

La spatialisation de la violence symbolique en maison de retraite

CLÉMENT BASTIEN
OLIVIA RICK

CLÉMENT BASTIEN
OLIVIA RICK

La spatialisation de la violence symbolique en maison de retraite

En 2010, après la parution de 3 numéros, l'arrêt prématuré de la revue Transeo initiée et portée par des doctorant.e.s a laissé disparaître des articles lorsque, pourtant, ils avaient été évalués et servaient la cumulativité des connaissances scientifiques¹. Avec l'accord de leurs autrices-eurs, Regards sociologiques a proposé de redonner à lire un de ces textes resté très confidentiel et aujourd'hui difficilement accessible². Dans ce souci de pouvoir simplement le retrouver, il n'a nullement été modifié relativement à sa version évaluée pour Transeo ; seules les références citées ont été ajustées aux normes de notre revue.

Mots-clés :
Violence symbolique
Maison de retraite
Spatialisation des rapports sociaux

Key words :
Symbolic violence
Retirement residences
Spacialization of social relationships

L'analyse de l'agencement et des pratiques de l'espace dans une maison de retraite « moyenne gamme » de l'Est de la France permet de comprendre que les configurations de l'espace y sont à la fois le produit des structures de perception et de déni-gation de la vieillesse des résidents et, du fait de tous les effets symboliques résultant en retour de la matérialisation, et donc de la naturalisation, de ces régularités orientées, un support de l'exercice d'une violence symbolique renvoyant le résident à sa vérité objective d'être en délitement physique, mental et social. Dans la mesure où la maison de retraite se définit avant tout comme lieu d'accueil plutôt que comme lieu d'enfermement, l'analyse s'attache tout particulièrement aux effets liés à cette orientation de l'institution comme espace humain et ouvert, condition de possibilité d'une valorisation des lieux qui, parce qu'elle s'exerce de façon différenciée selon les secteurs et les résidents considérés, contribue en fait à l'élaboration et à la manifestation de cette définition institutionnelle du résident.

The analysis of the layout and practices of space in a « mid-range » retirement home in the East of France allows us to understand that the configurations of space are both the product of the structures of perception and denial of the old age of the residents and, due to all the symbolic effects resulting in return from the materialization, and therefore the naturalization, of these oriented regularities, a support for the exercise of a symbolic violence referring the resident to his objective truth of being in physical, mental and social disintegration. To the extent that the retirement home is defined above all as a place of residence rather than a place of confinement, the analysis focuses particularly on the effects linked to this orientation of the institution as a human and open space, a condition of possibility of a valorization of the places which, because it is exercised in a differentiated way according to the sectors and residents considered, in fact contributes to the development and manifestation of this institutional definition of the resident.

« Il n'y a pas d'espace, dans une société hiérarchisée, qui ne soit pas hiérarchisé et qui n'exprime les hiérarchies et les distances sociales, sous une forme (plus ou moins) déformée et surtout masquée par l'effet de *naturalisation* qu'entraîne l'inscription durable des réalités sociales dans le monde naturel. »
Pierre Bourdieu, « Effets de lieux », *La misère du monde*

La mise au point progressive d'une approche humaniste de la vie en maison de retraite, visant à rompre avec les logiques antérieures du gardiennage des vieux qui prévalaient dans les hospices, s'est exercée pour beaucoup,

comme dimension de l'attention renouvelée à leur « bien-être », sur l'aménagement du « cadre de vie » des résidents, c'est-à-dire sur les configurations de l'espace susceptibles de favoriser l'épanouissement de la fin de vie en institution³. Et l'appréhension de la maison de retraite comme lieu de reconstruction d'un « chez soi », dans les discours savants⁴ comme dans les discours indigènes, montre que l'institution est pensée non comme espace d'internement collectif et d'enfermement coercitif (sur le modèle de la prison), mais comme *espace humain, intime et ouvert*, en un mot, comme un lieu de vie entière et épanouie, que l'assistance fournie par le personnel a pour but d'instaurer et de préserver en

1 A notamment complètement disparu le premier numéro dirigé par Éric Brun et Vanessa Gemis : « Marginalités dans les espaces symboliques/processus symboliques de marginalisation », *Transeo*, n°1, 2009. Il reste quelques fragments du numéro double 2-3 (au lien : <https://www.transeo-review.eu/>) avec quelques recensions en fin de la seule page web visible ou, encore, deux articles disponibles sur d'autres liens. Celui de Sandra Breux, Hugo Loiseau et Min Reuchamp sur « Les apports et potentialités de l'utilisation des cartes mentales en sciences politiques » (sur le site : Uliège) ou encore l'introduction au numéro « Figurer l'espace en sciences sociales » (sur le site : HAL).

2 Notre démarche n'est ni nouvelle ni hétérodoxe dans la mesure où le texte de Frédéric Jameson, « Hans Haacke et la logique culturelle du postmodernisme » (*RadaR*, n°4, 2019 [en ligne]), dont la traduction était initialement parue dans *Transeo* (n°2-3), a été rééditée puisque « le texte était introuvable depuis [la] cessation de parution », comme l'explique son traducteur Maxime Boidy (cf. « Détail artistique et cartographie totale : note bibliographique à propos de Hans Haacke », *RadaR*, n°4, 2019 [en ligne]). Mention absente lors de la publication dans *Transeo*, notons qu'une première version du texte de Clément Bastien

et Olivia Rick avait été présentée lors du colloque Doc'géo « Espaces d'enfermement, espaces clos » du 20 mai 2008 à Bordeaux, dont les actes ont été publiés dans les *Cahiers d'ADES* (n°4, mars 2009, pp.89-98).

