

Zeitschrift: Schweizerische Zeitschrift für Soziologie = Revue suisse de sociologie
= Swiss journal of sociology

Band: 9 (1983)

Heft: 2

Artikel: Medicalisation et définition de la situation : le cas d'institutions de placement à long terme pour personnes âgées

Autor: Coenen-Huther, Josette

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-814193>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 06.10.2024

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

MEDICALISATION ET DEFINITION DE LA SITUATION:
LE CAS D'INSTITUTIONS DE PLACEMENT
A LONG TERME POUR PERSONNES AGEES

Josette Coenen-Huther *

Université de Genève
(Adresse privée: 9, Av. du Lignon,
CH-1219 Le Lignon GE)

ZUSAMMENFASSUNG

Jegliche Definition der Situation charakterisiert sich durch ihre Relativität und ihren normativen Einfluss auf die Verhalten. Diese doppelte Proposition wird anhand der Versorgung älterer Leute in Institutionen illustriert. Solche Situationen werden von zwei Kategorien von Akteuren definiert: das Fachpersonal und das unspezialisierte Personal. Die pragmatische Definition des letzteren führt zu Bemutterungstendenzen; sie steht im Gegensatz zur Definition durch das Fachpersonal, die sich in therapeutischen Verhalten ausdrückt. Das Verhalten der beiden Gruppen wird anhand des Paradigmas der Krankenrolle der *pattern variables* von Parsons verglichen.

RESUME

Toute définition de la situation se caractérise par sa relativité et par son impact normatif sur les conduites. C'est ce double théorème qu'illustre le présent article. La situation examinée est la prise en charge de personnes âgées dans des institutions de placement à long terme, telle que la définissent deux catégories d'acteurs: le personnel non qualifié et le personnel qualifié. La définition pragmatique du premier aboutit à des conduites de maternage; elle s'oppose à la définition professionnelle du second, qui se traduit par des comportements thérapeutiques. La comparaison entre les deux s'appuie sur le paradigme du rôle de malade et sur les *pattern variables* de Parsons.

*) Avec la collaboration de Marianne Modak, qui a participé à la récolte des données d'observation.

”Si les hommes définissent des situations comme réelles, elles sont réelles dans leurs conséquences” : le fameux théorème de W. I. Thomas (1928) suggère qu’aucune situation sociale n’a de sens en soi, immuable et universel. Ce sont les hommes, acteurs ou spectateurs, qui lui confèrent une signification, puisant dans leur expérience passée les éléments de leur interprétation (voir, entre autres, Mc Hugh, 1968). Selon la perspective que leur offrent leurs cadres interprétatifs et leur position dans un contexte d’interaction, les personnes concernées peuvent donc avoir des définitions différentes. Qu’elle soit ”vraie” ou ”fausse” (Merton, 1949), cette définition de la situation influence les comportements par le jeu des normes dont elle s’assortit.

C’est à la fois de cette relativité de sens et de l’impact normatif de toute définition sur les conduites que traite cet article. La situation examinée ici est la prise en charge de personnes âgées par des institutions de placement à long terme. Les données qui illustrent notre propos ont été recueillies essentiellement par voie d’observation. ¹

1. LE SENS DU PLACEMENT

Les institutions de placement à long terme pour personnes âgées — qu’elles s’appellent hospices, pensions, homes, centres de soins continus, etc. — ont toutes la même fonction première : accueillir ceux qui ne sont plus considérés comme capables de vivre dans un autre cadre.

- 1) Ces observations ont été effectuées dans le cadre d’une recherche plus vaste, menée par le Groupe Universitaire Genevois de Recherche Interdisciplinaire sur les Personnes Agées (GUGRISPA), qui était commanditée par le Fonds National de la Recherche Scientifique (PNR 3). Voir Chr. Lalive d’Epinay *et al.* (1983).

Je remercie les Professeurs Chr. Lalive d’Epinay, J. Kellerhals et J.-P. Junod pour leurs conseils durant la recherche et leurs lectures critiques des rapports ayant précédé cet article.

Cette incapacité recouvre des réalités différentes; on peut toutefois les regrouper en deux grandes catégories: des incapacités pour raisons de santé et des incapacités pour raisons sociales. Les deux peuvent d'ailleurs être cumulées mais ne le sont pas obligatoirement. Par raisons de santé, nous entendons des atteintes aussi bien psychiques que physiques; par raisons sociales, des conditions de vie jugées inacceptables. Ces dernières sont de deux ordres: des situations (tel l'isolement total), qui présentent des facteurs de risque pour la personne et des situations qui contreviennent à des normes sociales appelant une stigmatisation et un rejet (Goffman, 1963): par exemple, l'alcoolisme ou le fait de "se négliger".²

Le facteur commun à ces raisons diverses est le besoin d'un encadrement que le milieu social ne fournit pas. Ce besoin peut être ressenti par l'intéressé lui-même mais aussi par d'autres, qui se substituent à lui parce que la situation leur apparaît insupportable. Ainsi en est-il, par exemple, des membres de la famille qui ne peuvent plus faire face à la prise en charge d'un parent âgé, ou de voisins qui craignent que le vieux locataire d'à côté ne mette accidentellement le feu à la maison.

La prise de décision du placement appartient, théoriquement, à la personne âgée concernée. Celle-ci peut toutefois faire l'objet de pressions sociales diverses émanant de l'entourage ou de professionnels: médecin, infirmière, assistante sociale, etc. . .

Le placement dans une institution sanctionne ainsi le constat — la mesure de son arbitraire ne nous intéresse pas ici — d'une perte d'autonomie de la personne, d'une perte de sa capacité à mener la vie "normale" d'un adulte. Dans nos sociétés valorisant, entre autres, l'indépendance et l'accomplissement, la perte d'autonomie est une perte de statut social, une dévalorisation de la personne.

L'entrée en institution constitue à la fois une mise à l'écart — une mesure de contrôle social de déviances qui troublent l'entourage — et une mise sous tutelle, soit une perte supplémentaire d'indépendance. Le caractère total de l'institution conduit en effet à une uniformisation nécessaire des activités quotidiennes et des comportements, ainsi qu'à un recul des limites de la sphère privée de chacun. Or, dans nos sociétés industrielles dont elle est caractéristique (voir Berger *et al.*, 1973, pour son émergence dans le monde moderne), cette sphère privée est également fortement valorisée. L'individu s'y retire pour échapper aux grands problèmes sociétaux et aux pressions qui l'étouffent et l'investit de tout le sens de sa vie (Zijderveld, 1970, par exemple). En outre, le personnel, agent de la bureaucratie institutionnelle, est investi d'une certaine autorité à l'égard des pensionnaires (Goffman, 1961, 17 ss). Pourtant, et Goffman lui-même insiste sur ce point (*ibid.*, 17), l'importance des divers attributs des institutions totales varie de cas en cas. C'est ce

2) Dans l'une des pensions observées, les placements pour "alcoolisme" et "laisser-aller" représentaient 10 % des admissions.

que nous voudrions montrer dans la suite de cet article. Dans une même catégorie d'institutions, des institutions de placement à long terme pour personnes âgées, la manière de traiter les pensionnaires diffère en fonction des buts explicitement poursuivis et de la façon dont le personnel définit la situation.

2. DE LA PRE-MEDICALISATION A LA MEDICALISATION

Dans les trois établissements où nous avons effectué nos observations, cette ligne de partage entre types de comportements à l'égard des résidents est en fait intra-institutionnelle. Elle s'explique par la dichotomisation du personnel introduite par le passage à la médicalisation actuellement en cours.

2.1. PRESENTATION DES INSTITUTIONS ETUDIEES

Ces trois institutions sont assez grandes; elles comptent respectivement environ 90, 130 et près de 400 pensionnaires. L'observation – participante à des degrés divers – n'a toutefois porté que sur des unités comptant entre 20 à 40 pensionnaires.

