence et les services qui y sont proposés, il est en quelque sorte le fondateur de l'établissement, et c'est aussi, comme nous l'avons vu, le père de l'actuelle « directrice », Marie-Thérèse Dumont. Cet homme est aujourd'hui âgé et malade, et s'est installé dans la résidence au début de mon stage en tant que résident. Son statut de fondateur et d'ancien gérant de Petite Provence, ainsi que son lien de filiation avec Mme Dumont, font de lui un résident à part qui est le sujet d'un regard et d'un traitement spécifique, tant de la part des employés que de la part des habitants de la résidence. M. Agostini échappe en quelque sorte à la division par genre. Il est le seul homme à être fréquemment installé au milieu des résidentes, et ces dernières acceptent très bien sa présence, certaines se montrant même particulièrement attentionnées envers lui. Un autre résident est assez bien accepté parmi les femmes, bien qu'il ne s'installe jamais avec elles, il s'agit de M. Bouchon. Cet habitant a un petit chien qu'il sort promener plusieurs fois par jour. Pour se rendre dans le jardin, il traverse donc le salon et passe devant le cercle de dames. Il arrive qu'il les ignore complètement, mais le plus souvent il s'arrête pour les saluer et discute avec elles quelques instants, jamais plus de cinq minutes et en restant toujours debout, puis il repart dès qu'il y a un blanc dans la conversation. Lorsqu'il vient, la plupart des dames s'intéressent à lui, elles participent activement à la discussion, sont souriantes et se montrent aimables envers lui. Mais il faut dire que M. Bouchon est lui aussi un cas un peu particulier, il s'agit d'un résident considéré comme très autonome et il est surtout très actif : ayant la passion du chant et du cinéma, il a joué jusqu'à il y a peu de temps dans plusieurs films, et il part régulièrement en weekend avec un ami artiste pour chanter dans divers endroits et participer à des concours. Les résidents, qu'ils soient homme ou femme, considèrent ce monsieur en grande forme et plutôt bavard, qui continue à vivre sa passion et connaît toutes sortes de célébrités, comme quelqu'un d'intéressant et de sympathique. De plus, il ne faudrait pas négliger le fait que ce résident est le seul à avoir un chien et que, lorsqu'il passe dans le salon, les dames s'intéressent au moins autant au caniche qu'à son maître.

En dehors de ces cas particuliers, les vieux messieurs qui tentent d'entrer en contact avec les résidentes sont rarement très bien reçus. Alors que je tentais de convaincre M. Martinet

qu'il devrait peut-être essayer de s'installer malgré tout dans le salon parmi les femmes, ce dernier m'a expliqué « C'est que même si on y va elles sont un peu réticentes », et cela semble en fait assez vrai. Un soir où il paraissait être particulièrement en mal de compagnie, M. Martinet s'était finalement décidé, après plusieurs allers-retours ponctués de regards brefs vers le groupe de femmes, à s'asseoir dans le salon central. Il s'est montré jovial et très bavard, et a tenté d'amorcer la discussion en abordant toutes sortes de sujets. Mais ses tentatives sont restées vaines : quelques dames lui répondaient poliment par des phrases très brèves et qui n'appelaient pas de réponse, d'autres ne semblaient même pas l'entendre. La plupart des résidentes ne le regardaient pas directement et, bien que la présence d'un homme parmi elles soit un événement assez exceptionnel, les vieilles dames se comportaient d'une manière générale comme s'il avait été invisible. De même, M. Maillard tente parfois d'entrer en contact avec les résidentes, mais lorsqu'il leur dit bonjour il n'obtient que très peu de réponses, et les très rares fois où je l'ai vu s'asseoir parmi les dames, ces dernières faisaient mine de l'ignorer ou se montraient particulièrement froides. Pourtant, dès lors que l'homme qui les a rejointes se lève et s'en va, il n'est plus invisible et la plupart des résidentes se mettent à faire toutes sortes de commentaires sur l'intrus et sur ses faits et gestes. La réticence de ces vieilles dames vis-à-vis de la présence masculine semble elle aussi fondée sur un ensemble d'idées reçues concernant la nature des hommes, et en particulier des hommes âgés. Ce discours est cependant moins généralisant que celui des hommes puisqu'il souffre quelques exceptions, comme le montre par exemple le cas de M. Bouchon sur lequel les résidentes ne tarissent pas d'éloge. En réalité, il semblerait que l'intrusion d'un homme parmi elles génère surtout chez les résidentes une certaine forme de suspicion. Ce qui ressort des discours de ces personnes âgées, c'est qu'elles ont des idées bien arrêtées sur les différences de genre : les hommes et les femmes ont des traits de caractère et de comportement distincts et inaliénables, chacun a sa place. Les résidentes n'ont en fait pas l'air de comprendre pourquoi des hommes pourraient vouloir s'installer parmi les femmes. Il semblerait que, pour ces générations, une relation entre hommes et femmes hors du cercle familial soit nécessairement sexualisée. Un vieil homme qui s'assoit au milieu d'un groupe d'une dizaine de vieilles dames n'est pas à sa place, et les résidentes entretiennent à son égard un sentiment de méfiance car la seule explication qu'elles paraissent envisager pour comprendre cette intrusion incongrue est que cet homme recherche probablement à avoir avec elles un rapport à connotation sexuelle. Or, si les avances d'un jeune homme génèrent chez ces vieilles dames un plaisir visible, celles d'un vieil homme apparaissent toujours à leurs yeux comme la manifestation d'un vice dont l'instigateur serait déraisonnable et obscène. Il semblerait que les résidentes perçoivent généralement les vieux messieurs comme étant des êtres ayant une forte

tendance à la lubricité, comme le montre d'ailleurs le fait qu'une de ces dames ait émis l'hypothèse que si les hommes restent beaucoup dans leur chambre c'est probablement pour y recevoir des femmes. Ce trait de comportement qu'elles imputent aux hommes âgés est certainement l'une des raisons pour lesquelles les résidentes n'apprécient guère leur présence.

Les résidentes restent donc généralement entre elles, et les résidents quant à eux ne sont pas assez nombreux pour former des groupes, mais on peut dire qu'ils se fréquentent. A Saint François de Sales, Raphaël m'a raconté qu'il y aurait, parmi les résidents, ce qu'il appelle « de la solidarité entre hommes », me donnant l'exemple de certains messieurs qui, avant de quitter la salle d'activité ou la salle de restaurant, vont serrer la main des autres hommes présents. C'est quelque chose que j'ai aussi pu observer chez les résidents de Petite Provence : les hommes qui vivent dans cet établissement se saluent systématiquement entre eux alors qu'ils ne saluent pas toujours les femmes. Quand deux hommes se croisent ils discutent généralement ensemble quelques instants, et quand plusieurs hommes sont présents dans le salon ils s'assoient souvent côte à côte. Les hommes d'un côté et les femmes de l'autre donc. La division par genre est, dans ces deux établissements, pensée par les résidents comme quelque chose de naturel et normal. Cette séparation semble finalement faire sens pour la plupart des résidents parce qu'elle s'insère dans leur système de représentation des genres, elle participe à l'ordre naturel des choses. Il ne faudrait cependant pas croire qu'il s'agit d'une division absolue et souveraine : elle n'est, comme nous l'avons entrevu avec le cas de M. Agostini et de M. Bouchon, qu'une des différenciations de base à partir desquels les individus élaborent leurs modes de relation aux autres.

## **2) Des employés et des résidents**

Au-delà de la division par genre, la première distinction qui est faite parmi les individus qui peuplent les maisons de retraite est la division par statut, j'entends principalement par là la distinction entre membres du personnel et résidents. Le regard que les différents acteurs de ces établissements portent sur l'autre est radicalement différent selon que cet autre est un employé ou un résident, et selon que l'acteur en question appartienne lui-même à l'une ou à l'autre de ces catégories d'individus. La distinction entre résidents et membres du personnel est très

marquée dans les deux maisons de retraite étudiées, et en particulier à Saint François de Sales. Elle se manifeste notamment par le fait que les employés portent des tenues professionnelles qui signalent leur appartenance à la catégorie des membres du personnel et qui, à Saint François de Sales, informent également sur le statut professionnel et la fonction de chaque employé. Les membres du personnel sont divisés en un certain nombre de sous-catégories selon leur statut de femme de ménage, d'ASL, d'aide-soignant, d'infirmier ou encore de médecin. Il va de soi que les rapports entre employés, mais aussi les rapports entre résidents et employés, ne sont pas vraiment les mêmes selon que ces employés appartiennent à l'une ou à l'autre de ces catégories professionnelles. Il semblerait que les membres du personnel fréquentent essentiellement les employés qui ont le même statut qu'eux ; ce sont ces employés qu'ils connaissent le mieux et avec lesquels ils ont le plus d'affinités. Pour ce qui est de l'influence du statut professionnel des employés sur leur relation avec les personnes âgées, il apparaît que les soignants se sentent plus proches des résidents que les ASL ou les femmes de ménage. Les soignants ont un contact direct avec la personne âgée, ils agissent sur elle et sur son corps, et pas seulement sur son environnement comme le font les ASL ou les femmes de ménage. D'autre part, il semblerait que les résidents aient plus d'admiration pour les soignants que pour les autres employés, et il est certain que le statut professionnel d'ASL ou de femme de ménage est moins valorisé que le statut professionnel de soignant. Les animateurs quant à eux sont toujours très appréciés, tant par les résidents que par les employés. Ils sont généralement moins pressés par le temps que les autres membres du personnel, et ils ont toujours l'air de très bonne humeur puisque leur fonction veut qu'ils soient souriants et apportent de la joie aux autres. Je ne dispose cependant que de très peu d'informations sur l'impact qu'a le statut professionnel d'un employé sur le regard que portent sur lui et sur l'attitude qu'exercent à son égard les individus qui vivent et travaillent en maison de retraite. Je m'intéresserai en fait surtout ici à un niveau de distinction plus général et plus fort, c'est-à-dire aux deux grandes catégories d'individus que sont les résidents et les membres du personnel. Le rôle et la position de chacune de ces catégories d'individus au sein de l'établissement est très différente : les uns sont là pour travailler et s'occuper des autres, les autres sont là pour vivre et pour qu'on s'occupe d'eux. Nous tâcherons de voir et d'analyser dans le prochain chapitre ce que les positions d'aidant ou d'aidé impliquent en termes de mode de relation aux autres, mais je souhaiterais d'abord me pencher sur les qualités particulières que les uns et les autres imputent aux employés d'une part et aux résidents d'autre part.

Il ressort généralement du discours des membres du personnel que la différence principale entre ce que sont les résidents et ce que sont les employés de l'établissement, tient

pour eux essentiellement au fait que les résidents sont faibles, incapables et malades, tandis que les employés sont forts, ils sont capables et ils sont en bonne en santé. Les employés m'ont dit que, d'une manière générale, ils se sentent, sur le plan affectif, tout aussi proches des résidents que des autres membres du personnel, bien qu'ils décrivent leur relation avec les résidents comme très différente de celle qu'ils ont avec les membres du personnel. Au regard de ces professionnels, les personnes âgées qui vivent en EHPAD sont des individus vulnérables et en souffrance, alors que les membres du personnel, catégorie dans laquelle ils s'incluent volontiers, sont plutôt décrits comme des individus « blindés », qui bien sûr souffrent parfois, mais qui disposent des armes pour se protéger de cette souffrance et l'évacuer. On peut donc essentiellement définir le regard que portent les membres du personnel sur les résidents comme étant un regard de pitié, et celui qu'ils portent sur leurs collègues de travail comme étant empreint d'une certaine estime. Les retraités qui habitent à Saint François de Sales et à Petite Provence portent quant à eux un regard très négatif sur les autres résidents, et ils se montrent généralement très sévères dans leurs propos vis-à-vis de ces personnes âgées à qui ils prêtent tous les défauts, en particulier l'inaptitude, l'égoïsme et la débilité. Les membres du personnel en revanche sont systématiquement mis sur un piédestal par les résidents, et, comme dans un jeu de miroir, ils sont décrits à l'opposé des personnes âgées, comme compétents, altruistes et intelligents. Les habitants de ces maisons de retraite reconnaissent bien sûr qu'ils sont eux-mêmes des personnes âgées et qu'ils sont des résidents, mais ils cherchent généralement en permanence, par des stratégies d'évitement et par certaines technique discursives, à s'extraire de ces catégories et à se présenter comme différents des autres vieux et des autres résidents. Dans un article publié dans la revue *Gérontologie et Société*, Dominique Argoud et Bernadette Puijalon écrivent : « Si le dialogue avec ses semblables n'est pas toujours recherché, il peut en aller autrement avec les membres du personnel. Le contact avec les professionnels est souvent une identification jugée plus valorisante. La personne recherche ainsi une relative complicité pour mieux se démarquer d'autres vieux qu'elle stigmatise » (Argoud et Puijalon 2003). Cette analyse correspond tout à fait à ce que j'ai pu observer à Saint François de Sales et Petite Provence. Les résidents entrent généralement très peu en interaction avec les autres personnes âgées, mais ils recherchent en permanence le contact avec les membres du personnel. Les personnes âgées avec lesquelles j'ai discuté déclaraient à chaque fois qu'elles appréciaient bien plus la présence des employés que la présence des autres résidents, et elles m'ont toutes dit qu'elles se sentaient plus proches des membres du personnel que des résidents. Par ailleurs, alors que lorsque les employés parlent des membres du personnel et décrivent ce que sont ces derniers ils utilisent presque toujours le « nous » ou le « on », s'incluant par là même dans cette

catégorie d'individus, lorsque les personnes âgées parlent des résidents et les décrivent ils utilisent généralement le « ils », s'excluant implicitement de cette catégorie.

La liste des qualités que les personnes âgées prêtent aux employés et des défauts qu'ils imputent aux autres résidents serait longue à énoncer ici. Mais signalons que, outre les qualificatifs que nous avons mentionné, il ressort de mes discussions et de mes entretiens avec les retraités que les qualités les plus souvent évoquées pour décrire les membres du personnel sont « la gentillesse », « le dévouement », le fait d'être « souriant », « la jeunesse » et « la santé ». Ce discours sur ce que sont les membres du personnel semble encore une fois être construit dans un jeu de contraste avec l'idée que les résidents ont de ce que sont les vieux. Nous avons eu un aperçu dans le précédent chapitre de la façon dont la vieillesse est perçue dans notre société comme l'âge de la perte, de l'improductivité, de la souffrance, de la maladie et de la mort. Cette représentation du grand âge est partagée aussi bien par les résidents que par les membres du personnel, mais les membres du personnel ont généralement un regard beaucoup plus indulgent sur les personnes âgées que les résidents. Il est probable que, du fait qu'ils ne soient pas eux même des vieux et qu'ils ne craignent pas d'être confondus avec eux, les employés peuvent se permettre ce regard indulgent, regard qui est par ailleurs nécessaire à la bienveillance qu'impose le fait de « prendre soin » de quelqu'un. Mais les personnes âgées usent au contraire d'un regard très critique pour se démarquer des autres vieux, peut-être parce que critiquer c'est quelque part se situer en position d'extériorité. Gérard Ribes et Vincent Caradec constatent en effet que généralement, les individus âgés et même très âgés, ne se sentent pas vieux (Caradec 2003 ; Ribes 2009) : « le « vieux », c'est l'autre » (Ribes 2009, 37). De même, Irving Rosow remarque que la plupart des individus âgés ne s'identifient pas aux autres personnes âgées, et qu'ils ont généralement tendance à déprécier particulièrement le grand âge (Rosow 1977). Les autres résidents sont ainsi fréquemment décrits par les habitants de ces maisons de retraite comme étant « séniles », « ingrats », « râleurs », et bien sûr « vieux » et « malades ».

En filigrane de ces séries de qualificatifs que les personnes âgées utilisent d'une part pour décrire les membres du personnel et d'autre part pour décrire les résidents, il m'a semblé que l'on pouvait voir émerger l'idée selon laquelle le résident est celui qui prend et qui est associé aux notions de souffrance et de mort, tandis que le membre du personnel est celui qui donne et qui est associé aux notions de joie et de vie. Les employés sont décrits par les résidents comme ceux qui apportent de la vie dans l'établissement, ceux qui sont toujours joyeux et qui apaisent les souffrances des personnes âgées. Cela est selon moi assez bien illustré par le



discours de M. Garnier, un résident de Saint François de Sales qui, au cours d'un entretien, m'a décrit les membres du personnel de la façon suivante :

« Ils sont un peu la joie de vivre. Il y a ces personnes dont vous sentez qu'elles sont en train de perdre ou au physique ou au moral, et quand à côté d'elles vous avez des aides-soignantes pimpantes que vous avez envie d'embrasser tellement elles sont jeunes et fraîches, [...] mais enfin il n'y aurait pas ces visages là, pardonnez-moi mais ce serait presque euh je dirais pas l'enfer mais vous savez ce qu'on dit d'une maison de retraite à l'extérieur : c'est un mouroir. Et si c'est pas un mouroir c'est parce qu'il y a un Raphaël et une Martine, c'est parce qu'il y a toutes ces jolies aides-soignantes et tout ce personnel qui, le sourire aux lèvres, vient et vous demande si vous avez besoin de quelque chose. Mais ça rend la vie possible, sinon je vous le répète c'est un mouroir. Je ne sais pas, c'est le premier cercle de l'Enfer de Dante, je ne sais pas mais il n'y aurait pas Raphaël, il n'y aurait pas Martine, il n'y aurait pas tout ce joli peuple de jeunesse, bah je ne serais plus ici, je serais parti, je serais parti mourir dans un coin peut-être mais je ne serais plus ici. » (Extrait d'un entretien avec Hubert Garnier)

Au-delà, ou plutôt en parallèle, d'un rapport entre deux groupes d'individus de statuts différents, c'est aussi et surtout un rapport entre deux groupes d'individus d'âge différent qui se donne donc à voir dans la distinction entre résidents et employés, et dans la relation entre les personnes qui vivent en maison de retraite et celle qui y travaillent. Mais, comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent, ce n'est pas l'âge chronologique qui fait de la vieillesse un âge redouté auquel on préférera toujours la jeunesse, ce sont les transformations physiques et cognitives qui accablent généralement l'individu dans le grand âge et qui l'amènent à être de moins en moins autonome.

### **3) Des autonomes et des dépendants**

La condition physique et cognitive des personnes âgées est étroitement liée à leur situation d'autonomie ou de dépendance. C'est, comme on l'a vu, la détérioration de leur état de santé qui a amené ces personnes âgées à être de plus en plus dépendantes de l'aide apportée par autrui et à devoir finalement aller vivre en maison de retraite. Et une fois en maison de retraite, c'est encore la condition physique et cognitive de la personne âgée qui fait d'elle un individu plus ou moins dépendant de l'aide des professionnels. Il y a une corrélation entre l'état de santé des résidents tel qu'il est jugé plus ou moins bon et leurs capacités d'autonomie telles

qu'elles sont jugées plus ou moins grandes. Et si un bon état de santé apparaît comme nécessaire à un haut degré d'autonomie, le degré d'autonomie d'une personne âgée apparaît comme révélatrice de son état santé. Comme nous l'avons vu avec la notion de « vieillissement réussi » telle qu'elle a été définie par l'OMS en 1994, le degré d'autonomie est communément admis comme facteur déterminant d'une manière de « bien vieillir ». La diminution de cette autonomie et l'augmentation de la dépendance dans le quatrième âge serait donc un état pathologique de la vieillesse, un « mauvais vieillissement » en quelque sorte. Et en maison de retraite, l'état de santé des résidents et leur degré d'autonomie ou de dépendance joue un rôle crucial sur la façon dont ils sont perçus et traités par les différents acteurs de ces établissements.

Nous avons évoqué dans le chapitre 1 le fait que les individus qui vivent en EHPAD soient constamment évalués et triés en fonction des pathologies et du degré d'autonomie qu'on leur prête. C'est particulièrement flagrant à Saint François de Sales où les résidents les plus dépendants sont souvent hébergés dans des unités spécialisées, à l'UHR lorsque l'on considère qu'ils souffrent de pathologies cognitives importantes, et à l'UGD lorsque l'on considère qu'ils sont dans un tel état de dépendance qu'ils ont besoin d'un accompagnement de tous les instants. Et dans l'unité maison de retraite de Saint François de Sales, la distinction qui est faite entre les personnes âgées selon le degré d'autonomie qu'on leur prête est particulièrement visible au moment des repas. Les résidents qui sont catégorisés comme « fortement dépendants » et qui ont besoin d'une assistance pour s'alimenter ne mangent pas avec les autres dans la salle de restaurant du rez-de-chaussée, mais ils prennent leur repas dans les salles à manger des étages. Ils sont un peu moins d'une dizaine dans chaque étage, soit une petite vingtaine au total. Ces personnes âgées qui mangent dans les étages ne sont jamais placées face à face mais en quinconce. Cette singularité semble provenir d'un choix du personnel qui considère que, étant donné que les individus qui mangent dans ces salles s'alimentent d'une façon qui ne correspond généralement plus du tout aux bonnes manières de table, il en va du bien être de ces personnes de ne pas les exposer à la vision directe d'un compagnon de table qui mange avec ses mains ou qui laisse la moitié de sa nourriture s'échapper de sa bouche. Et ces individus très dépendants de l'accompagnement des professionnels ne font pas que prendre leurs repas dans ces salles à manger des étages, ils y passent pour la plupart presque toute leur journée et ne quittent cette pièce que lorsqu'ils sont conduits à leur chambre pour un soin ou pour dormir. Ces personnes âgées, qui sont généralement en fauteuil roulant, demeurent assises pendant des heures dans les salles à manger, somnolant sur leurs fauteuils ou le regard perdu dans la couleur orangée du

papier peint, dans un silence que trouble seulement le bruit d'une télévision que personne ne regarde et qui reste pourtant presque constamment allumée.

A Petite Provence, des aides-soignants sont présents dans la salle de restaurant tout au long des repas et ils font manger les individus qui ont du mal à s'alimenter seuls. Les personnes les plus dépendantes de l'aide des professionnels mangent donc dans la même pièce que les personnes plus autonomes. Mais on ne peut cependant pas dire que ces deux catégories d'individus mangent ensemble puisque les personnes qui ont besoin d'aide pour prendre leur repas ne mangent pas à la même table que les autres résidents, mais mangent à deux tables qui ne se différencient en rien des autres et sont situées chacune à un bout de la salle. Cette relative séparation des individus qui ont besoin d'aide pour s'alimenter et de ceux qui n'en ont pas besoin a été mise en place tout d'abord pour faciliter le travail des soignants, mais peut-être également parce qu'aucun résident dit autonome n'aurait voulu d'un résident dit dépendant pour compagnon de table. La séparation entre résidents autonomes et résidents dépendants telle qu'elle est mise en place par l'établissement n'est pas aussi forte à Petite Provence qu'à Saint François de Sales, mais la division par degré d'autonomie des résidents n'est pas seulement le fait de la politique de l'établissement, elle se manifeste et se perpétue aussi et surtout dans le comportement qu'adoptent les personnes âgées qui vivent dans ces maisons de retraite. Cela est par exemple visible dans la manière dont les résidents investissent ou non l'espace collectif et participent ou non aux activités organisées par l'établissement.

Dans les deux maisons de retraite, il est apparu qu'il y a deux catégories d'individus qui sont presque toujours absents des activités collectives, chacune située à extrême sur l'échelle de la dépendance et de l'autonomie vis-à-vis d'autrui. Il y a tout d'abord les résidents qui entrent dans la catégorie des individus très autonomes. Ils ne participent généralement pas aux activités organisées par l'établissement qu'ils jugent au mieux inintéressantes, au pire infantilissantes et avilissantes. En revanche, ils ont leurs propres activités, ils sortent souvent de la maison de retraite et ils ne se mêlent pas vraiment à cette collectivité dans laquelle ils ne se reconnaissent pas et refusent de se reconnaître. Ces résidents dits « très autonomes » sont fortement minoritaires, on en compte environ quatre ou cinq à Saint François de Sales, et peut être une dizaine à Petite Provence. A un autre extrême, il y a la catégorie des individus très fortement dépendants qui, semble-t-il pour le bien-être de tous, sont presque invisibles au sein de la collectivité, bien qu'ils soient nettement plus nombreux que ceux qui sont considérés comme très autonomes.

Parmi les personnes dont les capacités physiques et cognitives leur permettent d'être très autonomes vis-à-vis des professionnels de l'établissement, on distingue deux types de comportement par rapport à la collectivité. Il y a d'une part ceux que l'on ne voit jamais et qui ne sont que très rarement en contact avec les professionnels de la maison de retraite et avec les résidents. Ayant très peu besoin de l'aide des employés, ces derniers les côtoient beaucoup moins que les autres résidents. Il ressort de mes observations que ces résidents entretiennent avec les membres du personnel des rapports distants. Au-delà des salutations et des quelques formules que la politesse exige, ils ne leur parlent pas, ne se confient pas à eux, ne leur témoignent pas d'affection et n'entrent pas en contact physiquement avec eux. Vis-à-vis des autres personnes âgées, ce type de résidents dits « très autonomes » adopte généralement la posture de l'évitement. S'ils sont obligés d'être régulièrement en contact avec les employés de l'établissement, au moins avec ceux qui sont en charge des tâches ménagères, il leur est beaucoup plus facile d'éviter de se trouver en présence d'autres résidents. Ces personnes âgées ne fréquentent pas les espaces collectifs, et, lorsqu'elles quittent leur chambre, c'est le plus souvent pour se rendre à l'extérieur de l'établissement. Les seuls moments de la journée où elles sont nécessairement en contact avec les résidents sont les repas, mais il ressort de mes observations que, même dans cette situation, ces individus parviennent à limiter le contact avec les autres car, lorsqu'ils ne mangent pas seuls, ils demeurent souvent très silencieux pendant les repas.

D'autre part, il y a parmi les personnes âgées dites très autonomes, des résidents qui entrent beaucoup plus en contact avec les autres. Ils vont rarement aux animations mais on peut souvent les croiser dans l'espace collectif de l'établissement. Ils sympathisent généralement rapidement avec les membres du personnel, et il arrive fréquemment qu'une réelle complicité se noue entre ces résidents et certains employés. Pour les différents acteurs de ces maisons de retraite, ces personnes âgées autonomes et sociables ont « bien vieilli », elles incarnent la figure valorisée d'une vieillesse active et autonome et elles sont généralement très appréciées, tant par les employés que par les résidents. Paul Bouchon, habitant de Petite Provence dont nous avons vu qu'il est un des seuls hommes à être assez bien reçu parmi les vieilles dames, entre dans cette catégorie des vieux actifs et autonomes. Tout comme Jeanne Masson, une résidente élégante qui s'entend très bien d'ailleurs avec M. Bouchon. A Saint François de Sales, il y a notamment parmi ces personnes âgées dites très autonomes, Hubert Garnier ou Anna Grévin, et ces deux résidents s'apprécient également beaucoup. Les habitants de Petite Provence et Saint François de Sales tiennent sur ce type de résidents des discours souvent assez élogieux et parfois

empreints d'une certaine admiration, et ils ne ratent généralement pas une occasion d'entrer en interaction avec eux, de les saluer et de discuter avec eux. Ces personnes âgées assez actives et très autonomes nouent des relations avec les autres résidents qui sont considérés comme actifs et autonomes. Elles entrent très peu en contact avec les résidents les plus dépendants, et lorsqu'elles le font c'est généralement un acte motivé par la compassion, c'est pour leur rendre service, pour les aider à faire quelque chose.

