



Sous la direction de Isabelle Hachez et Nicolas Marquis

Repenser l'institution et la désinstitutionnalisation à partir du handicap

Actes de la Conférence Alter 2022

Une désinstitutionnalisation symbolique ? Quand la formation professionnelle s'empare de l'humanisation des soins aux personnes âgées en établissement

Iris Loffeier et Célia Poulet

Éditeur : Presses universitaires Saint-Louis Bruxelles
Lieu d'édition : Bruxelles
Publication sur OpenEdition Books : 25 mars 2024
Collection : Collection générale
ISBN numérique : 978-2-8028-0287-7



<https://books.openedition.org>

Fourni par HES-SO Haute École spécialisée de Suisse occidentale



Référence numérique

Loffeier, Iris, et Célia Poulet. « Une désinstitutionnalisation symbolique ? Quand la formation professionnelle s'empare de l'humanisation des soins aux personnes âgées en établissement ». *Repenser l'institution et la désinstitutionnalisation à partir du handicap*, édité par Isabelle Hachez et Nicolas Marquis, Presses universitaires Saint-Louis Bruxelles, 2024, <https://doi.org/10.4000/books.pusl.29924>.

Ce document a été généré automatiquement le 2 mai 2024.

Le format PDF est diffusé sous Licence OpenEdition Books sauf mention contraire.

Une désinstitutionnalisation symbolique ? Quand la formation professionnelle s'empare de l'humanisation des soins aux personnes âgées en établissement

Iris Loffeier et Célia Poulet

p. 573-593

1. Introduction

- 1 Les établissements d'hébergement pour personnes âgées ont fait et continuent de faire l'objet de vastes discours critiques, dans leur forme comme dans les fondements-mêmes de leur existence. Ces discours contestent notamment leur capacité à allier prise en charge et respect de la dignité et l'autonomie de leurs résidents, en particulier depuis le tournant des années 1970. Pourtant, qu'il s'agisse de refonder le pacte sémantique de l'établissement à travers le référentiel de la relation de clientèle, du modèle hôtelier, ou encore de la prestation de service, l'établissement se heurte à ce qui apparaît comme une réalité indépassable pour les acteurs qui l'agissent et les sociétés qui les organisent : l'impossibilité de penser une autre solution pour certaines personnes.
- 2 Il peut par conséquent sembler paradoxal de parler de désinstitutionnalisation à propos de l'une des formes les plus stables, répandues, connues, communes et commentées que sont les établissements médicalisés pour personnes âgées dépendantes. Un travail de détricotage des façons de faire établissement est pourtant à l'œuvre, de façon internationale : de l'individualisation des établissements dans leur fonctionnement – qui les conduit à des efforts de distinction, comme présenter publiquement des indicateurs de pratiques respectueuses de leurs résidents – en passant par les

modifications des rôles et des façons de faire même en leur sein, il nous a semblé que ce travail peut être abordé en tant que travail de désinstitutionnalisation, symbolique tout du moins, nous y reviendrons en première partie. Les discours officiels sur ces établissements se concentrent depuis longtemps, et de façon continue, sur la réforme de la prise en charge qui y est proposée, actant par là un consensus relatif : il faudrait changer l'institution de « l'intérieur », en modifiant en profondeur les protocoles et le sens donné aux soins reçus par les résidents. L'éloignement à la figure de « l'institution totale » (Goffman, 1968) en constitue un axe clef. Parmi les acteurs convoqués à la table des solutions, les professionnels de la formation font figure d'habitues : ainsi, de l'ONU, l'OMS, aux instances nationales et locales en passant par l'OCDE, la transformation des pratiques professionnelles par le biais de la formation continue apparaît comme l'un des leviers principaux pour modifier en profondeur l'expérience des résidents. Et, au passage, en améliorer la performance.

- 3 À la suite de cette introduction, nous verrons ce que nous entendons par désinstitutionnalisation symbolique (2). Puis nous verrons comment la désinstitutionnalisation s'attaque, en pratique, aux dimensions symboliques de l'établissement, et notamment à « la culture », visée par les réformes portant critique à la fois envers des formations initiales des professionnels, l'ontologie des soignés, les hiérarchisations des valeurs professionnelles ainsi que le langage du travail lui-même (3). Nous verrons enfin comment de multiples institutions, qui se trouvent intriquées dans les fonctionnements des établissements, résistent à leur déconstruction, notamment par leur entremêlement (4).

2. Désinstitutionnaliser symboliquement l'établissement d'hébergement pour personnes âgées

- 4 Cette partie explore les univers sémantiques et scientifiques de l'institution : à l'approche pragmatique de ce qui se décrit soi-même comme institution (au sens d'établissement spécialisé) s'ajoute ici une approche sociologique, pour laquelle le concept d'institution revêt un sens spécifique, permettant de porter un autre regard sur les modifications à l'œuvre et leurs enjeux.

