

13 Innover dans les Établissements médico-sociaux. L'accompagnement des personnes âgées atteintes de démence mis en forme par la « Méthode Montessori adaptée »

Alexandre Lambelet, Fabienne Malbois et Anne Jetzer

13.1 Introduction

Une fois qu'il a été expurgé de l'expérience qu'il désigne, le mot d'innovation sociale se réifie et devient un « concept essentiellement contesté » (Gallie 1956), dont l'usage implique inmanquablement des débats sur le sens qu'il faut lui donner. C'est ce dont témoigne la riche littérature théorique dont le concept d'innovation sociale fait l'objet et qui s'efforce tantôt, dans une visée de synthèse, d'en préciser la définition ou d'en définir la nature, tantôt d'en montrer les possibles variations, à travers différentes typologies ou marqueurs (Cloutier 2003 ; Karsz 2012 ; Klein *et al.* 2014 ; Parpan-Balser 2020 ; Rullac 2020). Si ces travaux sont d'un grand intérêt pour penser la désirabilité sociale du concept et le développement d'un discours sur l'innovation sociale dans les politiques sociales aujourd'hui, ils laissent le plus souvent de côté la manière dont les acteurs sociaux¹ s'approprient et se confrontent à des manières de faire ou de voir dont ils éprouvent le caractère innovant. Cherchant à éviter le piège de la nominalisation, qui conduit ultimement à faire disparaître les sujets et leurs actions (Smith 2018), cet article se situe directement sur le plan de l'expérience. Sur la base d'une enquête ethnographique réalisée dans des Établissements médico-sociaux (EMS) (voir l'encadré ci-dessous), il aborde *une* innovation sociale, une méthode d'accompagnement des personnes âgées atteintes de démence vivant en institution en l'occurrence, depuis l'intérieur du monde social où celle-ci se diffuse. S'intéressant à la façon

1 Quand des termes, comme individu, acteur social ou locuteur, sont utilisés à des fins analytiques, nous ne recourons pas à l'écriture inclusive, partant du principe que des concepts abstraits n'ont ni genre ni sexe. Quand ces mêmes termes ou des termes catégoriels (résident et professionnel, en particulier) sont utilisés à des fins descriptives pour faire référence à des individus particuliers, nous avons fait le choix du féminin générique au pluriel dans les cas où les groupes désignés sont mixtes.

dont la « Méthode Montessori adaptée » redéfinit les pratiques de soin, l'organisation du travail et les relations entre professionnelles et résidentes, il recourt à une approche sociologique attentive aux différentes conventions qui soutiennent, aux niveaux cognitif, procédural, matériel et organisationnel, la mise en forme d'une innovation sociale en train de se faire (Thévenot 1986 ; Diaz-Bone et Thévenot 2010 ; Dodier 1993)².

Le souci d'innovation imprègne l'ensemble des discours des acteurs institutionnels qui, en Suisse, réfléchissent à l'accompagnement des personnes âgées dans les Établissements médico-sociaux (EMS)³. Ce souci porte sur le type de structure le plus à même d'accueillir les résidentes, en particulier les personnes atteintes de troubles cognitifs, mais aussi sur le type d'accompagnement à leur offrir, avec la mise en place de « plans de soins » ou de « projets de vie » individualisés, ou encore de méthodes susceptibles de favoriser la participation des résidentes au sein de ces institutions. La « Méthode Montessori adaptée »⁴ (MMA) fait partie de ces nouvelles méthodes d'accompagnement. Destinée en particulier aux institutions remplissant une mission psychogériatrique, cette méthode, façonnée aux États-Unis par le neuropsychologue C. Camp (1999 et 2010), se présente comme une réponse possible au besoin de transformation ressenti. Si les premières réflexions reconsidérant la façon de se rapporter aux résidentes souffrant de démence datent d'une vingtaine d'années déjà⁵, la MMA s'en distingue toutefois par son objectif de placer les personnes âgées atteintes de démence au centre de l'accompagnement médico-social et de leur donner un rôle de sujet actif de la relation de soin. Elle se différencie également des pratiques organisationnelles, pour partie héritées de l'hôpital, qui prédominent encore dans les institutions de long séjour, à savoir : une organisation de la vie collective reposant sur une séparation nette entre deux groupes d'individus (les résidentes d'un côté,

2 Quand bien même la sociologie de l'innovation à proprement parler vise à rendre compte du changement social, elle reste généralement muette sur ce que l'innovation, qu'elle soit sociale ou technique, fait aux individus et à la société (Gaglio 2012). C'est ce silence que permet de combler la sociologie des conventions, qui fournit un certain nombre d'outils analytiques permettant d'appréhender les effets d'une innovation.

3 Pour ne donner que l'exemple, en Suisse romande, de deux associations professionnelles : le GPPG (Groupe des praticiens en psychogériatrie) déclare avoir pour objectif de « promouvoir des approches innovantes dans le domaine de l'accompagnement des personnes souffrant de troubles psychogériatriques », et Curaviva (une association qui fédère des institutions sociosociales) remet chaque année le « Prix Curaviva de l'innovation » pour des projets remarquables d'accompagnement.

4 AG&D, consulté le 1er août 2020. <https://www.ag-d.fr>.

5 Voir Kitwood (1997), par exemple.

Encadré méthodologique

Financée par le Programme de recherche prioritaire du Domaine travail social de la HES-SO, cette enquête ethnographique a été menée par les auteures dans 5 EMS romands entre septembre 2018 et février 2019, à raison de trois semaines de présence par institution. L'auteure 2 a enquêté sur trois EMS quand les auteures 1 et 3 ont chacun-e enquêté dans une institution. L'objectif de la recherche étant de saisir dans le détail comment la MMA est mise en œuvre au quotidien par les différentes professionnelles, l'observation a été privilégiée. Cette observation a pu devenir participante en quelques occasions, par exemple grâce à de l'aide au repas ou de l'accompagnement dans différentes activités. Une attention particulière a été portée aux différents colloques, interprofessionnels ou non, qui ponctuent une journée de travail à l'EMS et servent à organiser le travail auprès des résidentes, à réaliser une évaluation collective des tâches effectuées ou encore à réunir et faire circuler des informations pertinentes sur les résidentes, eu égard à l'accompagnement au quotidien. En parallèle, quarante et un entretiens ont été réalisés durant les semaines d'immersion, afin de croiser et de contextualiser les observations effectuées avec la mise en récit que peuvent en faire les professionnelles. Les formations à la MMA étant dispensées à l'ensemble des professionnelles, nous avons suivi et interrogé des professionnelles de différents niveaux de formation dans les différents secteurs. Ces formations ne nous sont pas inconnues. En effet, l'auteur 1 a participé en 2015 à une journée de formation à la « Méthode Montessori adaptée », tandis que l'auteure 3 a suivi trois jours de formation à cette méthode en 2019. Le suivi de ces formations a généré un ensemble de notes et de documents divers. Ces matériaux ont également été mobilisés, notamment pour mettre en perspective les données récoltées durant les immersions en institution.

Afin de respecter l'anonymat des personnes citées, et parce que l'article propose une analyse transversale aux cinq institutions observées plutôt qu'une étude comparative, le rattachement à tel ou tel établissement ne sera pas indiqué.

les professionnelles qui en prennent soin de l'autre), ainsi qu'une forte division verticale et horizontale du travail parmi les professionnelles.

