Zeitschrift: Bildungsforschung und Bildungspraxis : schweizerische Zeitschrift für Erziehungswissenschaft = Éducation et recherche : revue suisse des sciences de l'éducation = Educazione e ricerca : rivista svizzera di scienze dell'educazione

Herausgeber: Schweizerische Gesellschaft für Bildungsforschung

Band: 18 (1996)

Heft: 3

Artikel: Les apports de la recherche-formation en gérontologie sociale

Autor: Rickenmann, René

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-786163

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. 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. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

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. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

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. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 10.07.2025

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

Les apports de la recherche-formation en gérontologie sociale:

la lutte contre les phénomènes de renforcement de la dépendance dans les établissements médico-sociaux

René Rickenmann

L'importance que l'on semble accorder au pôle social dans les établissements médico-sociaux pour personnes âgées ne semble pas empêcher la persistance d'une vision médicalisée de la vieillesse et du vieillissement. Par ailleurs, les professionnels en gérontologie, notamment ceux du secteur social, ne semblent pas pouvoir se dégager des mécanismes de la «prise en charge institutionnelle» dans leur lutte contre le renforcement de la dépendance. La logique sous-jacente à ces mécanismes obéit à une conception classique qui fait de la dépendance et de l'autonomie des phénomènes objectifs. Or, ces deux notions désignent également des phénomènes profondément subjectifs dont l'analyse doit tenir compte du niveau d'organisation interne des individus (professionnels et personnes âgées) et de son rapport avec les modes de fonctionnement institutionnels. On note ainsi que le renforcement de la dépendance peut être compris dans le cadre de ce qu'on peut qualifier comme le «travail du négatif» dans l'institution. Or, ce travail du négatif peut être aussi à l'origine d'un processus formateur (re-création constante des dynamiques institutionnelles), par un effort collectif d'identification, de prise de distance et d'analyse des dysfonctionnements institutionnels.

Cette constatation nous invite à proposer une approche différente, celle de la recherche-formation, aux pratiques professionnelles en gérontologie sociale: répondre au besoin, vital à l'institution et aux membres qui la composent, de confronter les modèles théoriques et les pratiques aux discours sur le vécu institutionnel (notamment des personnes âgées). La recherche-formation avec les personnes institutionnalisées peut ainsi devenir le lieu de structuration collective d'un savoir, qui à son tour peut être à la base des processus créatifs nécessaires à la lutte contre les phénomènes de déliaison dans l'institution.

1. L'établissement médico-social: instance soignante ou milieu de vie ?

Durant les années 80, nous avons assisté à une transformation des traditionnelles maisons de retraite en Établissements médico-sociaux (EMS) pour personnes âgées. Cette transformation, en s'en doute, est le fruit d'un changement de la «clientèle» traditionnelle: depuis une vingtaine d'années, on a vu augmenter la moyenne d'âge des usagers, la fréquence des pathologies associées à cette classe d'âge (les plus de 75 ans), ainsi que le besoin de prendre en compte, dans l'offre du service, des facteurs sociaux. Le terme «médico-social» définit le nouveau type de service de ce genre d'institutions qui, désormais, s'appuient sur deux piliers, le médical et le social.

Comme toute institution, les établissements médico-sociaux ont des structures dynamiques qui évoluent sans cesse en essayant de s'adapter à une demande sociale d'*institutions spécialisées*[1] Par ailleurs, cette demande s'inscrit dans une histoire institutionnelle qui détermine fortement le sens et les modes d'intervention, et ce faisant conditionne la demande sociale elle-même. Cette dynamique comporte donc la présence de mouvements très complexes dans le changement institutionnel, qui créent des décalages parfois surprenants entre «l'image idéale» des institutions et leur fonctionnement réel. Ce décalage est perçu comme un dysfonctionnement institutionnel auquel il faut remédier pour lui permettre d'évoluer. Dans le cas des EMS, cette image idéale fait coexister deux types de prise en charge institutionnelle dont les rapports sont loin d'être stabilisés. D'une part, nous pouvons parler d'une instance soignante qui prend le relais des structures hospitalières; d'autre part, nous pouvons parler d'un lieu de vie qui cherche à suppléer à l'impossibilité des personnes âgées à assumer les gestes nécessaires à la vie quotidienne indépendante.

Or, l'importance que l'on semble accorder au pôle social des EMS dans les mécanismes de prise en charge institutionnelle des personnes âgées dépendantes et le rôle de complémentarité que l'on veut lui attribuer par rapport au pôle médical posent d'emblée le problème du rapport entre l'image idéale du EMS, souvent non explicitée, et les pratiques des professionnels du social. Ces derniers se trouvent souvent confrontés à une double demande: celle des collègues du secteur médical (collaboration et complémentarité à l'action thérapeutique), celle des usagers (lutte contre le sentiment de déracinement, besoins d'intégration dans une nouvelle structure de vie).

Cette problématique nous est apparue, notamment, lorsque nous avons essayé de comprendre les liens institutionnels existant dans les pratiques des professionnels du pôle social, par rapport à l'objectif institutionnel de lutte contre les phénomènes de *renforcement de la dépendance.* Celui-ci est identifié comme un dysfonctionnement institutionnel. Mais, quel est le statut de ce dysfonctionnement (et des remédiations que l'on peut proposer) ?

Dans cet article nous mènerons une réflexion autour de cette problématique afin de dégager les éléments théoriques qui nous permettront de situer les deux notions d'*autonomie* et de *dépendance* par rapport aux relations

soignant/soigné. Une première analyse portera sur l'institution: quelle signification peut-on donner aux notions d'*autonomie* et de *dépendance* dans le cadre des structures et modes d'intervention institutionnels des EMS ? Une deuxième partie, portera sur la signification accordée à ces deux termes dans les pratiques professionnelles. Finalement, nous aborderons la pertinence des démarches cliniques de recherche-formation en gérontologie sociale, dans la mesure où celles-ci peuvent être le moyen de fournir une intelligence, une visée théorique, aux pratiques des professionnels, notamment ceux du pôle social.

2. Lutte contre le renforcement de la dépendance

En 1993-94, nous avons entrepris une évaluation des pratiques professionnelles du personnel non soignant dans un établissement médico-social de la région genevoise. Dans un début, il s'agissait d'évaluer la qualité et la pertinence des interventions des professionnels du social, en essayant de dégager les interrelations avec le pôle médical de l'institution. Nous partions de l'hypothèse que le poids et le type d'approche du secteur médical (nombre d'employés, organisation des structures, pouvoir hiérarchique...) envahissaient de fait les structures et modes d'intervention du secteur social, qui, de ce fait, favorisait la démission des personnes âgées face au poids institutionnel et remettait en cause leur autonomie. Notre hypothèse comprenait deux dimensions: a) les rapports entre les deux pôles, médical et social et b) le rapport des travailleurs du pôle social[2] avec les personnes âgées.