Les individus qui ont de grosses difficultés à se mouvoir et/ou qui sont atteints de ce qu'on appelle de lourdes pathologies cognitives, donc ceux qui sont le plus dépendants de l'accompagnement des employés, sont assez isolés des autres résidents. Ils sont relativement peu visibles dans l'espace collectif : à Petite Provence ils vivent essentiellement dans leur chambre et à Saint François de Sales ils restent la majeure partie de la journée dans les salles à manger des étages. Par ailleurs, ces résidents très dépendants ne participent pas aux activités organisées par l'établissement. Les membres du personnel ne leur proposent pas de les accompagner aux animations car ils ont besoin d'un accompagnement individuel important, et s'il y a des individus très dépendants qui participent à l'activité, ça devient vite « trop difficile à gérer » pour les animateurs. Mais si ces résidents dits très dépendants sont assez isolés par rapport aux autres personnes âgées, c'est aussi et surtout parce que ces dernières les tiennent à l'écart.

Gill Hubbard, Susan Tester et Murna G. Downs ont remarqué que les attributs personnels des résidents, comme la vue ou l'ouïe, influencent le fait qu'ils entrent ou non en relation les uns avec les autres, et que les personnes qui souffrent des déficiences les plus sévères sont mises à l'écart par les autres résidents (Hubbard et al. 2003). J'ai pu constater exactement le même phénomène à Petite Provence et à Saint François de Sales, où les résidents évitent généralement de fréquenter les individus qui sont sourds, qui sont en fauteuil roulant ou bien qui sont atteints de maladies de type Alzheimer. Et cela ne passe pas inaperçu du côté des membres du personnel. Alors que je parlais avec Clémence et Sonia des relations entre résidents, ces dernières m'ont dit que « c'est surtout le degré de dépendance et de handicap » des uns et des autres qui joue sur ces relations, et que « les résidents qui sont en fauteuil ou qui perdent la boule ils sont beaucoup tenus à l'écart ». Le fait de se déplacer en fauteuil roulant et le fait de « perdre la tête » semble en effet être les deux facteurs principaux de la stigmatisation et de l'exclusion de certaines personnes âgées par les autres résidents, mais ils ne sont pas les seuls. D'une manière générale, les résidents tiennent leurs distances avec ceux qui leur semblent trop handicapés, trop vieux et trop décatis. Ainsi, Jérémy m'a dit qu'il lui arrivait régulièrement

d'entendre des personnes âgées dire des choses comme « elle je lui parle pas, elle est sourde » ou « elle bave », etc. Les résidents évitent soigneusement d'entrer en contact, ne serait-ce que par le regard, avec les individus les plus malades et dépendants, et il est à ce titre révélateur de constater qu'aucun résident ne fréquente les salons des étages et qu'on n'y voit jamais que les personnes très dépendantes qui y passent leur journée. Car les habitants de ces maisons de retraite n'aiment pas la présence des individus handicapés et dépendants, comme l'illustrent assez bien les propos qu'a tenu Mme Masson alors qu'elle me parlait d'un événement qui s'était déroulé dans la salle de restaurant de Petite Provence au cours du repas du Beaujolais, repas de fête où les résidents ne sont pas placés à leur table habituelle :

« Je voyais M. Guyot à la table d'en face, il était au milieu et il était face à moi. On l'avait mal placé entre parenthèses : il avait je crois, comment elle s'appelle, Sophie qui perd la tête, y'avait toutes les femmes là, enfin tous les gens un peu difficiles ou qui ont perdu la tête, il n'était pas entouré. » (Extrait d'un entretien avec Jeanne Masson)

Les résidents évitent donc autant que possible d'être en contact avec les individus qui sont atteints de pathologies invalidantes et qui sont fortement dépendants. Et pour ces individus, la sensation d'isolement et le sentiment de solitude sont souvent très grands. Heureusement pour eux, les résidents qui entrent dans la catégorie des personnes très dépendantes sont très souvent en contact avec les membres du personnel, et en particulier avec les soignants. Les personnes les plus dépendantes sont celles dont les soignants s'occupent le plus et aussi, selon leur expression, celles qu'ils « maternent » le plus. Les résidents auxquels les soignants disent s'être le plus attachés sont généralement des individus assez dépendants, et il y a parfois une affection réciproque très forte entre ces individus et certains soignants. Mais si ces personnes très dépendantes de l'aide des professionnels sont dénigrées et rejetées par les autres résidents, ce n'est probablement pas parce que ces derniers seraient dotés d'une cruauté dont les soignants seraient dénués, mais plutôt parce que les personnes âgées cherchent, à travers une posture de critique et d'évitement, à se démarquer des individus infirmes et très dépendants auxquels ils craignent de ressembler et refusent d'être assimilés.

Ainsi, selon Vincent Caradec, il y a dans les établissements de soins gériatriques des tensions identitaires entre résidents valides et invalides, car les individus les plus dépendants, les plus atteints par les transformations physiques et mentales qui accompagnent le vieillissement, représentent pour les autres résidents ce qu'ils craignent de devenir et ce avec quoi ils risquent d'être confondus (Caradec 2009). Alors que j'interrogeais Charlotte Germain sur sa vie quotidienne au sein de Petite Provence, celle-ci m'a répondu « C'est pas gai hein ! » ;

et lorsque je lui ai demandé pourquoi, elle m'a déclaré : « Bah parce que c'est tous des gens plus ou moins malades, je dirais même infirmes. Si vous voyez le nombre de chariots qu'il y a dans le hall à l'heure du repas ! Les gens qu'on amène en chariot, qui radotent... Non c'est pas gai du tout. C'est pas gai du tout ». Et si la présence de ces personnes infirmes est désagréable, c'est, comme l'a remarqué Vincent Caradec, parce qu'elles semblent représenter pour les résidents ce qu'ils sont en train de devenir. Un jour, à Saint François de Sales, alors que Mme Evrard, une résidente malentendante et en fauteuil roulant, était attablée dans une des salles à manger des étages, elle m'a dit « On va crever, tant mieux ! ». Un peu bêtement j'ai répondu « Mais non, vous n'allez pas crever. », et elle a aussitôt répliqué « Mais si, regardez les autres ! » en me montrant d'un geste de la main les résidents qui se trouvaient dans la pièce et dont certains glissaient de leur fauteuil ou s'endormaient sur leur assiette. Une autre fois, à Petite Provence, Mme Bouvet m'a déclaré « Ce qui m'a choquée en arrivant [dans la résidence], c'est de voir tous ces vieux ». Et quand je lui ai demandé pourquoi ça l'avait choquée, elle m'a répondu : « Parce que je suis vieille aussi et je vois que je vais finir comme ça : avec le chariot et tout ». Mais il n'y a pas que les personnes âgées qui craignent de ressembler et de devenir semblables aux résidents qui sont atteints de troubles invalidants : on retrouve cette angoisse, quoi que bien moins forte, chez les membres du personnel. En parlant d'une résidente qui avait régulièrement des trous de mémoire, une employée de Petite Provence a dit un jour « Mon dieu, dis-moi que je ne vais pas devenir comme elle ! ». A l'inverse, il m'est arrivé à deux reprises d'entendre un résident dire à un employé « J'aimerais être comme toi ».

Mais l'angoisse de ne plus pouvoir marcher ou de devenir sénile, et d'être de plus en plus dépendant de l'aide apportée par autrui, est loin d'être aussi présente chez les membres du personnel que chez les résidents. Car les membres du personnel ont la sensation qu'ils ont le temps et qu'il s'écoulera bien des années avant qu'ils ne soient semblables à ces individus infirmes et très dépendants, tandis que les résidents ont la terrible sensation qu'ils sont déjà en train de se transformer et de leur ressembler de plus en plus, et que ce n'est plus qu'une question de mois ou de semaines avant qu'ils ne soient tout à fait semblables à ces êtres terrifiants. Alors les résidents s'efforcent soigneusement et continuellement de se distinguer de ceux qu'ils jugent plus malade ou moins autonomes qu'eux. Nous avons vu comment les résidents utilisent l'évitement, mais aussi la critique et la moquerie, pour se tenir à distance de l'identité dévalorisante du vieux infirme et sénile, pour se situer en extériorité par rapport à la catégorie de ceux qui sont invalides et qui perdent la tête. Ils utilisent aussi un certain nombre de techniques discursives, généralement sur le mode du « ils sont comme ci et moi je suis comme

ça », pour bien mettre en évidence la différence entre eux et les personnes qu'ils considèrent comme plus malades et dépendantes. M. Maillard m'a par exemple déclaré : « Mais je vous dis, les personnes âgées y'en a beaucoup qui sont éteintes. Y'en a elles ont le chariot, tout ça... Moi j'ai la chance de marcher quoi quand même ». Les résidents relativisent beaucoup leur condition physique et cognitive, et considèrent toujours qu'ils sont en moins mauvais état que les autres. Même s'ils sont visiblement séniles, c'est toujours l'autre qui « perd la boule », et lorsqu'ils sont en fauteuil roulant, ils mettent l'accent sur le fait qu'ils ont encore toute leur tête. Ainsi, alors que j'évoquais avec M. Daniel, un résident assez malade et qui se déplace sur un fauteuil roulant, le fait qu'il était au quotidien beaucoup aidé par les soignants, celui-ci a reconnu, visiblement de mauvaise grâce, qu'il était en effet aidé pour la toilette et l'habillage, puis il s'est empressé d'ajouter « mais je suis à moitié indépendant quand même ».

Au-delà du fait que les personnes âgées atteintes de troubles invalidants représentent pour les autres retraités ce qu'ils craignent de devenir et ce avec quoi ils refusent d'être confondus, il faut bien voir aussi que parmi ces personnes âgées, beaucoup ont des problèmes physiques ou cognitifs qui impliquent des difficultés à communiquer, et que ces difficultés à communiquer sont un frein important à la création de relation. C'est le cas notamment pour les personnes qui sont sourdes. La surdité isole beaucoup les résidents qui en sont atteints : ils ne vont pas aux animations et ils peuvent difficilement avoir des conversations. Par ailleurs, le fait d'être sénile, d'être atteint de troubles cognitifs de type Alzheimer, induit souvent, dans les cas les plus graves, une difficulté à communiquer avec les autres d'une manière qui leur paraisse cohérente. Les habitants des deux maisons de retraite étudiées m'ont tous dit qu'il était selon eux impossible de discuter avec les personnes qui « perdent la tête » et que ces personnes représentent la grande majorité des résidents. M. Blanc m'a par exemple dit des autres résidents que « ils sont tous zinzins, alors y'a rien à dire ». Mme Bouvet m'a expliqué qu'il n'était pas possible de nouer des relations avec les autres personnes âgées car elles sont séniles, et Mme Bonnefoy pense elle aussi que « on ne peut pas discuter avec les personnes qui n'ont plus toute leur tête ». Selon M. Garnier, il y a à Saint François de Sales peut être dix ou douze résidents « dont on peut penser qu'on est en phase, avec lesquels vous pouvez raisonner comme vous le souhaiteriez ». M. Garnier m'a expliqué que ces quelques personnes âgées avec lesquelles il peut discuter et raisonner de manière cohérente lui apportent quelque chose, mais que les autres ne peuvent rien lui apporter dans la mesure où leurs propos lui semblent irrationnels et incohérents et où tout se passe comme s'ils ne parlaient pas la même langue. Du côté des employés aussi, le fait que les résidents soient capables ou non de communiquer est présenté



comme jouant un rôle important dans la qualité de la relation qu'ils vont nouer avec eux. Les soignants préfèrent toujours travailler avec des personnes « avec lesquelles on peut parler » plutôt qu'avec des individus qui ne peuvent plus communiquer. Une infirmière de Saint François de Sales m'a par exemple dit d'une résidente de l'UGD qu'elle était son « rayon de soleil » parce que « même si elle a des troubles cognitifs on peut avoir une discussion avec elle, et c'est important dans une unité comme ça ».

Pour faciliter l'analyse, j'ai opposé précédemment de façon assez schématique les individus considérés comme autonomes et les individus considéré comme dépendants. La classification des résidents selon qu'ils soient plus ou moins dépendants est une réalité en maison de retraite, mais elle n'est pas constituée de deux catégories qui seraient les autonomes et les dépendants, il y a en réalité de nombreuses catégories qui correspondent chacune à un certain degré de dépendance. En maison de retraite comme ailleurs, il n'existe pas des individus qui seraient dépendants et d'autres qui ne le seraient pas, mais des individus qui sont dans une situation de plus ou moins grande dépendance vis-à-vis d'un certain nombre d'existants, dépendance qui peut être, selon la situation, de nature et de forme variable. De même, il n'y a pas en maison de retraite des individus sains de corps et d'esprit avec lesquels on peut communiquer et des individus malades avec lesquels on ne peut pas communiquer. Mais il y a des individus dont le fonctionnement physique et cognitif permet de communiquer plus ou moins facilement avec eux, c'est-à-dire d'entrer en interaction en comprenant et en étant compris. Nous avons vu que les personnes âgées qui vivent en maison de retraite sont par définition des individus qui sont au quotidien fortement dépendants de l'aide apportée par autrui. Ce sont aussi souvent des individus dont le corps et le système cognitif ne fonctionne plus comme chez les personnes qui sont considérées comme normales et en bonne santé, et la communication avec ces individus est plus ou moins difficile selon les cas. D'une manière générale, il est donc plus difficile de communiquer en étant sûr de comprendre et d'être compris avec les individus qui vivent en maison de retraite qu'avec d'autres individus. Les résidents, et à plus forte raison ceux qui sont atteints de troubles ayant un impact sur leur manière de communiquer, sont donc souvent disqualifiés comme partenaires d'échange, et leur statut en tant que personne devient incertain.

#### **4) Des personnes et des « non-personnes »**

Pendant les repas qui se déroulent dans les étages de Saint François de Sales, les membres du personnel s'adressent très peu aux personnes âgées qu'ils aident à s'alimenter, mais ils discutent en revanche beaucoup entre eux. Lorsqu'on les interroge sur le fait que pendant ces repas ils ne parlent pas aux résidents mais qu'ils parlent uniquement entre eux, les employés répondent que c'est parce que ces résidents ne peuvent plus communiquer, soit parce qu'ils ne sont plus capables d'entendre et de comprendre soit parce qu'ils ne sont plus capables de dire et de se faire comprendre. Mais cette disqualification des résidents comme partenaires d'échange ne se limite en fait pas aux personnes âgées avec lesquelles il est très difficile de communiquer : il semblerait que les membres du personnel considèrent toujours que les résidents sont des êtres différents d'eux-mêmes et qu'on ne peut pas discuter avec ces êtres différents de la même manière qu'on le ferait avec ses semblables. Un jour à Saint François de Sales, j'ai accompagné deux aides-soignantes qui amenaient une résidente à un laboratoire d'analyses médicales. Pendant tout le temps du trajet, les employées n'ont cessé de discuter entre elles de leurs maris et de leurs enfants, et elles n'ont pas adressé un mot à la résidente. Je sais pourtant, pour avoir discuté avec elle, que cette résidente est une personne avec laquelle il est tout à fait possible de communiquer. Lors des soins que les professionnels effectuent en binôme, on peut également remarquer presque systématiquement que les soignants s'adressent finalement très peu au résident dont ils s'occupent, mais qu'ils parlent beaucoup entre eux. D'une manière générale en maison de retraite, on peut constamment observer des situations où les membres du personnel parlent entre eux des résidents mais ne parlent pas aux résidents

Cette disqualification de la personne âgée dépendante en tant que partenaire d'échange est particulièrement visible dans la manière qu'ont les membres du personnel d'utiliser la troisième personne pour parler des résidents et parfois même pour s'adresser à eux. Il arrive en effet très fréquemment que les employés parlent d'une personne âgée en utilisant la troisième personne du singulier en présence de cette personne âgée. Les exemples de ce type ne manquent pas en maison de retraite. D'une manière générale, il s'agit d'un employé qui s'adresse à un autre employé et tient un discours sur un résident, en présence de ce résident mais en faisant comme s'il n'était pas là. Ça peut être un soignant qui dit à un autre soignant, à propos d'une dame dont ils sont en train de s'occuper, « elle me regarde méchamment », ou bien une ASL qui déplace le fauteuil roulant sur lequel est installée une résidente pour laver le sol et dit « elle

va pas comprendre pourquoi je la bouge » mais lui explique pas, ou encore une aide-soignante qui est en train de me parler d'une résidente et de son caractère et me dit « regarde, elle écoute, elle entend ». Dominique Argoud et Bernadette Puijalon ont remarqué cette tendance qu'ont les employés des maisons de retraite à parler des résidents sans s'adresser à eux et en utilisant la troisième personne du singulier (Argoud et Puijalon 2003). Pour ces deux sociologues, cette troisième personne c'est justement « la non-personne », c'est celui dont on parle mais qui est absent (ibid.). Ce recours à la troisième personne place la personne âgée dans une position d'objet de la discussion et la disqualifie en tant que participante de la discussion. Et lorsque les membres du personnel s'adressent aux résidents, c'est très souvent en utilisant le « on », en disant par exemple « on va s'habiller », « on va aller manger » ou « on va prendre les médicaments ». Pour Argoud et Puijalon, le fait de s'adresser aux personnes âgées en utilisant le « on » est une façon encore une fois de les « dépersonnaliser » (Argoud et Puijalon 2003). L'usage du « on » plutôt que du « tu » ou du « vous » disqualifie la personne âgée en tant que sujet défini et agissant.

Le fait de ne pas considérer les résidents comme des sujets et des partenaires d'échange à part entière conduit souvent à ne pas accorder de valeur à ce qu'ils disent. Alors que deux aides-soignantes étaient en train de la rhabiller, une résidente a un jour murmuré « j'ai chaud », mais les aides-soignantes n'ont pas semblé l'entendre et lui ont rajouté un gilet. Une autre fois à l'UGD, un groupe d'employées étaient plongées dans une grande discussion sur l'importance de prendre soin des personnes âgées avec respect et bienveillance ; à l'autre bout de la pièce, une résidente gémissait continuellement depuis déjà une dizaine de minutes « j'ai soif, j'ai soif » mais personne ne semblait l'entendre bien qu'il eut été impossible de ne pas l'entendre. Quelques semaines plus tard, c'est une autre résidente de Saint François de Sales qui s'est adressée à une soignante et lui a dit « J'ai soif, je voudrais de l'eau » ; l'aide-soignante lui a rapporté un verre de lait en disant « Tenez, buvez ça », mais la résidente a répondu « Non c'est du lait », alors la soignante s'est exclamée « Ah vous voulez du sirop ! ». Et il n'y a pas que les demandes des résidents que les employés écoutent peu : d'une manière générale, les employés accordent peu de crédit aux propos que tiennent les résidents, en particulier s'il s'agit de d'individus atteints de troubles cognitifs. Ainsi, des « grands dépendants » de l'UGD, une employée m'a dit « c'est pas la peine que tu discutes avec eux, tu pourras rien en tirer ». D'autre part, les résidents sont souvent considérés par les membres du personnel comme des individus qui ne sont pas maîtres de ce qu'ils disent et de ce qu'ils font. Ainsi, lorsqu'un conflit éclate entre une personne âgée et un employé, il est très fréquent que l'employé s'énervé dans un

premier temps, puis qu'il se calme assez rapidement et décrète que finalement « c'est pas sa faute, c'est sa pathologie ». Mettre sur le compte d'une pathologie le comportement désagréable ou les mots blessants d'une personne âgée permet de ne pas être en colère contre cette personne et de continuer à s'occuper d'elle. Mais c'est aussi encore une fois une manière de la disqualifier en tant que personne agissante, puisque c'est sa pathologie qui la fait agir.

Pour les membres du personnel, les personnes âgées qui vivent en maisons de retraites sont des individus dont le fonctionnement physique et cognitif, ainsi que le mode de vie, est tellement différent de leur propre condition et de leur propre façon de vivre, que cela peut finir par faire apparaître ces personnes âgées comme des êtres foncièrement différents de ce que les employés considèrent qu'ils sont eux même. Tellement différents que l'on en vient parfois à ne plus les considérer comme des personnes au même titre que par exemple les autres employés. Ainsi, une aide-soignante m'a dit un jour en me montrant une photographie sur laquelle figurait une résidente quand elle était plus jeune « Quand on pense que c'était des personnes qui étaient comme nous... ». Lorsque des individus ne sont plus capables de se mouvoir ou de communiquer par eux-mêmes, lorsque les transformations qui affectent leur système cognitif sont telles qu'il n'est plus possible de comprendre ce qu'ils expriment ou de se faire comprendre d'eux, alors la nature de ces êtres devient incertaine : sont-ils toujours des personnes ? M. Garnier m'a dit au cours d'un entretien « Si vous ôtez à l'être humain la parure de son intelligence et de sa mémoire il n'y a rien : c'est de la matière, un grouillement biologique ». La mémoire semble en effet être ce qui constitue l'individu en tant que personne, puisque ce sont nos souvenirs qui nous permettent de tisser une histoire de nous-même, une sorte d'autobiographie qui fonde notre identité et structure notre relation aux autres. La mémoire, écrit Christine Bergé, c'est « ce par quoi nous pouvons dire « je » » (Bergé 2010, 7). Quant à l'intelligence, considérée en son sens étymologique comme faculté de comprendre, elle est à la base de toute forme de communication puisque dans toute interaction il s'agit de comprendre le sens de ce qu'exprime l'autre et de se faire comprendre en retour en s'exprimant de façon intelligible. Lorsqu'un être humain semble avoir perdu la mémoire et apparaît par là-même comme n'ayant plus d'identité stable, et lorsque de surcroît il est inaccessible à la communication, son statut de personne n'a plus rien d'une évidence.

Or, comme le remarque Pascale Molinier, depuis quelques décennies la politique des institutions gériatriques veut que toutes les personnes âgées, même si elles sont incapables de bouger ou de parler, soient toujours traitées comme des personnes (Molinier 2013). Cela s'inscrit dans un contexte idéologique selon lequel tout être humain, quel que soit son état, est

et restera toujours une personne à part entière. Alors dans ce contexte, selon Pascale Molinier, la question qui se pose pour les individus qui travaillent en maison de retraite est la suivante : « Comment faire d'un autrui qui n'est pas comme soi-même un semblable ? » (Molinier 2013, 116). Toujours selon Molinier, « beaucoup d'efforts sont déployés en maison de retraite [...] pour que les personnes âgées ressemblent à ce qu'elles ne sont pas : des personnes normales » (Molinier 2013, 144). Ainsi, même si les membres du personnel se comportent souvent avec les résidents comme s'ils n'étaient pas des personnes à part entière, on peut régulièrement les entendre dire « il faut pas oublier que ce sont des personnes ». De même, s'ils n'ont pas forcément le réflexe de s'adresser aux résidents et de leur parler, ils insistent sur l'importance de la communication avec ces personnes âgées, sur le fait qu'il faut leur demander leur avis et leur expliquer avant de faire un soin. Le fait que les membres du personnel aient tout un discours de ce qu'il faut faire pour traiter les résidents comme des personnes mais qu'ils n'aient généralement pas tendance à les traiter spontanément de la sorte, montre encore une fois que le fait que ces personnes très âgées soient de « vraies personnes » ne relève pas pour eux de l'évidence.

Les employés s'efforcent continuellement de faire en sorte que les résidents, en particulier les plus dépendants d'entre eux, aient l'apparence de personnes dites normales. Il faut qu'ils soient propres, coiffés, rasés, parfumés, bien habillés, etc. Et moins la personne ressemble à un individu normal, plus on va tâcher de l'y faire ressembler. Ainsi, à l'UGD où les personnes âgées sont pour la plupart incapables de se mouvoir et de parler, et demeurent en permanence immobiles sur leur fauteuil, le visage souvent déformé par d'étranges rictus, les employées ont coutume de maquiller les résidentes, de leur mettre de la poudre, du rouge à lèvres et même du fard à paupière. Et la posture aussi est importante pour qu'un être ressemble à une personne normale : les membres du personnel ont horreur des résidents qui ne se tiennent pas droits ou glissent sur leur fauteuil, et ils passent beaucoup de temps à les redresser de manière à ce qu'ils soient dans la même posture que le serait un individu considéré comme normal s'il était assis sur ce fauteuil. Les personnes très âgées et très dépendantes confrontent les individus qui s'en occupent à une dérangeante altérité, elles montrent une dimension de ce qu'est l'être humain qu'on a peu l'habitude de voir et que bien souvent on ne veut pas voir. Alors, face à l'étrangeté de cet autrui et à l'incertitude qui les saisit quant à sa nature, les membres du personnel s'efforcent de lui donner une apparence la plus humaine possible et de gommer l'animalité inquiétante et obscène qui transparaît de son corps.

Nous avons eu un aperçu de la manière dont les individus qui vivent et travaillent en maison de retraite s'imputent mutuellement certaines identités. Nous avons pu voir que l'identité qui est assignée à un individu dépend non seulement de sa propre condition mais aussi de la condition de celui qui lui impute cette identité. C'est à travers l'identification des autres que l'on se définit soi-même par rapport à ces autres et que l'on revendique, par le jeu des contrastes et des similitudes, une certaine identité personnelle. Le genre, mais surtout le rôle au sein de l'établissement, la condition physique et cognitive et le degré de dépendance vis-à-vis d'autrui, sont en maison de retraite les critères majeurs de catégorisation des individus à partir desquels les différents acteurs de ces établissements élaborent leur relation aux autres. Nous avons vu que la manière dont un individu est perçu et identifié par un autre détermine la façon dont cet autre va ou non entrer en relation avec lui. Tâchons maintenant d'en savoir un peu plus sur la nature de cette relation.

