

Entrer et résider en maison de retraite: des relations de pouvoir autour du corps

Enguerran Macia, Nicole Chapuis-Lucciani, Dominique Chevé, Gilles Boëtsch

DANS **REVUE FRANÇAISE DES AFFAIRES SOCIALES 2008/1**, PAGES 191 À 204
ÉDITIONS **DREES MINISTÈRE DE LA SANTÉ**

ISSN 0035-2985

DOI 10.3917/rfas.o81.o191

Date de mise en ligne : 01/01/2010

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://shs.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2008-1-page-191?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour DREES Ministère de la santé.

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur cairn.info/copyright.

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

Entrer et résider en maison de retraite : des relations de pouvoir autour du corps

Enguerran Macia, Nicole Chapuis-Lucciani,
Dominique Cheve et Gilles Boetsch*

Dans les sociétés occidentales, le vieillissement marque la réduction progressive de l'individu à son corps, un corps qui lâche, qui rompt, et finira par provoquer une cassure ontologique irréversible. Vision dualiste encore dominante dans le champ de la gérontologie sociale « du corps », la théorie du « *Mask of Aging* » (Featherstone et Hepworth, 1991) postule que le Soi – qui serait « sans âge » – deviendrait prisonnier, dans la vieillesse, d'un corps qui se dégrade tant fonctionnellement qu'esthétiquement. Ainsi, le corps – pourtant facteur d'individuation (Durkheim, 1912), symbole de l'identité (de Singly, 2005) et témoin de normalité (Kaufmann, 2005) – ne serait plus l'élément central du Soi chez les personnes âgées. Erreur nous semble-t-il et nous avons déjà émis les critiques de cette théorie (Macia et Chapuis-Lucciani, sous presse) en montrant¹ que si le Soi peut en effet paraître « sans âge » dans les discours (e.g. Hurd Clarke, 2002), il ne peut être désincarné car le corps est au cœur de l'interaction sociale et autrui constitue le médiateur indispensable entre soi et soi-même (Sartre, 1943). En Suède par exemple, Öberg et Tornstam (1999) ont montré, sur un échantillon représentatif de la population, que 90 % des femmes âgées de 75 à 85 ans estiment que leur corps « représente réellement qui elles sont », même si ce corps âgé déroge aux valeurs centrales des sociétés occidentales que sont la jeunesse et la performance. Ainsi, plus que de subir passivement le déclin inexorable du corps, la personne âgée compose avec, en modifiant et adaptant sans cesse son identité aux transformations physiologiques dues au processus de sénescence.

Cependant, en maison de retraite, en particulier dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), la situation peut paraître différente. Ici, la personne âgée semble souvent n'être plus qu'un corps. Car tout – ou presque – paraît tourner autour du corps qui décline, de ses besoins, de ses capacités, de sa sécurité. Il est source de tous les maux mais aussi de toutes les attentions, voire de toutes les intentions. Lavés, levés, habillés, déshabillés, nourris, parfois « posés » au salon avant d'être couchés, ces corps retirés de la société, corps à part s'il en est, semblent occuper le cœur de l'institution.

* UMR 6578 (CNRS/Université de la Méditerranée) faculté de médecine de La Timone.

1. Au cours d'une enquête quantitative portant sur 400 personnes âgées dans laquelle nous avons notamment montré que l'attention portée à l'esthétique du corps est associée à l'estime de soi chez les femmes âgées.

Nul besoin de fournir une énième lecture de la maison de retraite comme *institution totale* (Goffman, 1968) ou d'établir encore une fois le parallèle avec l'institution carcérale. Institution aliénante aux espaces privés réduits, à la structuration temporelle contraignante, la maison de retraite est parfois – malgré elle – source de mal-être pour les résidents (Piquemal-Vieu, 1999 ; Macia *et al.*, 2007). Par exemple, dans notre enquête (*cf.* encadré) – dont seuls les résultats qualitatifs portant sur les relations de pouvoir en maison de retraite seront détaillés dans cet article –, la moyenne d'estime de soi des personnes âgées institutionnalisées (N = 71) était de $59,4 \pm 12,9$ alors que celle des personnes vivant à domicile (N = 329) était de $72,4 \pm 11,8$ ($t = 8,24$, $p < 0,001$)¹. Attribuer cette différence d'estime de soi au seul impact de l'institution sur les résidents serait bien entendu erroné puisque la dégradation de l'état de santé et la réduction du réseau social influent à la fois sur l'entrée en institution (e.g. Désesquelles et Brouard, 2003) et sur la baisse d'estime de soi dans la vieillesse (e.g. Mancini et Bonanno, 2006). Pour autant, plusieurs études indiquent que, « toutes choses égales par ailleurs »², les personnes vivant en institution auraient de moins bons scores d'estime de soi que celles vivant à domicile (e.g. Shu *et al.*, 2003 ; Zarit et Whitlatch, 1992).

Si l'institution influe vraisemblablement sur le bien-être des résidents, l'objectif de cet article n'est cependant pas de mettre en exergue l'exercice d'un pouvoir sans partage. Au contraire, nous monterons ici comment les résidents peuvent entrer dans des jeux de pouvoir subtils qui, par définition même, ne se limitent pas à l'expression d'une domination. Pour cela, nous utiliserons une définition foucauldienne du pouvoir, c'est-à-dire un pouvoir qui met en jeu des relations entre individus (ou entre groupes), qui n'existe qu'en acte, et dont l'exercice consiste à *conduire des conduites*³ (Foucault, 1982). Pour l'auteur, la liberté est la *condition d'existence* du pouvoir, à la fois son préalable (puisque sans liberté, le pouvoir ne peut s'exercer) et son support permanent (puisque si elle se dérobaient entièrement à l'exercice du pouvoir, alors, celui-ci disparaîtrait).

