

Fabienne MALBOIS

PhD, sociologue, chercheuse associée à la Haute École de travail social et de la santé Lausanne (HETSL – HES-SO) et collaboratrice scientifique à la HES-SO Valais-Wallis, Institut de recherche en informatique.

Alexandra OESER

Professeure des universités en sociologie à l'université Paris Nanterre.

Alexandra SOULIER

Institut d'histoire et de philosophie des sciences et des techniques.

Benjamin TREMBLAY

Sociologue, chef de projet de recherche à la Haute École de travail social et de la santé Lausanne (HETSL – HES-SO).

Lola VIVES

Docteure en sociologie, chargée de recherche à l'École nationale des solidarités, de l'encadrement et de l'intervention sociale (ENSEIS).

In le care à l'ouvrage. Prendre en charge
les vulnérabilités
sous la dir. de: Christophe Fourel
Sandra Haibian
2026, Presses universitaires de Rennes & Presses
de l'École des Hautes Études en santé
publique

Faire « être une personne »

Les anthropologies implicites de l'accompagnement
en psychogériatrie

pp. 25-43
Rennes

Alexandre LAMBELET, Benjamin TREMBLAY, Fabienne MALBOIS

Introduction

Si toutes les pratiques professionnelles de *care* montrent un « souci de l'autre » (Paperman et Laugier, 2005), ce qu'est ce « souci » et ce qu'est cet « autre » ne vont pas de soi quand la prise en charge des vulnérabilités concerne les personnes âgées atteintes de troubles cognitifs sévères (de type Alzheimer) vivant dans des institutions de long séjour (Établissements médico-sociaux en Suisse [ci-après EMS] ou EHPAD en France). La catégorie de « personne avec troubles cognitifs sévères », dans sa généralité, ne saurait rendre compte de la singularité de chacun des résidents. De même, en dépit de la modélisation en quatre activités distinctes que J. Tronto (2009) a proposée (« se soucier de », « prendre en charge », « prendre soin » et « recevoir le soin »), la notion de *care* dit peu de choses de la diversité des façons possibles de composer avec la vulnérabilité de ces résidents et des différentes formes que le travail des professionnels des EMS peut revêtir.

De fait et dans ce domaine, le *care* a connu un tournant décisif à partir des années 1990 avec le développement des « approches centrées sur la personne » (e.g. Kitwood et Bredin, 1992; Sabat, 1998; Brooker, 2003). Cette expression, introduite dans le contexte de la démence par Kitwood (1988), vient désigner des formes d'accompagnement qui se distinguent d'approches qui mettent l'accent sur la gestion médicale de la maladie. Face à des modèles de prise en charge qui, le plus souvent, considéraient la personne atteinte de troubles cognitifs sévères comme membre d'une catégorie d'êtres aux frontières de l'humanité, les approches centrées sur la personne proposent un renversement de perspective. Structurées autour de quatre

éléments principaux, elles visent ainsi à : 1) Valoriser les personnes atteintes de troubles cognitifs sévères et celles qui s'en occupent ; 2) Traiter les personnes comme des individus ; 3) Considérer le monde du point de vue de la personne concernée ; 4) Fournir un environnement social positif dans lequel la personne peut éprouver un bien-être relatif (Brooker, 2004). Ces perspectives font donc « le pari du sens » (Rigaux, 1998) en considérant les conduites des résidents des EMS, aussi erratiques, opaques ou confuses qu'elles puissent parfois paraître, comme autant de manifestations de « personnes » pleines et entières auxquelles il s'agit de s'ajuster, et non plus simplement comme symptômes typiques d'« humains dégradés » (Rémy et Winance, 2010 : 16) par la maladie. C'est dire si ces approches renouvellent les modèles d'accompagnement socio-sanitaires : l'accompagnement individualisé qu'elles promeuvent vise à répondre le plus adéquatement possible aux besoins spécifiques des résidents et, *in fine*, à leur permettre de se réaliser – malgré leurs déficiences – en tant que sujets à part entière, c'est-à-dire en tant que membres reconnus et reconnaissables de la communauté humaine.

Partant d'observations réalisées dans plusieurs EMS de Suisse romande (voir *infra*, « terrains d'enquête »), cet article veut montrer combien les modèles d'accompagnement relevant d'« approches centrées sur la personne » peuvent cependant fortement différer et relever d'« anthropologies implicites » (Rigaud, 1998 : 99 ; Genard, 2009) distinctes, quoique non exclusives. Nous proposons ici d'en identifier deux : une première que nous nommerons « capacitaire » ; une seconde que nous nommerons « de l'être-en-relation ».

Précisément parce qu'elles sont implicites et qu'elles ne se donnent à voir que dans leurs « effets », ces anthropologies ne peuvent être saisies qu'à travers un examen des pratiques dans lesquelles elles adviennent. Dans ce sens, identifier les « coordonnées anthropologiques, c'est-à-dire des grilles interprétatives à partir desquelles se construisent les représentations de l'humain » (Genard, 2009 : 27) consiste d'abord à revenir sur les dispositifs concrets d'accompagnement et sur les pratiques des professionnels (*ibid* : 29). D'une manière quelque peu similaire à celle proposée par Mol (2008) sur d'autres terrains, il s'agit alors moins de décrire les institutions de manière exhaustive que de mettre au jour deux orientations au sein des approches centrées sur la personne, sous la forme de deux idéaux-types (Weber, 1992 : 181). Aucune des formes d'accompagnement observées dans les différents EMS ne repose, de manière *pure*, sur l'un ou l'autre de ces deux idéaux-types. Bien souvent, ces deux formes coexistent au sein des pratiques professionnelles, l'une prédominant toutefois sur l'autre en fonction de l'orientation adoptée par l'institution. En revanche, ces deux idéaux-types – et c'est à cette fin que nous

si à : 1) Valoriser les personnes et celles qui s'en occupent ; 2) Considérer le bien concerné ; 3) Considérer le bien concerné ; 4) Fournir un quel la personne peut éprouver. Ces perspectives font donc « le sidérant les conduites des résidents ou confuses qu'elles puissent manifester de « personnes » de s'ajuster, et non plus simplement humains dégradés » (Rémy et al., 2018). Il est de dire si ces approches renouent avec des pratiques socio-sanitaires : l'accompagnement vise à répondre le plus précisément des résidents et, *in fine*, à leur offrir une vie digne – en tant que personnes – et non plus simplement membres reconnus et reconnues.

dans plusieurs EMS de Suisse romande (Lambelet et al., 2017), cet article veut montrer comment ces approches peuvent être mises en œuvre et comment elles diffèrent de celles qui ont été mises en œuvre auparavant (Rigaud, 1998 : 99 ; Genard, 2009 : 27). Nous proposons ici d'en discuter les principes et les pratiques. Nous nommerons « capacitaire » ; de l'être-en-relation ».