3 Voir par exemple, sur le plan proprement architectural, les tentatives analysées dans Florent Champy : « Conception architecturale et innovation : l'hébergement des personnes âgées », in Haumont Nicole (dir.), *L'urbain dans tous ses états. Faire, vivre, dire la ville*, Paris, L'Harmattan (coll. Habitat et sociétés), 1998, pp.65-75. Sur l'évolution des conceptions spatialisées d'institutions d'enfermement, où « chaque période correspond en quelque sorte à une élaboration spécifique de représentations du monde social et de la normalité », on pourra consulter aussi : De Montlibert Christian, *L'impossible autonomie de l'architecte. Sociologie de la production architecturale*, Strasbourg, Presses universitaires de Strasbourg, 1995, chap.1, pp.11-40.

4 Cf. par exemple : Mallon Isabelle, *Vivre en maison de retraite. Le dernier chez-soi*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes (coll. Le sens social), 2004.

dépôt de la diminution effective des capacités motrices et/ou mentales des résidents. Pourtant, si la configuration et les usages des lieux produisent effectivement des effets incitatifs, c'est bien plutôt comme rappel constant de l'insignifiance et de l'impotence des résidents, de telle sorte que l'espace physique de la maison de retraite, parce qu'il en est le produit, fonctionne comme actualisation des logiques de catégorisation qui informent la perception de la vieillesse — caractérisée par l'inactivité (économique), donc l'inutilité, et le délitement —, dans une situation où la proximité quotidienne aux corps vieillissants et malades implique, pour le personnel comme pour les résidents les moins dépendants, sans doute plus de protections collectives que la perception abstraite et lointaine de la mort. Ce non seulement dans des pratiques directement ségrégatives (mais rarement perçues comme telles), telle que la répartition des résidents dans les différents étages en fonction de leur état physique et mental, mais aussi (et peut-être surtout) dans des tentatives d'aménagement humain qui, à la fois insérées dans une pratique de l'espace d'abord fonction des nécessités liées au travail du personnel et, en

outre, tendanciellement surdéterminées par les schèmes de perception de la vieillesse que la maison de retraite véhicule et reproduit, produisent en définitive des effets de relégation symbolique tout aussi puissants.

On le voit, c'est à condition de recourir à une grille d'analyse qui ne se réduise pas à la seule thématique du contrôle panoptique, sans doute bien plus valable pour les anciens hospices⁵, que l'on peut comprendre les logiques diverses et *spécifiques* de la dimension spatiale de la violence institutionnelle en maison de retraite, et notamment tout ce que celle-ci doit en ce cas à son ouverture *formelle mais revendiquée*⁶. C'est en effet dans une grande mesure parce que la maison de retraite est caractérisée par une situation particulière d'espace d'enfermement négatif⁷ que l'espace peut s'y agencer comme produit et support d'une violence symbolique renvoyant le résident, à la manière de l'insulte⁸, à sa condition objective de corps encombrant et en voie de décomposition, plutôt que comme instrument d'un dispositif de coercition envisagé comme tel, à la fois dans l'aménagement de l'espace (section 1) et dans les pratiques qui s'y inscrivent (section 2).

Les principales caractéristiques de l'établissement étudié

Les analyses qui suivent reposent sur l'observation ethnographique d'une maison de retraite « moyenne gamme »ⁱ et relativement récente (ouverte en 1992) de l'Est de la France disposant de 85 lits répartis sur 3 étages — dont 13 consacrés à une Unité Protégée (souvent appelée « Unité Alzheimer ») située au 1er étage —, pour une cinquantaine de personnels, et dont la population est caractérisée, suivant les taxinomies officielles, par un degré de dépendance moyen. L'observation s'est déroulée en deux temps : a) d'abord, au cours d'un stage d'un mois à temps plein effectué en 2002 par Olivia Rick, en position de « participation observante », dans le cadre d'une formation en soins infirmiers, qui a permis de collecter un premier matériau empirique sur les pratiques de gestion institutionnelle des résidents ; b) puis, deux ans plus tard, par l'intermédiaire d'une série complémentaire d'observations ponctuelles, étalées sur plusieurs semaines — à la fois lors de moments spécifiques de la vie collective (repas aux différents étages, animations, etc.) et pendant les « temps morts », au cours desquels nous bénéficions d'une relative liberté de mouvement dans la maison de retraite —, et d'une quinzaine d'entretiens, avec des membres du personnel administratif et (para)médical comme avec des résidents et leurs familles, pour certains approfondis au cours de plusieurs rencontres. Passé, entre ces deux moments de la recherche, d'une situation de désorganisation — liée, entre autres, à des difficultés financières ayant introduit l'éventualité d'une fermeture de l'institution — à une reprise en main relative qui le place, pour reprendre les mots d'une aide-soignante, « dans la bonne direction », l'établissement étudié permet ainsi d'observer à la fois les logiques d'imposition les plus brutales et la façon dont se configure et s'applique la bonne volonté institutionnelle.

ⁱ Ce qui délimite le champ de validité des analyses proposées : les logiques d'imposition symbolique sont en effet probablement inversées, en partie au moins, dans les établissements « haut de gamme », en raison d'un tarif journalier triple et, surtout, d'un recrutement social élevé, où les logiques de la domination de classe peuvent donc jouer à plein, l'écart y étant à son maximum entre la position sociale des résidents et celles des employés

LA LOGIQUE DOUBLE À L'ŒUVRE DANS L'AGENCEMENT DE L'ESPACE

Une « institution avec vitrine »⁹

L'attention accordée à l'aménagement de la maison de retraite ne s'effectue pas de manière uniforme, mais répond à une logique de valorisation différenciée des espaces en fonction des choses à montrer et des choses à dissimuler, c'est-à-dire en fonction des éléments que l'institution reconnaît comme pertinents pour sa propre définition et, par conséquent, pour la définition des résidents¹⁰. Dans le soin quasi unilatéral accordé au rez-de-chaussée par rapport aux étages, où se trouvent pourtant les chambres des résidents, se manifeste ainsi le statut privilégié accordé aux espaces renvoyant d'abord à l'institution elle-même,

espace d'accueil présentable et présenté aux visiteurs et aux familles et espace protégé, loin des manifestations les plus brutes du délitement, du personnel statutairement le plus élevé, aussi bien dans la hiérarchie administrative (directeur et trésorier, derrière des stores, plutôt que gouvernante, dont le bureau est situé au premier étage) que dans la hiérarchie paramédicale (salle de soins des infirmiers, dans un couloir à l'arrière des bureaux).