Dans un premier temps, nous focaliserons notre attention sur les relations de pouvoir aboutissant à l'entrée des personnes âgées en maison de retraite ; puis ensuite, sur celles qui s'instaurent au sein même de l'institution. Quels sont les acteurs de l'entrée en institution ? Comment la personne âgée compose-t-elle avec le sentiment premier d'avoir été « placée » ? Quelles relations de pouvoir s'établissent ensuite au sein de l'établissement ? Quels mécanismes de résistance peut-on observer ? Nous tenterons de répondre à ces questions à travers le prisme du corps, observable à la fois comme support des relations de pouvoir et moyen de résistance.

1. L'estime de soi a été évaluée par l'échelle toulousaine d'estime de soi pour personnes âgées, validée par Piquemal-Vieu (1999). Cette échelle aboutit à score théorique allant de 19 à 95.

2. Cette expression fait référence à l'utilisation des régressions logistiques, méthode statistique permettant l'ajustement des facteurs de confusion les uns sur les autres.

3. Foucault joue ici sur l'équivoque du terme de « conduite » ; la « conduite » étant à la fois *l'acte de mener les autres et la manière de se comporter dans un champ plus ou moins ouvert de possibilités* (Foucault, 1982).

Encadré : Méthodologie

L'enquête menée à Marseille de janvier 2004 à décembre 2005 avait pour objectif d'étudier le vieillissement d'un échantillon de la population marseillaise dans ses dimensions biologique, psychologique et sociale.

- Pour cela, nous avons eu recours à une **méthodologie propre à l'anthropologie biologique**, associant entretiens directs à l'aide d'un questionnaire et prises de mesures (poids, taille, tension, etc.).

- Ainsi, 400 personnes âgées de 60 à 92 ans ont été **interviewées et mesurées** par le premier auteur de l'article. Ces rencontres duraient de 45 minutes à 3 heures selon le désir ou le besoin de parler des participants. Ces interviews n'ont pas été enregistrées mais les réponses aux questions ouvertes ont été notées par l'interviewer, jouant ainsi le rôle des respirations préconisées pour l'entretien compréhensif.

- Les participants ont été recrutés par l'intermédiaire de divers organismes afin de prendre en compte un **échantillon diversifié de population marseillaise âgée** : 198 personnes ont été rencontrées au centre d'exames de santé de Marseille, affilié à la Caisse primaire d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône ; 101 personnes ont été rencontrées à domicile par l'intermédiaire du centre communal d'action sociale de la ville de Marseille ; 30 individus ont été contactés par l'intermédiaire de deux clubs de seniors et interviewés à domicile ; enfin, 71 individus ont été interrogés dans quatre maisons de retraite médicalisées, proches l'une de l'autre, tant sur le plan géographique que des prestations.

- Afin de se faire connaître et « accepter » par les résidents des maisons de retraite, le premier auteur de l'article passait en moyenne trois jours dans l'institution sans réaliser d'entretiens. Il y déjeunait et participait aux activités formelles (jeux de l'après-midi) et informelles (la « contrée » de 16 heures par exemple), ce qui lui permit de prendre lentement contact avec les résidents. Cette phase préliminaire – réalisée dans tous les établissements – était nécessaire à la mise en confiance des participants, mais aussi du personnel de l'institution. De nombreux entretiens informels ont notamment été réalisés avec le personnel des différentes maisons de retraite. Par conséquent, **l'observation** – qu'elle soit ou non participante – a été intégrée dans le dispositif méthodologique de cette enquête. Notons également que dans chaque maison de retraite, le personnel nous aidait à sélectionner les individus non atteints de troubles cognitifs et à convaincre les plus récalcitrants, de participer.

- Par ailleurs, une **phase qualitative**, ayant pour objectif de préciser les résultats quantitatifs liés à la vie en maison de retraite, a été réalisée dans une de ces institutions. Outre le directeur de cet établissement, l'infirmière « major » et deux aides-soignantes ont accepté d'être interviewées de manière formelle (entretiens non directs enregistrés). Une réunion a également été organisée avec l'ensemble du personnel de cet établissement (directeur, major, aides-soignantes, kinésithérapeutes libéraux) afin de discuter de l'aspect « totalitaire » de la maison de retraite et de mettre en place différentes initiatives visant à l'atténuer (blouse remplacée par un tee-shirt, ouverture d'une boutique à l'intérieur de l'institution, recrutement d'une psychologue à temps partiel).

■ L'entrée en maison de retraite : de la domination à la subjectivité productrice de pouvoir

L'enquête « EHPA » (établissements d'hébergement pour personnes âgées), réalisée en 2000 auprès de 2 200 résidents de foyers-logements, maisons de retraite, et unités de soins longue durée, indique que l'entrée en institution est le plus souvent ressentie comme *imposée* (Somme, 2003). Seuls 32 % des résidents des maisons de retraite disent avoir participé à la démarche d'institutionnalisation, pourcentage qui monte cependant à 54 % pour les personnes autonomes. Pour la plupart des résidents, c'est la famille (41 %) qui a décidé de l'institutionnalisation ; pour une part moins importante, la décision a été prise par les professionnels de santé (20 %). Ainsi, le parent âgé est le plus souvent « placé » en maison de retraite par son entourage, expression qui, comme le souligne Dorange (2005), transforme le sujet en *objet de placement*.