2.1. L'établissement pour personnes âgées comme institution

- 5 La polysémie du terme d'institution est un point sur lequel il est particulièrement important de s'arrêter dans une recherche sociologique portant sur les établissements de soin : le *concept* d'institution est central à la discipline sociologique, tandis que le *terme* d'institution dans son sens courant est mobilisé quotidiennement dans le secteur du soin aux personnes âgées dépendantes pour désigner les établissements d'hébergements en tant qu'entités juridiques et de travail. Nous distinguerons donc ici les deux en réservant l'institution à la désignation du concept, et utiliserons l'établissement pour les différents lieux dans lesquels sont placées des personnes remplissant un certain nombre de critères – d'âge, notamment – même si les usages qui en sont faits (Mallon, 2004) tendent à en ajouter d'autres, comme la dépendance. Les populations de résidents y sont, en effet, en moyenne de plus en plus âgées et présentent des niveaux de dépendance élevés, car cela est le premier motif d'entrée (Muller, 2017).

- 6 En tant que concept, l'institution renvoie aux récurrences, aux dimensions répétées, au commun et aux significations partagées de ce que peut être un établissement : type de lieu, types de professionnels, formes de tarifications, adéquation à des normes précises, sont un certain nombre d'éléments qui sont globalement propres à ce genre d'établissement et que l'on retrouve peu ou prou dans chacun d'entre eux. L'institution, en tant que lieu faisant socialement sens, distribue le pouvoir et régit les relations entre les individus qui s'y retrouvent, définit sans plus avoir besoin de le dire les rôles et les périmètres de chacun. Par définition, ce qui fait institution est institué, et maintient un certain ordre social. Ce qui ne signifie pas qu'elle n'est pas soumise à des tensions et des mouvements de contestation ou de négociation. La notion d'institution est intimement liée à celle de reproduction sociale, même si elle peut être traversée de mouvements la poussant au changement, avec ou sans remise en cause de ses fondements, car elle est aussi le produit des activités de l'ensemble de ses membres. L'institution, au sens strict, est donc ce qui a été institutionnalisé, et qui se caractérise par des structures relativement stables sur un temps donné. Il peut s'agir de choses aussi diverses que l'école, le langage, l'État, et bien sûr : l'établissement de soin. Chaque établissement représente ainsi une incarnation concrète de la forme abstraite, idéale, qu'est l'institution. L'existence de variations n'empêche pas de les considérer en tant qu'institutions : si certains cadrages peuvent différer d'un pays à l'autre, d'une époque à l'autre, cela n'empêche pas pour autant, pour la réflexion que l'on souhaite conduire ici, de percevoir qu'un établissement en Belgique, en France, aux États-Unis ou en Suisse a du commun et répond dans les grandes lignes à un cahier des charges similaire.
- 7 Le concept d'institution, en son sens sociologique, permet dans notre cas de porter la focale sur le travail social qui s'opère, à l'échelle internationale aussi bien que locale, sur la forme que devraient prendre les établissements d'hébergement pour personnes âgées, par opposition à celles qu'ils auraient à un instant donné. Car l'un des éléments communs aux établissements, dans le monde et dans le temps, est le fait qu'ils représentent la plupart du temps des pis-aller : décriés dans les médias, déconsidérés parmi les solutions proposées aux problèmes qui se posent aux vieillissements (Hummel et al., 2014) par les particuliers comme par les politiques publiques, les discours qui portent sur eux sont, pour la plupart, critiques. Et ces discours s'accompagnent, généralement, d'appels à des solutions amélioratives, afin de pallier les problèmes qu'ils posent. Parmi celles-ci, la formation continue est le plus souvent citée comme premier élément. C'est pourquoi le projet PPECPA¹, dont est issue cette contribution, s'est penché sur la question de la réforme institutionnelle des établissements d'hébergement pour personnes âgées par la formation continue, à l'échelle internationale. Le projet a porté entre autres sur les façons dont ces formations proposent de changer les établissements par l'intérieur, en réformant les pratiques et les significations professionnelles, dans le but d'effacer les traits considérés comme les plus problématiques de l'institution, un peu à la manière des critiques d'autres institutions de soin ayant conduit à la mise en place de processus de désinstitutionnalisation.

Méthodologie

- 8 Le projet PPECPA a cherché à répondre à la question de savoir quels sont les enjeux et les conséquences du fait que ce soit la formation continue qui se saisisse à l'échelle transnationale de l'injonction au changement dans les établissements pour personnes âgées. L'approche se caractérise par une enquête empirique qualitative « multi-sites » :

ont été étudiés simultanément des textes officiels, la production de curricula formels et réels ainsi que leur réception en établissement. Cette approche multi-sites a permis de saisir empiriquement la définition des problèmes et de leurs solutions ainsi que leur homogénéisation internationale dans des contextes de travail et institutionnels différents.

9 Ainsi, nous avons :

- Suivi 2 organismes de formation français exportant leurs produits dans le monde. Nous avons réalisé auprès d'eux des observations (notamment de formations de formateurs, mais également de séminaires de formations), réalisé des entretiens formels et informels ainsi que des études documentaires (notamment de leurs *curricula* formels). Nous les appelons Philosoïn et Alterger, de façon à préserver leur anonymat.
- Suivi 4 établissements formés ou en cours de formation en Suisse (deux par organisme de formation) où nous avons réalisé observations – parfois participantes, entretiens formels et informels, études documentaires.
- Étudié 96 textes supranationaux, 24 textes nationaux de la Confédération Suisse et 56 textes cantonaux.

