

# Terrains/Théories

13 | 2021

Communalisme/municipalisme : du passé au possible

Varia

## Quand la personne âgée atteinte de démence est un être capable

Sociologie du soin dans les institutions de long séjour formées à la « Méthode Montessori adaptée »

FABIENNE MALBOIS, ANNE JETZER ET ALEXANDRE LAMBELET

### Résumés

Français English

Adossé aux théories sociales contemporaines, les théories du *care* notamment, cet article esquisse une sociologie du soin dont le terrain est constitué par une ethnographie menée dans 5 institutions de long séjour qui accueillent des personnes âgées atteintes de démence. Mues par l'idéal d'autonomie, ces institutions ont adopté une méthode d'intervention en psychogériatrie, la « Méthode Montessori adaptée », qui promeut une nouvelle « forme de coordination » dans la relation de soin. Cette forme, le « *faire avec* », présuppose que l'aidant et l'aidé sont des sujets actifs de la relation, qui se symétrise tandis que les deux partenaires en coprésence interagissent avec une intensité plus ou moins égale. Le « *faire avec* » coexiste avec trois autres formes du « prendre soin », au sein desquelles l'agir de l'aidant et l'agir de l'aidé divergent en intensité : le *faire sans* », le « *faire faire* » et le « *faire pour* ». Resituer le « *faire avec* » au sein de ces autres formes du « prendre soin » nous donnera l'occasion de recomposer le territoire moral dans lequel il se tient et de considérer la relation d'aide selon les degrés de l'autonomie qu'elle distribue et aménage.

Based on contemporary social theories, including the theories of care, this article sketches a sociology of care, the terrain of which is constituted by an ethnography conducted in five long-term care institutions that host elderly people suffering from dementia. Driven by the ideal of autonomy, these institutions have adopted a psychogeriatric intervention method based on the Montessori method of education that promotes a new « form of coordination » in the care relationship. This form, « doing with », presupposes that the caregiver and the cared-for are active subjects of the relationship, which becomes symmetrical while the two partners in copresence interact with more or less equal intensity. « Doing with » coexists with three other forms of « taking care », in which the acting of the caregiver and the acting of the person being cared for differ in intensity : « doing without », « making do » and « doing for ». Locating the « doing with » within these other forms of « taking care » will give us the opportunity to recompose the moral territory in which it stands and to consider the care relationship according to the degrees of autonomy it distributes and arranges.

---

## Entrées d'index

**Mots-clés :** autonomie, relation d'aide, troubles de la démence, institutions de long séjour, formes du « prendre soin », personnes âgées

**Keywords:** autonomy, care relationship, dementia disorders, long-term care institutions, forms of « taking care », elderly people

---

## Texte intégral

- 1 Les démences, dont la maladie d'Alzheimer est la plus connue, commencent par dégrader les fonctions cognitives et finissent par affecter l'ensemble des fonctions humaines<sup>1</sup>. Aux stades les plus sévères, les troubles dont souffrent les personnes (apraxie, aphasie, agnosie, troubles mnésiques) peuvent s'accompagner de troubles comportementaux parfois empreints d'agressivité. Parce que les personnes âgées atteintes de démence<sup>2</sup> dépendent d'autrui pour réaliser les actes plus simples de la vie quotidienne tels que communiquer, se nourrir, s'habiller, manger et se déplacer, déterminer les conditions de leur autonomie se pose comme une question qui interroge le sens même de la notion. Dans ce cas, l'autonomie se situe en effet d'emblée au sein d'une relation de dépendance. Pour penser cette antinomie, les théories du *care*<sup>3</sup> offrent une alternative prometteuse. Cherchant à dépasser la notion moderne, idéale et substantielle d'autonomie qui conçoit l'individu comme un sujet souverain, autosuffisant et de pure raison, elles invitent, en premier lieu, à réinscrire l'autonomie dans l'épaisseur des relations, des actions et des pratiques sociales, et, en second lieu, à aborder la dépendance comme la condition anthropologique de toute vie humaine<sup>4</sup>. Mais ces deux déplacements ne suffisent pas. Il faut également ramener l'autonomie à la hauteur d'un concept mobilisable par les sciences sociales, et ceci sans atrophier la valeur normative dont l'a doté la philosophie libérale<sup>5</sup>.
- 2 Sur ce plan, un certain nombre de réflexions contemporaines ont proposé des avancées significatives. Il y a tout d'abord l'idée que l'autonomie gagne à être considérée comme une « autonomie-pouvoir »<sup>6</sup>. Envisagée sous cet angle, l'autonomie est le devenir ou le projet d'un être capable d'action « constitutivement exposé à l'altérité »<sup>7</sup>. Mais le pouvoir d'agir du sujet capable n'est jamais entier, comme l'a souligné Paul Ricœur. C'est pourquoi l'autonomie-pouvoir ne s'oppose pas à la dépendance, mais est au contraire l'un des termes du couple paradoxal qu'elle forme avec la vulnérabilité : « l'autonomie est celle d'un être fragile, vulnérable. Et la fragilité ne serait qu'une pathologie, si elle n'était pas la fragilité d'un être appelé à devenir autonome, parce qu'il l'est dès toujours d'une certaine façon »<sup>8</sup>. Une telle conception place l'autonomie en devenir du sujet vulnérable sur le terrain de l'intersubjectivité. Elle ouvre ce faisant la voie à la notion d'« autonomie relationnelle » (*relational autonomy*)<sup>9</sup>, pour laquelle l'indépendance ne signifie pas absence d'intervention extérieure.
- 3 À l'aune de cette conception relationnelle, il est concevable d'inscrire l'autonomie dans une relation d'aide, et de reconnaître que son devenir est favorisé par le « prendre soin » venant satisfaire les besoins tant physiologiques, sociaux qu'affectuels des personnes âgées<sup>10</sup>. Ce « prendre soin », ou travail de *care*, renvoie à toutes les activités qui, orientées par le souci d'un autre vulnérable, cherchent à apporter une réponse concrète à ses besoins. Et alors qu'elle est soutenue par le *care* prodigué par autrui, l'autonomie du sujet atteint de démence peut s'affirmer y compris quand l'« autonomie fonctionnelle » est profondément altérée, pour autant qu'un certain sens de soi soit préservé et qu'une forme d'« autonomie décisionnelle » demeure<sup>11</sup>. L'autonomie se mesure alors, si on se réfère à Ronald Dworkin, par la capacité du sujet à avoir des « intérêts critiques »<sup>12</sup> relatifs à des choix de vie, fondés sur ce que représente pour soi une vie bonne et arrimés au maintien de l'identité dans

la durée, ce qui suppose de pouvoir se rapporter à sa vie comme à une totalité cohérente<sup>13</sup>. Ou alors, de façon moins exigeante, l'autonomie s'apprécie, si l'on suit Agnieszka Jaworksa, par la capacité du sujet à valoriser et à orienter sa vie en fonction de valeurs, une orientation perceptible dans la façon dont nous manifestons nos attachements aux personnes, aux choses ainsi qu'à des manières de faire (préférer recevoir sa famille dans la salle commune en pyjama plutôt qu'en vêtements de jour, par exemple)<sup>14</sup>.

4 Si ces deux conceptions de la capacité du sujet à être autonome se présentent, en théorie, comme deux thèses concurrentes, elles étayent de façon complémentaire les principes qui guident les soins que les aidants prodiguent aux personnes âgées souffrant de démence<sup>15</sup>. À cet égard, la tâche des aidants s'ancre dans une « éthique de situation »<sup>16</sup>. Celle-ci a une dimension ultimement politique, dans la mesure où « reconnaître un sens dans un comportement qui paraît insensé dépend de notre faculté à reconnaître autrui comme faisant partie de la communauté des humains »<sup>17</sup>. À l'échelle de la communauté, c'est le concept de « dépendances emboîtées » (*nested-dependencies*)<sup>18</sup> qui s'impose. Ce dernier a en effet pour intérêt d'inviter à saisir la pluralité des liens d'interdépendance<sup>19</sup> dans lesquelles s'inscrit le soin aux personnes âgées atteintes de démence, et de concevoir ces liens à la façon d'une série de relations enchâssées les unes dans les autres, qui s'institue au cœur même de la relation de proximité, par définition feuilletée, entre l'aidant et l'aidé<sup>20</sup>. En effet, quand l'aidant est un professionnel, son action dépend de l'institution qui l'emploie voire des proches envers lesquels il peut être amené à justifier certains de ses choix ou de ses activités ; à son tour, l'institution dépend des politiques publiques qui définissent son financement, ses conditions de fonctionnement ainsi que l'orientation de son action institutionnelle.

5 La théorie sociale contemporaine, comme on le voit au terme de cette brève incursion dans la littérature, a peu à peu fait perdre de son abstraction à la notion d'autonomie pour la réinscrire au cœur des situations sociales où le *care* prend forme. Cette descente en réalité, qui s'est notamment opérée à partir d'une réflexion sur la figure de la vieillesse aux prises avec la maladie d'Alzheimer, invite à poursuivre le questionnement pour le mettre à l'épreuve de l'enquête empirique. À cette fin, le présent article se propose d'esquisser une sociologie du soin dans les institutions de long séjour qui visent l'autonomie des personnes âgées atteintes de démence. Une ethnographie<sup>21</sup> que nous avons menée entre septembre 2018 et février 2019 dans 5 établissements médico-sociaux (EMS), ou EHPAD, sera le terrain sur lequel nous déploierons les linéaments de cette sociologie<sup>22</sup>. Situées en Suisse romande, ces établissements ont tous les cinq une mission de psychiatrie de l'âge avancé, couplée dans deux cas avec de la psychiatrie vieillissante et dans un cas avec de la gériatrie. Ce sont des établissements privés conventionnés, comme la plupart des institutions de ce type en Suisse.