Les raisons de l'entrée en maison de retraite sont également fournies par cette enquête : pour 10 % des âgés, il s'agit simplement d'une décision personnelle ; 14 % évoquent des raisons « sociofamiliales » (un entourage « qui décide ») ; enfin, une large majorité déclare être entrée en institution pour des raisons de santé ou d'incapacités physiques (67 %). Ces résultats obtenus sur la population française correspondent à ceux de plusieurs études internationales indiquant que les facteurs d'entrée en institution seraient majoritairement d'ordre médical : survenue de troubles cognitifs, incapacités physiques, polyopathologies (Andel *et al.*, 2007 ; Banaszak-Holl *et al.*, 2004). Ainsi, malgré les efforts du corps médical et des politiques publiques pour favoriser le maintien à domicile (pour plus de détails à ce sujet voir Djellal *et al.*, 2004) – à travers, par exemple, les chèques emploi-service –, il semble arriver un moment où le soutien médical à domicile, appuyé sur les solidarités familiales, se heurte aux problèmes causés par le processus de sénescence. Conjointement à cette dégradation de l'état de santé, le soutien à domicile peut rapidement s'avérer trop coûteux pour l'individu et/ou son entourage ; et c'est d'ailleurs pourquoi il apparaît que les catégories sociales les moins aisées ont un risque plus élevé d'être placées en institution (Désesquelles et Brouard, 2003).

Des résultats quantitatifs précédents, peut être tiré un schéma classique d'entrée en maison de retraite. Tout semble débiter au moment où les processus de sénescence apparaissent au grand jour et font prendre conscience à la personne âgée que son corps nécessite une prise en charge. Une première étape, donc, qui prend place dans le corps lui-même. Ici, point de relation de pouvoir puisqu'il n'y a qu'un seul acteur, mais un sentiment d'impuissance : celui de la personne âgée « lâchée » par son corps. C'est ensuite que vont intervenir les deux autres acteurs susceptibles d'influer sur l'entrée effective en institution : l'entourage de l'âgé et le corps médical. Pour cette phase, Riot (2006) parle de *consensus tacite* et d'*échange de bons procédés* entre la personne âgée, son entourage et le corps médical. Nous

préférerions parler de jeu de pouvoir – qui n’est pas, dans sa nature propre, l’expression d’un consensus (Foucault, 1982) – car lorsque l’institutionnalisation n’est pas purement l’expression d’une domination, elle reste un *choix par défaut* (Dorange, 2005) pour la personne placée. Quelles sont alors les relations de pouvoir qui s’établissent entre les différents acteurs ? Quels sont les intérêts en jeu ?

Schématiquement, on peut opposer d’un côté la personne âgée – qui, comme le signale la majorité des études, dont la nôtre, ne souhaite guère entrer en maison de retraite – et de l’autre, son entourage – qui ne voit plus d’autre issue que le placement en institution. « Plus d’autre issue » car le maintien à domicile est devenu trop coûteux et/ou trop contraignant. Cependant, bien entendu, ces deux parties ont en tête une dernière solution : l’hébergement du parent au domicile des enfants ou des proches. Entre le désir parfois invouable de la personne âgée de finir ses jours avec ses proches et les intérêts de ces derniers, un jeu de pouvoir va alors s’instaurer. Le corps médical, troisième acteur, joue un rôle central dans cette relation, lui permettant, justement, de passer pour un consensus. Comme le montre Riot (2006), le discours médical peut avoir des vertus déculpabilisantes pour la famille : si le corps doit être pris en charge par des professionnels et que le maintien à domicile n’est plus envisageable, le parent âgé devra entrer en maison de retraite. Ce qui apparaît ici, c’est bien une relation de pouvoir centrée sur le corps : le sentiment d’impuissance dû à la fragilité du corps conduit à une domination de l’entourage sur la personne âgée – domination médiée par le discours médical – qui sera ainsi placée en institution. C’est en tout cas le jeu de pouvoir que l’on peut extraire des enquêtes quantitatives. Cependant, les études qualitatives montrent que ce jeu est plus subtil qu’il n’y paraît.

En effet, comme le signale Riot (2006), quand les personnes âgées résidant en maison de retraite parlent de leur entrée en institution, la plupart présentent cet événement comme le résultat d’une décision personnelle, prise afin de ne pas devenir un « poids » ou un « fardeau » pour leur entourage. L’enquête réalisée à Marseille sur 71 résidents de quatre maisons de retraite a conduit à des résultats similaires. Quand nous demandions¹ (cf. encadré), par exemple, aux personnes âgées si elles auraient préféré vivre chez leurs proches, cette notion de fardeau était omniprésente : « *Ils ont des enfants, ils ne pourraient pas s’occuper de moi... Ce serait un sacrifice pour eux* » (une femme de 92 ans), « *J’aimerais bien [vivre avec mes enfants] mais je ne tiens pas debout* » (une femme de 85 ans), « *Je trouve que chaque ménage doit être seul... Et il faut complètement s’occuper de moi* » (une femme de 91 ans). Ainsi, comme dans les enquêtes quantitatives à grande échelle, les problèmes du corps sont souvent mis en avant. Mais ce n’est alors pas tant

1. 400 personnes âgées de 60 à 92 ans – dont 71 vivant en maison de retraite – ont été interviewées à l’aide d’un questionnaire contenant des questions ouvertes et fermées. Les réponses aux questions ouvertes ont été notées sur le moment par l’interviewer, premier auteur de cet article.

pour justifier le « placement » réalisé par l'entourage que la décision de placement prise par la personne âgée elle-même.