S'inspirant des principes pédagogiques développés par Maria Montessori, dont les célèbres préceptes « Aide-moi à faire par moi-même » (Montessori 2007, cité par AG&D 2015) et « Chaque chose que vous faites à ma place est une chose que vous m'enlevez » (Montessori 2007, cité par AG&D 2015), la MMA envisage les personnes âgées atteintes de démence comme des personnes capables et propose un autre modèle de coordination entre professionnelles et résidentes, au sein duquel l'action professionnelle vise l'autonomie des résidentes. À ce titre, elle propose un modèle d'action susceptible de faire innovation, pour autant bien sûr que

l'on se saisisse des « appuis conventionnels » (Dodier 1993 ; Dodier et Barbot 2016) qui la caractérisent. Ces appuis sont conventionnels en cela qu'ils fournissent aux professionnelles qui s'y rapportent des ressources et des perspectives communes pour coordonner leurs actions, entre elles et envers les résidentes. Ces appuis tirent leur force de leur agencement au sein d'un modèle d'action qui conjugue leur hétérogénéité pour établir de nouvelles façons de voir et de faire. Leur éventail est très divers. Il s'agit aussi bien des habitudes déposées dans les corps et/ou éduquées par l'apprentissage ou la formation, que des manières de faire inscrites dans des objets (pictogrammes, livres de lecture « Montessori », scripts d'action, grilles d'observation, liste de principes, etc.). Ces appuis englobent également les manières de voir encapsulées dans des mots et des lexiques spécifiques, ainsi que la conception spécifique du travail qui prévaut au sein de l'institution. Au sein d'un EMS, le travail peut en effet être défini tant par la tâche (dont les principaux critères de codification sont le temps et la répétition d'un contenu spécialisé) comme dans l'Organisation scientifique du travail (Thévenot 1986), que par le projet (dont les principaux critères sont la flexibilité, la polyvalence, la connexion), comme dans l'organisation du travail en réseau (Boltanski et Chiapello 1999 ; Vásquez 2019) propre aux modèles d'accompagnement centrés sur la personne (Kitwood 1997 ; McCormack 2004), dont la MMA fait partie.

En raison de leur nature conventionnelle, les appuis MMA opèrent, dès lors qu'ils sont mobilisés par les acteurs œuvrant à l'EMS, une mise en forme et en équivalence des relations, des comportements, des activités et des personnes selon un même standard. Ils sont, à ce titre, des « instruments de mise en forme » (Thévenot 1986) de l'accompagnement médico-social. Afin de rendre compte de la dimension processuelle de cette mise en forme, l'article va s'attacher à décrire comment la MMA amène les professionnelles et les résidentes à développer une nouvelle manière de coopérer et d'agir ensemble. Pour ce faire, après avoir brièvement dépeint le contexte d'émergence de la MMA (partie I), il va s'intéresser aux appuis conventionnels qui, parmi tous ceux qui ont été observés, sont apparus centraux en regard de la transformation des pratiques professionnelles (partie II). Dans la mesure où les acteurs institutionnels ont recours aux conventions afin d'évaluer les situations et les personnes âgées, mais aussi pour faire valoir et justifier des qualités, des façons de faire et des compétences, il s'agira également de porter attention à la façon dont la MMA agit au niveau des professionalités attendues, voire transforme en la déstabilisant l'organisation du travail elle-même, et donc les institutions (partie III).

13.2 Contexte d'émergence de la « Méthode Montessori adaptée »

13.2.1 *En arrière-fond, un modèle de prise en charge médicalisé centré sur la tâche*

L'EMS, historiquement, est pensé comme un lieu de soin pour des personnes n'arrivant plus à réaliser sans aide les actes de la vie quotidienne tels que se laver, se faire à manger ou s'habiller, ou souffrant de solitude et d'isolement social. Descendant en ligne droite des asiles (Heller 1994) tout en prenant ses distances avec le système asilaire pour se rapprocher du modèle hospitalier, il s'affirme au tournant des années 1970 comme une institution dont le critère de placement est la maladie, et non plus la pauvreté. Aujourd'hui, il est majoritairement constitué de personnel des soins, mais il compte plusieurs autres corps professionnels, organisés le plus souvent en secteurs. Ainsi, les professionnelles sont distinguées – et se distinguent – entre celles qui font partie du personnel soignant, hôtelier, de l'animation, de l'intendance ou de l'administration, plutôt que d'un corps unique qui serait celui du personnel d'accompagnement en long séjour (Pichonnaz *et al.* 2020). Régies par une forte segmentation et hiérarchisation des fonctions (Molinier 2013 ; Loffeier 2015), les professionnelles réalisent des activités toujours plus spécialisées, liées de surcroît à des financements différenciés qui pèsent également sur l'organisation du travail.

La spécialisation des tâches s'insinue jusqu'au chevet des résidentes, où il arrive qu'une personne âgée soit en contact avec plusieurs professionnelles pendant un même cours d'action. L'exemple ci-dessous montre comment une visite médicale interrompt le service du petit-déjeuner et orchestre la structuration hiérarchique du travail, la fonction d'assistante en soins et santé communautaire (ASSC) étant subordonnée à la fonction d'infirmière, et la fonction d'infirmière à celle de médecin :

On entend une voix dans le couloir. Assise auprès de la résidente recroquevillée dans son lit à qui elle donne, à la cuillère, le jus d'orange contenu dans un petit gobelet coloré, l'ASSC se penche vers elle pour lui glisser : « Oui, c'est le médecin. » Précédé par l'infirmière-chef, le médecin entre dans la chambre et dit qu'il veut écouter les poumons de la résidente. L'ASSC se lève et s'écarte du lit. L'infirmière s'approche de la résidente, s'assied au bord du lit et lui annonce : « Le docteur est là, il va écouter vos poumons. On va lever le lit, c'est comme un ascenseur. » L'ASSC surélève le lit puis se met en retrait, dans un coin de la chambre. Le médecin ausculte la résidente, avec l'infirmière à ses côtés. Sa tâche une fois finie, il se tourne vers l'infirmière pour lui confier, à

voix basse, que « tout est en ordre ». L'infirmière se tourne à son tour vers la résidente : « Tout est en ordre Lucette, c'est impeccable », puis elle lui fait une petite bise. Sans un mot, le médecin tend ses mains à l'infirmière, qui gicle du gel désinfectant sur ses paumes. Tous deux quittent ensuite la chambre, en silence. L'ASSC redescend le lit, reprend sa place auprès de la résidente, s'excuse d'avoir oublié de l'informer de la visite du médecin, et poursuit l'activité qui avait été interrompue. L'ASSC lui propose ensuite du café. La résidente ne réagit pas. L'ASSC commente : « Vous avez l'air fatiguée, je vous laisse. Je vais dire à ma collègue d'attendre un peu avant de faire la toilette. » (Notes de terrain retravaillées, EMS Montessori, novembre 2018)

13.2.2 La MMA au voisinage de plusieurs renouvellements dans le travail social et de soin

La MMA vient infléchir ces modèles de prise en charge médicalisée des résidentes, centrés sur la tâche, fortement hiérarchisés et organisés en silos⁶. Si ce modèle n'a pas disparu – comme le montrent les notes de terrain ci-dessus, qui ont été collectées dans un EMS mettant en œuvre la MMA – il est aujourd'hui concurrencé par cet autre modèle, qui valorise la participation active des résidentes aux gestes de soin. S'inscrivant dans le contexte du renouvellement des formes d'aide, en réponse aux aspirations à l'autonomie, la MMA résonne en effet avec les politiques sociales d'activation ancrées sur le projet qui, aux alentours des années quatre-vingt, changent de perspective pour privilégier « l'action centrée sur la personne et non plus sur les catégories d'ayants droit » (Vidal-Naquet 2009), y compris dans le champ du grand âge (Bickel et Hugentobler 2018). Cette méthode fait aussi écho aux modèles d'intervention dits d'accompagnement qui se sont imposés au cours des vingt dernières années tant dans le champ du travail social (Astier 2009) que dans celui de la santé (Paul 2012), et qui s'orientent, sur le plan de la posture professionnelle, vers un « travail avec autrui » qui tend à symétriser la relation d'aide⁷. Au sein de la MMA, les professionnelles sont en effet invitées à

6 Les trois professions qui constituent le secteur des soins au sein d'un EMS sont fortement hiérarchisées entre elles et positionnées le long d'un continuum allant des aides-soignantes – celles-ci délivrent, d'un point de vue médical, les gestes les moins techniques –, aux infirmières diplômées, en passant par les ASSC.

7 Nous avons montré (Malbois et al. 2021) que le « prendre soin » s'incarne, dans ce cas, dans la forme du « faire avec » avec les résidentes, une forme de coordination propre à la MMA qui coexiste, dans les EMS, avec le « faire faire » et le « faire pour », deux formes qui se situent quant

endosser le rôle du guide et à s'envisager comme des facilitatrices dont la mission s'avère pleinement remplie quand la personne âgée n'a plus besoin d'aide.