## **Chapitre 4**

### **Les modes de relation en EHPAD**

#### **1) Relation de don ou relation d'échange, aider et offrir**

Philippe Descola définit les modes de relation comme « les liens que des existants tissent entre eux, les effets qu'ils exercent les uns sur les autres » (Descola 2005, 424). L'analyse que Descola propose des différents modes de relation que l'on retrouve selon lui dans tout groupe humain, me semble assez pertinente pour comprendre les relations interpersonnelles en maison de retraite, puisque ces modes de relation tels que les présente Descola donnent à voir la nature réciproque ou non du rapport à l'autre, la symétrie ou la dissymétrie de l'échange, mais aussi l'équivalence ou la différence sur le plan ontologique des différents acteurs de la relation. Philippe Descola définit six modes de relations qu'il divise en deux groupes : les « relations réversibles entre des termes qui se ressemblent », comme l'échange, la prédation et le don, et les « relations univoques fondées sur la connexité de termes non équivalents », comme la production, la protection et la transmission. (Descola 2005, 425). Parmi les relations du « premier groupe » défini par Descola, c'est-à-dire les relations « entre deux termes du même statut ontologique » (Descola 2005, 426), nous nous intéresserons à l'échange et au don.

Selon Philippe Descola, l'échange est un mode de relation symétrique, c'est un rapport réciproque où chacun donne quelque chose à l'autre et reçoit quelque chose de l'autre, tandis que le don est un mode de relation asymétrique, un rapport non réciproque où l'un donne et l'autre prend (Descola 2005). Dans les sociétés occidentales, le don apparaît comme un véritable « idéal moral » (Descola 2005, 427), c'est un mode de relation fortement valorisé car il prend la forme d'un acte désintéressé et profondément altruiste. A Petite Provence, sur le tableau où les employés écrivent généralement des citations, une phrase de Voltaire est restée inscrite pendant plusieurs semaines : « Quand je fais du bien, c'est ma meilleure œuvre ». Bien

que la relation de service entre employés et résidents soit à priori un échange et non pas un don, puisque les personnes âgées paient, et même très cher, pour les services que leur rendent les employés et que les employés sont payés pour s'occuper des personnes âgées, ce n'est généralement pas ainsi qu'est perçue et présentée cette relation. Le plus souvent, les résidents n'ont pas véritablement l'impression de payer les employés. D'une part parce que ces personnes âgées ne gèrent généralement plus elles-mêmes leurs finances, et d'autre part parce que la paie que reçoivent les employés ne leur vient pas directement des résidents : elle transite par les instances administratives de l'établissement. Par ailleurs, les membres du personnel ont tendance à présenter l'ensemble des services que leur fonction les amène à rendre aux personnes âgées comme un don et non pas comme un échange, et il est probable que ce soit lié au fait que le don soit une modalité de relation très fortement valorisée. Ainsi, les employés déclarent à l'unanimité qu'ils ne font pas ce métier pour l'argent, que ce qui leur plaît c'est « le don de soi », « le fait d'aider les autres et de se sentir utiles ». Les personnes âgées que j'ai rencontrées étaient généralement très reconnaissantes vis-à-vis des membres du personnel pour leur dévouement et pour l'aide qu'ils leur apportent. Elles n'ont d'autre choix que d'accepter cette aide, mais il est également apparu au fil de mes discussions avec ces personnes âgées qu'elles n'aimaient pas être dans la position de celui qui reçoit et n'offre rien en retour. Car s'il est valorisant d'être dans la position de celui qui donne, il semblerait que le fait d'être dans la position de celui qui prend mais n'a rien à donner est au contraire assez dévalorisant.

Comme le remarque Isabelle Mallon, la perte de l'autonomie engendre toujours une forte « dissymétrie dans les relations » (Mallon 2006, 190), car l'individu dépendant doit être aidé et accompagné, et qu'il n'est lui-même généralement plus en position de fournir en retour et à proportion égale de l'aide ou du soutien. Cette dissymétrie relationnelle pourrait amener la personne dépendante à une auto-dévaluation, et pourrait aussi dans bien des cas engendrer une dévalorisation sociale de l'individu âgé, qui est alors perçu comme « encombrant » (Maisondieu 2006, 40). L'expression « prise en charge » illustre assez bien l'aspect dissymétrique de la relation aidant-aidé et fait de l'individu fortement dépendant de l'aide apportée par autrui celui qui est un poids pour autrui. Or les retraités que j'ai rencontré répétaient souvent « Je ne veux pas être une charge » ou « J'ai l'impression d'être un boulet ». Certains s'accommodent relativement bien de cette situation et considèrent qu'après tout les membres du personnel « sont là pour ça », d'autres sont plus mal à l'aise et ont toujours peur de gêner ou de donner trop de travail aux employés. Le sentiment d'être une charge ou « un boulet » pour les autres est



d'autant plus fort chez ces personnes âgées du fait que la vieillesse soit conçue comme un âge où l'individu est improductif (Henrard 2006 ; Catenacci 2011).

« A quoi je sers ? » Le psychothérapeute et sexologue Gérard Ribes aurait très souvent entendu cette phrase lors de ses consultations avec des patients âgés (Ribes 2009, 17). Selon Cyril Hazif-Thomas, « le statut de la personne sociale par rapport à la productivité et la place du vieillard dans la société ne sont pas suffisamment pris en compte pour que la personne âgée échappe au sentiment d'inutilité » (Hazif-Thomas et al. 2002, 408). Je n'ai pour ma part jamais entendu de résidents poser la question « à quoi je sers ? » mais le sentiment d'inutilité était bien présent dans leur discours. Les retraités manifestaient fréquemment leur volonté d'être utile et de rendre service. Pour ne citer qu'un exemple, j'évoquerai la fois où Mme Davy avait participé à un atelier de fabrication de décorations de Noël destinées à égayer l'établissement en période de fêtes. A la fin de l'activité, Nina a félicité Mme Davy, elle lui a dit qu'elle avait été très productive et l'a remerciée pour sa contribution à l'élaboration des décorations. Mme Davy a répondu « Si je peux être utile ça me fait plaisir », et je crois qu'en effet, je ne l'avais jamais vue aussi heureuse qu'à ce moment-là. Les résidents expriment souvent le fait qu'ils ne veulent pas être une charge et qu'ils veulent au contraire être utiles aux autres. Charlotte Germain m'a ainsi expliquée que ce qu'elle aime c'est « apporter quelque chose aux autres », c'est « les aider ». Et Jeanne Masson m'a dit un jour, non sans une certaine fierté, « j'aide assez les gens, même si je ne les aime pas ». Les personnes âgées qui vivent en maison de retraite se mettent elles aussi parfois dans la position de celui qui prend en charge, qui s'occupe des autres ; qu'il s'agisse d'aider une résidente qui a des difficultés à se déplacer à s'asseoir sur un fauteuil, de proposer un livre à la personne qui est clouée dans un coin sur un fauteuil roulant, ou bien de dire aux autres ce qu'il faut faire en intimant par exemple à un résident qui tente de se lever et risque de tomber l'ordre de rester assis. Et il arrive assez fréquemment que les personnes âgées refusent l'aide apportée par les autres résidents, parfois poliment et parfois de manière assez agressive en disant par exemple « Fichez-moi la paix ! » ou « Mêlez-vous de vos affaires ! ». Ainsi, si les résidents acceptent d'être aidés par les professionnels, ils refusent souvent d'être aidés par les autres résidents dont ils pensent visiblement qu'ils ne valent pas mieux qu'eux. Et les résidents qui se mettent beaucoup dans la position d'aidant en s'occupant régulièrement des autres sont assez critiqués par les autres retraités qui considèrent apparemment que ces individus cherchent à se mettre en avant et essaient de se faire passer pour ce qu'ils ne sont pas.

Mais plus encore qu'aux autres personnes âgées, c'est surtout aux membres du personnel que les résidents essaient d'apporter quelque chose. Car ce qui ressort de leur

discours, même s'ils ne le verbalisent pas en ces termes, c'est que les résidents souhaiteraient plus de réciprocité dans leur relation aux membres du personnel. Les résidents de l'UHR par exemple, disent souvent aux employés qu'ils voudraient les payer. Chez le coiffeur aussi, les résidents s'inquiètent beaucoup de savoir qui va payer et ne comprennent pas qu'ils n'aient pas à payer directement la coiffeuse. Et au-delà d'une contrepartie financière, c'est surtout en offrant des cadeaux que les résidents peuvent à leur tour être dans la position de celui qui donne et atteindre une certaine réciprocité dans leur relation aux personnes qui s'occupent d'eux. Car si les employés n'ont pas le droit de recevoir de l'argent de la part des résidents, ils peuvent en revanche accepter des petits cadeaux. Mais le problème, c'est que la plupart des résidents sortent très peu de l'établissement où ils vivent et qu'ils ont donc rarement l'occasion d'acheter des choses à offrir. J'ai ainsi entendu une fois une vieille dame se lamenter du fait qu'elle n'avait rien à offrir aux aides-soignantes qui venaient de l'aider à s'habiller. Les cadeaux que font les résidents sont parfois des bibelots ou des cartes qu'ils ont fabriqués lors d'un atelier, ou bien de petits objets qu'ils ont gagnés au loto, mais le plus souvent ce sont des friandises. Un jour, alors qu'une résidente m'avait demandé de l'aider à enfiler ses bas et que je m'apprêtais à repartir une fois la tâche accomplie, la vieille dame m'a dit « Attendez, je vais vous donner des calissons ». Je suis donc revenue vers elle et j'ai pris un calisson dans la boîte qu'elle me tendait, mais la résidente a dit « Ah non, deux jambes c'est deux calissons, prenez-en un deuxième ». Une autre fois à Saint François de Sales, Anna Grévin était en train de prendre un café aux machines du hall d'entrée. Elle voulait nous offrir un café à un aide-soignant et à moi-même et nous avions accepté, mais elle nous avait donné beaucoup plus d'argent qu'il n'en fallait et nous essayions vainement de lui rendre une partie de ses pièces qu'elle refusait obstinément de reprendre. C'est à ce moment que le docteur Morin est passé par là, et Mme Grévin s'est exclamée « Docteur ! Docteur, vous voulez un café ? », le médecin a répondu « Non merci » et la vieille dame a dit d'un air agacé « Mais pourquoi est-ce qu'on ne peut jamais rien vous offrir à vous autres ?! ».

La plupart des professionnels qui travaillent en maison de retraite sont en fait assez conscients de la volonté des personnes âgées de se sentir utile et de ne pas être une charge, et ils sont généralement aussi conscients du caractère dissymétrique de la relation aidant-aidé et du fait que la position de celui qui reçoit de l'aide sans en apporter en retour est assez dévalorisante. Selon les sociologues Dominique Argoud et Bernadette Puijalon, il y aurait depuis quelques années « une remise en cause des pratiques professionnelles et institutionnelles basées sur un mode de « prise en charge », qui a induit une profonde inégalité dans la relation

entre l'aidant et l'aidé » (Argoud et Puijalon 2003, 24). Elles ajoutent que « le succès d'un terme comme celui de l'« accompagnement », [...] démontre une volonté chez un certain nombre d'acteurs sociaux d'insuffler de nouveaux modèles d'action fondés sur une plus grande réciprocité dans la relation » (ibid.). En effet, les membres du personnel des deux maisons de retraite étudiées n'hésitent pas à demander de l'aide aux résidents, même lorsqu'ils n'ont pas forcément besoin d'être aidés, et ils remercient à chaque fois les résidents qui leur ont donné un coup de main, en insistant parfois de manière exagérée sur le fait qu'ils leur ont bien rendu service. A Saint François de Sales, certaines tâches comme le pliage des serviettes sont laissées aux résidents qui veulent se rendre utiles. Et à Petite Provence, Sonia m'a par exemple expliqué qu'elle laisse au maximum les résidents l'aider et « se débrouiller seuls » pour qu'ils se sentent utiles. Parfois, le combat pour faire de la relation aidant-aidé une relation d'égal à égal se joue sur d'autres terrains, comme par exemple sur celui de la posture qu'adoptent les employés lorsqu'ils s'occupent des résidents. Une aide-soignante m'a ainsi expliqué qu'il faut s'asseoir lorsqu'on donne à manger aux résidents « pour être à leur niveau et ne pas les dévaloriser ». Mais encore une fois, qu'il s'agisse de demander de l'aide aux personnes âgées ou de s'asseoir pour être à leur hauteur, ces façons de faire ne sont pas des réflexes pour les employés, comme le laisse d'ailleurs deviner leur façon de toujours décrire et analyser ces manières d'agir en expliquant qu'il faut faire comme ça parce que c'est bien pour les résidents. Et la dissymétrie dans la relation entre membres du personnel et résidents ne se limite pas à la question de la réciprocité du rapport entre un individu qui apporte de l'aide et un autre qui la reçoit : il y a d'autres modes de relation qui structurent les interactions entre les membres du personnel et résidents, et qui, comme nous allons le voir, induisent un rapport d'inégalité encore plus fort entre les différents acteurs de la relation.

## **2) Relation de protection ou relation d'éducation, chaperonner et façonner**

Philippe Descola écrit : « Les relations du premier groupe [le don, l'échange et la prédation] autorisent la réversibilité du mouvement entre les termes : celle-ci est indispensable pour qu'un échange ait lieu et elle demeure possible, sinon toujours désirée, dans la prédation

et le don. En revanche, les relations du deuxième groupe sont toujours univoques et se déploient entre des termes hiérarchisés » (Descola 2005, 439). Les relations de ce « deuxième groupe » défini par Descola sont la protection, la transmission et la production (Descola 2005). La protection est une forme de rapport à l'autre que l'on retrouve inévitablement dans la relation entre les employés d'une maison de retraite et les individus qui y vivent. En effet, l'un des principaux devoirs des membres du personnel est de faire en sorte qu'il n'arrive rien aux résidents, et, comme le disent souvent les employés, ils sont « responsables » des personnes âgées qui habitent dans l'établissement où ils travaillent. Ce rapport de protection est particulièrement visible dans l'impératif de « surveiller les résidents ». L'expression « surveiller » est fréquemment utilisée par les membres du personnel, et elle souligne selon moi le rapport de domination qui, à en croire Philippe Descola, est inhérent à la relation de protection (ibid.). Les notions de protection et de surveillance, et le vocabulaire qui y est associé, ne va pas sans évoquer la relation entre l'adulte et l'enfant. Ainsi, au cours d'une sortie en ville avec quelques résidents de Petite Provence, Sonia m'a dit qu'elle avait toujours peur qu'il arrive quelque chose aux résidents lors de ces sorties et qu'elle ne les lâchait pas des yeux, puis elle a ajouté en riant « Je fais comme avec des enfants ! ». Descola semble d'ailleurs lui aussi considérer la relation entre adulte et enfant comme étant la référence en matière de rapport de protection puisqu'il écrit : « Sans être jamais réciproque, la relation de protection peut certes s'inverser avec le temps : les soins dont les parents entourent leurs enfants jusqu'à l'aube de l'âge adulte leur seront peut être rendus par ceux-ci lors de la vieillesse » (Descola 2005, 445). Le retour en enfance des personnes âgées est un leitmotiv que l'on retrouve aussi bien dans la littérature sur la vieillesse que dans le discours des employés des maisons de retraite et parfois des résidents eux-mêmes. Nous reviendrons par la suite sur la question de l'infantilisation des personnes âgées, mais pour l'heure signalons déjà que, comme le remarque Jean Jacques Amyot, l'augmentation de la dépendance des individus âgés amène à les considérer comme « des incapables plus tout à fait majeurs » (Amyot 2011, 59). Les personnes âgées ne sont bien sûr pas des enfants, mais il semblerait que plus elles sont dépendantes de l'aide apportée par autrui, moins elles sont perçues comme des adultes. Ainsi, si l'on considère que les personnes âgées doivent être surveillées et protégées, c'est bien parce que d'une certaine manière elles sont perçues comme des êtres qui ne sont plus capables de se protéger et d'agir par eux-mêmes comme ils le devraient.

Dans un même ordre d'idée, la relation aidant-aidé ou soignant-soigné implique que l'aidant ou le soignant soit fréquemment dans la situation de celui qui choisit pour l'autre. C'est

d'autant plus vrai en établissement de soins gériatriques, car les individus qui y sont soignés ne sont parfois plus capables d'exprimer leur volonté. Selon Pascale Molinier, « le care est par définition une région de dissension et de désaccord ; la question de ce qui convient le mieux pour autrui faisant l'objet de réponse diverses » (Molinier 2013, 24). En maison de retraite, les personnes âgées n'expriment pas toujours leurs besoins et leurs envies, et il s'agit pour les soignants d'interpréter des regards, des gestes ou des attitudes. Mais lorsque le besoin ou l'envie est exprimé, les soignants, comme nous l'avons déjà évoqué, n'en tiennent pas toujours compte. Car ils sont dans la position de celui qui est censé savoir ce qui est bon pour les personnes âgées, et cette position leur confère de fait une certaine autorité sur ces personnes âgées. Les membres du personnel n'usent cependant pas systématiquement de cette autorité. En se basant encore une fois sur l'idéal moral qui veut que la personne âgée, même infirme ou sénile, soit toujours considérée comme une personne à part entière, les soignants expliquent qu'il faut autant que possible respecter leurs choix, et c'est souvent ce qu'ils font. Mais comme ils le disent, « il y a des limites » au respect des choix de la personne âgée. Alors quelles sont ces limites ? De ce que j'ai pu en voir elles ne sont pas stables puisque chaque employé fixe en fait, au cas par cas, les limites au-delà desquelles il considère qu'il ne peut plus respecter la volonté de la personne âgée et que, pour son propre bien, il doit « la forcer » à faire quelque chose. Il y a donc en permanence dans le rapport entre les soignants et les résidents, une négociation entre ce que veulent les résidents et ce que les soignants considèrent qui est bon pour eux. C'est pourquoi, comme le dit Pascale Molinier, « le care idéal n'existe pas » (Molinier 2013, 104).

Mais si on prend régulièrement en compte, et apparemment de plus en plus, la parole et l'avis de la personne âgée, il n'en demeure pas moins qu'en cas de divergence entre ce qu'un résident veut faire et ce qu'un soignant veut lui faire faire, la décision en ce qui concerne ce que le résident fera ou ne fera pas, revient finalement toujours au soignant. La personne âgée peut donner son avis et exprimer sa volonté, il peut y avoir négociation, mais au final c'est le soignant qui a le pouvoir de décider. Le soignant est considéré comme légitime dans la position de celui qui décide pour l'autre puisque, comme nous l'avons vu, il est perçu comme étant celui qui sait ce qui est bon pour l'autre. Et c'est cette dimension de la relation de soin qui amène Aliénor Bertrand à constater qu'il y a un rapport de domination inhérent à l'idéologie du care et au fait de prendre soin des autres, et qui la conduit à dire à titre d'exemple que « le colonialisme était un discours de *care* » (Bertrand 2011, 7). On touche là à une modalité de la relation entre membres du personnel et résidents, qui me semble relever à la fois de ce que Philippe Descola appelle le rapport de protection et de ce qu'il appelle le rapport de transmission. J'appellerai

pour ma part ce mode de relation « l'éducation ». J'entends par là le fait d'avoir autorité sur quelqu'un, de lui dire ce qu'il doit faire et ne pas faire. En ce sens, l'éducation est un mode de relation très répandue dans le rapport entre membres du personnel et personnes âgées en maison de retraite. Comme le rapport de protection, le rapport d'éducation implique que l'individu éduqué ne soit pas un adulte au même titre que celui qui éduque, puisque il sous-entend que l'individu éduqué n'est pas capable d'agir correctement par lui-même et qu'il a besoin que quelqu'un lui dise comment agir.

En maison de retraite, les exemples d'interactions entre employés et résidents qui prennent la forme du rapport d'éducation sont extrêmement nombreux. Pendant les repas, on peut fréquemment entendre des phrases comme « Vous n'avez pas mangé là, c'est pas bien » ou au contraire « Je suis contente de vous aujourd'hui, vous mangez bien », et même « Quand on mange on se met droite pour commencer, vous êtes toute tordue ! ». A l'heure de la sieste, on assiste souvent à des scènes où les soignants disent à un résident qu'il faut qu'il aille au lit et qu'il dorme, même si ce dernier n'en a absolument pas envie. Et pendant les soins, il arrive par exemple d'entendre une aide-soignante dire à une personne âgée « On fait pas n'importe quoi Dominique hein ! Il faut garder la couche ». La dimension autoritaire de ce rapport à l'autre se manifeste parfois par des gestes comme le fait de redresser sans la prévenir une vieille dame qui se tient penchée sur son fauteuil ou de réajuster le pantalon d'un vieux monsieur sans lui demander son avis. Mais le plus souvent, la relation d'éducation se donne à voir par l'usage de l'impératif dans des injonctions telles que « Allez, mangez encore un peu » ou « Au lieu de regarder le personnel, mangez ! », ou encore « Non Sœur Jeanne, ne tirez pas sur la robe, ça sert à rien », sans oublier les innombrables « Redressez-vous », « Dépêchez-vous », « Levez-vous », « Asseyez-vous », etc. Généralement les résidents réagissent assez bien : ils ont parfaitement assimilé l'idée selon laquelle lorsque les membres du personnel leur demandent de faire quelque chose c'est pour leur propre bien, et ils obéissent en principe sans broncher aux injonctions des employés. Mais une habitante de Saint François de Sales m'a dit un jour qu'elle en avait assez qu'on lui dise tout le temps « fais-ci » ou « fais-ça », et qu'elle aimerait qu'on la laisse tranquille.

Parfois, les injonctions des membres du personnel prennent véritablement la forme de phrases que l'on réserve habituellement aux enfants. J'ai ainsi fréquemment entendu des employés dire à des résidents des choses comme « Sois gentil » ou « Soyez gentil », ou même à plusieurs reprises « Soyez sage ». D'autres fois ce sont des exagérations ou des mensonges grossiers pour amener la personne âgée à faire ce que l'on veut qu'elle fasse, sur un mode qui

là encore ne va pas sans évoquer la négociation avec l'enfant. A titre d'illustration on peut évoquer des phrases telles que « Arrêtez de vous gratter sinon on vous coupe les mains », ou « Allez, mangez la purée, c'est moi qui l'ai faite », puis « C'est bien, vous allez bien grandir ». Et les employés n'attendent pas seulement des résidents qu'ils mangent, qu'ils dorment ou qu'ils fassent ce qu'on leur dit, ils veulent aussi qu'ils soient polis et qu'ils respectent les règles de la vie en société. Ainsi, les membres du personnel reprennent fréquemment les résidents s'ils ne leur disent pas bonjour ou merci, et ils insistent jusqu'à ce que la personne âgée utilise la formule de politesse appropriée. De même, lorsque Sonia accompagne Sophie Perrot au salon, que cette dernière salue les dames du salon central mais que personne ne lui répond, Sonia insiste « Sophie vous a dit bonjour ». Les employés interviennent aussi systématiquement lorsqu'une dispute éclate entre les résidents, par des injonctions telles que « Mme Bonnefoy et Mme Agnès, ça suffit ! », « Je ne veux pas entendre ça ! », ou « Ça suffit ! Je ne veux rien entendre, ni l'une ni l'autre ! ». Et une fois où les résidentes s'étaient beaucoup disputées pendant le loto, Sonia m'a expliqué qu'elle avait annulé la prochaine activité loto parce que les vieilles dames « n'ont fait que se bagarrer » et que si elles sont privées de loto la semaine suivante « ça leur apprendra ». La relation d'éducation est souvent visible lors des animations, dans le rapport qu'entretien l'animateur avec les personnes âgées. La structure même de l'animation, où l'animateur donne des consignes et où les résidents suivent les consignes, évoque le rapport d'éducation. Au cours d'un atelier à Saint François de Sales, alors qu'une intervenante que j'appellerai Nathalie questionnait les résidents afin de leur faire deviner la date et leur posait toute une série de questions, une vieille dame lui a répondu « Oui maîtresse » ; Nathalie a dit « On n'est pas à l'école ici » et la résidente a répliqué « Bah oui mais ça nous rappelle ».

Il convient de signaler que les résidents ne restent pas toujours figés dans la position de celui qui reçoit des ordres et obéit à des consignes. Tout comme ils aiment se mettre dans la peau de celui qui aide autrui, ils aiment aussi jouer le rôle de celui qui a autorité sur autrui. Ainsi, les habitants de Petite Provence et de Saint François de Sales, et en particulier ceux qui sont considérés comme les plus autonomes, disent parfois aux autres résidents ce qu'ils doivent faire, et en particulier à ceux qui sont considérés comme les plus dépendants. Ou alors ils vont voir les soignants ou la famille de ces personnes âgées souvent très dépendantes pour parler avec eux de l'état de ces personnes et pour donner leur avis sur ce qui serait le mieux pour ces résidents.

### **3) Infantilisation et relation de parentalité**

Comme nous l'avons vu, l'augmentation de la dépendance de l'individu âgé et les relations de protection ou d'éducation qu'entretiennent avec lui son entourage induit un parallèle entre la vieillesse et l'enfance. La comparaison de l'enfance et de la vieillesse est un motif que l'on retrouve fréquemment dans le domaine littéraire, théâtral et pictural, et ce depuis l'antiquité (Puijalon et Trincaz 2006). D'après Bernadette Puijalon et Jacqueline Trincaz, Aristophane aurait déclaré « l'homme est enfant deux fois » (Puijalon et Trincaz 2006, 167), et Paul Balvet aurait écrit en 1963, « l'expression populaire retourner en enfance est une expression tout à fait adéquate, profonde, que la psychiatrie ne fait que commenter » (Balvet in Puijalon et Trincaz 2006, 172). Cette assimilation du vieillard à l'enfant est un élément que l'on retrouve fréquemment dans les discours des soignants. Il m'est par exemple arrivé à Petite Provence d'entendre une stagiaire dire « En fait c'est comme des enfants » et Xavier lui répondre « C'est un peu ça », où à Saint François de Sales une ASL déclarer « Moi je trouve que les bébés et les personnes âgées au bout d'un moment ça se rejoint ». Mais aujourd'hui en maison de retraite, l'infantilisation des personnes âgées est une attitude proscrite. Nous avons vu que la politique actuelle du soin gériatrique veut que la personne âgée soit toujours traitée, quel que soit son état, comme une personne, et on considère qu'il en va de sa dignité et du respect de sa qualité de personne qu'elle ne soit pas infantilisée. La plupart des membres du personnel se sont vus répéter pendant toute leur formation que les personnes âgées ne sont pas des enfants et qu'il ne faut pas les infantiliser. Mais de même qu'ils savent qu'il faut traiter les résidents comme des personnes à part entière mais ne le font pas toujours, ils savent qu'il ne faut pas traiter les résidents comme des enfants mais ils le font souvent. Ainsi, lorsqu'ils évoquent le parallèle entre la vieillesse et l'enfance, les employés utilisent régulièrement des tournures de phrases sous la forme d'un « ils ne sont pas pareil mais quand même ils se ressemblent », comme la fois où une aide-soignante m'a dit « Il ne faut pas comparer les personnes âgées avec des enfants, mais quand même je trouve qu'ils sont assez semblables ».