6 Ces EMS se sont formés, durant les six dernières années, à la « Méthode Montessori adaptée »<sup>23</sup> (MMA ci-après), une méthode d'intervention en psychogériatrie destinée aux institutions de long séjour. La MMA a pour horizon normatif explicite l'autonomie des résidents et s'adosse à une conception particulière de la personne âgée atteinte de démence. Au lieu de la voir comme un être objectivement incapable, c'est-à-dire comme un individu qui, en fonction de l'identité à laquelle sa pathologie le renvoie, n'a plus le « pouvoir de », elle la considère au contraire comme un être capable de, c'est-à-dire comme un individu subjectivement « compétent pour »<sup>24</sup>. Façonnée aux États-Unis par un neuropsychologue<sup>25</sup>, la MMA s'inspire des principes pédagogiques développés par Maria Montessori, dont le célèbre précepte « Aide-moi à faire par moi-même »<sup>26</sup>. De la même manière que l'enseignant Montessori endosse le rôle du guide qui cherche à développer l'indépendance de l'enfant et se met à l'arrière-plan de la scène éducative, les professionnels formés à cette méthode sont invités à s'envisager comme des « facilitateurs »<sup>27</sup> ou des accompagnants, c'est-à-dire comme des aidants dont le

« prendre soin », fondé sur le respect, la dignité, l'égalité et la confiance, vise le plus possible à « permettre à la personne d'agir par elle-même »<sup>28</sup>.

- 7 La MMA se diffuse en Europe francophone par l'intermédiaire de l'organisme de formation AG&D<sup>29</sup> et connaît depuis quelques années un succès croissant. Porteuse d'un discours prescripteur qui établit quelle est la bonne manière de réaliser le travail de *care*, de concevoir la personne âgée atteinte de démence et de conduire la relation d'aide, elle promeut une nouvelle « forme de coordination »<sup>30</sup> entre l'aidant et l'aidé dans le « prendre soin », destinée à servir de modèle. Cette forme, le « *faire avec* », présuppose que l'aidant et l'aidé sont des sujets actifs de la relation, qui se symétrise tandis que les deux partenaires en coprésence interagissent avec une intensité plus ou moins égale. Dans les pages à suivre, nous allons nous intéresser à la façon dont, dans les institutions formées à la MMA, le « *faire avec* » coexiste avec trois autres formes du « prendre soin », au sein desquelles l'agir de l'aidant et l'agir de l'aidé divergent en intensité et se distribuent en « degrés »<sup>31</sup> : le « *faire sans* », le « *faire faire* » et le « *faire pour* ». Après avoir présenté notre approche de la relation d'aide dans les institutions de long séjour et décrit le répertoire prescriptif de la MMA, nous nous pencherons sur une vignette ethnographique emblématique du « *faire avec* ». Resituer le « *faire avec* » au sein des trois autres formes du « prendre soin » que nous avons observées nous donnera ensuite l'occasion de recomposer le territoire moral dans lequel il se tient et d'interroger, pour finir, ses effets sur la relation d'aide.

## Sociologie du soin dans les institutions de long séjour

### L'EMS, un lieu de résidence et de travail

- 8 Quand bien même « l'institution totale »<sup>32</sup> dépeinte par Erving Goffman à la fin des 1960 n'existe plus sous cette forme, son double statut de lieu de résidence et de lieu de travail demeure l'une de ses caractéristiques majeures. Cette caractéristique se retrouve dans les institutions de long séjour qui accueillent les personnes âgées atteintes de démence, ici des EMS. Ces institutions sont en effet structurées par une séparation stricte entre les résidants et les personnels, avec les rôles et les attentes différenciées que cette distinction institue, les membres du personnel étant des « aidants » et les résidants des « aidés ». Par exemple, s'il arrive que des membres du personnel mangent à table avec les résidants, cela reste rare. Vivre dans ces institutions revient pour les personnes âgées à abandonner les rôles qu'elles pouvaient encore occuper avant leur retrait à l'EMS<sup>33</sup>, en particulier ceux liés aux activités menées pour faire face aux nécessités vitales inhérentes à notre condition d'être mortel. En effet, à l'EMS, le travail, dans le sens que Hannah Arendt a donné à ce terme, est entièrement pris en charge par du personnel et professionnalisé, ce qui tend, si l'institution n'y prend pas garde, à cantonner les résidants dans des rôles « peu gratifiants (rôle de malade, de mourant, par exemple), peu consistants et peu structurants de la vie quotidienne »<sup>34</sup>.
- 9 Le travail du personnel s'organise en partie sur un registre industriel imposant « standardisation et rythmes de production »<sup>35</sup>. Il est soumis aux cadres légaux et réglementaires qui régissent l'organisation et le financement des institutions, jusque dans les affectations budgétaires. Il est aussi structuré par une forte division verticale et horizontale. Ainsi, des secteurs de tâches spécialisés se retrouvent dans les organigrammes comme dans les statistiques : soins infirmiers, animation socioculturelle, hôtellerie et intendance, service technique et administration<sup>36</sup>. Au sein du secteur des soins (*cure*) proprement dit, les professions, au moins au nombre de trois dans les 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 assistantes en santé et soins communautaires.

10 Les personnels ne sont pas tous voués à entrer régulièrement en relation avec les résidents. Le personnel des soins comme le personnel de l'animation a des contacts de proximité au quotidien, quand le personnel du service technique ou de l'administration, lui, peut n'avoir que des contacts ponctuels. Ainsi, les femmes de ménage, les concierges et les cuisiniers, entre autres, sans être totalement des « non-personnes »<sup>37</sup>, sont généralement amenés à participer au bon fonctionnement de l'institution plutôt qu'à intervenir directement auprès des résidents.

11 Selon qu'il est situé au cœur ou à la marge des « mandats »<sup>38</sup> professionnels qui ont été définis au sein de l'institution, le « prendre soin » est donc différemment distribué au sein de l'EMS, qui articule un large spectre d'activités de *care*, réalisées dans la proximité avec le résident ou à distance – ces activités vont de l'aide à la toilette et à la prise des repas jusqu'à des activités d'occupation et d'animation, à l'intérieur ou à l'extérieur de l'institution, en passant par le nettoyage des chambres et le maintien de l'infrastructure de l'établissement. C'est ce travail de *care* dans sa totalité qui est la cible de la MMA, qui s'adresse à l'ensemble des professionnels qui exercent à l'EMS, afin de les doter d'une manière commune et identique de voir, interpréter et traiter un phénomène relevant de leur domaine d'attention spécifique. Il s'agit en effet de faire émerger, au sein de l'institution, non pas tant une « vision professionnelle »<sup>39</sup> qu'une vision supra-professionnelle renouvelée, qui vise à restaurer la capacité d'agir du résident et à lui redonner une place d'agent, et donc de sujet, au sein de la relation de soin.

## La dynamique interactionnelle du « prendre soin »

12 Dans sa philosophie du *care*, Joan Tronto<sup>40</sup> invite à considérer le travail de *care* comme un processus composé de quatre phases interconnectées : « [n]oter l'existence d'un besoin (*to care about*), prendre les dispositions pour qu'il puisse trouver une réponse (*to care for*), donner directement la réponse ou le soin (*care giving*) et la recevoir (*care receiving*) »<sup>41</sup>. Le travail de *care* s'inscrit donc dans une temporalité potentiellement plus longue que celle de la situation d'immédiateté que délimitent les deux phases terminales du processus, à savoir donner et recevoir le soin. Ces deux phases sont néanmoins décisives en ce sens que c'est à partir de la première d'entre elles, donner, que s'ouvre la relation entre un aidant et un aidé. Les deux phases antérieures, noter l'existence d'un besoin et prendre des dispositions pour le combler, sont en effet indexées sur cette première phase, qu'elles viennent densifier ou étendre en impliquant, comme c'est le cas dans les institutions de long séjour, une pluralité coordonnée d'acteurs individuels ou collectifs. Ces acteurs, alors qu'ils prennent part au soin donné, sont directement ou indirectement reliés à la personne qui donne le soin, mais se tiennent dans tous les cas à distance de celle qui le reçoit. Aussi, alors que Tronto indique bien que le *care* ne s'arrête pas au seuil de la relation intersubjective auquel il serait tentant de le réduire, celui-ci se caractérise tout de même dans la modélisation de l'auteure comme une relation configurée par deux pôles : le pôle de la personne qui donne le soin d'un côté, le pôle de celle qui le reçoit de l'autre. Que la relation de *care* puisse engager plus de deux personnes n'enlève donc rien au fait qu'elle a chez Tronto, à l'échelle de la situation de co-présence, la forme d'une dyade, c'est-à-dire d'une relation qui comprend deux places « actanciennes »<sup>42</sup>. Cette relation dyadique est, sur le plan moral, « structurellement asymétrique »<sup>43</sup>, à l'instar de toute relation d'assistance dans les sociétés contemporaines : le devoir à soigner prime sur le droit d'être soigné. Cette asymétrie

initiale, constitutive de la relation d'aide, se creuse encore quand l'aidant est doté d'un savoir-faire professionnel.

13 D'un point de vue sociologique, la dynamique interactionnelle du « prendre soin » est toutefois plus complexe que celle que Tronto lui prête. Arrêtons-nous tout d'abord sur la dimension temporelle de cette dynamique. On peut déduire, à partir des commentaires de Ricœur sur *l'Essai sur le don*<sup>44</sup>, que la phase charnière de la relation de soin est celle qui consiste à recevoir, et donc que le processus du « prendre soin » n'est pas embrayé par la personne qui le donne, mais par celle qui le reçoit. Ce n'est alors pas une mais deux dyades enchaînées qui décrivent l'organisation séquentielle du « prendre soin » : donner-recevoir d'une part, recevoir-rendre d'autre part, là où « rendre » est à entendre comme le moment de la réponse, de la réaction. Prendre en compte ce moment n'a rien d'anodin puisque cela revient à se donner les moyens théoriques de tenir compte de la possibilité, irréductible, de l'échec du soin. Et en l'occurrence, il arrive que les personnes âgées atteintes de démence résistent, parfois de façon soutenue, au soin prodigué. Mais ces trois catégories, donner, recevoir et rendre, sont aussi les catégories à partir desquelles il est possible de saisir le *care* en mouvement, de suivre sa circulation au sein de l'épaisseur des relations sociales et de concevoir le « prendre soin » comme un processus qui outrepassé les 4 phases dégagées par Tronto<sup>45</sup>. Ce processus englobe notamment la façon dont les aidants, à partir des réactions au soin reçu que leur adressent les aidés, réajustent les modalités de donation du *care*<sup>46</sup>. La possibilité d'un tel réajustement a été intégrée par les politiques de l'autonomie, non sans faire peser lourdement sur les aidés le coût de leur réussite<sup>47</sup>. Elle est à la source de la symétrisation de la relation d'aide ou de soin<sup>48</sup> qui structure les modèles d'intervention dits d'accompagnement, ainsi de la MMA, qui se sont imposés au cours des vingt dernières années dans les champs du travail social et de la santé<sup>49</sup>. Accompagner quelqu'un à qui l'on prodigue un soin, « travailler avec autrui » selon la formule consacrée, est en effet de l'ordre du « mouvement qui se règle à partir de l'autre »<sup>50</sup>.