L'institution que nous appellerons A se trouve en Valais, dans une région semi-urbanisée. Les deux autres – les institutions B et C – sont situées dans le canton de Genève. Les pensions A et C sont réparties dans plusieurs bâtiments, dont certains sont assez vétustes et d'autres de construction récente. La pension B occupe un seul immeuble, assez moderne. L'institution A n'a que des chambres de 1, 2 et 3 lits: les plus petites représentent près de 60 % du total. Les institutions B et C comptent encore, en revanche, un certain nombre de chambres à 4 lits, 25 % du total contre 40 % de chambres à 1 lit dans la première. Nous n'avons pas pu obtenir de chiffres globaux pour l'établissement C, mais le service où nous avons effectué nos observations dans la partie nouvellement construite comptait près de 80 % de chambres à 1 lit, le reste étant des chambres à 2 lits.

L'observation a été complétée par des discussions informelles avec les membres du personnel et les pensionnaires, ainsi que par des entretiens thématiques avec les cadres que nous n'avions pas l'occasion de rencontrer dans les services visités. Diverses données statistiques nous ont en outre été fournies. 3

- 3) Dans les trois institutions, le personnel concerné a été informé de l'objet de la recherche. Par rapport aux pensionnaires, le statut des chercheurs était moins clair. Dans certains cas, ils ont dû expliquer eux-mêmes la raison de leur présence car personne dans l'institution ne l'avait fait. Dans d'autres cas, les directions des institutions les présentèrent aux personnes âgées comme stagiaires. Dans l'ensemble toutefois, la présence des chercheurs n'a guère été remarquée par les pensionnaires, qui les ont considérés comme des membres du personnel, oubliant qui ils étaient, même lorsqu'on le leur avait dit. Environ un mois d'observation a été consacré à chaque institution.

Ces trois institutions ne sont pas strictement représentatives d'un quelconque ensemble. Elles illustrent en revanche des étapes différentes d'un même processus de médicalisation et présentent un certain nombre de caractéristiques fondamentales communes qui rendent les comparaisons possibles.

2. 2. LE PROCESSUS DE MEDICALISATION

Par médicalisation des institutions, nous entendons le fait qu'elles se dotent des moyens de recevoir et de soigner des pensionnaires souffrant de maladies et / ou de handicaps nécessitant une infrastructure médicale. Il s'agit d'une part de ressources humaines, du personnel qualifié à donner des soins médicaux, et d'autre part de ressources matérielles, allant de simples pansements à des laboratoires d'analyse, en passant par des chaises percées, des lits spéciaux, des appareillages divers, etc.

Cette médicalisation répond indéniablement à certains besoins. L'accroissement de l'espérance de vie se manifeste par une augmentation plus que proportionnelle des personnes qui ont 80 ans ou plus. En Suisse, leur part dans la population âgée de 65 ans ou davantage a plus que doublé en cent ans, entre 1888 et 1980. Elle est aujourd'hui de 20 %. Or, c'est dans ces catégories d'âge que les institutions de placement recrutent la majorité de leur clientèle. L'enquête menée auprès de personnes placées en institution ⁴ a montré que 69 % des pensionnaires rencontrés en Valais et 85 % des pensionnaires rencontrés à Genève avaient 75 ans ou davantage. En outre, le principe du maintien à domicile le plus longtemps possible des personnes âgées se répand. Les services de prise en charge communautaires se développent. Cela a pour résultat que l'état de santé des personnes entrant en institution est de plus en plus mauvais.

Deux types d'indicateurs permettent d'évaluer le degré de médicalisation des trois institutions étudiées: des indicateurs relatifs au personnel et des indicateurs relatifs aux équipements matériels ainsi qu'aux services paramédicaux. Nous les avons regroupés dans le tableau ci-contre.

L'examen de ces indicateurs montre que les trois institutions se situent, globalement, sur un continuum allant de l'institution A à l'institution C, de la médicalisation la moins développée à la médicalisation la plus avancée.

La médicalisation est explicitement appelée à se poursuivre dans les trois institutions. Au moment de l'observation, la direction de la pension A concentrait ses efforts sur l'achat de chaises percées, de chaises roulantes et de déambulateurs; elle étudiait la possibilité d'engager un médecin-résident. La direction de la pension B était en train de négocier la création d'un service de stérilisation, l'aménagement de locaux pour la physiothérapie et pour les médecins consultants ainsi que l'accroissement du personnel soignant. La direction

4) La recherche du GUGRISPA comprend également un questionnaire standardisé, soumis à près de 1600 personnes à Genève et dans le Valais central, dont environ 5 % vivaient en institution.

Indicateurs de la médicalisation

Indicateur	Institution A (Valais)	Institution B (Genève)	Institution C (Genève)
<i>Personnel soignant</i>			
Pensionnaires par soignante ⁵	6.00	2.43	2.31
Soignantes diplômées par rapport à l'ensemble des soignantes	41 % *	29 %	41 %
Pensionnaires par médecin-résident	pas de médecin	85	54
<i>Différentiation des postes</i>			
Degré de spécialisation du personnel	— Infirm/Nurse Infirm-assist. — Aide non qualif.	Médecin Infirmière-chef Infirmière Infirm-assist. Aide qualifiée Aide non qualif.	Médecin Chef de pavillon Infirmière Infirm-assist. Aide qualifiée Aide non qualif.
<i>Equipements</i>			
	"Infirmierie" avec salle de traitement	Laboratoire d'analyses Radiologie	Laboratoires Radiologie Electrocardiogr.
<i>Services paramédicaux</i>			
Physiothérapie	Néant	<i>Pensionnaires par poste</i> 400	<i>Pensionnaire par poste</i> 100
Ergothérapie	Néant	Néant	150

*) Dont trois sur neuf sont des nurses n'ayant pas trouvé de travail dans leur branche de spécialisation.

de la pension C s'efforçait également d'obtenir davantage de postes de soignantes. Elle envisageait de mettre sur pied des activités de formation pour les médecins désirant se spécialiser en gériatrie et pour les aides non qualifiées, ainsi que des activités de recherche.

Notons aussi que la médicalisation est partout assez récente. Dans la pension valaisanne, elle est surtout le fruit de la volonté de la nouvelle direction, en place depuis moins d'un an. On y trouve ainsi encore quelque 50 % de personnes totalement indépendantes ⁶, ce qui n'est de loin pas le cas des;

- 5) Nous appelons soignantes tous les membres du personnel qui ont directement affaire avec les pensionnaires. Comme les femmes sont partout largement majoritaires, nous utiliserons toujours le féminin.
- 6) Par personnes indépendantes, nous entendons les pensionnaires qui peuvent se prendre eux-mêmes en charge pour tous les actes de la vie quotidienne. Leur placement a eu lieu pour des raisons sociales.

établissements genevois. Dans le premier de ceux-ci, l'institution B, la laïcisation du personnel en 1974 a entraîné le doublement des effectifs des soignantes. Les autres mesures de médicalisation dataient d'à peine deux ans au moment de notre observation. Pendant celle-ci, d'ailleurs, fut établi un rapport complet sur les besoins en matériel de soins infirmiers et sur l'état des locaux existants. L'évolution a également été rapide dans l'institution C. Depuis 1970-71, le nombre de soignantes diplômées y a été multiplié par vingt alors que le nombre de pensionnaires a légèrement diminué.

Nous avons ainsi affaire, dans les trois institutions, à un processus de médicalisation d'origine récente et encore inachevé. Il a pour résultat la présence, dans chacune des pensions, de deux types de personnel: du personnel non qualifié et du personnel qualifié, engagé au cours des dernières années. La première catégorie est vraisemblablement appelée à disparaître à moyen terme. Dans l'institution C tout au moins — c'est la plus médicalisée pour l'instant, rappelons-le — on se prépare, en effet, à donner une formation aux aides actuellement non qualifiées qui en ont les capacités et sont motivées à faire l'effort requis. Celles qui ne rempliront pas ces conditions seront transformées en hygiénistes responsables de la propreté des lieux; elles n'auront plus rien à faire avec les pensionnaires et ne feront donc plus partie de ce que l'on appelle ici le personnel soignant.