2.2. Une désinstitutionnalisation symbolique ?

- 10 La plupart du temps, le terme de “désinstitutionnalisation” est surtout mobilisé pour désigner le passage des soins en établissement à une logique dite ambulatoire, où les patients sont pris en charge ponctuellement puis rapidement « renvoyés » hors les murs. En d'autres termes, la « désinstitutionnalisation » fait référence au sens courant de l'« institution ». Le préfixe « dé- » désigne l'idée selon laquelle il s'agit de sortir des murs physiques de l'institution, qui se confondrait ainsi avec l'établissement dans sa dimension la plus matérielle : un lieu, un bâtiment. Appliquée au cas des établissements d'hébergement pour personnes âgées, la notion de désinstitutionnalisation semble ainsi au premier abord peu appropriée – en dehors du développement des accueils de jour – dans la mesure où parmi les solutions aux vieillissements, l'établissement reste, on l'a vu, une solution pour les personnes pour lesquelles aucune autre alternative ne semble être possible. Ses murs sont donc, par définition, ce dont on ne peut pas se passer dans certains cas. Pourtant, une forme d'appel à la désinstitutionnalisation peut être identifiée, lorsque les propositions de réforme s'attèlent à modifier profondément l'ordre des choses dans les établissements, même sans remettre en cause leurs murs et leur existence-même. Appliqué au concept d'institution en son sens scientifique, le préfixe « dé- » permet dès lors d'éclairer en quoi se réalise une transformation symbolique de l'institution par et dans la formation. C'est pourquoi nous avons choisi de parler « désinstitutionnalisation symbolique » : celle-ci fait écho à une forme de changement social qui vise à faire disparaître, effacer un certain nombre de structures instituées ; elle désigne les réformes apportées à la dimension commune à chaque établissement, tout en maintenant sur pied les principales conditions d'existence de l'établissement dans son unicité. Il s'agit, grâce à ce concept, de comprendre, derrière un établissement, quelles sont les (autres) institutions – langage, travail, hiérarchisations sociales, professionnelles et symboliques notamment –, qui sont remises en cause dans et par les réformes proposées. Mais il s'agit également de

comprendre comment ces différentes institutions, étroitement liées les unes aux autres, peuvent résister à cette tentative de changement.

- 11 Porter la focale sur la dimension symbolique de la désinstitutionnalisation permet ainsi d'éclairer les enjeux de la remise en question de la dimension culturelle et idéale (Godelier, 1978) qui concourt à produire l'établissement dans les faits. Dans la recherche dont il est question ici, nous avons suivi cette désinstitutionnalisation symbolique telle qu'elle est mise en actes par des professionnels de la formation, dont la plupart sont d'ailleurs issus du soin, et telle qu'elle peut s'incarner dans les discours et pratiques quotidiens des professionnels sur le terrain. Ils ne sont pas les seuls à porter ces discours : des organismes supranationaux tels que l'OMS, l'OCDE ou encore le CCNE (Comité Consultatif National d'Éthique) en France s'alignent avec ces objectifs, en promouvant un changement de regard sur la vieillesse. La partie suivante est consacrée à ces modifications en particulier.

3. Désinstitutionnaliser l'établissement en transformant sa culture

- 12 Si proposer des façons alternatives de faire institution implique le développement d'outils novateurs et propres, cela ne va pas sans bousculer un certain nombre de dimensions instituées, ancrées dans les pratiques quotidiennes. Plusieurs d'entre elles sont ainsi remises en cause, explicitement ou implicitement, dans et par les dispositifs pédagogiques. Nous verrons dans un premier temps comment un certain nombre des dimensions instituées qui feraient « la culture soignante » peuvent être remises en cause dans le cadre des formations continues que nous avons étudiées – formation initiale, représentations des patients âgés, hiérarchisations professionnelles –, puis nous nous arrêterons plus spécifiquement sur le langage, qui fait l'objet d'un travail en soi.
- 13 Au cœur de la critique des pratiques professionnelles portée par ces dispositifs pédagogiques, se niche en effet un discours portant non seulement sur les gestes des professionnels, mais plus largement sur les fondements éthiques et philosophiques du soin. Cette critique repose sur deux piliers : la première porte sur les fondements des traditions médicales et soignantes contemporaines, et la seconde sur le rapport social à la vieillesse d'une façon plus générale.

3.1. La formation initiale, source de tous les manquements

- 14 Première cible des discours critiques : la formation initiale des professionnels de santé, désignée comme source originelle d'une culture soignante inadaptée. Elle nuirait en premier lieu au maintien de l'autonomie des patients.

« Et c'est là où ça demande d'être vraiment créatif. Parce que nous à l'école, on a été formées comme ça, on a été formatées : la personne elle parvient plus à s'habiller toute seule, "hop, je la lave". Mais ça, c'est facile ! Ça nous est inculqué depuis longtemps, et puis c'est tellement facile de faire à la place de... mais après, de réfléchir comment lui il peut faire tout seul... [...] Faut revenir... Je trouve que c'est un autre regard. Puis ça demande quand même d'effacer tout ce que... toutes les perceptions que t'avais avant. Comme s'il fallait formater le disque dur puis se remettre... ». Extrait d'entretien avec une infirmière cheffe, 2019 - après une formation OF2.