L'infantilisation des personnes âgées en maison de retraite se manifeste souvent pas des manières d'appeler ou de qualifier les résidents en des termes qui sont habituellement ceux que l'on réserve aux enfants. Par exemple, les membres du personnel disent très fréquemment des résidents qu'ils sont « mignons ». Un jour, alors qu'une résidente venait de lui faire un



compliment, Nina lui a dit « Vous êtes mignonne » et la vieille dame a répondu « Oh mignonne... Est-ce que c'est quelque chose qu'on dit à mon âge ? ». J'ai également remarqué qu'un intervenant de Petite Provence appelait régulièrement les résidents « mes petiots ». D'ailleurs, comme le soulignent Puijalon et Trincaz, lorsque les membres du personnel parlent des résidents « tout semble se réduire. Les petits vieux ont apporté leurs petites affaires ; ils ont leurs petits souvenirs, leur petit pécule, et mènent une petite vie qui n'est pas toujours drôle » (Puijalon et Trincaz 2006, 178). Et parfois, lorsque les employés s'adressent aux personnes âgées, le recours à un registre de communication que l'on considère habituellement comme étant celui de l'échange entre un adulte et un enfant est particulièrement flagrant et peut même paraître très choquant pour un observateur extérieur. J'ai par exemple assisté à une scène où un aide-soignant aidait une résidente à mettre ses bas et lui a chatouillé les jambes en disant d'un ton rieur et affectueux : « Les belles gambettes ! C'est à qui les belles gambettes ? ». J'ai aussi vu une fois une aide-soignante faire « l'avion » avec la cuillère pour faire manger une vieille dame. Ou encore, une aide-soignante qui a apporté un yaourt à boire à un résident en lui disant « C'est le biberon », puis qui a ajouté, après l'avoir un peu aidé à boire, « Allez, vous le faites tout seul, comme un grand ».

« Faites-le tout seul, comme un grand », c'est là une phrase que j'ai entendu à trois reprises en maison de retraite. « Le grand » c'est donc celui qui « fait tout seul ». Il me semble en effet que l'âge adulte tel que nous le percevons est essentiellement défini par la notion d'indépendance : l'adulte c'est celui qui est capable d'agir par lui-même comme il se doit, celui qui n'a, dans l'idéal, pas besoin d'être éduqué ou protégé et qui a très peu besoin d'être aidé. C'est donc principalement la notion de dépendance qui, là encore, semble jouer un rôle important dans le fait que l'individu très âgé ne soit plus considéré comme un adulte, mais apparaisse de plus en plus comparable avec l'enfant et l'adolescent avec lesquels il a en commun sa forte dépendance vis-à-vis des autres. D'ailleurs, les membres du personnel n'adoptent généralement pas une attitude infantilisante envers tous les résidents, mais seulement envers ceux qu'ils considèrent comme étant les plus dépendants. Cette sortie de l'âge adulte tel qu'il est socialement construit et admis pourrait s'apparenter, de façon imagée, à un renversement générationnel. Ainsi, pour Elaine Cumming et William Earl Henry, « at the end of life, there is a reversal of the childhood role and the parent is dependent upon the child » (Cumming et Henry 1961, 66). Ce qui me semble particulièrement important de prendre en compte dans cette citation de Cumming et Henry, c'est le terme « rôle ». La personne âgée n'est pas un enfant bien sûr et tout le monde est capable de distinguer un enfant d'un vieillard, mais si on trouve

que le vieillard ressemble à l'enfant c'est parce qu'il a dans sa relation aux adultes un rôle très comparable à celui de l'enfant : le rôle de celui qui est très dépendant de l'aide apportée par ces adultes, le rôle de celui que l'on protège et à qui l'on dit ce qu'il doit faire. Une aide-soignante par exemple m'a un jour déclaré : « Comme on dit, il y a les bébés d'un côté et les personnes âgées de l'autre et ça se retrouve. Parce que de toute façon on s'en occupe comme des bébés ». Si la personne âgée est, aux yeux de ceux qui sont considérés comme adultes, comparable à un bébé ou à un enfant, c'est donc parce que ces adultes entretiennent avec les personnes âgées dépendantes le même type de rapport que celui qu'ils entretiennent avec les enfants ou les bébés.

A Saint François de Sales, l'infirmière Véronique et deux aides-soignantes, Camille et Sarah, étaient en train de prendre une « pause cigarette » dans les jardins de l'établissement. Profitant de ce moment où les employées ont généralement le temps et l'envie de discuter, je leur demandai de m'expliquer en quoi, selon elles, les personnes âgées sont comparables aux enfants. Nathalie m'a répondu « Bah des fois il faut que tu expliques souvent, que tu poses un cadre », les aides-soignantes ont approuvé « Oui, c'est ça », et Nathalie a continué « Et puis ils sont sans protection, ils ont besoin d'aide ». Sarah est alors intervenue « Et puis tu les couve aussi en même temps » et Camille de compléter « Oui, comme les bébés ». Puis Nathalie a dit « Et c'est vrai que plus ils sont vulnérables plus l'instinct maternel prend le dessus aussi chez les soignants »

Les propos de ces soignantes montrent bien que ce ne sont pas les personnes âgées elles-mêmes qui sont semblables à des enfants, mais que c'est la relation que les employés entretiennent avec ces personnes qui est semblable à la relation qu'ils ont avec des enfants. Encore une fois, il ressort du discours de ces soignantes qu'il s'agit d'une relation d'aide bien-sûr, mais aussi d'une relation de protection, et même d'une relation d'éducation, puisque Nathalie explique qu'il faut « poser un cadre » aux personnes âgées. Alors bien sûr, on pourrait se poser la question : mais pourquoi compare-t-on les vieillards aux enfants mais ne compare-t-on jamais les enfants aux vieillards ? Il semblerait en effet que la relation parents-enfants, et en particulier la relation mère-enfant, soit dans nos sociétés l'archétype de la relation d'aide, de protection et d'éducation, comme le souligne probablement d'une certaine manière le recours de Nathalie à la notion d'instinct maternel. L'enfant incarne la figure de celui qui est aidé, qui est protégé et éduqué, tandis que la mère incarne la figure de celui qui aide, qui protège et qui éduque l'enfant. Ainsi, si les soignants sont comme des mères et les résidents comme des enfants, c'est bien parce qu'il ne faut pas considérer ici les termes « mères » ou « enfants » comme désignant un rapport de filiation ou encore moins des attributs personnels, mais comme étant des rôles sociaux et relationnels. Ainsi, alors que Sarah est au téléphone avec une aide-

soignante qui l'attend dehors et qui lui dit de se couvrir car il fait froid, elle répond en riant « Ok, merci maman », parce qu'elle associe le rôle de celui qui prend soin de l'autre en le protégeant et en lui disant quoi faire au rôle de la maman, et qu'elle veut souligner ainsi, sur le ton de la taquinerie, le fait que sa collègue joue ce rôle vis-à-vis d'elle à ce moment précis de l'interaction.

Si l'on attribue aux termes « enfants » et « parents » le sens de rôles sociaux et relationnels, alors l'idée d'un renversement générationnel qui accompagne l'avancée en âge correspond à une certaine réalité. Et d'ailleurs, il n'y a pas que les soignants qui considèrent les résidents comme des enfants : les résidents eux-mêmes considèrent parfois les soignants comme des parents. Ainsi, il m'est arrivée qu'une résidente me dise d'une soignante qu'elle est « comme une mère » pour elle, et Christine m'a dit un jour de Nina : « Pour m'avoir adoptée comme ça, il fallait vraiment qu'elle soit merveilleuse ». Mais le sens premier de la notion de renversement générationnel renvoie bien sûr aux relations intrafamiliales. J'ai très peu parlé aux familles des résidents, et il m'est donc difficile de savoir s'ils ont l'impression que leurs parents sont devenus leurs enfants. Mais du côté des résidents, il m'a semblé assez clair que pour un certain nombre d'entre eux leurs enfants étaient devenus leurs parents. Il m'est par exemple arrivé à deux reprises de voir une résidente s'adresser à sa fille en disant « maman ». Et lorsque j'ai fait un entretien avec Mme Guillet, celle-ci me parlait continuellement de sa fille en disant « ma mère », en m'expliquant par exemple « heureusement qu'il y a ma mère qui habite pas loin » ou « ma mère s'occupe bien de moi ». Au bout d'un moment, j'ai interrompu Mme Guillet et je lui ai demandé « Mais quand vous me parlez de votre mère, vous voulez dire votre fille ? ». Il y a alors eu un silence pendant lequel elle a semblé réfléchir, puis elle a éclaté de rire et s'est exclamée « Mais oui bien sûr ! C'est ma fille, pas ma mère ! Ohlala ». On retrouve aussi l'identification de l'aidant au parent dans les couples de personnes âgées : celui dont les capacités physiques et cognitives lui permettent d'être dans une position d'aidant par rapport à son conjoint est souvent appelé « maman » ou « papa » par ce conjoint. Mme Blanc par exemple appelle presque systématiquement son mari « papa » et M. Falcot appelle parfois sa femme « maman ». Celui qui s'occupe de l'autre, qui l'aide et le protège, semble pour les résidents aussi être très fortement associé à la figure du parent, et généralement en particulier à celle de la mère. Et d'ailleurs, lorsqu'ils sont en souffrance, lorsqu'ils ont peur ou qu'ils ont besoin d'aide, on peut régulièrement entendre les habitants de ces maisons de retraite gémir ou appeler « Maman ! Maman ! » ou, plus rarement, « Papa ! ».

#### **4) L'agentivité des résidents et les défenses des soignants**

Je voudrais dans un premier temps évoquer brièvement le cas du rapport de production. La production, telle que la définit Philippe Descola, est l'un des modes de relations univoques entre des termes hiérarchisés, tout comme la protection (Descola 2005). Produire c'est créer, c'est fabriquer. Mais lorsque les individus ont produit quelque chose, il me semble qu'ils ont très souvent tendance à dire « je l'ai faite » plutôt que « je l'ai créée » ou même « je l'ai fabriquée ». Le verbe « faire » est donc à mon avis souvent utilisé au sens de « produire ». Et ce verbe faire, je l'ai constamment entendu en maison de retraite dans un contexte d'énonciation qui m'a d'emblée paru tout à fait incongru. En effet, aussi bien à Petite Provence qu'à Saint François de Sales, les soignants disent presque toujours lorsqu'ils vont s'occuper d'un résident qu'ils vont « le faire ». On peut donc régulièrement entendre entre soignants des échanges comme « Tu as fait M. Daniel ? » « Non, je vais le faire après ma pause », ou « Je peux pas venir de suite là, je suis en train de faire Mme Rey ». Cet usage du verbe faire est assez surprenant puisqu'il ne s'agit pas ici de « faire quelque chose » mais bien de « faire quelqu'un ». J'ai même une fois entendu, alors que des ambulanciers venaient chercher une résidente, une aide-soignante leur répondre « Vous pouvez attendre un peu ? Parce qu'elle n'est pas tout à fait finie là ». Philippe Descola écrit que l'entité qui est produite est placée « dans une situation de dépendance vis-à-vis de l'entité à qui [elle] doit son existence » (Descola 2005, 439). Aucun employé de maison de retraite n'irait bien sûr jusqu'à dire que c'est à lui que les personnes dont il s'occupe doivent leur existence, puisqu'il est évidemment étranger à leur venue au monde. Mais il m'a quand même semblé que la plupart d'entre eux avaient le sentiment, plus ou moins exprimé, que si les personnes dont ils s'occupent sont toujours en vie et si elles sont ce qu'elles sont au jour d'aujourd'hui, c'est par l'action qu'ils ont menée auprès de ces personnes et je dirais même par l'action qu'ils ont menée sur ces personnes. En ce sens, on peut dire qu'aux yeux des employés les individus dont ils s'occupent leur doivent, au moins en partie, leur existence actuelle. Je n'ai malheureusement pas eu le réflexe de questionner les membres du personnel sur cette expression de « faire quelqu'un », et Philippe Descola n'envisage le rapport de production que comme une relation entre un être vivant et un être inanimé. Le lien que je fais ici entre l'usage de cette expression et un hypothétique rapport de production dans la relation entre soignant et résident n'est donc qu'une interprétation pour laquelle je ne dispose pas de données qui puissent véritablement l'étayer.

Ce qui est sûr en revanche, c'est que l'expression « faire autrui » place autrui, sinon dans la position de celui qui est produit, au moins dans la position de celui sur lequel s'exerce l'action. Le soignant est celui qui agit sur l'autre, le soigné est celui sur lequel s'exerce l'action de soin. Et il me semble que c'est là une des constantes qui traverse les différents modes de relations que nous avons évoqués pour décrire la relation entre membres du personnel et résidents, et en particulier entre soignants et résidents. Dans cette relation, le soignant est généralement perçu comme celui qui est actif et le résident comme celui qui est passif. Le soignant apparaît comme celui qui aide, qui protège et qui éduque, qui exerce son autorité. A l'inverse, le résident apparaît comme celui qui reçoit de l'aide, qui est protégé et éduqué, qui est soumis à l'autorité. En réalité, les choses sont bien sûr loin d'être aussi tranchées. Nous avons vu de quelle manière les résidents parviennent par exemple à obtenir une plus grande réciprocité dans leur relation aux employés, en leur donnant « un coup de main » ou en leur faisant des cadeaux. De même, ils n'ont pas un rôle complètement passif dans le rapport de protection ou d'éducation : ils ont toujours le choix d'accepter ou non d'être protégé et de se soumettre ou non à l'autorité, quitte à provoquer le conflit, conflit qui sera presque toujours désamorcé par les employés en le mettant sur le compte de la pathologie du résident qui « ne sait plus ce qu'il fait ». Même si c'est plutôt rare, les résidents se révoltent parfois lorsqu'on veut les forcer à faire quelque chose qu'ils ne veulent pas faire en disant par exemple « Laissez-moi tranquille ! », « Ne me touchez-pas ! » ou « Arrêtez de me dire ce que je dois faire ! ». Et même lorsqu'ils ne peuvent plus parler, les résidents ne sont pas forcément complètement passifs : une habitante de Saint François de Sales qui est considérée comme très dépendante mais qui n'aime pas qu'on la fasse manger, a un jour mordu une aide-soignante qui essayait de lui mettre la cuillère dans la bouche. Mais les employés ont une condition physique qui leur permet généralement d'être en position de force par rapport aux personnes âgées, et bien souvent dans ces cas-là, ils insistent et finissent par « forcer », comme ils disent, la personne âgée à se laisser faire.

Un jour M. Osio, un résident de Saint François de Sales que les soignants avaient attaché à son fauteuil pour le protéger d'un risque de chute, a hurlé pendant presque toute une après-midi « Détachez-moi ! Détachez-moi ! Je veux être détaché ! » si fort qu'on l'entendait depuis l'étage inférieur. Même s'il était attaché et même s'il était soumis, bien malgré lui, à la protection des soignants, il n'était pas complètement passif dans cette situation puisqu'il était celui qui refuse d'être attaché et qui, pour exprimer ce refus et pour essayer d'obtenir gain de cause, criait tant et si bien qu'il en a donné mal au crâne à bon nombre d'employés et de

résidents. Mais malgré les efforts de M. Osio qui s'est époumoné pendant des heures, personne ne l'a détaché, car c'eut été une entorse grave à la politique de « prévention des risques » de l'établissement. Ce jour-là, pendant que M. Osio criait, une aide-soignante m'a dit « Faudrait savoir de quelle pathologie il s'agit pour pouvoir régler le problème ». Considérer que c'est une pathologie qui est la cause des hurlements de ce résident, permet non seulement aux employés de ne pas lui en vouloir et de pouvoir continuer à s'occuper de lui avec bienveillance, mais ça leur permet certainement aussi de ne pas prêter attention à la véritable cause de ces cris et de ne pas prendre le risque de vouloir le détacher ou de se sentir coupable de ne pas le faire.

L'agentivité des résidents dans leur rapport aux employés ne se limite bien entendu pas au registre de la réaction et de l'acceptation ou du refus. Nous avons évoqué précédemment le fait que la grande majorité des habitants des deux maisons de retraite étudiées appréciaient beaucoup la présence des membres du personnel et recherchaient le contact avec eux, et nous avons vu aussi que les employés ont habituellement très peu de temps à consacrer à chaque résident. C'est peut-être d'ailleurs là une des raisons pour laquelle les personnes âgées qui vivent en maison de retraite s'apprécient généralement très peu : les autres résidents peuvent être perçus comme des concurrents qui les empêchent d'avoir une relation d'exclusivité avec les employés. Il est vrai qu'une certaine jalousie ressort parfois du discours de ces personnes âgées dont certaines disent par exemple que « c'est toujours les mêmes dont on s'occupe le plus ». Quoi qu'il en soit, si certains résidents « sont sages », comme disent les membres du personnel, et attendent patiemment que les employés viennent les voir, d'autres développent différentes stratégies pour obtenir l'attention des membres du personnel. Lorsqu'elles sont avec un employé, surtout s'il s'agit d'un soignant ou d'un animateur, un grand nombre de personnes âgées essayent de le garder auprès d'elles le plus longtemps possible. Une des techniques pour cela peut consister à discuter avec cet employé et à intensifier le flot de parole lorsque sa visite touche à sa fin, en veillant à ne pas cesser de parler pour ne pas lui laisser le temps de prendre congé, ou alors cela peut consister à se rappeler, au moment où le soignant est en train de partir, qu'on a envie de « faire pipi » ou que finalement on a envie de se mettre au lit. Mais c'est surtout lorsque les membres du personnel ne sont pas avec eux que les résidents cherchent à obtenir leur attention.

A Saint François de Sales, c'est parfois en utilisant les sonnettes installées dans leur chambre que les habitants amènent les soignants à venir à eux. Ils utilisent alors un prétexte quelconque pour justifier l'usage de la sonnette, mais bien souvent les soignants se fâchent, car la sonnette ne doit être utilisée que si le résident a un problème assez grave et urgent. Alors

généralement, c'est en appelant et en criant que certains résidents essaient de faire venir à eux les employés. Christine et M. Osio sont deux habitants de Saint François de Sales qui utilisent particulièrement souvent cette technique. Dès qu'un membre du personnel entre dans son champ de vision, Christine se met à l'appeler en faisant « Houhou ! » ou « S'il vous plaît ! », ou encore « Mademoiselle ! Mademoiselle ! ». Quant à M. Osio, il se met en principe à crier dès qu'il est seul depuis un peu trop longtemps et qu'il veut qu'on vienne le voir, et il s'arrête systématiquement de crier lorsqu'on s'intéresse à lui, lorsqu'on l'écoute et qu'on lui parle. Mais si personne ne vient le voir, il peut continuer à crier pendant des heures. Un jour où je l'entendais s'égosiller depuis déjà un certain temps, je suis allé le voir et je lui ai demandé pourquoi il criait. Très calmement il m'a répondu « Je crie pas, j'appelle », et il m'a expliqué qu'il appelait parce qu'il avait peur que l'employée qui l'avait, selon ses termes, « quillé là, en plein courant d'air » l'oublie et ne revienne jamais. Même s'ils sont ceux qui usent le plus de cette technique, Christine et M. Osio sont loin d'être les seuls résidents à crier ou à appeler pour faire venir les membres du personnel. Mme Marcel par exemple, appelait un jour depuis sa chambre en criant « S'il vous plaît ! S'il vous plaît ! », Thomas, un jeune ASL, est allé la voir et lui a demandé « Qu'est-ce qu'il y a ? », ce à quoi la vieille dame a répondu avec une franchise rare dans ce genre de situation « Rien, j'ai juste besoin de présence ».

Mais le plus souvent, les résidents trouvent des prétextes pour expliquer le fait qu'ils appellent les employés, autrement que par la simple envie de les avoir auprès d'eux. Et ces prétextes sont souvent en lien avec leur état de santé : ils ont mal à tel ou tel endroit, ils voudraient tel ou tel médicament, ou bien ils ont des vertiges ou des nausées. Dans ces situations, il est toujours très difficile de savoir si la personne âgée a vraiment mal ou bien si elle veut juste qu'on s'occupe d'elle, et c'est bien là la force de ce type de prétexte. Car les résidents savent bien qu'en maison de retraite, l'accent est mis sur le corps et sur l'état de santé, bien plus que sur la situation sociale et l'état psychologique de l'individu pris en charge. Alors, dans le doute, les employés sont souvent bien obligés de rester auprès de la personne âgée. Par ailleurs, certains résidents, et surtout Christine, ont recours à la flatterie pour tenter d'attirer l'attention des membres du personnel et pour les garder auprès d'eux. Cette technique présente un avantage certain pour les résidents qui en usent : il est délicat pour les employés de se fâcher contre une personne qui est en train de les couvrir de louanges. Voici un exemple de ce type de stratégie :

Christine était dans la salle à manger du deuxième étage, lorsqu'elle a aperçu du coin de l'œil une soignante qui venait d'arriver et qui s'occupait d'une résidente à l'autre bout de la pièce. Christine s'est alors mise à l'appeler jusqu'à ce que la soignante abandonne la

dame dont elle s'occupait pour venir la voir et lui demander ce qu'il y a. Après un silence durant lequel la soignante est restée plantée devant elle, la vieille dame a finalement dit « Mon plus beau cadeau c'est toi ». La soignante a répondu « Oh c'est gentil Christine », puis elle a fait mine de partir, mais Christine l'a arrêtée dans son mouvement en lui signifiant qu'elle avait encore quelque chose à lui dire. Encore une fois, il y a eu un silence, puis, lentement, Christine a dit « Vous êtes une fée ». La soignante l'a remercié bien qu'elle ait semblé de plus en plus agacée, et elle a commencé à retourner vers la vieille dame qu'elle était venue voir. Cette fois encore, Christine l'a arrêté en disant « Attendez ! Vous êtes... » mais la soignante l'a interrompu et l'a fait taire par un autoritaire « Ça suffit Christine ! ».

Christine est l'une des résidentes qui cherche le plus à s'accaparer les membres du personnel et à les garder auprès d'elle. Parfois, l'attitude de cette vieille dame peut même devenir vraiment insupportable pour les personnes qui travaillent à Saint François de Sales, car elle cherche constamment à monopoliser leur attention et sa demande est sans fin. Les employés disent de Christine que « si tu la laisse faire, elle te bouffe » et que « elle peut vraiment te bouffer ». Christine est une femme qui sait très bien comment obtenir des autres ce qu'elle veut et qui use de ce savoir. Elle « bouffe » les membres du personnel parce qu'elle arrive toujours à les attirer vers elle d'une manière ou d'une autre et, comme ils disent, « quand elle te tient elle te lâche plus » : elle dévore leur temps et leur énergie, et son appétit est sans limite. Certains employés bien sûr, disent qu'ils ne la « support[ent] pas », mais la plupart d'entre eux déclarent qu'ils ne lui en veulent pas parce que « c'est pas sa faute si elle est comme ça ». Car les membres du personnel considèrent unanimement que Christine « c'est une petite fille », « une petite fille capricieuse » certes mais une petite fille malgré tout. Et c'est parce qu'elle n'est pas une adulte que, comme le disent les employés, « on ne peut pas lui en vouloir ». Mais il me semble qu'il faut plutôt inverser la proposition pour comprendre véritablement le sens de ce rapport entre les membres du personnel et Christine : c'est certainement pour ne pas éprouver de la colère envers elle qu'ils la voient comme une petite fille. Faire de cette femme une enfant permet de la mettre à distance par rapport à soi et de ne pas lui en vouloir car, comme l'écrit Vinciane Despret, « la colère s'adresse à un autre « comme soi » » (Despret 2001, 300). En EHPAD, les résidents, et surtout les plus dépendantes d'entre eux avec lesquelles les membres du personnel passent énormément de temps, sont constamment placés dans une sorte d'altérité radicale : soit ils sont des petits enfants, soit ils ne sont pas vraiment des personnes, soit ils ne sont plus eux-mêmes car ils sont mus par une pathologie. Tout porte à croire que pour les employés, le fait de ne pas considérer les personnes âgées dont ils s'occupent comme des semblables permet de mieux gérer la dimension émotionnelle de leur travail auprès de ces personnes.



Comme Christine, beaucoup de résidents sont, dans ces deux maisons de retraite mais surtout à Saint François de Sales, « très en demande ». Alors, les employés expliquent que « il faut pas les laisser te bouffer », « il ne faut pas se laisser happer » et « il faut pas se laisser aspirer sinon après on est foutu ». Pour ce faire, les membres du personnel disposent eux aussi d'un certain nombre de stratégies. La première est utilisée de manière préventive et consiste à ne pas être vu des résidents qui sont « le plus en demande », quitte à marcher sur la pointe des pieds dans un couloir ou à faire un détour pour ne pas passer devant Christine. Mais lorsque les employés sont déjà repérés par une personne âgée qui leur réclame une attention qu'ils ne peuvent pas ou ne veulent pas lui donner, la technique qui est généralement utilisée en premier recours par les membres du personnel consiste à faire comme s'ils ne voyaient pas cette personne et n'entendaient pas ses appels. Dans son livre *Les passions ordinaires, Anthropologie des émotions*, David Le Breton montre bien à quel point le regard donne prise, et met en évidence le fait que détourner les yeux c'est quelque part « reprendre sa liberté, retrouver sa réserve personnelle » (Le Breton 1998, 179). Eviter de croiser le regard d'une personne, en faisant en sorte qu'elle ne nous voit pas ou en ne la regardant pas, permet d'éviter de lui donner prise sur soi, c'est un moyen de fuir le contact et de se dérober de l'emprise de cette personne, c'est une bonne technique pour « ne pas se laisser happer ». Mais lorsqu'il n'est plus possible de fuir le regard d'un résident ou de faire comme si l'on n'entendait pas ses appels, la confrontation est inévitable. Alors, c'est généralement en usant de l'autorité que leur confère leur position que les membres du personnel se libèrent de l'emprise du résident, en disant par exemple d'un ton ferme « Non, pas maintenant, je n'ai pas le temps », ou « Ça suffit ! Je viendrai vous voir après », ou encore « Ça suffit ! Vous n'êtes pas tout seul ! ». Parfois, les employés utilisent aussi le chantage pour faire taire la demande des résidents, comme la fois où Christine appelait une aide-soignante depuis sa chambre d'une voix impérieuse et où l'aide-soignante lui a dit « Si vous continuez je ferme la porte », ce qui a immédiatement fait taire la vieille dame. Une autre fois, une résidente ne cessait de dire d'une voix gémissante qu'elle voulait qu'on l'accompagne se coucher et une soignante lui a dit « Si vous le dites encore on vous couchera pas. Elles vous l'ont dit qu'elles allaient vous coucher alors arrêtez de répéter », puis, se tournant vers moi, la soignante m'a expliqué que cette résidente était « une coquine » et qu'elle faisait « beaucoup de caprices ».