Dans un premier temps nous nous sommes penché sur le deuxième terme de notre hypothèse, à savoir les relations entre les travailleurs du social et les personnes âgées institutionnalisées. Il s'agissait de comprendre ces interrelations lors des activités, de comparer ces résultats avec les objectifs fixés dans les cahiers des charges et de voir, en conséquence, le rapport entre ces activités et les notions de dépendance et de *qualité de vie.*

Une partie de ce travail d'évaluation a été réalisée *in situ* avec la participation des professionnels concernés, à travers une série de réunions de travail (colloques restreints). Néanmoins, certains aspects de l'évaluation étaient difficiles à cerner sans un travail plus fin, notamment en ce qui concerne la compréhension des relations professionnel/personne âgée lors des activités.

A partir d'une approche psychosociologique, nous avons analysé un atelier d'animation afin de saisir le type d' interrelations entre l'animatrice et un groupe de personnes âgées. Sur la base de recherches existantes (Deschamps et Clémence, 1990, ch. 2, 9, 10) et des observations faites par les groupes de discussion, il s'agissait de comprendre les mécanismes qui, dans les interrelations professionnel/personnes âgées, concouraient à un *renforcement de la dépendance* de ces dernières vis-à-vis de l'institution. En effet, les attitudes observées sur la plupart des personnes âgées (abdication, soumis-

sion, révolte...) ne semblaient guère évoluer ni changer dans le temps, malgré l'existence d'activités d'animation censées redonner du sens à leur autonomie. Les conclusions de ce travail[3] ont montré qu'il existait, dans les rapports entre l'animatrice et les personnes âgées, un processus d'attribution causale interne à autrui[4] qui prolongeait dans les activités du pôle social une vision médicalisée de la personne âgée:

«Hormis le fait qu'il existe d'autres raisons, notamment financières, pouvant être à l'origine d'un placement institutionnel, il apparaît que dans la pratique les critères d'ordre médical ont tendance à être les seuls mis en avant pour justifier la présence de la personne âgée dans l'institution. Comme conséquence de cette situation, les jugements portés sur les personnes âgées situent le **handicap** au centre des problèmes de vie.» (p. 14).

Lorsqu'un questionnement sur la pratique est posé, les réponses du professionnel du social auront tendance à s'exprimer dans un cadre *soignant/soigné* associé à l'image de l'*adulte-autonome* opposé au *vieillard-dépendant.* Cette image réduit la personne âgée institutionnalisée aux pathologies identifiées par le secteur médical.

Ce travail était un premier pas vers la compréhension de certains phénomènes de renforcement de la dépendance, et n'a pris en compte que partiellement la complexité des rapports entre les individus et les groupes dans l'institution. Suite à l'analyse des conclusions, il nous est apparu que l'approche choisie ne nous donnait qu'une image assez descriptive de la situation. Il s'avérait nécessaire de situer les phénomènes observés entre le professionnel et le groupe de personnes âgées à l'intérieur d'une logique institutionnelle.

3. Le caractère paradoxal de l'institution

«La famille, l'Église, l'Etat, nous dit E. Enriquez, et les 'ensembles' éducatifs et thérapeutiques peuvent, à bon droit, être considérés comme des institutions, car elles posent toutes le problème de l'altérité, c'est-à-dire de l'acceptation d'autrui en tant que *sujet pensant et autonome* par chacun des acteurs sociaux qui entretiennent avec lui des relations affectives et des liens intellectuels.»(Enriquez, 1987, p. 62). L'institution se propose donc comme une instance régulatrice des rapports sociaux qui, sans elle, ne seraient que des rapports de force. Son but: l'acceptation d'autrui, à la recherche du bien commun.

Mais, pour ce faire, «les institutions, qui signent l'entrée de l'homme dans un univers de valeurs, sont créatrices de *normes particulières* et de *systèmes de référence* (mythe ou idéologie) servant de loi organisatrice aussi bien de la vie physique que de la vie mentale et sociale des individus qui en sont membres.» (Enriquez, 1987, p. 63). Le caractère paradoxal de l'institution se centre dans l'apparente contradiction entre la nécessaire soumission

aux normes et systèmes de référence et la liberté d'action des individus qui en sont membres: afin de pouvoir garantir sa portion d'autonomie, l'individu doit accepter les dépendances et les sujétions qui en résultent.

Par ailleurs, pour l'institution en tant que collectif, l'existence dépend des actions des individus qui en sont membres. Ceci explique l'apparente contradiction entre l'institué et l'individu: il s'agit d'un processus dynamique dans lequel, pour survivre et échapper à la mort, l'institution a besoin de l'individu instituant, de l'individu créatif.

La vie de l'institution dépend donc des dynamiques internes entre les individus qui la composent et se constitue entre les extrêmes d'un mouvement pendulaire qui va de l'assujettissement total des individus à une image idéale (la compulsion à répétition de la collectivité à la recherche de l'unité-identité), aux besoins individuels de liberté et de rupture de la dépendance. Dans ces deux mouvements extrêmes se donne ce que E. Enriquez (1987, p. 94) appelle le *travail du négatif:* celui de la destruction, signe de la haine pour la forme vivante, d'une part, celui de la destruction de l'unité-identité, signe de l'amour pour la variété, d'autre part. Il y aurait donc, dans toute institution, un travail du négatif qui peut ou bien la sauver, ou bien entraîner sa mort...

L'institution thérapeutique

L'existence d'un travail de la mort dans les institutions nous incite à la prudence lorsqu'il s'agit de caractériser les dysfonctionnements de celle-ci: constituent-ils un processus de destruction de l'institué ou un processus créatif ?

Pour entamer une telle réflexion, il faut se pencher sur l'origine de l'institution, sur le *mythe* ou l'*idéologie* qui sont à sa base et qui définissent ses structures et modes de fonctionnement. Une mise en perspective historique et anthropologique[5] permet de prendre une distance critique par rapport aux besoins sociaux d'institutions spécialisées dans la mesure où elles nous procurent un cadre de réflexion sur la *nécessité, les conséquences et les limites* d'un certain type d'institution comme solution aux problèmes sociaux et individuels.

Sur quel type d'idéologie s'édifie la structure actuelle de l'institution médico-sociale ? De nombreux facteurs, dont on ne saurait dénombrer la totalité ni définir une hiérarchisation des causalités dans ces lignes, font du secteur médical le *vecteur* actuel d'un mouvement de prise en charge institutionnelle, dont les principes de base remontent loin dans l'histoire. Les structures s'apparentent fortement aux structures sociales d'accueil et de protection qu'étaient les hospices au XIXème siècle (Minois, 1987; Amyot, 1994), et le type de prise en charge correspond aux transformations de l'image de la vieillesse au cours du XIXème siècle et au développement de la gériatrie vers la fin du XIXème et surtout durant le XXème siècle (Bourdelais, 1993, ch.10; Nussbaum, 1994; Heller, 1994).