De même, la MMA se situe dans le voisinage des approches psychogériatriques « centrées sur la personne » (Kitwood 1997) et de l'analyse non pathologique, mais contextuelle des « symptômes comportementaux et psychologiques de la démence » (SCPD) qui a conduit, à la suite des travaux d'Algase *et al.* (1996), à concevoir les SCDP non plus comme les seuls symptômes de la démence, mais comme les indices de besoins non satisfaits ou compromis. Enfin, la MMA croise les questionnements sur l'interprofessionnalité devenus très présents dans la littérature au début des années 2000 (D'Amour *et al.* 2005 ; Hervy 2005 ; Mourey et Outata 2005), et partage un certain nombre de réflexions avec d'autres méthodes d'accompagnement des personnes âgées souffrant de troubles cognitifs comme « L'Humanité » (Gineste et Pelissier 2007).

13.3 Les appuis conventionnels de la MMA

13.3.1 L'activité centrée sur la personne

Selon Callon (1986), la trajectoire naturelle d'une innovation se déploie selon quatre moments : problématiser, intéresser, enrôler et mobiliser. Ces quatre moments se retrouvent d'un seul tenant dans les formations à la « Méthode Montessori adaptée » proposées par C. Camp et l'organisme français AG&D, au cours desquelles il s'agit de donner à voir, et plus exactement de révéler aux professionnelles qui y assistent, la pertinence d'adopter un nouveau mode de coordination avec les résidentes qui souffrent de troubles de démence.

Ce dont nous allons parler aujourd'hui, c'est une vision que nous partageons avec Maria Montessori. C'est notre guide. Cela permettra aux gens que nous accompagnons d'aller mieux, d'être plus heureux ; à nous aussi. On ne parle pas de quelques techniques ; mais d'un système ou d'une vision qui guide tout ce que nous faisons [...]. Il faut donner aux personnes une vie qui en vaut la peine. C'est cela le traitement. [...] On nous apprend que nous savons ce qui est bon pour les résidentes. C'est faux ! Ce sont les résidentes qui savent ce qui leur est bon. (Notes de terrain. Exposé du Prof. Cameron Camp, Journée de Formation à l'approche Montessori, Renens, Anim.ch et AG&D, 14 décembre 2015)

à elles «sous les conventions», pour reprendre cette expression à Breviglieri et Stavo-Debauge (2006).

Dans cette adresse, qui ouvre les séances de formation à la MMA, l'énonciation du nom de Maria Montessori, autour duquel tous les appuis conventionnels de la méthode d'accompagnement vont prendre sens et s'articuler, pèse de tout son poids symbolique. C'est pourquoi cette adresse parvient à réaliser par des mots, dont la puissance est redoublée par des vidéos diffusées devant l'assemblée, quatre opérations simultanément : (a) rendre problématique l'accompagnement classique, (b) intéresser les professionnelles à adopter la nouvelle méthode en attestant de son bien-fondé, (c) les convaincre, c'est-à-dire les enrôler dans sa mise en œuvre, (d) démontrer comment mobiliser les résidentes. Qu'il s'agisse de l'exemple de la mise en place d'une unité de production de bière dans une institution de long séjour aux États-Unis (au Aspen Ridge Retirement Community), de résidentes menant de manière autonome des jeux de société dans un EHPAD d'Avignon, ou d'une dame apprenant le piano et par la même retrouvant des habilités qu'elle avait oubliées et une mobilité qu'elle avait perdue, toutes ces vidéos⁸ concourent à démontrer la validité de la MMA. Elles viennent attester de la force de cet autre regard sur les personnes âgées atteintes de démence, de la répliquabilité des expériences menées dans d'autres institutions, de la puissance d'action que génère le changement de posture proposé, et, surtout, de la possibilité d'engager les résidentes à agir. C'est pourquoi on apprend aux professionnelles que l'apathie des résidentes est le signe non pas d'un manque de volonté de leur part, mais de l'échec des professionnelles à les intéresser :

Vous vous épuisez à les garder éveillés ? Vous n'y arrivez pas ? C'est que ce n'est pas ce qu'ils veulent. Ils veulent des activités qui ont du sens, qui leur donnent envie de se lever [...]. Les personnes démentes ne sont pas capables de focaliser leur attention ? Cela dépend sur quoi. Ou bien elles ne sont pas capables de mémoriser ? C'est faux. Quand c'est en lien avec des choses porteuses de sens, elles en ont les capacités [...]. (Notes de terrain. Exposé du Prof. Cameron Camp, Journée de Formation à l'approche Montessori, Renens, Anim.ch et AG&D, 14 décembre 2015)

La MMA prône un « accompagnement riche en stimulations cognitives régulières, d'échanges et de participation sociale », ce type d'accompagnement étant conçu comme la clé pour « recouvrer une certaine autonomie dans les gestes du quotidien » (AG&D, s. d.) et réduire les états d'anxiété et d'agitation. Mais toutes les stimulations ne sont pas propices ni bénéfiques. Il s'agit en effet de

8 Un certain nombre de ces vidéos sont disponibles en libre accès sur le site Internet d'AG&D.

proposer aux résidentes des activités qui sont significatives pour elles et qu'elles sont capables de réaliser – par exemple, offrir la possibilité à un résident, électricien à la retraite et très bon bricoleur, de construire une jardinière en lui mettant à disposition des planches en bois et une foreuse – et auxquelles elles associent « dignité et plaisir ».

C'est en ce sens que l'activité « centrée sur la personne » est au cœur de la MMA. Le changement de perspective, dans la façon de se coordonner avec les résidentes, est radical. Dans le modèle médicalisé, centré sur la tâche, cohabitent des secteurs professionnels dotés de compétences spécifiques, qui prennent en charge les besoins (prédécoupés selon la division du travail en vigueur) des résidentes auxquels ils sont habilités à répondre, en fonction de leurs qualifications et de leurs diplômes. En d'autres termes, les tâches de soin ou d'animation sont organisées par l'institution selon la logique taylorienne de la spécialisation du travail. La MMA renverse la logique d'affectation, mais aussi de distribution, du travail social et de soin : il ne s'agit plus de partir des tâches à réaliser, mais de partir de la personnalité des résidentes (de leurs rythmes, de leurs envies) et de ce qui est significatif pour elles ; il ne s'agit plus de faire à leur place, mais de les mobiliser pour les engager à faire avec elles dans le travail social et de soin.

13.3.2 *Les capacités préservées*

Activer les résidentes dans les EMS psychogériatriques a quelque chose d'une gageure. La vie collective tout entière est organisée autour de la prestation de services, et, par ailleurs, les pathologies dont souffrent les résidentes fragilisent leurs capacités à agir et à communiquer. Afin de surmonter ces difficultés, la MMA préconise de chercher ce qui a du sens pour la personne âgée, ce qui implique en amont la nécessité pour les professionnelles d'apprendre à connaître les résidentes, de découvrir ou de reconstituer au mieux l'identité personnelle de chacune. Cette première enquête se double d'une seconde, qui vise à établir ce que les résidentes sont encore capables de faire, dans le but de dresser l'inventaire de leurs « capacités préservées ». C'est ainsi que, parmi le matériel diffusé, la MMA fournit une grille d'observation qui sert à répertorier, décrire et détailler les habilités motrices, sensorielles, sociales et cognitives préservées des résidentes.