14 Mais ce premier réaménagement ne saurait suffire. Pour appréhender la dynamique interactionnelle de la relation de *care*, il convient également de se pencher sur la structure de son « système actancier »<sup>51</sup>. Le « prendre soin » à l'EMS peut être considéré comme une somme de « relations de service »<sup>52</sup>, une notion lâche que Goffman étend à la relation de soin entre le médecin et son patient mais qui peut tout aussi bien désigner la relation qui lie le cordonnier à son client, ou encore le guichetier à l'utilisateur d'une administration publique. Dans *Asiles*, Goffman souligne que la relation de service est « une relation à trois pôles »<sup>53</sup>. En effet, nous dit-il, bien qu'elle réunit deux individus qui entrent « directement et personnellement en communication »<sup>54</sup>, la relation de service est toujours au moins triadique : elle met en présence « un praticien-réparateur », un « objet », et « un propriétaire » (ou « client »). C'est dire que, quand deux sujets entrent en relation sur la base d'un soin à donner *versus* à recevoir, l'objet de la relation, ce sur quoi celle-ci porte, participe à la configuration de l'échange. Aussi, et bien que cela puisse paraître contre-intuitif, le « système actancier »<sup>55</sup> de la relation de *care* ne comporte pas deux mais trois places au minimum, y compris lorsqu'il est question de la relation intersubjective entre une mère et son enfant, selon l'exemple pris par Tronto. Dans le cas des EMS, cette relation triadique minimale<sup>56</sup> est constituée par les trois places suivantes : (i) les professionnels qui prennent soin des résidents (pôle « praticien »)<sup>57</sup>, (ii) la personne même des résidents (pôle « objet»), le travail de *care* étant un service de soin à la personne, et, enfin, (iii) les résidents (pôle des « propriétaires » ou « clients »), étant entendu que si les résidents mettent leur personne entre les mains du personnel pour que celui-ci en prenne soin, ils demeurent propriétaires de leur personne.

15 Le résident entre dans une institution de long séjour ou y est placé par nécessité de soin à sa personne. L'entier de sa personne peut être l'objet d'une relation de soin, mais, bien souvent, étant donné la division du travail qui organise l'EMS, seule une



partie est directement concernée lorsqu'un soin est prodigué : le corps du résidant quand c'est une aide-soignante qui est impliquée par la relation de soin, sa spiritualité quand c'est l'aumônier qui fournit le service, par exemple. L'existence du besoin est *de facto* liée à la présence du résidant dans l'EMS. S'il ne pouvait adresser une demande explicite de soin à l'endroit du praticien, sa seule présence corporelle devrait suffire à interpeller le praticien. En effet, le professionnel est censé toujours répondre au besoin de soin du résidant, qui est son client, et ne jamais refuser de lui offrir ses services – sauf pour déléguer la tâche de soin à un collègue plus compétent ou disponible. Mais si le résidant confie sa personne aux professionnels, il en reste le propriétaire, même quand il a perdu tout ou partie de sa capacité de discernement. L'idée que je suis propriétaire de moi-même y compris quand je m'en remets à autrui – ou quand l'on m'a remis dans les mains d'autrui – pour prendre soin de moi, est importante. Elle permet de penser la question de la responsabilité, et donc de l'autonomie. En effet, seul le sujet propriétaire de sa personne est imputable d'actions, de paroles, de jugements et de valeurs, et c'est parce que le sujet peut être tenu pour responsable de ce qu'il fait ou dit qu'il peut être reconnu, en dépit de sa maladie, comme un sujet capable, doué d'intention et de volonté<sup>58</sup>.

- 16 Ceci étant, les capacités humaines ordinaires à agir, parler, valuer ou encore à se conformer à un ordre symbolique, et dès lors à manifester une intention, sont différemment distribuées au sein de la paire relationnelle constituée par le praticien et la personne âgée atteinte de démence. Et de fait, dans le « prendre soin », les soignants sont souvent conduits à être les « représentants »<sup>59</sup> des résidants, c'est-à-dire à formuler des besoins et des intentions en leur nom. C'est pourquoi, au quotidien, la question de l'autonomie du résidant se pose, pour les praticiens formés à la MMA, sous la forme d'une question pratique et éminemment située, qui peut être explicitée ainsi : Comment puis-je à la fois prendre soin de cette personne âgée atteinte de démence et ne pas réduire son pouvoir d'action, lui prodiguer mon aide tout en respectant sa volonté d'action, y compris quand celle-ci est opaque et que je dois la reconstruire en vue de la représenter dans le cours d'action ? Y répondre de façon adéquate est d'autant plus incertain et délicat que les points de rencontre avec les résidants peuvent être des plus ténus, et qu'il est souvent difficile, pour les professionnels, de cerner la capacité de la personne âgée à comprendre la situation de soin, à lui donner un sens, et donc d'ajuster le soin à prodiguer ou anticiper la façon il sera reçu. Produire des comportements signifiants, se coordonner avec autrui, poursuivre une finalité et la renégocier en cours sont en effet des attendus de l'action en commun dont ces résidants ont peu ou prou perdu la maîtrise<sup>60</sup>.

## La MMA et son répertoire prescriptif

- 17 Au moment d'aborder le répertoire prescriptif de la MMA, penchons-nous sur la façon dont ses prometteurs la définissent.

« Les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de démences apparentées ont besoin d'un accompagnement riche en stimulations cognitives régulières, d'échanges et de participation sociale ainsi que d'un entraînement fréquent pour réduire leurs difficultés à accomplir les actes de la vie quotidienne. Le manque d'activités engendre souvent chez la personne, [*sic*] de l'apathie comme de l'anxiété ou de l'agitation. L'objectif principal de l'approche Montessori est de permettre aux personnes accompagnées de recouvrer une certaine autonomie dans les gestes du quotidien pour associer dignité et plaisir<sup>61</sup>. »

- 18 Comme on le voit, la question de l'autonomie des résidants se pose à l'horizon de « bas niveau » des actes de la vie quotidienne où s'instaure la relation d'aide. Afin de stimuler l'agentivité de l'aidé, la MMA préconise de chercher ce qui a du sens pour l'individu, ce qui implique, en amont la nécessité pour les professionnels d'apprendre

à connaître les résidants, de découvrir ou de reconstituer au mieux l'identité personnelle de chacun. Cette première enquête se double d'une seconde, qui vise à établir ce que la personne âgée est encore capable de faire, dans le but de dresser l'inventaire de ses « 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 capacités motrices, sensorielles, sociales et cognitives préservées des résidants. Le praticien est invité, sur la base de ce document, à imaginer et à proposer à chaque résidant un accompagnement personnalisé lui permettant, *via* des activités ciblées, d'exploiter au mieux ses habiletés, ses goûts et ses intérêts. Mener des activités, agir, aurait de multiples retombées bénéfiques : les capacités cognitives se bonifieraient lorsqu'elle sont exercées dans le cadre d'une activité plaisante à réaliser ; l'engagement dans une activité porteuse de sens conduirait à la cessation des troubles du comportement, et si l'activité devenait régulière et se répétait dans le temps, l'état d'agitation générale du résidant s'atténuerait. Il s'ensuivrait également un sommeil de meilleure qualité, une amélioration significative de l'expression des émotions positives ainsi qu'une diminution des affects dépressifs avec, à la clé, la possibilité de diminuer la prescription de psychotropes<sup>62</sup>.

19 L'exemple ci-dessous, qui est présenté par AG&D dans les journées de formation délivrées par l'organisme, illustre la façon dont est conçu, au sein de la MMA, la fonction et la spécification des activités que les professionnels sont invités à proposer aux résidants :

« Un homme parlait très difficilement et présentait d'importants troubles. Les premiers jours en institution augurent mal : il arrachait prises et interrupteurs au gré de ses déambulations dans les couloirs. Typiquement, c'est le genre de personne à qui l'on va donner des sédatifs pour le canaliser, avec les conséquences que cela entraîne. L'équipe médicale a réfléchi autrement et s'est demandé qui il était. Il se trouve que c'était un ancien électricien, très bon bricoleur. On lui a donné des planches à poncer, des trous à percer avec une foreuse et, étape par étape, il a construit une jardinière surélevée, utilisée aujourd'hui par tous les résidants. Depuis, ses troubles du comportement ont disparu, sa fille ne le reconnaît plus et il a un but au quotidien. Il participe à la vie de la communauté. Vous l'auriez mis au loto, ça ne se serait pas bien passé. Le bricolage, c'est ce qu'il aimait et savait faire<sup>63</sup>. »

20 Les activités de bricolage dont rend compte cet exemple font partie d'un soin prodigué dans l'objectif de diminuer des troubles qui semblent liés à une errance sans but et quelque peu dévastatrice pour le résidant (elle porte atteinte à sa dignité) comme pour l'EMS. Elles ont été proposées au résidant parce qu'elles correspondent à la personne qu'il était, à la vie qu'il avait menée avant d'entrer en institution ; elles étaient dès lors susceptibles de lui procurer une occupation intéressante, de laquelle retirer un certain plaisir.

21 Une fois que le professionnel est parvenu à déterminer une activité taillée à la mesure d'un résidant, il s'agit d'inviter la personne âgée à la réaliser. Parce que susciter l'intérêt du résidant n'a rien d'évident, la MMA prescrit de l'aborder en lui posant une question destinée à solliciter son aide : « Monsieur X, Madame Y, voulez-vous m'aider à + [verbe d'action] ? ». Le format de l'interpellation, qui vise une demande à faire quelque chose (faire du bricolage, faire la pâtisserie, plier des serviettes, nettoyer les couverts, etc.), est très précisément réglé. Il est en effet recommandé que celle-ci soit énoncée selon la modalité virtualisante et subjectivante du vouloir, qui fonde la grammaire de la responsabilité<sup>64</sup> : « Voulez-vous m'aider à... ». Qu'une demande d'aide à faire quelque chose soit adressée à un aidé, par un aidant, réaménage la structure actantielle de la relation de soin : elle la symétrise en créant une place de récipiendaire actif du soin, une place en « Tu » susceptible de basculer à tout moment, étant donné la réversibilité du système locutoire, en « Je ». Outre qu'en l'engageant à agir, elle élève le résidant au rang de sujet capable, une telle demande vise également à valoriser la personne à qui elle est adressée. Sous cet



aspect, la MMA, qui lie estime de soi ou sentiment de sa propre valeur à la possibilité de mener des activités au quotidien, mobilise une théorie profane de la reconnaissance. Cette reconnaissance est thématifiée comme un levier d'intégration dans une communauté de vie, les professionnels et les résidents trouvant là matière à s'associer alors même que les rôles institués par l'EMS les séparent.