Cette présentation de soi constitue à n'en pas douter un mécanisme d'adaptation psychologique – ou « coping » – visant à protéger le Soi. D'ailleurs, les études quantitatives le montrent bien : les personnes âgées qui déclarent avoir pris la décision d'entrer en institution ont de meilleurs scores de bien-être que celles qui déclarent l'avoir subi (e.g. Somme, 2003). Dans ces discours *a posteriori*, les personnes âgées se présentent comme sujets agissants et c'est paradoxalement en reconnaissant le déclin du corps qu'elles peuvent reprendre le pouvoir. Loin de subir passivement le pouvoir-savoir médical, elles se le réapproprient et composent avec. Il s'agit ici d'accepter et d'avouer sa faiblesse pour se reconstituer comme sujet. C'est ainsi que la reconnaissance du déclin du corps peut devenir créatrice de pouvoir. En ce sens, le discours médical ne contribue pas uniquement à la déculpabilisation de la famille mais permet également aux résidents de trouver, ou retrouver, une subjectivité productrice de pouvoir.

Bien entendu, tous les résidents ne peuvent mettre en place ce mécanisme d'ajustement et beaucoup perçoivent l'institutionnalisation comme (exclusivement) *imposée* (Somme, 2003). Mais la seule manière pour les âgés de faire face à la décision de placement par l'entourage – et de retrouver le pouvoir sur soi – semble bien être de se réapproprier le discours médical en acceptant le déclin du corps avec la sénescence. Ce mécanisme d'ajustement aux pertes – ici, perte de pouvoir par et sur le corps – semble donc devoir être ajouté à ceux déjà décrits dans la littérature psychosociale, à savoir notamment : la révision de l'histoire personnelle selon des processus garantissant une évaluation positive (e.g. Greenwald, 1980), l'ajustement des buts aux contraintes de la situation par des mécanismes de type accommodatif (e.g. Brandtstädter et Rothermund, 2002), la mise en place de comparaisons favorisantes avec autrui (e.g. Pinquart, 2002) ou encore l'optimisme irréaliste (e.g. Weinstein, 1987).

■ Résider en institution : relations de pouvoir entre résidents et avec le personnel autour du corps

Exercice du pouvoir encore davantage centré sur le corps, ce que la maison de retraite – c'est-à-dire le personnel de l'institution – impose aux corps a déjà donné lieu à plusieurs recherches (e.g. Twigg, 2000). Réduite aux problèmes posés par un corps réifié, la personne âgée paraît subir passivement l'horaire et la volonté de ceux qui la prennent en charge et ne plus répondre qu'aux injonctions du *biopouvoir*¹ (Foucault, 1976). Bien entendu, plus

1. Pouvoir qui s'exerce « sur la vie », et non plus « sur la mort » (le droit de mort du souverain sur « son » peuple) comme jusqu'au XVIII^e siècle.

l'individu sera dépendant, plus il sera pris en charge et moins il aura de pouvoir sur son propre corps. Cependant, le système de soins traditionnel des maisons de retraite, qui consiste à « faire pour » les résidents, semble parfois imposer les mêmes contraintes (horaires des repas et placement à table par le personnel par exemple) et humiliations (pour la toilette par exemple ; Twigg, 2000) aux personnes autonomes (Harper Ice, 2002). Institution sous certains aspects totalitaire, certes.

Cependant, les jeux de pouvoir au sein de la maison de retraite ne peuvent être limités à l'exercice du pouvoir du personnel sur les résidents. Tout d'abord parce que la variabilité des états de santé établit des distinctions entre les résidents ; une hiérarchie s'installe entre personnes autonomes, personnes atteintes d'incapacités physiques et, enfin, celles qui sont atteintes de troubles mentaux (Riot, 2006). Ensuite, parce que le déclin du corps aura pour effet de conduire la conduite du personnel. Jeux de pouvoirs autour du corps, que nous détaillerons ici en deux sous-parties.

Relations entre résidents : jeux de pouvoir et de reconnaissance autour du corps

La distinction entre les résidents des maisons de retraite s'établit selon plusieurs critères : statut social antérieur, genre, génération, participation aux activités, état de santé. Parmi ces critères, l'état de santé – critère transversal recoupant toutes les sphères de la vie en institution – apparaît comme le plus déterminant. Selon ce critère, trois grands profils de résidents apparaissent : ceux qui sont autonomes, ceux qui sont dépendants physiquement, enfin, ceux qui « n'ont plus toute leur tête », pour reprendre les termes utilisés par les résidents eux-mêmes. Distinction qui nomme le corps, ou plus précisément le contrôle du corps, concept majeur pour la définition du statut social dans les sociétés occidentales (Douglas, 1973).