- 15 Dans cet extrait, l'infirmière cheffe de l'établissement fait état des attentes créées par les savoirs reçus en formation (« ça demande d'être vraiment créatif ») avec l'apport de nouvelles façons de faire dans la prise en charge des résidents, et vis-à-vis des acquis tirés de la formation initiale (« parce qu'à l'école, nous on a été formées comme ça »). Elle évoque la formation initiale à travers le champ lexical informatique (« on a été formatées », « formater le disque dur »), de l'automatisme irréfléchi (« hop »), pour évoquer des réactions prédéterminées si-alors (« elle n'arrive plus à s'habiller, "hop je la lave" ») qu'il faudrait « effacer », selon une métaphore évoquant l'ordinateur, car seul le remplacement par un tout autre programme pourrait le permettre. La formation initiale est ainsi désignée, dans une section temporelle, comme le lit originel, celui qui serait la source et expliquerait les (mauvais) gestes et usages des professionnels vis-à-vis des résidents en établissement. Au « formatage » devrait alors répondre un travail spécifique et identifié (« ça demande de ») permettant de produire une forme de subjectivité nouvelle et reposant sur l'exercice d'une réflexivité (« de réfléchir », « un autre regard »), c'est-à-dire une individualisation des réponses apportées aux résidents, qui intègre leur participation (« comment *lui* il peut »), et qui s'oppose à une prise en charge basée sur les tâches prédéfinies à accomplir de façon automatique.
- 16 Ce caractère réflexe attribué à la formation initiale constitue en lui-même un ressort du discours pédagogique et de ses mécanismes d'adhésion. En avançant l'idée que la formation initiale aurait formaté les professionnels, elle les dédouane d'une forme de responsabilité dans la mise en place de traitements considérés comme problématiques. Ainsi, le discours de la formation des formateurs au sein de Philosoïa affirme avec force qu'il est important de délivrer le contenu en prenant soin de « déculpabiliser » les formés, de leur rappeler que « ce n'est pas de leur faute » (observation de la formation des formateurs, Philosoïa). Ne pas culpabiliser, mais mettre la responsabilité des échecs et des difficultés sur la formation initiale, doit permettre de modifier les pratiques, de changer les façons de faire et de voir sans provoquer, chez les professionnels, d'effondrement identitaire.

3.2. Dénoncer l'ontologie tacite des personnes âgées et des personnes atteintes de démence

- 17 Autre lieu d'une remise en question de la « culture » soignante : la réforme du regard porté sur la vieillesse non seulement dans les pratiques de soin, mais dans la société en général. Les critiques de l'« âgisme » sont exprimées plus largement par les discours officiels, et on les retrouve par exemple dans les discours de certaines institutions supranationales comme l'OMS ou l'ONU. Au cœur de cette critique émerge la question de l'ontologie socialement partagée pour définir les résidents âgés, et celle des transformations que la démence en particulier opère dans les représentations que se font les soignants – et le grand public – des personnes dont ils s'occupent. Les dispositifs pédagogiques dans leur ensemble tentent ainsi de véhiculer de nouvelles définitions de la vieillesse et des personnes atteintes de démences associées à l'âge, et qui seraient propres à des « cultures » à réviser.

« [Le formateur] disait que même une personne démente doit avoir le contrôle de sa vie. C'est pas parce qu'elle est démente qu'on va tout lui imposer. Il a dit aussi que même les personnes démentes peuvent apprendre des choses, si l'équipe soignante travaille bien. Et puis aussi que s'il y a de l'agressivité, il ne faut pas seulement chercher les causes chez la

personne : il faut chercher les causes dans l'environnement, le personnel ». Entretien avec une directrice d'établissement-client Alterger, 2019.

- 18 Cette directrice met en relation le discours du formateur avec une critique de la définition habituelle de la vieillesse présentant des troubles neurologiques. À une affirmation, qu'elle présente comme un enseignement du formateur (« il disait que »), d'ordre général énonçant ce qui s'apparente à la fois à un droit fondamental et une obligation morale (« une personne démente doit »), s'ajoute une définition alternative de ces personnes : ils disposent d'une capacité à apprendre, qui n'est possible que sous condition (« si l'équipe soignante travaille bien », « rechercher les causes dans l'environnement, le personnel »). La possibilité même que les difficultés liées à un résident puissent être directement imputables à la maladie est ici évacuée : l'agressivité, les comportements violents etc., sont analysés comme des réponses finalement adéquates et cohérentes que réalisent les résidents âgés aux environnements, désormais assumés comme problématiques, dans lesquels ils sont pris en charge. Des besoins humains fondamentaux considérés comme négligés sont ainsi construits et reconstruits (choisir, être debout...) qui redéfinissent les gestes inappropriés et inadéquats des résidents comme des réactions normales, attendues, que tout un chacun serait susceptible de produire s'il était mis dans une situation similaire.
- 19 La normalité des résidents est également rappelée dès lors qu'est affirmée leur capacité à apprendre et, plus largement à s'améliorer. Ce mouvement relève d'une redéfinition nette de la façon dont les résidents âgés sont perçus et altérés par et dans les soins en établissement d'hébergement. Avant tout pensés comme arrivés à un point de non-retour, placés sur une pente déclinante impossible à inverser (Loffeier, 2013), cette redéfinition des résidents âgés passe notamment par une mise en visibilité des potentialités et des apprentissages que réalisent silencieusement ces résidents : qui retrouve le chemin de sa chambre ou de la salle de repas, étant donc en mesure d'apprendre la géographie d'un établissement qui lui était auparavant inconnue ; qui appuie frénétiquement sur sa sonnette et a donc appris à formuler des demandes et à convoquer les personnes qui le soignent, ouvrant la possibilité d'autres apprentissages, toujours construits comme des potentialités positives. Redéfinir ces personnes comme capables d'améliorations sous l'action professionnelle permet tout à la fois de leur offrir des possibilités renouvelées, et de rendre aux personnes qui s'en occupent une représentation de leur rôle plus positive, plus proche du rôle soignant tel qu'il se représente de façon stéréotypique.