Il s'agit de voir comment elles ne se donnent pas et comment elles ne peuvent être mises en œuvre dans les pratiques dans lesquelles elles sont mises en œuvre. Les « coordonnées anthropologiques » à partir desquelles les pratiques sont mises en œuvre (Genard, 2009 : 27) sont des pratiques concrètes d'accompagnement (ibid : 29). D'une manière générale, Mol (2008) sur d'autres pratiques, a mis en évidence que les institutions de soins ont des orientations au sein desquelles les pratiques sont mises en œuvre sous la forme de deux idéaux-types : des formes d'accompagnement « pure », sur l'un d'un côté, et des formes d'accompagnement « mixte », sur l'autre. Bien souvent, ces deux formes d'accompagnement sont mixtes. L'orientation adoptée par l'institution – et c'est à cette fin que nous

les avons construits – sont susceptibles de fournir des ressources conceptuelles et heuristiques pour questionner les implicites du travail de *care* qui s'exerce auprès de résidents atteints de troubles cognitifs, pour comprendre la diversité des ambiances et des pratiques observables aujourd'hui dans les institutions et, finalement, pour éclairer les différentes manières de « faire être » les personnes » (Peroni, 2006) qui s'y déploient.

Terrains d'enquête

Cet article repose sur trois enquêtes ethnographiques couvrant au total sept EMS (ou EHPAD), en Suisse romande. Ces institutions ont été sélectionnées en fonction du type d'accompagnement qu'elles revendiquaient, mais aussi sur la base de la reconnaissance dont elles bénéficiaient dans le monde des EMS – elles sont connues pour réaliser un travail particulièrement remarquable¹. Tous ces EMS sont reconnus d'utilité publique, conventionnés par l'État et sont donc régis par des cadres légaux, réglementaires et financiers similaires. La première enquête a été menée à l'été 2016 dans deux EMS mettant en œuvre l'approche Montessori (Lambelet et Antoniadi, 2017) et a spécifiquement porté sur les projets individuels d'accompagnement mis en œuvre dans ces deux institutions. La seconde s'est déroulée entre septembre 2018 et février 2019 dans cinq institutions, dans le cadre d'un projet portant sur l'approche Montessori appliquée à l'accompagnement des personnes âgées en EMS (Malbois, Jetzer et Lambelet, 2021 ; Lambelet, Malbois et Jetzer, 2024). Elle a porté sur l'accompagnement au quotidien tel que mis en œuvre par l'ensemble des professionnels dans ces différentes institutions, sur la base d'observations de trois semaines par institution et d'entretiens. La troisième a porté sur deux institutions qui ne s'inscrivent pas dans l'approche Montessori ; elle a été menée par les trois auteurs du présent article. Financée par le Fonds national suisse de la recherche scientifique (FNS) et intitulée *Enquêter sur le sens caché des conduites. Une ethnographie de la connaissance ordinaire de la démence dans les institutions de soin de longue durée* (février 2022 – janvier 2025), cette investigation a reposé sur des observations (d'une durée de 2 x 3 mois dans chaque institution) du quotidien des résidents, du travail des différents professionnels, sur le suivi des colloques d'équipe, ainsi que sur des entretiens avec les professionnels sur la base des observations effectuées.

1. Ce qui signifie aussi que si le manque de ressources comme le *turn-over* des équipes sont des problèmes auxquels font face les EMS aujourd'hui, les institutions ici choisies se caractérisent par une certaine stabilité de leurs équipes et la capacité de choisir au moins partiellement leur personnel.

Précisons encore que la catégorie de « professionnel », telle que nous la mobilisons, englobe différents métiers (auxiliaires de santé, infirmiers, assistants en soins et santé communautaire, assistants socio-éducatifs...), et donc nécessairement une pluralité de formations, de parcours, de manières de penser, comme de tâches à effectuer. Les conceptions de la personne auxquelles nous faisons référence sont ainsi indexées, dans une certaine mesure, aux éléments biographiques de chaque professionnel, tout en étant travaillées par la socialisation d'abord professionnelle (les manières de faire et les conceptions du travail bien fait propres à un métier) puis institutionnelle, à l'occasion des colloques, des formations internes, et en fonction de l'ensemble des discours qui encadrent l'accompagnement au quotidien. Dans cet article, nous avons fait le choix de nous focaliser sur les éléments qui apparaissent significatifs, à un niveau institutionnel, de conceptions et de pratiques différentes de l'accompagnement.

Enfin, les vignettes que nous proposons ne sont pas des extraits de journal de terrain à proprement parler puisqu'elles ne consistent pas en des descriptions denses de situations singulières, mais qu'elles ont été construites à partir d'un raisonnement par cas (Becker, 2016) effectué à deux niveaux indissociables : d'une part, en accumulant les observations de petits-déjeuners au sein de chaque EMS, de façon à relever leurs propriétés locales récurrentes ; d'autre part, en rapportant et en comparant ces propriétés – et leur régularité – à celles que présentaient typiquement les petits-déjeuners dans d'autres institutions. Chaque vignette consiste ainsi en un récit dans lequel sont agrégés des éléments empiriques issus de différentes observations, mais qui sont tous emblématiques de l'une ou l'autre des deux formes d'accompagnement que cet article se propose de spécifier.

Nous présenterons dans un premier temps six dimensions structurantes des accompagnements « centrés sur la personne » qui émergent de nos observations, tout en pointant les traitements différenciés dont elles font l'objet. Cette première esquisse fera apparaître, schématiquement et inductivement, deux modèles d'accompagnement que nous spécifierons ensuite dans la seconde partie, sur la base de vignettes construites à partir de nos ethnographies. Quoiqu'elles réfèrent à une activité *a priori* identique (le « petit-déjeuner »), ces vignettes donnent pourtant à voir des façons de travailler bien distinctes et qui se retrouvent également hors de ces petits-déjeuners. Leur vis-à-vis et leur analyse nous permettront de tracer, progressivement, les contours des deux anthropologies que nous proposons d'identifier. Enfin, la conclusion reviendra sur les implications, tant théoriques qu'en termes de pratiques professionnelles, de notre proposition.