Nous l'avons déjà mentionné, c'est de l'existence de ces deux catégories de soignantes que découle la dualité des comportements à l'égard des pensionnaires. Avant d'en venir à la description de ces comportements, il nous faut donc examiner de plus près ces deux types de personnel.

3. PERSONNEL DIPLOME ET PERSONNEL NON QUALIFIE

3.1. CARACTERISTIQUES PERSONNELLES ET STRUCTURELLES

Dans les deux institutions genevoises — nous reviendrons sur la situation valaisanne — les aides non qualifiées sont étrangères dans leur très grande majorité (80 % dans l'institution C). Elles n'ont le plus souvent aucune motivation particulière à travailler dans des maisons pour personnes âgées, ayant tout simplement pris l'emploi qu'elles trouvaient. Elles occupent en outre généralement leur emploi depuis des années (8,5 ans en moyenne dans l'un des services étudiés). Elles ont donc été engagées au cours de la période de pré-médicalisation et font ainsi figure d'anciennes face à un personnel qualifié (comprenant les aides qualifiées — encore très peu nombreuses — les infirmières-assistantes et les infirmières) qui travaille rarement depuis plus de deux à trois ans dans les pensions en question et dont la "durée de vie" en

milieu gériatrique est réputée courte. Dans un de nos lieux d'observation, les deux infirmières responsables d'unité étaient en effet là depuis moins d'un an et quatre diplômées sur six avaient l'intention de chercher un autre emploi, voire même de changer de profession.

En Valais, la situation est globalement semblable: juxtaposition de personnel qualifié et non qualifié et d'années de service très différentes; elle se complique néanmoins du fait de deux facteurs spécifiques:

- a) La gestion de la pension venait d'être confiée à une congrégation religieuse. La direction générale, ainsi que la responsabilité des diverses unités est ainsi assumée par des religieuses, dont moins de la moitié sont qualifiées. Nous verrons plus loin que les religieuses n'ont pas de leur travail la même conception que les laïques.
- b) Il n'y a pas d'aides étrangères, la situation du marché de l'emploi étant beaucoup moins tendue. En revanche, plusieurs nurses ont été engagées, car elles n'ont pas trouvé à se placer dans le domaine de leur spécialisation. Elles rêvaient de s'occuper de bébés et se trouvent en face de personnes âgées: leur comportement s'en ressent comme nous le verrons.

De l'organisation pyramidale des compétences – liée à la professionnalisation de la prise en charge – découle un second principe général de différenciation du personnel: le degré d'interaction avec les pensionnaires et la nature des tâches. Le personnel non qualifié est indéniablement le plus proche des résidents. Chargé de les aider dans tous les actes de la vie quotidienne – toilette, lever, coucher, repas, etc. – il passe beaucoup de temps avec eux. A l'inverse, les infirmières – qui sont toujours responsables des services – ont relativement peu de contacts avec la plupart des pensionnaires: les soins infirmiers à proprement parler sont assez limités et les travaux de type administratif très absorbants. A mi-chemin, les infirmières-assistantes et les aides qualifiées participent aux diverses tâches de manière variable; leurs attributions sont en effet loin d'être définies dans cette phase de transition. De toutes manières, le manque flagrant de personnel – dont témoigne notamment l'accroissement de quelque 30 % demandé par les deux institutions genevoises – compromet cette division du travail. Certes, le "petit personnel" n'empiète jamais sur le domaine médical: les soins infirmiers sont strictement réservés aux employées diplômées. L'inverse n'est en revanche pas vrai: les infirmières-assistantes et les aides qualifiées sont obligées d'accomplir quotidiennement du travail non qualifié; les infirmières elles-mêmes doivent parfois donner un coup de main.

3.2. LA DEFINITION DE LA SITUATION

La clientèle des institutions de placement à long terme pour personnes âgées se caractérise donc par le fait qu'il s'agit d'une population *diminuée*. Ce sont des personnes auxquelles manque la condition fondamentale du droit à être considéré comme un adulte à part entière: la capacité de se prendre en charge de manière indépendante.

Selon qu'il est médical ou non, le regard porté sur cette incapacité confère des sens différents à l'encadrement et conduit à des stratégies de prise en charge contrastées.

Pour caractériser la définition médicale de la situation institutionnelle, le paradigme parsonien du rôle de malade et les variables de configuration (*pattern variables*), nous paraissent appropriés. Rappelons rapidement le premier tout d'abord.

Pour Parsons, le rôle de malade concerne la société tout entière: la maladie constitue en effet une menace pour son bon fonctionnement. Être malade, c'est une forme de déviance, une réaction de l'individu qui n'est plus capable de faire face aux contraintes de sa vie quotidienne (Parsons & Fox, 1952, a et b).

Comme tout rôle social, le rôle de malade implique un certain nombre d'attentes normatives. Elles consistent en deux droits et deux obligations qui soulignent le caractère conditionnel du rôle (Parsons, 1951, 436–437). Ainsi le malade:

- a) n'est pas censé guérir par un simple acte de volonté, quels que soient les processus inconscients sous-jacents à la maladie, et est libéré de la responsabilité première de son état;
- b) est exempté de l'exercice de ses autres rôles sociaux;
- c) doit vouloir guérir, ou tout au moins vouloir éviter toute dégradation ultérieure de son état de santé dans toute la mesure du possible (Parsons, 1975, 259);
- d) a l'obligation de solliciter l'aide techniquement compétente d'agents des services de santé et de coopérer avec eux.

Dans le contexte des institutions de placement pour personnes âgées, ce cadre de référence normatif a pour conséquence l'attribution d'une identité spécifique aux pensionnaires. Ils ne se définissent plus avant tout par leur âge avancé, mais par leur(s) maladie(s). Du coup, leur dépendance prend un sens précis: c'est non seulement un droit découlant directement de leur état de santé, mais la condition même de la possibilité du traitement médical. L'entrée en institution, milieu thérapeutique, atteste alors de la volonté du malade de vouloir se faire soigner. Ainsi sont actualisées les attentes normatives à l'égard du malade.

L'intériorisation de ces attentes et l'adoption d'une attitude profession-

nelle conduisent à une stratégie d'encadrement des pensionnaires que l'on peut qualifier de thérapeutique. Parmi les soignantes qualifiées, ce sont les infirmières qui se rapprochent le plus de ce type idéal de comportements. Du fait, entre autres, de la nature hybride de leurs fonctions, les aides qualifiées et les infirmières-assistantes oscillent entre le maternage et l'attitude thérapeutique, mais se rapprochent toutefois davantage de la seconde que du premier.

N'ayant pas été socialisées à cette vision médicale de leur univers de travail et n'y étant exposées que depuis un temps limité, les aides non qualifiées tendent vers un autre type de stratégie, le maternage, fruit d'une autre perception de la réalité.

En l'absence d'un cadre de référence professionnel acquis par une période de formation, les aides non qualifiées puisent les éléments de leur définition de la situation dans leur vie quotidienne. Or, c'est justement à une expérience de la vie quotidienne connue directement ou indirectement de chacun que leurs tâches s'apparentent le plus: le rôle de la mère assistant son enfant encore dépendant.⁷ L'observation nous a montré que ce sont bien des comportements de type maternel que les aides non qualifiées adoptent à l'égard des pensionnaires, voyant avant tout dans leur dépendance l'analogie avec l'enfance.