Corps à la fois dépendants et incontrôlables, les résidents atteints de troubles cognitifs constituent un « repoussoir » pour les autres résidents. Ils sont en bas de la hiérarchie. Malgré les désagréments qu'ils peuvent occasionner dans la vie quotidienne de l'institution, les « fous » ont un intérêt : ils permettent aux autres résidents de réaliser des comparaisons « favorisantes »¹. Ainsi, par exemple dans l'étude réalisée à Marseille, les personnes rencontrées en maison de retraite ne s'estimaient pas en plus mauvaise santé que les individus vivant à domicile alors qu'ils étaient plus souvent atteints d'incapacités physiques. Même très handicapés, les résidents estiment que leur santé n'est pas si mauvaise que ça : « au moins, moi, j'ai ma tête » nous disent-ils de manière récurrente. Objets de comparaisons par le bas, il ne semble cependant pas qu'un jeu de pouvoir puisse s'établir avec

¹. Terme emprunté à la psychologie sociale ; il s'agit des comparaisons aussi dites « par le bas » (Sales-Wuillemin, 2006).

les personnes atteintes de troubles cognitifs. Car la liberté – que le discours médical et juridique a ôtée aux « fous » depuis longtemps (Foucault, 1978) – constitue la *condition d'existence* (Foucault, 1982) du pouvoir.

En revanche, les relations qui s'instaurent entre les résidents autonomes et atteints d'incapacités physiques peuvent, semble-t-il, être interprétées en terme de pouvoir. Un pouvoir qui, ici encore, apparaît centré sur le corps. L'étude de Riot (2006) fournit des informations fort instructives quant à ces relations. L'auteur montre en effet comment l'aide apportée aux plus handicapés constitue le socle des relations qui s'installent entre autonomes et dépendants (au sens biomédical). L'exemple de l'accès à la salle de restauration est éloquent. Le moment d'aller déjeuner ou dîner est l'occasion pour les plus alertes de démontrer leurs aptitudes physiques et morales en aidant les plus handicapés. Il s'agit ici d'une aide qui doit apparaître au grand jour ; Riot parle fort justement de *solidarité démonstrative*, d'une aide destinée à l'affirmation de soi dans la hiérarchie sociale des résidents.

Ici, jeux de pouvoir et de reconnaissance se chevauchent pour former cette impression de solidarité. Jeu de pouvoir d'abord car tout se déroule entre sujets libres. La personne handicapée est libre de refuser l'aide proposée et de demander, à un autre résident ou à un membre du personnel, de l'amener en salle de restauration. De son côté, l'« aidant » est aussi en droit de ne pas proposer son aide, et même de la retirer. L'équilibre de cette relation de pouvoir est la condition de sa transformation en acte solidaire comme celle de son maintien.

À travers ce jeu de pouvoir pourra apparaître la reconnaissance de l'aidant. Mais la reconnaissance de l'aidant ne va pas sans celle de l'aidé. Car si ce dernier ne reconnaît pas son besoin d'aide – en acceptant le déclin de son corps –, l'aidant ne pourra pas être reconnu dans la hiérarchie sociale de l'établissement. Plus encore, si la personne handicapée ne reconnaît pas ses incapacités et son impuissance, elle *sera aidée* (car son état le demande) comme elle avait *été placée*. En ne reconnaissant pas son besoin d'aide, elle sera donc exclue des relations de pouvoir : il s'établira un rapport physique de contrainte avec le personnel. Jeu de reconnaissance donc, préalable nécessaire aux relations de pouvoir qui s'établissent. Ainsi, comme pour l'entrée en institution, c'est paradoxalement en reconnaissant le déclin de son corps que la personne handicapée pourra entrer dans des relations de pouvoir et retrouver une subjectivité productrice de pouvoir.

Les relations avec le personnel : le corps comme support, résistance et vecteur du pouvoir

Pour les héritiers de la seconde École de Chicago ou de Michel Foucault, le pouvoir de l'institution sur les résidents – par le biais du personnel – est à l'origine de la place des maisons de retraite au sein des institutions totales. Le pouvoir ici en question s'exerce sur les corps ; il s'agit d'un « droit

de vie » permettant de justifier une absence parfois totale de liberté. Mais si cet exercice du pouvoir semble en effet efficient à certains égards, il est nécessaire de distinguer les maisons de retraites actuelles des anciens hospices. Actuellement, les maisons de retraite n'imposent plus explicitement des buts moraux aux populations hébergées comme c'était le cas dans les hospices ; elles sont prises dans des mouvements de « désinstitutionnalisation » (Dubet et Martuccelli, 1998) et règlent moins strictement les conduites des individus dont elles ont la charge (Mallon, 2005). En d'autres termes, on assiste désormais à une « individualisation des institutions » (Beck, 1998) logiquement associée à la pluralisation des valeurs et des normes, et donc, des comportements acceptés au sein de l'institution. Ainsi, même si nous parlerons par la suite « des » maisons de retraites (et des relations de pouvoir qui s'y instaurent), il faut noter que cette terminologie correspond, pour reprendre les termes de Djellal et collaborateurs (2004), à des « idéaux types [...] c'est-à-dire des artefacts de base dont la structure fondamentale a une certaine pérennité, même si ces artefacts ont des variantes dans le temps et dans l'espace »¹.

Par ailleurs, en maison de retraite, l'exercice du pouvoir du personnel sur les résidents dépend grandement des capacités et des besoins physiologiques de ces derniers. Par conséquent, les relations de pouvoir qui s'instaurent entre eux sont fort différentes selon que les résidents sont « autonomes » (au sens biomédical), atteints d'incapacités physiques ou de troubles cognitifs. Il s'agira donc, ici encore, de distinguer ces trois profils de résidents pour étudier les relations de pouvoir qu'ils établissent avec le personnel des établissements.