Ce schéma, et plus précisément le lexique des quatre habilités préservées qu'il formalise, est un appui conventionnel, pivot de l'accompagnement Montessori. D'une part, c'est à partir de ces quatre catégories, et des sous-catégories que chacune comprend (se déplacer, tenir, utiliser des objets, verser, mélanger, frotter, imiter des actions pour les capacités motrices, par exemple), que les profession-

Graphique 13.1 : La personne et ses capacités

<p>Habiletés sensorielles</p> <ul style="list-style-type: none"> Entendre Sentir Voir <ul style="list-style-type: none"> › des objets › des personnes › des mots écrits Toucher <ul style="list-style-type: none"> › rugueux/doux › des personnes › des mots écrits 	<p>Habiletés motrices</p> <ul style="list-style-type: none"> Utilisation d'outils Imiter des actions Capable de porter des choses Serrer les mains
<p>Habiletés sociales</p> <ul style="list-style-type: none"> Répond correctement à une question posée Suit une conversation Donne son opinion Sait dire non Salue Parle Peut blaguer 	<p>Habiletés cognitives</p> <ul style="list-style-type: none"> Sait différencier Peut catégoriser, faire correspondre ou serier Sait compter Utiliser un modèle Peut suivre des instructions verbales ou écrites Lire à voix haute Identifier les couleurs

Source : AG&D (2015).

nelles sont invitées à analyser, évaluer et établir l'« état » (Boltanski et Thévenot 1991) des personnes âgées. Ces évaluations se déroulent généralement lors des colloques, où le cas particulier d'une ou de plusieurs résidentes est abordé, et elles passent notamment par la discussion en commun d'observations de la vie quotidienne à l'EMS, rapportées par les professionnelles. D'autre part, une fois que ces quatre habiletés préservées ont été renseignées, les professionnelles sont invitées à imaginer et à proposer un accompagnement personnalisé permettant aux résidentes, à *travers* des activités ciblées, d'exploiter au mieux leurs capacités, goûts et intérêts.

13.3.3 Les 12 principes Montessori

L'« activité centrée sur la personne » de même que les « capacités préservées » sont reprises et réagencées dans une liste de « 12 principes Montessori », qui propose aux professionnelles un « script » à suivre lors de la préparation et de la réalisation d'une activité avec les résidentes.

Souvent, cette liste est affichée dans les unités, de sorte que les professionnelles puissent aisément y jeter un coup d'œil. Si cette liste n'est pas destinée à être suivie étape après étape, comme on le ferait pour une recette de cuisine, elle fixe néanmoins un nombre déterminé d'orientations auxquelles il peut être utile de se référer pour faciliter la coordination de son action avec celle des résidentes.

Graphique 13.2: Les 12 principes Montessori

1. L'activité doit avoir un but/un sens pour la personne, capter son intérêt
2. Penser à demander à la personne et à l'inviter à participer
3. Offrir du choix à chaque fois que c'est possible
4. Parler moins, montrer plus!
5. Se concentrer sur les capacités de la personne
6. Ralentir, adapter sa vitesse à celle de la personne
7. Utiliser des modèles, indices visuels dans le matériel et l'environnement
8. Donner à la personne quelque chose à tenir et manipuler
9. Toujours aller du plus simple au plus complexe
10. Si besoin, diviser l'activité en sous-étapes. Une étape à la fois
11. Terminer en demandant: « Avez-vous aimé? » « Voudriez-vous refaire »?
12. Le but est l'engagement. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise manière de faire

Source : AG&D (2015).

On retrouve certaines de ces orientations dans cette activité de lecture animée par un aide-soignant, à laquelle l'une d'entre nous a assisté :

Ce matin, Stéphane, l'aide-soignant, lit avec quelques résidentes un livre Montessori intitulé Le Portugal, qu'il est allé chercher dans l'armoire Montessori de l'EMS. Mme Ecouture, M. Uderzo, Mme Borlou, Mme Gets, M. Crouvou et M. Fontane, les résidents intéressé-e-s par l'activité, ont été réunis au salon de l'unité. Fabriqué par le personnel de l'EMS à la suite de la formation à la méthode Montessori, ce livre contient de nombreuses images. À chaque fragment de texte, mis en forme sur la page de droite avec une police de caractère de grande taille, correspond une illustration qui est quant à elle disposée sur la page de gauche. Le texte contient une instruction située en bas de page, qui rappelle que l'activité est supposée être menée en groupe, sous l'égide d'un-e accompagnant-e « lecteur suivant ». Les résidentes ont été divisées en deux groupes, en fonction de leurs capacités et de leurs envies. Certaines lisent et écoutent, les autres se contentent d'écouter. Les résidentes-lectrices tiennent un exemplaire du livre entre leurs mains. Stéphane les sollicite par un « Voulez-vous lire Mme Ecouture, Mme Borlou, etc. ? » Les résidentes s'exécutent volontiers. D'ordinaire, Mme Ecouture présente une mine prostrée et un visage rentré; elle ne

parle quasiment jamais, sauf pour répondre brièvement et timidement (« oui, oui ») à des interpellations. Je m'étonne de la voir participer aussi activement. C'est que Stéphane connaît bien les résidentes, il sait quoi dire à chacune pour encourager la participation quand des hésitations se font sentir. Certaines des résidentes-lectrices ont des déficiences cognitives importantes ; elles parviennent toutefois à réaliser l'activité strictement délimitée que Stéphane indique : lire un extrait, répondre à un commentaire ou encore donner son avis. Amorcer un prochain tour de lecture exige tout un ensemble de petits gestes d'accompagnement. Stéphane prononce à haute voix « lecteur suivant », avant de désigner la personne dont c'est le tour de lire (l'ordre de désignation est régulier). Il peut aussi lui arriver de montrer une page du livre Montessori, de signaler à un-e résident-e qu'il faut tourner la page, ou encore de lire les premiers mots de l'extrait pour indiquer que c'est cet extrait-là qu'il faut lire à présent. Les résidentes suivent le mouvement de façon régulière et relativement aisée, sans trop d'accrocs. L'ambiance est plutôt joyeuse et détendue. L'atelier d'éveil se clôt avec ces mots de Stéphane : « Vous avez apprécié la lecture ? » Silence relatif. « Je vous remercie tous d'avoir participé, d'avoir lu et écouté. » (Notes de terrain retravaillées, novembre 2018)

Traditionnellement, dans les EMS n'ayant pas mis en œuvre la MMA, la lecture, si elle est toujours destinée à faire émerger une discussion entre les participantes, est réalisée par une professionnelle de l'animation, les résidentes occupant la seule « position » (Goffman 1987) de l'auditeur. La mobilisation, dans cette situation, de différents principes Montessori (qu'on pense au « Parler moins, montrer plus ! », au « Utiliser des indices visuels dans le matériel et l'environnement », au « Donner à la personne quelque chose à tenir et à manipuler ») vient modifier sensiblement le « format de participation » (Goffman 1987) liée l'activité de lecture. En effet, grâce à l'accompagnement de l'aide-soignant, la position du lecteur devient accessible aux résidentes. Par ailleurs, l'animation se distingue par une posture professionnelle particulière : il s'agit de faire avec les résidentes, et plus précisément de leur permettre de faire seules, plutôt que de faire à leur place. Un accompagnement personnalisé, taillé à la mesure de chaque résident-e, est également de mise.

Graphique 13.3: Fiche action – analyser un comportement

Un résident présente un comportement « problématique »

1. Que fait cette personne **d'objectivement** problématique ?
Décrire le comportement avec le plus de précisions possibles, éviter les descriptions vagues et floues, les termes généraux. Donnez un exemple concret. Que dit/fait la personne ?
2. **Dans quel contexte** se produit le comportement ?
Où ? Quand ? Avec qui ?
3. Dans quel contexte **ne se produit-il pas** ?
Où ? Quand ? Avec qui ?
4. **Qui** est la personne ?
D'où vient-elle ? Quelle est son histoire de vie ? Quelle était sa profession ? Ses domaines experts et passions dans la vie ? Ce qu'elle aime, ce qu'elle n'aime pas ? Ses habitudes de vie ? Y a-t-il eu des événements récents signalés (décès, naissance, absence, conflit, changement, autre... ?
5. Quelles pourraient être les **raisons** du comportement ? **POURQUOI** fait-elle cela ?
Se baser sur le contexte d'apparition, l'histoire du résident, sa personnalité, lui demander si possible... Causes physiques ? Stimulations inadaptées ? Besoin d'activités adaptées ? Recherche de contacts sociaux, réassurance, attention ? Besoin de contrôle sur sa vie ? Impact des troubles de mémoire ? Impact de l'environnement physique ? Contacts inadaptés ?
6. Quelles sont les **capacités préservées** de la personne ?
Habilités motrices ? Habiletés sensorielles ? Habiletés sociales ? S'exprime ? Comprend ? Lecture ? Habiletés cognitives ? Se référer au schéma des habiletés préservées si besoin.
7. Y a-t-il une connaissance que la personne « oublie » et qui pourrait résoudre le problème ?
L'utilisation de la lecture et d'une aide externe pourrait-elle aider ?
8. Quelles **activités adaptées** pourraient lui être proposées pour anticiper le comportement problématique ?
Se référer à la connaissance que l'on a de la personne et à ses capacités préservées ! Penser aux rôles sociaux !
9. Quels sont les résultats de l'intervention choisie ?
Permanence et cohérence de l'intervention ? Se référer à la fiche d'observation hebdomadaire ou aux autres outils d'évaluation pour objectiver l'amélioration ou non...