Loin d'être créés de toutes pièces, les établissements médico-sociaux s'intègrent dans une structure complexe d'accueil et de prise en charge que Gilette (1989) nomme l'*archipel médico-social.* Celui-ci se présente comme un ensemble de structures diverses dont les interrelations complexes ne sont uniformes ni dans le temps, ni par rapport aux savoirs, ni par rapport aux modes d'intervention. La prise en compte du médical et du social se conjugue avec l'histoire des pratiques institutionnelles. Lorsque l'on veut saisir et comprendre la distance entre les objectifs et le fonctionnement réel d'un établissement médico-social, il faut considérer l'institution comme élément d'un environnement socio-culturel avant de se pencher sur une analyse des dynamiques internes.

«La question qui se pose ici est la suivante: en mettant l'accent sur telle ou telle priorité, qu'avons-nous perdu de vue, qu'avons-nous laissé de côté ? Ne sommes-nous pas obnubilés par des contingences relatives; n'avons-nous pas tendance à croire que nos solutions actuelles sont plus originales et plus généreuses que ce qui existait autrefois; inversement, n'avons-nous pas tendance à idéaliser le passé, notamment quant au rôle de la famille ?» (Heller, 1994, p. 114).

Les institutions médico-sociales dans nos sociétés contemporaines s'appuient sur un *système de référence* articulé sur la notion de *prise en charge* et dont le vecteur est l'approche médicalisée du vieillissement. Ce caractère entraîne l'existence d'une relation asymétrique dans laquelle se placent d'un côté les médecins, infirmiers, éducateurs, etc., et de l'autre des «clients». «Dans celles-ci (institutions hospitalières, de rééducation, d'accueil, de protection ou de sauvegarde) la relation asymétrique demeure permanente et les individus soignés ne deviendront jamais des membres actifs de ces institutions» (Enriquez, 1987, p. 70).

Ceci pose d'emblée le problème de la dépendance et de l'autonomie pour les différents acteurs institutionnels. Dans l'institution médico-sociale, la recherche de l'autonomie individuelle dépend de la position de l'acteur dans la structure asymétrique du pouvoir, et ne peut pas être simplement opposée à la dépendance des individus vis-à-vis de l'institution. C'est à partir de ce type de relation qu'il faut essayer d'analyser les rapports qu'entretiennent les objectifs des deux pôles institutionnels et de leur fonctionnement réel.

Établissement médico-social et lutte contre la dépendance

Les recherches sociologiques sur l'institutionnalisation des personnes âgées auraient tendance à corroborer l'hypothèse selon laquelle l'ensemble du personnel soignant et non soignant structure ses pratiques sur la base de l'équation corps=soins, ce qui entraîne comme conséquence que «les établissements hospitaliers de placement à long terme favorisent plus que tout autre la démission du malade et un accroissement de sa dépendance. Toute sa vie se passe dans l'institution, qui prend en charge tous les besoins que son état de santé et son hébergement impliquent» (Lalive d'Epinay, 1983, p. 456).

Si les EMS ne sont pas à proprement parler des établissements hospitaliers, leurs structures et modes de fonctionnement dépendent largement d'une approche médicalisée de la vieillesse. «Il faut bien évidemment s'interroger sur l'accueil familial et sur le rôle des autres institutions, en particulier les hôpitaux. En effet, c'est en voulant réserver de plus en plus les hôpitaux à des malades aigus que l'on rejette sur d'autres établissements les vieillards incurables, malades chroniques et handicapés qui longtemps ont été accueillis dans les infirmeries et hôpitaux (et qui le sont encore parfois).» (Heller, 1994, p. 116).

Il est souvent question de la notion de dépendance dans les institutions pour personnes âgées. D'ailleurs, c'est en général à cause d'une situation de dépendance physique ou psychique que la personne âgée, sa famille ou son médecin, décident l'entrée dans ce genre d'institutions.

Or, «l'approche actuelle de la dépendance est une approche médicalisée, c'est-à-dire fondée sur la seule prise en compte des critères physiologiques... Corps-machine qu'il faut réparer autant que faire se peut, c'est le rôle de la médecine, qu'il faut suppléer dans ses incapacités à assurer les gestes de la vie quotidienne, c'est le rôle des services de prise en charge» (Veysset, 1989, p. 87).

Dans cette logique nous retrouvons les buts des deux pôles: le secteur médical a pour tâche de lutter contre la maladie et le handicap et donc d'essayer de maintenir au niveau minimum la dépendance physique de la personne âgée; le secteur social, lui, a pour but de maintenir, voire de développer, l'autonomie de la personne âgée. Ces deux objectifs obéissent-ils à la même logique ?

Ils obéissent, comme nous le rappelle M. Cariou (1995, pp. 174 ss), à la conception épistémologique classique qui fait de l'homme un individu qui par nature et dès sa naissance est opposable à la société. Cela implique que l'individu et son environnement soient perçus comme deux entités antagonistes luttant pour le contrôle de l'action. Quand le contrôle de celle-ci est d'origine interne, on parle alors d'autonomie, quand il est externe, on parle de dépendance. Les pratiques professionnelles en milieu géronto-gériatrique ont tendance à renforcer cette vision classique: les pathologies classiques (col du fémur cassé, incontinence urinaire, ou encore des maladies chroniques) sont considérées des handicaps objectifs au même titre que l'incapacité de préparer sa nourriture ou de se déplacer en ville. Cette réduction de toute la problématique à la notion de handicap donne l'impression aux professionnels que la dépendance qui en résulte est elle aussi objective.

Or, dépendance et autonomie ne sont pas uniquement des phénomènes objectifs. Si l'on se penche sur la *nature du lien* existant entre l'individu et son milieu, on peut constater qu'il s'agit aussi de phénomènes profondément subjectifs et que tout dépend du niveau d'organisation interne de l'individu et du type de milieu auquel il s'adapte.

Le constat que font les chercheurs est que par la nature même de l'*institution de prise en charge* (cf. Dirkx, 1986) les individus se trouvent objectivement dans une situation de dépendance (par rapport aux soins corporels, et

aussi en ce qui concerne l'hébergement), et que l'accroissement de celle-ci peut être identifiée par l'évolution ou l'apparition de nouvelles pathologies: diminution des performances physiques, phénomènes de régression, dépressions. Le problème de l'accroissement d'une dépendance est, dans cette perspective, un problème médical dont les connotations négatives ne peuvent être élargies à l'individu tout entier[6]. La dépendance étant perçue négativement, l'autonomie l'étant de manière positive, on aurait tendance à les associer comme les termes opposés d'un seul et même combat (la lutte contre la maladie, par exemple).