3.3. Re-hiérarchiser les valeurs professionnelles

- 20 La critique de la culture soignante passe également par une refonte de l'ordre des valeurs à l'œuvre dans la prise de décision. À la prédominance de la sécurité et de l'hygiène, les discours pédagogiques que nous avons observés préfèrent par exemple le respect de l'autonomie et de l'intimité de la personne, en tant que leviers fondamentaux de leur développement et de leur maintien dans une dynamique d'amélioration continue. L'extrait suivant est issu de l'observation d'une formation où un échange a lieu entre le formateur et les personnes formées autour de la nécessité de contrôler, au cours de la nuit, si le résident est toujours en sécurité dans sa chambre. La discussion, relativement tendue, se déploie en réaction initiale avec la proposition du

formateur de ne jamais entrer dans la chambre de quelqu'un qui dort, à moins d'y avoir été effectivement appelé par son occupant.

- Formé 1 : *Mais imaginons, je rentre [dans une chambre pendant la nuit], je sens les selles, mais elle dort, alors je la laisse ?*
 - Formateur : *Moi j'ai envie de poser une question : pourquoi tu rentres dans la chambre ?*
 - Formé 1 : *Ben on est obligés.*
 - Formée 2 : *C'est pour la sécurité.*
 - Formé 1 : *Certains ne peuvent pas prévenir s'ils ont un problème.*
 - Formateur : *Et donc vous réveillez tout le monde ? C'est comme un coup de poing. [...]*
- [Formé 3] *répond que même si sa responsabilité est déchargée, s'il n'entre pas dans la chambre, si on laisse la personne douze heures dans ses selles avec ses escarres, on nuit à sa santé*

Observation de formation, Philosoïn, 2020.

- 21 Le débat entre les différents intervenants porte sur l'ordre à privilégier selon la hiérarchisation des valeurs qui architecturent les pratiques : pour le formateur, c'est le respect de l'autonomie et du consentement à l'acte de soin de la part du résident qui doit primer ; pour les trois personnes formées qui interviennent, il s'agit en revanche de la sécurité et l'hygiène, auxquelles s'ajoute la dimension légale ou *a minima* réglementaire dans l'établissement (« on est obligés », « même si ma responsabilité est déchargée »). Ce que révèle l'échange, c'est que le dispositif pédagogique induit un débat plus fondamental autour des priorisations des objectifs des prises en soin – un débat déjà présent en établissement (Loffeier, 2015 ; Pichonnaz et al., 2020), dans lesquelles, potentiellement, les flous de la définition de ce que représente la santé peuvent être en jeu. Lorsqu'il est affirmé « qu'on nuit à [la] santé [du patient] » en ne prenant pas l'initiative d'aller voir si des changes seraient nécessaires ou si la personne est toujours en sécurité, émerge une vision de la santé que l'on pourrait qualifier de sécuritaire, centrée en particulier sur la préservation de l'intégrité physique, passant par l'hygiène et la surveillance. Pour le formateur, au contraire, le bon ordre des pratiques ne peut se concevoir que comme préservation de l'exercice de l'autonomie et absence de brutalité (« c'est comme un coup de poing »), quitte à faire redescendre l'hygiène et la sécurité (voire la santé du patient, selon la définition des formés) au second plan. Ces deux visions, à cet instant, irréconciliables car relevant d'une projection en miroir, se donnent régulièrement à voir, dans les formations observées, par des moments de tensions entre formés et formateurs.

3.4. Un changement porté par des modifications sémantiques

- 22 Dans l'objectif de modifier la « culture » qui serait à l'origine des pratiques déviantes en établissement, les transformations langagières occupent une place toute particulière. À partir d'une conception performative du langage, qui serait source de discriminations subies par les personnes âgées aussi bien que générateur de gestes déplacés, les différents niveaux de discours réformatrices convergent. Le changement culturel appelé de leurs vœux par les discours officiels comme par les formations s'incarne ainsi notamment par un travail sur le langage et les mots utilisés pour décrire et analyser les situations impliquant des patients âgés. Par la mise en place de nouveaux lexiques, il s'agit de modifier les référentiels du travail et de la vie en établissement, et plus avant les sociétés².