- 7) L'autonomie en moins car si l'on a pu dire que la femme est reine dans son foyer, le "petit personnel" des institutions en question est chapeauté par ses chefs et doit se plier à un certain nombre de règles bureaucratiques. Le remplacement des anciens chefs, également non qualifiés, par des supérieures appartenant à la hiérarchie médicale se traduit d'ailleurs par la multiplication des règles à respecter (manière de faire une toilette, un lit, etc.), qui sont autant de sources de tension. Dans cette logique, on comprend bien que la médicalisation pose le problème de la formation de tout le personnel, quelles que soient ses tâches. Il faut relever que les infirmières diplômées tendent à mépriser les aides non qualifiées. Relevons deux commentaires qu'elles nous ont fait à propos de ces dernières: "Elles sont gentilles, mais elles n'ont aucune forme d'éducation, aucune ouverture d'esprit; il est impossible de parler de quoi que ce soit avec elles". "Ce sont des personnes qui savent souvent à peine lire et écrire . . . des gens très frustes". Les aides non qualifiées éprouvent d'ailleurs des sentiments mitigés à l'égard des diplômées. D'une part, elles se sentent très fortement en situation d'infériorité. Ainsi, elles nous déclarèrent à propos de la visite hebdomadaire du médecin, entouré de tout le personnel qualifié: "C'est la confrérie, nous, on n'y va pas" et nous firent remarquer: "Nous on a des souliers, on ne peut pas entrer dans les salons. C'était pour les gradés", à propos d'une conférence donnée au sein de l'institution. D'autre part, elles se targuent d'une certaine supériorité face aux diplômées, comme en témoignent les propos ci-après: "Les nouvelles (le personnel qualifié) ne voient pas les choses: c'est bien, la théorie, mais ce n'est rien sans la pratique"; "La théorie n'est pas toujours applicable, chaque pensionnaire a ses habitudes"; "La chef, même si elle est bonne, ne peut rien sans l'équipe".

Ce que nous appelons maternage ⁸ est un type bien précis de comportements maternels: ceux qui correspondent aux catégories sociales inférieures, auxquelles appartiennent les aides non qualifiées (voir l'étude de familles ouvrières américaines de Gans, *The Urban Villagers*, 1952). Ces comportements s'opposent aux conceptions du rôle parental de familles d'origine sociale plus élevée (voir les familles juives appartenant à la classe moyenne supérieure de Toronto étudiées par Seeley, Sim et Loosley, dans *Crestwood Heights*, 1956. Pour une présentation des deux, voir Berger & Berger, 1972, 91–95). Centrées sur les adultes, ces familles ouvrières ne font aucune place particulière à l'enfant. Leurs pratiques éducatives – de tradition récente, voire tout à fait pragmatiques – reposent sur l'idée qu'il faut constamment discipliner l'enfant. L'adulte doit lui dicter ce qu'il peut faire et ne pas faire. Cet autoritarisme s'appuie sur un système combinant récompenses et punitions, verbales et physiques. Le chantage – en particulier la menace de dénoncer la désobéissance au père – est de pratique courante. Ce sont exactement là les traits caractéristiques du maternage des aides non qualifiées, comme nous le verrons.

Pour Parsons, contexte familial et contexte professionnel se différencient en outre dans nos sociétés industrielles par leur orientation normative à des valeurs totalement opposées. Ressortissant de la sphère privée des comportements, le premier s'organise autour de la valeur de la *Gemeinschaft*: l'implication affective de soi dans la relation aux autres membres de la communauté, l'adoption d'une attitude diffuse et altruiste à leur égard, la reconnaissance de leurs particularismes. A l'inverse, le contexte professionnel est régi par les valeurs de neutralité affective, d'universalisme, de spécificité et, dans la plupart des cas, de centration sur ses intérêts propres (1951, 177–178 par exemple). Normativement, le médecin est toutefois censé faire passer ces derniers au second plan et doit être orienté avant tout vers la collectivité.

Le maternage des aides non qualifiées ne tend toutefois qu'imparfaitement vers les valeurs spécifiques du contexte familial. En effet, même s'il s'apparente pour elles au milieu familial, le milieu institutionnel reste essentiellement un milieu de travail. Cette même ambiguïté fondamentale de l'institution, à la fois milieu de vie et de travail, explique aussi la difficulté du personnel diplômé à s'en tenir strictement à des valeurs professionnelles. Attitude thérapeutique et maternage ne sont donc – il faut insister sur ce point – que les pôles idéaux de ces deux types de comportement que nous allons maintenant examiner de plus près. Les aides non qualifiées seront données en exemple du premier, les infirmières du second, bien que ni les unes ni les autres n'aient l'apanage de leurs comportements respectifs, puisque les aides qualifiées et les infirmières-assistantes ont des attitudes mixtes.

8) Utiliser ce terme – a priori générique – pour caractériser un seul type de comportements maternels peut choquer, dans la mesure où les comportements en question sont rejetés aujourd'hui par tout parent "éclairé". Nous le gardons néanmoins car il est d'usage courant dans les milieux institutionnels observés.

4. LES COMPORTEMENTS DES SOIGNANTES

4.1. LE MATERNAGE

L'implication affective de soi, la particularisation des relations en découplant quasi obligatoirement ainsi que le caractère diffus que le maternage confère à celles-ci transparaissent derrière tous les comportements des aides non qualifiées.

Ainsi, elles s'attachent à certains pensionnaires et expriment la pitié que leur inspire leur condition. L'une d'entre elles nous déclara spontanément: "On se prend d'amitié pour elles et puis, quand elles meurent, cela nous fait mal, mais on se dit alors que c'est quand même mieux que de vivre comme un légume". Ce mélange de pitié et d'attachement se manifeste de différentes manières dans la vie courante: une aide non qualifiée embrasse tous les pensionnaires le soir avant de s'en aller; une autre écrit régulièrement à la fille d'une dame âgée, pour lui donner des nouvelles de sa mère; une troisième – pourtant parmi les plus brusques à l'égard des pensionnaires – exprime son indignation parce qu'une pensionnaire a été invitée à un mariage dans sa famille et que l'invitation n'a pas été étendue à son amie intime, avec laquelle elle partage tout, y compris une chambre. Sa compagne en fut bouleversée que toutes les aides en ont été émues. Dans la même institution, tout le personnel de base s'ennorgueillit naïvement de la réputation de son service: on dit, en effet, que c'est un "hôtel de première classe", où les "mémés ne veulent plus mourir parce qu'elles sont trop gâtées". Comme les aides non qualifiées disposent d'une certaine marge de manœuvre à l'office, elles s'efforcent – parfois, quand elles en ont envie – de faire plaisir aux pensionnaires. Ainsi, la responsable de la cuisine nous fit remarquer un jour qu'elle cuisait des œufs durs parce que les pensionnaires en raffolent, mais ajouta-t-elle: "Il ne faut pas leur en faire trop souvent parce qu'après ils en demandent tout le temps". Dans une autre pension, c'est tout un service qui s'est pris d'amitié pour une aveugle-sourde-muette de 94 ans, qu'on cajole dans toute la mesure du possible.

Cette implication affective des aides non qualifiées n'est toutefois pas sans conséquences pour elles et pour leur propre équilibre: elles ont évidemment tendance à réagir de façon très émotive aux comportements qui les visent directement. Donnons-en un exemple: l'une d'elles sort en pleurant de la chambre d'une malade particulièrement revendicatrice qui s'en est prise à elle. Une de ses collègues refuse d'ailleurs d'entrer dans cette même chambre après avoir fait une crise de nerfs dans des circonstances semblables. Dans une autre unité, une jeune étrangère s'exclame amèrement: "On fait tout ce qu'on peut pour ces femmes et elles ne sont jamais contentes".

De manière générale, l'affection des aides non qualifiées dépend de deux conditions préalables: le sexe de la personne et sa docilité. Les aides non quali-

fiées — et nous l'avons dit, ce sont des femmes dans leur très grande majorité — ne se prennent d'amitié que pour des pensionnaires du même sexe et n'éprouvent que de la colère, de la rage, voire de la haine pour tous ceux qui réclament, se plaignent, ont des exigences. Le sexe et la docilité ne sont cependant pas des conditions suffisantes. Il faut, en outre, qu'il y ait interaction assez fréquente entre les aides non qualifiées et la pensionnaire en question. En d'autres termes, les résidents dociles mais indépendants physiquement et mentalement passent inaperçus; on est indifférent à leur égard.

