

# **Protéger et construire l'identité de la personne âgée**

ONT COLLABORÉ À CET OUVRAGE

Manuel Cerioli  
Chantal Dutems Carpentier  
Michelle Joulain  
Sophie Kaempf  
Christine Maintier  
Aurélien Ribadier  
Delphine Romatet  
Sophie Sainjeon-Cailliet  
Amélie Truptil

Sous la direction de  
**Michel Personne**

# **Protéger et construire l'identité de la personne âgée**

**Psychologie et psychomotricité  
des accompagnements**

**Pratiques g erontologiques**



Extrait de la publication

Conception de la couverture :  
Anne Hébert

Version PDF © Éditions érès 2012  
CF - ISBN PDF : 978-2-7492-3142-6

Première édition © Éditions érès 2011

33, avenue Marcel-Dassault, 31500 Toulouse, France

**[www.editions-eres.com](http://www.editions-eres.com)**

Aux termes du Code de la propriété intellectuelle, toute reproduction ou représentation, intégrale ou partielle de la présente publication, faite par quelque procédé que ce soit (reprographie, microfilmage, scannérisation, numérisation...) sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite et constitue une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

L'autorisation d'effectuer des reproductions par reprographie doit être obtenue auprès du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC), 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris, tél. 01 44 07 47 70, fax 01 46 34 67 19.

# Table des matières

Introduction .....	7
--------------------	---

## I. PSYCHOLOGIE : L'ÉVEIL À LA NOTION D'IDENTITÉ

L'identité des personnes âgées : le poids des normes d'âge, des représentations et des catégorisations sociales <i>Michelle Joulain</i> .....	17
Les normes d'âge, les rôles et les statuts .....	18
Représentations et catégorisations sociales .....	20
L'identité et l'estime de soi : éléments de définition .....	23
L'identité : le poids des normes d'âge, des représentations et des catégorisations sociales .....	25
Conclusion provisoire .....	28
Une identité à construire et à conserver <i>Christine Maintier</i> .....	33
Perception et mémoire .....	33
Identité .....	34
Construction du schéma corporel .....	35
Le corps propre .....	36
Le stade du miroir .....	36
L'image du corps .....	37
Le corps vieillissant .....	38
L'image du corps altérée .....	40
La perte progressive de soi .....	41

La nécessité de l'autre .....	42
Les mots de l'autre .....	43
Le langage du corps de l'autre.....	44
Les professionnels de la redécouverte du corps .....	44
Vers une réconciliation avec soi .....	45

## II. L'APPORT DE LA PSYCHOMOTRICITÉ

<b>Identité et chute de la personne âgée</b>	
<i>Aurélien Ribadier, Sophie Sainjean-Cailliet</i> .....	49
Évolution de l'identité au cours du vieillissement « normal »	49
Évolution de l'identité lors du vieillissement pathologique...	50
Lorsque la chute surgit... ..	51
Définition de la marche et de la chute comme perte de maîtrise .....	52
Le syndrome postchute : une urgence particulière .....	53
La chute comme rappel d'un corps qui vieillit.....	53
Le traumatisme physique comme révélateur d'une vulnérabilité plus importante avec le temps qui passe.....	54
La chute « symptôme » comme révélateur de l'état de santé ou de l'inadaption de l'environnement .....	54
La chute symbolique .....	56
La chute comme bilan de vie.....	56
La chute comme modification de l'identité psychosociale ...	56
Prévention des chutes.....	57
La prise en charge psychomotrice : généralités .....	57
Bilan psychomoteur .....	58
La prise en charge psychomotrice individuelle ou de groupe .....	58
Conclusion.....	59

<b>Identité et mouvements</b>	
<i>Chantal Dutems Carpentier</i> .....	61

<b>Unifier de la tête aux pieds</b>	
Approche psychomotrice de la problématique de l'identité chez le patient atteint de la maladie de Parkinson	
<i>Sophie Kaempf, Delphine Romatet, Amélie Truptil</i> ....	69
Le parcours institutionnel des patients accueillis en hôpital de jour gériatrique.....	70
Les spécificités du suivi des patients parkinsoniens .....	71