22 Si elle est une méthode centrale d'intervention, l'adresse « voulez-vous m'aider à... ? » n'est que l'un des instruments dont sont équipés les professionnels. Et en général, elle est intégrée dans les autres outils canoniques de la MMA que répertorie ce tableau des « 12 principes Montessori »<sup>65</sup>, auquel il est préconisé de se référer pour accompagner les résidents au quotidien.

### *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.

## « *Faire avec* » le résident

### Une animatrice confectionne des sablés avec une résidente

23 Demander à un résident atteint de démence de l'aide pour réaliser une activité consiste, le plus souvent, à accompagner ce résident pour l'aider à réaliser cette activité. C'est dans ce cadre que le « *faire avec* » apparaît comme une forme centrale du « prendre soin » instruit par la MMA. La vignette ethnographique ci-dessous, tirée de nos observations, représente une telle action conjointe. Elle retranscrit une « activité pâtisserie » à laquelle la résidente, Mme Dacot<sup>66</sup>, prend part au moins une fois par semaine, toujours en binôme avec une animatrice. L'activité se tient dans un lieu particulier, la cuisine centrale d'un EMS qui est, à première vue, un territoire étranger aux professionnels de l'animation et n'est pas, la plupart du temps, ouverte aux résidents.

24 L'analyse de la vignette sera l'occasion de mettre en évidence comment l'agir, dans la coordination des gestes, des regards et des mots propre au « *faire avec* », se répartit entre les deux sujets en coprésence, ainsi que sur le genre d'autonomie que cette forme du « prendre soin » autorise.

L'animatrice tend à la résidente une fiche cartonnée et plastifiée rouge, sur laquelle sont listés en grosses lettres les ingrédients ainsi de la recette à suivre. Sur l'initiative de l'animatrice, toutes deux lisent la fiche. Après avoir vérifié à haute voix que tous les ingrédients ont bien été disposés sur la table, l'animatrice interpelle la résidente :

ANIMATRICE : On va commencer par quoi d'après vous ?

RÉSIDANTE : Euh, ben la farine

ANIMATRICE : Je vous laisse ouvrir le paquet ?

La résidante commence à ouvrir le paquet de farine, l'animatrice achève le mouvement avec elle. De fait, l'animatrice accompagne chacune de ses prises de parole par des gestes : elle tend un doigt vers le paquet de farine, montre le grand récipient, posé sur une balance, où il s'agira de verser la farine. Debout à côté de la résidante, face à la table, elle se tient dans une étroite proximité avec elle. Cette position lui permet d'anticiper, annoncer et expliciter les actions à venir, et d'aider la résidante à les réaliser quand cela s'avère nécessaire.

ANIMATRICE : Je vous laisse mettre la farine dans le bol (*montre le grand récipient posé sur la balance à la gauche de la résidante*)

On va verser cent grammes puis on va s'arrêter (*regarde l'écran de la balance*)

La résidante empoigne le paquet de farine tout en regardant l'écran de la balance et commence à verser tout doucement. L'animatrice commente ses gestes : « Vous pouvez y aller ». La résidante continue à verser, soutenue de la voix par l'animatrice. Une fois cette tâche terminée, l'animatrice annonce qu'elles vont passer à l'ingrédient suivant et va chercher un autre bol à l'autre bout de la cuisine. De retour, elle retire de la balance le récipient qui contient la farine, le dépose ailleurs sur la table, place sur la balance le bol destiné à recueillir le beurre et positionne devant la résidante une énorme plaque de beurre.

ANIMATRICE : On doit mettre six cents grammes de beurre (*montre le couteau qui servira à couper le beurre*)

La résidente tient le couteau dans sa main, soulève la plaque de beurre, positionne le couteau à différents endroits sur la plaque et demande : « Je pourrais couper ici, ou ici, ou encore ici ? ». En riant, elle dit qu'elle va « couper au pifomètre, c'est comme ça qu'on fait toujours ». L'animatrice repositionne la plaque de beurre sur la table tout en la guidant : « Vous pouvez couper ici ». La résidante commence à couper la plaque de beurre, qui n'a pas suffisamment ramolli. La masse résiste devant la lame du couteau. Finalement, le morceau est coupé. La résidante le regarde et dit qu'elle a coupé le beurre de biais. Avec l'aide de l'animatrice, cette portion de beurre est transvasée dans le bol puis pesée. L'animatrice énonce, en regardant l'écran de la balance : « il manque deux cent cinquante grammes ». Immobile, la résidante tient toujours le couteau dans sa main, le reste de la plaque de beurre devant elle, jusqu'à une nouvelle interpellation de l'animatrice qui va l'inciter à repositionner son couteau sur la plaque.

ANIMATRICE : Il manque un petit bout

RÉSIDANTE : Je veux essayer de descendre droit (*commence à couper*)

ANIMATRICE : Vous arrivez ?

RÉSIDANTE : Presque (*continue à couper*)

ANIMATRICE : Là, ça doit être pas mal (*regarde le reste de la plaque de beurre puis ajoute le morceau nouvellement coupé dans le bol posé sur la balance tout en guidant le geste de la résidante*)

RÉSIDANTE : C'est pas des plaques que j'utilise à la maison, ce sont des deux cent cinquante grammes

ANIMATRICE : On est pas mal (*La résidante finit de découper un troisième tout petit morceau de beurre*)

Alors je vous prends ça (*prend le petit morceau de beurre et le met dans le bol avec les autres morceaux déjà coupés*)

On va déjà mettre le beurre dans la farine

RÉSIDANTE : Là-dedans ? (*pointe le récipient qui contient la farine*)

L'animatrice acquiesce et dit qu'elle va « transvaser » le beurre dans la farine. Puis elle dépose le beurre dans la farine, en faisant le geste avec la résidante. Cette dernière agite ses mains, les regarde : elles sont pleines de beurre. L'animatrice lui demande si elle veut s'essuyer les mains. Elle prend un linge propre, se penche vers la résidante et commence à lui essuyer les mains. La résidante commente, pliant son pouce : « J'ai un doigt qui croche ». L'animatrice reprend position et poursuit :

ANIMATRICE : Alors maintenant on va faire le zeste d'orange (*place une orange, qui est posée sur une petite assiette, ainsi qu'un zesteur, devant la résidante*)

RÉSIDANTE : Comment on fait ?

ANIMATRICE : Alors il faut appuyer sur l'orange et tirer vers moi (*Prend dans une main la main de la résidante pour l'appuyer sur l'orange, positionne son autre main sur la main de la résidante qui détient le zesteur, tire le zesteur vers elle*)

La résidante répète le geste sur plusieurs fois, en disant que c'est dur. De fait, elle tire très fort sur le zesteur. « Mme Dacot a de la force ! » commente l'animatrice. Cette intervention, qui a suscité quelques rires, donne l'occasion d'un intermède. Mme Dacot nous raconte, à moi comme à l'animatrice, que son pouce coince un peu, depuis longtemps. Elle raconte : « Un beau matin, je me réveille et je dis à maman "Regarde, je peux pas appuyer sur mon doigt". J'avais le doigt qui coïnçait. Ma maman me dit [...]. Hier, avec mes sœurs, on a pris le train [...] ». L'histoire dure quelques minutes. À son terme, la résidante reprend son activité ; elle tire à grand bruit sur l'orange, ce qui provoque un choc (et un grand bruit) entre le zesteur et la petite assiette. Sur l'air de la plaisanterie, l'animatrice dit qu'il ne faudrait pas se blesser, et moi je renchéris : « Sinon, on va trouver aussi un petit peu de sang de Mme Dacot dans les sablés ! ». Nous rions de bon cœur. L'animatrice badine :

ANIMATRICE : On est pas pressé. Vous aimez l'orange ?

RÉSIDANTE : J'sais pas

ANIMATRICE : Le chocolat noir ?

RÉSIDANTE : Oui oui. Ma fille m'a téléphoné hier. Ma mère elle faisait de la pâtisserie. Je sais pas comment elle fait ma mère. Elle fait fondre le chocolat. Je sais pas

ANIMATRICE : C'est vous qui appreniez à vos enfants à faire de la pâtisserie ?

RÉSIDANTE : NON pas du tout. Ils doivent apprendre à faire des choses tout seuls

ANIMATRICE : Mais ils sont grands et autonomes maintenant, non ?

RÉSIDANTE : Oui oui<sup>67</sup>

25 L'activité d'animation est ajustée à la mesure des goûts particuliers de cette résidante. Il s'agit de fabriquer de la pâtisserie, soit un ensemble d'opérations ordinaires qu'elle ne peut manifestement plus faire d'elle-même, mais qu'elle a souvent réalisées dans le passé, quand elle vivait encore chez elle, et dont ses mains, encore habiles, ont gardé la mémoire. Dans tous les cas, manipuler une plaque de beurre évoque des souvenirs appartenant à un monde familier, dans lequel examiner la graduation indiquée à l'intérieur de l'emballage des plaques de beurre de 250 gr, destinées à l'usage domestique, avait la force d'une habitude.

26 L'animatrice interagit avec la résidante par le langage, en lui adressant moult consignes et explications, et en vocalisant l'une après l'autre les opérations à réaliser. Elle effectue également un travail corporel incessant, fait de gestes, de mimiques et de regards. Tout en parlant avec la résidante, elle est constamment affairée à lui

montrer ici la plaque de beurre, là le couteau, à désigner du doigt le bol sur la balance, ou encore à réarranger l'espace de travail. La résidante prend un plaisir certain à suivre la ligne de fuite des mouvements dessinés par l'animatrice, à se fier à ses indications ou à répondre à ses interpellations. De fait, non seulement la résidante s'attend à ce que l'animatrice guide son agir et le supervise, mais il s'agit d'un rôle qu'elle ne lui conteste jamais.