L'implication affective des aides non qualifiées s'inscrit dans le cadre d'une attitude globale de priorité de leurs propres droits et besoins sur ceux des pensionnaires. On peut voir là l'équivalent de la centration sur l'adulte des familles ouvrières de Gans et une limite de l'orientation altruiste. Lorsque l'un des résidents dérange par ses coups de sonnettes ou par une requête à laquelle elles n'ont pas envie de répondre, elles font semblant de ne pas entendre. Lorsqu'elles ne veulent pas retourner à la cuisine parce qu'elles ont oublié le sucre, elles servent du café au lait; lorsqu'un malade se déplace trop lentement pour aller à la physiothérapie elles le mettent dans une chaise roulante; lorsqu'elles veulent prendre de l'avance pour être sûres de partir à l'heure, elles commencent à coucher les personnes dépendantes au milieu de l'après-midi; lorsqu'elles passent devant les toilettes, elles y conduisent les malades, qu'ils le veuillent ou non et elles les y laissent une demi-heure si elles sont en train de prendre leur pause-café . . .

C'est peut-être dans l'absence de toute vie privée des pensionnaires que se voit le plus clairement l'orientation diffuse du maternage. Certes, le caractère total de l'institution est en soi une source de limitation de l'espace privé. Certains comportements paraissent toutefois découler davantage de la nature même du maternage que de celle de l'institution. Ainsi, la fouille des effets personnels des pensionnaires (sacs à main, poches, armoires) pour s'assurer qu'ils n'y cachent pas de nourriture, de boissons alcoolisées ou tout simplement pour vérifier si l'ordre règne. Une soignante nous l'avoua très naïvement: "Il faudrait leur prendre toutes leurs clefs parce qu'on ne sait pas bien ce qu'il y a dans leur armoire, ce sont de vrais nids à poussière". Ainsi, le fait que des membres du personnel branchent la radio dès qu'ils ont à faire dans certaines chambres, que leurs occupants soient là ou non, que ça leur plaise ou non, ce qu'ils ne disent d'ailleurs pas et qu'on ne leur demande pas. Ainsi encore, le contrôle exercé sur l'argent de certains et l'obligation faite à des hommes, par exemple, de l'économiser pour s'acheter des rasoirs électriques (plus pratiques pour les raser).

Signe peut-être le plus manifeste de la parenté du maternage avec la relation de la mère à l'égard de son enfant, le tutoiement est inégalement répandu. De manière générale, ce sont les personnes les plus dépendantes physiquement et/ou les plus atteintes au plan psychique que l'on tutoie. Cette règle connaît une exception quasi absolue: les pensionnaires qui en im-

posent aux aides non qualifiées – généralement à cause de leur origine sociale supérieure mais parfois aussi par une attitude distante – ne sont pas tutoyées. Certains pensionnaires de l'institution valaisanne tutoient cependant eux aussi les soignantes, les appelant par leur prénom. L'un d'entre eux prit même l'initiative de tutoyer l'observateur. Cela correspond à un plus grand usage du "tu" dans les régions valaisannes rurales et montagnardes.⁹ Les pensionnaires évitent également de tutoyer ceux des membres du personnel qui les intimident particulièrement, par exemple les religieuses. Le tutoiement s'inscrit tout à fait dans la logique de la familiarité des relations. Des expressions comme: "Elle a bien dormi la mémée?", "Ça va, papi?" ou "Viens, on va te laver le popo" sont autant de signes d'affection. On ne dira jamais, par exemple, d'une pensionnaire que l'on n'aime pas qu'"elle est chou" ou "mignonne".

C'est de la même manière qu'il faut interpréter certains comportements, par exemple l'habitude qu'ont les aides non qualifiées d'un service de traiter deux pensionnaires très atteintes psychiquement comme des poupées. Non seulement elles leur jouent des tours (en leur cachant des objets particulièrement importants à leurs yeux: canne, loupe, mouchoir), mais elles jouent également avec leurs corps; elles tiraillent le chapeau que l'une porte jour et nuit et le lui enfoncent jusqu'aux yeux; elles tressent les cheveux de l'autre sur le sommet de sa tête et lui font une queue de cheval avec du papier de toilette. L'attitude que révèle le dialogue ci-dessous entre une soignante et une pensionnaire ne témoigne pas d'avantage d'une volonté de mépris: "Tu veux aller aux toilettes?"; "Non"; "Sûre?"; "Oui, sûre"; "Viens, on y va quand même".

Pour fonctionner, toute institution de ce type nécessite un minimum d'ordre, donc de discipline. La conception qu'en ont certaines aides non qualifiées, la manière autoritaire dont elles entendent la faire respecter surtout, nous semblent toutefois relever à nouveau autant, si ce n'est davantage, du caractère du maternage que des exigences fonctionnelles du système institutionnel.

Les repas – moments forts de la vie des pensionnaires – sont à cet égard un très bon lieu d'observation. Nous y avons fréquemment relevé des ordres donnés aux pensionnaires par les aides non qualifiées: "Julie, ne te lève pas de table", "Clémentine, ne mange pas avec tes doigts", "Ce soir, on ne jette rien, il faut tout manger". On force les pensionnaires à manger, même s'ils n'ont pas faim, même s'ils n'aiment pas ce qu'on leur sert. S'il le faut, on leur pince même parfois le nez pour qu'ils ouvrent la bouche. Dans l'une des pensions, tout résident qui ne se rend pas à la salle à manger à l'heure des repas est immédiatement recherché (il s'agit de personnes indépendantes).

9) Les enquêteurs du GUGRISPA qui parcoururent les régions campagnardes et montagnardes du Valais central pour interviewer des personnes âgées vivant hors institution en firent fréquemment l'expérience.

La discipline s'étend, bien sûr, à la vie institutionnelle tout entière et, toujours, à l'aide des mêmes procédés autoritaires. Une vieille dame qui met souvent plusieurs couches de vêtements se voit ainsi confisquer purement et simplement la clef de son armoire. Deux pensionnaires tout à fait indépendants qui ne font apparemment pas un usage intensif de leur linge de bains — il est toujours sec ont remarqué les soignantes — sont dorénavant lavés tous les jours par le personnel. On peut aussi tenter de modifier les comportements en faisant miroiter une récompense: "Jules, si tu es sage (c'est-à-dire, si tu ne disparaîs pas à l'heure du bain), on te donne tes sous". Le chantage peut être, au contraire, menaçant: "Vous n'arrêtez pas de bouger . . . il faut arrêter maintenant sans cela on vous f . . . dehors! ". Parfois, le geste est joint à la parole: on lève la main sur un pensionnaire pour l'amener à composer dans la crainte de recevoir une gifle.

On retrouve donc bien dans ce type de comportements que nous avons appelé le maternage les caractéristiques de la conception autoritaire et pragmatique du rôle parental des familles ouvrières étudiées par Gans. Examinons maintenant le pôle idéal opposé: celui de l'attitude thérapeutique.

4. 2. L'ATTITUDE THERAPEUTIQUE

Nous l'avons dit, le caractère total et ambigu du milieu institutionnel, à la fois lieu de vie pour les pensionnaires et lieu de travail pour le personnel, rend difficile la stricte adhésion aux valeurs normatives. Dans un contexte où les deux catégories opposées d'acteurs — les agents de la prise en charge et leurs clients — sont constamment en contact, il est très difficile de maintenir des relations tout à fait professionnelles.¹⁰ L'affectivité (positive ou négative), la particularisation des relations et une certaine orientation diffuse¹¹ ne sont donc pas totalement absents des comportements des infirmières. Elles maîtrisent toutefois d'habitude leurs sentiments et réussissent à maintenir une certaine distance vis-à-vis des résidents. L'attitude de l'infirmière-chef à l'égard de la pensionnaire récalcitrante mentionnée plus haut en est un bon

- 10) Goffman (1961, 79) relève également la difficulté pour le personnel de ne pas ressentir de sentiments alors que son "matériel de travail" est humain. Cette implication affective de soi dans toute relation humaine d'une certaine durée est d'ailleurs connue; le "syndrome de Stockholm" montre bien que même l'opprimé peut y succomber face à son oppresseur.
- 11) Freidson (1970, 171) parle de cette même tendance chez le médecin praticien qui "en vient à se considérer comme expert . . . de tous les problèmes humains" en contradiction avec l'orientation spécifique que lui attribue Parsons.

exemple. Alors que les aides non qualifiées flanchent nerveusement face à ses récriminations, l'infirmière entretient avec elle des relations non problématiques. Cette moindre implication affective de soi s'explique à la fois par la formation reçue, par le nombre limité des contacts avec les pensionnaires et par leur caractère plus technique, donc plus professionnel. Dans cette logique, les infirmières tendent donc à rejeter le tutoiement, l'infantilisation verbale et comportementale ainsi que l'intrusion dans les sphères ultimes de la vie privée.