Ainsi, même si les résidents ne sont pas toujours passifs, même s'ils agissent et réagissent et sont de véritables acteurs de leur relation avec les employés, ce sont néanmoins

toujours les employés qui ont l'ascendant sur les résidents. Certains membres du personnel disent qu'ils regrettent un peu cet aspect dissymétrique et hiérarchisé de leur relation aux personnes âgées ; et certains retraités tentent parfois de s'extraire de la position de celui qui reçoit l'aide, la protection et les ordres, en apportant quelque chose aux employés, en refusant leur protection ou leurs ordres, ou alors en jouant auprès des résidents qu'ils jugent plus faibles qu'eux le rôle de celui qui aide, qui protège et qui ordonne. Mais finalement, ce qui préoccupe surtout les membres du personnel, c'est la dimension affective de leur relation aux personnes âgées dont ils s'occupent. Quant à ces personnes âgées, elles ne se plaignent en fait presque jamais de leur relation aux employés, mais elles disent en revanche souffrir d'un sentiment de solitude. Alors en quoi les personnes qui vivent en maison de retraite sont-elles des personnes seules ? Et comment comprendre et penser l'affectivité dans la relation de soin ?

## Chapitre 5

### Le réseau relationnel, l'affectivité et l'intimité

#### 1) L'affectivité et la relation de soin

Les émotions et les affects semblent être, dans nos sociétés, définis par opposition à la raison et à la circonspection. David Le Breton écrit : « Le sens commun assimile volontiers l'émotion à une émergence d'irrationalité, à un manque de maîtrise de soi » (Le Breton 1998, 94). De même, Vinciane Despret montre que nous percevons l'affectivité comme quelque chose qui nous subjugue et que, dans cette perspective, l'individu apparaît comme la victime passive de ses affects et doit, pour les dominer, faire appel à la raison (Despret 2001). C'est cette présumée passivité de l'individu face à ses émotions qui confère à l'affectivité un aspect dangereux, car « elle peut toujours nous déborder et nous ne pouvons pas facilement la contrôler » (Despret 2001, 74). On retrouve cette partition émotion/raison jusque dans les disciplines des sciences sociales où, comme le remarque Monique Jeudy-Ballini, « on cherche l'ordre et la raison et où on se méfie de l'engagement affectif » (Jeudy-Ballini 2010, 137). Il semblerait pourtant que cette opposition des affects et de l'intellect soit loin d'être universelle, et il y aurait, à travers le monde, des cultures où l'on ne distingue pas l'émotion de la raison (Le Breton 1998 ; Jeudy-Ballini 2010).

Pour pouvoir étudier l'affectivité dans une perspective anthropologique, il me semble important de déconstruire la partition entre raison et émotion et l'idée selon laquelle l'individu est passif face à ses affects. Selon David Le Breton, « opposer « raison » et « émotion » serait méconnaître que de toute manière l'une et l'autre sont inscrites au sein de logiques personnelles, imprégnées de valeurs, et donc d'affectivité » (Le Breton 1998, 92). Les affects ne sont pas des sentiments déraisonnables ou absurdes qui viendraient de nul part et envahiraient l'individu, ce

sont des manières de vivre un phénomène ou une interaction qui ont une raison d'être et un sens, qui s'inscrivent dans un système de valeurs de référence et dans un contexte social et relationnel particulier. Vinciane Despret considère que les émotions sont « des évaluations ou des jugements que nous portons sur le monde » (Despret 2001, 217). En ce sens, le sujet choisi de ressentir une émotion particulière parce qu'il a choisi de donner un certain sens et une certaine valeur à ce qui est perçu comme étant à l'origine de l'émotion. « L'individu contribue à la définition de la situation, il ne la subi pas. Il l'interprète d'emblée ou avec du recul à travers son système de valeurs, et l'affectivité déployée en est la conséquence » (Le Breton 1998, 99). Ressentir une émotion et le manifester serait donc une manière pour l'individu de se positionner d'une certaine manière vis-à-vis du monde qui l'entoure et à l'intérieur d'un ordre moral.

Mais les émotions et les affects ne sont pas juste des évaluations ou des jugements portés sur une situation ou une relation, ce sont des manières de transformer la façon dont est vécue la situation ou la relation. Pour Despret, l'affectivité doit être comprise « comme une pratique de l'affect, ou plus encore comme une pratique créatrice de disponibilités de « l'être affecté ». C'est en cela que l'expérience émotionnelle [...] n'est pas un simple modèle d'appréhension d'autres expériences, elle est un outil performatif de modification des expériences » (Despret 2001, 264). L'émotion n'est pas seulement une manière d'interpréter les choses, c'est une manière de les vivre. Comme nous l'avons vu dans le chapitre 2 avec la dimension performative du rire, il ne s'agit pas seulement d'interpréter l'expérience et de se positionner par rapport à elle, il s'agit véritablement de transformer l'expérience. Comme l'écrit Vinciane Despret, « l'émotion n'est pas ce qui est senti mais ce qui fait sentir » (Despret 2001, 265). Et c'est en gardant à l'esprit que l'affectivité, comme l'émotion, est une manière sensée d'évaluer les expériences, de se situer par rapport à elles et de les vivre d'une certaine manière, que nous allons tenter de comprendre un peu mieux la façon dont est vécue par les soignants leur relation aux personnes dont ils s'occupent.

J'ai pu observer quotidiennement, à Petite Provence et à Saint François de Sales, une relation particulière, faite de tendresse, de mots doux, de baisers et de caresses, qui s'était établie entre certains membres du personnel et une grande partie des résidents. Il s'agissait presque toujours d'une relation à double sens, les signes d'affection venant aussi bien des employés que des résidents. J'ai ainsi découvert qu'entre membres du personnel et résidents, des mots tels que « ma chérie », « ma belle », « mon chouchou », « dès que je te vois je suis heureux », « t'es la plus belle » ou « est-ce que tu m'aimes ? », sont monnaie courante, tout comme les bisous et

les gestes tendres. J'ai pu observer ces démonstrations d'affection entre tous les « types d'employés » et tous les « types de résidents », mais c'est surtout entre les soignants et les résidents très dépendants que cette relation semble s'instaurer. La plupart des soignants avec lesquels j'ai parlé à Petite Provence et à Saint François de Sales m'ont dit « aimer les personnes âgées ». Ils déclaraient toujours être très attachés à certains résidents et éprouver une véritable affection pour eux, mais ils ajoutaient presque systématiquement derrière cette affirmation une phrase comme « mais normalement il faut pas ».

Tous les soignants se sont vus répéter par leur formateurs et par leurs employeurs, et m'ont répété pendant toute mon enquête, que « on ne doit pas s'attacher » aux résidents, il faut « garder la distance » avec eux. Et s'il ne faut pas s'attacher, s'il ne faut pas s'investir émotionnellement dans la relation avec les résidents, c'est parce que les émotions et les affects sont perçus comme n'ayant pas leur place dans un rapport professionnel, et à plus forte raison dans un rapport de soin. Cette vision des choses semble être étroitement liée, à une façon de concevoir les affects comme quelque chose qui s'oppose à la raison, qui amène les individus à perdre leur lucidité et à agir de manière déraisonnable. Selon cette perspective, les soignants « doivent se défendre d'être touchés pour être techniquement performants et pour prendre des décisions » (Molinier 2013, 61). Par ailleurs, les membres du personnel expliquent que s'il ne faut pas s'attacher aux résidents, c'est aussi « pour les protéger ». Car les employés peuvent être amenés à changer de service, d'établissement ou même de profession, et ils considèrent que si les résidents sont trop attachés à eux, leur départ les fera souffrir. Enfin, les membres du personnel disent également qu'il ne faut pas s'attacher aux résidents « pour se protéger soi », parce que, comme me l'a dit une aide-soignante, « tu sais que tu travailles pas dans une maternité quoi ». Les personnes âgées dont les soignants s'occupent sont des individus qui sont amenés à décéder dans un futur relativement proche, et c'est pour ne pas en souffrir qu'il ne faut pas s'attacher à eux. A travers cette idée qu'il ne faut pas trop s'investir émotionnellement dans cette relation à l'autre pour se protéger soi et pour protéger l'autre, on retrouve une façon de concevoir l'émotion comme quelque chose de potentiellement dangereux.

Malgré tout, les soignants sont unanimes : « on peut pas faire autrement que s'attacher », « on est obligé de mettre de l'affect ». Cela pourrait être interprété comme une preuve supplémentaire du fait que les affects subjuguent l'individu et le dépassent. Mais il me semble que si les soignants se sentent obligés de « mettre de l'affect » dans leur rapport aux résidents, c'est au contraire parce que pour eux cet affect a une utilité et donne un sens à leur travail auprès de ces personnes. Tous les soignants déclarent que ce qu'ils aiment dans ce travail c'est sa

dimension altruiste, c'est le fait d'apporter quelque chose aux personnes dont ils s'occupent, le fait de « leur faire du bien ». Mais comme nous l'avons vu, les contraintes organisationnelles amènent souvent les employés à brusquer les personnes âgées et à avoir la sensation de mal faire leur travail. Comme me l'a expliqué une aide-soignante, « Ce qu'on aime c'est le relationnel, c'est prendre le temps de leur parler, mais il faut faire vite, vite, vite. Des fois on a l'impression d'être des grosses brutes ». Dans ce contexte, les démonstrations d'affection que les soignants adressent aux résidents peuvent être comprises comme des moyens de compenser la dimension technique, froide et parfois brutale de leur relation à la personne âgée pendant certains soins. J'ai en effet remarqué que les mots doux tels que « ma chérie » ou « mon cœur », sont souvent adressés aux résidents dans des moments où les soignants interviennent rapidement et avec peu de douceur. Par ailleurs, les employés déclarent fréquemment que s'ils ont des mots et des gestes tendres envers les retraités, c'est parce que « c'est eux qui le veulent » et qu'ils ne peuvent pas « les repousser ». Les membres du personnel, tout comme les résidents, considèrent que les personnes âgées sont des individus qui « ont besoin de tendresse et d'affection ». Et les soignants disent aussi des résidents qu'il s'agit de « personnes qui sont seules », qui ont « des carences affectives ». Une aide-soignante m'a dit un jour des résidents « Ils ont besoin de tendresse mais ils ont plus personne, il y a que nous qui peut leur donner, alors on peut pas leur refuser ». La dimension affective de la relation entre soignants et résidents me semble en fait être largement profitable aux deux partis. Nous reviendrons à la fin de ce chapitre sur la façon dont l'affectivité permet aux soignants de donner du sens à leur travail, et d'agir avec les résidents d'une manière qui leur semble cohérente. Mais voyons d'abord ce qu'il en est de la solitude des résidents et tâchons d'avoir un aperçu de leur réseau relationnel.

## **2) Les liens d'amitié**

La sociologue Claire Bidart écrit : « Considérée dans nos sociétés occidentales comme une relation privée entre des individus librement choisis, l'amitié s'inscrit pourtant dans des cadres sociaux, répond à des régularités statistiques, et contribue à construire le tissu social » (Bidart 2010, 65). C'est parce que je partage ce point de vue et que je considère l'amitié comme une relation élective privilégiée qui répond à certaines logiques sociales, qu'il me paraît pertinent pour une analyse des relations interpersonnelles des acteurs d'une maison de retraite,

de m'intéresser aux liens d'amitié que ces acteurs tissent et entretiennent avec autrui. Bien que l'idée selon laquelle, comme me l'a un jour déclaré M. Garnier, « l'amitié ça ne se met pas en équation », soit largement partagée, il me semble en fait que la manière dont les individus construisent et entretiennent cette relation particulière à un autre qu'ils choisissent met particulièrement bien en évidence le fait que le lien d'amitié est le fruit d'une intentionnalité et d'une élaboration qui n'échappe pas à la raison, mais s'inscrit au contraire dans le système de sens des acteurs de cette relation. Cependant, ce bref survol des relations d'amitié ne portera que sur les amitiés des résidents, puisque c'est à la situation sociale et relationnelle de la personne âgée dépendante que je me suis intéressée tout au long de mon enquête et lors de la rédaction de ce mémoire.

Lorsque l'on demande aux personnes âgées qui vivent en maison de retraite de définir ce qu'est pour eux l'amitié. Ils répondent que c'est d'abord une relation que l'on instaure avec quelqu'un avec qui on a des « affinités » et/ou « des points communs ». Le terme affinité, tel qu'il est par exemple défini par le dictionnaire *Larousse*, peut signifier une ressemblance ou une correspondance entre deux termes. Mais il me semble qu'au sens où l'emploient les personnes que j'ai interrogées, il doit plutôt être compris ici comme désignant « ce qui fait qu'on est porté vers l'autre », selon les termes d'une résidente. Le sentiment d'affinité avec autrui est un phénomène social assez complexe, bien que nous usions en fait couramment et copieusement de ce terme pour décrire et analyser nos relations aux autres. Il semblerait que la notion d'affinité telle qu'elle est utilisée dans le contexte étudié fasse référence à la manière dont un individu, à partir de l'identification qu'il fait d'autrui, éprouve le désir d'établir avec cet autrui une relation étroite et privilégiée. Pour qu'il y ait affinité, il faut aussi que cette manière de reconnaître à l'autre un ensemble de caractéristiques qui amènent à vouloir nouer avec lui une relation privilégiée soit réciproque. Et, comme le précisaient souvent les personnes que j'ai interrogées, pour ressentir des affinités avec autrui, il faut aussi se reconnaître des ressemblances ou des points communs avec cet autrui. Il n'est pas nécessaire qu'autrui soit comme moi pour que j'ai des affinités avec lui, mais il faut qu'il me paraisse un minimum semblable à moi pour « être en phase » comme disent les résidents, c'est-à-dire pour avoir le sentiment d'être de même nature, d'évoluer dans le même monde et de partager un même univers de sens. C'est là, selon M. Garnier, l'élément essentiel qui permet d'établir avec l'autre une relation étroite, car deux individus qui « sont en phase » ont les mêmes références et parlent le même langage, ce qui leur permet de bénéficier de conditions de communication optimales. La notion de communication est centrale dans la manière dont les résidents interrogés ont défini

ce qui fait de l'amitié une relation particulière et privilégiée : l'ami est celui « à qui on peut tout dire » ou « tout raconter ». En insistant sur le fait qu'on peut « tout » dire et raconter à la personne avec laquelle on entretient une relation d'amitié, mes interlocuteurs soulignaient le fait que l'amitié est une relation privilégiée au sens où c'est une relation qui implique de partager avec l'Autre ce que l'on ne partage habituellement pas avec les autres. Dans la relation d'amitié, chacun des partenaires permet à l'Autre d'accéder à une part de lui-même qui relève du privé et de l'intime, il montre et dit des choses à l'Autre qu'il garde cachées pour les autres avec qui il considère qu'il n'a qu'une relation superficielle.

Quand on les interroge sur leurs amis, les habitants de Petite Provence et de Saint François de Sale évoquent généralement en premier lieu les « amis de longue date », ceux qu'ils avaient bien avant de s'installer en maison de retraite, parfois même depuis l'enfance. Ces amitiés ont souvent, aux yeux des résidents, une valeur particulière, plus forte que celle qu'ils accordent aux amitiés récentes. Claire Bidart a remarqué la grande valorisation des amitiés qui remontent à l'enfance ou à la jeunesse, et elle l'explique par le fait que ce type d'amitié est perçu « comme une manifestation d'un idéal de relation « exceptionnelle », bravant le temps, l'éloignement et les obstacles sociaux » (Bidart 2010, 66). Ce qui est surtout mis en avant par les résidents, c'est que les amitiés, lorsqu'elles sont entretenues par la communication et le partage, sont rendues plus fortes par le temps, car les confidences se sont accumulées et que les amis ont le sentiment de mieux se connaître. Par ailleurs, il semblerait qu'il y ait un lien étroit entre la relation qu'entretiennent les personnes âgées avec ces « amis de longue date » et la relation qu'ils entretiennent avec leur propre passé. Avec leurs vieux amis, les résidents évoquent des souvenirs, ils parlent avec nostalgie de leur vie d'avant, ils font revivre ce passé si souvent idéalisé. Les « amis de longue date » sont ceux qui relient les personnes âgées à une période de leur vie qu'elles chérissent et qu'elles regrettent. Ainsi, une résidente de Petite Provence m'a dit avec émotion, en me parlant d'une amie d'enfance, « elle est tout ce qu'il me reste de ma vie d'avant ». Parfois les résidents sont encore en contact, généralement téléphonique, avec leurs vieux amis ; mais très souvent ces amis sont morts, ou bien le lien d'amitié s'est défait car la relation n'a pas résisté à la distance : la difficulté que ces personnes âgées ont généralement à se déplacer a amené les vieux amis à ne plus se voir et à « perdre le contact ». Une habitante de Saint François de Sales m'a dit, au sujet de ses anciens amis avec lesquels elle regrettait amèrement d'avoir perdu le contact « je crois qu'il aurait peut-être fallu que je les appelle un petit peu plus souvent ». Toutes les personnes avec lesquelles j'ai abordé la question des liens d'amitié considèrent que ces liens doivent être entretenus sans quoi ils se



défont. Et le fait qu'il faille entretenir la relation en étant régulièrement en contact avec l'autre, montre bien que les individus contrôlent leurs relations bien plus qu'ils ne le déclarent à priori. Le sentiment d'être ami avec quelqu'un n'est pas quelque chose que l'individu subit, ce n'est pas un sentiment qui le déborde et qu'il ne maîtrise pas, c'est au contraire le fruit d'une intentionnalité et d'une volonté commune de prolonger jour après jour la relation en continuant à communiquer, à échanger et à partager.

En dehors de ces vieux amis, les retraités évoquent rarement spontanément la question de l'amitié entre résidents, comme s'ils considéraient qu'elle ne se pose même pas. Quelques-unes des personnes que j'ai interrogées avaient un ami ou une amie parmi les résidents, jamais plus. Lorsque deux résidents sont amis, l'un des deux a souvent rencontré l'autre au moment où il venait de s'installer dans l'établissement. Celui qui habitait dans la maison de retraite avant l'autre l'a alors accueilli et l'a aidé à se familiariser avec ce nouvel environnement. Bien que le terme ne soit pas employé par les personnes âgées, les deux résidents qui sont amis semblent alors considérer qu'ils forment une équipe. En effet, ils insistent beaucoup sur le fait qu'ils se soutiennent mutuellement : ils se font des confidences bien sûr, mais surtout ils s'entraident et ils se consolent. Les liens d'amitié unissent les résidents qui les partagent en binômes, et ces binômes sont presque toujours formés par des individus qui ont l'un et l'autre une condition physique et cognitive jugée plutôt bonne. Les relations d'amitié ne se créent qu'entre résidents dits très autonomes ou entre résidents dits semi-autonomes. Le seul cas de « binôme mixte » que je connaisse est celui de l'amitié qui unit Mme Renault et Mme Davy. Mme Renault est une résidente assez autonome qui a tous ses sens et marche sans problème, tandis que Mme Davy est une résidente beaucoup plus dépendante de l'aide des professionnels qui ne voit presque plus et qui se déplace en fauteuil roulant. Cependant, il est important de signaler que ces vieilles dames se connaissaient bien avant de venir vivre en maison de retraite puisqu'elles ont habité la même ville et que leurs filles allaient à l'école ensemble et étaient amies. Quand elles sont toutes les deux, Mme Renault et Mme Davy évoquent beaucoup leurs souvenirs et parlent de leurs filles. Le fait d'avoir un passé commun, d'avoir par exemple vécu dans le même quartier ou d'avoir eu des relations communes, crée toujours des affinités entre résidents, bien que ces affinités ne les amènent pas systématiquement à nouer une véritable relation d'amitié.

D'autre part, Mme Renault m'a expliqué que si Mme Davy est son amie, c'est parce que cette dame « a toute sa tête », et Mme Davy m'a dit sensiblement la même chose de Mme Renault. Le fait qu'une personne âgée ait ou non sa tête m'a toujours été présenté par les résidents comme le critère majeur de qualification ou de disqualification de cette personne en

tant qu'amie potentielle. Les individus qui sont atteints de troubles cognitifs et de pathologies de type Alzheimer n'ont jamais d'amis parmi les résidents. D'ailleurs, si la plupart des retraités qui vivent dans ces établissements n'ont pas de « vrais amis » parmi les autres résidents, ils l'expliquent presque à chaque fois par le fait que les autres personnes âgées « perdent la boule » ou « sont zinzins », et qu'il n'est donc pas possible de communiquer avec ces individus, « d'être en phase » avec eux et de s'en faire des amis. En réalité, même s'ils sont atteints de ce qu'on appelle des pathologies cognitives, la grande majorité des résidents sont encore tout à fait capables de bien communiquer et de converser avec autrui. Mais les habitants de ces maisons de retraite sont très attentifs aux signes de sénilité chez les autres résidents, et le moindre trou de mémoire ou le moindre propos saugrenu conduira automatiquement la personne âgée à être reléguée par les autres dans la catégorie de ceux qui perdent la tête et à être disqualifiée en tant que partenaire de relation d'amitié. D'une manière générale, et comme nous l'avons évoqué dans le chapitre 3, les résidents qui ne sont pas assez autonomes, qui ne marchent plus, n'entendent plus ou ne voient plus, ou tout simplement ceux dont l'apparence les fait paraître trop âgés, sont mis à l'écart par les résidents qui se jugent plus autonomes, en meilleure condition et plus jeunes, et qui refusent de se faire des amis parmi ces individus qui leur semblent malades ou décatis, et auxquels ils ne veulent pas ressembler. Selon Claire Bidart, les individus ont tendance à choisir comme partenaires de relation d'amitié des personnes qui leur sont semblables sur un certain nombre de critères, mais surtout des personnes à qui ils souhaiteraient ressembler, qui incarnent en quelque sorte des facettes de ce qu'ils aimeraient être (Bidart 2010). Or, comme nous l'avons vu, les résidents cherchent autant que possible à s'extraire de la catégorie des vieux et des individus dépendants. Ils stigmatisent beaucoup les personnes qui sont fortement affectées par les transformations physiques et cognitives qui accompagnent le vieillissement, et ils cherchent à tout prix à s'en distinguer, à ne pas leur ressembler. Ainsi, la plupart des personnes âgées que j'ai interrogées rejetaient catégoriquement l'idée de se lier d'amitié avec les autres résidents qu'elles jugeaient comme n'étant « pas intéressants » en raison de leur vieillesse et de leur condition physique et cognitive.

Nous avons vu également que les personnes âgées apprécient la compagnie des membres du personnel bien plus qu'elles n'apprécient la compagnie des autres retraités, et parfois les résidents déclarent qu'ils n'ont pas d'amis parmi les habitants de l'établissement, mais qu'en revanche certains employés, presque toujours des aides-soignants, sont leurs amis. Mais la plupart du temps, les employés concernés ne considèrent pas ces résidents comme des amis. Ils disent en général les apprécier et être attachés à eux, mais leur relation avec ces

personnes âgées n'est à leurs yeux en aucun cas une relation d'amitié. Ils justifient cela d'une part par le fait que l'amitié n'a pas sa place dans une relation professionnelle, et d'autre part par le fait que les résidents sont « trop différents » d'eux-mêmes pour pouvoir être leurs amis. D'une certaine manière, il est possible que pour les membres du personnel, le fait de placer les résidents dans une véritable altérité par rapport à eux-mêmes leur permette d'agir en « bons professionnels » et de ne pas envisager d'établir avec eux une relation privilégiée telle que l'amitié, relation qui est perçue comme n'ayant nullement sa place dans un rapport professionnel et à plus forte raison dans un rapport de soin. Cependant, il y a quelques cas, assez exceptionnels, d'amitié entre résidents et employés. Claude Perec par exemple, le retraité de Petite Provence chez qui les soignants vont régulièrement boire un café et fumer une cigarette lorsqu'ils ont fini leur « tournée des changes », considère les aides-soignants Xavier, Léa et Régina, comme des amis, et ces derniers le considèrent en retour comme un ami, quoi qu'ils soient plus nuancés concernant la qualification d'ami. Les résidents avec lesquels les employés estiment qu'ils ont une relation comparable à de l'amitié, bien qu'ils rechignent toujours à utiliser franchement le terme d'amitié qui fait désordre lorsque l'on parle d'une relation professionnelle avec des personnes dont on a la charge, sont toujours des résidents assez jeunes et très indépendants vis-à-vis des soignants. Le fait que ces retraités soient relativement jeunes et autonomes amène certainement les membres du personnel à les considérer comme n'étant pas si différents d'eux-mêmes, et rend par là même la relation d'amitié envisageable. Mais finalement, très rares sont les résidents qui considèrent qu'ils ont des amis parmi les employés, et encore plus rares sont les employés qui considèrent qu'ils ont des amis parmi les résidents.

La manière dont les résidents tissent avec les autres des liens d'amitié et la manière dont ils entretiennent ces liens montre bien que, d'une certaine façon, l'amitié ne doit rien au hasard. De même que la relation d'amitié n'existe et ne perdure que parce que les partenaires de cette relation l'entretiennent en étant régulièrement en contact et en multipliant les échanges de services ou de confidences, ce qui amène les individus à nouer une telle relation avec certains plutôt qu'avec d'autres n'est pas une coïncidence. C'est au contraire le résultat de l'intentionnalité et de l'agentivité des protagonistes de la relation qui se choisissent parce qu'ils s'attribuent l'un et l'autre un ensemble de caractéristiques et de qualités qui les amènent à se considérer mutuellement comme des partenaires valables pour établir une relation d'amitié. L'amitié n'est pas quelque chose qui survient et qui subjugue les individus, c'est quelque chose que les individus construisent et entretiennent de manière cohérente par rapport à leur système

de sens et de valeurs et par rapport aux identités qu'ils s'imputent et qu'ils assignent aux autres au sein de ce système.