27 Chemin faisant, l'animatrice évalue la nature des capacités, mais aussi des hésitations dont la résidante fait preuve, en vue d'ajuster son propre travail d'accompagnement. Elle encadre aussi, sans la brusquer, ses divagations : à plusieurs reprises, la résidante fait en effet intervenir dans la conversation sa mère, son père, ses frères et ses sœurs, se comportant parfois, dans l'espace-temps que nous partageons avec elle, comme si elle-même était une fillette de 7 ans : « Maman m'a dit », répétera-t-elle ainsi de nombreuses fois durant l'activité.

28 À l'instar de ses difficultés à ouvrir le paquet de farine, à couper un morceau de beurre, à zester l'orange, de tels vacillements témoignent de la fragilité de la résidante. Elle n'en est pas moins présente dans l'interaction. Loin d'être passive, elle est pleinement engagée dans la situation et son agir contribue à son déroulement : si elle prend rarement l'initiative des différentes opérations qu'elle effectue, c'est bien la résidante qui confectionne les sablés, qui sont aussi une émanation de sa volonté. À ce titre, cette résidante n'est pas seulement un « cliente » qui aurait remis sa personne entre les mains d'une praticienne pour que celle-ci en prenne soin. Dans le système actantiel triangulaire qui se noue ici, la résidante, bien qu'elle ait confié sa personne à l'animatrice, endosse un statut de participant actif de la relation. Une telle reconfiguration de la relation de soin fait place à la personne âgée démente dans la mesure où, en se rapportant à elle en tant qu'elle est un sujet capable, la praticienne lui permet de co-produire le soin qui lui est destiné.

29 Alors qu'elle pâtisait, la résidante se glisse également, pour un moment, dans un rôle qui sinon aurait été occupé par le cuisinier de l'EMS. Plus encore, en confectionnant des sablés qui seront ensuite mangés le vendredi suivant par les résidents, elle occupe vis-à-vis d'eux la place de celle qui prodigue une aide et répond à un besoin. Autrement dit, elle occupe une place actancielle qui normalement serait occupée par le « praticien » au sein de l'institution. Ces rôles surnuméraires, celles de personne prodiguant des bienfaits et de pâtissière, lui offrent donc, pour un instant, la possibilité d'échapper à son statut de résidante à aider, omniprésent et omnipotent dans l'EMS. Quant à l'animatrice, « *faire avec* » cette résidante élargit considérablement la palette des rôles qu'elle peut occuper au sein de la relation d'aide. Son travail d'accompagnement lui fait en effet occuper tour à tour, parfois simultanément, un rôle de « superviseuse », de « mime », de « confidente », de « formatrice », etc.

## Le territoire moral du « *faire avec* »

30 Au sein de la MMA, le « *faire avec* » consiste à solliciter une capacité, considérant que la personne âgée atteinte de démence est un sujet capable. Envisagé comme la voie devant mener au « *faire sans* » le professionnel, qui reste l'horizon visé, ce « *faire avec* » est explicitement promu pour éviter de « *faire à la place de* », partant du principe que cette manière de se coordonner avec le résident revient à lui enlever sa capacité d'action. Mais ce « *faire avec* » en pensant en fonction d'une seconde polarité négative, le « *faire faire* », une manière de se coordonner avec autrui qui est tacitement proscrite. Examinons ces deux polarités négatives l'une après l'autre, afin de circonscrire, en creux, le territoire moral dans lequel se tient le « *faire avec* ».

31 À l'instar du « *faire avec* », le « *faire faire* » distribue la part prise à une action, de façon différente toutefois. Au sein du « *faire avec* », l'agir de l'aidé est soutenu par l'agir de l'aidant, et c'est en raison de cet accompagnement qui augmente son agir,

qu'il est possible de reconnaître dans l'aidé le sujet en propre d'une action volontaire qu'il ne saurait pourtant mener de lui-même. À l'inverse, le « *faire faire* » concourt à différencier et à hiérarchiser les deux agents : l'aidé est rétrogradé au rang d'agent auxiliaire, et son faire immédiat est subordonné au faire de l'aidant, l'agent principal de l'action sur lequel l'initiative est entièrement reportée<sup>68</sup>. Cette rétrogradation ne signifie pas la disparition de l'agentivité de l'aidé. Elle indique que son agir se déploie en « mode mineur »<sup>69</sup>, sous la responsabilité d'un aidant qui encadre une conduite désordonnée, qui ne saurait se coordonner d'elle-même. Le « *faire faire* » fait néanmoins surgir le risque de l'atteinte portée à l'autonomie, et laisse entrevoir que l'aidé pourrait être réduit à un « corps inerte »<sup>70</sup> que l'on manipule. C'est à ce titre que cette forme du « prendre soin » est difficilement concevable comme un faire qui pourvoit à l'extension de l'agir du résidant, du moins quand elle est mise en œuvre par un actant humain. En effet, les professionnels formés à la MMA semblent vivre dans la hantise que l'aide apportée par le praticien puisse non pas augmenter mais au contraire diminuer l'agentivité de la personne âgée. En revanche, il est à noter que les différents instruments ou objets techniques favorisant la mobilité, telle la canne, le déambulateur ou la chaise roulante, sont régulièrement présentés aux résidants comme étant des extensions de leur propre personne.

32 Ainsi, le « *faire faire* » est connoté négativement par la MMA parce qu'il semble annoncer l'absence d'agentivité. À l'inverse, si le « *faire avec* » est autant valorisé, c'est parce qu'il semble éviter un « *faire à la place de* » qui empêcherait à une autonomie de s'exprimer, à une agentivité de s'affirmer – ce qui suppose, notons-le, que cette agentivité existe à l'état de potentialité. Ainsi conçu, le « *faire à la place* » est pensé uniquement à l'horizon d'une négativité. Au sein de la MMA, il revient en effet à cantonner le résidant, en raison d'une incapacité présumée, à un état de passivité non voulu imposé par la situation, soit à un statut de non-sujet.

33 Or, il y a un « *faire à la place de* » qui ne revient pas à enlever (polarité négative), mais à donner quelque chose (polarité positive) : donner sa propre capacité d'action au résidant quand le résidant n'en a manifestement pas ou plus, ou encore exprime la volonté de se reposer, de se laisser faire ou qu'on fasse à sa place – « J'ai assez travaillé, je ne veux plus rien faire », est une plainte que nous avons souvent entendue dans la bouche des résidants. Et alors que le praticien donne quelque chose à un résidant qui ne peut plus ou ne veut plus faire seul, et que la personne âgée accepte qu'on fasse à sa place, veut être servie ou encore souhaite être aidée, la passivité, loin d'être l'envers négatif de l'agentivité, n'est que le second des deux pôles de l'action. Cet aspect est particulièrement visible dans le cas extrême de l'accompagnement de fin de vie, où le résidant se fie à une expérience d'arrière-plan qui s'est construite au fil des interactions quotidiennes entre soignants et soignés, des interactions passées qui se sont accumulées pour donner forme à une relation au sein de laquelle il est possible de s'abandonner en toute confiance. Ce « *faire à la place de* », quand il est connoté positivement, se formule sous la forme d'un « *faire pour* ». Ici, on quitte la sollicitation, qui a pour seul horizon la capacité, pour entrer dans la sollicitude, qui pense l'être humain à l'horizon de sa vulnérabilité. La sollicitation et la sollicitude sont deux registres qui se combinent dans le « prendre soin » de proximité qui vise l'autonomie<sup>71</sup>. Et de fait, le « *faire pour* », qui peut également se traduire sous la forme du service rendu, n'est en rien une privation, puisqu'il considère l'individu sous l'angle de ses incapacités.

34 Le « *faire pour* » est peu sinon pas du tout thématiqué par la MMA, qui retient de Maria Montessori ce précepte : « Chaque chose que vous faites à ma place est une chose que vous m'enlevez »<sup>72</sup>. Et de fait, pour la MMA, qui voit le résidant comme un être capable, le « prendre soin » se doit avant tout d'activer ses capacités. Sans doute parce que ce sont elles qui sont les plus directement confrontées aux résidants en ce qu'ils ont de plus fragile, au moment du lever, du coucher, et des toilettes par exemple, le « *faire pour* » est cependant évoqué et valorisé par les aides-soignantes, auxquelles il arrive que les porteurs de la MMA au sein des institutions reprochent un



excès de gestes compassionnels. Et à nouveau, si la compassion est dans certaines situations malvenue ou qu'on la signale comme indésirable, c'est parce qu'il semble qu'elle pourrait contrarier l'autonomisation du sujet.

## Conclusion

35 Les institutions de long séjour que nous avons étudiées se sont tournées vers la MMA parce que cette méthode d'intervention en psychogériatrie leur permet de redonner une place à l'agentivité des résidants, et d'ancrer dans l'organisation du travail une forme du « prendre soin » qui vise leur autonomisation. Cette réforme était nécessaire. Trop souvent, en effet, « prendre soin » passait par l'instauration d'une relation d'emprise qui posait question à la conception du « bon » soin portée par les soignants eux-mêmes, tant elle semblait attenter à l'intégrité des soignés :

« Mais par contre, dans les pratiques soignantes, quand j'ai commencé à travailler ici, disons, les soins, les infirmières, les aides, il y avait une sorte de, c'était un monde qui leur appartenait et le résidant leur appartenait ; elles décidaient ce qui était bon, ou pas, pour lui. Et ça, ça me questionnait beaucoup, quand j'ai démarré ici, il y a dix ans. Je me disais que ce n'était pas forcément possible de toujours continuer comme ça. Alors, je comprenais que ça venait de loin, hein. "On fait comme-ci, on fait comme ça, Madame, et c'est comme ça que c'est bien pour vous" et la personne s'exprimait, ou pas, enfin, assez vite, elle ne s'exprimait plus, d'ailleurs » (Entretien avec Rita, EMS La Plaisance, infirmière cheffe-adjointe)

36 Si la MMA permet aux résidants de redevenir des sujets de la relation d'aide, notamment en reconnaissant leur capacité à co-produire le soin, nous avons mis en lumière que le « *faire avec* », la forme du « prendre soin » qu'elle promeut, devait être interrogée. Par crainte d'oblitérer la personne derrière le masque de la maladie, la MMA tend à mettre l'incapacité des résidants hors du champ de vision des professionnels du soin. Or, le devenir autonome du sujet capable ne saurait se passer d'une pragmatique de la vulnérabilité, au sein de laquelle un agir en « mode mineur »<sup>73</sup> reste comptable comme un agir, et une incapacité reste une modalité possible d'être sujet. Car si le « *faire faire* » et le « *faire pour* » ne devaient plus trouver place au sein du « *prendre soin* » en psychogériatrie, si ces manières de se coordonner avec autrui devaient complètement s'effacer derrière le « *faire avec* », l'accompagnement des personnages âgés atteintes de démence courrait le risque de basculer dans la rudesse et l'indignité.