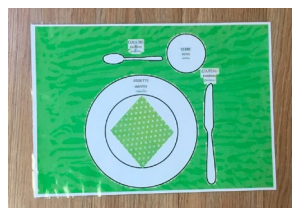
Source : AG&D (2015), fiche tel qu'utilisée dans un des EMS observés.

13.3.4 Une mise en forme qui s'étend

Les quelques instruments de mise en forme de l'accompagnement « Montessori » répertoriés ci-dessus concourent à modeler la réalité institutionnelle des EMS psychogériatriques sous un même format. La forme que prend ce nouveau mode de coordination, d'une part entre professionnelles et d'autre part entre professionnelles et résidentes, trouve à s'étendre et à s'objectiver alors que d'autres appuis conventionnels viennent la soutenir. Par exemple, la « Fiche action – analyser un comportement », aussi appelée « Fiche Montessori », à laquelle les professionnelles ont recours quand elles font face à un comportement jugé problématique, n'est pas sans effet. Cette fiche n'est pas à proprement parler « inédite » – elle reprend d'autres outils existants devant permettre de répondre aux SCDP. Articulée à l'équipement « Montessori », elle oriente toutefois le travail social et de soin vers une vision contextuelle et relationnelle de la personne âgée atteinte de démence, qui prend distance avec une interprétation strictement biomédicale des comportements.

Plus largement, ce sont dans les murs mêmes des institutions que la forme « Montessori » de l'accompagnement médico-social trouve à s'ancrer, notamment au travers d'une signalétique renouvelée. L'EMS a d'abord été pensé « à hauteur d'yeux » des professionnelles, en vue de faciliter le travail social et de soin, et d'optimiser les déplacements et la surveillance : espaces clairement délimités par secteur d'activité, étages conçus dans une configuration hospitalière avec un bureau « soignant » et une suite de chambres. La MMA remet en cause l'évidence architecturale et signalétique des Établissements médico-sociaux. Si, généralement, des numéros suffisent à se diriger dans un ascenseur, si l'on se souvient de la disposition de la vaisselle dans les placards d'une cuisine, ce n'est en effet

Image 13.1: Photographies prises dans un EMS



Source : Auteur-e-s.

plus le cas des personnes atteintes de démence. Aussi, afin de rendre les lieux « capacitants », c'est-à-dire de permettre aux résidentes de se réapproprier des espaces de vie qui ont rarement été pensés pour elles, sont mis en place de nombreux éléments de signalisation, à « hauteur de leurs yeux », dans la perspective de faciliter leur autonomie.

13.4 Les professionnalités mises en forme par le modèle « Montessori »

13.4.1 Un dispositif de légitimation des pratiques professionnelles

Le modèle d'accompagnement mis en forme par la MMA transforme profondément le rôle et la posture des professionnelles (Thévenot 1986). Ce modèle oriente en effet le travail social et de soin vers l'aménagement de projets de vie ou de soins individualisés, définis en fonction des envies et des intérêts des résidentes, qu'il s'agit de soutenir, voire de réaménager selon l'avancée de la maladie. En retour, une telle orientation n'est pas sans effets sur la place occupée par les personnes âgées au sein des EMS et sur les rôles sociaux qui leur sont autorisés (Lambelet et Antoniadis 2017). En leur accordant des rôles (celui de la « pâtissière », du « bricoleur », du « facteur », du « jardinier », etc.) qui excèdent, ceux, peu gratifiants de « malades » ou de « résidentes », celles-ci sont conviées à participer à la vie d'une organisation sociale qui tend à prendre les contours d'une communauté dont les membres sont étroitement liés les uns aux autres.

Si les pratiques des professionnelles formées à la « Méthode Montessori adaptée » sont parfois la simple reprise de pratiques qui avaient cours auparavant, il y a néanmoins innovation dans la mesure où ces « pratiques passées » ont été « ré-enracinées », pour reprendre les termes de Chambon *et al.* (1982 : 11), dans un autre modèle d'action. Ce modèle peut alors fonctionner comme un dispositif de légitimation de pratiques professionnelles jusqu'alors peu reconnues, comme l'attestent les propos tenus par ce professionnel, responsable du secteur de l'animation dans l'un des EMS étudiés :

À l'époque les soignantes se plaignaient beaucoup lorsqu'un-e animateur-e passait du temps avec un-e résident-e. C'est comme si le fait de proposer une relation individuelle, c'était du gaspillage de temps vis-à-vis des autres résidentes. Les soignantes préféraient les animations de grands groupes. Cela créait un fossé entre les soignantes et le secteur de l'animation. Maintenant je pense que Montessori ça m'aide si je passe du temps avec un seul résident plutôt qu'avec un groupe. On se sent moins jugé, c'est mieux compris. (Entretien avec un responsable de secteur d'animation)

C'est ainsi que des pratiques autrefois jugées négativement – parce qu'elles étaient considérées comme des moments « volés » sur le travail à réaliser – deviennent possibles, dicibles et justifiables.

13.4.2 Une nouvelle organisation du travail, entre tâche et projet

Le modèle « Montessori » tend alors à prendre distance avec la tâche, qui demeure néanmoins définitoire sur le plan des pratiques professionnelles, pour adopter une organisation du travail centrée sur les projets d'accompagnement des résidentes et plus largement sur la personne. Cette prise de distance se marque en tout premier lieu par l'apparition d'une souplesse dans l'organisation du travail, rendue nécessaire notamment par la prise en compte des rythmes propres aux résidentes :

Oui, on peut voir également cela dans la manière dont on laisse le choix. Par exemple s'il y a un-e résident-e, c'est marqué que pour la qualité des soins, il y a un jour pour la douche. Mais ici, si quelqu'un ne veut pas, on va le respecter. Tandis qu'où je travaillais avant, si c'était jour de douche, il fallait le faire. C'était obligatoire. C'était là notre qualité de soins. Ici, il y a une souplesse si vous ne voulez pas faire aujourd'hui parce que vous êtes triste et que vous voulez faire autre chose. Ce sera demain si vous êtes d'accord. Il dit oui, non, mais je respecte votre choix et plutôt je vous le donne. C'est peut-être là-dessus mais pour tout on donne les choix. Il y a des résidentes qui n'aiment pas l'eau par exemple. C'est aussi la simplicité : on se pose la question : « mais qui est-ce que ça dérange ? Est-ce que ça dérange les soignantes ? Madame ? » Et si ça dérange les soignantes, mais pas cette dame et qu'elle est bien comme ça ? Bien sûr, il y a quand même des choses à être attentif. On n'arrive pas à faire les soins mais après il faut voir aussi. Est-ce qu'après elle va commencer à faire des infections paralysantes parce qu'il y a un manque d'hygiène ? Ou est-ce que ce n'est pas le cas ? Ou bien, si une personne commence à sentir mauvais. Si elle commence à sentir mauvais, elle va affecter aussi les autres. Est-ce que ça dérange ? Non, ça ne dérange pas. Pour le respect de Madame, on va la laisser faire seule, mais on va être vigilant ; mais on va respecter. (Entretien avec un infirmier responsable d'unité, janvier 2019)

Les professionnelles ont tout de même des plannings à suivre, et il n'est pas toujours aisé de prendre distance avec l'organisation du travail par la tâche,

à laquelle correspond une durée fixée en amont au moment de répartir le travail. Ainsi, Stéphane, l'aide-soignant que nous avons évoqué plus haut, s'est senti tenu de rapporter à la responsable de l'unité au sein de laquelle il travaille que l'activité de lecture qu'il avait animée, si elle s'était très bien passée, avait duré près de 30 minutes au lieu des 13 minutes qui avaient été planifiées dans la feuille de route de la journée. Si la responsable ne s'était en rien alarmée de ce dépassement de temps, cet écart avait toutefois été vécu par l'aide-soignant comme un bémol susceptible d'être considéré comme une faute professionnelle⁹.