### **3) Les liens conjugaux**

Les résidents sont donc des individus qui ont peu d'amis, puisqu'ils ont généralement perdu leurs anciens amis et qu'ils peinent à s'en faire d'autres au sein de l'établissement où ils vivent, les autres habitants n'étant pas des partenaires enviables et les employés n'étant « pas là pour ça » et les considérant souvent comme « trop différents ». Ce sont également des individus qui, pour l'immense majorité d'entre eux, sont veufs ; mais j'aimerais m'arrêter un instant sur le cas des couples de résidents. Saint François de Sales héberge un couple, M. et Mme Blanc, et Petite Provence en héberge deux, M. et Mme Lemaître ainsi que M. et Mme Fons. Ce sont des couples mariés et qui vivent ensemble depuis très longtemps, toujours depuis plus de cinquante ans. Tout le monde à Petite Provence et à Saint François de Sales s'accorde à dire que les couples se mêlent peu à la collectivité : ils viennent très rarement, voire pas du tout, aux activités et ne fréquentent généralement les espaces collectifs que lorsque c'est nécessaire. M. Fons reconnaît d'ailleurs aisément que lui et sa femme vivent « un peu à part ». D'autre part, il y a dans chacun de ces trois couples, un aidant et un aidé. Mme Blanc et Mme Lemaître ont particulièrement besoin de soins et d'accompagnement : la première souffre d'une maladie de type Alzheimer à un stade avancé et est, comme le répète souvent son mari, « très désorientée », la seconde est en fauteuil roulant et a de grosses difficultés à se mouvoir. M. Blanc et M. Lemaître aident énormément leurs femmes pour les gestes du quotidien, M. Blanc allant parfois jusqu'à refuser l'intervention des soignants. Chez M. et Mme Fons, la situation est inversée : c'est le mari qui est le plus malade et le plus dépendant de l'aide d'autrui, et c'est la femme qui est moins malade, plus autonome, et qui lui apporte de l'aide. Malheureusement, étant donné que ces couples restent la majeure partie du temps dans leur chambre et que je n'ai pu faire qu'un entretien avec M. et Mme Blanc, je ne sais pas grand-chose de la façon dont chacun des conjoints vit cette relation à l'autre. Je dispose toutefois de suffisamment d'éléments d'observation et de bribes de conversations avec ces résidents en couple pour pouvoir dire que les modes de relation qui s'instaurent entre le conjoint qui est en position d'aidant et le conjoint qui est en position d'aidé sont assez comparables aux modes de relation que l'on observe dans

le rapport entre soignants et résidents. Celui qui est le plus autonome et qui aide l'autre lui dit souvent ce qu'il doit faire, il le protège et considère qu'il sait ce qui est bon pour lui, tandis que celui qui est plus dépendant et reçoit l'aide de son conjoint suit ses conseils ou se soumet à ses ordres, le laisse s'occuper de tout, y compris de sa personne. De ce que j'ai pu en voir, on retrouve le même type de dissymétrie dans ces couples que dans la relation soignant-soigné.

Mais ce qui est surtout très présent dans le discours des résidents qui sont en couple, c'est la culpabilité et la peur de perdre l'autre. M. fons par exemple, qui est assez dépendant de l'aide apportée par sa femme, culpabilise beaucoup de « lui donner tout ce travail » et de « ne pas être à la hauteur ». Mais généralement, c'est surtout le conjoint qui est en position d'aidant qui se sent coupable, car il a le sentiment que c'est son devoir d'aider sa femme ou son mari, mais il n'a, selon les termes de M. Blanc, « pas la force de tout faire » et il doit déléguer une partie de cette aide aux employés. A la source de ce sentiment de culpabilité qui domine chez les conjoints qui sont en position d'aidant, il y a l'idée qu'ils ne sont pas capables de remplir leur devoir et de respecter l'engagement qu'ils ont pris vis-à-vis de leur époux ou de leur épouse. Ainsi, M. Blanc m'a expliqué que, même s'il est « très fatigué » et sent qu'il « n'y arrive plus », il considère qu'il est « obligé » de continuer à aider son épouse car ils se sont « dit « oui » pour le meilleur et pour le pire ». Lorsque je lui ai demandé s'il était amoureux de sa femme, M. Blanc m'a répondu d'un ton catégorique « Non ». Mais il ressort tout de même de son discours que sa femme « compte énormément » pour lui, qu'il est « très attaché » à elle, et qu'il «[s]'inquiète énormément pour elle ». De même, Mme Lemaître m'a dit qu'elle n'était pas amoureuse de son mari et qu'elle ne l'avait d'ailleurs jamais été, mais que cela ne l'empêchait pas de l'aimer et d'être attachée à lui. Le sentiment d'affection et d'attachement qu'expriment ces couples de personnes âgées et qui ne peut selon eux pas se traduire par l'expression « être amoureux », me paraît en fait être, là aussi, lié à l'idée d'engagement et de vie commune. C'est surtout la conscience qu'ils ont de s'être choisis, de s'être engagé et d'avoir ensuite partagé leur vie pendant des dizaines d'années, traversant ensemble les moments de joie et les moments de peine, qui semble unir ces couples, les « attacher » l'un à l'autre comme ils disent.

Les gestes tendres, comme des caresses ou des baisers sur le visage (jamais sur la bouche), sont relativement nombreux au sein de ces couples, et il semblerait que ce soit presque toujours le conjoint aidant qui prend l'initiative de ce type de démonstration d'affection. Mais les gestes qui ont une connotation sexuelle plus marquée paraissent en revanche être absents de ces relations de couple. Je reconnais ne pas avoir réussi à interroger directement ces résidents, que je connaissais finalement très peu, sur leur sexualité. Cependant, j'ai vite appris qu'aucun

des couples ne dormait dans le même lit, et M. et Mme Lemaître occupent même deux chambres séparées bien que voisines. M. Blanc m'a dit qu'il ne dormait déjà plus avec sa femme avant de venir s'installer à Saint François de Sales, et la raison à cela serait le fait qu'il se lève fréquemment la nuit pour aller aux toilettes. Il semblerait que ces couples n'aient plus vraiment de rapports considérés comme sexuels, mais je n'ai pas suffisamment abordé ce sujet avec eux pour pouvoir précisément en donner les raisons. Néanmoins, il y a de grandes chances pour que l'augmentation progressive de la dépendance de l'un des conjoints et le rapport d'aidant-aidé qui s'est instauré dans le couple, soit un facteur important de la désexualisation de la relation. Nous avons vu dans le chapitre précédent que la perte d'autonomie d'un individu conduit souvent à ne plus le percevoir comme un adulte, et que la relation entre l'individu qui prend l'autre en charge et celui qui est pris en charge par l'autre est comparable, sous bien des aspects à la relation entre le parent et l'enfant. Mme Blanc appelle d'ailleurs presque systématiquement son mari « papa », et celui-ci ne la reprend pas. Alors, dans ce contexte relationnel, la dimension sexuelle du rapport entre le conjoint aidant et le conjoint aidé, peut apparaître comme déplacée, et même peut-être incestueuse. A ce sujet, le sociologue Michel Billé (2014) livre le témoignage édifiant d'un vieil homme qui prend soin de sa femme atteinte d'une maladie de type Alzheimer, et qui fait part de ses doutes et ses inquiétudes concernant la légitimité de la sexualité au sein du couple. Ce monsieur va jusqu'à employer le terme « inceste » « quand il évoque le fait de s'occuper de sa femme comme d'une petite fille dans la journée et de se retrouver le soir dans le lit conjugal avec des envies d'homme et d'époux » (Billé 2014, 94).

Si les couples qui vivent ensemble au sein de l'établissement sont très rares en EHPAD, on y rencontre en revanche un nombre conséquent de résidents qui sont mariés mais dont le conjoint vit à l'extérieur de l'établissement et leur rend visite plus ou moins souvent. Je n'ai que très peu eu l'occasion de discuter avec les individus dont l'époux ou l'épouse vit en maison de retraite et je n'ai pas réussi à faire de véritables entretiens avec les résidents qui vivent seuls mais sont mariés. De plus, lorsque le conjoint qui habite à domicile rend visite à celui qui habite en maison de retraite, le couple s'enferme généralement dans la chambre du résident, ce qui rend leur relation difficilement observable et analysable. J'ai cependant constaté que les modes relation qui se déploient au sein de ces couples semblaient là aussi tout à fait comparables aux modes de relation que l'on observe dans le rapport soignant-soigné ou aidant-aidé. Le conjoint qui vit à l'extérieur « s'occupe » de celui qui vit dans l'établissement, il discute régulièrement avec les membres du personnel pour s'enquérir de l'état de son époux ou de son épouse et pour donner son avis sur ce la manière dont il faut le ou la traiter. L'infantilisation semble également

présente dans ce rapport entre conjoint aidant et conjoint aidé, et j'ai par exemple une fois entendu une dame dire à son mari, au moment des au-revoir, « Sois sage mon chéri ». J'ai souvent vu celui qui est en position d'aidant avoir des gestes tendres vis-à-vis de celui qui est en position d'aidé, mais là encore, la relation de ces couples paraît, en tout cas pour le regard extérieur, dénuée de dimension véritablement sexuelle.

Bien que les résidents qui sont en couple mais dont le conjoint vit à l'extérieur de l'établissement soient bien plus nombreux que ceux qui vivent ensemble en maison de retraite, il n'en demeure pas moins que l'immense majorité des résidents sont des personnes veuves. Et lorsqu'on interroge ces individus sur la relation qu'ils avaient avec leur conjoint, on se rend compte que l'idée d'une relation amoureuse dominée par les affects ou la passion semble bien éloignée de la réalité de la relation de couple telle qu'elle est vécue. Presque tous les résidents auxquels j'ai parlé se disaient très satisfaits de la relation qu'ils avaient eu avec leur conjoint, et ils disaient toujours l'avoir aimé, sans pour autant considérer forcément qu'ils aient été amoureux. Le terme « amoureux » leur paraissait souvent « trop fort » et renvoyait selon certains à l'idée de « passion » qu'ils opposent à la raison et qui ne correspond pas à la manière dont ils concevaient leur relation avec leur conjoint. Un résident de Petite Provence et une résidente de Saint François de Sales, quand je les ai interrogés sur le rapport qu'ils avaient avec eu avec leur conjoint, m'ont chacun déclaré « On formait une bonne équipe ». Cette idée que le couple est une équipe, je l'ai retrouvée dans tous mes entretiens avec les personnes âgées, bien que toutes n'utilisent pas ce terme. Et ce qui fait la réussite d'un couple, ce qui fait que les époux forment « une bonne équipe », c'est, comme l'expliquent les résidents, le fait que les conjoints s'entendent bien, c'est-à-dire qu'ils soient « en phase » l'un avec l'autre, qu'ils partagent une « même vision des choses » et qu'ils aient « les mêmes valeurs ». Par ailleurs, lorsqu'on demande à ces retraités ce qui leur plaisait chez leur conjoint, on est loin, là encore, de descriptions romantiques qui mobiliseraient le vocabulaire de la passion ou même des sentiments, et les résidents ont au contraire un discours très réfléchi sur qu'ils aiment chez l'autre, discours qui mobilise clairement la raison et le bon sens, sans que cela en exclue les affects. Les hommes répondaient très souvent que ce qui leur plaisait chez leur femme c'était le fait qu'elle ait été « une bonne maîtresse de maison » : certains admiraient la patience de leur épouse avec les enfants ou même lors des conflits conjugaux, d'autres évoquaient ses talents de cuisinière ou de ménagère, beaucoup s'extasiaient devant la capacité qu'avait leur femme à « tout organiser » et « tout gérer à la maison ». Au-delà de ces qualités évidemment très utiles, quelques-uns m'ont parlé de la beauté ou de la douceur de leur femme, mais là encore, la beauté

comme la douceur ne sont des qualités que dans la mesure où elles sont ce que l'on pourrait appeler des « atouts relationnels » qui ont une importance et une praticité aussi bien dans les rapports de couple que dans d'autres types de relations. Pour décrire ce qu'elles aimaient chez leur mari, les femmes évoquaient également souvent des qualités comme la beauté, ou la douceur, mais aussi l'intelligence ou la générosité. Plusieurs résidentes m'ont dit également que ce qui leur plaisait chez leur mari c'était le fait qu'il avait « une bonne situation », qu'il les « gâtait beaucoup », ou encore qu'il était « très bricoleur ».

Tous les retraités interrogés disaient avoir véritablement aimé leur conjoint, pendant tout le temps qu'a duré leur relation, et il ressort de leur discours que l'amour tel qu'il est décrit par ces individus n'est pas forcément quelque chose qu'il faille opposer à la raison. C'est une relation à l'autre qui a du sens et qui est profitable aux deux partenaires. Et de même que pour l'amitié, ce qui pousse deux individus à s'engager ensemble dans une telle relation n'est pas l'irruption d'affects insensés et incontrôlables qui les pousseraient l'un vers l'autre : c'est parce qu'ils se reconnaissent l'un l'autre un certain nombre d'atouts relationnels et de qualités qui ont de la valeur dans leur système de sens, qu'ils s'investissent affectivement l'un vis-à-vis de l'autre et choisissent de s'engager ensemble dans une relation de couple. Les résidents étaient en revanche très peu bavards lorsque je leurs demandais ce qu'ils aimaient moins chez leur conjoint et ce qui ne leur plaisait pas dans la relation de couple qu'ils avaient eu. La plupart me répondaient « Rien » ou alors « Je ne sais pas ». Il est probable que ces personnes âgées aient éprouvé de fortes réticences à l'idée d'émettre des critiques ou des plaintes qui porteraient sur un proche aujourd'hui décédé, certainement par respect pour lui. Mais on peut aussi émettre l'hypothèse que, étant donné que pour les individus de cette génération le lien qui uni les partenaires du couple, dès lors qu'il est scellé par le mariage, apparaît presque toujours comme indéfectible, ces individus préfèrent éviter d'avoir à remettre la relation en question et ont donc pour habitude de ne pas regarder ce qui ne leur convient pas chez l'autre, pour se focaliser sur ce qui leur convient, sur ce que l'autre leur apporte et sur les avantages de cette relation avec lui.



#### **4) Vouloir entreprendre une relation amoureuse, désirer et être désiré**

Les personnes âgées que j'ai rencontrées ont pour la plupart passé toute leur vie en couple avec la même personne, mais leur conjoint est généralement décédé, et presque tous les résidents vivent seuls et ne sont plus engagés dans une relation de couple. Beaucoup disent regretter la vie à deux, mais presque tous déclarent ne pas envisager et ne jamais avoir envisagé de se remettre en couple. La première raison évoquée par les résidents pour expliquer le fait qu'ils ne veulent plus avoir de relation amoureuse est la volonté de rester fidèle au conjoint décédé et de ne pas « le remplacer » par un autre. Une habitante de Petite Provence m'a ainsi expliqué que, à la mort de son mari, elle a songé à rencontrer quelqu'un pour « refaire sa vie », mais elle a renoncé à cette idée parce que dit-elle « je ne pouvais pas le remplacer, mon mari pour moi est irremplaçable ». De même, Louise Bonnefoy m'a dit qu'elle ne voulait plus avoir de relation amoureuse avec un homme et a déclaré : « J'en trouverai jamais un aussi bien que mon mari. Puis, même s'il est mort, j'aurais l'impression de le tromper ».

Il y a aussi, dans ce refus de se mettre en couple avec quelqu'un d'autre après le décès de son conjoint, l'idée que « refaire sa vie » alors qu'on est déjà un peu âgé « ça ne se fait pas », c'est quelque chose qui, à en croire certains résidents, serait déplacé et inconvenable. Ainsi, alors que je demandais à Mme Guillet, dont le mari est décédé quand elle avait à peine plus de 60 ans, « Vous ne vous êtes jamais remarié ? », cette dernière m'a répondu : « Ah non. Non, non, non, non. J'ai mené une vie normale et propre ». J'insistai un peu et tentai de savoir en quoi ça aurait été inenvisageable, et Mme Guillet a alors déclaré : « Ça ne m'est pas venu à l'esprit. Ah non pas du tout. Non, non, non. Non, j'ai toujours eu de bons amis, et autant garçons on va dire que filles, mais jamais, jamais, ah non ! Jamais. Ah non, ça jamais. J'ai mené une vie euh... bien. Oui, pour moi c'était bien, parce que je ne me suis pas ni remariée ni... non. ». M. Garnier a lui aussi perdu sa femme assez jeune, quand il avait à peine 56ans, et il m'a dit « Je considère qu'on ne refait pas sa vie à 56 ans ». Lorsque j'ai tenté d'en savoir un peu plus, ce résident, après m'avoir gentiment fait remarquer que j'étais bien indiscrete, m'a avoué qu'il avait eu une relation amoureuse après le décès de sa femme, relation qui a d'ailleurs duré de nombreuses années, mais qu'il n'avait pas voulu se mettre vraiment en couple avec cette femme et officialiser leur relation, car il estime qu'à son âge « ça ne se fait pas ».

Il semblerait que ce refus de « refaire sa vie », outre la fidélité au conjoint décédé, traduise également ce qu'on pourrait appeler une volonté de fidélité vis-à-vis de la famille. Il

apparaît en effet dans le discours des résidents, qu'ils perçoivent le fait de se remettre en couple avec quelqu'un qui n'est pas le parent de leurs enfants comme quelque chose qui constituerait une forme de trahison vis-à-vis de ces enfants, même s'ils sont adultes, et bouleverserait la structure familiale. Alors que j'essayais de savoir pourquoi Mme Germain n'acceptait pas les avances de M. Martinet, cette dernière m'a interrompu pour me dire « Non mais j'ai neuf enfants moi vous savez », comme si le fait d'avoir de nombreux enfants était une raison amplement suffisante pour refuser de s'engager dans une relation amoureuse avec un autre homme. De même, Mme Agnès m'a raconté que son mari était mort lorsqu'elle était encore jeune, mais qu'elle n'avait jamais voulu se remettre en couple parce qu'elle ne voulait pas « mettre un autre homme dans la vie de [son] fils ». « C'est pas son père, c'est pas sa mère, ça serait qui cet homme pour lui ? », m'a expliqué cette résidente. Mais le fils de Mme Agnès est mort depuis maintenant de nombreuses années, et je lui ai fait remarquer qu'elle aurait pu dès lors nouer une relation de couple avec un autre homme, ce à quoi elle a répondu « Ah non, non, non, j'ai mon petit fils ».

Au cours des entretiens que j'ai menés avec les habitants de Petite Provence et de Saint François de Sales, j'avais pris pour habitude de leur demander systématiquement s'ils pensaient qu'il pouvait y avoir des histoires d'amour entre résidents. Les réponses étaient sensiblement les mêmes, quelle que soit la personne interrogée. Et elles mettaient généralement en avant l'idée selon laquelle, comme nous l'avons vu dans le chapitre 2, « il y a un temps pour tout », et le temps de la vieillesse est perçu comme ne pouvant pas être celui de l'amour. Mme Gorlier par exemple, m'a répondu « Non, ils sont trop vieux ! Y'a un temps pour tout hein ! ». Pour ces personnes âgées, l'amour, comme d'ailleurs la joie, l'insouciance et la plupart des sentiments qui ont une forte connotation positive, est le propre de la jeunesse. Mme Grévin m'a dit un jour en riant « Vous êtes jeune, profitez ! Profitez bien avec vos chéris ! ». L'amour apparaît, dans le discours des résidents, comme radicalement incompatible avec le grand âge. A cette question des relations amoureuses entre résidents, Charlotte Germain a répondu « Oh... Pas à cet âge là. Ou peut-être hein ! On sait jamais. Mais enfin je les vois pas bien tous avec leur cane... ». Si le fait que des personnes très âgées entreprennent ensemble une relation amoureuse semble si impensable, c'est certainement dû au moins en partie au fait que l'on peut difficilement concevoir qu'ils aient une sexualité. Il semblerait que les résidents considèrent que lorsqu'un couple est uni depuis longtemps déjà, il peut très bien ne plus y avoir de dimension sexuelle dans leur relation. En revanche, la relation amoureuse naissante est toujours perçue comme une relation d'amour charnel. Or, la sexualité des personnes âgées, et plus encore celle des

personnes âgées dépendantes, est difficilement pensable et imaginable, et Cyril Hazif-Thomas va jusqu'à parler de « trou représentationnel » (Hazif-Thomas et al. 2002, 409).

Pourtant, même s'ils ne se sentent plus désirables, et s'ils prétendent que la séduction et l'amour ne sont pas compatibles avec le grand âge, les résidents n'abandonnent pas systématiquement la partie des jeux amoureux. On m'a ainsi raconté, tout au long de mon enquête et dans chacune des maisons de retraite, un certain nombre d'anecdotes sur les comportements amoureux de certains résidents. Les histoires que les membres du personnel m'ont racontées allaient du couple qui se tient par la main et dont les ébats restent discrets, sur lequel ils portent un regard très attendri, au vieux séducteur qui enchaîne les conquêtes parmi les résidentes et mène une vie sexuelle effrénée et bruyante, personnage qui les fait beaucoup rire. Mais ces histoires concernaient toujours des personnes qui étaient déjà décédées au moment de mon enquête, et elles relevaient toujours pour mon interlocuteur, implicitement ou explicitement, du cas particulier. Néanmoins, j'ai moi-même été témoin, quoi que très rarement, d'interactions entre résidents qui évoquaient fortement un rapport de séduction. Jeanne Masson par exemple, une retraitée qui est jugée très autonome, est particulièrement tactile avec certains hommes. Il m'est arrivé de la voir titiller le nez de M. Lejeune d'un air taquin et affectueux, ou tenir les mains de M. Bouchon tandis qu'elle lui parle, ou encore passer sa main dans le dos de M. Perec. Il faut bien préciser que ces trois résidents sont des individus qui sont très peu atteints par les transformations physiques et cognitives qui accompagnent généralement le vieillissement, et qu'ils sont tous des résidents considérés comme assez autonomes. Il est bien sûr très difficile de donner avec certitude une interprétation de l'intention qu'il y a derrière les gestes de Mme Masson, mais ce dont je suis certaine, c'est que je n'ai jamais vu cette résidente avoir de tels gestes avec les femmes, ni avec des hommes moins autonomes. M. Perec m'a également appris que M. Danglard faisait « une cour assidue » à Mme Franc, et j'ai en effet remarqué que ce vieux monsieur ne quittait jamais la salle de restaurant sans passer à la table de Mme Franc pour échanger quelques mots avec elle.

Mais très souvent, la démarche de séduction est beaucoup plus directe et ne s'embrasse pas d'une cour assidue ou de comportements évocateurs et ambigus. Dans ces cas là, c'est toujours une démarche qui vient des hommes et s'adresse à des femmes. Plusieurs habitantes de Saint François de Sales et de Petite Provence racontent ainsi que des résidents leur ont fait des avances sexuelles. Un jour, alors que l'activité animée par Raphaël venait de se terminer, les résidents quittaient progressivement la salle tandis que Mme Grévin et Mme Loeb continuaient à voix basse une discussion ponctuée d'éclats de rire. Intrigué, Raphaël est allé

voir les deux vieilles dames pour leur demander quel était le sujet de leur hilarité. Les résidentes se sont d'abord montrées un peu réticentes, puis Mme Loeb a confié à l'animateur que M. Lefèvre, un habitant décédé quelques jours auparavant, lui avait un jour demandé de coucher avec lui et qu'il avait fait la même proposition à Mme Grévin, mais que bien sûr toutes les deux avaient refusé. Raphaël a semblé stupéfait et il a dit « Surtout que ça aurait pas été évident vu qu'il est en fauteuil », ce à quoi Mme Loeb a répondu « Mais vous savez, on peut changer de position », et les deux vieilles dames ont de nouveau éclaté de rire. Le fait qu'il se soit écoulé plusieurs semaines entre le moment où M. Lefèvre a fait cette proposition aux résidentes et le moment où elles l'ont ébruitée, et le fait qu'elles aient finalement attendu la mort de ce monsieur pour confier à d'autres le comportement qu'il avait eu, montre qu'il est fort probable que les avances de ce genre soient plus fréquentes qu'on ne le croit mais qu'elles demeurent généralement secrètes, certainement parce qu'elles sont jugées humiliantes pour celui qui en est à l'origine. Cependant, si Mme Loeb et Mme Grévin semblaient prendre la chose avec humour, bien qu'elles aient refusé la proposition de M. Lefèvre et qu'il leur aurait visiblement paru inconcevable et inconvenant de l'accepter, ce genre de propositions suscite habituellement chez les vieilles dames que j'ai rencontrées des réactions beaucoup plus négatives, sur le mode de l'indignation et du mépris.

Charlotte Germain mange à la même table que Pierre Olivier Martinet, et c'est un monsieur qu'elle semble plutôt apprécier et auquel elle reconnaît un certain nombre de qualités comme le fait d'être « toujours propre et bien mis » et d'être « cultivé ». Mais elle m'a dit un jour que, même si elle aime bien ce résident, elle pense que « il y a quelque chose qui ne tourne pas rond chez lui ». Et lorsque je l'ai questionnée sur ce qui l'amenait à penser cela, elle m'a confié « Figurez-vous qu'il m'a demandé de coucher avec lui ». Aux yeux de Mme Germain, la proposition de M. Martinet était inacceptable et prouvait que ce monsieur était déraisonnable puisqu'il avait fait une demande grossière et grotesque. Pierre Olivier Martinet est un résident qui visiblement cherche fréquemment à avoir avec les retraitées des rapports à connotation sexuelle, et Mme Delenclos m'a raconté qu'il lui avait un jour « montré son zizi ». Cette vieille dame dit avoir été très choquée et même effrayée. Elle a interprété ce comportement comme le signe que M. Martinet « perd la boule », qu'il est « obsédé » et « dangereux ». Un autre habitant de Petite Provence a la réputation de faire régulièrement des avances sexuelles aux vieilles dames, il s'agit de M. Maillard. Beaucoup disent de lui que c'est un « coureur de jupons » ; Louise Bonney m'a dit qu'il « est toujours au milieu des femmes » et Mme Agnès m'a raconté à deux reprises qu'il avait un jour regardé sa poitrine de manière insistante et indécente.

Là encore, les résidentes semblent considérer que le comportement de ce monsieur est très malvenu et qu'il « faut se méfier de lui ».

Bien que les employés m'aient raconté qu'il y avait eu par le passé des cas de relations amoureuses, charnelles et réciproques, entre résidents, ce dont j'ai pour ma part été témoin c'est principalement des rapports où les résidents avaient, vis-à-vis des résidentes, des propositions ou des gestes à caractère sexuel, et où les femmes y opposaient un refus outré et catégorique. J'ai bien sûr vu certaines résidentes, comme Jeanne Masson, avoir vis-à-vis des hommes des comportements qui relèvent selon moi du registre de la séduction, mais la proposition faite à l'autre d'avoir une relation amoureuse ou sexuelle n'était jamais aussi claire que lorsqu'elle provenait des hommes. Nous reviendrons un peu plus loin sur ces différences genrées, mais signalons d'abord que celui qui fait des avances à autrui semble toujours choisir un autrui qui est très autonome vis-à-vis de l'aide des professionnel, généralement plus qu'il ne l'est lui-même, et qui présente une condition physique au moins aussi bonne que la sienne, sinon plus. C'est probablement là un des facteurs explicatifs au fait qu'il y ait très peu de relations amoureuses entre résidents : celui qui se voit proposer une relation amoureuse ou un rapport sexuel a tendance à le refuser car celui qui lui fait cette proposition apparaît comme plus dépendant et en moins bonne condition, donc moins bien, qu'il ne se considère lui-même. Comme pour la relation d'amitié, il y a ce que l'on pourrait appeler des conséquences identitaires au fait d'entreprendre avec quelqu'un une relation intime et amoureuse. Pour que la relation soit valorisante, il faut que celui avec lequel on la tisse soit un partenaire enviable, et une personne jugée trop vieille, trop dépendante ou infirme, n'est pas un partenaire enviable. Ainsi, quand on essaie de savoir pourquoi les vieilles dames s'opposent à l'idée de répondre favorablement aux hommes qui leur font des avances, elles répondent avec mépris que ces hommes sont en bien moins bonne condition physique et cognitive qu'elles-mêmes. Mme Germain m'a dit de son prétendant que « personne ne voudrait de lui » et que « il ne fait pas envie ». Bien sûr, les dames disent aussi qu'il serait très inconvenant et même tout à fait grotesque, à leur âge et alors qu'elles ont des enfants, d'entreprendre avec un homme une relation amoureuse. Mais il apparaît en fait qu'un certain nombre de résidentes, y compris parmi celles qui me tenaient ce genre de discours, seraient visiblement prêtes à s'engager dans une telle relation si le partenaire leur convenait. Et, outre les quelques résidents qui sont jugés « actifs et autonomes » et auxquels s'adressent parfois les comportements séducteurs de certaines résidentes, ce partenaire désirable est toujours un employé.