37 Mais si les institutions de long séjour devaient renoncer à faire se coexister la variété des formes du « prendre soin » que nous avons dégagées, elles en souffriraient elles aussi : leur capacité à intégrer les résidants dans les relations sociales qu'elles organisent serait amoindrie. À l'horizon de la relation d'aide, où les degrés de l'autonomie se distribuent entre la personne qui donne le soin et celle qui le reçoit, l'incapacité et l'agir en « mode mineur »<sup>74</sup> ne sauraient être les propriétés du seul résidant. En effet, quand Mme Violette<sup>75</sup> arrose toutes les semaines les plantes de l'EMS La Plaisance, tenant sans faillir les engagements qu'elle a choisi de contracter, elle le « *fait pour* » pour la gestionnaire en intendance qui a sollicité son aide. Ne pas reconnaître ce « *faire pour* », ce serait manquer de voir que la relation d'aide peut se transformer en relation de réciprocité, et que la valeur du service rendu, pour Mme Violette, tient surtout au fait qu'il lui permet de tisser une relation privilégiée, proche de l'affinité élective, avec la gestionnaire en intendance qui l'accompagne. Or, c'est bien quand aide et réciprocité trouvent à s'imbriquer que la relation d'aide « peut accomplir [sa] fonction d'initiation de relations durables »<sup>76</sup>.

## Bibliographie

- ASTIER Isabelle, « Les transformations de la relation d'aide dans l'intervention sociale », *Informations sociales*, n° 152/2, 2009, p. 52-58.  
DOI : 10.3917/inso.152.0052
- BOLTANSKI Luc, DARRÉ Yann et SCHILTZ Marie-Ange, « La dénonciation », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 51, 1984, p. 3-40.
- BREVIGLIERI Marc et STAVO-DEBAUGE Joan, « Sous les conventions. Accompagnement social à l'insertion : entre sollicitude et sollicitation », in EYMARD-DUVERNAY François (dir.), *L'économie des conventions. Méthodes et résultats*, t. 2, Paris, La Découverte, 2006, p. 129-144.
- BREVIGLIERI Marc, « L'espace habité que réclame l'assurance intime de pouvoir. Un essai d'approfondissement sociologique de l'anthropologie capacitaire de Paul Ricœur », *Etudes Ricœuriennes / Ricœur Studies*, n° 1/3, 2012, p. 34-52.
- BREVIGLIERI Marc, « L'individu, le proche et l'institution. Travail social et politique de l'autonomie », *Informations sociales*, n° 145/1, 2008, p. 92-101.
- CAMP Cameron, « Origins of Montessori Programming for Dementia », *Non-Pharmacological Therapies in Dementia*, n° 2/1, 2010, p. 163-174.
- CHANIAL Philippe (dir.), *La société vue du don. Manuel de sociologie anti-utilitariste appliquée*, Paris, La Découverte, 2008.
- COLLOPY Bart J., « Power, Paternalism, and the Ambiguities of Autonomy », in GAMROTH Lucia M., SEMRADEK Joyce et TORNUST Elizabeth M. (dir.), *Enhancing Autonomy in Long-Term Care. Concepts and Strategies*, New York, Springer Publishing Company, 1995, p. 3-14.
- DESCOMBES Vincent, *Le complément du sujet. Enquête sur le fait d'agir de soi-même*, Paris, Gallimard, 2004.
- DODIER Nicolas, « Les appuis conventionnels de l'action. Éléments de pragmatique sociologique », *Réseaux*, n° 62/11, 1993, p. 63-85.  
DOI : 10.3406/reso.1993.2574
- DWORKIN Ronald, « Life Past Reason », in *Life's Dominion. An Argument about Abortion, Euthanasia, and Individual Freedom*, New York, Alfred A. Knopf, 1993, p. 218-241.
- FINE Michael et GLENDINNING Caroline (2005), « Dependence, Independence or Inter-Dependence ? Revisiting the Concept of "Care" and "Dependency" », *Ageing & Society*, n° 4/25, 2005, p. 601-621.
- GARDELLA Edouard, « Sociologie de la réflexivité dans la relation d'assistance. Le cas de l'urgence sociale », *Sociologie du Travail* [En ligne], n° 3/59 | 2017, mis en ligne le 2 août 2017, consulté le 27 janvier 2020. DOI : 10.4000/sdt.853.  
DOI : 10.4000/sdt.853
- GARRAU Marie et LE GOFF Alice, *Care, justice et dépendance. Introduction aux théories du Care*, Paris, PUF, 2010.
- GARRAU Marie, *Politiques de la vulnérabilité*, Paris, CNRS Editions, 2018.
- GENARD Jean-Louis et CANTELLI Fabrizio, « Êtres capables et compétents : Lectures anthropologiques et pistes pragmatiques », *Sociologies* [En ligne], 2008, mis en ligne le 27 avril 2008, consulté le 23 janvier 2020. URL : <http://journals.openedition.org/sociologies/1943>.
- GENARD Jean-Louis, *La grammaire de la responsabilité*, Paris, Les Editions du Cerf, 1999.
- GOFFMAN Erving, *Asiles. Etudes sur la condition sociale des malades mentaux*, Paris, Minuit, 1968. (1<sup>ère</sup> édition en anglais 1961).
- GOFFMAN Erving, *Stigmaté. Les usages sociaux des handicaps*, Paris, Minuit, 1975. (1<sup>ère</sup> édition en anglais en 1963).
- GOODWIN Charles, « Professional Vision », *American Anthropologist*, n° 3/96, 1994, p. 606-633.  
DOI : 10.1525/aa.1994.96.3.02a00100
- GZIL Fabrice, RIGAUD Anne-Sophie et LATOUR Florence, « Démence, autonomie et compétence », *Ethique publique* [En ligne], X-2 | 2008, mis en ligne le 07 janvier 2015, consulté le 24 janvier 2010. DOI : 10.4000/ethiquepublique.1453.  
DOI : 10.4000/ethiquepublique.1453
- HENNION Antoine, VIDAL-NAQUET Pierre A., « Enfermer Maman ! » Épreuves et arrangements : le care comme éthique de situation », *Sciences sociales et santé*, n° 3/33, 2015, p. 65-90.  
DOI : 10.3917/sss.333.0065

- HUGHES Everett C., *Le regard sociologique. Essais choisis*, Paris, Éditions de l'EHESS, 1996.
- JAWORSKA Agnieszka, « Respecting the Margins of Agency : Alzheimer's Patients and the Capacity to Value », *Philosophy and Public Affairs*, n° 2/28, 1999, p. 105-138.  
DOI : 10.1111/j.1088-4963.1999.00105.x
- JOUAN Marlène et LAUGIER Sandra (dir.), *Comment penser l'autonomie ? Entre compétences et dépendances*, Paris, PUF, 2009.
- KITTAY Eva F., *Love's Labor. Essays on Women, Equality, and Dependency*, New York, London, Routledge, 1999.
- LAMBELET Alexandre, PICHONNAZ David et HUGENTOBLE Valérie, « Les territoires de l'animation en établissements pour personnes âgées : concilier contraintes organisationnelles et souci de la qualité de vie des résident-e-s », *Lien social et Politiques*, [En ligne], 79, p. 93-112 | 2017, consulté le 29 janvier 2020. DOI : <https://doi.org/10.7202/1041734ar>.  
DOI : 10.7202/1041734ar
- LOFFIEIR Iris, *Panser des jambes de bois ? La vieillesse, catégorie d'existence et de travail en maison de retraite*, Paris, PUF, 2015.
- MACKENZIE Catriona et STOLJAR Natalie (dir.), *Relational Autonomy. Feminist Perspectives on Autonomy, Agency, and the Social Self*, New York, London, Oxford University Press, 2000.
- MALBOIS Fabienne, « De la performance à la reconnaissance. Les théories dramaturgiques du genre déplacées par une figure publique », *Communication* [En ligne], n° 1/35 | 2018, mis en ligne le 28 février 2018, consulté le 29 janvier 2020. DOI : 10.4000/communication.7595.  
DOI : 10.4000/communication.7595
- MALLON Isabelle, « Le "travail de vieillissement" en maison de retraite », *Retraite et société*, n° 52/3, 2007, p. 39-61.
- MOLINIER Pascale, LAUGIER Sandra et Patricia PAPERMAN, (dir.), *Qu'est-ce que le care ? Souci des autres, sensibilité, responsabilité*, Paris, Petite bibliothèque Payot, 2009.
- MOLINIER Pascale, *Le travail du care*, Paris, La Dispute, 2013.
- MONTESSORI Maria, *Les étapes de l'éducation*, Paris, Desclée de Brouwer, 2007.
- PAPERMAN Patricia et LAUGIER Sandra (dir.), *Le souci des autres. Ethique et politique du care*, Paris, EHESS, « Raisons Pratiques », 2005.
- PAPERMAN Patricia, « Pour un monde sans pitié », *Revue du MAUSS*, n° 32/2, 2008.  
DOI : 10.3917/rdm.032.0267
- PAUL Maela, « L'accompagnement comme posture professionnelle spécifique. L'exemple de l'éducation thérapeutique du patient », *Recherche en soins infirmiers*, 2012, n° 110/3, 2012, p. 13-20.
- PIETTE Albert, « L'action en mode mineur : une compétence impensée », in BREVIGLIERI Marc, LAFAYE Claudette et TROM Danny (dir.), *Compétences critiques et sens de la justice*, Paris, Economica, 2009, p. 251-260.
- PREFOL Anne-Claire, « La méthode Montessori adaptée aux personnes âgées », consulté le 24 janvier 2020. URL : <https://hizy.org/fr/etablissements/senior/la-methode-montessori-adaptee-aux-personnes-agees>
- REINACH Adolf, *Les fondements a priori du droit civil*, Paris, Vrin, 2004 (1<sup>ère</sup> édition en allemand 1913).
- RICŒUR Paul, « Autonomie et vulnérabilité », in GARAPON Antoine et SALAS Denis (dir.), *La justice et le mal*, Paris, Odile Jacob, 1997.
- RICŒUR Paul, « Qui est le sujet du droit ? », in *Le Juste*, vol. 1, 1995, Paris, Esprit, p. 29-40.
- RICŒUR Paul, *Parcours de la reconnaissance. Trois études*, Paris, Gallimard, 2009.
- RIGAUX Natalie, « Autonomie et démence I : Pour une conception de l'autonomie "dementia-friendly" », *Psychologie et neuropsychiatrie du vieillissement*, n° 1/9, 200, 2011, p. 107-115.
- TRONTO Joan C., *Moral Boundaries. A Political Argument for an Ethic of Care*, New York, London, Routledge, 1993.