- 23 L'ensemble des lexiques associés aux personnes âgées et à leur prise en charge sont concernées par ces propositions spécifiques.
- 24 Au niveau international, l'OMS, propose par exemple une harmonisation langagière afin de permettre de désigner partout les discriminations spécifiques liées à l'âge et leurs conséquences (OMS, 2021, p. 19).
En France, l'acronyme d'EHPAD (pour Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes) est mis en question par une ministre, tandis que le Comité Consultatif National d'Éthique propose de modifier l'ensemble des termes de la prise en charge. Dans les formations, enfin, le travail sur le langage opéré par les discours pédagogiques peut être décrit en deux grands axes principaux :
- La substitution sémantique, qui, par le truchement de remplacements de concepts, vise à effacer le référentiel du médical pour lui préférer celui, par exemple, de la clientèle ;
 - La mise à disposition des personnes formées d'un univers lexical cohérent et visant une forme d'exhaustivité, en ce sens qu'il propose des outils pour décrire non seulement les soins ou la démence, mais aussi et surtout la vie de l'établissement dans sa globalité.
- 25 Ces nouveaux langages, en partie propres aux organismes de formation, permettent d'apposer la marque de chacun d'entre eux. La mise en mots assure une distinction dans les lieux où le vocabulaire est mobilisé pour décrire les situations et les pratiques mises en œuvre, et marque le territoire des gestes et des idées. Associé à la marque de chaque organisme de formation, son vocabulaire agit comme un logo rappelant la présence des bienfaits de l'entreprise sur les pratiques quotidiennes. Une communauté spécifique émerge de cette dynamique et le langage partagé garantit la reconnaissance de ceux qui le mobilisent entre eux. En cela élément central d'une « nouvelle culture », il faut y avoir été intronisé, avoir accédé aux définitions que recouvrent les mots pour intégrer la communauté des bons gestes et des bonnes pratiques.
- 26 Au-delà de la dimension sémantique, ces truchements rebattent aussi les délimitations sociales : plus que les distinctions professionnelles, les frontières communautaires se redessinent autour des professionnels de tel ou tel établissement, entre professionnels formés et non formés, entre adeptes de telle ou telle méthode, etc. Dans cette répartition symbolique et sociale, les patients doivent occuper une place autre, améliorée dans les rapports vis-à-vis du monde professionnel de la prise en charge.

4. Une désinstitutionnalisation symbolique ?

4.1. Faire « comme si »

- 27 Les formations étudiées ambitionnent ainsi un changement profond dans l'exercice du travail en établissement, que l'on peut décrire comme un effacement des marqueurs de l'institution telle qu'elle est attendue. Avec la désinstitutionnalisation symbolique, il s'agirait en quelque sorte de faire « comme si » on ne se trouvait pas dans une institution, ou plutôt comme s'il fallait dés-institutionnaliser, en institutionnalisant de nouvelles manières de faire et en transformant le sens et l'interprétation de pratiques déjà en place. En ce sens, le discours pédagogique et l'ensemble des méthodes proposées pour modifier la prise en charge des patients s'orientent vers une forme d'invisibilisation des marqueurs du soin. Cela dit, au sein même d'établissements qui

existent en tant que lieux de soin, leur existence professionnelle et juridique, mais encore les attentes formulées par les patients et leurs familles, peuvent conduire cette invisibilisation à se heurter à la réalité du travail quotidien.

- 28 La désinstitutionnalisation que portent ces discours de changement et de réforme radicale s'opère, pour une partie essentielle, au niveau du sens qui est donné aux gestes professionnels. Changer le sens et les mots devrait permettre de changer les gestes eux-mêmes. On a vu que cette ambition s'incarne dans un certain nombre de mécanismes linguistiques qui visent à modifier le référentiel culturel dans lequel s'inscrit la vie en établissement pour personnes âgées dépendantes. Or, l'ensemble de ces modifications est la trace d'un projet qui maintient, au fond, une idée partagée entre les partisans et les détracteurs de l'établissement : celle qu'une partie de la vieillesse ne saurait être prise en charge autrement que dans ce type de structures. Si les raisons de cette adhésion peuvent être différentes (d'une essentialisation de la dépendance à un pragmatisme, voire une adaptation à un marché), elles induisent des réponses différentes à l'appel à la réforme de ces lieux. Pour les organismes de formation étudiés, cela peut être décrit – schématiquement – de la façon suivante : puisque l'institutionnalisation ne répond pas aux exigences d'une prise en charge satisfaisante professionnellement et éthiquement, mais puisqu'il n'y a pas, pour une partie des patients en tout cas, d'autres solutions, alors il faut faire disparaître l'établissement de soin dans l'établissement de soin. Effacer sa sémantique, comme on l'a vu plus haut, mais aussi modifier profondément le sens individuel que revêt le travail pour les professionnels impliqués.

4.2. Des institutions intriquées

- 29 Réduire le poids de l'institution en établissement est souvent synonyme, dans les faits, d'un allègement des rigidités collectives, et notamment des horaires. Ainsi, plutôt que d'imposer, par exemple, des heures strictes de lever et de coucher des résidents, les dispositifs pédagogiques suivis préconisent de permettre à chacun d'exprimer ses préférences en la matière et de laisser les résidents se coucher quand ils le souhaitent et se réveiller à leur rythme, aux heures qui leur conviennent individuellement. Si ces démarches promettent notamment la réduction des recours aux aides chimiques au sommeil comme les somnifères, elles ne sont pas sans poser quelques défis à l'organisation du travail. Alors que les tâches sont d'ordinaire sériees et planifiées, permettre aux résidents d'être imprévisibles dans le planning des professionnels soignants qui les aident, par exemple, pour les toilettes, les couchers ou pour la distribution des petits déjeuners, implique une confrontation avec les institutions habituelles du travail, comme les contrats (qui indiquent une heure de démarrage et de fin), ainsi que les fiches de poste, qui indiquent des horaires dédiés aux tâches. La liberté individualisée de choisir ses rythmes de sommeil implique donc parfois de faire coïncider les horaires de tel ou tel poste à tel ou tel résident ayant des habitudes particulièrement matinales ou tel autre ayant un rythme de vie particulièrement nocturne. Naturalisés, ces rythmes et préférences personnelles (qui restent susceptibles de changer dans le temps) coexistent, y compris dans les établissements volontaires et acceptant d'amender les institutions habituelles du temps de travail – à condition de ne représenter que des exceptions, quand le gros des résidents continue d'afficher une

« normalité » horaire permettant un fonctionnement collectif sans surcroît de travail et d'imagination organisationnelle.