L'accompagnement en psychomotricité .....	71
En séances individuelles : deux récits cliniques	
M <sup>me</sup> M. : enjeux identitaires autour d'un diagnostic .....	78
M. B. : du corps fonctionnel au corps ressenti .....	81
Conclusion.....	85
Le maintien identitaire et le paradoxe du protocole institutionnel	
<i>Manuel Cerioli</i> .....	87
Prologue : le paradoxe institutionnel.....	87
Le cadre institutionnel.....	88
Le patient en psychomotricité .....	90
Le vocabulaire institutionnel .....	93
L'aide à la toilette.....	98
Épilogue : un outil au quotidien.....	101

### III. ÉMERGENCE ET APPROBATION IDENTITAIRES

L'émergence de conduites optimales	
<i>Michel Personne</i> .....	105
De l'approche sociale à la prise en compte du corps.....	112
L'attention au corps vécu.....	112
L'individuation .....	114
La vie sociale lutte contre l'impuissance acquise .....	116
Conclusion partielle .....	116
L'approbation identitaire	
<i>Michel Personne</i> .....	119
L'approbation identitaire par l'expérience.....	119
L'approbation identitaire dans l'interaction .....	122
L'accompagnement par le corps .....	125
L'attention entre sujet et objet .....	127
CONCLUSION.....	129

## *Introduction*

Le vieillissement fait évoluer l'identité. En situation difficile, l'identité pâtit des vécus douloureux et des crises de l'existence, et au fil du vieillissement, les crises ne manquent pas. À chaque fois, l'identité est à reconstruire. Dans ce processus, le corps est essentiel, comme élément dynamique.

Le corps est un médiateur efficace pour améliorer la vie des personnes âgées les plus fragiles, mais aussi celle de leur entourage. Dans cette optique, des psychomotriciens montrent comment ils parviennent à améliorer l'identité de personnes âgées en difficulté, les connaissances psychologiques venant en complément à la psychomotricité. Ainsi, ce sont les solutions les meilleures qui sont recherchées, pour traiter le problème du vieillissement et proposer une réponse aux attentes des familles et des établissements.

Une des difficultés principales pour faire évoluer les pratiques réside dans la *représentation négative* qui entoure les sujets les plus âgés, en particulier lorsqu'ils présentent des « fragilités ». Or, la personne doit pouvoir dépasser la contrainte que lui impose son handicap ; pour cela, un premier échelon indispensable dans l'autonomisation est l'ajustement. À condition qu'on l'y aide, elle trouvera les conduites nouvelles qui lui permettront de contrôler sa vie avec les autres. La démotivation, au contraire, s'accompagne de ses cortèges de passivité et de recherche de dépendance.

Mais la personne aura-t-elle l'énergie nécessaire pour dépasser cette injustice qui la conduit à s'interroger : « Pour-



quoi suis-je touchée, moi, dans ma chair ? » Le problème est d'autant plus aigu qu'il ne se réduit pas à une simple question d'espace ou de temps mais concerne l'émotion et le corps même de la personne.

La lutte contre cette injustice qui touche la personne dans ses « œuvres vives » sera corporelle si l'on porte intérêt à la façon dont, chez le sujet, l'énergie s'est cimentée, au fil de son existence, pour parvenir à la constituer. Les efforts fournis, les résistances surmontées, les succès dans l'affrontement avec le réel ont permis à sa personnalité d'émerger, de donner du sens à ce qui n'était que matière.

L'existence d'un champ relationnel forgé dans un ensemble qui dépasse la somme de ses éléments, sera fonction de l'attitude de l'entourage et de son implication. Ainsi la reconstitution de l'unité des sujets ne dépend pas de leur âge mais des attitudes en présence. Une attitude fermée touchera aussi bien les aidants que les vieillards, chacun se retranchant dans son isolement, dans sa certitude égocentrique. C'est donc le système en tant que tel qu'il faut changer et non pas l'âge des protagonistes. Les démotivations produites par des relations mécaniques qui ne visent pas le développement des libertés, seront examinées dans cette optique.