Dans les maisons de retraites où nous avons réalisé nos études, les résidents autonomes semblaient libres d'agir sans contraintes. Par exemple, deux résidentes très alertes (âgées de 78 et de 92 ans) avaient encore leur voiture et pouvaient sortir quand bon leur semblait. À tel point que la plus jeune de ces femmes a préféré quitter l'institution médico-sociale en question pour aller vivre en foyer-logement pour personnes âgées autonomes. La « major » présente la situation des personnes autonomes très clairement : « Tout ce qu'on leur demande, c'est de nous prévenir de ce qu'ils font ». Pour ces individus, les contraintes ne sont pas absentes, mais simplement celles de la vie en collectivité : fixité des heures des repas, choix limité d'activités au sein de l'institution, signalement de son absence au personnel.

Ici, le pouvoir institutionnel ne semble pas avoir de prise pour s'exercer. Comme le soulignent Jaujou, Minnaërt et Riot (2006), les relations entre personnel et résidents s'établissent indéfectiblement autour d'une activité

1. Par exemple, parmi les institutions où cette enquête a été réalisée, certaines faisaient venir des esthéticiennes, une autre possédait une boutique (alimentation et journaux), etc. Notons que cette remarque concernant la variabilité des maisons de retraite est également transposable aux résidents, dont les parcours de vie sont parfois fort différents. Cet article étant cependant focalisé sur les relations de pouvoir autour du corps, il nous a semblé plus pertinent de distinguer les individus selon des critères biomédicaux que sociologiques (comme l'entourage familial par exemple).

comme la toilette, le repas ou encore la distribution du goûter ; sans activité, peu ou pas de relations avec les résidents. Or, l'état de santé des personnes autonomes ne nécessitant ni une surveillance permanente, ni des soins constants – en somme, peu d'activités –, elles n'ont que peu de contacts avec le personnel (comparé aux autres résidents). Le pouvoir institutionnel n'a que peu de prise sur les personnes autonomes car il n'a de légitimité que par l'intermédiaire du discours médical. Corps valorisés par le savoir-pouvoir médical, les corps âgés « sans problème » se dérobent à l'exercice du pouvoir de l'institution.

En revanche, les activités à l'origine de relations entre le personnel et les personnes atteintes d'incapacités physiques sont nombreuses. Les corps handicapés ont besoin d'être aidés et surveillés. C'est là le rôle du personnel de l'institution et c'est pourquoi, la plupart du temps, il y a eu institutionnalisation. Le corps est ici source de relations de pouvoir. Tout d'abord parce que c'est le discours médical qui justifie la surveillance et les soins. Ensuite, parce que la personne handicapée ne répond parfois plus qu'aux injonctions du biopouvoir : elle ne choisit pas nécessairement quand elle sera lavée, levée, habillée, déshabillée, elle le sera le plus souvent au moment choisi (sous certaines contraintes également) par le personnel. Exercice du pouvoir sur les corps, certes. Mais la relation de pouvoir entre le personnel et les personnes atteintes d'incapacités physiques s'arrête-t-elle à ce rapport de domination sans partage ? N'observe-t-on pas chez les personnes handicapées institutionnalisées certaines formes de résistance au pouvoir ?

Le cas des personnes perçues comme « pénibles » par le personnel apparaît fort instructif à ce sujet. Car les « pénibles » sont ceux qui critiquent la nourriture, la fréquence de lavage du linge, ceux qui demandent toujours plus d'activité au personnel (peut-être d'ailleurs afin d'obtenir davantage de contacts avec lui). En un mot, ce sont les « exigeants » : le « pénible » est pénible d'exiger. Cependant, on ne peut pas tout exiger en maison de retraite. Les résidents, aussi exigeants soit-ils, peuvent difficilement avoir une influence sur la fréquence de lavage du linge ou les menus à venir. Pour ce genre de services les déterminations sont saturées. Ce n'est pas le cas en revanche pour les services liés au corps, comme demander à être changé si l'on est incontinent ou à être déplacé si l'on ne peut marcher. Les exigences liées au corps sont légitimes car la tâche de la maison de retraite est légitimée par le discours médical. Les résidents handicapés peuvent demander plus d'aide, de soins, de surveillance ; leur refuser serait de la négligence voire de la maltraitance (objet de toutes les craintes des directeurs rencontrés au cours de notre étude). C'est donc en exigeant ces aides et services liés au corps que les personnes handicapées peuvent exercer leur pouvoir sur le personnel des maisons de retraite. Ici encore, il faut que la personne handicapée ait accepté et intégré à la fois sa fragilité et le discours médical pour exercer son pouvoir. Jeu de pouvoir autour du corps handicapé ; un équilibre peut s'instaurer entre le pouvoir exercé par le personnel sur les corps des résidents et le pouvoir des résidents par leur corps sur l'activité

du personnel. Les injonctions sont transitives, les deux pôles du pouvoir requièrent la soumission ou du moins la docilité et la complaisance de l'autre pour exercer leur pression.

Enfin, il nous faut examiner la question des personnes atteintes de troubles cognitifs. Au premier abord, elle semble simple : les personnes atteintes de démence sont le plus souvent sous tutelle ; or la liberté est à la fois le préalable et le support permanent du pouvoir ; ainsi aucune relation de pouvoir ne pourrait s'établir avec les personnes atteintes de démence. Pourtant, et c'est là le paradoxe, ces corps parfois incontrôlables, perturbés et perturbants, réquisitionnent également et ont pour effet d'engendrer des conduites. Pouvoir du corps seul sur le personnel, est-ce vraiment cela ?