Plus distantes dans leur ensemble – au sens propre comme au sens figuré – les infirmières sont, en outre, perçues par les pensionnaires comme les expertes du savoir médical. Dans la pratique, ce sont elles en fin de compte qui détiennent le pouvoir sur la vie et la mort, même si ce n'est que par délégation du médecin et par délégation auprès du médecin.¹² Les pensionnaires ne dépendent pas des aides non qualifiées de la même manière. Les infirmières ont aussi sur eux un réel ascendant, qui les dispense de recourir aux cris, aux menaces ou au chantage lorsqu'elles doivent faire respecter l'ordre institutionnel. Il serait faux, en effet, de s'imaginer des infirmières n'exerçant aucune discipline. Celle-ci leur incombe même prioritairement, puisqu'elles sont responsables des services. Elles en ont toutefois une conception différente de celle du personnel non qualifié. La discipline, pour elles, est au service du traitement médical. Ce n'est donc pas une fin en soi mais un moyen. Elles tendent donc à n'intervenir que lorsque l'atteinte à l'ordre est manifeste et/ou le traitement en jeu. Donnons-en un exemple. Une pensionnaire nouvellement arrivée a de violents accès de rage: elle veut rentrer chez elle, refusant d'admettre qu'elle n'est pas en état de le faire. La paix des autres pensionnaires en est troublée et son traitement compromis car elle refuse toute thérapeutique, y compris la physiothérapie. Après quelques jours de vaines palabres, le médecin et l'infirmière-chef décident de la ramener à la raison en lui administrant des calmants; ils diagnostiquent une démence.

Ce cas n'illustre toutefois pas uniquement les raisons médicales de faire respecter des contraintes. Il met l'accent sur deux autres traits spécifiques de l'approche des professionnels de la médecine: le type de diagnostic posé,

- 12) Le médecin, lorsqu'il en a un (voir tableau des indicateurs de la médicalisation), est rarement présent dans les services. La plupart des pensionnaires n'ont pas de contacts directs avec lui: l'infirmière leur sert d'intermédiaire, sans qu'ils le sachent le plus souvent. Une femme se plaignit un jour de ce qu'"on voit passer des floppées de médecins dans les couloirs et ils ne vous saluent même pas". Elle faisait manifestement allusion à la visite bi-mensuelle du médecin-chef, accompagné du médecin responsable de l'unité et des infirmières-assistantes. Cela faisait en tout six à sept personnes, mais deux médecins seulement. A diverses reprises, nous avons entendu des pensionnaires échanger des remarques au sujet de l'abandon dont ils s'estimaient victimes de la part du corps médical.

les moyens utilisés. Le médecin et l'infirmière concluent en effet à une dé-mence; ils prescrivent des tranquillisants. Or, ce sont là des manières de gérer des conflits qui ne sont pas à la portée des aides non qualifiées. La propension à interpréter tout comportement en termes médicaux dépasse d'ailleurs le cadre du conflit: elle est quasiment automatique chez les soignantes qualifiées. Ainsi, à une femme qui pleure, l'une d'entre elles demande: "Pourquoi pleures-tu? Tu as mal au ventre?".

Nous pouvons maintenant — la toile de fond étant plantée — retourner aux attentes normatives que Parsons lie au rôle de malade, pour examiner plus avant les comportements typiques de l'attitude thérapeutique.

Reconnaître l'incapacité du malade à accomplir toutes les tâches inhérentes à la vie quotidienne des adultes prend un sens positif pour les infirmières. Alors que les aides non qualifiées ne retiennent de cette incapacité que le supplément de travail qu'elle représente pour elles, les infirmières la voient comme un élément intrinsèque du traitement. C'est à la fois un instrument thérapeutique — le repos — et une condition préalable de toute autre forme de traitement. Il ne s'agit donc pas de tout faire à la place du malade, y compris ce qu'il peut encore faire lui-même, même en beaucoup de temps, ou ce qu'il pourrait ré-apprendre à faire. C'est ainsi qu'une infirmière en vint à reprocher à une aide non qualifiée de placer inutilement et dangereusement un malade dans une chaise roulante. C'est ainsi surtout que se manifeste constamment leur esprit d'activisme caractéristique de l'esprit médical (Freidson, 1970, 252-58). Leurs efforts pour activer physiquement les malades et pour animer les services se sont toutefois le plus souvent soldés par des échecs, face, d'une part, à l'opposition sourde des aides non qualifiées — qui n'y voient qu'un surcroît de travail — face, d'autre part, à la très grande inertie de l'immense majorité des pensionnaires. Une infirmière-cadre nous expliqua que ses consignes de stimulation des malades s'étaient heurtées à une fin de non-recevoir de la part des intéressés: "ils ont mis les pieds au mur, parce qu'ils ne sont pas venus chercher ici la récupération mais le confort et l'absence de douleurs". Trois soignantes diplômées ayant tenté une expérience d'animation avec des pensionnaires (jeux, préparation en commun de repas légers) exprimèrent davantage d'amertume devant leur échec, qui a totalement démoralisé l'une d'entre elles. Celle-ci se plaignit à nous de ces personnes âgées qu'il est impossible "de faire bouger", qui "ne s'intéressent à rien". Il n'en reste pas moins que la mobilisation et la rééducation physique des pensionnaires par une physiothérapie que l'on rêve intensive et omniprésente est l'un des objectifs fondamentaux du discours des cadres infirmiers sur le développement de l'institution actuellement la plus médicalisée.

C'est par le rejet catégorique — et lourd d'animosité — de toute tendance suicidaire, même détournée, que les infirmières manifestent le plus clairement leur attachement au devoir du malade de vouloir guérir. Nous en avons observé un cas typique: une vieille femme (90 ans), placée contre son gré dans une pen-

sion depuis six ans, a décidé de se laisser mourir, parce qu'elle n'accepte pas son placement. Elle ne veut plus sortir de son lit, ne veut plus parler, ne veut plus manger, ouvre rarement les yeux. Horrifiée par ce comportement, l'infirmière-chef exige qu'on la nourrisse de bouillies (car elle se refuse à mâcher) et qu'on la lève tous les jours. Aucune autre pensionnaire n'est aussi souvent brusquée qu'elle, ni aussi peu aimée. Nous avons vu la même réaction dans un autre établissement, où une infirmière-chef nous exprima son aversion à l'égard d'un homme de 44 ans, atteint d'une sclérose en plaques avancée, qui, très dépressif, cherche à se laisser mourir de faim (une soignante nous laissa entendre qu'on l'avait déjà réanimé plusieurs fois et nous dit que, de toutes façons, "on le bourre de vitamines").