Ainsi, il semble souhaitable de compléter « l'adaptation à... » en envisageant « la relation avec... » Le terme d'interaction pourrait alors accompagner celui d'ajustement, pour favoriser ce qui est de l'ordre du dialogue. Méthodologiquement, cette manière de voir rendrait plus faciles l'interdisciplinarité des sciences humaines et biologiques, et les relations entre les différents acteurs sur le terrain. La psychologie, la psychomotricité deviennent des connaissances partagées au bénéfice de tous dans un monde où l'interaction est prioritaire. Lorsque la situation est difficile, et l'on sait combien les institutions souffrent, les efforts ne doivent pas être vécus comme vains. Les dépendances liées à certaines formes de relations transforment trop souvent la réalité de l'existence en une peau de chagrin où les choix se restreignent. Ils ne sont plus alimentés par des opportunités de relations, des occasions de se mobiliser avec autrui dans la tempête existentielle que traverse la personne. Le choix de la vie est compromis lorsque la personne ne peut exprimer ses intentions profondes. L'absurdité de la situation est alors perçue par le sujet, et peut ainsi être à l'origine d'une dépression.

Il est important d'interpeller l'entourage à ce propos, tout comme il est primordial de travailler « avec » et non sur le corps, d'autant plus que le corps est au principe de l'identité de chacun. Pour faire évoluer les mentalités, il faut travailler cette absence d'horizon du sujet âgé fragile et de ceux qui s'en occupent.

Il est donc essentiel de prendre conscience que le corps de l'humain n'est pas un objet, il est identité. À l'inverse de la situation de soins techniques, dans laquelle la personne se sent dépossédée d'elle-même, dépersonnalisée, on découvre ce qu'elle a été à travers son expression, ses habitudes. Sous cet angle, un professionnel qui n'est pas bien traitant n'est pas un vrai professionnel ; c'est *quelqu'un qui s'est trompé de profession*.

Donner du sens aux pratiques afin de ne pas faire mourir avant l'heure trouvera un éclairage dans de nombreuses situations cliniques. Elles témoignent de l'importance du corps comme médiateur des relations et relie l'expérience des professionnels avec le vécu des personnes fragiles. En outre, la valorisation de l'expérience des professionnels a une fonction préventive ; un meilleur accompagnement des plus fragiles donne un sens à ce qui est agi.

Toute relation implique le corps, et les émotions passent par le paralangage. À tous les âges, l'image du corps se construit à l'aide de l'image que nous renvoie l'autre. Le corps intime du sujet renvoie à ce qui est biologiquement personnel : c'est son corps. Cependant, pour s'extraire de pratiques aliénantes et développer une identité, la personne doit être vue non pas comme un objet sur lequel on va exercer une action, mais comme un être avec lequel on va collaborer.

Pour la personne fragile, la recomposition de son unité est facilitée par une relation dans laquelle ses difficultés à être sont accompagnées de telle manière que ses *capacités émergent en fonction de son implication et de son entourage, de sa possibilité à donner du sens à ce qu'elle réalise*. En distinguant la performance de la compétence, le milieu n'enferme pas la personne dans des incapacités supposées. Accepter que les réussites soient *non linéaires* et variables d'une tâche à l'autre constitue un facteur d'accompagnement qui soulage. Dans cette prise en compte, l'ajustement est du côté de l'entourage qui doit faire face au cumul des difficultés d'origine organique et existentielle qui intensifient l'affaiblissement. Les aidants naturels, les personnes qualifiées concourent ainsi à permettre que la vulnérabilité ne soit pas accrue. *La psychomotricité a une*

*place de choix en ce qu'elle peut faire émerger des formes de vie dans le sens d'une évolution contrairement à celles qui affaiblissent ou accentuent la vulnérabilité. C'est une expérience qui engendre des connaissances articulant différents niveaux de relations et d'élaborations.*

Les multiples situations cliniques qui sont présentées montrent comment une psychomotricité prend son essor, et qu'elle a une valeur heuristique ; on verra en effet qu'elle est *l'art d'inventer, de faire des découvertes avec la personnalité fragile.*

En considérant le sujet âgé à travers ses conduites, surtout si elles ne sont pas valorisées socialement, on aborde plusieurs problèmes : le *burn out*, les routines, la souffrance et les émotions dépressogènes, la transformation de la personne en objet, les prises de décision, la valorisation du corps.