L'exemple de la « contention » peut nous éclairer sur ce point et nous permettre de répondre à cette question. En effet, lorsque les corps deviennent incontrôlables au point de créer un risque – pour eux-mêmes ou pour les autres membres de l'établissement –, la dernière solution consiste à attacher le résident. L'acte et l'individu se confondent alors, il s'agit des « contentions ». Cependant, il y a un préalable à la réalisation de cet acte : la tutrice ou le tuteur doit avoir signé l'autorisation de contention (la « fiche de contention »). Dans ce cas extrême, le rôle central de l'entourage de la personne démente apparaît au grand jour. Si le corps du dément a certainement pour effet d'engendrer des conduites, c'est bien le tuteur ou la tutrice qui a la possibilité de *conduire ces conduites*. Corps à la fois actif et passif, le corps du dément engendre des conduites et apparaît comme un vecteur de pouvoir, un pouvoir exercé par la tutelle sur le personnel de l'institution.

■ Conclusion

En institution, la personne âgée semble parfois réduite à son corps et ne plus répondre qu'aux injonctions du biopouvoir. Le corps qui lâche est à l'origine d'une perte de pouvoir sur soi conduisant à l'entrée en institution et justifiant les contraintes quotidiennes de la vie en maison de retraite. Mais, nous l'avons vu, le corps âgé n'est pas uniquement le support d'un pouvoir exercé sur la personne âgée. Tout d'abord parce qu'en avouant son impuissance et en se réappropriant le discours médical, la personne âgée peut se reconstituer comme sujet ayant décidé de son entrée en maison de retraite. Ensuite, parce que l'acceptation du déclin du corps permet à la personne âgée handicapée d'entrer dans des relations de pouvoir avec les résidents plus alertes et le personnel de l'institution. Malgré la dimension totalitaire de l'institution, la personne âgée vivant en maison de retraite peut mettre en place un mécanisme d'ajustement à la perte de pouvoir par et sur son corps lui permettant de s'affirmer comme sujet agissant.

Pour que ce mécanisme puisse être efficace, la personne âgée doit paradoxalement reconnaître son impuissance. C'est là la condition nécessaire

à l'émergence d'une subjectivité productrice de pouvoir. En somme, pour reprendre les termes de Foucault, les corps âgés, même en maison de retraite, se bâtissent, comme les autres, de résistances. Ce qui se joue donc au travers du corps de l'agé en maison de retraite, c'est bien une ambivalence dans les jeux de pouvoir et un paradoxe, celui d'un corps affaibli, voire handicapé ou même totalement impuissant, qui, par cet « impouvoir » même, parce qu'il requiert et somme les autres de s'en occuper, peut exercer son pouvoir : renversement de l'impouvoir en puissance.

Cette approche des relations de pouvoir en maison de retraite – centrée sur le concept de corps – n'a bien entendu pas la prétention de fournir une lecture exhaustive des relations de pouvoir dans ces institutions, par ailleurs hétérogènes dans le temps et dans l'espace. Elle a cependant l'avantage de ne pas distinguer l'individu de son corps comme cela reste encore souvent le cas lorsque ces relations de pouvoir sont étudiées à travers d'autres prismes de lecture comme les relations familiales. Notons enfin que cette étude a été réalisée à Marseille, or nous savons que les relations familiales – déterminantes pour l'entrée en maison de retraite – sont fort différentes entre les pays du Nord et du Sud ainsi qu'entre les régions. Ces relations de pouvoir sont-elles les mêmes en Bretagne, en Alsace ou en Suède ? Nous espérons que d'autres études prenant en considération la corporéité des individus âgés dans les relations de pouvoir qu'ils établissent au sein des institutions gériatriques seront menées prochainement.

Bibliographie

ANDEL R., HYER K., SLACK A., (2007), « Risk factors for nursing home placement in older adults with and without dementia », *Journal of Aging and Health*, vol. 19, n° 2 mars-avril, p. 213-228.

BANASZAK-HOLL J., FENDRICK A.M., FOSTER N.L., HERZOG A.R., KABETO M.U., KENT D.M., STRAUS W.L., LANGA K.M., (2007), « Predicting nursing home admission. Estimates from a 7-year follow-up of a nationally representative sample of older Americans », *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, vol. 18, n° 2 mars-avril, p. 83-89.

BECK U., (1998), « Le conflit des deux modernités et la question de la disparition des solidarités », *Lien Social et Politiques*, n° 39 premier semestre, p. 15-25.

BRANDTSTÄDTER J., ROTHERMUND K., (2002), « The life-course dynamics of goal pursuit and goal adjustment : a two-process framework », *Developmental Review*, vol. 22, n° 1 janvier-mars, p. 117-150.

DESEQUELLES A., BROUARD N., (2003), « Le réseau familial des personnes âgées de 60 ans ou plus vivant à domicile ou en institution », *Population*, vol. 58, n° 2 mars-avril, p. 201-227.

DJELLAL F., GALLOUJ F., GALLOUJ K., (2004), « La dynamique de l'innovation et du changement dans les services de soins aux personnes âgées », *Revue française des Affaires sociales*, n° 3 juillet-septembre, p. 139-169.

DORANGE M., (2005), « Entrée en institution et paroles de vieux », *Gérontologie et Société*, n° 112 mars, p. 49-62.

DOUGLAS M., (1973), *Natural symbols : explorations in cosmology*, Harmondwoth, Penguin Books.

DUBET F., MARTUCCELLI D., (1998), *Dans quelle société vivons-nous ?*, Paris, Seuil.