Nous sommes ici confronté à l'ambiguïté dans les mots d'autonomie, de dépendance et dans les rapports qu'entretiennent ces deux termes entre eux. Or, «toute vie humaine est un tissu de dépendances incroyable. Bien entendu, si ce dont nous dépendons nous manque, nous sommes morts; cela veut dire que le concept d'autonomie est un concept non substantiel mais *relatif et relationnel.* Je ne dis pas que plus on est dépendant, plus on est autonome. Il n'y a pas de réciprocité entre ces deux termes. Je dis qu'on ne peut concevoir d'autonomie sans dépendance» (Morin, 1981, p. 261).

Donc, le problème se situerait plutôt par rapport à la perception subjective de la dépendance et au rôle que celle-ci joue dans ses rapports avec la nature de l'institution. Il convient donc de distinguer la dépendance définie en terme de *carence* ou de *contrainte* et la dépendance définie en terme de souffrance psychique.

Quel est le rôle du professionnel du social ?

Dans l'univers institutionnel du EMS il existe une demande sociale, souvent implicite et cachée, de contrôle des problèmes liés à la vieillesse. De ce point de vue, les acteurs institutionnels arrivent à se faire une image assez claire du rôle des professionnels du secteur médical et paramédical (même si certaines raisons restent dans l'ombre). Il n' est pas de même pour ceux du secteur social.

Leur rôle, explicite ou implicite, serait-il, comme le suggère G. Heller, celui de «l'occupation du temps des vieillards» ? «En caricaturant, on pourrait dire qu'il a fallu embaucher des professionnels pour faire patienter les vieillards, tandis qu'ils n'ont plus d'occasion de participer aux tâches domestiques de la maison et même aux tâches personnelles élémentaires... il faut rajouter que la planification rationnelle d'un établissement ne s'accommode pas facilement des tâches retardées ou faites irrégulièrement» (Heller, 1994, p. 125–126).

Ce rôle, pourrait-il par ailleurs être mis en rapport avec une notion élargie (psychopathologies) des soins médicaux dans laquelle la prise en compte de facteurs psychologiques et socio-culturels peut aider le malade à guérir ou, en tout cas, à ne pas démissionner face à sa maladie ?

Il nous semble que dans la recherche d'une réponse il peut y avoir des éléments de chacune des possibilités énoncées. Toutes cherchent une complé-

mentarité de l'action avec le corps médical et paramédical, afin de transformer l'institution de *soins* en un milieu de vie. Mais là n'est pas le problème. Il ne s'agit pas seulement d'un travail de définition des tâches et des compétences mais avant tout de prendre en compte la nature du rapport entre le professionnel et la personne âgée et la façon dont les acteurs perçoivent ce rapport.

On pourrait attribuer l'origine de certains dysfonctionnements au caractère asymétrique des relations entre professionnels et usagers. La réalité est plus complexe et revêt, au moins, deux dimensions: a) l'asymétrie professionnel/usager et b) l'asymétrie entre les professionnels des deux pôles.

Du premier type d'asymétrie nous pourrions dire qu'il est nécessaire à l'institution, car il est à la base de son existence: chaque acteur doit accepter le rôle et le type d'hétéronomie que celui-ci comporte. Par contre, ce caractère asymétrique doit être pris en compte lorsque l'on caractérise les relations professionnel/usager, afin de percevoir les dérives totalitaires. Le problème, au sein des EMS, n'est pas l'asymétrie en elle-même, mais l'image véhiculée par les membres de l'institution: corps en déchéance, corps-malade, corps-mort.

Par rapport au deuxième type d'asymétrie, qui n'est pas institutionnalisé mais fait partie du quotidien de l'établissement, nous pouvons observer que la dynamique actuelle de ce genre d'institutions entraîne une situation de crise dans la définition des rôles. Une situation de crise face à laquelle le secteur médical est mieux protégé, en terme de prestige et de pouvoir, que le secteur des professionnels du social. Entre-temps, le professionnel du social a tendance à assumer une image médicalisée de la personne âgée et qui ne tient pas compte vraiment des dimensions affectives et psychologiques des relations avec les personnes âgées.

Lorsque l'on évalue les pratiques professionnelles, on aurait tendance à oublier que la relation professionnelle est aussi, et avant tout, une relation interpersonnelle. La pratique a un objet, mais elle est portée et reçue dans tous les cas par une personne, et la négociation doit porter aussi sur cet élément.

Institution, pouvoir et créativité[7]

Notre étude avait montré que les animateurs avaient tendance à adopter la vision médicalisée de la personne âgée et que, ce faisant, ils risquaient d'accroître la dépendance (comme manque) des personnes âgées vis-à-vis de l'institution. Par rapport à l'efficacité des services offerts par celle-ci, on pourrait donc envisager des correctifs visant à informer les professionnels des pôles médical et social afin qu'ils puissent adopter une attitude plus thérapeutique (cf. Lalive d'Epinay, 1983, p. 434 et ss) et complémentaire.

Néanmoins, il reste le problème de la dépendance comme contrainte, c'est-à-dire, le jeu du pouvoir dans l'institution et les conséquences qu'elle entraîne par rapport à la dépendance comme souffrance psychique. Le mode

d'intervention de prise en charge institutionnelle instaure un type spécifique de lien social[8], avec des hiérarchies, des jeux de pouvoir, des règlements... S'ils veulent faire partie de l'institution, les individus sont contraints d'accepter le type d'hétéronomie (Castoriadis, 1975) qu'elle engendre, c'est-à-dire d'être conformes aux rôles qu'elle définit. Mais la perception du besoin d'hétéronomie n'est pas vécue de la même manière suivant que l'on se trouve du côté des professionnels (pourvoyeurs de l'aide) ou du côté des usagers (receveurs de l'aide).

Nous savons désormais que la violence fait partie de la vie institutionnelle. Il y a d'une part la violence légale de l'institution envers les individus qui en sont membres; il y a aussi la violence associée à la vie des groupes: les luttes de pouvoir, les attaques contre les liens, mensonges, problèmes relationnels... Quel pouvoir effectif peut conserver la personne âgée face à cette violence ?