Michelle Joulain attire notre attention sur les normes d'âge, les rôles et les statuts. Les normes servent de références pour dire ce qui est bien, acceptable, normal, ou pas. Ces normes culturelles sont plus ou moins intériorisées ; même si elles sont parfois inadaptées, elles traduisent tout de même des contraintes sociales et des habitudes dont la conséquence est un certain enfermement dans des rôles et des attentes inappropriés. De plus, l'après-retraite et la vieillesse constituent un champ où les normes sociétales sont complexes et floues ; les fonctions sociales explicites disparaissent. Le rejet de ces rôles assignés peut être parfois considéré comme l'expression d'une forme d'inadaptation.

Elle note que la vieillesse est le plus souvent stigmatisée sous l'angle des représentations et des catégorisations sociales. Le corps prend donc une place fondamentale bien qu'il fasse l'objet de préjugés négatifs.

Elle apporte des éléments de définition de l'identité et de l'estime de soi en parlant d'identités au pluriel, de caractère dynamique, et en proposant d'autres critères qui permettent de se sentir unique.

L'identité de la personne est faite de multiples identités et ne peut qu'être menacée quand on fait l'impasse sur des pans de cette identité. Par ailleurs, le corps communique, vit, apprend ; porter attention au corps permet de retarder de nombreuses formes de repli, d'éviter les situations d'isolement et de solitude. Il s'agit de participer à construire de nouveaux statuts et de nouveaux rôles pour ces personnes, en tenant compte de leurs capacités et de leurs désirs.

Christine Maintier nous parle de la jeunesse et de l'image du corps en précisant comment le sentiment d'identité s'appuie sur ceux de continuité identitaire et de singularité dans une perspective temporelle où se jouent la différenciation par rapport à autrui et la définition de soi. Le corps est un élément majeur de cette identité. La construction de l'image physique est une conquête unifiante du corps et du monde social. La transformation en objet de soins ruine le sentiment d'être. Cette altérité est accentuée lorsque le corps est vécu comme un traître : le sentiment physique ne s'accorde plus avec le réel. La lutte contre la dépersonnalisation devient un enjeu majeur de l'accompagnement, de la nécessité de l'autre, du plaisir dans la rencontre.

Les psychomotriciens évoquent des situations tragiques et les solutions favorables pour reconstruire une identité. Aurélien Ribadier et Sophie Cailliet nous intéresseront aux questions de l'identité et de la chute de la personne âgée. C'est le troisième motif d'hospitalisation avec, par la suite, une institutionnalisation dans 40 % des cas. Pour les sujets concernés, la crise d'identité serait alors un certain désajustement. Ils nous disent combien, pour eux, vieillir est un travail de deuil consistant à se dépouiller de l'essentiel (la marche notamment). Les interactions avec l'environnement, les communications avec l'entourage en pâtissent.

Les auteurs décrivent le syndrome postchute. Il peut rapidement évoluer vers un tableau de régression psychomotrice. Les facteurs prédisposant à ce véritable traumatisme psychocorporel sont également notés. Il est même précisé *comment la chute vient faire du bruit à l'intérieur de l'individu comme à l'extérieur*.

Sont précisées les modalités de rééducation où la psychomotricité fait le lien corps-esprit. Une identité, c'est aussi « le corps que je suis », qu'on pourrait compléter par « le corps que je suis devenu ».

Le corps en tant que support identitaire permet de relier, au travers d'une aire transitionnelle, le monde interne du sujet et le milieu extérieur.