Les dimensions structurantes de l'accompagnement professionnel

Les enquêtes ethnographiques que nous avons menées dans les EMS nous ont permis de relever, de façon récurrente, six dimensions structurantes des accompagnements qui s'y déploient. Celles-ci sont les suivantes :

1) *Le rapport au monde primordial et aux mondes de la démence.* Deux perspectives peuvent être distinguées. Certaines formes d'accompagnement travaillent à ramener constamment les personnes atteintes de troubles cognitifs sévères dans la « réalité primordiale » (Schutz, 2008) c'est-à-dire le « monde intersubjectif de la vie quotidienne » (*ibid.* : 12) dans lequel nous naissons et que nous tenons comme allant de soi, mais vis-à-vis duquel les résidents semblent précisément être, quoique dans des proportions diverses, éloignés. C'est donc l'horizon d'un sens *commun* et d'un monde primordial à nouveau partagé qui oriente les pratiques. Mais dans d'autres formes d'accompagnement, cette velléité de rapatriement des personnes de leurs mondes vers le nôtre (et donc vers le monde des professionnels) sera, sinon abandonnée, au moins mise au second plan. Plutôt que de lutter contre les expressions comportementales liées aux troubles cognitifs sévères, aussi déroutantes soient-elles, il s'agira alors de les saisir comme des manifestations de ce qu'est la personne, de ce qu'elle vit et éprouve dans le présent (par exemple, si un résident s'amuse de ce que vient de lui raconter un oiseau, les professionnels ne lui diront pas qu'il est « impossible » qu'un oiseau ait pu lui parler, ce qui reviendrait à disqualifier d'emblée son expérience. Il ou elle verra plutôt là une occasion de mieux saisir le monde dans lequel vit ce résident, et l'anecdote lui servira de pivot pour établir, sur le vif, un accompagnement jugé adéquat²).

2) *Le statut accordé au passé des résidents dans l'accompagnement.* Si les équipes des EMS tâchent systématiquement de reconstituer, quoique de façon fragmentaire, le passé de chaque personne (avec l'aide de celle-ci, de ses proches, des professionnels qui l'ont suivie avant son

2. Le caractère « adéquat » de l'accompagnement est ici évalué par les professionnels de façon pragmatique. Si un résident rit après qu'un oiseau lui ait parlé il n'y a aucune raison, du moins pour ces perspectives d'accompagnement-là, de ne pas en rire avec lui et de lui demander, par exemple, plus de détails. Par contre, si un résident s'inquiète de voir des bêtes tomber du ciel, les professionnels tenteront de « l'apaiser » au plus vite en détournant son attention sur autre chose, en lui décrivant le ciel autrement, etc. La « vision » de la personne ne sera pas disqualifiée, mais elle sera déplacée, écartée progressivement, en vue de faire décroître son angoisse. Le problème du retour au « monde primordial » (quand, comment, pourquoi effectuer ce retour ?) est donc complexe, et se pose différemment non seulement selon les types d'accompagnements, mais aussi selon que les personnes vivent « bien » ou « mal » dans leurs propres mondes.

entrée en EMS, etc.), les usages de ces données biographiques varient. Elles pourront être, d'un côté, envisagées comme des références incontournables, à l'aune desquelles le projet d'accompagnement devra être pensé (si tel monsieur aimait cuisiner, on lui proposera des activités en lien avec la cuisine, les saveurs, etc.). D'un autre côté, ces mêmes données pourront être reléguées au second plan dans la mesure où la personne sera considérée pour ce qu'elle est *aujourd'hui*, moins que pour ce qu'elle a été. Dans ce cas, la connaissance du passé des résidents ne sera mobilisée qu'en tant que ressource pour comprendre la personne dans le présent et ne se fera alors que dans des situations particulières (par exemple, lorsqu'une personne parle italien alors même qu'elle s'était, jusqu'ici, toujours exprimée en français : on pourra *comprendre* cette bascule en y voyant un « retour à la langue natale », *puisque* cette personne avait grandi en Italie, etc.).

3) *La conception des activités à proposer pour permettre aux personnes de se réaliser.* Toutes les institutions ont un souci de maintenir les habilités préservées des résidents, comme de leur permettre d'être en lien avec d'autres personnes, mais ces deux dimensions peuvent bénéficier d'une intensité variable. L'accent peut ainsi être mis sur l'organisation d'activités spécifiques qui visent avant tout un maintien des capacités, auquel cas l'essentiel du travail des professionnels s'effectue à l'amont des activités (planification, anticipation, etc.), lesquelles peuvent ensuite être proposées de façon récurrente aux résidents (par exemple, proposer une lecture collective du journal chaque matin pour travailler les aptitudes à échanger, à se remémorer les événements, à lire, etc.). Mais le curseur peut être déplacé sur la création d'opportunités de liens entre résidents, ou entre résidents et professionnels. À ce moment-là, les activités « improvisées » priment sur les activités organisées et c'est dans le cours d'action, en l'absence de balises prédéfinies, que les professionnels doivent œuvrer à produire des liens qui valent pour eux-mêmes, tout en permettant, *accessoirement*, de maintenir des habiletés (par exemple, un professionnel qui improvise une danse avec un résident établit un lien qui se suffit à lui-même mais qui, au passage, permet de fait de stimuler des capacités : mobilité, coordination, attention, etc.).

4) *La conception de l'accompagnement et du rôle des professionnels.* Lorsque l'accompagnement vise, comme nous venons de le voir, le maintien de capacités *via* des activités, les professionnels travaillent alors à « *faire avec* » plutôt qu'à « *faire pour* ». Son rôle est celui de « guide », de « facilitateur », de force de proposition, d'organisation, et de soutien des activités jusqu'à leur terme. Ce « faire avec » prime sur un « être avec », où il s'agit moins de permettre à la personne de se réaliser *via* des activités que d'être en mesure de la comprendre et de la suivre dans ce qu'elle est *ici et maintenant*. C'est cette habileté à

« se joindre à [la personne], pour aller où *elle* va, en même temps et au même rythme qu'*elle* » (Paul, 2012 : 14) qui caractérise alors les professionnels, qui interviennent en tant que partie prenante de relations qui s'improvisent et qui n'ont d'autres finalités qu'elles-mêmes. Son travail consiste à « rebondir » à chaque opportunité d'échange, à la manière d'« un entraîneur de tennis très ingénieux, qui [...] quel que soit le coup tenté, pourvu qu'il passe au-dessus du filet, [...] en tirera quelque chose et fera un retour qui permettra à l'échange de se poursuivre » (Kitwood, 1993 : 59). Autrement dit, le rôle des professionnels est irréductible à son statut formel au sein de l'institution puisqu'il est contingent, tributaire des caractéristiques spécifiques du lien établi avec les résidents dans certaines circonstances.