D'une manière générale, le regard des membres du personnel sur l'amour entre résidents était assez bienveillant. Mais là où les ambitions amoureuses et sexuelles de ces personnes âgées posent en revanche problème, c'est lorsque les avances d'un ou une résidente s'adressent à un employé, et cela arrive relativement souvent. Le premier cas que j'évoquerai ici est celui du rapport de séduction entre résidente et employé. Jeanne Masson par exemple, habitante de Petite Provence dont nous avons vu qu'elle était beaucoup dans la séduction avec certains résidents, entretient également un rapport de séduction avec les hommes qui travaillent ou interviennent dans la résidence. Elle est très tactile avec eux, tenant par exemple le menton de Xavier pendant qu'il lui parle, et les invite fréquemment à venir boire un verre chez elle. Une fois où j'étais venu lui rendre visite dans sa chambre, elle m'a montré ce qu'elle appelle « les photos de [ses] hommes ». Trônant sur une commode, une demi-douzaine de photographies sur lesquelles figurent les employés masculins de la résidence sont encadrées. Xavier apparaît sur plusieurs de ces images, parfois dans des positions où il enlace Mme Masson, mais il y a aussi des photographies de Sofien, le deuxième aide-soignant de Petite Provence, et même du chanteur qui intervient dans l'établissement. Aucune femme, à l'exception de Jeanne Masson bien sûr, ne figure sur ces photographies. Et un jour, j'ai entendu Mme Masson dire à un jeune intervenant « Vous, vous manquez à mon tableau de chasse ». De ce que j'ai pu en voir, le comportement de cette résidente est un peu un cas particulier puisque c'est un comportement qui est évocateur et suggestif mais qui ne prend pas clairement la forme d'une déclaration ou d'une proposition, et qui de surcroît s'adresse quasiment à tous les hommes qui travaillent dans cette maison de retraite. Dans tous les autres cas de rapport de séduction entre résidente et employé dont j'ai connaissance, il s'agit toujours d'une vieille dame qui fait des avances, souvent sous forme de déclaration amoureuse, à un employé en particulier et pas aux autres.

Xavier m'a raconté que Mme Delenclos lui disait souvent, le soir, « Ah si j'avais 40 ans de moins ! Vous savez que je pense à vous quand je m'endors tous les soirs ». Et tous les membres du personnel de Petite Provence savent que Mme Poulain « est amoureuse de Sofien ». Elle le lui aurait fait comprendre de manière assez implicite, en lui disant par exemple qu'elle le trouve beau et séduisant et qu'il est, selon les termes que m'a rapportés Xavier, « sa seconde raison de vivre après son mari ». A Saint François de Sales, il est de notoriété publique que Christine en pince pour l'aide-soignant Jérémy. Il m'est arrivé d'entendre la vieille dame lui dire des choses comme « j'ai le béguin pour toi », et elle m'a confié « C'est mon chéri Jérémy. [...] Il est fort et sur ses bras y'a plein de poils ». Christine m'a même raconté qu'un soir elle avait « fait un caprice pour que ce soit lui qui vienne [la] mettre au lit », et que ce « caprice »

avait fonctionné, ce dont elle semblait assez fière. Dans le cas où c'est une résidente qui désire un employé et tente, avec plus ou moins de conviction, de le séduire, la dimension sexuelle de ce rapport, bien que sous-jacente, est très peu visible. Les membres du personnel considèrent que ce qui se joue n'est pas purement sexuel mais que c'est plutôt de l'amour. Pour les employés qui ne sont pas directement concernés par ces avances, la situation est très drôle et la résidente amoureuse est « mignonne ». Pour l'employé concerné, la situation est surtout très embarrassante, bien qu'il en rie souvent avec ses collègues, et la réaction est toujours un refus poli et gêné.

Le cas du rapport de séduction entre résident et employée se présente de manière très différente de celui du rapport de séduction entre résidente et employé. A ma connaissance, il s'agit toujours d'un retraité qui fait des avances sexuelles, généralement de manière assez crue et directe, à une ou plusieurs employées. A Petite Provence, une femme de ménage m'a raconté que M. Demange lui avait dit, un jour où elle s'était présentée à lui avec une bretelle de soutien-gorge qui glissait de son épaule, « Vous vous êtes mise comme ça pour que je vous caresse ? ». La femme de ménage l'a très mal pris, elle s'est énervée et elle aurait même dit au résident que s'il lui tenait encore une fois ce genre de propos elle allait lui « casser les dents ». A Saint François de Sales, c'est M. Duval qui fait constamment des avances sexuelles aux employées. Outre le vocabulaire amoureux auquel il a sans arrêt recours lorsqu'il s'adresse à elles, leur disant par exemple « Que tu es belle ma chérie » ou « Viens plus près de moi », il cherche souvent à les caresser et essaie de leur toucher les seins ou les fesses. Dans ces deux établissements, les résidents qui tentent d'entrer avec les employées dans ce rapport de séduction dont la dimension sexuelle est flagrante, s'attirent systématiquement les foudres du personnel, en particulier du personnel féminin, qui considère leur comportement comme « dégoûtant » et voit ces résidents comme des « vieux pervers ».

Qu'il s'agisse d'un rapport avec d'autres personnes âgées ou d'un rapport avec des employés, le registre de la sexualité est donc beaucoup plus présent et visible à travers les comportements de séduction qu'adoptent les résidents qu'à travers ceux qu'adoptent les résidentes. Il est fort probable que cette différence de positionnement des hommes et des femmes vis-à-vis du registre de la sexualité, corresponde de la part des femmes à une mise en conformité de leur comportement avec certaines normes de genre. En effet, il ressort généralement du discours des personnes que j'ai rencontrées, aussi bien résidents que membres du personnel, qu'ils admettent assez facilement, même s'ils ne l'acceptent pas toujours, que les hommes âgés et même très âgés puissent avoir des désirs sexuels. Les envies sexuelles des

femmes très âgées demeurent en revanche quelque chose d'inconcevable, un phénomène impensable et largement impensé. Il est donc probablement plus facile pour un résident que pour une résidente de manifester du désir sexuel.

Par ailleurs, si les hommes, employés comme résidents, reçoivent en principe assez bien les tentatives de séduction des vieilles dames, même s'ils y opposent généralement un aimable refus, les femmes, là encore employées comme résidentes, reçoivent souvent très mal les tentatives de séduction des vieux messieurs, elles y opposent un refus véhément et vivent habituellement ces tentatives comme des agressions. Une première explication à cela tient certainement au fait que les avances des hommes mobilisent beaucoup plus le registre de la sexualité que celles des femmes, et qu'elles sont donc certainement vécues comme plus intrusives et déplacées, tandis que les avances des femmes qui mobilisent plus le registre de l'affectivité apparaissent comme plus respectueuses et louables. Car, dans les relations que les individus âgés entretiennent avec autrui tout comme dans les relations de soin, ce qui est considéré comme absolument inconcevable, c'est la sexualité et l'amour charnel bien plus que l'affectivité et l'amour platonique. Le résident qui adopte un comportement de séduction dont la dimension sexuelle est très forte se rend coupable car il agit d'une manière qui est considérée comme n'étant « plus de son âge ». Et il se rend doublement coupable si ce comportement s'adresse à un soignant, puisqu'à cette première entorse à la bienséance s'ajoute celle de faire entrer une dimension sexuelle dans le soin, et que, comme l'explique Pascale Molinier, l'un des gros enjeux de la relation de soin c'est justement de réussir à être continuellement en contact avec le corps de l'autre tout en excluant de la relation absolument toute dimension sexuelle (Molinier 2011).

Au-delà de ces considérations, il me semble qu'à travers ces différences de comportements entre hommes et femmes vis-à-vis de la séduction, apparaît un aspect important de notre conception des genres et de la manière dont on envisage la position des hommes et la position des femmes dans le rapport de séduction. Il semblerait que lorsqu'un homme fait des avances à des employées ou des résidentes, ces dernières le vivent comme une tentative de prise de pouvoir de la part de cet homme qui est alors perçu comme « dangereux » et dont elles disent qu'il « faut s'en méfier ». A l'inverse, lorsqu'une femme fait des avances à un employé ou à un résident, ces derniers semblent généralement le vivre comme le signe qu'ils ont du pouvoir sur cette femme, et cette dernière est souvent présentée comme la victime plus ou moins passive des sentiments que les hommes lui font éprouver. Ce qui transparaît ici, c'est une conception des rapports de genre où les hommes seraient dans la position de celui qui est actif et les femmes



seraient dans la position de celui qui est passif, et où les hommes contrôleraient leurs affects tandis que les femmes les subiraient.

## **5) Avoir une famille et faire famille, les jeux de l'attachement et de la distance**

Les résidents sont donc, pour la grande majorité, des individus qui n'ont plus de conjoint et qui vivent seuls. Ils considèrent généralement que l'amour n'est plus de leur âge, ce qui présente l'aspect bien pratique de leur éviter de vouloir se lancer dans une quête de partenaire amoureux dont ils auraient de grandes chances de revenir bredouilles et humiliés. Car, quand bien même elles souhaiteraient s'engager dans une relation amoureuse, les personnes âgées dépendantes sont des individus qui peinent à trouver un partenaire, en raison du fort handicap que constituent la vieillesse et la dépendance sur le marché des rencontres amoureuses. Et la vieillesse et la dépendance disqualifient également, comme nous l'avons vu, l'individu en tant que partenaire de relation d'amitié. Un certain nombre de personnes âgées m'ont fait part du sentiment de tristesse, de manque et de solitude, que suscitait le fait de ne pas avoir « un véritable ami » au sein de la maison de retraite. Mais plusieurs m'ont dit que ça ne leur manquait pas, et ajoutaient à chaque fois qu'elles n'avaient pas besoin d'avoir des amis puisqu'elles avaient une famille. Alors que, au cours d'un entretien, je demandai à M. Duval « Qu'est-ce qui fait que vous ne vous liez pas d'amitié avec les personnes de la maison de retraite ? », celui-ci m'a répondu : « Mais parce que je n'en ai pas besoin Ninette : j'ai toute ma famille qui est autour de moi. J'ai six enfants tu comprends. Et des petits enfants et des arrières petits enfants ». Dès que j'interrogeais ce résident sur sa sociabilité avec les acteurs de l'établissement, il me répondait par des phrases telles que « Non, je suis d'une famille très nombreuses et il est évident que je n'ai pas besoin de contact avec les autres ». De la même manière, Mme Gorlier, une résidente qui m'avait dit avoir perdu ses anciens amis et à qui j'ai demandé si elle s'en était fait de nouveaux, m'a répliqué « Non, mais j'ai quatre filles moi ». Il y a probablement une corrélation entre le fait qu'un résident ait une famille nombreuse, mais surtout une famille qui soit proche géographiquement et qu'il voit souvent, et le fait qu'il éprouve peu le besoin d'avoir des amis. Mais cela n'est pas systématique et ne se vérifie pas toujours, puisque j'ai rencontré

des personnes âgées qui avaient une famille nombreuse et assez présente mais qui se sentaient seules et regrettaient de ne pas avoir d'amis.

Ce qui est sûr en revanche, c'est que les relations familiales sont toujours présentées par les résidents comme celles qui sont les plus importantes et qui unissent le plus fortement les individus. Lorsqu'on discute avec ces retraités, on peut fréquemment les entendre dire des choses comme « y'a rien de plus beau que la famille », « la famille c'est tout ce qui compte » ou « avoir une famille c'est le plus important ». De la même manière que celle qu'ils entretiennent avec les vieux amis, la relation à la famille peut être analysée comme une relation qui permet à ces personnes âgées de faire le lien entre le passé et le présent. Deux résidentes m'ont ainsi confié qu'elles évoquaient souvent des souvenirs lorsqu'elles étaient avec leurs enfants. Et Mme Guillet, qui a tendance à perdre la mémoire et qui en souffre beaucoup, m'a un jour déclaré « C'est ma fille qui me ramène les souvenirs. Elle me dit « tu te rappelles... » ». Ce sont surtout les liens avec leurs descendants qui revêtent pour les résidents la plus grande importance. Le terme même de « filiation » est porteur de l'idée de continuité, puisqu'il évoque un rapport de transmission au sein duquel les individus sont reliés comme les maillons d'une chaîne. Ces liens de filiation se prolongent à l'infini, de génération en génération. Pour les personnes âgées que j'ai rencontrées, les liens avec leur descendance sont ceux qu'ils considèrent comme les plus durables, ils représentent en quelque sorte la continuité qu'ils chérissent tant à un âge de leur vie marqué par la rupture et la perte. La famille, c'est ce qui reste quand tous les autres ont disparu. Alors qu'elle me parlait de la vie qu'elle avait menée et qu'elle arrivait au bout de son récit, le visage d'Anna Grévin s'est assombri et elle m'a dit « Maintenant je suis vieille. J'ai perdu mes amis et mon mari est décédé ». Il y a eu un silence durant lequel j'ai bien cru qu'elle allait se mettre à pleurer, mais finalement elle a souri et a déclaré « Mais j'ai deux beaux garçons ».

Généralement, les résidents voient toujours aussi fréquemment leur famille qu'à l'époque où ils vivaient à leur domicile. Certains ont des enfants qui viennent les voir presque tous les jours, d'autres ne reçoivent la visite de leurs enfants qu'une fois par mois, et d'autres encore ne les voient pour ainsi dire jamais. Mais quelles que soient la fréquence et la durée des visites, pour les résidents ce n'est généralement jamais aussi souvent ni aussi longtemps qu'ils le souhaiteraient. Je n'ai pas fait d'entretien et n'ai que très peu discuté avec les enfants des résidents, je ne sais donc pas vraiment quel est leur regard sur leur relation actuelle avec leurs parents. Mais j'ai pu comprendre, en parlant avec la psychologue de Saint François de Sales et en entendant des bribes de conversation entre des résidents et leurs enfants, qu'il y a du côté

des familles un fort sentiment de culpabilité. Les enfants des résidents culpabilisent de ne pas pouvoir ou de ne pas vouloir rendre visite à leurs parents aussi souvent que ces derniers l'aimeraient, et bien souvent ils culpabilisent de ne pas les avoir « pris en charge ». Selon la psychologue, cette culpabilité est liée au fait que les enfants des résidents ont le sentiment d'avoir une dette envers leurs parents : ces derniers se sont occupés d'eux pendant leur enfance, ils estiment donc qu'il est aujourd'hui de leur devoir de s'occuper d'eux en retour.

Mais la plupart des résidents que j'ai rencontrés m'ont dit qu'ils préféreraient encore vivre en maison de retraite que vivre dans leur famille, parce qu'ils ne veulent pas « être une charge » pour leurs enfants. Au cours de mes entretiens avec ces personnes âgées, je les ai ainsi souvent entendu dire des choses comme « J'étais une charge pour ma famille avant de venir ici » ou « Mes enfants, je suis plutôt une charge qu'autre chose pour eux », ou encore « Ah je ne voulais pas être avec mes enfants. Oh non, non, non. Parce que pour eux je serais un boulet, et je ne veux pas ». Pourtant, ces retraités sont unanimes : leur famille leur manque. Ils disent qu'ils aimeraient voir leurs enfants plus souvent, mais en général ils l'avouent à demi-mot, comme s'ils en avaient un peu honte. De sa relation avec ses enfants, Jeanne Masson m'a dit « Ils ont du travail et ils ont leur vie, alors on ne se voit pas beaucoup ». Une autre habitante de Petite Provence m'a confié « C'est pas que je m'ennuie mais je me languis toujours de la voir [ma fille]. Mais enfin c'est comme ça, elle fait sa vie ». Et à Saint François de Sales, M. Garnier m'a déclaré « Si j'étais vraiment égoïste, je souhaiterais que mes filles viennent plus souvent. Mais ce serait franchement de l'égoïsme parce qu'elles ont leur vie. Elles ont leur vie. »

Pour les enfants de ces résidents, l'acte altruiste consiste à être présent dans la vie de leurs parents, tandis que pour les résidents, l'acte altruiste consiste au contraire à ne pas être trop présent dans la vie de leurs enfants. Il me semble que cela montre bien que le caractère altruiste ou égoïste d'une action ne tient pas à la nature de cette action mais plutôt à l'intention qui la motive, à la manière dont celui qui l'entreprend évalue ses propres besoins et évalue les besoins de l'autre, et décide de faire passer les besoins de l'autre avant les siens. L'acte véritablement altruiste est celui où l'individu sacrifie ses propres envies pour permettre de satisfaire celles de l'autre. Pour préserver l'autonomie de leurs enfants, des personnes âgées en perte d'autonomie se sont installées dans un établissement de soin. Et ce simple constat recèle à mon sens toute la complexité de la notion d'autonomie. Car dans la relation aidant-aidé, il n'y a pas un individu dépendant et un individu autonome, mais deux individus interdépendants. Il n'y a pas que l'individu « pris en charge » qui est dépendant : celui qui « prend en charge » est tout aussi dépendant de l'autre puisqu'il n'est pas libre d'agir de manière indépendante mais

doit au contraire agir par rapport à l'autre, en fonction des besoins et des attentes de l'autre ; il n'est donc absolument pas autonome, pas plus que ne l'est l'individu qui dépend de lui pour agir. S'interroger sur les notions de dépendance et d'autonomie, c'est s'interroger sur les notions de solidarité et d'individualisme, d'altruisme et d'égoïsme. Ces grandes questions dépassent de loin les prétentions de ce mémoire, et la vraie question qui me semble ici être pertinente pour mieux comprendre la relation entre les résidents serait plutôt : qui, des parents ou des enfants, fait passer les besoins de l'autre avant les siens ?

Les deux bien-sûr, puisque chacun fait des concessions. Les résidents essaient de « ne pas être trop envahissant[s] » vis-à-vis de leurs enfants, et les enfants essaient d'être souvent présents auprès de leurs parents. Encore une fois, je dispose presque uniquement du témoignage des résidents, et je ne traduis donc certainement ici qu'une facette de la réalité. Mais il m'a néanmoins semblé que ce sont les parents qui font le gros du sacrifice, puisqu'ils ont fait le choix, afin de ne pas être une contrainte pour leurs enfants et de préserver leur indépendance et leur liberté, de venir vivre dans un endroit spécialisé où souvent ils ne se sentent pas vraiment chez eux et où parfois ils sont très malheureux. Il ressort du discours des résidents que, pour la plupart d'entre eux, cet état de fait leur paraît tout à fait normal. Nous avons vu dans le chapitre précédent que les rapports d'aide et de protection entre parent et enfant s'inversent souvent avec le vieillissement et l'augmentation de la dépendance des parents, mais généralement les résidents considèrent qu'ils sont toujours les parents de leurs enfants et que, à ce titre, c'est leur rôle et leur devoir de protéger leurs enfants, de prendre soin d'eux et de faire passer les besoins de leurs enfants avant leurs propres besoins. Encore une fois, on en revient au fait que la relation d'aide et de protection est, dans nos sociétés, incarnée par le rapport des parents envers leurs enfants et non pas par le rapport des enfants envers leurs parents. Celui dont il faut prendre soin c'est l'enfant, bien plus que le parent. Car l'enfant va grandir et devenir adulte, tandis que le parent va mourir et devenir poussière. Et c'est là que l'analogie entre l'enfance et la vieillesse montre ses limites.

Alors, pour que les parents devenus vieux ne soient pas une charge pour leurs enfants devenus grands, le lien d'aide et de solidarité est déplacé, sorti du cercle familial pour être établi dans des lieux spécialisés et laissé aux mains de professionnels spécialisés. Dans ce contexte, il est possible que ces professionnels, et en particulier les soignants qui assument la part la plus directe de la « prise en charge », deviennent pour les résidents un substitut à la famille. Un jour, alors que sa fille était venue lui rendre visite et venait de partir, j'ai entendu une résidente de Saint François de Sales s'interroger « Qui c'est qui remplace ma fille maintenant ? ». Christine

quant à elle, m'a dit de Jérémy « Oh lui je l'aime bien parce qu'il est paternel ». Il semblerait que les résidents les plus dépendants de l'aide d'autrui considèrent souvent que les membres du personnel sont un peu comme des parents pour eux. A l'inverse, les résidents qui sont assez autonomes ont plutôt tendance à considérer que les membres du personnel sont un peu comme des enfants ou des petits enfants pour eux. Ainsi, à Petite Provence, Claude Perec m'a dit « Léa je la considère un petit peu comme la fille que je n'ai jamais eu. [...] Et je l'ai dit un jour à tout le monde : on était en bas avec cinq ou six bonnes femmes à côté de nous, et en allant vers l'ascenseur, là je lui ai dit « Moi Léa, pour moi c'est un peu comme ma petite fille, et si c'était moi qui l'avait faite, je suis pas sûr que je l'aurais faite aussi jolie » ».

Du côté des employés, nous avons vu dans le chapitre précédent qu'ils avaient tendance à considérer les résidents comme des enfants, parfois même comme leurs enfants. Mais ils comparent aussi souvent les résidents à leurs parents. Ce sont toujours les personnes âgées les plus dépendantes qui sont comparées aux enfants, mais la comparaison avec les parents s'applique aussi bien aux individus plutôt autonomes qu'aux individus plutôt dépendants. Quand ils comparent les résidents à leurs parents, les membres du personnel disent généralement qu'ils font « un transfert ». Faire un transfert, c'est voir en l'autre un de ses parents ou un de ses grands-parents ; selon les termes d'une aide-soignante, « c'est quand tu regardes la personne âgée comme si c'était ta mère ». Anne, une aide-soignante de l'UGD, m'a décrit la manière dont peut se mettre en place ce processus de transfert alors que je discutais avec elle de son investissement affectif dans son travail auprès des résidents :

« Un soir, une aide-soignante allait coucher [M. Fernandez], et puis il me prend comme ça puis il me fait (en chantonnant) « Dors min p'tit quinquin min p'tit pouchin ». Je lui dis « Pas ça Maurice, pas ça ». Il est du nord et c'est la chanson que mon père il me chantait quand j'étais gamine, et mon père ça fait deux ans qu'il est décédé. Puis bah là c'est fini. Ah là c'est fini, il y a plus de distance, il y a plus rien. »

Les soignants disent des transferts qu'ils sont inévitables. Une aide-soignante par exemple m'a dit un jour « Tu peux pas t'empêcher de faire des transferts », et sa collègue a approuvé « Et oui, tu penses à ta grand-mère ». Mais ils disent aussi qu'il faut autant que possible éviter de faire ces transferts. De la même manière, les membres du personnel déclarent souvent que, avec les résidents, ils forment « une grande famille », mais ils disent aussi que « il ne faut pas se substituer à la famille ». Une aide-soignante a assez bien résumé l'opinion des employés sur ce sujet : « C'est comme une famille, mais il faut pas oublier le « comme » ».

Alors pourquoi ne doit-t-on pas faire des transferts et se substituer à la famille, et pourquoi ne peut-on pas s'empêcher de le faire au moins en partie ?

S'il ne faut pas faire de transfert et considérer les résidents comme de la famille, c'est tout d'abord pour rester avec ces personnes âgées dans un rapport professionnel, pour éviter une familiarité qui est perçue comme n'ayant pas sa place dans le registre de la relation professionnelle et comme pouvant constituer un manque de respect vis-à-vis de la personne âgée. La déontologie veut que les soignants gardent « la distance » comme disent les employés, qu'ils évitent de faire des transferts, de considérer les résidents comme leurs parents ou grands-parents et d'entretenir avec eux des rapports familiaux. Mais les soignants disent qu'ils sont obligés de faire des transferts et de considérer certains résidents comme des proches ou des parents. La raison qui m'a le plus souvent été donnée pour expliquer cela, est le fait que les soignants passent, selon eux, plus de temps avec les résidents qu'avec leur propre famille. Pour les employés, le fait de passer autant de temps avec ces personnes âgées les amène inévitablement à « s'attacher », selon l'expression qu'ils emploient constamment pour décrire un investissement affectif qu'ils opposent à « la distance ». D'autre part, le temps passé avec les résidents fait que « on les connaît mieux que leur famille ». Du fait des nombreuses transformations physiques et cognitives qui surviennent généralement dans le grand âge, les résidents sont souvent des individus qui apparaissent comme étant très différents de ce qu'ils étaient à l'époque où ils vivaient encore seuls, et parfois leurs enfants vont jusqu'à dire qu'ils ne les reconnaissent plus. Les membres du personnel en revanche n'ont pas connu ces individus tels qu'ils étaient avant, mais ils les connaissent très bien tels qu'ils sont maintenant. Nous avons entrevu, avec la question de l'amitié, que le fait de bien connaître quelqu'un est une des conditions qui permettent de se sentir proche de lui. D'une certaine manière, de nombreux soignants se perçoivent comme légitimes pour remplacer, vis à vis des personnes âgées qu'ils connaissent bien, leurs proches qui finalement ne les connaissent plus si bien.

Un jour, alors qu'elle venait d'avoir une altercation avec Christine, une aide-soignante m'a dit « Je l'adore mais parfois j'en peux plus ». Un peu surprise je lui ai demandé « Vraiment ? Tu adores Christine ? », et l'aide-soignante m'a répondu « Ah bah bien sûr, on est comme une famille hein ! On s'engueule mais on s'aime quand même ! ». On considère souvent que, au sein de la famille, il faut faire fût des divergences et des désaccords : il peut y avoir des disputes mais elles ne doivent pas mener à des conflits trop importants qui diviseraient fortement les individus. La famille est perçue comme devant toujours rester unie, en dépit des litiges qui opposent parfois ses membres. C'est un peu la même chose pour le groupe que constituent les

individus qui vivent ou travaillent en maison de retraite. Dans la mesure où ils sont tous les jours obligés d'être en présence de personnes avec lesquelles ils n'ont pas choisi d'être, les employés et les résidents ont plutôt intérêt à bien s'entendre. Evidemment, bien s'entendre ne signifie pas forcément s'aimer. C'est d'ailleurs pour cela que la déontologie préconise aux employés de garder « de la distance » vis-à-vis des individus avec lesquels ils travaillent et de rester dans un rapport professionnel avec eux. Ce rapport professionnel permet lui aussi de désamorcer les conflits puisque l'autre est tenu à distance, puisqu'on ne s'engage pas avec lui dans un rapport personnel. Mais il y a un certain nombre de raisons pour lesquelles les membres du personnel, et en particulier les soignants, considèrent que cette distance n'est pas tenable, que l'on est « obligé de s'attacher » et parfois de faire des transferts.