---

## Notes

1 Nous remercions Marc Breviglieri et Laurence Kaufmann ainsi que les relecteurs anonymes de la revue pour leurs commentaires sur la première version de l'article.

2 Syndrome qui regroupe un ensemble de troubles neuro-cognitifs spécifiques et de symptômes corrélés, la démence est la conséquence d'un ensemble divers de maladies, dont les maladies neurodégénératives et les maladies vasculaires. Au début des années 1990, le

paradigme biomédical à partir duquel la démence était communément appréhendée jusqu'alors commence à être fortement remis en cause par des approches qui dénoncent les effets pervers de ce modèle (l'infantilisation, la stigmatisation et l'essentialisation en particulier) et remettent les personnes et l'environnement social dans lequel elles évoluent au centre des débats. S'ouvrant aux sciences sociales, la recherche, dans la foulée notamment des premiers travaux de Tom Kitwood et de Steven Sabat, s'enrichit considérablement, contribuant à améliorer les pratiques de soin et d'accompagnement et à restaurer le statut de sujet des malades. C'est dans ce sens renouvelé que nous utilisons le terme de démence, une notion que privilégie encore aujourd'hui la littérature anglo-saxonne spécialisée, y compris celle qui a produit la critique la plus incisive du modèle biomédical. Le terme de démence étant également présent dans les publications d'organismes internationaux tels qu'Alzheimer Europe, ou encore, en Suisse, dans le texte en français de la « stratégie nationale en matière de démence » menée entre 2014 et 2019 par l'Office fédéral de la santé publique, son usage nous permet de nous situer à la croisée entre recherche et action publique et d'entrer en dialogue avec les travaux de langue anglaise.

3 Pour une synthèse des débats en français, voir PAPERMAN Patricia et LAUGIER Sandra (dir.), *Le souci des autres. Ethique et politique du care*, Paris, EHESS, « Raisons Pratiques », 2005 ; MOLINIER Pascale, LAUGIER Sandra et Patricia PAPERMAN, (dir.), *Qu'est-ce que le care ? Souci des autres, sensibilité, responsabilité*, Paris, Petite bibliothèque Payot, 2009 ; GARRAU Marie et LE GOFF Alice, *Care, justice et dépendance. Introduction aux théories du Care*, Paris, PUF, 2010.

4 JOUAN Marlène et LAUGIER Sandra (dir.), *Comment penser l'autonomie ? Entre compétences et dépendances*, Paris, PUF, 2009.

5 GARRAU Marie, *Politiques de la vulnérabilité*, Paris, CNRS Editions, 2018.

6 L'autonomie-pouvoir (ou autonomie-capacité) s'oppose à l'autonomie-devoir, qui qualifie l'autonomie du comportement de quelqu'un qui « s'ajuste aux exigences normatives que l'on attend de lui ». Voir GENARD Jean-Louis et CANTELLI Fabrizio, « Etre capable et compétent : Lectures anthropologiques et pistes pragmatiques », *Sociologies* [En ligne], 2008, mis en ligne le 27 avril 2008, consulté le 23 janvier 2020. URL : <http://journals.openedition.org/sociologies/1943>.

7 JOUAN Marlène et LAUGIER Sandra (dir.), *Comment penser l'autonomie ?*, op. cit.

8 RICCEUR Paul, « Autonomie et vulnérabilité », in GARAPON Antoine et SALAS Denis (dir.), *La justice et le mal*, Paris, Odile Jacob, 1997, p. 166.

9 MACKENZIE Catriona et STOLJAR Natalie (dir.), *Relational Autonomy. Feminist Perspectives on Autonomy, Agency, and the Social Self*, New York, London, Oxford University Press, 2000.

10 MOLINIER Pascale, *Le travail du care*, Paris, La Dispute, 2013.

11 Sur la distinction entre autonomie fonctionnelle et décisionnelle, voir COLLOPY Bart J., « Power, Paternalism, and the Ambiguities of Autonomy », in GAMROTH Lucia M., SEMRADEK Joyce et TORNQUIST Elizabeth M. (dir.), *Enhancing Autonomy in Long-Term Care. Concepts and Strategies*, New York, Springer Publishing Company, 1995, p. 3-14.

12 Les « intérêts critiques » s'opposent, chez R. Dworkin, aux « intérêts immédiats » (*experiential interests*) que l'on tire des activités que nous aimons faire (regarder un match de football à la télévision, cuisiner, aller au cinéma, par exemple). DWORKIN Ronald, « Life Past Reason », in *Life's Dominion. An Argument about Abortion, Euthanasia, and Individual Freedom*, New York, Alfred A. Knopf, 1993, p. 218-241.

13 Dans cette conception, quand la capacité à avoir des « intérêts critique » fait défaut, respecter les souhaits des personnes âgées atteintes de démence pourrait revenir à ne pas respecter leur autonomie.

14 JAWORSKA Agnieszka, « Respecting the Margins of Agency : Alzheimer's Patients and the Capacity to Value », *Philosophy and Public Affairs*, n° 2/28, 1999, p. 105-138. Le raisonnement d'A. Jaworska, qui s'appuie sur la distinction entre valeur et désir, permet d'établir que respecter un changement radical dans les habitudes et les préférences des personnes âgées atteintes de démence peut revenir à respecter leur autonomie.

15 GZIL Fabrice, RIGAUD Anne-Sophie et LATOUR Florence, « Démence, autonomie et compétence », *Ethique publique* [En ligne], X-2 | 2008, mis en ligne le 07 janvier 2015, consulté le 24 janvier 2010. DOI : 10.4000/ethiquepublique.1453.

16 HENNION Antoine, VIDAL-NAQUET Pierre A., « Enfermer Maman ! » Épreuves et arrangements : le care comme éthique de situation », *Sciences sociales et santé*, n° 3/33, 2015, p. 65-90.

17 GZIL Fabrice, RIGAUD Anne-Sophie et LATOUR Florence, « Démence, autonomie et compétence », Art. cit.

18 KITTAY Eva F., *Love's Labor. Essays on Women, Equality, and Dependency*, New York, London, Routledge, 1999.

19 FINE Michael et GLENDINNING Caroline (2005), « Dependence, Independence or Inter-Dependence ? Revisiting the Concept of “Care” and “Dependency”, *Ageing & Society*, n° 4/25, 2005, p. 601-621.

RIGAUX Natalie, « Autonomie et démence I : Pour une conception de l'autonomie “dementia-friendly” », *Psychologie et neuropsychiatrie du vieillissement*, n° 1/9, 200, 2011, p. 107-115.

20 Comme cela se précisera tout au long du texte, les notions d'aidant et d'aidé sont à concevoir moins comme des catégories de personnes que comme les deux positions qu'institue une relation d'aide. C'ainsi que les personnes âgées atteintes de démence seront décrites, dans la conclusion, comme des membres potentiels de la catégorie « aidant ».

21 Cette recherche, intitulée « L'approche Montessori appliquée à l'accompagnement des personnes âgées en EMS : vers un changement des pratiques professionnelles ? », a été financée par le programme prioritaire de la HES-SO, domaine Travail social.

22 Le matériau empirique comprend un ensemble d'observations issue d'une immersion de trois semaines dans chaque établissement et 41 entretiens menés avec des professionnels des différents secteurs.

23 AG&D, consulté le 24 janvier 2020. URL : <https://www.ag-d.fr>.

24 GENARD Jean-Louis et CANTELLI Fabrizio, « Êtres capables et compétents : Lectures anthropologiques et pistes pragmatiques », Art. cit.

25 CAMP Cameron, « Origins of Montessori Programming for Dementia », *Non-Pharmacological Therapies in Dementia*, n° 2/1, 2010, p. 163-174.

26 MONTESSORI Maria, *Les étapes de l'éducation*, Paris, Desclée de Brouwer, 2007, p. 71.

27 AG&D, « Montessori : Un autre regard pour une autre rencontre avec les personnes présentant des troubles cognitifs », consulté le 24 janvier 2020. URL : [http://www.anim.ch/pxo305/pxo\\_content/medias/presentation\\_montessori.pdf](http://www.anim.ch/pxo305/pxo_content/medias/presentation_montessori.pdf).

28 MONTESSORI Maria, *Les étapes de l'éducation*, op. cit., p. 70.

29 AG&D, consulté le 24 janvier 2020. URL : <https://www.ag-d.fr>.

30 DODIER Nicolas, « Les appuis conventionnels de l'action. Éléments de pragmatique sociologique », *Réseaux*, n° 62/11, 1993, p. 63-85.

31 DESCOMBES Vincent, *Le complément du sujet. Enquête sur le fait d'agir de soi-même*, Paris, Gallimard, 2004.

32 GOFFMAN Erving, *Asiles. Études sur la condition sociale des malades mentaux*, Paris, Minuit, 1968.

33 MALLON Isabelle, « Le “travail de vieillissement” en maison de retraite », *Retraite et société*, n° 52/3, 2007, p. 39-61.

34 MALLON Isabelle, « Le “travail de vieillissement” en maison de retraite », Art. cit., p. 48.

35 LOFFEIER Iris, *Panser des jambes de bois ? La vieillesse, catégorie d'existence et de travail en maison de retraite*, Paris, PUF, 2015, p. 37.

36 LAMBELET Alexandre, PICHONNAZ David et HUGENTOBLER Valérie, « Les territoires de l'animation en établissements pour personnes âgées : concilier contraintes organisationnelles et souci de la qualité de vie des résident-e-s », *Lien social et Politiques*, [En ligne], 79, p. 93-112 | 2017, consulté le 29 janvier 2020. DOI : <https://doi.org/10.7202/1041734ar>.