5) *Le statut de l'environnement*, qui renvoie aux formes de travail possible effectuées sur l'institution comme lieu de vie et de soin. Dans une première perspective, l'environnement matériel sera pensé comme environnement *dans lequel on vit* et sera configuré de façon à permettre un maximum d'autonomie aux personnes, indépendamment des autres résidents ou des professionnels. Dans une autre perspective, il sera conçu comme environnement *avec lequel on vit* : les résidents et les professionnels en sont alors parties prenantes, au même titre que les objets, végétaux, etc. L'aménagement sera alors pensé comme un dispositif devant offrir des prises à l'émergence d'échanges et comme devant favoriser, davantage que des « activités » autonomes, des rencontres, des croisements, des envies de mouvement.

6) *Les identités sociales valorisées*. Ces identités peuvent être travaillées en termes de rôles sociaux que les résidents sont appelés à endosser lors d'activités spécifiques. En leur permettant d'être reconnus, typiquement, comme « pâtissière », « bricoleuse », « facteur » ou « jardinier », cette approche permet en retour de caractériser chaque personne, en disant quelque chose de ses goûts, de ses appétences, mais aussi de ses capacités. Une autre perspective consiste plutôt à travailler au maintien de rôles « relationnels », moins liés à des activités spécifiques qu'à des façons d'être en lien, tant entre résidents qu'entre résidents et professionnels. Ces rôles d'amis, de voisins, de confidents, sont liés à des relations sociales de proximité, génériques, ordinaires, communes mais qui, dans les EMS, ne sont précisément ni évidentes, ni spontanées. Le travail des professionnels consiste alors en un faire « voisiner » (Druhle, Clément *et al.*, 2007), en engageant les personnes dans un ensemble d'activités propres à favoriser ce type de relations.

Ces six dimensions sont centrales dans tout accompagnement « centré sur la personne ». Elles sont néanmoins abordées différemment selon les institutions et donnent lieu à des pratiques professionnelles variées (sans être, rappelons-le, exclusives entre elles), associées

à des modèles d'accompagnement distincts. Il s'agit maintenant de prolonger notre argument en montrant que ces modèles – qui déterminent « ce qu'il faut *faire* pour réaliser une personne » – reposent sur des anthropologies implicites spécifiques, c'est-à-dire sur des conceptions différentes de ce qu'*est*, fondamentalement, une « personne ».

« Anthropologie capacitaire » et « anthropologie de l'être-en-relation »

La pluralité des modèles d'accompagnement se donne à voir dans des manières différentes de mener les activités routinières au sein de l'EMS. Pour poursuivre la spécification de ces modèles, prenons le cas du petit-déjeuner dans différentes institutions, via les deux vignettes ci-dessous. Nous sommes, dans un cas comme dans l'autre, dans des EMS « centrés sur la personne » qui partagent certaines pratiques organisationnelles : pas d'heure fixe pour le petit-déjeuner (les arrivées et départs peuvent se faire tout au long de la matinée), possibilité laissée aux résidents de venir en chemise de nuit ou déjà habillés, pas de service sur des plateaux déjà préparés en cuisine sur la base d'une « carte repas », etc. Pour autant ces deux vignettes permettent de pointer des manières bien différentes de concevoir les personnes que sont les résidents et, partant, de concevoir le travail à mener à leurs côtés.

Vignette 1 – Quand le petit-déjeuner est l'occasion de maintenir des capacités

Tout au long de la matinée, des résidents arrivent à la salle à manger, tantôt seuls, tantôt accompagnés par des aides-soignants. Chacun a une place attitrée. Un set de table, adapté et personnalisé, les aide à retrouver leur place. Ils et elles sont 12, autour de 4 grandes tables préparées avant leur arrivée. Lorsqu'ils ou elles le peuvent, les résidents, en arrivant mais aussi tout au long du petit-déjeuner, sont invités à passer devant un buffet dressé à l'entrée de la salle, où sont mis à disposition l'ensemble des aliments et boissons. Cette formule du buffet a été retenue afin de permettre à chacun chacune de choisir, chaque matin, ce qu'il ou elle désire boire (café ou thé ?) ou manger (pain noir ou pain blanc ?), donc en vue de redonner de l'autonomie là où, quelques années plus tôt, les résidents étaient servis sur assiette, et sur la base d'une carte repas, reproduisant chaque jour des choix indiqués au moment de leur arrivée dans l'institution.

Le responsable de l'unité officie, derrière le buffet : il invite les personnes à se servir à leur arrivée, puis fait des allers-retours vers les différentes tables pour s'enquérir si les personnes qui ne peuvent plus se déplacer désirent encore quelque chose. La salle est silencieuse, chacun mangeant son petit-déjeuner, parfois accompagné d'une aide qui annonce oralement, pour les personnes les plus amoindries, ce qu'il ou elle met dans la bouche. Certaines

personnes se lèvent pour aller prendre quelque supplément ; le responsable de l'unité propose à celles et ceux qui ont le plus de difficulté à porter leur assiette, mais qui le peuvent encore, d'y crocher un rebord en plastique qui doit les aider à ne rien renverser en chemin. Il en invite d'autres à poser leur assiette sur la table du buffet, pour faciliter leur possibilité de se servir. Il va également vers celles et ceux qui ne peuvent plus se lever avec plusieurs types de yaourt ou de jus de fruits, laissant chaque fois à la personne le choix de ce qu'elle préfère. Chacun peut prendre ce qu'il ou elle désire, dans la quantité qui lui convient.

À la fin du petit-déjeuner, les résidents sont invités à venir déposer leur vaisselle sur une table prévue à cet effet. À l'extérieur de la salle, une professionnelle attend qu'une des résidentes termine ; elle a préparé les manteaux. Elles ont pour habitude de se rendre ensemble à la Poste deux fois par semaine, afin d'aller y chercher le courrier.

Cette vignette montre un dispositif intégralement orienté vers la possibilité donnée, pour chacun, d'être autonome. Pouvoir reconnaître, soi-même, sa place ; pouvoir choisir, soi-même, les aliments de son petit-déjeuner ; pouvoir se resservir selon ses envies du jour, etc. L'environnement matériel concourt à cette autonomie puisqu'il est conçu de façon à rendre lisible l'offre du petit-déjeuner (signalétique, buffet, etc.), à ménager un espace propre à chaque résident (tables attitrées avec une signalétique reconnaissable, sets de table personnalisés, etc.) tout en évitant les éléments potentiellement perturbants pour les déplacements (les résidents sont attablés en petits groupes, la salle est à l'écart des allers-venues). Au demeurant, c'est l'ensemble de l'établissement qui est préparé en ce sens : signalétiques adaptées pour soutenir l'orientation spatiale et temporelle des personnes ; mise à disposition d'activités adaptées librement accessibles à différents endroits ; affichages invitant à interagir avec l'environnement ou avec des activités ; décorations destinées à rendre l'environnement plus compréhensible ; simplification de l'environnement par élimination de ce qui pourrait distraire ou causer de la frustration chez les personnes. Autant d'éléments qui visent à produire un environnement qui soit lisible par les résidents, et qui puisse tenir lieu de support ou de soutien à des activités dans leur quotidien.