- 30 Autres institutions malmenées par les offres de désinstitutionnalisation symbolique : les hiérarchies et chaînes de commandement habituelles du travail. De la même façon que la modification des contrats entraîne par nécessité l'assentiment des décideurs, gestionnaires et financiers responsables de veiller à ce que les temps de travail n'excèdent pas les dotations allouées, modifier les protocoles, les horaires, les organisations et les coordinations entre professionnels demande aux chaînes hiérarchiques de revoir leur fonctionnement, en particulier lorsque ces chaînes étaient pensées sur un modèle descendant. Adapter le mode de fonctionnement de l'établissement aux particularités individuelles des résidents là où leur est laissée l'opportunité de le faire implique, d'une part, que les employés de première ligne se saisissent d'outils spécifiques leur permettant de le faire et, d'autre part, qu'ils puissent faire « remonter » les décisions et besoins exprimés à la fois par les résidents et le travail d'adaptation. Les chaînes décisionnelles se voient nécessairement modifiées par de tels modes de fonctionnement, d'autant que l'introduction de dispositifs pédagogiques et des formateurs qui les portent dans les circulations de connaissances au sein des établissements bouleverse déjà profondément les relations sociales et leurs asymétries. La mise en place d'un dispositif pédagogique suppose en effet en elle-même une redéfinition – ne serait-ce que temporaire, pendant le temps de la formation – des asymétries sociales et des légitimités à dire ce qui doit être fait et comment. Pendant le temps de formation, et en cas de succès d'implémentation d'une méthode, après son intervention, les bonnes façons de faire proviennent des discours pédagogiques et de ceux qui sont habilités à les énoncer. En fonction des méthodes de management privilégiées dans un établissement, cette situation peut générer des conflits de pouvoir, notamment avec des gestionnaires d'établissements, qui pourraient préférer conserver leurs prérogatives décisionnaires.
- 31 Dernier exemple de pratiques instituées mises à mal dans le cadre de désinstitutionnalisations symboliques : l'évaluation du travail et de ce que travailler veut dire. Si le consensus autour de la préférence à donner à la maxime « ne pas faire à la place de » est général et ancien, ses applications *in situ* n'en sont pas moins problématiques. La critique la plus courante adressée à cette maxime concerne le temps nécessaire pour réaliser la toilette d'un résident. Celui-ci est considérablement plus court et efficace lorsqu'il est réalisé de façon professionnelle que lorsqu'on doit lui laisser le temps de la réaliser par ses propres moyens, ce qui implique généralement des gestes lents et incertains, un rythme peu adéquat avec les attentes professionnelles de l'établissement. Les préconisations, en outre, se font généralement les avocates d'un « faire faire », où l'activité et la participation des résidents restent les produits d'activités professionnelles (Loffeier, 2015). Les dispositifs étudiés, en favorisant une participation spontanée et « réelle » qui doit permettre aux résidents de faire partie des communautés que sont les établissements, posent de nouvelles questions concernant les frontières du travail et du non travail, qui demandent un travail supplémentaire portant sur les attentes et jugements vis-à-vis de celui-ci. Dans l'un des établissements enquêtés, il a fallu par exemple rassurer certaines femmes de ménage, gênées de voir des résidents assurer eux-mêmes une partie du nettoyage de leur chambre, notamment vis-à-vis des objectifs finaux et des résultats du travail réalisé. L'établissement (et les familles des résidents) doi(ven)t accepter, avec elles, que la poussière ne soit pas

toujours parfaitement enlevée, par exemple. Il a également fallu informer les familles de plusieurs autres particularités, propres à la prise en charge offerte par l'établissement : le suivi de l'évolution des patients et l'adaptation de leur prise en charge à leurs particularités génèrent des temps de travail intellectuel qui, prenant notamment la forme de réunions régulières dans les bureaux vitrés des soignants, peuvent apparaître comme une forme d'oisiveté aux yeux des entourages. Et si faire reconnaître ces temps de coordination, de réflexion et de décision collective comme un travail à part entière demeure possible grâce à des temps d'information dédiés, ils restent impossibles à faire valoir dans les grilles officielles de comptabilisation des ressources et des besoins des établissements. C'est tout particulièrement le cas des temps d'observation dédiés à laisser les situations incertaines se préciser afin d'adapter au mieux les prises en charge, mais également au travail d'invisibilisation de celle-ci, pour permettre une vie la plus normale possible aux résidents. En effet, par exemple dans la méthode de l'un des organismes de formation, afin de ne pas faire à la place des patients, les professionnels sont, le plus possible, invités à ne pas interférer dans leurs gestes et dans leurs ambitions. Le résultat de cette politique de prise en charge est l'absence d'une action visible de la part des professionnels auprès des patients. Pour décrire cela, les formateurs ont recours, sous la forme de l'humour, à l'expression : « que voit-on ici ? Un professionnel qui fait très bien son travail », en désignant des personnes qui ne « font rien » (en tout cas avec leur corps) à côté de résidents qu'ils accompagnent. Dans ces discours, « ne pas faire » (avec ses mains) ou « ne pas montrer qu'on fait » est un savoir-faire professionnel spécifique, technique, à souligner et faire valoir. Là réside l'un des ressorts de ce que l'on peut décrire comme une désinstitutionnalisation symbolique : l'invisibilisation des marqueurs conventionnels du travail en institution au profit d'une lecture normalisée de la vie en établissement comme étant un lieu d'habitation plutôt que de soin. Faire « comme si » signifie ainsi pour le professionnel, faire « comme s'il n'était pas un professionnel du soin » lorsqu'il exerce son métier.