Le rez-de-chaussée est par conséquent ce lieu de l'institution qui, plus que tout autre, se doit de manifester tous les attributs de la vie normale. Rénové en 2002 alors que les étages étaient laissés en l'état (peintures écaillées, portes rayées, etc.), bien agencé, décoré de fleurs et de plantes vertes, il reconstruit à l'intérieur de la maison de retraite les principaux espaces extérieurs et publics, ainsi placés à la portée de ceux qui ne peuvent plus y accéder, faisant

5 Cf. Benoît-Lapierre Nicole, Cevasco Rithée, Zafropoulos Markos, *Vieillesse des pauvres. Les chemins de l'hospice*, Paris, Les Éditions ouvrières (coll. Politique sociale), 1980.

6 On rejoint sur certains points l'analyse développée par Patrick Bruneteaux (« L'hébergement d'urgence à Paris ou l'accueil en souffrance », *Sociétés contemporaines*, n°63, 2006, pp.105-125) qui décrit « une extension du contrôle social sur fond de disparition tendancielle du recours à la violence physique [et qui s'exerce] au nom des droits de la personne et de son respect ».

7 « Ni dangereuse ni malveillante, la population des maisons de retraite est dans le langage de Goffman la seule qui ne justifie pas positivement l'institution totale qui lui correspond. La présence dans ce type d'institution totale se justifie par la difficulté à vivre en dehors, et non par la nécessité de vivre dedans [...] C'est précisément cette spécificité qui explique que les maisons de retraite doivent se conformer pleinement aux prescriptions humanistes ayant cours à l'extérieur » (Rimbert Gérard, « Le

chronomètre et le carillon. Temps rationalisé et temps domestique en maison de retraite », *Lien social et politiques*, n°54, 2005, pp.93-104).

8 Cf. Bourdieu Pierre, *Questions de sociologie*, Paris, Éditions de Minuit (coll. Documents), 1984, pp.92-93 ; Bourdieu Pierre, *Langage et pouvoir symbolique*, Paris, Seuil (coll. Points essais), 2001.

9 Rimbert Gérard, *Placement et déclassement en maison de retraite. La gestion professionnelle du vieillissement social*, Mémoire de DEA en sociologie, Paris, EHESS, 2002.

10 On trouvera des descriptions et analyses proches dans : Rimbert Gérard, « Jouer avec les valeurs officielles en maison de retraite », in Aballéa François, Lallement Michel (dir.), *Relations au travail, relations de travail*, Toulouse, Octarès (coll. Le travail en débat), 2007, pp.137-144. Voir aussi : Penef Jean, *L'hôpital en urgence*, Paris, Métailié, 1992, p.23 sq.

ainsi de la maison de retraite le dernier prestataire d'une possible vie sociale. Il ressemble ainsi à une petite galerie de verre passante ou marchande, dans laquelle on pénètre, à la manière des grandes surfaces, après avoir franchi des portes coulissantes. On entre alors dans le grand hall d'accueil, espace ouvert qui, mis à part la droiture des murs porteurs, présente des cloisons et un mobilier tout en arrondis, et donne sur les principaux lieux de la vie collective : c'est ici en effet que se trouvent les boîtes aux lettres des résidents, un petit salon de thé donnant sur la terrasse, un salon de coiffure, la salle à manger, ainsi qu'un petit salon où viennent s'installer certains résidents, parfois pour y passer la majeure partie de leur journée.

Lieu de passage des membres du personnel et de la direction, espace de mouvements, le rez-de-chaussée est bien cet espace où il se passe encore quelque chose à la vue de tous. On comprend dans cette perspective que ce soit là également, dans une salle à côté de l'accueil, que se déroulent la plupart des séances d'animation, mise en pratique d'un des leitmotivs les plus prégnants en maison de retraite : « un lieu animé est un lieu où il y a de la vie » ; de sorte que les activités les plus visibles prennent place non pas dans les étages (qui le permettraient tout autant), mais au rez-de-chaussée d'une maison qu'on entend et qu'on voit ainsi « vivre », comme s'il fallait toujours (s')en convaincre. Cette prédominance des espaces à la fois visibles et collectifs sur les espaces intimes, associés à l'isolement, réalise le caractère nécessairement déplacé des manifestations de la vieillesse, puisque tout doit montrer qu'au fond « rien n'a changé ».

Le système des places

Si l'entreprise d'esthétisation de l'espace du rez-de-chaussée manifeste activité et attention, les étages ressemblent à des cités dortoirs, espaces fonctionnels réservés à ceux qui ont une raison d'y monter comme à ceux qui sont forcés d'y rester. Ainsi, entre l'espace collectif du rez-de-chaussée et son équivalent dans les étages, la salle commune, passe-t-on d'une sorte de profusion ornementale à un dépouillement qui fonctionne comme jugement matérialisé de l'institution sur le délitement des résidents : avec pour seule couleur un bleu pâle uniforme, elle est en effet décorée à la hâte, à l'aide, par exemple, d'un panier de basket et de dessins des résidents. En outre, située à la jonction des deux ailes de chaque étage, à la sortie de l'ascenseur, donc sous le regard pressé mais régulier du personnel, elle est d'abord caractérisée par sa plurifonctionnalité, faisant office à la fois de salle à manger, de salle de séjour et de salle d'attente, à l'opposé de la division spatiale des fonctions qui régit l'agencement du rez-de-chaussée. Par conséquent, espace officiel de convivialité sans cesse réarticulé en fonction des nécessités de l'institution, elle ne constitue ni un lieu d'intimité, ni un lieu de sociabilité, mais bien plus souvent un lieu de regroupement des résidents, alignés des heures durant sur des chaises adossées à l'un des murs (plutôt qu'installés autour des tables), permettant au personnel de les « avoir sous les yeux » pendant les tâches diverses de la journée¹¹. Et, si on y trouve par exemple une kitchenette qui aurait pu être réappropriée par les résidents souhaitant confectionner confitures, gâteaux ou autres plats¹², elle n'a été pensée, semble-t-il, que pour un usage professionnel : quelques placards, une plaque de cuisine et une petite table font qu'il est même difficile à deux personnes de s'y mouvoir sans se gêner.