La violence légale, d'une part, l'institue comme «corps à réparer» et c'est dans le rapport que chaque personne âgée entretient avec son corps qu'elle peut tirer les ressources nécessaires pour faire face à la violence institutionnelle présente dans le regard des autres (surtout celui des professionnels qui acquiert, grâce à son statut, un caractère de vérité): «Lorsque l'on s'interroge sur la valeur de son moi psychique, le jugement porté par les autres sur notre moi corporel est facilement pris comme point de référence. On peut dire alors que le maintien de la confiance en soi implique que le total des réassurances dépasse le total des agressions. D'où l'importance de cette approche (narcissisme et vieillissement) en ce qui concerne la vieillesse et le danger qu'il y a à couper une personne âgée de ses soutiens, de son milieu, pour *ne voir en elle qu'un corps à réparer*.» (Veysset, 1989, p.95).

Or, on l'aura compris, il est bien difficile dans la plupart des cas, lorsqu'on est du côté de l'usager de ce type d'établissements, de ne pas se regarder comme un corps en décrépitude, un corps qui ne marche plus, un être en déchéance. L' image d'un corps pour lequel on ne peut plus faire autre chose que d'essayer de l'entretenir le mieux possible est reproduite et partagée par les professionnels et les personnes âgées (c'est d'ailleurs la raison pour laquelle la personne ne peut plus utiliser les services de l'hôpital gériatrique). Il est difficile, pour le personnel en tant que collectivité, de projeter une image qui puisse servir de contrepoids aux agressions.

Par rapport à la violence propre à toute relation de groupe et intergroupes, l'institution de prise en charge situe la personne âgée dans une position où elle peut difficilement participer activement à la prise de décisions concernant son propre destin. Ou bien la personne se soumet ou bien elle adopte des attitudes et comportements de rejet. Les contraintes sont telles qu'elles peuvent transformer le lien social d'aide et d'assistance, en un lien de soumission.

Le désir d'aide aux personnes âgées institutionnalisées, aide qui se partage entre la tradition d'assistance héritée des structures hospitalières du XIXème siècle et le devoir de trouver des solutions, notamment médicales, aux problèmes sociaux que pose le vieillissement, aurait donc tendance à

faciliter les processus de dépendance comme souffrance psychique, et ceci par la nature même de l'institution. Peut-on concevoir un autre type de lien social à l'intérieur de ce genre d'établissements ?

D'après le célèbre essai de M. Mauss[9], le don et l'échange sont à la base du lien social, par la triple obligation de donner, de recevoir et de rendre. Or, tel qu'il a été décrit auparavant, le lien institutionnel dans ces établissements fait des professionnels des pourvoyeurs de soins, des personnes âgées des receveurs... et, une fois reçu le soin, qu'ont-elles à *rendre*?[10]

Collectivement, elles ont à rendre (et en fait c'est ce qui se passe) l'acceptation de ces soins, l'absence de révolte (c'est à dire, qu'elles doivent permettre le bon fonctionnement de l'institution, car leur salut en dépend), la conformité au rôle institutionnel qu'on veut bien leur accorder.

Individuellement, la réponse est difficile à donner et nous confronte souvent au vide: que peut apporter le vieux institutionnalisé, le dément, le grabataire, à la personne qui le soigne ? Croit-elle avoir quelque chose à lui apporter ? Le soignant croit-il avoir quelque chose à recevoir ?

Dans ces conditions, l'institution affirme sa toute-puissance, et la personne âgée est située dans une position d'assujetti, de dépendance-servitude. Face à cette situation, il resterait encore la possibilité, pour l'institution, de dépasser la contradiction en demandant aux professionnels, notamment à ceux du pôle social, de mener des actions visant à rendre à la personne âgée son *autonomie à l'intérieur de l'établissement.* Ce but impliquerait la possibilité de repenser la notion d'aide comme un accompagnement et non une supériorité. Mais adopter institutionnellement ce point de vue signifierait aller à l'encontre d'une image institutionnelle profondément ancrée dans les moeurs de la société.

L'institution le supporterait-elle? Les professionnels du pôle médical et ceux du pôle social seraient-ils prêts à repenser leur rôle, la signification de leurs pratiques par rapport à la recherche d'un sens pour chaque membre de l'institution ? Le rôle des professionnels du social pourrait-il être défini par rapport à l'intérêt d'*aider* la personne âgée à réorganiser son autonomie *à l'intérieur* de l'institution? L'institution, les professionnels et les personnes qui en sont membres sauraient-ils accepter en son sein des individus *déviants* capables de concevoir autrement les liens institutionnels?

D'autre part, les personnes âgées seraient-elles prêtes au travail de deuil de l'image de la vieillesse (la leur et celle des autres) préalable à un nouveau type de lien socio-institutionnel ? Auraient-elles quelque chose à offrir en échange des soins et de l'aide que l'institution leur propose?

L'institution, on le sait bien, peut «soumettre» ses membres à des changements profonds en vue d'améliorer son fonctionnement. Ceci ne sera pas l'oeuvre de *l'institution in abstracto* mais de celles et ceux, individus membres, qui parviendront à faire du *travail du négatif,* un effort de création. Cet effort créatif ne peut être issu que d'un long et constant processus de recherche et de formation grâce auquel les individus pourraient saisir les éléments nécessaires à une prise de distance critique des problèmes institutionnels.

Le lecteur aura compris que ce processus dépasse largement le cadre proprement institutionnel. S'il est vrai qu'il est possible, et même souhaitable, de mettre en place des dispositifs de formation continue pour les professionnels afin d'élargir leur base de connaissances et d'accroître leur capacité d'analyse des pratiques, il est vrai aussi que cette démarche demeure incomplète sans un travail de remise en question des modèles sociétaux (Hermann, 1990) qui sous-tendent l'ensemble.

Il faut «créer les institutions qui, intériorisées par les individus, facilitent le plus possible leur accession à leur autonomie individuelle et leur possibilité de participation effective à tout pouvoir explicite existant dans la société» (Castoriadis, 1988, p. 103). Pour ce faire, il faut que les individus soient capables de réflexivité, c'est-à-dire de réfléchir sur les conditions mêmes de leur pensée et de leurs actes.

La création ne veut pas dire faire table rase du passé et du présent institutionnels: ce serait tomber, une nouvelle fois, dans l'erreur de croire que l'institution peut ignorer la réalité des individus qui en sont membres et des modèles sociétaux qui sont à sa base. Au contraire, c'est à partir des institutions qui existent aujourd'hui, avec les individus qui en sont membres (travailleurs et usagers), que l'on peut espérer un labeur de création.

4. Une approche de recherche-formation en gérontologie sociale

Nous savons désormais que l'institution existe grâce aux pratiques des individus qui en sont membres. Comment intégrer alors, d'une part, le nécessaire labeur de re-création de l'institué collectif et, d'autre part, un mode d'intervention qui fait des individus plutôt des agents reproducteurs de modèles sociétaux inadaptés que des acteurs prêts à la réflexivité et au changement ? Autrement dit, peut-on donner une intelligence aux pratiques afin de permettre aux individus de produire des savoirs pouvant être réinvestis dans leur vie institutionnelle ?