L'irritation des infirmières face aux hypocondriaques relève de la même attente normative. Les mille et une plaintes de ceux-ci ne sont, en dernière analyse, qu'un refus de sortir de leur maladie: rien ne peut leur arriver de pire que de s'entendre dire qu'ils vont beaucoup mieux qu'ils ne le pensent. Certes, le "petit personnel" non qualifié s'exaspère aussi de leurs gémissements, il peut toutefois les renvoyer aux diplômées et ne se sent pas le premier concerné. Nous avons observé un bon exemple de cette différence de perception et avons pu nous rendre ainsi compte que la bête noire des aides non qualifiées n'est pas forcément celle des infirmières et vice-versa. Dans l'unité où la rage des premières se déversait sur la malade la plus critique et la plus exigeante, l'énervement de l'infirmière-chef était suscité par une malade totalement différente. Indépendante physiquement, cette femme passait ses journées à attendre (l'heure de manger, l'heure du thé, l'heure du coucher, des visites qui ne venaient jamais . . .). Elle ne dérangeait donc pas "le petit personnel", qui n'avait guère à s'occuper d'elle. Il s'accommodait assez bien d'une certaine méfiance qu'elle lui témoignait parfois, d'ailleurs très timidement (elle est convaincue parfois qu'on veut l'empoisonner). En revanche, elle agaçait prodigieusement l'infirmière qui nous déclara, excédée: "elle est toujours dans mes jupons à me demander quelque chose", généralement des médicaments.

Nous avons déjà donné un exemple de la réaction des infirmières à ceux qui refusent de se faire soigner par des personnes compétentes et de collaborer avec elles. C'est en effet de cela aussi que rendait compte l'exemple de la pensionnaire calmée par des tranquillisants parce qu'elle refusait son placement. Le refus de coopérer des malades est géré par toute une série de tactiques, allant de l'évitement momentané à l'imposition des comportements désirés. Ce refus heurte vivement les infirmières. Nous avons vu l'une d'entre elles se poser un vrai cas de conscience à propos d'une malade encore jeune (65 ans) qui, espérant la guérison d'un miracle divin, ne vivait que dans l'attente de pèlerinages annuels et faisait preuve, le reste du temps, de la passivité la plus totale. A l'inverse, les infirmières — comme les autres soignantes d'ailleurs — se désintéressent totalement de ceux des pensionnaires qui n'ont aucun besoin de leurs interventions. Nous avons vu plusieurs exemples de

ces résidents "oubliés", passant totalement inaperçus, parce qu'à la fois indépendants et très effacés.

On le voit, l'espace médical reflète bien des contraintes liées au rôle de malade dans le paradigme médical dominant de la médecine curative formalisé par Parsons. Le caractère socialement indésirable de la maladie et la promotion du soignant au rôle d'expert d'un domaine de plus en plus technique expliquent l'assujettissement du malade à ce dernier.

5. LIMITES DE LA DEFINITION MEDICALE DE LA VIEILLESSE

La différence entre les comportements de maternage et les comportements thérapeutiques découle, nous l'avons vu, de deux définitions différentes de la situation.

La seconde définition, la plus récente, repose sur l'équation pensionnaire = malade, donc — dans le cadre de la conception médicale dominante — personne à soigner activement. Nous l'avons toutefois également dit, le taux de mortalité est très élevé dans ces établissements et l'état de santé des pensionnaires lors des admissions est condamné à s'aggraver par la mise en œuvre des politiques de maintien à domicile. Ce ne sont donc pas tant à des améliorations qu'à des dégradations inéluctables que peuvent s'attendre les soignantes. En d'autres termes, les pensions de placement pour personnes âgées sont — et deviendront de plus en plus — des antichambres de la mort. Cette réalité est en contradiction totale avec l'objet du modèle médical curatif: la maladie aiguë.¹³ Pourtant, c'est toujours à ce dernier que se réfèrent les soignantes diplômées, ne serait-ce qu'implicitement. Leur taux de rotation élevé, auquel nous avons déjà fait allusion, indique bien leur insatisfaction face à une situation qui les dépasse; leurs propos vont souvent dans le même sens. Ainsi, revenant d'un congé, une infirmière nous dit combien il lui était difficile de reprendre le travail et de devoir passer "encore toute une année avec ces vieux".¹⁴ Le stress était si grand qu'elle eut de violents maux d'estomac et des vomissements le jour de son retour. Une autre infirmière fit une dépression nerveuse de deux mois parce qu'elle ne supportait pas de diriger

13) Il a souvent été reproché au modèle parsonien de se limiter à ce type de maladies et d'ignorer en particulier toutes les maladies chroniques (voir, par exemple, Thomas, 1966 et Gallagher, 1976).

14) Elle avait décidé de ne pas rester plus d'une année dans une institution pour personnes âgées et venait d'arriver.

une unité de personnes âgées après avoir été responsable d'un service de médecine dans un hôpital. Les infirmières-assistantes et les aides qualifiées, plus jeunes parce que leurs spécialisations sont relativement récentes, ne sont pas plus satisfaites. L'une d'entre elles nous raconta un jour qu'elle trouvait le travail très dur "parce qu'on voit comme on deviendra peut-être". Elle ajouta qu'elle tremblait chaque fois qu'elle devait conduire un corps à la morgue et que les toilettes mortuaires sont pour elle un calvaire. D'autres se plaignent de ce qu'"on finit toujours par faire la même chose, donner des soins, faire des toilettes, aider à manger . . .", sans aucun espoir de progrès. En fait, au cours de toutes nos observations, nous n'avons rencontré qu'une seule pensionnaire pour laquelle il y avait encore une chance d'amélioration réelle. S'étant cassé le fémur à la suite d'une chute, elle avait été envoyée dans l'institution après un séjour à l'hôpital. Elle arriva en très mauvais état : décharnée, très affaiblie, tout à fait désorientée et un talon rongé par une escarre très profonde. L'infirmière-chef, persuadée que toute escarre résulte d'une faute professionnelle, décida de réparer celle qu'avait commise le personnel de l'hôpital. L'acharnement dont elle fit preuve pour refermer l'escarre, puis dans l'enthousiasme d'un succès en vue, pour amener la malade à se remettre sur ses jambes, était clairement à la mesure des immenses frustrations éprouvées face à tous les autres malades. Le manque d'"intérêt médical" de ces personnes âgées est illustré également par l'attitude des médecins. Dans l'institution la plus médicalisée, le médecin de l'unité n'apparaissait que si l'infirmière-chef faisait appel à lui, ce qui arrivait rarement. Le médecin-chef de la pension passait deux fois par mois. Pendant notre séjour, lors de sa visite, il n'alla voir qu'une seule malade sur vingt-huit, une mourante.

La définition médicale prévalente de la situation apparaît donc comme très fragile. Or, comme l'a montré Laub Coser (1963), l'absence de tout but transcendant leur pratique peut conduire des infirmières à une définition de la situation tout à fait comparable à celle des aides non qualifiées que nous avons observées. L'auteur étudie un grand hôpital de l'ouest des Etats-Unis. Dans cinq de ses six pavillons, on considère qu'il n'est pas possible d'améliorer l'état des patients, contrairement à l'avis de médecins interviewés. Le sixième bâtiment est un centre de rééducation intensive pour malades souffrant de poliomyélites ou de graves troubles, respiratoires, musculaires ou rhumatismaux entre autres. Bien qu'étant toutes infirmières, les soignantes englobées dans l'enquête ont des attitudes fondamentalement différentes. Les infirmières des cinq premiers pavillons ont des comportements ritualistes (*mean oriented*) et de retrait. Leurs collègues du centre de rééducation tendent vers un but socialement valorisé, la rééducation fonctionnelle de leurs malades. Décrivant leur unité sous son jour le plus avantageux, les premières le font en termes de propreté, d'ordre, les secondes en termes de comportements des malades, par exemple: "J'aime voir tout le monde hors de son lit et très actif". Interrogées sur le besoin le plus fortement ressenti, les premières mentionnent des amélio-

rations physiques de l'environnement, les secondes la nécessité d'instaurer de meilleures relations avec les malades ou de mieux les soigner. A la question sur leurs sources d'insatisfaction, les premières n'ont pas grand-chose à répondre, tout au plus signalent-elles que le parking est trop petit. Les secondes, en revanche, se réfèrent à des relations professionnelles insatisfaisantes, ou à des buts non atteints. Les sources de satisfaction des premières sont exprimées en termes tout à fait généraux: le fait de s'occuper d'être humains, de donner des soins. Les secondes parlent de réalisations professionnelles concrètes. Sollicitées de se représenter au travail, les premières dessinent une infirmière seule, les secondes, une infirmière et un/des malade(s). Les premières tendent en outre à décrire ce qu'elles font de plus important en citant une tâche précise, par exemple garder les malades propres; les secondes, en revanche, donnent une image plus globale de leur rôle, par exemple en citant leur devoir d'aider les patients à atteindre leur but. Enfin, Laub Causer, observant leurs interactions, relève que les premières tendent à se retrouver entre elles chaque fois qu'elles ont un moment de libre, alors que les secondes passent un maximum de temps avec les malades.