La répartition des résidents sur les trois étages s'organise quant à elle, au moment de la première immersion dans la structure (en 2002), suivant des logiques de hiérarchisation qui, fonction notamment du degré de dépendance des résidents, témoignent tant du degré de contrainte qu'implique pour le personnel leur prise en charge que du regard qui est porté sur eux. Le premier étage rassemble alors les personnes « autonomes », ne nécessitant que très peu d'aide. On trouve, au deuxième, des résidents plus ou moins dépendants de l'aide des soignants (pour la toilette, les repas, certains déplacements, etc.). Enfin, au troisième étage, sont regroupées les personnes dont les possibilités physiques et/ou psychiques sont très réduites et pour lesquelles une présence régulière des soignants est indispensable tout au long de la journée. La distribution des résidents marque également une différenciation du degré de fonctionnalisation médicale de leurs espaces propres : c'est en effet au troisième étage que se trouvent la plupart des résidents qui voient une grande partie de leur chambre investie par un lit médical, organisant les mouvements autour du lit et laissant tout juste la place pour les déplacements et manipulations nécessaires à la mobilisation de la personne devenue corps médicalisé. Ainsi que nous l'indique un résident : « De toute façon, on nous déplace en fonction de notre état : une fois au troisième, c'est fini, on le sait très bien ! ». Si l'idée de mort, on le voit, est parfois associée au dernier étage, la répartition des résidents renvoie plus profondément aux multiples manifestations du délitement : plus on monte, plus les handicaps sont prégnants et visibles, qu'il s'agisse des handicaps liés au vieillissement et/ou aux pathologies des résidents ou des contraintes qu'ils engendrent dans leur prise en charge par le personnel encadrant. Et on peut comprendre dans cette perspective que ces étages constituent pour le personnel également un espace contraignant, ce que l'institution s'efforce d'ailleurs de réguler, à travers l'instauration de rotations, comme l'explique une auxiliaire de vie :

« On tourne à tous les étages [...]. On ne peut pas être seulement à un étage, pour qu'il n'y ait pas de jalousie, parce que parfois, d'un étage à l'autre, s'il y a plus de dépendance, vous risquez que ce soit plus lourd. [...] Donc on essaie d'avoir un planning équitable et un roulement ».

Dans ces conditions, l'organisation de l'espace ne peut que reconduire la frontière symbolique qui sépare (provisoirement) les résidents les moins dépendants des grabataires, assignant à chacun sa place, d'autant plus congrue que le délitement est plus avancé¹³.

Il faut comprendre dans la même perspective tous les défauts de fonctionnalité, qui, référés aux seuls impératifs médicaux et paramédicaux avec lesquels ils sont en contradiction manifeste, resteraient inintelligibles. On peut rapporter, entre mille exemples, la surélévation des miroirs qui les rend inaccessibles pour une grande partie des résidents ; la configuration spatiale des salles de bains individuelles, qui empêche les résidents en fauteuil roulant de se mouvoir sans gêne pour leur toilette ; l'inaccessibilité des appels malade dans ces mêmes salles de bain, et les anecdotes sur telle résidente tombée et restée par terre trois quarts d'heure durant ; l'absence d'aération naturelle dans le salon de coiffure ; les rainures du lino recouvrant le sol, plus difficiles à nettoyer, et provoquant des odeurs fortes imprégnées dans les chambres des résidents souffrant d'incontinence ;

11 Plurifonctionnalité des lieux et regroupement des résidents caractérisent une configuration spatiale opposée terme à terme au « marquage d'espaces séparés et [à] l'évitement du collectif par la fragmentation [spatiale] du public » décrits par Vincent Dubois à propos de l'accueil dans les caisses d'allocation familiales, que l'indolence généralisée des résidents et la maîtrise quasi unilatérale de l'espace et des interactions par le personnel (cf. *infra*) rendent inutiles. Cf. Dubois Vincent, *La vie au guichet. Relation administrative et traitement de la misère*, Paris, Economica (coll. Etudes politiques), 2003, p.42 sq.

12 Ainsi que sont structurées les unités « cantou » (« au coin du feu » en occitan) au sein d'autres structures d'accueil pour personnes âgées, où l'aménagement de l'espace tend à être agencé « comme à domicile ». On y parle d'ailleurs de maîtresse de maison plutôt que d'auxiliaire de vie, rappelant ainsi

les conditions spatiales d'existence plutôt que la dépendance des résidents.

13 Cette hiérarchisation spatiale s'est beaucoup atténuée entre les deux temps de l'enquête. Il faut y voir sans doute l'effet des injonctions à l'humanisation, qui tendent, on l'a dit, à réduire les manifestations les plus brutales de la violence institutionnelle. C'est aussi l'effet d'un vieillissement de l'institution, qui dépend désormais d'une temporalité dépassant les possibilités et les contraintes de l'espace physique : la grabatarisation qui tend à affecter tous les résidents, donc tous les étages, ne permet plus la même cohérence d'un ordre jusque-là établi. Les résidents du dernier étage ne sont plus systématiquement les premiers à laisser leur place et les pratiques de placement et de rotation tendent à s'hétérogénéiser.

l'absence de protection au bas des portes pour les repose-pieds des fauteuils ; l'inadaptation du mobilier aux personnes âgées, de même que celle des fauteuils roulants, ceux-ci, lors des repas, maintenant le résident à distance de la table et de son assiette, etc. Tous les micro-empêchements liés à ces défauts de fonctionnalité dans l'aménagement d'un espace adapté sont bien faits pour rappeler constamment au vieux qu'il est vieux, de façon d'autant plus impérieuse que, à mesure que les capacités physiques diminuent, se font sentir de plus en plus fortement tout ce qui le sépare désormais du temps où ce genre de détail passait inaperçu.