37 GOFFMAN Erving, *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*, Paris, Minuit, 1975, p. 36.

38 HUGHES Everett C., *Le regard sociologique. Essais choisis*, Paris, Éditions de l'EHESS, 1996.

39 GOODWIN Charles, « Professional Vision », *American Anthropologist*, n° 3/96, 1994, p. 606-633.

40 TRONTO Joan C., *Moral Boundaries. A Political Argument for an Ethic of Care*, New York, London, Routledge, 1993.

41 PAPERMAN Patricia, « Pour un monde sans pitié », *Revue du MAUSS*, n° 32/2, 2008, p. 279.

42 BOLTANSKI Luc, DARRÉ Yann et SCHILTZ Marie-Ange, « La dénonciation », Actes de la recherche en sciences sociales, n° 51, 1984, p. 3-40.

43 GARDELLA Edouard, « Sociologie de la réflexivité dans la relation d'assistance. Le cas de l'urgence sociale », *Sociologie du Travail* [En ligne], n° 3/59 | 2017, mis en ligne le 2 août 2017, consulté le 27 janvier 2020. DOI : 10.4000/sdt.853.

44 RICCEUR Paul, *Parcours de la reconnaissance. Trois études*, Paris, Gallimard, 2009, p. 350-377.

45 Sur l'intérêt de ces trois catégories pour rendre compte de l'organisation séquentielle de l'action au-delà de la temporalité interne à la situation, voir MALBOIS Fabienne, « De la



performance à la reconnaissance. Les théories dramaturgiques du genre déplacées par une figure publique », *Communication* [En ligne], n° 1/35 | 2018, mis en ligne le 28 février 2018, consulté le 29 janvier 2020. DOI : 10.4000/communication.7595.

46 GARDELLA Edouard, « Sociologie de la réflexivité dans la relation d'assistance », Art. cit.

47 BREVIGLIERI Marc, « L'individu, le proche et l'institution. Travail social et politique de l'autonomie », *Informations sociales*, n° 145/1, 2008, p. 92-101.

48 Une certaine forme de symétrisation de la relation entre soignant et soigné a été pensée par Tronto, à travers la qualité morale de la « réceptivité » (*responsiveness*) dont la personne qui donne le soin doit savoir preuve. Néanmoins, cette qualité morale n'est jamais que l'intégration, dans la définition préalable du soin, de la réception du soin et ne permet pas d'inclure la réaction concrète des soignés.

49 ASTIER Isabelle, « Les transformations de la relation d'aide dans l'intervention sociale », *Informations sociales*, n° 152/2, 2009, p. 52-58 ; PAUL Maela, « L'accompagnement comme posture professionnelle spécifique. L'exemple de l'éducation thérapeutique du patient », *Recherche en soins infirmiers*, 2012, n° 110/3, 2012, p. 13-20.

50 PAUL Maela, « L'accompagnement comme posture professionnelle spécifique », Art. cit., p. 12.

51 BOLTANSKI Luc, DARRÉ Yann et SCHILTZ Marie-Ange, « La dénonciation », Art. cit.

52 GOFFMAN Erving, *Asiles*, op. cit.

53 GOFFMAN Erving, *Asiles*, op. cit., p. 380.

54 GOFFMAN Erving, *Asiles*, op. cit., p. 378.

55 BOLTANSKI Luc, DARRÉ Yann et SCHILTZ Marie-Ange, « La dénonciation », Art. cit.

56 Celle-ci se complète bien sûr très souvent par une quatrième place, qui est occupée par les membres de la famille des résidants et plus généralement leurs proches. Ce n'était pas l'objectif de notre étude, mais il serait intéressant de se pencher plus attentivement sur ce que la mise en œuvre de la « Méthode Montessori adaptée » en EMS fait à cette quatrième place.

57 La notion de réparation est peu adaptée à des personnes âgées atteintes de démence, encore moins quand les professionnels sont envisagés comme des accompagnants.

58 RICŒUR Paul, « Qui est le sujet du droit ? », in *Le Juste*, vol. 1, 1995, Paris, Esprit, p. 29-40.

59 REINACH Adolf, *Les fondements a priori du droit civil*, Paris, Vrin, 2004.

60 Pour une sociologie des publics parmi les plus fragiles du travail social et de soin, pour lesquels l'assise que procure un rapport allant de soi et familier au monde fait défaut, voir BREVIGLIERI Marc, « L'espace habité que réclame l'assurance intime de pouvoir. Un essai d'approfondissement sociologique de l'anthropologie capacitaire de Paul Ricœur », *Etudes Ricœuriennes / Ricœur Studies*, n° 1/3, 2012, p. 34-52.

61 AG&D, op. cit.

62 ERKÈS Jérôme, formateur AG&D, in PREFOL Anne-Claire, « La méthode Montessori adaptée aux personnes âgées », consulté le 24 janvier 2020. URL : <https://hizy.org/fr/etablisements/senior/la-methode-montessori-adaptee-aux-personnes-agees>

63 PREFOL Anne-Claire, « La méthode Montessori adaptée aux personnes âgées », Art. cit.

64 GENARD Jean-Louis, *La grammaire de la responsabilité*, Paris, Les Editions du Cerf, 1999.

65 AG&D, « Montessori : Un autre regard pour une autre rencontre avec les personnes présentant des troubles cognitifs », op. cit.

66 Nom d'emprunt.

67 Notes de terrain retravaillées, 1er octobre 2018 au matin, EMS La Pomme.

68 Le « faire faire » est un phénomène de « diathèse causative », une opération qui permet de penser « les degrés de l'agir », soit la distribution graduelle de l'agir entre deux ou plusieurs agents, « sans s'enfermer dans le schéma uniforme du sujet et de l'objet ». Voir DESCOMBES Vincent, *Le complément du sujet*, op. cit., p. 92.

69 PIETTE Albert, « L'action en mode mineur : une compétence impensée », in BREVIGLIERI Marc, LAFAYE Claudette et TROM Danny (dir.), *Compétences critiques et sens de la justice*, Paris, Economica, 2009, p. 251-260.

70 DESCOMBES Vincent, *Le complément du sujet*, op. cit.

71 BREVIGLIERI Marc et STAVO-DEBAUGE Joan, « Sous les conventions. Accompagnement social à l'insertion : entre sollicitude et sollicitation », in EYMARD-DUVERNAY François (dir.), *L'économie des conventions. Méthodes et résultats*, t. 2, Paris, La Découverte, 2006, p. 129-144.

72 AG&D, « Montessori : Un autre regard pour une autre rencontre avec les personnes

présentant des troubles cognitifs », *op. cit.*

73 PIETTE Albert, « L'action en mode mineur : une compétence impensée », *op. cit.*

74 PIETTE Albert, « L'action en mode mineur : une compétence impensée », *op. cit.*

75 Nom d'emprunt.

76 CHANIAL Philippe (dir.), *La société vue du don. Manuel de sociologie anti-utilitariste appliquée*, Paris, La Découverte, 2008, p. 27.

---

## Pour citer cet article

### Référence électronique

Fabienne Malbois, Anne Jetzer et Alexandre Lambelet, « Quand la personne âgée atteinte de démence est un être capable », *Terrains/Théories* [En ligne], 13 | 2021, mis en ligne le 08 juillet 2021, consulté le 09 juillet 2021. URL : <http://journals.openedition.org/teth/3639>

---

## Auteurs

### Fabienne Malbois

Haute école spécialisée de Suisse occidentale (HES-SO), Haute école de travail social et de la santé Lausanne (HETSL), Réseau de compétence « Age, vieillissements et fin de vie » (AVIF), Lausanne, Suisse. [fmalbois@gmail.com](mailto:fmalbois@gmail.com)

Fabienne Malbois est chargée de recherche en sociologie à la Haute école de travail social et de la santé Lausanne (HETSL | HES-SO) et chercheuse senior FNS à l'Université de Lausanne. Ancrés dans les sociologies de l'action, ses travaux s'inscrivent dans les domaines de la sociologie du genre, de la communication et des technologies numériques, et, plus récemment, du vieillissement. Elle a notamment publié *Déplier le genre* (Seismo, 2011), *Langage, activités et ordre social* (avec A. Bovet et E. González-Martinez, Peter Lang, 2014) et *Methodological and Ontological Principles of Observation and Analysis* (avec F. Cooren, Routledge, 2019).

### Anne Jetzer

Haute école spécialisée de Suisse occidentale (HES-SO), Haute école de travail social et de la santé Lausanne (HETSL), Réseau de compétence « Age, vieillissements et fin de vie » (AVIF), Lausanne, Suisse. [anne.jetzer@hetsl.ch](mailto:anne.jetzer@hetsl.ch)

Anne Jetzer est maître d'enseignement à la Haute école de travail social et de la santé Lausanne (HETSL | HES-SO). Elle développe depuis quelques années un axe de recherche déclinant la question de l'animation socioculturelle auprès du public des personnes âgées fragilisées par la maladie d'Alzheimer et troubles apparentés. Parmi ses travaux les plus récents : « Innover dans les Etablissements médico-sociaux. L'accompagnement des personnes âgées atteintes de démence mise en forme par la » Méthode Montessori adaptée » (avec A. Lambelet et Malbois F.), In *Innovation et interventions sociales : impacts, méthodes et mises en œuvre dans les domaines de la santé et de l'action sociale* (à paraître en 2021, Seismo).

### Alexandre Lambelet

Haute école spécialisée de Suisse occidentale (HES-SO), Haute école de travail social et de la santé Lausanne (HETSL), Réseau de compétence « Age, vieillissements et fin de vie » (AVIF), Lausanne, Suisse. [alexandre.lambelet@hetsl.ch](mailto:alexandre.lambelet@hetsl.ch)

Alexandre Lambelet est professeur associé à la Haute école de travail social et de la santé Lausanne (HETSL | HES-SO). Dans le domaine du vieillissement, et dans une perspective croisant sociologie de l'action collective et sociologie des organisations, ses recherches portent d'une part sur la participation sociale et politique des personnes âgées et d'autre part sur les formes d'accompagnement offertes à ces populations, en particulier en institutions. Il a récemment publié (avec D. Pichonnaz et V. Hugentobler), « Désaccords en établissements pour personnes âgées. Analyser les concurrences entre métiers aux contours flous », *Revue suisse de sociologie*, 46, 1, 2020.

---

## Droits d'auteur



Les contenus de Terrains/Théories sont mis à disposition selon les termes de la Licence Creative Commons Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification 4.0 International.