Dans une telle configuration, les professionnels sont d'abord là pour expliciter ou donner à voir la gamme de choix potentiels qui s'offrent aux résidents. Il apparaît donc, en creux, que la capacité à *faire des choix* est comprise comme caractéristique fondamentale des résidents en tant qu'ils et elles sont des *personnes*. Les manifestations de cette capacité évoluent cependant en fonction des avancées de la maladie (dire « je veux ceci », « je préfère cela », ou tendre l'index vers l'aliment souhaité n'est pas toujours possible). La liberté de choix peut se restreindre pour des personnes qui ne peuvent plus se nourrir

seules, qui ne restent que rarement éveillées, qui peinent à ouvrir les yeux, qui ont des difficultés à lever le bras, etc. Le cas échéant, il revient aux professionnels d'être attentifs aux moindres mouvements, aux moindres signes – hochements de tête, ébauches de gestes, mimiques – qui pourraient témoigner d'une capacité à *choisir encore*.

Quel que soit le degré d'explicitation ou de clarté du choix d'un résident, les professionnels accompagnent sa réalisation en se reposant, autant que possible, sur les capacités préservées. Lorsque des tâches deviennent trop complexes pour être faites en autonomie intégrale, la « séquentialisation » est privilégiée : par exemple, si une personne ne parvient plus à tartiner seule son pain, l'activité « tartiner » va être décomposée en actions plus élémentaires (tenir le pain d'une main, tenir son couteau de l'autre, prendre du beurre ou de la confiture, tartiner, mordre dans la tartine morceau par morceau), et les professionnels réaliseront *uniquement* celles parmi ces actions que la personne ne parvient plus à faire. Dans ce sens, la professionnalité des professionnels se joue pour une bonne part dans cet équilibre consistant à ne jamais faire « à la place » de la personne ce qu'elle peut faire seule, tout en engageant un « faire avec » elle lorsque cela s'impose. Les activités organisées sollicitent des aptitudes à faire et valent pour être autant d'occasions données aux personnes de manifester *ce qu'elles sont*. Le maintien des capacités et l'optimisation des performances cognitives sont donc bel et bien au cœur de ce type d'accompagnement, où valoriser la personne revient à lui permettre d'exploiter (et de publiciser) les savoir-faire, compétences, habiletés dont elle disposerait en puissance.

Ce « modèle capacitaire » suppose des professionnels qu'ils considèrent les résidents comme étant en premier lieu des *individus*, c'est-à-dire des entités indépendantes déterminées hors des relations sociales. Il implique un travail d'identification des capacités préservées, mais aussi une investigation sur le passé des résidents, le tout devant permettre de construire des activités significatives – c'est-à-dire significative pour telle ou telle personne singulière, au regard de son histoire ou/et de ses appétences actuelles. C'est ce qui justifie, en l'occurrence, qu'une résidente soit accompagnée (ou accompagne la professionnelle) deux fois par semaine à la Poste : elle était elle-même coutumière de cette pratique bien avant sa retraite. Lui proposer cette activité revient à produire une continuité dans son parcours biographique, et à proposer un maintien de rôles sociaux proches de ceux qu'elle a pu exercer tout au long de la vie. Les enjeux en termes de capacités cognitives et d'indépendance dans la vie quotidienne s'articulent avec un souci du sens des activités *pour* les personnes, et c'est aussi sur ce terrain-là que se joue l'expertise professionnelle : savoir proposer des activités qui, en plus de permettre une mobilisation des

capacités préservées, soient significatives pour les résidents, c'est-à-dire en phase avec leurs goûts, habitudes, etc.

Cette conception des choses laisse entrevoir une autre visée de ce modèle capacitaire, à savoir maintenir les résidents dans le monde primordial – donc dans le monde présent des professionnels et plus largement de toutes les personnes non atteintes par des troubles cognitifs. Le souci de stimuler les capacités, en particulier dans le domaine des comportements socialement adaptés et de la participation aux activités du « monde de la vie quotidienne », peut être abordé sous cet angle. Au-delà de l'exemple du petit-déjeuner il s'agira ainsi de nettoyer les tables, d'arroser des fleurs, d'aller avec un membre de l'intendance à la déchèterie, de mettre sous pli différents courriers, ou encore de plier des serviettes et de linges. Les activités récurrentes que l'on trouve ordinairement en EMS sont également présentes (lectures, gymnastique douce, karaoké, quizz), et sont là encore conçues afin de préserver des capacités. Ainsi les quizz sont-ils appelés par les professionnels « jeux de catégorisation » : l'enjeu n'est pas tant de « jouer » avec les résidents que de travailler leur capacité à catégoriser et donc, par extension, leurs capacités à discerner, à identifier, à se souvenir, qui conditionnent leur *pouvoir faire* – indissociable de leur *pouvoir être* – dans le monde commun.

Ces dernières remarques achèvent de faire apparaître, en creux de ce modèle d'accompagnement, une anthropologie implicite spécifique : une *anthropologie capacitaire*. La « personne » se caractérise par des *aptitudes à faire* qui demandent à être découvertes puis maintenues (sinon développées) grâce à des activités organisées et significatives. À un premier niveau, une activité est significative dès lors qu'elle est cohérente par rapport au passé de la personne (tel que le découvrent et le documentent les professionnels) ; à un second niveau, une activité est significative si elle permet de garder la personne dans le monde du *sens commun*, en lui permettant d'accomplir des actions caractéristiques que n'importe lequel ou n'importe laquelle d'entre nous pourrait faire (ou *devrait* pouvoir faire). L'imbrication de ces différents éléments vise à garder la personne du côté de la réalité primordiale, jugée seule légitime et bénéfique. L'environnement est tout entier préparé à cette fin : pour éviter des expressions comportementales jugées problématiques au regard de la réalité « objective » (c'est-à-dire selon le référentiel du « sensé », qui est du côté des professionnels – et plus largement de tous les membres de la société dont les compétences neuro-cognitives et motrices ne sont pas altérées) ; pour permettre des actions réalisées de manière autonome ; pour mener à bien des activités ordinaires. En résumé, dans l'anthropologie capacitaire, être une personne équivaut à être en mesure de se maintenir, dans le même mouvement, dans un *univers d'action* grâce

à des compétences individuelles préservées, et dans un *univers de sens* indexé à celui des professionnels. Le travail de ces derniers consiste alors à construire des formes d'accompagnement qui puissent garantir, autant (et aussi longtemps) que possible, ce maintien.