La dépersonnalisation de l'espace des résidents

L'entrée en maison de retraite implique en outre pour le résident de procéder, souvent à contrecœur, à un ensemble de ruptures, indissociablement symboliques et matérielles, avec les espaces de vie antérieurs : quitter son domicile, quitter un voisinage et un quartier, dans lequel certaines personnes ont par ailleurs passé toute leur vie. Ce dernier déménagement dans l'espace réduit d'une chambre de 20 m² demande également de se défaire de la majeure partie de ses biens, sorte de dépouillement¹⁴ induit par la mesure des contraintes spatiales de la structure d'accueil : les chambres, équipées d'une salle de bain, d'une profonde armoire murale, d'un lit une place et d'une table de chevet, permettent tout juste au nouvel arrivant d'y introduire un mobilier peu encombrant. Aussi, la plupart des chambres ne présentent, en plus des meubles fournis par l'institution, qu'une ou deux petites commodes, un téléviseur et, pour certains, un fauteuil, pièces détachées d'un ensemble qu'il a fallu léguer, entreposer ou vendre : dans quelques cas, le nouvel environnement a d'ailleurs été aménagé avec un mobilier contemporain, acheté « pour l'occasion ». Pour la plupart des résidents, il ne reste, outre ces quelques meubles, que quelques bibelots, photos et petits objets personnels, exposés à la vue de toute personne entrant dans la chambre.

On assiste de la sorte à une tendance à la standardisation de l'aménagement des chambres, participant dans le même temps à une dépersonnalisation des espaces de vie des résidents, les dépossédant de fait de leurs conditions d'existence, les contraignant à être et à se réajuster dans l'espace réduit que délimite ce déménagement, et faisant d'eux des « habitants de nulle part »¹⁵. Avec l'entrée en maison de retraite s'opère ainsi une diminution d'une histoire personnelle objectivée (dans des meubles, des objets, etc.), qui, par sa soudaineté et sa brutalité, inaugure une série continue de pratiques concourant à la diminution continue du capital symbolique dont le résident est porteur, capital symbolique qui est à la fois et indissociablement un capital de reconnaissance sociale et le capital des « raisons d'exister »¹⁶.

L'ENCADREMENT DES PRATIQUES DE L'ESPACE

Des espaces privés comme extensions de l'espace public

Le plus souvent, loin de favoriser la reconstruction d'une vie privée, d'un « chez soi », la vie en maison de retraite instaure une porosité des cadres et champs d'action, entre les espaces collectifs de prise en charge et l'espace privé et intime des résidents. Plus qu'à une simple réduction de la sphère de l'intime, on assiste à une forme de redoublement

institutionnel de sa gestion, qui, en brouillant les frontières, finit par dépouiller la chambre du résident de son caractère privé. Ainsi, l'espace privé n'est plus un espace protégé vis-à-vis duquel est exigible un droit d'entrée : l'installation en maison de retraite y légitime du même coup les interventions du personnel, pour les toilettes, le ménage, la prise des médicaments, ou simplement pour vérifier « si tout va bien », sans toujours frapper avant d'entrer ou refermer la porte derrière soi¹⁷. Parfois, et probablement d'autant plus que l'on avance en âge, la frontière entre l'espace privé et l'espace public s'efface physiquement, transformant la chambre en espace ouvert, non plus seulement pour le personnel, mais aussi pour l'ensemble des résidents. Les portes de certaines chambres demeurent en effet ouvertes tout au long de la matinée, lors des moments consacrés aux toilettes et au ménage : autant que par un souci d'aération d'un espace resté clos toute la nuit, cette habitude est motivée par la possibilité de garder facilement, si besoin est, une vue sur le résident pendant les temps de ménage et de toilette, et tend à invalider d'avance le sens et la portée de toute tentative de retrait ou d'intimité.

Conséquence de cette perte du pouvoir d'imposer des limites (symboliques et physiques), c'est aussi la maîtrise de son espace qui est refusée au résident, comme si était d'emblée niée toute pertinence à son implication. Ainsi, l'utilisation, la manipulation et la remise en ordre des objets personnels sont, en fonction du degré de dépendance du résident, de moins en moins de son ressort ou même de son accord : les vêtements sont parfois choisis par le personnel tandis que le résident ne formule plus forcément ses envies, la salle de bain devient parfois un local qui, s'il est personnalisé par les objets qui y sont placés, n'a plus rien d'intime, dans la mesure où il est largement investi par les professionnels. Forme ultime de la dépossession de l'espace intime, l'institution tend à prendre en charge la gestion du soin du corps. Bien qu'il soit prescrit aux soignants, au cours de leur formation, d'« aider et accompagner » les gestes et non de « faire à la place de », la cadence est souvent telle, en raison du nombre de personnes à prendre en charge et de la pénurie de personnel¹⁸, qu'il est souvent plus pratique de faire à la place de la personne, quitte à mettre à mal tous les principes de prévention, préservation, et de maintien de l'autonomie : ainsi, les regards multiples et la surveillance médicalisée des corps dénudés et déformés se renforcent et, au-delà de l'intimité de la chambre, c'est l'intimité du corps tout entier, dernier espace à soi, qui est souvent investie par l'institution.