Le fait d'être complètement solidaire vis-à-vis de l'autre et de prendre soin de lui est souvent considéré comme un rapport à l'autre propre à la relation entre des individus qui sont tenus par des liens familiaux. On conçoit tout à fait que ce rapport existe aussi entre des individus qui n'ont pas de lien de parenté, mais les relations de solidarité, d'aide et de protection, apparaissent comme un rapport à l'autre absolument naturel au sein de la famille.

Mme Zacharias était, depuis quelques jours, dans un état d'agonie. Sa famille ne pouvant pas être présente auprès d'elle, nous nous relayions, quelques employés et moi-même, au chevet de la résidente pour qu'elle ne soit pas seule dans ses derniers instants. Alors que je retrouvais Thomas, un jeune ASL, devant la chambre de la mourante, celui-ci m'a dit, des larmes plein les yeux : « Je sais pas pourquoi sa famille ils sont pas là. [...] Ça devrait être eux qui lui tiennent la main, pas nous. C'est à la famille de faire ça. [...] Ses enfants ils sont pas là, et moi je suis là avec cette dame alors que c'est pas ma mère, alors que ma grand-mère elle est loin et elle est en train de mourir. Je devrais être avec elle. Et les enfants de Mme Zacharias ils devraient être là. ».

Le fait de prendre soin de quelqu'un au quotidien et de l'assister dans les étapes importantes de sa vie est quelque chose qui est pensé comme naturel si ce quelqu'un est un parent proche. Considérer et traiter un résident comme s'il était son propre père ou sa propre mère, permet non seulement au soignant de se rappeler que ce résident est une personne, mais ça lui permet aussi et surtout de donner un sens à son travail auprès de cette personne. Comme le dit très bien Pascale Molinier, agir avec l'autre comme s'il était un parent permet au soignant de recréer « un monde où les relations sont naturelles, c'est-à-dire perçues et vécues comme telles » (Molinier 2013, 121). Et il n'y a pas que pour les soignants qu'il est important que les relations d'aide et de soin paraissent naturelles, donc familiales, il semblerait que ça soit aussi

important pour les résidents. Ainsi, Léa m'a expliqué que pour certains retraités c'est très important qu'on les tutoie et qu'on les appelle par leur prénom, parce que « ça fait plus famille ».

## **6) L'intimité et la relation de soin**

Marie-Hélène Colson déclare que « l'idée d'intimité s'est construite [...] très récemment, à partir du XIXe siècle, en parallèle à celle d'individu, à laquelle notre société post moderne attache aujourd'hui davantage d'importance qu'aucune autre avant elle » (Colson 2007, 64). La notion d'intimité est en effet étroitement liée à celle d'individu, elle s'inscrit dans un modèle socioculturel qui conçoit la personne comme un être ayant un dedans et un dehors (Fiat 2007). En effet, selon Éric Fiat, « l'adjectif intime vient du superlatif latin *intimeo*, qui signifie « le plus intérieur » » (Fiat 2007, 27), et pour Colette Eynard, le terme intime « renvoie à ce que nous avons de plus personnel » (Eynard 2007, 87). Il y a donc l'idée, avec la notion d'intime, que tout individu aurait des dimensions de lui-même qui lui sont propres et qui sont intérieures, en ce sens qu'elles ne sont pas visibles, que les autres n'y ont pas accès, sauf ceux avec lesquels l'individu entretient une relation particulière, privilégiée, qui les amène à établir entre eux un rapport d'intimité. Le domaine intime est donc un domaine privé, caché, un domaine secret en quelque sorte.

Mais la relation de soin, et en particulier dans le domaine du soin gériatrique, implique que le soignant enfreigne vis-à-vis de son patient la règle d'inviolabilité de la sphère intime, puisque la relation de soin « autorise un certain nombre de gestes et de paroles qui sont habituellement interdits entre étrangers » (Bourguignon 2010, 84). Les soignants que j'ai rencontrés m'ont tous dit qu'ils avaient la sensation de pénétrer dans l'intimité des résidents, et que c'était parfois très gênant. Ils sont quotidiennement en contact, visuel, tactile ou olfactif, avec les corps dénudés et les déjections des résidents. Ces personnes âgées se montrent généralement très compréhensives vis-à-vis de cette intrusion dans leur espace intime, car elles savent que « c'est pour [leur] bien », mais certaines m'ont avoué qu'elles trouvaient cela « difficile », « embarrassant » ou même « dégoûtant ». Les soignants m'ont expliqué que lorsque les résidents sont « consentants » et « détendus », le contact avec leur corps n'est pas un problème ; mais lorsque les résidents sont « pudiques », lorsqu'ils éprouvent des réticences à les laisser accéder à leurs parties intimes, alors « c'est très délicat » et « on se sent mal ».



Pour parer au malaise que peut susciter chez le soignant le fait d'être confronté à l'intimité de l'autre et chez le résident le fait de voir son intimité être dévoilée, le comportement préconisé par la déontologie du soin gériatrique consiste pour les soignants à garder la distance par rapport aux résidents, à maintenir avec eux un rapport strictement professionnel (Bourguignon 2010). Mais, comme le remarque Pascale Molinier « d'une façon assez paradoxale au regard des préconisations de leurs formateurs, les aides-soignantes n'utilisent pas la distanciation pour se protéger du dégoût, mais au contraire le rapprochement » (Molinier 2013, 119). Le rapport, visuel, tactile ou même olfactif, qu'un individu entretient avec le corps d'autrui dépend du degré de proximité affective qu'il entretient avec cet autrui (Le Breton 1998). Etre confronté aux fonctions d'élimination d'autrui suscite par exemple un dégoût plus fort si cet autrui est un étranger que s'il est un familier (ibid.). Et Molinier constate ainsi que « une « chérie », une personne que l'on a réussi à traiter « comme sa mère », suscite moins le dégoût » (Molinier 2013, 119). Un jour, une habitante de Saint François de Sales avait déféqué dans ses habits, et une aide-soignante a dû s'occuper de la laver et de la soigner. Tandis que l'employée était en train de lui nettoyer les fesses, la résidente a dit « C'est dégoûtant » ; ce à quoi l'aide-soignante a répondu « Mais non c'est pas dégoûtant, y'a pas de gêne entre nous ».

Faire de l'autre un proche, un familier, permet d'abolir avec lui certaines des règles de la pudeur, de pouvoir partager avec lui ce qui relève du privé et de l'intime sans éprouver de gêne ou de honte, car l'intimité c'est ce qu'on ne montre pas aux autres mais qu'on partage avec certains Autres, avec ceux que justement on nomme « les intimes ». Ainsi, alors que je demandais à M. Daniel si ça ne le gênait pas que des aides-soignantes viennent lui faire sa toilette, ce résident m'a répondu « Non, pas du tout. Parce que je les connais bien. Les filles sont toutes mes amies ici, alors ça me gêne pas ». De même, plusieurs aides-soignantes m'ont expliqué que les toilettes et les changes « c'est beaucoup plus facile à gérer quand c'est des résidents que tu connais bien, auxquels tu es attachée ». L'infirmière Véronique m'a dit un jour : « Avoir cette proximité comme ça, cette intimité, avec quelqu'un que tu connais pas et bien des fois c'est gênant. Alors que quand c'est quelqu'un que je connais et bien, je sais pas, ça me paraît plus naturel ». Et il semblerait que les soignantes aiment beaucoup faire des toilettes aux résidents qu'elles apprécient et dont elles se sentent proches. Nina m'a par exemple confié « Les toilettes, quand ça se passe bien, ça peut être un moment super sympa. Parce que tu rentres vraiment dans l'intimité de la personne, tu partages quelque chose avec elle ».

Mais les employés précisent aussi qu'ils n'ont pas une relation d'affection et un rapport d'intimité avec tous les résidents, mais seulement avec les résidents qui veulent de cette

affection et qui souhaitent entrer avec eux dans un rapport d'intimité. Avec les autres, les soignants gardent leur distance et évitent les familiarités, et, lorsqu'ils sont obligés de pénétrer leur espace intime pour les changes ou les toilettes, ils font le plus vite possible et ce n'est pas un moment très agréable. Comme le disent les soignants, « il faut s'adapter » : ils oscillent entre une posture de distance et une posture de proximité, selon la position et les attentes de la personne âgée avec laquelle ils sont en interaction. Il s'agit de trouver la proximité adéquate, c'est-à-dire celle qui convient aux deux partenaires de la relation. Selon cette perspective, l'activité de soin gériatrique est donc tout à fait relationnelle, puisqu'il s'agit d'établir un rapport particulier à l'autre, rapport qui ne s'établira pas de la même manière, qui prendra des formes différentes et qui ne sera pas vécu pareil, en fonction des acteurs de cette relation de soin. Généralement, avec les résidents qui sont le plus dépendants, les soignants sont toujours dans un rapport intime, car il semblerait que ce soit la position qui rende le rapport à l'autre le plus agréable lorsque l'on doit quotidiennement l'habiller, le laver ou lui changer sa couche. Mais le risque de la posture du rapprochement, du partage consenti d'une certaine intimité dans un rapport personnel et privilégié à l'autre, c'est que ce rapport devienne ambigu.

On considère souvent que le sujet de la sexualité des personnes âgées qui vivent en EHPAD est tabou (Hazif-Thomas et al. 2002 ; Bauer et al. 2007), et le terme « tabou » était systématiquement employé par les membres du personnel que j'ai interrogés à ce sujet. Or, ce tabou serait à son paroxysme lorsque l'on aborde la question du sexuel dans le soin gériatrique (Molinier 2011). Plusieurs soignantes parmi celles que j'ai rencontrées m'ont raconté « le choc des premières fois », des premières confrontations avec la nudité des personnes-âgées, et en particulier avec celle des hommes. Mais, disent-elles, « avec le temps on voit plus les corps ». Un bon moyen de désexualiser la relation à l'autre est de désexualiser l'autre, c'est-à-dire le concevoir comme un être dont les pensées, dont le mode d'action et de relation, ne seraient jamais sexuels. Ainsi, Jérémy m'a dit un jour « peut-être qu'en fait on se protège beaucoup derrière l'idée que les personnes âgées n'ont plus de sexualité ». Car lorsque l'individu n'est pas un être potentiellement sexuel, il semblerait qu'il ne soit plus vraiment concerné par l'impératif de la pudeur ; c'est en tout cas vrai pour les jeunes enfants dont il est admis qu'ils n'ont pas de sexualité et dont la nudité, même en public, n'est généralement pas perçue comme gênante ou inconvenante. Selon cette perspective, l'infantilisation des personnes âgées qui vivent en maison de retraite peut aussi être interprétée comme un moyen pour les soignants de désérotiser le contact avec les corps de ces personnes, de pouvoir accomplir les actes de soin sans être freiné par les normes de la pudeur, sans subir la gêne d'une relation qui, sous certains

aspects, a quelque chose de sexuel. Un jour, alors que j'interrogeais Véronique et deux aides-soignantes au sujet de l'infantilisation des personnes âgées, elles se sont mises à parler spontanément et sans que j'intervienne du rapport au corps de l'autre et de la dimension sexuelle du soin. Selon ces trois soignantes, le contact avec le corps des résidents est « plus facile à gérer » pour elles, du fait qu'il s'agisse de personnes âgées, d'individus qui, à leurs yeux, ne sont plus vraiment des adultes et n'ont plus de sexualité. Une aide-soignante a conclu cette conversation en déclarant : « Je peux te dire que quand tu dois toucher le sexe de mecs qui ont ton âge, qui ont toute leur tête et tout, ça fait bizarre hein ! ». Il s'agit donc dans le soin gériatrique de trouver la juste proximité dans le rapport à l'autre, c'est-à-dire celle qui convient aux deux partenaires de la relation de soin. Mais pour les soignants, même lorsqu'il s'agit de faire de l'autre un proche, un intime, il faut toujours le maintenir dans une certaine altérité, et la raison à cela tient certainement en grande partie au fait qu'il faut impérativement éviter de reconnaître en lui un potentiel partenaire sexuel.

Les relations que les différents acteurs de ces maisons de retraite nouent les uns avec les autres ont du sens et donnent du sens. Elles leur permettent de se situer les uns par rapport aux autres et d'agir sur leur vécu au sein de l'établissement. Parce qu'ils ne sont pas obligés d'être véritablement en contact avec les personnes âgées dépendantes et parce qu'ils refusent d'être assimilés avec elles, les résidents n'établissent généralement pas entre eux des relations amicales ou amoureuses. Les soignants, qui sont constamment en contact avec les personnes âgées dépendantes et qui sont régulièrement amenés à pénétrer dans leur intimité, choisissent habituellement quant à eux d'établir avec ces personnes une relation particulière et privilégiée, de s'en faire des proches, voire des parents. Mais malgré ce rapprochement, les soignants ne considèrent généralement pas les personnes âgées dépendantes comme leurs semblables, probablement pour éviter de les percevoir comme des potentiels partenaires sexuels, mais certainement aussi parce que les modes de relation que sollicitent le travail de soin et de prise en charge en maison de retraite induisent systématiquement une forte dysmétrie entre les partenaires du rapport de soin. Ainsi, il semble très difficile pour les personnes âgées dépendantes, qui ont souvent perdu la plupart des relations qu'elles avaient nouées par le passé, d'établir avec d'autres des relations privilégiées valorisantes sur le mode d'un rapport d'égal à égal. On comprend mieux dès lors, que des personnes qui vivent pourtant en collectivité et sont presque toujours en présence d'autres individus puissent se sentir aussi seules.

## Conclusion

Dans le grand âge, les individus subissent un certain nombre de pertes relationnelles. Le départ à la retraite induit souvent pour la personne âgée la perte de ses collègues de travail. La mort emporte nombre de ses amis et parfois son conjoint. Les transformations physiques et cognitives qui l'atteignent impliquent bien souvent des difficultés de mobilité, l'empêchant de rendre visite à ses amis aussi fréquemment qu'elle le souhaite et amènent finalement certains liens d'amitié à se défaire. Enfin, le départ du domicile et l'emménagement en maison de retraite induit généralement une sorte de « déracinement social », une perte du réseau relationnel établi, puisque la personne âgée n'a plus les mêmes voisins et souvent plus les mêmes fréquentations, elle n'évolue plus dans le même environnement social. A tout âge, l'individu subit des pertes relationnelles plus ou moins importantes ; pour ne citer que quelques exemples on peut évoquer les situations de divorce, de changement de profession ou de déménagement. Ces pertes relationnelles ne sont en fait que des transformations, des changements, puisque l'individu s'investit habituellement dans de nouvelles relations. Mais pour la personne âgée dépendante qui vit en maison de retraite, ce réinvestissement est rendu difficile par un certain nombre de facteurs.

La nature même du lieu maison a des implications relationnelles pour les individus qui y habitent. C'est un monde de contraintes, où l'on ne choisit pas les personnes avec lesquelles on vit, où l'on choisit rarement celles avec lesquelles on est en rapport, et où régulièrement, les personnes âgées ne décident pas de ce qu'elles font, ni de quand et avec qui elles le font. C'est aussi un lieu spécialisé où évoluent d'une part des individus qui sont « pris en charge », et d'autre part des individus qui « prennent en charge ». Il y a donc une répartition fortement polarisée des différents acteurs des maisons de retraite qui structure les rapports qu'ils entretiennent les uns avec les autres, et le mode de la prise en charge des uns par les autres induit d'emblée une considérable dissymétrie dans les relations entre ces deux catégories d'individus. Par ailleurs, la conception très négative que nous entretenons du vieillissement et la pathologisation des transformations physiques et cognitives qui l'accompagnent amènent souvent les personnes âgées à ne pas se sentir « bien dans leur âge », à avoir la sensation que

leur vie est derrière eux. Ces individus sont donc généralement très attachés à leur passé et peuvent éprouver des difficultés à ancrer des relations dans un présent qu'ils acceptent mal. Mais si la dévaluation et la perception déficitaire de la vieillesse et de la dépendance sont des facteurs d'isolement pour la personne âgée, c'est aussi et surtout parce qu'ils en font un être qui n'est pas désirable. Ainsi, selon Jean Maisondieu, dans une société tournée vers le jeunisme, « le vieux trop vieux pour parvenir à dissimuler qu'il est vieux connaît l'horreur du vieillir dans la solitude de qui n'est plus rien parce qu'il n'a plus rien d'attractif » (Maisondieu 2006, 38).

Les individus qui habitent en EHPAD ont tous eu des parcours de vie différents et sont issus de milieux sociaux divers. Mais dans l'univers de la maison de retraite, la plupart des identités du passé s'effacent, la condition physique et cognitive des personnes âgées et leur situation de plus ou moins grande dépendance vis-à-vis d'autrui, deviennent les critères majeurs d'identification de ces retraités. D'après Philippe Descola, il y a une « préséance logique » des modes d'identification sur les modes de relation, puisque c'est la manière dont on identifie autrui qui conditionne au moins en partie la relation que l'on entretient avec lui (Descola 2005, 165). Le rôle déterminant de l'identification sur la relation est un fait indéniable, mais la préexistence de l'identification par rapport à la relation me semble être une idée qui n'est pas réfutable mais qui peut être nuancée. En effet, il semblerait que la relation contribue à forger l'identité, elle la solidifie en quelque sorte. Si les personnes très âgées apparaissent comme comparables aux jeunes enfants, c'est parce qu'on leur reconnaît certaines similitudes avec les enfants, et notamment leur forte dépendance vis-à-vis d'autrui, mais c'est aussi et surtout parce que la relation que l'on entretient avec eux est semblable à celle que l'on entretient avec des enfants que l'on identifie ces personnes comme des enfants. Ainsi, il y a un va-et-vient entre les modes d'identification et les modes de relation qui s'alimentent mutuellement. On retrouve un peu ce même va-et-vient, à l'intérieur duquel on a du mal à discerner la cause de la conséquence, lorsqu'il s'agit des affects : sourit-on parce qu'on est heureux ou est-on heureux parce qu'on sourit ? Ce qui est sûr, c'est que les manières qu'ont les individus d'identifier les autres, de s'émouvoir ou de se prendre d'affection, ont du sens ; mais plus encore, elles donnent du sens, ce sont des modalités d'action qui ont un rôle actif, elles transforment la relation des individus avec autrui et, plus largement, elles leur permettent d'agir sur le monde tel qu'il est vécu et le perçu.

## Bibliographie

- AMEISEN J.C. (2008), « Et ce changement-là, vivre, au monde s'appelle... », dans MINNAËRT E. (dir.), *Anthropologies du corps vieux*, Paris, Fondation Eisai, pp. 35-85.
- AMYOT J.J. (2011), « Vieillesse et sexualité : interdits et dénis », dans PITAUD P. (dir.), *Sexualité, handicaps et vieillissement*, Toulouse, Érès, pp. 55-73.
- ARGOUD D. & B. PUIJALON (2003), « Enjeux et limites d'une prise en compte de la parole des vieux », *Gérontologie et société*, vol. 106, n°3, pp. 23-39.
- ATTIAS-DONFUT C. (2001), « Images de la vieillesse », *Retraite et société*, vol. 34, n°3, pp. 6-9.
- BAUER M., MCAULIFFE L. & R. NAY (2007), « Sexuality, health care and the older person: an overview of the literature », *International Journal of Older People Nursing*, vol. 2, n°2, pp. 63-68.
- BERGE C. (2010), *L'Odyssée de la mémoire*, Paris, La Découverte.
- BERTRAND A. (2011), « Une critique anthropologique de l'éthique du soin », *Recherche en soins infirmiers*, vol. 104, n°1, pp. 5-22.
- BIDART C. (2010), « Les âges de l'amitié. Cours de la vie et formes de socialisation », *Transversalité*, n°113, pp. 65-81.
- BILLE M. (2014), *Lien conjugal et vieillissement*, Toulouse, Érès.
- BOURGUIGNON O. (2010), « L'intime, le corps et la relation de soin », dans Hirsh E. (dir.), *Traité de bioéthique*, Toulouse, Érès, pp. 84-95.

- CARADEC V. (2003), « La television, analyseur du vieillissement », *Réseaux*, vol. 119, n°3, pp. 121-152.
- CARADEC V. (2009), « L'expérience sociale du vieillissement », *Idées économiques et sociales*, vol. 157, n°3, pp. 38-45.
- CATENACCI E. (2011), « Le médecin, le vieillard et la sexualité », dans PITAUD P. (dir.), *Sexualité, handicaps et vieillissement*, Toulouse, Érès, pp. 207-219.
- COLSON M. H. (2007), « Âge et intimité sexuelle », *Gérontologie et société*, vol. 122, n°3, pp. 63-83.
- CUMMING E. & W. E. HENRY (1961), *Growing Old, the Process of Disengagement*, New York, Basic Books.
- DARNAUD T. (2007), « L'impossibilité de l'intime dans les institutions gériatriques », *Gérontologie et société*, vol. 122, n°3, pp. 91-106.
- DE BEAUVOIR S. (1970), *La vieillesse*, Paris, Gallimard.
- DESCOLA P. (2005), *Par-delà nature et culture*, Paris, Gallimard.
- DESPRET V. (2001), *Ces émotions qui nous fabriquent*, Paris, Le Seuil.
- DETREZ C. & A. SIMON (2006), « Un absent trop présent ? Le corps des femmes âgées dans la littérature féminine contemporaine », dans MONTANDON A. (dir.), *Éros, blessures et folie: détresses du vieillir*, Clermont-Ferrand, Presses Universitaires Blaise Pascal, pp. 359-373.
- DUPRE-LEVEQUE D. (2001), *Une ethnologue en maison de retraite. Le guide de la qualité de vie*, Paris, Éditions des Archives Contemporaines.

- DURAND-LE GUERN I. (2006), « Vieillir en esthète : *Le Portrait de Dorian Gray* et *La Mort à Venise* », dans MONTANDON A. (dir.), *Éros, blessures et folie: détresses du vieillir*, Clermont-Ferrand, Presses Universitaires Blaise Pascal, pp. 209-220.
- EYNARD C. (2007), « La chambre comme espace d'intimité », *Gérontologie et société*, vol. 122, n°3, pp. 85-89.
- FIAT E. (2007), « Pudeur et intimité », *Gérontologie et société*, vol. 122, n°3, pp. 23-40.
- GOFFMAN E. (1968), *Asiles, Etudes sur la condition sociale des malades mentaux*, Paris, Les Editions de Minuit.
- HAZIF-THOMAS C., MIGEON-DUBALLET I., BELAZREG F., PRADERE C. & P. THOMAS (2002), « Iatrogénie, vie sexuelle et représentation de la sexualité du sujet âgé », *Revue de Gériatrie*, vol. 27, n°6, pp. 405-415.
- HENRARD J. C. (2006), « Vieillissement et vieillesse : idées reçues, idées nouvelles », *Santé, Société et Solidarité*, vol. 5, n°1, pp. 13-15.
- HUBBARD G., TESTER S. & M. G. DOWNS (2003), « Meaningful social interactions between older people in institutional care settings », *Ageing and Society*, n°23, pp. 99-114.
- JEUDY-BALLINI M. (2010), « L'altérité de l'altérité ou la question des sentiments en anthropologie », *Le Journal de la Société des Océanistes*, n°130-131, pp. 129-138.
- LAROQUE G. (2007), « Edito », *Gérontologie et société*, vol. 122, n°3, pp. 8-10.
- LE BRETON D. (1998), *Les passions ordinaires, Anthropologie des émotions*, Paris, Armand Colin.
- MAISONDIEU J. (2006), « Horreur du vieillir quand le désir se réduit à l'envie », dans MONTANDON A. (dir.), *Éros, blessures et folie: détresses du vieillir*, Clermont-Ferrand, Presses Universitaires Blaise Pascal pp. 33-43.



- MALLON I. (2006), « Pertes ou déprises ? Les vieillissements du corps en maison de retraite », dans MONTANDON A. (dir.), *Éros, blessures et folie: détresses du vieillir*, Clermont-Ferrand, Presses Universitaires Blaise Pascal, pp. 183-193.
- MATTHEWS A. M. & L. D. CAMPBELL (1995), « Gender Roles, employment and informal care », dans ARBER S. & J. GINN (dir.), *Gender and Ageing: Changing Roles and Relationships*, Buckingham, Philadelphia, pp. 129-143.
- MINNAËRT E. (2008), « Le corps-vieux: un lieu de mémoire? », dans MINNAËRT E. (dir.), *Anthropologies du corps vieux*, Paris, Fondation Eisai, pp. 11-34.
- MOLINIER P. (2011), « Le sexuel dans le soin gériatrique. Une « difficulté dans la réalité » », *Genre, sexualité & société*, n°6, pp. 1-12.
- MOLINIER P. (2013), *Le travail du care*, Paris, La Dispute.
- MONTANDON A. (2006), « Préface », dans MONTANDON A. (dir.), *Éros, blessures et folie: détresses du vieillir*, Clermont-Ferrand, Presses Universitaires Blaise Pascal, pp. 7-14.
- PELISSIER J. (2007), « Intimités », *Gérontologie et société*, vol. 122, n°3, pp. 11-22.
- POUPI S. (2000), « Du désengagement social et familial à l'entrée en institution », *Face à face. Regards sur la santé*, n° 2, pp. 1-6.
- PUJALON B. & J. TRINCAZ (2006), « Le retour à l'enfance : métaphore ou théorie scientifique ? », dans MONTANDON A. (dir.), *Éros, blessures et folie: détresses du vieillir*, Clermont-Ferrand, Presses Universitaires Blaise Pascal, pp. 167-181.
- RIBES G. (2009), *Sexualité et vieillissement: comprendre et anticiper les évolutions*, Lyon, Chronique sociale.
- ROSE H. & E. BRUCE (1995), « Mutual care but differential esteem : Caring Between older couples », dans ARBER S. & J. GINN (dir.), *Gender and Ageing: Changing Roles and Relationships*, Buckingham, Philadelphia, pp. 114-128.

ROSOW I. (1977), *Socialization to Old Age*, University of California Press.

TRINCAZ J. (1998), « Les fondements imaginaires de la vieillesse dans la pensée occidentale », *L'Homme*, vol. 38, n°147, pp. 167-189.