Vignette 2 – Quand le petit-déjeuner est un temps de relation

Une professionnelle prépare le petit-déjeuner dans une unité, s'activant et dressant les tables nappées. Elle porte un tablier de cuisine ordinaire, comme chacun peut en avoir à la maison. Bientôt des assiettes, des tasses, des verres (en verre, à pied), un petit pot de lait, des couverts et des serviettes viennent garnir les tables. Elle prépare des assiettes de fruits (bananes et kiwis coupés en tranches fines, poires coupées en morceaux fins, grains de raisin rouge en vrac, détachés de grappe), qu'elle dépose ensuite sur les tables : les résidents peuvent les prélever sans peine avec leurs doigts. Elle prépare également un pot de café qu'elle dépose sur une grande table (« quand on apprête les tables, tous les résidents viennent s'agglutiner », dit-elle). Elle part ensuite à la recherche d'une poêle pour faire du pain perdu, destiné non seulement à nourrir, mais aussi à embaumer la pièce. Une fois la table garnie, elle s'y assied avec les résidents présents.

Ainsi travaillée, la pièce de vie devient accueillante, agréable à habiter : elle se donne comme un lieu où l'on a envie de rester. Une résidente s'enhardit d'ailleurs, et se met à parler d'un événement survenu le jour précédant avec un autre résident. La professionnelle de renchérir, c'est-à-dire de réagir et de stimuler, de soutenir ce début d'échange, par de courtes questions, des approbations, par des signes de curiosité, des sourires. Bientôt c'est au tour d'un autre résident de faire son entrée dans la pièce de vie : d'habitude il rechigne à rester dans le lieu de vie, préférant prendre son petit-déjeuner dans sa chambre. Comme la professionnelle l'invite à prendre un café avec les autres, que la table est bien mise et que la compagnie semble agréable, il s'arrête. Elle lui propose de prendre place à ses côtés, et le complimente sur sa ceinture. Ce petit-déjeuner se faisant dans un lieu ouvert, au croisement des différentes chambres, les aides-soignants, même si très occupés le matin par les toilettes, font de brèves haltes lorsqu'ils ou elles passent dans ce lieu. C'est l'occasion de petites phrases qu'ils ou elles lancent à l'un ou l'autre résidents et qui sont des manières de créer ou garder le contact, d'entretenir une relation, mais aussi de produire une ambiance chaleureuse au sein de l'unité.

Dans cette seconde vignette c'est une grande table, préparée en présence des résidents, qui est au cœur du dispositif. La professionnelle œuvre à rendre le lieu habité (et habitable) en le dotant de propriétés visuelles (une nappe, un pot de café sur une table, des tartines prêtes, « comme en famille »), olfactives (odeurs de café et de pain perdu), sonores (échanges initiés avec les résidents, rires, anecdotes sur la nuit passée, rumeurs « comme au restaurant »), de sorte que la table puisse fonctionner comme pôle d'attraction. Les résidents peuvent s'en approcher et picorer des fruits, rester à distance

en observant la scène, s'installer sur une chaise et commenter, de loin, ce qu'ils ou elles entendent, voient, sentent. La professionnelle table sur les propriétés des sens, que sollicite son dispositif, pour générer du lien. Et de fait, si les résidents viennent « *s'agglutiner* » autour de la table, c'est bien parce que la table qu'elle compose est rendue attirante à plus d'un titre.

L'enjeu du petit-déjeuner tient donc moins, ici, au maintien de capacités ou à l'exercice du choix (qui est permis de fait) qu'à la production de liens : il vise à faire se démultiplier les opportunités et les modes de rencontre. Rencontres qui, quoiqu'elles prennent place dans l'*ici et maintenant* de l'institution, peuvent aussi se faire *là où sont les résidents*, dans un monde – le leur – plus ou moins distinct de la « réalité primordiale ». Ainsi, lorsqu'une résidente dira que sa chambre dans l'institution n'est qu'un « pratique pied-à-terre » bien commode, cela signifie-t-il qu'elle habite ailleurs ? Mais où, au juste ? Les professionnels acceptent cette *autre* réalité, aussi floue soit-elle, sans la contredire. Le cœur du travail est ailleurs : dans la valorisation de la relation, de la dynamique des relations, sur le modèle d'une « animation spontanée » telle que définie par Amyot (2016 : 198), pour qui « il y a de la vie » signifie essentiellement du mouvement et du bruit, c'est-à-dire de la présence et des interactions [...] ». Pour cet auteur, un lieu de vie animé n'implique pas nécessairement une participation active, mais plutôt la possibilité de se fondre dans une diversité de mouvements, de sollicitations, de s'y baigner, et surtout de pouvoir choisir le type et le niveau d'implication.

Les professionnels de cette forme de *care* s'emploient à maintenir les résidents dans des circuits d'échanges continuels, basés sur des liens de réciprocité. Plutôt que de proposer des activités préconçues (quoiqu'ils ou elles en préparent tout de même, mais avec un cadrage souple), les professionnels travaillent tout au long de la journée non seulement à intégrer les résidents qu'ils croisent à leurs activités (comme la préparation du déjeuner, la découpe de fruits, etc.), mais aussi et surtout à *générer* des « activités » improvisées sur le vif, ajustées à ce à quoi la personne, ici et maintenant, semble donner de l'importance ou prendre plaisir. Ce sont d'autres compétences que dans le modèle capacitaire qui sont attendues des professionnels, dans la mesure où faire de l'institution le lieu d'un voisinage joyeux demande des habilités sociales orientées vers la dynamique de groupe et le maintien des relations. L'expertise professionnelle consiste à faire naître et à entretenir des interactions souvent fragiles sans les « interrompre », à encourager et à diriger la parole (et toute autre forme d'expression), à produire des formes de cohérence dans les échanges – indépendamment, ou plutôt malgré des sujets de conversation qui basculent souvent, et littéralement, hors du sens commun.

Ce ne sont toutefois pas les interactions de longue durée ou complexes, que ce public aurait bien du mal à tenir, qui sont recherchées : l'important tient à la fréquence de ces interactions, à leur rythme, à leur dynamique. C'est en favorisant le foisonnement de ces échanges, des bonjours, des sourires, des blagues, que les professionnels travaillent à permettre aux résidents de « continuer à vivre dans un monde habité » (Zaccaï-Reyners, 2022 : 140). Ces interactions sont donc loin d'être, aux yeux des professionnels, vides de sens, « superficielles », ou déconnectées des enjeux de soin. Au contraire, le travail constant dont elles font l'objet témoigne de ce qu'elles sont considérées comme constitutives de la qualité de vie des résidents. Autrement dit, sous cette perspective, *vivre, c'est être en lien*, et la *qualité* de vie d'une personne s'évalue à l'aune de la richesse des *relations* qui se maillent autour d'elle et avec elle.