Chantal Dutems Carpentier nous intéresse à une pathologie très invalidante, la chorée de Huntington. La notion de l'identité est, en effet, un thème essentiel pour le suivi psychomoteur. Quand un patient est atteint d'une maladie neurodégénérative de type maladie de Huntington, c'est la globalité de la personne qui est atteinte sur les versants psychiatrique (dépression, irritabilité et épisodes délirants), cognitif (fonc-

tions d'exécution altérées, troubles de la mémoire, de l'attention et de la planification) et moteur (chorée, dystonie, incoordination des mouvements). Elle propose des solutions à des patients très choréiques qui, lors de mouvements incontrôlés amples et brusques, avaient violemment poussé une soignante contre un mur. Le terme « folie motrice » demande à être largement accompagné. Dans cette optique, la pratique du thaï chi aide les patients à conserver un équilibre statique. De la même façon, les ateliers chorégraphiques offrent des solutions aux explosions motrices au cours desquelles le corps se trouve écartelé, éclaté...

Le comportement a perdu son caractère violent pour faire place à la réalité d'un patient porteur d'une maladie dégénérative. Les soins ont pu être faits non plus dans l'inquiétude mais avec un autre regard, une autre attitude. Le psychomotricien ne cherche pas à donner du sens au mouvement, simplement il l'accepte comme faisant partie de la personne qui, consciente ou non, doit vivre avec ce handicap.

Sophie Kaempf, Delphine Romanet et Amélie Truptil présentent une pathologie pour laquelle il n'existe pas de traitement curatif : la maladie de Parkinson, et dont certains qualificatifs peuvent être de vraies sentences.

L'annonce diagnostique puis les symptômes de la maladie s'installent progressivement, introduisant une *rupture* dans l'identité des personnes âgées atteintes de la maladie de Parkinson. Pourtant, la plupart des patients conservent d'étonnantes *capacités de liens* et de verbalisations, une conscience très aiguisée de leurs troubles et un important désir de s'exprimer, de dénoncer et de chercher du sens. Ils sont véritablement *acteurs* dans le processus thérapeutique. Leur implication est forte et volontaire malgré cette particularité d'avoir des symptômes manifestes, portés à la vue de tous : démarche ébrieuse, tremblements... Ces expressions corporelles de la maladie contribuent à stigmatiser les patients et risquent d'entraîner une perte de l'estime de soi.

À partir d'un symptôme, la *rigidité*, il s'agit de rejoindre le patient là où il en est, dans sa maladie, dans son éprouvé corporel, puis de l'emmener vers autre chose : une *ouverture*, une façon de bouger autrement, de découvrir ou de redécouvrir les sensations associées pour accéder au *plaisir*. La mise en mouvement peut avoir un effet cathartique, mais l'un des moteurs les plus puissants est la redécouverte du plaisir de bouger.

Par ailleurs, notre propre état émotionnel du moment (fatigue, besoin de mouvement, de détente, stress...) influe sur le dynamisme du groupe

L'invitation au mouvement est souvent d'origine extérieure. *Il a été important pour cette patiente que cette expérience difficile puisse être mise en mots et élaborée, avec l'aide de la psychologue de l'hôpital de jour.*

Les capacités créatives des patients sont source d'étonnement, un mouvement quasi anodin devenant une véritable chorégraphie. Ils s'autorisent des expressions verbales et corporelles affranchies des nôtres et empreintes de leur identité. *Le travail corporel avec l'individu est alors le processus d'affirmation de son identité propre.*

*Tous ces vécus de ruptures affective (décès de l'épouse), corporelle et psychologique (chute, annonce diagnostique) sont accompagnés par un réseau de liens qui se tissent et se resserrent pour permettre au patient de préserver un sentiment de continuité identitaire.*

Manuel Cerioli, spécialiste du taï chi, ressent l'institution comme négative. Et il est vrai que souvent l'institution, le milieu crée le symptôme, ce qui se vérifie à travers les protocoles, les rigidités de fonctionnement qui font perdre un temps précieux. Une autre approche existe, créative, qui s'appuie sur la vie du sujet, sur des événements passés ayant marqué son histoire.

On note parallèlement comment Manuel Cerioli se rapproche de l'utilisation psychologique du concept de réminiscence. Ainsi les frontières bougent.