On peut comprendre alors l'importance que revêt, pour un des résidents interrogés nouvellement arrivé, le fait de continuer « à faire [son] ménage le samedi » (quitte à refaire ce que l'institution entreprend déjà), élément nodal du maintien d'une légitimité que lui dénie l'institution et qui, outre le fait de s'imposer les mêmes choses que chez lui, lui permet de maintenir encore l'illusion, un tant soit peu et comme il peut, d'être comme chez lui. De façon générale, la chambre individuelle devient en maison de retraite l'espace intime par excellence¹⁹, et c'est autour d'elle que se concentre, pour les quelques résidents les moins dépendants, l'essentiel des quelques *micro-résistances* à l'institution. Ainsi, certains résidents emportent avec eux, après les repas, des fruits ou des biscuits « pour plus tard », et déploient des stratégies diverses pour les dérober aux regards du personnel. Car l'institution est toujours susceptible d'exercer un droit de regard sur la chambre, et

14 Cf. Goffman Erving, *Asiles. Études sur la condition sociale des malades mentaux*, Paris, Éditions de Minuit (coll. Le sens commun), 1968.

15 Pour employer une expression proposée par Choukri Hmed, à propos des immigrés vieillissant en foyer pour travailleurs, « à la fois faiblement intégrés à la société d'accueil et de plus en plus exclus de leurs sociétés d'origine » (Hmed Choukri, « Les immigrés vieillissant en foyer pour travailleurs ou les habitants de nulle part », *Retraite et société*, n°47, 2006, p.141).

16 Cf. Bourdieu Pierre, *Méditations pascaliennes*, Paris, Seuil (coll. Points essais), 2003 [1997], notamment p.344 sq.

17 Sur des processus analogues de réduction de l'identité au seul handicap, cf. Ebersold Serge, *Parents et professionnels face au dévoilement du handicap*, Toulouse, Érès (coll. Connaissances de l'éducation), 2007.

18 Cf. Bastien Clément, Rick Olivia, « Hiérarchie des spécialités (para)médicales et marginalisation des vieux. Les effets de relégation de l'« humanisation » des maisons de retraite », *Transeo*, n°1, janvier 2009.

19 Cf. Mallon Isabelle, *Vivre en maison de retraite...*, op. cit., p.80 sq. ; Mallon Isabelle, « Les personnes âgées en maison de retraite : une redéfinition des espaces familiaux », *Espaces et sociétés*, n°120-121, 2005, pp.163-178.

20 Un exemple similaire de définitions concurrentes entre résidents et institution est rapporté dans : Rimbert Gérard, « Le chronomètre et le carillon... », art. cit.

par exemple, le ménage est l'occasion d'ouvrir les tiroirs, de vérifier, par « soucis d'hygiène »²⁰, qu'il ne se trouve pas de gâteau entamé ou périmé dans les effets personnels. Espace privilégié pour un repli stratégique, la chambre constitue un espace possible (mais fragile car exposé) de maintien d'une définition valorisante de soi, ne serait-ce que par la distance qu'elle permet d'instaurer avec les plus dépendants (ce que montrent *a contrario* les propos d'un résident déplorant que « les personnes avec qui on pourrait parler [c'est-à-dire les moins dépendantes] ne descendent jamais »). Inversement, d'autres résidents s'efforcent de s'approprier des morceaux d'espace collectif : deux résidents occupent ainsi de façon quasi permanente les fauteuils placés directement face à l'entrée de la maison de retraite, bénéficiant ainsi des passages, des entrées et des sorties, et de la proximité avec le personnel le plus qualifié ; de même, les résidents prenant leurs repas au rez-de-chaussée exercent généralement un droit sur une place attitrée (individuellement ou par groupes d'affinité), sur la base d'accords tacites forgés au fil du temps. En outre, certains espaces situés hors des flux principaux de passage du personnel peuvent offrir des moments de relative intimité, comme le petit salon de thé (ouvert) ou le jardin, qui offrent au moins la possibilité d'un face-à-face, mais dont l'usage reste strictement ajusté à ce qu'en prévoit l'institution et n'est jamais converti en ressource collective autonome²¹. L'occupation de l'espace reste en effet largement indexée sur les rythmes de l'institution, qui fixent les horaires d'ouverture et de fermeture et, plus généralement, surdéterminent les usages possibles des lieux : ainsi, parce que la fin des repas correspond au roulement des équipes, il n'est pas possible aux résidents de s'attarder dans la salle, qui reste donc avant tout un espace fonctionnel.

Avec le temps (c'est-à-dire avec l'accentuation du délitement), en maison de retraite (contrairement peut-être aux configurations du soin à domicile, où le soignant ne se sent pas « chez lui »), la distance du personnel à l'intimité des résidents tend ainsi à s'estomper, comme si la maison de retraite était le lieu du travail pénible des soignants avant d'être le lieu de vie des résidents : plus l'état de dépendance est élevé, plus les mailles se resserrent et plus la possibilité de préserver un « chez soi » diminue : la chambre de ces résidents est alors pratiquée comme une extension de l'espace collectif et professionnel de prise en charge. Cette amputation de la surface d'existence, dimension de déconsidération pratique dont le résident est l'objet, renvoie à une logique d'institution qui peut d'autant plus prendre le pas sur les résidents dans la gestion de l'espace que ces pratiques mêmes concourent parallèlement à redéfinir la place accordée au résident : « [...] ainsi dépouillé l'arrivant se laisse niveler, homogénéiser et transformer en un objet que l'on peut livrer à la machine de l'établissement de telle façon que rien ne vienne entraver la marche routinière des opérations administratives »²².

Un espace ouvert sous contrôle

Comme on a commencé à le voir avec la répartition hiérarchisée des résidents dans les différents étages, les frontières matérielles qui segmentent la maison de retraite fonctionnent comme les marqueurs réifiés du degré de délitement des résidents, à commencer par les délimitations physiques de l'établissement lui-même par rapport au reste de la société : les murets et petits grillages, et plus encore

le sas, dans lequel on attend d'être *autorisé* à pénétrer ou à sortir de la maison de retraite, matérialisent la séparation sociale entre actifs et retraités, jeunes et vieux, entre le monde de l'autonomie (et de l'économie) et le monde de la dépendance. La maison de retraite possède également un certain nombre d'espaces clos, dont on ne sort plus, pour un temps ou pour toujours. Ainsi en est-il notamment, au premier étage, de l'Unité Protégée, fermée à clef, qui regroupe les résidents aux pathologies mentales les plus lourdes, véritable institution dans l'institution, dotée, sinon d'un personnel fixe, du moins d'un espace spécifique, avec sa propre salle commune. L'enfermement hermétique peut également s'établir pour certains moments seulement, exceptionnels ou quotidiens : c'est le cas par exemple pour un résident qui, auteur de sorties nocturnes fréquentes dans d'autres chambres que la sienne, est régulièrement enfermé de l'extérieur pour la nuit.