La réponse à cette dernière question implique une double réponse. D'une part, il apparaît nécessaire de permettre à la personne âgée de devenir membre à part entière de l'institution; il s'agit moins de remettre en cause son rôle que le statut qui lui est imputé par les modes de fonctionnement actuels. Or, le questionnement de ce statut, à la lumière de l'analyse préalable des phénomènes de dépendance, implique que l'on s'intéresse à la dimension individuelle et, notamment, aux phénomènes subjectifs et intersubjectifs du fonctionnement institutionnel. Le respect pour la personne âgée en tant que sujet de l'action ne peut alors être conçu comme un objectif institutionnel sans tenir compte du rôle des individus. Le professionnel du social à qui on demanderait de fournir un effort dans ce sens ne pourrait pour sa part ignorer le contrat tacite initial entre la personne âgée et l'institution. En ce qui concerne les représentations sociales de la vieillesse et du vieillissement, un

long travail de prise de parole et de participation sociale est nécessaire. Si un mouvement de prise de parole semble s'amorcer et s'amplifier depuis les années 80 en Europe, avec une prise de conscience des personnes âgées, de leur poids politique et économique, beaucoup reste encore à faire quant à leur participation sociale. Il faut donner la parole aux personnes âgées, leur permettre de structurer un discours qui puisse dialoguer avec les discours savants et non savants sur la vieillesse et le vieillissement présents dans nos sociétés.

D'autre part, il faut, surtout, être préparés à comprendre ce discours. C'est par rapport à cette nécessaire compréhension d'autrui que s'impose la notion de formation, qui implique moins l'acquisition de compétences à partir de référentiels théoriques venus d'ailleurs, que la capacité de réflexivité sur l'agir quotidien.

En postulant que les savoirs expérientiels des personnes âgées institutionnalisées peuvent faire partie du bagage commun des connaissances dans le champ de la gérontologie sociale, nous donnons un sens particulier aux notions de savoir et de formation et situons le rôle des intervenants selon une nouvelle perspective: celle de la recherche-formation.

Cette démarche s'inspire de l'analyse clinique en sciences sociales (Rhéaume, 1993; de Gaulejac, 1993) et notamment des pratiques pédagogiques autour des *histoires de vie* (Pineau et Le Grand, 1993). «La recherche participative n'est plus une méthodologie; l'interaction appartient *à la définition même de la recherche.* Lorsque nous parlons de recherche-formation, n'est-ce pas, en effet, parce que nous avons enfin compris que la formation ne peut pas être pensée indépendamment de ses processus, disons simplement de son mouvement» ? (Dominicé, 1993, pp. 99–100).

Dans cette perspective, nous cherchons actuellement à développer et à analyser, au sein d'un groupe formé par des pensionnaires d'un EMS (et avec la participation ponctuelle des professionnels), les savoirs expérientiels des personnes âgées institutionnalisées, à partir des *récits de vie institutionnelle.* Dans le cadre de la démarche biographique, le récit de vie institutionnelle vise à explorer la dimension *du collectif* dans l'analyse des vécus individuels. Le travail de cette dimension au sein d'un groupe permet un double mouvement dans la recherche du sens de l'histoire de vie en institution: d'une part, il facilite la prise de distance et l'analyse des vécus institutionnels individuels, en y attachant une importance particulière aux éléments biographiques qui pourraient éclairer la dimension sociale; autrement dit, il s'agit d'explorer dans quelle mesure un certain individu a été ou est agent ou acteur dans l'institution; d'autre part, grâce au fait que la réflexion collective est en même temps une action d'intervention institutionnelle, le groupe se donne une *identité* et une *visibilité* institutionnelles et devient le co-narrateur du récit de vie institutionnelle.

C'est dans ce cadre que la notion de recherche-formation prend tout son sens. Comme le souligne Dominicé, il faut «admettre que *le faire* de l'éducation et de la formation a pour spécificité épistémologique de ne pas pouvoir séparer la dimension conceptuelle de son assise empirique» (1993, p. 191).

Ceci nous amène à conclure qu'on ne peut pas envisager de trouver des solutions aux dysfonctionnements institutionnels sans un sérieux travail de recherche, d'analyse et de formation sur le rôle que jouent dans les pratiques institutionnelles les aspects culturels, sociaux et psychologiques liés à la vieillesse et au vieillissement.

Le pouvoir heuristique d'un discours résultant d'un processus de recherche-formation, qui reconstruit en conséquence les liens avec le réel (liens que nous avons tendance à scléroser dans des pratiques qui n'ont autre force que celle de la répétition), nous montre peut-être une approche différente à la gestion et correction des dysfonctionnements institutionnels.

En guise de conclusion

La formation dont nous parlons dépasse le cadre purement technique et professionnel de la gérontologie axé sur la pratique des soins ou la pratique socio-institutionnelle, et vise une plus grande transparence des savoirs. Nous pouvons citer plusieurs exemples de ce type de démarche: le montage d'expositions ouvertes à un public plus large[11], ou encore la réalisation d'audiovisuels pédagogiques destinés à la fois aux spécialistes et au public en général[12]. Sur ce dernier point, il est important de souligner l'existence d'une vidéographie conséquente dont le catalogue de *Pro Senectute* recueille une partie importante.

Par ailleurs, cette transparence n'est pas une fin en soi. En effet, elle doit être accompagnée d'une prise de distance critique des savoirs gérontologiques eux-mêmes: comme le souligne fort judicieusement B. Arcand (1989, pp. 99–101), ceux-ci constituent une *ethno-gérontologie* et sont le fait d'Occidentaux réfléchissant sur leur propre société[13]. Cette prise de distance est possible dans la mesure où les professionnels en gérontologie, à l'aide de dispositifs de recherche-formation, acceptent les échanges possibles entre leurs savoirs disciplinaires et les savoirs *non savants* d'autrui (notamment des personnes âgées). La lutte contre les images stéréotypées de la vieillesse et du vieillissement ne doit pas concerner un secteur professionnel en particulier mais l'ensemble de l'institution (et la société), dans la mesure où c'est en son sein que prennent forme les modèles et valeurs qui déterminent son mode d'intervention.

Nous terminerons avec une allégorie qui en dit long sur l'effort de (auto)-formation et d'information que les professionnels du champ géronto-gériatrique doivent entamer pour permettre de structurer de manière créative le travail du négatif, dont les dysfonctionnements institutionnels sont les signes visibles:

> *«Face au stéréotype du vieux couple sur un banc public, les spécialistes de la gérontologie sociale nous disent qu'il est essentiel de leur inventer un rôle, une activité, un pouvoir, qui donnera un sens à leur vie.*

La leçon des Cuiva, au contraire, nous enseigne qu'il faut convaincre tous les membres de notre société de combien il est important, sain, utile et profitable de s'asseoir de temps à autre sur un banc et nourrir les pigeons.»