La troisième partie rédigée par Michel Personne aborde deux facteurs essentiels dans les réponses apportées par l'entourage. Tout d'abord, il dit comment faire émerger dans le milieu social les conduites les plus pertinentes pour le sujet malade. Ensuite, sous le terme « d'approbation identitaire », il souligne que les tentatives de construction de son identité par le sujet lui-même doivent être encouragées, confirmées et approuvées. Si l'être n'est perçu que comme une chose qui se défait, alors il est ramené à la matérialité. Inscrire la personne dans une dialectique de la réalité fait naître la vie au-delà de la matière : « La vie est un effort pour remonter la pente que la matière descend<sup>1</sup>. »

---

1. H. Bergson, *L'évolution créatrice* (1907), Paris, PUF, 1959.

# I

## *Psychologie : l'éveil à la notion d'identité*





Michelle Joulain

*L'identité des personnes âgées :  
le poids des normes d'âge,  
des représentations  
et des catégorisations sociales*

Il y a quelque vingt ans, lors d'une promenade en centre-ville en compagnie d'une amie, nous passions devant un foyer logement, d'où sortait une femme âgée de 80 ans environ. Cette femme était plutôt petite, menue, et paraissait très alerte. Elle était vêtue d'une tunique et d'un caleçon (ce qui était déjà à la mode à cette époque), l'ensemble étant tout à fait seyant. Mon amie, en voyant cette femme, me dit : « Oh, quand même à son âge ! » en voulant parler du caleçon.

À travers cet exemple, nous pouvons aborder différentes notions comme celles des normes d'âge, des représentations et des catégorisations sociales, et discuter alors de leurs impacts identitaires potentiels, notamment chez les personnes âgées. Un de nos objectifs, dans le cadre de cette réflexion, sera de souligner les stratégies à mettre en œuvre pour maintenir, voire restaurer, certaines identités et surtout une positivité de l'image de soi, une certaine estime de soi. Cette dernière semble fondamentale pour la satisfaction de vie à tout âge, y compris pour les personnes âgées, et inversement une

---

*Michelle Joulain, maître de conférences, université de Tours.*

mauvaise estime de soi peut avoir de nombreux effets néfastes (Alaphilippe, 2008 ; Alaphilippe et coll., 2005 ; Labelle et coll., 2001 ; Tap, 1988). Nous traiterons ainsi dans un premier temps des normes d'âge, des rôles et des statuts, pour ensuite aborder les notions de représentations et de catégorisations sociales. Nous terminerons en mettant en relation ces différentes notions avec celle d'identité, en insistant sur l'importance d'une certaine visibilité et reconnaissance de la place de la personne âgée malgré de potentiels handicaps ou difficultés.

## Les normes d'âge, les rôles et les statuts

Parler de normes, dans une approche psychosociale, c'est renvoyer à des règles et à des exigences acceptées collectivement, résultant de divers consensus sociaux, qui ont traversé des périodes historiques variées, sont devenues des habitudes, des évidences parfois, mais qui demeurent malgré tout arbitraires. Une fois adoptées, ces normes servent souvent de références pour dire ce qui est bien ou pas, acceptable ou pas, normal ou pas dans le sens d'habituel, d'attendu (Attias-Donfut, 1991). L'auteur souligne l'intérêt qu'il y a à se questionner sur la façon dont on canalise les personnes dans des positions et des rôles successifs sur des critères d'âges. L'interrogation, en d'autres termes, porte sur l'existence d'un contrôle social et de pressions qui incitent les personnes à se comporter d'une façon et pas d'une autre, en fonction de leur âge. Parallèlement, ces normes culturelles sont plus ou moins intériorisées par chacun et expliquent que l'on attend ou pas certaines conduites d'autrui, que l'on se donne le droit d'avoir ou de ne pas avoir certaines conduites à l'égard d'autrui. Ces processus définissent ainsi des comportements appropriés à un âge donné, comme si chaque âge pouvait être caractérisé de façon précise par des ressources, des obligations, des rétributions et des sanctions.