Parce qu'ils se soucient davantage de la subjectivité et de l'expérience de la personne que de son histoire ou de ses capacités (cognitives, motrices, etc.), les professionnels de ce type d'accompagnement mènent des enquêtes d'un autre ordre que dans le modèle capacitaire. Plus précisément, leurs enquêtes sont prioritairement orientées par les choses auxquelles les résidents accordent de la valeur, positive et négative, et sont attentives à ce qu'ils et elles « valuent » (Dewey, 2011 ; Malbois, Tremblay, Lambelet, 2024)³. Ces valuations, comme Dewey les appelle, ce sont des préférences ou des aversions, des refus ou des acquiescements, ou encore des joies ou des colères, autant d'attitudes observables qui se manifestent au travers de leurs comportements et de leurs façons d'interagir (Jaworska, 1999). Pour reprendre une formule d'Englebert (2021 : 698), ces professionnels considèrent qu'un être, et *a fortiori* un résident, dans ce qu'il a singulier et de propre, « se révèle grâce à l'expérience qu'il fait du monde et par la pratique de la vie, par sa conduite et ses actions dans un milieu donné [...], à travers le style et les manières de se mouvoir, de s'exprimer, d'agir, de réagir, de s'émouvoir et de ressentir ». L'expertise professionnelle repose alors sur une compétence à l'observation des conduites, comprises à la fois comme expressions de l'expérience *inédite* du monde que font les personnes au jour le jour (du fait de la maladie), et comme expressions de ce à quoi elles tiennent *à leur façon*.

En arrière-fond de cet accompagnement apparaît donc une anthropologie que nous qualifierons *de l'être-en-relation*. La « personne » est caractérisée par ses propriétés sensibles, sa socialité, par la

3. Un tel travail de *care* considère donc que porter attention aux valuations des résidents est une dimension centrale du prendre soin. Ses similitudes et ses différences avec le *care* tel qu'il a été conceptualisé par J. Tronto sont mises en évidence dans Malbois (2026, à paraître).

façon qu'elle a d'être présente au monde, quand bien même « son monde » vécu serait bien éloigné de celui des professionnels. Elle ne se manifeste pas tant dans des activités qui attesteraient de compétences préservées (au sens que revêtent ces termes dans des modèles d'accompagnement indexés à une anthropologie capacitaire) que dans sa façon d'être *avec* et *parmi* d'autres, au moment présent. La « personne » ainsi envisagée ne peut dès lors être correctement appréhendée qu'au jour le jour, de sorte que les activités « significatives » sont d'un tout autre ordre que dans le modèle capacitaire. Est significative, ici, une activité (au sens large de : faire quelque chose ensemble) qui prend pour point de départ ce que la personne est, fait, ressent, exprime *ici et maintenant*, sans égard (du moins en première approche) pour ce qu'elle a pu être dans un lointain passé. Est significative une relation qui permet non pas de « rapatrier » la personne vers le monde primordial, mais de constituer, même de façon fugace, une porosité entre mondes en passant par la communication, donc par une intersubjectivité qui, à la fois, sollicite et réalise des *personnes*.

En résumé, dans cette anthropologie, « être une personne » équivaut à être-en-relation. L'ensemble de l'accompagnement est orienté vers le foisonnement des relations (et des modes de relations) possibles, en vue de satisfaire les besoins jugés « fondamentaux » de la (et donc de toute) « personne », à savoir : l'attachement, la reconnaissance, l'inclusion, le respect, la confiance.

Conclusion

Dans cet article, notre propos n'est pas de déterminer ce qui constitue (ou devrait constituer) « la personne », ni de trancher sur ce qu'il « resterait » de la personnalité ou du *soi*⁴ dans les cas de troubles cognitifs sévères de type Alzheimer. À revers d'une telle visée normative et/ou clinique, notre analyse a consisté à mettre au jour, partant de différentes ethnographies, deux anthropologies implicites qui peuvent sous-tendre les accompagnements aujourd'hui proposés dans des EMS dont la logique du *care* s'inscrit dans des « approches centrées sur la personne ». Aux deux conceptions dégagées de ce qu'est (ou de ce que serait) *fondamentalement* une « personne » correspondent, comme on l'a vu, deux conceptions de ce qui doit être fait pour *les réaliser comme personnes*, en dépit de leurs troubles. C'est dire

4. Notre propos n'est toutefois pas sans écho avec les théories psychologiques et philosophiques du sujet, et leurs évolutions. On pense en particulier aux travaux de Damasio (1999) ; Péru, Lemoine et Camus (2008) ; Fuchs (2020) ; Englebert, (2021) ou encore Wykretowicz (2021).

qu'il est possible d'innover en s'adossant à la dimension profondément éthique du *care* (Tronto, 2009). De fait, en donnant à chaque acte d'accompagnement la forme de ce qui leur paraît désirable – une certaine manière de prendre son petit-déjeuner en l'occurrence – et en ne niant pas la dimension morale de l'intervention socio-sanitaire mais au contraire en la traduisant dans tous les gestes de soin, ces EMS nous rappellent qu'il y a pour les personnes atteintes de démences plusieurs façons possibles d'être et de rester humain.

Au-delà de ses implications théoriques, cet article questionne alors les pratiques professionnelles. Les anthropologies implicites engagent en effet différentes formes de professionnalité, différentes pratiques, qui toutes ouvrent et ferment certains horizons d'accompagnement – et impactent, très directement et très concrètement, les personnes accueillies dans les EMS. C'est pourquoi l'analyse proposée dans cet article pourrait servir d'outil réflexif pour différentes institutions : par un questionnement des implicites anthropologiques de l'accompagnement qu'elles prodiguent ; par une thématization des implications de telle ou telle forme d'accompagnement sur les personnes accompagnées. La comparaison, comme la mise en évidence de ces anthropologies implicites, doit ainsi offrir des ressources conceptuelles pour interroger l'accompagnement aujourd'hui proposé dans les institutions.