En deuxième lieu, la prise de distance avec le travail centré sur la tâche se reflète dans le virage de la dé-spécialisation que les équipes sont appelées à prendre. En effet, pour les directions et les cadres, la participation aux projets d'accompagnement « Montessori » se doit d'être le fait de toutes les professionnelles, y compris les personnes des secteurs qui, jusque-là, n'étaient pas voués à entrer régulièrement en contact avec les résidentes (le service technique, l'administration et l'intendance), et dont les mandats professionnels, au contraire des métiers du travail social et de soin de proximité, ne se définissaient pas centralement par la relation avec les bénéficiaires. Les propos de cette directrice affichent clairement ce parti pris, qui contrevient aux habitudes prises dans le modèle médicalisé :

Je veux que tout le monde, de tout secteur, ait des contacts avec les résidentes. Alors j'ai lancé le projet « Moment de loisirs partagés » en 2017 que j'ai reconduit par la suite : j'ai donné un budget de 30 francs par collaborateur-trice pour faire un projet avec un-e ou plusieurs résidentes dans l'année. Chaque collaborateur-trice devait le faire : du casseroles jusqu'au personnel de l'intendance. Tout le monde devait avoir un projet et mener un projet avec un-e ou des résidentes. C'était génial. Ce qui coûte cher ce n'est pas les 30 francs c'est l'organisation qui induit le fait de libérer tout le monde une journée mais tout le monde l'a fait. Par exemple une collaboratrice a ramené un résident voir ses anciens collègues de travail, d'autres voulaient aller à Évian au Casino et les 30 francs ne suffisant pas, ils ont fait pendant quatre ou cinq mois de la confiture et l'ont vendue au marché et ont gagné quasiment 1000 francs. Ça a été beaucoup des sorties, par exemple des concerts en ville ; certains sont allés faire un « Parcours Nature » (une balade dans la nature adaptée aux chaises roulantes) ; d'autres ont loué un cinéma associatif et sont allés voir un film que désiraient voir les résidentes. (Entretien avec une directrice, janvier 2019)

13.4.3 Émergence de nouvelles compétences et d'une hiérarchie informelle

Pour autant, le virage vers la dé-spécialisation n'est pas simple. Exposant des professionnelles à un mode de coordination avec les résidentes avec lesquelles elles sont peu familières, elles mettent à l'épreuve leurs savoir-faire quand il s'agit d'exercer un « tact professionnel » (Breviglieri 2008), une compétence centrale dans le travail social et de soin de proximité. C'est précisément ce qui est en jeu dans cette scène, au cours de laquelle une intendante tente de réaliser un accompagnement « Montessori » avec une résidente :

L'intendante, qui s'affaire au nettoyage des quartiers, rencontre Mme Coquoz dans le couloir qui mène du Quartier vert au Quartier jaune. L'intendante interpelle joyeusement la résidente en lui lançant avec enthousiasme : « Bonjour Mme Coquoz, ah, vous ne nous avez pas aidées aujourd'hui au nettoyage, il faut nous aider ! » Cette interpellation, bien qu'elle ne contînt aucune mauvaise intention, est mal interprétée par la résidente qui la comprend comme un reproche. Aussi, Mme Coquoz s'agite, commence à pleurer et réplique : « Pourquoi vous ne m'avez pas appelée ? C'est méchant ! » S'ensuit un brouhaha. Malheureuse, l'intendante essaie de consoler la résidente, mais ne sait pas très bien comment s'y prendre pour réparer l'offense. Elle tente d'expliquer à Mme Coquoz qu'elle souhaitait l'inviter à faire du nettoyage avec elle, comme Mme Coquoz en a pris l'habitude, et non pas lui faire une remontrance. Ses explications ne font qu'ajouter à la confusion. Mme Coquoz pleure de plus belle. Finalement, l'intendante entre dans le Quartier jaune avec Mme Coquoz et lui propose de nettoyer la crédence. Elle lui tend un chiffon. Mme Coquoz a repris ses esprits et elle est contente de cette invitation. Elle s'affaire avec frénésie à cette activité de nettoyage. L'intendante l'encourage et la félicite. (Notes de terrain retravaillées, novembre 2018)

Par ailleurs, les mandats professionnels ne s'accommodent pas tous aussi aisément de la tension qui s'instaure alors que l'organisation du travail, au sein de laquelle la logique du projet a été incluse, continue de reposer sur le modèle taylorien de la tâche. Et parfois, certaines professionnelles estiment que la mise en forme « Montessori » de l'accompagnement au sein de leur institution entre en contradiction avec les activités qui demeurent au cœur de leur travail. C'est le cas de ce technicien, à qui il est régulièrement demandé d'accompagner des résidentes :

J'ai un secteur qui intéresse beaucoup de gens. C'est vrai que je m'occupe du jardin et aussi de la bricole mais il y a aussi tout ce qui est normes incendie et autres. Et quand je dis bricole, les gens entendent bricolage, mais c'est pas du tout du bricolage. Si un lit ou un tintébin se casse, cela ne va pas. [...] Il y avait un monsieur (un résident) dont on m'a dit qu'il était auparavant concierge. Et dans son unité, ils ont pensé que cela lui ferait peut-être plaisir de m'accompagner dans mes activités. Mais en fait, ce monsieur était en chaise roulante, moi, pour mon matériel de réparation, j'avais deux chariots de matériel et d'outils, et donc, en plus de mon travail à réaliser, je devais surveiller le monsieur, pousser sa chaise, et mes deux chariots. Et puis après deux ou trois chambres ce monsieur n'était plus intéressé, bref après deux trois chambres cela a décroché. Pour moi, Montessori relève d'abord de l'animation. Mais ce serait bien que quelqu'un du service technique soit intégré à l'animation et puisse proposer des activités plus techniques avec les résidentes. Cela serait super. Mais intégrer des résidentes dans les activités techniques que je dois faire, cela ne va pas. Ça, c'est trop compliqué, on n'a pas le temps, il y a trop de normes à respecter pour pouvoir déléguer par exemple des tâches à des résidentes. (Entretien avec un technicien, janvier 2019)

Quoi qu'il en soit, il apparaît que l'accompagnement mis en forme par la MMA conduit non seulement, du côté des résidentes, à retrouver la personne derrière le masque de la maladie, mais également, du côté des professionnelles, à rechercher la personne derrière l'uniforme. C'est alors dans leurs expériences et leurs ressources personnelles que les professionnelles sont invitées à puiser, au-delà des compétences attestées par leurs diplômes ou acquises dans l'exercice d'une fonction. Mais les professionnelles sont également amenées à développer d'autres compétences, au premier rang desquelles la capacité à analyser et évaluer une situation, s'y adapter, ainsi qu'à mobiliser les résidentes et à solliciter leur capacité d'action. Quand impliquer les résidentes dans le travail social et de soin définit pour partie l'action professionnelle, ces capacités deviennent en effet centrales :