B. Arcand (1989, p. 105)

Notes

1 Nous entendons ici par besoins sociaux d'institutions spécialisées l'identification sociale des problèmes directement liées à la vieillesse et au vieillissement de la population (dépendance économique, sanitaire, etc.) au travers de différents cadres référentiels (politique, économique, de santé, etc.). Cette identification découle du travail des chercheurs et professionnels. A leur tour, les institutions spécialisées se constituent en modes d'intervention spécifiques, avec des structures et modes de fonctionnement qui répondent à la manière dont ont été posés les problèmes. (cf. Bélanger: 1992)

2 Nous entendons par professionnels du pôle social l'ensemble de postes qui font pas partie du secteur médical et para-médical, notamment les animateurs.

3 Rickenmann R. (1995): «La notion de 'handicap' dans les processus d'attribution causale interne à autrui lors d'un atelier de travaux manuels dans un EMS», in polycopié du séminaire Minorités et médias: la vidéo en formation, Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation (FAPSE), université de Genève.

4 Nous avons fait appel aux théories des «attributions causales» et du «locus of control» (Heider, 1958; Rotter, 1954). Ces théories nous fournissaient un cadre pour comprendre la manière dont le jugement que l'animatrice portait sur les personnes âgées déterminait le mode de fonctionnement de l'atelier, indépendament des objectifs institutionnels fixés.

5 Voir les ouvrages de G. Minois (1987), P. Bourdelais (1993) ou encore de G. Heller (1994).

6 Dans les théories de l'attribution causale cette tendance est définie comme «dispositionnelle» (situer la cause dans l'individu), par opposition à une recherche de la causalité «situationnelle» qui tient davantage compte des données environnementales.

7 Titre de l'article de E. Enriquez in Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe, No 13, 1989, dans lequel il réfléchit sur les conditions qui permettent de lutter contre les phénomènes de déliaison (Kaës, 1987), propres au travail de la mort dans l'institution.

8 «Les institutions, dans la mesure où elles donnent commencement à une modalité spécifique de rapport social, où elles tendent à former et à socialiser les individus suivant un pattern spécifique, où elles ont la volonté de faire durer un certain état, jouent un rôle essentiel dans la régulation sociale globale.»(Enriquez, 1988, p. 62).

9 Mauss, M. (1968): «Essai sur le don. Formes et raisons de l'échange dans les sociétés archaïques» in Sociologie et anthropologie, PUF, Paris.

10 «Pour éviter l'échange avec les vieux, la société a trouvé la meilleure parade possible: celle de supprimer fictivement leur dette (envers les autres)» (Veysset, 1994, p. 132).

11 L'exposition «Images de la vieillesse» organisée par le Centre Interfacultaire de Gérontologie de l'université de Genève, est un exemple de ce type de démarche.

12 Goda G., Gognalons-Nicolet M. et P.-H Zoller (1991):»Comment réussir sa vieillesse ?», ed. Médecine et hygiène, Genève, est une série de 3 vidéos pédagogiques, nous semble un bon exemple de réalisation audiovisuelle qui peut être utilisée par différents types de public. Accompagnés d'une brochure détaillée sur la forme et les contenus, ces modules vidéo peuvent être adaptés à différents types d'usage en formation.

13 «Toute pathologie physique ou mentale s'inscrit dans le cadre socio-culturel qui la produit, puisque chaque société a répertorié, classé et construit les données de santé et de maladie selon des schémas culturels et sociaux qui lui sont propres» (Gognalons-Nicolet, 1994, p. 11).

Références bibliographiques.

Amiel-Lebigre F. et M. Gognalons-Nicolet (1993). *Entre santé et maladie*, Paris: PUF.

Amyot, J.-J. (1994). *Travailler auprès des personnes âgées,* Toulouse: Privat.

Arcand B. (1989). «La construction culturelle de la vieillesse» in Santerre R. et G. Letourneau (Eds), *Vieillir à travers le monde* (pp. 97–105), Québec: Les Presses de l'Université de Laval.

Aries P. (1975). *Essai sur l'histoire de la mort en Occident du Moyen Age à nos jours,* Paris: Seuil.

Aries P. (1977). *L'homme devant la mort,* Paris: Seuil.

Bélanger L. (1992). «Vieillir... en toute liberté en milieu institutionnel» in Ch. de Saussure (sous la dir.), *L'homme très âgé: quelles libertés?,* Genève: Médecine et hygiène, 117–126.

Bourdelais P. (1993). *L'âge de la vieillesse,* Paris: Odile Jacob.

Canguilhem G. (1943). *Le normal et le pathologique,* Paris: PUF.

Cariou M. (1995). *Personnalité et vieillissement, introduction à la psychogérontologie,* Neuchâtel: Delachaux et Niestlé.

Castoriadis C. (1975). *L'institution imaginaire de la société,* Paris: Seuil.

Castoriadis, C. (1988). «Pouvoir, politique, autonomie» in Revue de métaphysique et de morale, no 1

De Gaulejac V. (1993). «La sociologie et le vécu» in De Gaulejac *et al., Sociologies cliniques* (pp. 314–325), Hommes et perspectives, Paris.

Deschamps J.-C. et Clémence A. (1990). *L'attribution. Causalité et explication au quotidien,* Lausanne: Delachaux et Niestlé.

Dominicé P. (1993): «Faire, savoir et faire savoir» in Serre F. (dir.), *Recherche, formation et pratiques en éducation des adultes* (pp. 187–205), Paris: CRP.

Dirkx E. (1986). *Revue bibliographique de géragogie: approches psychologique, psychopédagogique et psychothérapeutique,* Travail de diplôme, Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation (FPSE), Genève: Université de Genève.

Enriquez E. (1987). «Le travail de la mort dans les institutions» in Kaës et collab. *L'institution et les institutions. Etudes cliniques* (pp. 62–94), Paris: Dunod.

Enriquez E (1989). «Institution, pouvoir et créativité» in *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupes,* No 13.

Gilette A. (1988). «L'archipel médico-social» in *Après-demain,* No 302.

Gognalons-Nicolet M.(1994). «Du vieillissement normal au vieillissement réussi. Aspects culturels, sociaux et psychologiques», in *Cahiers Psychiatriques Genevois,* 17, 11–36.

Heider F. (1958). *The psychologie of interpersonal relations,* New York: Willey.

Heller G. (1994). «De l'asile à l'établissement médico-social : le canton de Vaud, fin XIXème-XXème siècle» in G. Heller (éd.) *Le poids des ans* (pp. 113–126), Lausanne: Editions d'en bas.