Nous avons observé nous-même que l'absence de motivations peut conduire des soignantes diplômées à des comportements très éloignés de l'idéal médical. Tel est le cas des nurses valaisannes n'ayant pas trouvé à s'occuper avec des enfants. Citons deux exemples parmi d'autres:

- a) à son retour de vacances, l'infirmière-chef de service, une religieuse, remarque qu'une malade a une blessure à la jambe. Etonnée, elle interroge la nurse laïque qui l'a remplacée pendant son absence. Celle-ci n'a rien remarqué car, dit-elle, le soir, "je n'enlève jamais ses chaussettes à Mme . . . pour qu'elle ait quelque chose aux pieds si elle se lève la nuit". L'aide non qualifiée qui lève cette malade, atteinte d'une artériosclérose avancée, estime quant à elle ne rien avoir à faire avec les soins;
- b) un homme déambule souvent le soir après le repas, dans le corridor. Silencieux, il ne dérange personne; indépendant, il peut se coucher seul. Pourtant, une nurse laïque ne supporte pas son manège. Elle déclare un jour à une collègue: "X, moi je ne le laisse pas se promener dans le couloir le soir; je lui donne deux Tonopans et je l'envoie au lit".

Pour de tout autres raisons, les infirmières religieuses prennent également des distances à l'égard de l'éthique professionnelle. S'occuper des malades étant pour elles un but en soi, elles font preuve à la fois d'un maximum de dévouement et de disponibilité et d'un maximum d'affectivité, de particularisme et d'orientation diffuse. Un seul exemple résume leur attitude, ces mots, que l'une d'entre elles nous dit spontanément en parlant des pensionnaires: "Plus ils sont dépendants, plus ils ont besoin de nous et plus on les aime". Deux malades, se disputant, lui firent un jour écho, la première déclara à sa compagne: "Elle n'est pas qu'à toi, la sœur; à moi aussi elle est ma maman".

Qu'un nombre plus élevé de soignantes qualifiées ne sombrent pas dans le découragement le plus total et l'indifférence dont parle Laub Coser tient probablement au fait qu'elles ont les moyens de fuir la situation en changeant de lieu de travail. Conscientes du danger que fait courir au personnel une définition médicale traditionnelle de la situation, les cadres infirmiers de la pension la plus médicalisée prônent une nouvelle politique de prise en charge. Il s'agit, en premier lieu, de faire de la pension une "maison", "où les gens arrivent pour vivre agréablement" et où tout doit être mis en œuvre pour "les aider à vivre jusqu'au bout avec le plus de relations possible", en menant "une vie aussi digne que possible". En second lieu, il faut impliquer le malade à part entière dans la définition et la mise en œuvre de son traitement. En d'autres termes, il faut promouvoir une relation de type "participation mutuelle" (*partnership*), dans laquelle le soignant aide le malade à se soigner lui-même et où les décisions sont discutées en commun (Szasz & Hollender, 1956). Il faut, enfin, reconnaître en tout pensionnaire un être complet – qui ne se résume pas à un corps ou à une maladie – et unique, dont les besoins propres exigent un programme de soins individualisés. Ces trois axes, on le voit, constituent une certaine remise en cause de l'optique médicale traditionnelle.

Ce programme est, pour l'instant, essentiellement limité aux discours des cadres. Nous en avons toutefois relevé quelques exemples concrets. Ainsi, contre le règlement, une infirmière-chef donne tous les jours deux cigarettes à une malade qu'elle emmène fumer dans les toilettes, loin des regards indiscrets. La même infirmière demande aux aides d'aller promener les pensionnaires en chaise roulante quand elles ont un moment de libre, parce que c'est un "élément essentiel de leur confort". Ainsi, encore, une autre infirmière-chef exige qu'on laisse une femme totalement isolée nourrir des écureuils – ses seuls amis – sur son balcon, même si cela occasionne beaucoup plus de travail à ceux qui nettoient.

On peut s'interroger sur les raisons de la limitation de la traduction concrète de ces principes. On peut se demander, en particulier, si ceux-ci ne reposent pas sur un très grand idéalisme et si tout élargissement de leur mise en pratique ne se heurterait pas très vite aux limites de l'institution elle-même. La marge de manœuvre – et tout cet article tend à montrer qu'elle existe – est malgré tout limitée.

BIBLIOGRAPHIE

- BERGER, P. L. & BERGER, B. (1972, 3ème édition), "Sociology. A Biographical Approach" (Basic Books, New York).
- BERGER, P. L., BERGER, B. & KELLNER, H. (1973, éd. cons. 1974), "The Homeless Mind. Modernization and Consciousness" (en particulier, chap. 3: Pluralization of Social Life-Worlds) (Vintage Books, New York).
- FREIDSON, E. (1970, éd. cons. 1975), "Profession of Medicine. A Study of the Sociology of Applied Knowledge" (Dodd, Mead and Company Inc., New York).
- GALLAGHER, E. B. (1976), Lines of Reconstruction and Extension of the Parsonian Sociology of Illness, *Social Sciences and Medicine*, 10 (1976) 207–218.
- GOFFMAN, E. (1961, éd. cons. 1976), "Asylums. Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates" (Penguin Books, Harmondsworth).
- GOFFMAN, E. (1963, éd. cons. 1976), "Stigma. Notes on the Management of Spoiled Identity" (Penguin Books, Harmondsworth).
- LAUB COSER, R. (1963), Alienation and the Social Structure: Case Analysis of a Hospital, *The Hospital in Modern Society* (Freidson, E., éd.) (The Free Press, New York) 231–265.
- LALIVE D'EPINAY, Chr. *et al.* (1983), "Vieillesse" (Ed. Georgi, Saint-Saphorin, Lavaux).
- MC HUGH, P. (1968), "Defining the Situation. The Organization of Meaning in Social Interaction" (The Boobs-Merrill Company, Indianapolis et New York).
- MERTON, R. K. (1949, éd. cons. 1968), "Social Theory and Social Structure" (chap. XIII: The Self-Fulfilling Prophecy) (The Free Press, New York).
- PARSONS, T. (1951, éd. cons. 1970), Social Structure and Dynamic Process: The Case of Modern Medical Practice, *The Social System* (Routledge and Kegan Paul) 428–479.
- PARSONS, T. (1975), The Sick Role and the Role of the Physician Reconsidered, *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 53, 3 (1975) 257–278.
- PARSONS, T. & FOX, R. (1952 a), Introduction, *The Journal of Social Issues*, VIII, 4 (1952) 2–3.
- PARSONS, T. & FOX, R. (1952 b), Illness, Therapy and the Modern Urban Family, *The Journal of Social Issues*, VIII, 4 (1952) 31–44.
- SZASZ, T. S. & HOLLENDER, M. H. (1956), A Contribution to the Philosophy of Medicine. The Basic Models of the Doctor-Patient Relationship, *Archives of International Medicine*, 97 (1956) 585–592.
- THOMAS, W. I. (1928), "The Child in America: Behavior Problems and Programs" (Alfred A. Knopf, New York) (Cité par M. Janowitz, éd. in W. I. Thomas, *On Social Organization and Social Personality*, xl (The University of Chicago Press, Chicago, 1966).
- THOMAS, E. J. (1966), Problems of Disability from the Perspective of Role Theory, *Journal of Health and Human Behavior*, 7 (1966) 2–14.
- ZIJDERVELD, A. C. (1970, éd. cons. 1974), "The Abstract Society. A Cultural Analysis of Our Time" (Penguin Books, Harmondsworth).