L'important, c'est aussi de ne pas se satisfaire d'un « non », ni d'obliger, mais persuader, de trouver le moyen de donner envie. On avait demandé [la semaine dernière] à chaque unité si elle pouvait proposer [une sortie nocturne] à leurs résidentes, avec l'idée d'avoir trois personnes par

unité. Mais très vite, certaines unités m'ont appelé et m'ont dit : « On a demandé aux personnes et personne ne veut y aller. » J'ai donc dû repasser derrière pour solliciter les gens. Ce qu'il faut faire, c'est choisir le bon moment, et le bon endroit, et aller au rythme des résidentes. Cela signifie qu'il ne faut pas demander simplement : « Monsieur ou Madame, voulez-vous aller à [tel ou tel endroit] demain soir », mais dire peut-être surtout : « Vous savez que vous ne serez pas tout seul, il y aura aussi Madame la Directrice ; ce sera aussi l'occasion de voir [la ville] de nuit, vous qui aimez bien cette ville. » Bref, c'est travailler l'invitation, donner envie, expliciter ce que cela recouvre, plutôt que de simplement demander « oui ou non ». Je ne dis pas que je vais faire des miracles, mais c'est simplement être sensible à la manière dont on pose la question. Choisir le bon moment, le bon endroit, et être au rythme du résident. (Entretien avec un responsable de secteur d'animation, janvier 2019)

Ainsi, l'acclimatation des EMS à la MMA n'est pas sans incidence pour l'organisation elle-même, qui se réinvente notamment via la mise en place de colloques interprofessionnels à l'enseigne de Montessori, qui viennent parfois s'ajouter aux colloques déjà existants. Plus largement, la mise en œuvre de ces colloques interprofessionnels, où s'apprend et se forge « la capacité d'inventer, d'adopter de nouveaux modes de coopération » (Cloutier 2003 : 34), contribue à modifier la nature des emplois et l'architecture de leurs relations. C'est pourquoi l'adoption d'un nouveau mode de coordination semble même questionner la hiérarchie des professionnelles dans ces institutions. Si les principes qui déterminent la qualité de membres, ou leur hiérarchisation, doivent être directement reliés aux formes plus générales de différenciation sociale (et dans les EMS, à une hiérarchie très claire, liée aux diplômes), on assiste dans tous les cas à l'émergence de hiérarchies locales, dont la « grandeur » (Boltanski et Thévenot 1991) repose sur la capacité à s'inscrire dans une vision « Montessori » de l'accompagnement médico-social. Ce qui présuppose de savoir différer la réalisation des soins de base, action qui serait connotée négativement dans le modèle médicalisé centré sur la tâche :

Si les choses n'ont pas pu être faites le matin, mon travail est aussi de dire que ce n'est pas grave. C'est de dire au personnel que des fois on ne peut pas faire certaines choses [...]. Mais c'est vrai que cette idée de Montessori, il faut l'entretenir, aussi parce que je constate chez les soignantes ou chez les auxiliaires la volonté de faire ; c'est rassurant

de faire son travail. Alors mon travail, c'est de les rassurer, de leur dire que ce n'est pas grave si tout n'est pas fait. Il faut aussi faire accepter aux veilleuses que tout ne soit pas fait, mais c'est vrai que pour les veilleuses c'est compliqué. [...] Les veilleuses ont deux maisonnées à surveiller. Elles doivent donner les médicaments, et répondre aux sonnettes, alors si quelqu'un n'est pas déshabillé le soir, si quelqu'un n'est pas prêt à aller au lit, effectivement ça repose potentiellement sur les veilleuses. Et comment faire pour que celles-ci n'aient pas le sentiment que ce ne sont pas simplement des tâches qui sont reportées sur leur dos ? (Entretien avec une infirmière responsable d'unité dans un EMS Montessori, janvier 2019)

Se dégage alors un nouveau mode d'évaluation du travail et des qualités professionnelles, qui a sa propre hiérarchie et qui distingue entre les membres du personnel qui savent le mieux « faire parler » les résidentes, « traduire » (Callon 1986) leurs envies et leurs intérêts, respecter leurs rythmes, les engager à agir, et les autres, ceux qui ne travaillent pas ou peinent à travailler dans l'esprit « Montessori ». Qu'elle soit « moteur de professionnalisation » (Rullac 2020 : 146) ou, à l'inverse, facteur de brouillage des professions, la MMA ouvre dans tous les cas une nouvelle hiérarchie des professionnelles qui, si elle reste pour l'heure informelle, se superpose à celle des diplômés ou de l'organigramme.

13.5 Conclusion

Se situant au voisinage des modèles d'intervention socio-sanitaire qui promeuvent une action professionnelle individualisée, en vue d'aider les bénéficiaires à recouvrer leur autonomie, la MMA vise à transformer l'accompagnement des personnes âgées atteintes de démence dans des institutions de long séjour. Elle est une « innovation sociale » en ce qu'elle est « une « réponse nouvelle » à une situation sociale jugée insatisfaisante [...] [qu'elle] vise le mieux-être des individus et/ou des collectivités » (Cloutier 2003 : XII) et qu'elle est une « pratique qui permet d'apporter un questionnement nouveau, une réponse nouvelle, ou de prendre en charge un besoin social existant ou émergent » (Lallemand 2001 : 11). À cet égard, on retrouve bien dans les EMS étudiés les neuf marqueurs d'innovation sociale tels qu'ils ont pu être systématisés par Rullac (2020 : 153-156), en particulier des formes de gouvernance participative, d'hybridation des savoirs, une forte cohérence éthique et déontologique, ainsi qu'une logique de capacitation individuelle et un ancrage dans un territoire. Toutefois, au-delà de la démarche théorique qui consiste à déterminer, à distance de l'expérience, ce qui relève ou non de l'inn-

vation sociale, notre étude de cas montre combien *une* innovation sociale, pour devenir effective et exister au quotidien, nécessite la mobilisation permanente et coordonnée d'une pluralité d'appuis conventionnels qui, s'ils étaient laissés au repos, perdraient leur pouvoir de « mise en forme » (Thévenot 1986) des relations, des comportements, des activités et des personnes selon un même standard. En effet, pris isolément, ni la notion d'activité dotée de sens pour la personne âgée et centrée sur les intérêts, ni le lexique des « 4 habilités préservées », ni la liste des « 12 principes Montessori », ni la « signalétique » ou encore la « Fiche action – analyser un comportement », ne sauraient parvenir à modifier le mode des coordinations entre professionnelles et résidentes. C'est seulement de la cohérence de leurs articulations au sein du dispositif Montessori, de leurs entrelacs dans les pratiques professionnelles (là où de nouvelles habitudes peuvent s'exercer et se stabiliser), de leur inscription dans les colloques interprofessionnels (là où la mutualisation des connaissances et la socialisation des pratiques peuvent opérer) et de leur ancrage dans des projets institutionnels (là où les nouvelles pratiques sont reconnues) que les conventions propres à la MMA tirent leur force performative.

En outre, notre analyse montre que les effets d'une innovation sociale ne sont pas seulement ceux qui ont été prévus par ses concepteurs. Telle qu'elle a été pensée par Camp (1999, 2010), la MMA est d'abord tournée vers les bénéficiaires. Le but de cette méthode est en effet la transformation de l'accompagnement des résidentes atteintes de démence vivant dans des institutions de long séjour. Or, en suivant la MMA en train de se faire depuis les lieux où elle se diffuse et prend forme, au cœur même des activités de travail social et de soin de proximité, nous avons vu que sa mise en œuvre transforme l'ensemble de l'institution. Plus précisément, alors que la MMA innove en redonnant une place aux résidentes, en dé-formant les rôles, les pratiques et les postures professionnelles, elle change simultanément le modèle d'organisation du travail (de la « tâche » au projet centré sur la personne), et va jusqu'à déstabiliser l'assurance de certaines professionnelles vis-à-vis de leur rôle, de même que les hiérarchies les plus entendues (Innes 2009). Il restera alors à observer dans quelle mesure la forme « locale » de cette innovation, qui prend corps dans l'expérience que partagent les résidentes et les professionnelles à l'EMS, trouvera, à l'avenir, à s'enchâsser dans la forme « générale » qu'imposent les cadres financiers et réglementaires à l'échelle cantonale et nationale.

13.6 Références bibliographiques

AG&D. (s. d.). *La méthode Montessori adaptée*. En ligne : <https://www.ag-d.fr/concepts/concept-la-methode-montessori-adaptee/> (consulté le 01.08.2020).