Mais, hormis ces quelques rares espaces clos verrouillés et imposés, la maison de retraite est d'abord configurée comme un espace formellement ouvert, ce à double titre : d'abord, en ce que les déplacements à l'intérieur de la maison de retraite y sont libres, ensuite, en tant qu'espace ouvert sur l'extérieur, sur le dehors, dans la mesure où rien n'interdit en théorie à un résident de sortir pour une promenade ou pour une course. Plus, l'encouragement à l'activité, à la responsabilisation, à l'autonomie, constitutif d'un discours humanisé de la gestion des résidents, passe en grande partie par l'encouragement au mouvement, au déplacement, à l'exercice physique des capacités motrices. Il arrive par exemple à certains membres du personnel de refuser d'aider un résident pour se rendre d'un lieu à un autre, estimant qu'une telle aide est superflue et encouragerait une position d'assisté qu'il est encore possible de repousser : « Dès qu'on accepte une fois, après, la personne ne bouge plus, c'est fini », explique un infirmier. Mais, si la séparation physique entre la maison de retraite et l'extérieur et, au sein de l'établissement, entre les différents secteurs n'est pas infranchissable, autorisant en droit un usage relativement diversifié et quasi exhaustif des espaces communs, il reste que l'enfermement se fait ici spontanément dans la plupart des cas, en raison des incapacités motrices ou de la fatigue des résidents, sans donc qu'il soit besoin d'intervenir de manière coercitive : le diagnostic de « mobilité réduite » pourrait être inscrit dans le dossier de chaque résident.

Aussi, la plupart des déplacements sont assistés, mais, le plus souvent, suivant les logiques et les rythmes de l'institution plutôt que ceux des résidents²³. Plus qu'à un accompagnement, on a affaire en effet à une forme d'anticipation constante des regroupements à venir, l'animatrice cherchant les personnes pour l'animation, les aides-soignantes et auxiliaires de vie pour les repas, quitte à laisser ensuite les résidents dans le plus complet désœuvrement et la plus complète immobilité jusqu'au début de l'activité concernée, parfois plus d'une demi-heure plus tard. À tel point qu'un déplacement autonome apparaît très vite, aux yeux de l'institution, comme anormal, et nécessite dès lors une justification. L'espace dans lequel le résident vit et se déplace aux côtés du personnel est ainsi l'objet d'un contrôle distrait, de biais, mais néanmoins efficace, produisant une sorte d'« enveloppement continu »²⁴. On surveille et on interroge celui que l'on voit dans un couloir éloigné « du sien » ou se diriger vers la porte — le personnel devant être systématiquement

21 Au contraire de la dynamique décrite dans : Hmed Choukri, « Des mouvements sociaux "sur une tête d'épingle" ? Le rôle de l'espace physique dans le processus contestataire à partir de l'exemple des mobilisations dans les foyers de travailleurs migrants », *Politix*, n°84, 2008, pp.145-165.

22 Goffman Erving, *Asiles...*, op. cit., p.59.

23 Lorsqu'elle s'efforce, à l'inverse, de s'ajuster et de respecter les rythmes des résidents, la valorisation humaniste du mouvement dans l'institution (surtout pris en charge par l'animatrice et le personnel le plus qualifié) a pour effet particulier d'entraîner sa prise en charge affective par l'institution (par

des encouragements, des accompagnements, des félicitations, etc.), qui, ainsi, lui donne son sens, en fonction de son propre système interprétatif (le positionnement sur l'échelle de la dépendance), laissant au final peu de marge à qui chercherait à maintenir des voies de définition autonome de soi et du sens de ses actes. Sur ce point, cf. Bastien Clément, Rick Oliva, « Maisons de retraite(ment) et délitement de l'existence », (à paraître) [non paru, note des éditeurs].

24 Durkheim Émile, *L'évolution pédagogique en France*, Paris, Presses universitaires de France (coll. Quadrige), 1999 [1938], p.297.

informé de la sortie d'un résident, y compris pour une simple ballade « à l'air libre ». C'est que la logique même de fonctionnement de l'institution tend à effacer, dans les pratiques d'encadrement, les *différences secondaires* entre des résidents qui, tous, partagent, à un degré ou à un autre, actuellement ou potentiellement, et malgré les efforts des uns pour se démarquer encore des autres, la même impotence. Un résident explique ainsi qu'à part « une ou deux dames » de son étage, « qui comprennent », les membres du personnel soignant « ne font pas tellement de différence, entre les Alzheimer » et les autres :

« [...] au début, [pendant une heure], je marchais avec le roulotier à la clinique, dans les couloirs, tout, personne ne me disait rien, ils étaient contents que je marche. Là [dans la maison de retraite], je marchais, ils m'ont demandé où c'est que je vais. Alors j'ai compris pourquoi : parce qu'il y en a qui se trompent ».

On le voit, dans une certaine mesure, c'est précisément parce que l'espace est ouvert sans que soient donnés les moyens de le pratiquer que s'accomplit ici l'enfermement symbolique du résident, confronté à un espace qui lui renvoie l'image de l'activité sans qu'il soit lui-même susceptible d'y accéder.