Helmann C.G. (1990). *Culture, Healt and Ilness,* 2nd edition, Butterworth: Heinemann.

Hermann J. (1990). «Le vieillissement des modèles sociétaux» in CIACO, *Populations âgées et révolution grise, chaire Quetelet 86*» (pp. 401-403), Louvain: Université catholique de Louvain.

Kaes R. (1988). «Réalité psychique et souffrance dans les institutions» in R. Kaës et al., *L'institution et les institutions* (pp. 1–43), Paris: Dunod.

Lalive d'Epinay Ch. (sous la dir.) (1983). *Vieillesses,* GUGRISPA, Saint Sanphorin: Université de Genève.

Mauss M. (1968). «Essai sur le don. Formes et raisons de l'échange dans les sociétés archaïques» in Mauss M., *Sociologie et anthropologie* (pp. 145–279), Paris: PUF.

Minois G. (1987). *Histoire de la vieillesse,* Paris: Fayard.

Morin E. (1981). «Pour une science de l'autonomie» in *Cahiers internationaux de sociologie,* LXXI, juillet-décembre, 257–267.
Neugarten B.L. (ed.)(1975). *Midgle age and aging,* Chicago: University of Chicago Press.
Nussbaum N. (1994). «L'Asile distingué et l'asile des miséreux à Genève au XIXème siècle, in G. Heller, *Le poids des ans* (pp. 95–112), Lausanne, Editions d'en bas.
Pineau G. et Le Grand J.-L. (1993). *Les histoires de vie,* Paris PUF.
Rhéaume J. (1993) «Dimensions épistémologiques des liens entre théorie et pratique» in E. Enriquez et al., *L'analyse clinique dans les sciences humaines* (pp. 83–96), Montréal.
Rickenmann R. (1994). *Le grenier, essai-vidéo sur la notion de déracinement,* vidéo VHS, 25mn, Genève: Résidence d'Hanna-EMS pour personnes âgées.
Rotter J.-B. (1954). *Social learning and clinical psychology,* Prentice Hall, New Jersey: Englewood Clifs.
Veysset B. (1989). *Dépendance et vieillissement,* Paris: l' Harmattan.

Welchen Beitrag die Ausbildungsforschung zur sozialen Altersforschung leistet: gegen den Abhängigkeitsprozess im Altersheim kämpfen!

Zusammenfassung

Obwohl der soziale Aspekt grosse Bedeutung im Altersheim hat, scheint eine medizinische Betrachtungsweise gegenwärtig nicht vermeidbar zu sein. In der Altersforschung können sich die Professionellen nicht dem Mechanismus der Pflege und Behandlung entziehen, obwohl das eigentliche Ziel ihrer Arbeit die Selbstständigkeit der Patienten ist. Die unterschwellige Logik dieses Mechanismus hat zur Folge, dass Abhängigkeit und Selbstständigkeit zu objektiven Phänomenen werden. Aber diese zwei Begriffe sind als solche subjektiv; wenn man sie analysiert, muss man einerseits die Subjektivität der Professionellen und die der Patienten, anderseits die Arbeitsweise der Anstalt berücksichtigen.

Die «Arbeit gegen das Negative» kann eine ausbildende, auf die Dynamik des Betriebs wirkende Kreativität fördern und so zu einer kollektiven Anstrengung, Distanzierung und Analyse der Störungen im Betrieb führen. So wird man in der Altersforschung und im Alterspraktikum zu einer neuen Betrachtungsweise geführt: die Ausbildungsforschung. Das erlaubt, Theorie, Praxis und Erlebtes zu konfrontieren. So ist die Ausbildungsforschung die Gelegenheit einer kollektiven Wissensstrukturierung, die gegen die inneren Zerstörungskräfte in der Anstalt handelt.

Gli apporti della ricerca-formazione in gerontologia sociale: la lotta contro i processi di rafforzamento della dipendenza negli istituti medico-sociali

Sintesi

L'importanza accordata alla componente sociale negli istuti medico-sociali per persone anziane non sembra impedire una visione medicalizzata della vecchiaia e dell'invecchiamento. D'altro canto i professionisti del settore della gerontologia, e in particolar modo quelli del settore sociale, non sembrano poter fare a meno dei meccanismi della «presa a carico istituzionale» nella lotta contro il rafforzamento della dipendenza. La logica sottostante a questi meccanismi obbedisce a una concezione classica che fa della dipendenza et dell'autonomia dei fenomeni oggettivi. Queste due nozioni designano ugualmente dei fenomeni profondamente soggettivi la cui analisi deve tener conto del livello d'organizzazione interno degli individui (professionisti della gerontologia e persone anziane) e del loro rapporto con i modi di funzionamento istituzionali. Si nota così che il rafforzamento della dipendenza può essere compreso nel quadro di ciò che possiamo qualificare come il «lavoro del negativo» nell'istituzione. Questo «lavoro del negativo» può essere all'origine d'un processo di formazione (ri-creazione costante delle dinamiche istituzionali), per mezzo di uno sforzo collettivo d'identificazione, di presa di distanza e di analisi dei disfunzionamenti istituzionali.

Questa constatazione ci invita a proporre un approccio differente delle pratiche professionali nella gerontologia sociale: quello della ricerca-formazione. Questo approcio risponde ai bisogni, vitali per l'istituzione e per i membri che la compongono, di confrontare i modelli teorici e le pratiche ai discorsi sul vissuto istituzionale. La ricerca-formazione con le persone istituzionalizzate può diventare così il luogo di strutturazione collettiva del sapere che a sua volta può essere la base dei processi creativi necessari alla lotta contro i fenomeni di rottura dei legami istituzionali.

Contribution of research-training in social gerontology

Summary

The apparent importance given to the social aspect in medical-social elderly people homes seems unable to avoid the medicalised view of age and ageing. Gerontological professionals, social workers among others, don't seem to have the possibility to sift out the «institutional uptaking» while struggling

against dependency enhencement. The underneath logic obeys to classical conceptions which point towards dependecy and autonomy as objective phenomena. Thus, the two notions show also deeply subjective phenomena which are to be considered in the internal organisation level of persons (workers and elderly people) and its relations with institutional fonctioning. One may say that the «work of the negative» in the institution appears to be the best definition of dependency reinforcement. Now, the «work of the negative» may also initiat a formative process (constant institutional dynamic re-creation) through a collective effort of identification, distanciation and analysis of institutional misfunctioning.

This leads us to propose a different training conception, research-training, to social-gerontological working applications: answering the necessity vital to workers and elderly persons, to compare theoretical models and applications to the so called discourse about the institutional day to day life (specially of elderly persons). The research-training with residents of medical-social homes may become the locus for a collective knowledge structuration, which may later initiate the essential creative processes necessary to fight against «de-linking» phenomena inside the institution.