- AG&D. 2015. Montessori: Un autre regard pour une autre rencontre avec les personnes présentant des troubles cognitifs. Powerpoint. Présentation de l'approche Montessori à l'occasion de la 8^e journée romande pour les animateurs auprès de personnes âgées, Plateforme romande de l'animation socio-culturelle. Non publié.
- Algase, Donna L., Cornelia Beck, Ann Kolanowski, Ann Whall, Stanley Berent, Kathy Richards et Elizabeth Beattie. 1996. Need-driven dementia-compromised behavior: An alternative view of disruptive behavior. *American Journal of Alzheimers Disease and Other Dementias* 1(6): 10-19.
- Astier, Isabelle. 2009. Les transformations de la relation d'aide dans l'intervention sociale. *Informations sociales* 2(152): 5258.
- Bickel, Jean-François et Valérie Hugentobler. 2018. Les multiples faces du pouvoir d'agir à l'épreuve du vieillissement. *Gérontologie et société* 3(40): 11-23.
- Breviglieri, Marc. 2008. Le « corps empêché » de l'usager (mutisme, fébrilité, épuisement). Aux limites d'une politique informée dans le travail social. In Jean-Paul Payet, Frédérique E. Giuliani et Denis Laforgue (dir.), *La voix des acteurs faibles. De l'indignité à la reconnaissance* (pp. 215-229). Rennes: Presses Universitaires de Rennes.
- Breviglieri, Marc et Joan Stavo-Debaugé. 2006. Sous les conventions. Accompagnement social à l'insertion: entre sollicitude et sollicitation. In François Eymard-Duvernay (dir.), *L'économie des conventions. Méthodes et résultats*, t. 2 (pp. 129-144). Paris: La Découverte.
- Boltanski, Luc et Ève Chiapello. 1999. *Le nouvel esprit du capitalisme*. Paris: Gallimard.
- Boltanski, Luc et Laurent Thévenot. 1991. *De la justification. Les économies de la grandeur*. Paris: Gallimard.
- Callon, Michel. 1986. Éléments pour une sociologie de la traduction. La domestication des coquilles Saint-Jacques dans la Baie de Saint-Brieuc. *L'année sociologique* 36: 169-208.
- Camp, Cameron J. 1999. *Montessori-based activities for persons with dementia*. Beachwood: Menorah Park Center for Senior Living.
- Camp, Cameron J. 2010. Origins of Montessori programming for dementia. *Non-Pharmacological Therapies in Dementia* 1(2): 163-174.
- Chambon, Jean-Louis, Alix David et Jean-Marie Devevey. 1982. *Les innovations sociales*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Cloutier, Julie. 2003. *Qu'est-ce une innovation sociale?* Montréal: CRISES.
- D'Amour, Danielle, Marcela Ferrada-Videla, Leticia San Martin Rodriguez et Marie-Dominique Beaulieu. 2005. The Conceptual Basis for Interprofessional Collaboration: Core Concepts and Theoretical Frameworks. *Journal of Interprofessional Care Supplement* 1: 116-131.
- Diaz-Bone, Rainer et Laurent Thévenot. 2010. La sociologie des conventions. La théorie des conventions, élément central des nouvelles sciences sociales françaises. *Trivium - Revue franco-allemande de sciences humaines et sociales* 5 [en ligne], <http://journals.openedition.org/trivium/3626>.
- Dodier, Nicolas. 1993. Les appuis conventionnels de l'action. Éléments de pragmatique sociologique. *Réseaux* 62: 63-85.
- Dodier, Nicolas et Janine Barbot. 2016. La force des dispositifs. *Annales. Histoire, sciences sociales* 71(02): 421-448.
- Gaglio, Gérald. 2012. *Sociologie de l'innovation*. Paris: Presses Universitaires de France.

- Gallie, Walter B. 1956. Essentially contested concepts. *Proceedings of the Aristotelian Society* 56: 167-198.
- Gineste, Yves et Jérôme Pelissier. 2007. *Humanitude. Comprendre la vieillesse, prendre soin des Hommes vieux*. Paris : Armand Colin.
- Goffman, Erving. 1981/1987. *Façons de parler*. Paris : Minuit.
- Heller, Geneviève. 1994. *Historique des maisons de retraite dans le Canton de Vaud*. Lausanne : [s.i.].
- Hervy, Bernard. 2005. L'interprofessionnalité : vers une vision globale ou une pratique englobante ? In Martine Aubert, Dominique Manière, France Mourey et Sabrina Outata (dir.), *Interprofessionnalité en gérontologie* (pp. 67-79). Toulouse : ERES.
- Innes, Anthea. 2009. *Dementia studies : A social science perspective*. London : Sage Publications.
- Karsz, Saül. 2012. Pourquoi faudrait-il de l'innovation sociale ? Un cas exemplaire : le travail social. *Informations sociales* 6(174) : 42-49.
- Kitwood, Tom. 1997. *Dementia reconsidered : The person comes first*. London : Open University Press.
- Klein, Juan-Luis., Jean-Louis Laville et Franck Moulaert 2014. *L'innovation sociale*. Toulouse : ERES.
- Lallemand, Dominique. 2001. *Les défis de l'innovation sociale*. Issy-les-Moulineaux : ESF.
- Lambelet, Alexandre et André Antoniadis. 2017. Vivre avec la maladie d'Alzheimer en institution : quels effets des contextes sur les pratiques ? *Ethnographiques.org* 35, [en ligne] http://www.ethnographiques.org/2017/Lambelet_Antoniadis.
- Loffeier, Iris. 2015. *Panser des jambes de bois ? La vieillesse, catégorie d'existence et de travail en maison de retraite*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Malbois, Fabienne, Anne Jetzer et Alexandre Lambelet. 2021. Quand la personne âgée atteinte de démence est un être capable. Sociologie du soin dans les institutions de long séjour mues par l'idéal d'autonomie. *Terrains/Théories* 13, [en ligne]. <https://journals.openedition.org/teth/3639>.
- McCormack, Brendan. 2004. Person centeredness in gerontological nursing : An overview of the literature. *Journal of Clinical Nursing* 13(s1) : 31-38.
- Molinier, Pascale. 2013. *Le travail du care*. Paris : La Découverte.
- Montessori, Maria. 1936/2007. *Les étapes de l'éducation*. Paris : Desclée de Brouwer.
- Mourey, France et Sabrina Outata. 2005. Contexte et concept. In Martine Aubert, Dominique Manière, France Mourey et Sabrina Outata (dir.), *Interprofessionnalité en gérontologie* (pp. 27-28). Toulouse : ERES.
- Parpan-Balser, Anne. 2020. Innovation sociale. In Jean-Michel Bonvin, Valérie Hugentobler, Carlo Knöpfel, Pascal Maeder et Ueli Tecklenburg (dir.), *Dictionnaire de politique sociale suisse* (pp. 278-280). Zurich et Genève : Seismo.
- Paul, Maëla. 2012. L'accompagnement comme posture professionnelle spécifique. L'exemple de l'éducation thérapeutique du patient. *Recherche en soins infirmiers* 3(110) : 13-20.
- Pichonnaz, David, Alexandre Lambelet et Valérie Hugentobler. 2020. Désaccords en établissements pour personnes âgées. Analyser les concurrences entre métiers aux contours flous. *Revue suisse de sociologie* 46(1) : 97-115.
- Rullac, Stéphane. 2020. L'innovation en travail social : un objet à définir et des processus à caractériser. *Revue suisse de travail social* 25(19) : 139-156.

- Smith, Dorothy. 2006/2018. *L'ethnographie institutionnelle. Une sociologie pour les gens*. Paris : Economica.
- Thévenot, Laurent. 1986. Les investissements de forme. In Laurent Thévenot (éd.), *Conventions économiques* (pp. 21-71). Paris : Presses Universitaires de France.
- Vásquez, Consuelo. 2019. How to follow and analyse a project : On the intricacies of shadowing a messy being. In François Cooren et Fabienne Malbois (Eds.), *Methodological and ontological principles of observation and analysis* (pp. 44-73). New York : Routledge.
- Vidal-Naquet, Pierre A. 2009. Quels changements dans les politiques sociales aujourd'hui ? Le projet entre injonction et inconditionnalité. *La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation* 47(3) : 61-76.