Le degré de délitement comme variable d'ajustement

Cette configuration générique tend néanmoins à se particulariser en fonction du degré de dépendance des résidents. Ceux d'entre eux qui parviennent encore à gérer eux-mêmes les impératifs élémentaires (toilettes, déplacements, etc.), et qui de ce fait ne nécessitent qu'une intervention *a minima* du personnel, ont la possibilité de rester le plus souvent dans leur chambre et, s'ils le souhaitent, de n'en sortir que pour les temps de repas. À l'inverse, les résidents les plus dépendants du personnel sont souvent extraits des chambres et rassemblés dans des lieux à vue des membres du personnel. Plus précisément, l'investissement des lieux collectifs s'organise en suivant une structure temporelle chiasmatisée. Si en effet aucun résident, hormis dans les cas limites entraînant un confinement quasi continu dans l'espace limité de la chambre, n'est totalement exclu des espaces collectifs, la présence hors des chambres est néanmoins inscrite dans un ensemble de régulations des flux, fonction de la valeur respective des espaces et des résidents considérés. C'est pendant les temps morts que les grabataires sont les plus visibles, regroupés, comme on l'a vu, dans les salles communes présentes aux différents étages ou dans un renforcement du rez-de-chaussée, et visualisables d'un seul regard englobant. C'est en effet au moment où les résidents les moins dépendants sortent de leur chambre pour les temps forts de la vie en communauté (séances d'animation, repas, etc.), que s'impose la nécessité de compartimenter les espaces pour éviter les effets de contamination physique et morale²⁵ provoqués par la proximité. Il s'agit alors de repousser au loin, dans les étages, les manifestations de la déliquescence et de la dégénérescence : c'est dans cette perspective qu'il faut comprendre le regroupement au premier étage des résidents les plus dépendants et/ou les plus turbulents au moment des

repas, loin de la salle à manger du rez-de-chaussée. Les lieux les plus valorisants de la maison de retraite, dans les temps de vie, sont ainsi réservés aux résidents les plus conformes, par leur relative capacité de mouvement et d'orientation, à la légitimité des espaces. Tous les résidents ne sont donc pas habilités au même titre à fréquenter les mêmes lieux aux mêmes moments²⁶, les deux sous-populations que l'institution découpe ainsi dans le continuum des degrés variables de dépendance se croisant tout en se côtoyant le moins possible, instituant par là même l'opposition (jamais avouée comme telle) entre les bons et les mauvais résidents. Et, jusqu'à un certain point, la salle commune présente à chaque étage constitue un lieu repoussoir, synonyme de dégénérescence et de perte de l'autonomie, que l'on évite tant que l'on peut (c'est-à-dire tant que l'institution n'en décide pas autrement), au bénéfice des chambres, du salon de thé ou des séances d'animation.

CONCLUSION

Projection des structures mentales régissant le rapport à la vieillesse, perçue d'abord au travers de son délitement physique et mental, et des exigences institutionnelles de la gestion médicale et paramédicale des résidents, les configurations de l'espace en maison de retraite tendent à en reproduire, dans leur ordre spécifique, les principales articulations, par l'intermédiaire d'un aménagement des lieux qui, de part en part, renvoie selon des modalités diverses à la dévalorisation de la dégénérescence. Loin de n'obéir qu'à la logique du gardiennage et de la coercition des espaces traditionnels d'enfermement, c'est au contraire dans le souci du cadre de vie des résidents que se révèlent sans doute le mieux les logiques à l'œuvre dans la production de l'espace institutionnel, dans la mesure où, informé par la même hantise du délitement, il s'organise avant tout comme prétexte inconscient à la survalorisation de la vie normale, c'est-à-dire active et entreprenante, de laquelle sont exclus tour à tour les résidents dans leur ensemble ou ceux d'entre eux dont les capacités motrices et mentales sont les plus diminuées, mauvais élèves de l'institution. Ainsi sont réinscrites, au sein des formes de défonctionnalisation et d'humanisation de l'espace, les frontières mêmes que celles-ci devaient enrayer. Dans le même temps, dimension physique du pouvoir symbolique, la configuration de l'espace, par l'intermédiaire des régularités et des contraintes durables qu'elle instaure, produit en retour des effets (de violence) symboliques, en contribuant à naturaliser et, par là même, à faire accepter (ou, mieux, incorporer) par les résidents une certaine vision d'eux-mêmes²⁷. Et la relation circulaire ou, pour mieux dire, bijective²⁸, qui s'établit ainsi entre les structures sociales et les structures spatiales est à même de produire des *effets cumulatifs* renforçant les incitations répétées de l'institution à l'indolence et à l'immobilité, produisant *in fine* chez les résidents cet état végétatif si bien adapté, en définitive, à l'inertie attendue des résidents au sein de l'espace institutionnel, « matériau humain », pour reprendre l'expression de Goffman, qui ne vient plus entraver le déroulement des tâches quotidiennes du personnel.

²⁵ Goffman Erving, *Asiles...*, op. cit., pp.66-78.

²⁶ Dans la même perspective, l'état des résidents détermine leur implication ou non dans les différentes activités proposées par l'animatrice, occupation légitime par excellence aux yeux de l'institution. En fonction de leurs dispositions motrices et mentales, donc de leur état de dépendance plus ou moins avancé, certains résidents sont en effet « invités » à rester à leur étage : aux difficultés de gestion et d'organisation des déplacements accompagnés s'ajoute une forme de discrimination entre les résidents eux-mêmes, les plus attachés d'entre eux à revendiquer une autonomie ne voulant en aucun cas être associés aux plus déficients, dont la présence menace la perception d'eux-mêmes

qu'ils s'efforcent de maintenir (même si cette conservation opiniâtre de l'estime de soi voisine sans cesse avec l'évidence douloureuse qu'ils sont aussi des déficients en sursis). De même, la fréquence des animations s'affaiblit et disparaît même lorsque l'on accède aux deuxième et troisième étages (lieux d'une sorte de troisième âge du troisième âge).

²⁷ Cf. Bastien Clément, Rick Olivia, « Maisons de retraite(ment) et délitement de l'existence » (à paraître) [non paru, note des éditeurs].

²⁸ Montilbert Christian de, « Une relation bijective : espace social, espace aménagé », *Regards sociologiques*, n°25-26, 2003.