Bibliographie

- AMYOT Jean
Paris, Di
- BECKER HO
- BROOKER D
Reviews i
- DAMASIO A
conscienc
- DEWEY Johr
- DRUHLE M:
Monique
spécificit
logie, vol.
- ENGLEBERT
à partir d
nie », *L'É*
- FUCHS Thc
Dementia
- GENARD Jean
gilité, de
et John C
Ères, p. 2
- JAWORSKA A
Alzheim
Affairs, vo
- KITWOOD Tc
Care of Th
Publicatio
- KITWOOD T
Interpers
- KITWOOD T
Berkshire
- LAMBELET /
« Innover
des persc
"Méthode
P. MAEDE:
vention soc
la santé et
- LAMBELET A
die d'Alz

Bibliographie

- AMYOT Jean-Jacques, 2016, *Travailler auprès des personnes âgées* (4^e édition). Paris, Dunod.
- BECKER HOWARD Saul, 2016, *La bonne focale*, Paris, La Découverte.
- BROOKER Dawn, 2003, « What is person-centred care in dementia? » *Reviews in Clinical Gerontology*, vol. 13, n° 3, p. 215-222.
- DAMASIO António, 1999, *Le Sentiment même de soi : corps, émotions, conscience*, Paris, Odile Jacob.
- DEWEY John, 2011, *La formation des valeurs*, Paris, La Découverte.
- DRUHLE Marcel, CLÉMENT Serge, MANTOVANI Jean et MEMBRADO Monique, 2007, « L'expérience du voisinage : propriétés générales et spécificités au cours de la vieillesse », *Cahiers internationaux de sociologie*, vol. 123, p. 325-339.
- ENGLEBERT Jérôme, 2021, « Le "soi territorial" : propositions théoriques à partir d'une compréhension phénoménologique de la schizophrénie », *L'évolution psychiatrique*, vol. 86, p. 693-702.
- FUCHS Thomas, 2020, « Embodiment and Personal identity in Dementia », *Medicine, Health Care and Philosophy*, vol. 23, p. 665-676.
- GENARD Jean-Louis, 2009, « Une réflexion sur l'anthropologie de la fragilité, de la vulnérabilité et de la souffrance », in Thomas PERILLEUX et John CULTIAUX (éd.), *Destins politiques de la souffrance*, Toulouse, Érès, p. 27-45.
- JAWORSKA Agnieszka, 1999, « Respecting the Margins of Agency : Alzheimer's Patients and the Capacity to Value », *Philosophy and Public Affairs*, vol. 2, n° 28, p. 105-138.
- KITWOOD Tom et BREDIN Kathleen, 1992, *Person to Person. A Guide to the Care of Those with Failing Mental Powers*, Loughton (Essex), Gale center Publications.
- KITWOOD Tom, 1993, « Towards a Theory of Dementia Care: The Interpersonal Process », *Ageing and Society*, vol. 13, n° 1, p. 51-67.
- KITWOOD Tom, 1988, *Dementia Reconsidered. The person comes first*, Berkshire, Open University Press.
- LAMBELET Alexandre, MALBOIS Fabienne et JETZER Anne, 2024, « Innover dans les Établissements médico-sociaux. L'accompagnement des personnes âgées atteintes de démence mis en forme par la "Méthode Montessori adaptée" », in M. CHIMIENTI, V. CRETTON, P. MAEDER, C. MAGGIORI, I. PROBST et S. RULLAC, *Innovation et intervention sociales : impacts, méthodes et mises en œuvre dans les domaines de la santé et de l'action sociale*, Zurich, Seismo, p. 265-289.
- LAMBELET Alexandre et ANTONIADIS André, 2017, « Vivre avec la maladie d'Alzheimer en institution : quels effets des contextes sur

- les pratiques? », *ethnographiques.org*, n° 35, [https://www.ethnographiques.org/2017/Lambelet_Antoniadis].
- MALBOIS Fabienne, JETZER Anne et LAMBELET Alexandre, 2021, « Quand la personne âgée atteinte de démence est un être capable. Sociologie du soin dans les institutions de long séjour formées à la "Méthode Montessori adaptée" », *Terrains/Théories*, n° 3, [<http://journals.openedition.org/teth/3639>].
- MALBOIS Fabienne, 2026 (à paraître), « Adverbialiser le *care*. Une relecture de J. Tronto via la théorie de la valuation de J. Dewey », *Pragmata*, n° 9.
- MALBOIS Fabienne, TREMBLAY Benjamin et LAMBELET Alexandre, 2024, « Behaving as a person: professionals' arts of doing when dealing with dementia in nursing homes », *European Social Work Research*, vol. 2, n° 2, p. 123-135.
- MOL Annemarie, 2008, *The Logic of Care. Health and the Problem of Patient Choice*, Londres, Routledge.
- PAPERMAN Patricia et LAUGIER Sandra, 2005 *Le souci des autres. Éthique et politique du care*, Paris, Éditions de l'EHESS.
- PAUL Maela, 2012, « L'accompagnement comme posture professionnelle spécifique : l'exemple de l'éducation thérapeutique du patient ». *Recherche en soins infirmiers*, n° 110, p. 13-20.
- PERONI Michel, 2006, « Faire de la "personne" handicapée une entité du monde sensible. Le bon professionnel, la personne handicapée et l'idiot », in Michel PERONI et Jacques ROUX, *Sensibiliser. La sociologie dans le vif du monde*, La Tour-d'Aigues, Les Éditions de l'Aube, p. 193-220.
- PÉRU Natacha, LEMOINE Maël et CAMUS Vincent, 2008, « Vieillesse, démence et relation intersubjective : approche psychologique et éthique », *Éthique publique. Revue internationale d'éthique sociétale et gouvernementale*, vol. 10, n° 2, [<https://journals.openedition.org/ethiquepublique/1457>].
- RÉMY Catherine et WINANCE Myriam, 2010, « Pour une sociologie des "frontières d'humanité" », *Politix*, vol. 90, n° 2, p. 7-19.
- RIGAUX Nathalie, 1998, *Le pari du sens. Une nouvelle éthique de la relation avec les patients âgés déments*, Le Plessis-Robinson, Institut Synthélabo pour le progrès de la connaissance.
- SABAT Steven R., 1998, « Voices of Alzheimer's disease sufferers: A call for treatment based on personhood », *The Journal of Clinical Ethics*, vol. 9, n° 1, p. 35-48.
- SCHÜTZ Alfred, 2008, *Le chercheur et le quotidien. Phénoménologie des sciences sociales*, Paris, Klincksieck.
- TRONTO Joan, 2009 [1993], *Un monde vulnérable. Pour une politique du care*, Paris, La Découverte.
- WEBER Max, 1992 [1904-1917], *Essais sur la théorie de la science*, Paris, Pocket.

WYKRETOWICZ Hubert, 2021, *La Sentinelle silencieuse. Recherche phénoménologique sur l'incarnation de l'esprit et perspectives cliniques*, Paris, éditions Herman.

ZACCAÏ-REYNERS Nathalie, 2022, « Auprès de Mariette. Voyage au cœur de l'accueil institutionnel », in Marc-Henry SOULET (dir.), *Bienfaisance, bienveillance, bientraitance. Les pratiques du Bien sous la loupe*, Berne, Schwabe Verlag, p. 129-145.