5. Conclusion

- 32 La « désinstitutionnalisation symbolique » vise à décrire une partie des dynamiques à l'œuvre dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées. Alors que la prise en charge entre les murs de certains résidents âgés semble ne pas pouvoir trouver d'alternative, les établissements et leurs employés sont invités à transformer leurs façons de faire, afin d'assurer une prise en charge acceptable, d'un point de vue moral comme pratique. Les propositions concrètes de changements tentent de défaire une partie des institutions – au sens sociologique du terme – rendues responsables des mauvaises pratiques : formation initiale des soignants, langage et représentations inadéquats, hiérarchisations et systèmes de valeurs à revoir, notamment. Mais détricoter plusieurs institutions propres et inhérentes au fonctionnement des établissements peut également faire émerger leurs intrications, possibles lieux de résistance aux façons nouvelles. C'est notamment aux niveaux responsables de l'organisation du travail que doivent se penser de tels freins : sans réflexion systémique quant au nouage spécifique et aux expressions locales de ces nouvelles formes d'institutions, la « désinstitutionnalisation symbolique » risque de voir ses objectifs initiaux se heurter à la rigidité des modalités pré-existantes.

BIBLIOGRAPHIE

- Godelier, M., 1978. « La Part idéale du réel. Essai sur l'idéologique ». *L'Homme* 18, 155–188.
- Goffman, E., 1968. *Asiles: études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*. Minituit, Paris.
- Hummel, C., Mallon, I., Caradec, V. (Eds.), 2014. *Veilles et vieillissements: regards sociologiques*. Presses universitaires de Rennes, Rennes, France.
- Loffeier, I., 2015. *Panser des jambes de bois ? La vieillesse, catégorie d'existence et de travail en maison de retraite*. PUF, Paris.
- Loffeier, I., 2013. « Une enfance sans avenir : de l'expérience d'un rapport pédagogique en maison de retraite ». *Gérontologie Société* 121–133.
- Mallon, I., 2004. *Vivre en maison de retraite: le dernier chez-soi*. Presses Universitaires de Rennes, Rennes, France.
- Muller, M. (DREES), 2017. « 728 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2015. Premiers résultats de l'enquête EHPA 2015 ». *Études & Résultats*.
- Pichonnaz, D., Lambelet, A., Hugentobler, V. 2020. « Désaccords en établissements pour personnes âgées. Analyser les concurrences entre métiers aux contours flous ». *Swiss Journal of Sociology*, 46 (1), 97–115.

NOTES DE BAS DE PAGE

1. « Pédagogisation de la prise en charge des personnes âgées. Pour une sociologie de l'humanisation des établissements par la formation continue » (2018-2023), financé par le Fonds National Suisse de la recherche scientifique (Division I, n° 10001A_176298), coordonné par Iris Loffeier à HESAV (HES-SO), Lausanne. <https://data.snf.ch/grants/grant/176298>.
2. Une partie de ces analyses portant sur le travail langagier ont été développées et peuvent être consultées pour plus de détails dans Iris Loffeier, Célia Poulet et Sophia Stavrou, «Changer les établissements pour personnes âgées par les mots ? », *Tracés. Revue de Sciences humaines*, 43 | 2022, 55-74 ; consultable à l'adresse : <http://journals.openedition.org/traces/14211>.

RÉSUMÉ

La question de la désinstitutionnalisation, posée aux établissements d'hébergement pour personnes âgées, peut paraître paradoxale, tant ils représentent par excellence les murs nécessaires à certaines situations.

Pourtant, les modes de fonctionnement courants de ces établissements, fortement critiqués, s'accompagnent de propositions de changement notamment portés par le champ de la formation, que l'on peut qualifier de « désinstitutionnalisation symbolique ». Mais défaire « l'institution » sans se départir de ses murs fait ré-apparaître une toile d'institutions entremêlées les unes aux autres. Sans réflexion systémique quant au nouage spécifique et aux expressions locales de ces nouvelles formes d'institutions, la

désinstitutionnalisation symbolique peut voir ses objectifs initiaux se heurter à la rigidité des modalités existantes.

INDEX

Mots-clés : établissement pour personnes âgées, réforme, formation continue, désinstitutionnalisation

AUTEURS

Iris Loffeier

Docteure en sociologie, adjointe scientifique, HESAV/HES-SO (Suisse)

Célia Poulet

Docteure en sociologie, cheffe de projet Ra&D, HESAV/HES-SO/FNS (Suisse)