DURKHEIM E., (1912), *Les formes élémentaires de la vie religieuse*, Paris, Presses universitaires de France.

FEATHERSTONE M., HEPWORTH M., (1991), « The mask of ageing and the postmodern life course », in Featherstone M., Hepworth M., Turner B.S. (dir.), *The body : social process and cultural theory*, London, Sage, p. 371-389.

FOUCAULT M., (1976), *Histoire de la sexualité. Tome I : La volonté de savoir*, Paris, Gallimard.

FOUCAULT M., (1978), « L'évolution de la notion d'"individu dangereux" dans la psychiatrie légale du XIX^e siècle », in Defert D., Ewald F. (dir.), *Foucault. Dits et écrits II, 1976-1988*, Paris, Gallimard, p. 443-464.

FOUCAULT M., (1982), « Le sujet et le pouvoir », in Defert D., Ewald F. (dir.), *Foucault. Dits et écrits II, 1976-1988*, Paris, Gallimard, p. 1041-1062.

GOFFMAN E., (1968), *Asiles. Études sur la condition des malades mentaux*, Paris, Les Éditions de Minuit.

GREENWALD A.G., (1980), « The totalitarian Ego : fabrication and revision of personal history », *The American Psychologist*, n° 35, p. 603-618.

HARPER ICE G., (2002), « Daily life in a nursing home : has it changed in 25 years ? », *Journal of Aging Studies*, vol. 16, n° 4 novembre, p. 345-359.

HURD CLARKE L., (2002), « Older women's bodies and the self : the construction of identity in later life », *Canadian Revue of Sociology and Anthropology*, vol. 38, n° 4 novembre, p. 441-464.

- JAUJOU N., MINNAËRT E., RIOT L., (2006), « Approche ethnologique », in Jaujou N., Minnaërt E., Riot L. (dir.), *L'EHPAD : pour finir de vieillir. Ethnologie comparée de la vie quotidienne en institution gériatrique*, étude réalisée pour le Centre d'analyse stratégique par la Fondation Maison des sciences de l'Homme, juin, p. 182-195.
- KAUFMANN J.-C., (2005), « Le corps dans tous ses états : corps visible, corps sensible, corps secret », in Bromberger C., Duret P., Kaufmann J.-C., Le Breton D., de Singly F., Vigarello G. (dir.), *Un corps pour soi*, Paris, Presses universitaires de France, p. 67-88.
- MACIA E., CHAPUIS-LUCCIANI N., (sous-presse), « La vieillesse et ses masques. Quelle place pour le corps âgé dans le maintien de la subjectivité ? », *Corps*, prévu pour le n° 5.
- MACIA E., CHAPUIS-LUCCIANI N., BOËTSCH G., (2007), « Stéréotypes liés à l'âge, estime de soi et santé perçue », *Sciences sociales et Santé*, vol. 25, n° 3 septembre, p. 79-106.
- MALLON I., (2005), *Vivre en maison de retraite. Le dernier chez soi*, Rennes, Presses universitaires de Rennes.
- MANCINI A.D., BONANNO G.A., (2006), « Marital closeness, functional disability, and adjustment in late life », *Psychology and Aging*, vol. 21, n° 3 septembre, p. 600-610.
- ÖBERG P., TORNSTAM L., (1999), « Body images among men and women of different ages », *Ageing and Society*, vol. 19, n° 5 septembre, p. 629-644.
- PIQUEMAL-VIEU L., (1999), *Viellir chez soi ou en maison de retraite... Impact du lieu de vie sur la dynamique socio-personnelle*, thèse de psychologie, Toulouse, Le Mirail.
- RIOT L., (2006), « Entrer en maison de retraite », in Jaujou N., Minnaërt E., Riot L. (dir.), *L'EHPAD : pour finir de vieillir. Ethnologie comparée de la vie quotidienne en institution gériatrique*, étude réalisée pour le Centre d'analyse stratégique par la Fondation Maison des sciences de l'Homme, juin, p. 27-83.
- SALES-WUILLEMIN E., (2006), *La catégorisation et les stéréotypes en psychologie sociale*, Paris, Dunod.
- SARTRE J.-P., (1943), *L'être et le néant : essai d'ontologie phénoménologique*, Paris, Gallimard.
- SHU B.C., HUANG C., CHEN B.C., (2003), « Factors related to self-concept of elderly residing in a retirement center », *Journal of Nursing Research*, vol. 11, n° 1 janvier-mars, p. 1-7.
- SINGLY F. de, (2005), « Le soi dénudé : sur l'inscription corporelle de l'identité intime », in Bromberger C., Duret P., Kaufmann J.-C., Le Breton D., de Singly F., Vigarello G. (dir.), *Un corps pour soi*, Paris, Presses universitaires de France, p. 115-138.
- SOMME D., (2003), « Participation et choix des résidents dans le processus d'entrée en institution », *Dossiers Solidarité et Santé*, n° 1 janvier-mars, p. 30-42.
- TWIGG J., (2000), *Bathing – The body in community care*, Londres, Routledge.
- WEINSTEIN N., (1987), « Unrealistic optimism about susceptibility to health problems : conclusions from a community-wide sample », *Journal of Behavioral Medicine*, vol. 10, n° 5 octobre, p. 481-500.
- ZARIT S.H., WHITLATCH C.J., (1992), « Institutional placement : phases of the transition », *The Gerontologist*, vol. 32, n° 5 octobre, p. 665-672.