Précisons cependant que ces normes d'âge possèdent un aspect fonctionnel ; elles participent d'une forme de régulation sociale en ce qu'elles peuvent guider les individus pour le repérage d'indices reliés à des âges supposés (cheveux blancs, aisance dans la marche, rides...), et déclencher des comportements adaptés ou au contraire inhiber des comportements inadéquats envers ces personnes. Cependant, ces normes sont parfois inadaptées et traduisent des contraintes sociales et des habitudes, avec pour conséquence un certain enfermement

dans des rôles et des attentes inappropriées. Dans notre exemple, rien a priori n'empêche une femme, quel que soit son âge, de porter un caleçon. Mais effectivement, et même encore aujourd'hui pour différents groupes sociaux, la coutume, les habitudes ont tendance à mettre en avant un certain style d'habillement pour les personnes âgées : vêtements plutôt foncés, peu colorés, pas de la dernière mode, etc. Pour les femmes âgées notamment, c'est comme si à partir d'un certain âge (lequel ?), elles ne devraient plus se préoccuper de leur image, à la fois pour elles-mêmes et pour ce qu'elles donnent à voir aux autres. C'est un peu comme si elles n'avaient plus à plaire ou à être agréables à regarder, ou bien comme si elles devaient pouvoir être différenciées (le vêtement étant un des éléments les plus immédiatement visibles socialement parlant) de celles qui peuvent encore se permettre de jouer, au sens noble du terme, un rôle de séduction.

Les normes d'âge renvoient premièrement à la notion de statuts, de places, qu'occupent les individus dans leurs divers groupes sociaux, ceux-ci définissant les droits et les devoirs de la personne, ce qui par ailleurs participe de la conscience de soi. Deuxièmement, nous devons évoquer la notion de rôles, répertoires de comportements et d'attitudes associés aux statuts. Ils nous renseignent sur ce que doit dire ou faire un acteur et ce qu'on attend de lui, compte tenu de son statut (par exemple grand-père, résident, aidant, collaborateur). À ce propos, nous soulignons un paradoxe eu égard aux adultes âgés. D'un côté, l'après-retraite et la vieillesse constituent plutôt un champ dans lequel les normes sociétales sont peu explicites et floues, les fonctions sociales explicites disparaissent notamment. Et pourtant, d'un autre côté, l'absence de normes très claires n'empêche pas l'existence de représentations peu positives, mais à la fois, les personnes âgées semblent devoir répondre à certaines normes de comportement en termes de devoir être, faire, ou au contraire ne pas être, ne pas faire. Cela explique que lorsqu'une personne rejette certains de ses rôles assignés, elle peut être parfois vue comme exprimant une forme d'inadaptation. Or, inversement, on peut parler d'adaptation quand une personne par exemple revendique une autre place : en cherchant à être reconnue autrement, à pouvoir faire autre chose, même si cela n'est pas habituel. Concrètement, de nombreuses personnes, même malades, peuvent avoir conservé diverses capacités (intellectuelles, manuelles, sensorielles), avoir envie de continuer à

participer activement à la vie sociale, et inversement ne pas supporter d'être « remisées » dans une catégorie passive, peu digne d'intérêt.

Rôles, statuts et normes sociales participent grandement de la construction, du maintien et de l'évolution des identités, personnelles et sociales. Mieux comprendre comment ils fonctionnent nécessite d'aborder les notions de représentations et de catégorisations sociales.

## Représentations et catégorisations sociales

Les représentations sociales constituent un ensemble de connaissances, jugements, opinions, croyances, qui sont partagées socialement, construites et véhiculées par le langage (aspect discursif), mais aussi à travers les conduites et les pratiques (aspect praxique) au cours de nombreuses situations quotidiennes, en interaction avec autrui (Jodelet, 1989 ; Moliner, 2001 ; Moscovici, 1961). Ce sont des moyens de reconstruction et d'explication de la réalité, afin de donner un sens à notre monde, afin d'interpréter les événements, d'intégrer les nouveautés, et qui de plus ont un caractère prédictif. Une fonction majeure de ce savoir commun est de guider nos conduites puisqu'on anticipe ce que sont les personnes, événements, situations, ainsi que les façons de nous comporter avec. Cependant, des effets plus ou moins négatifs ou pervers peuvent exister du fait en premier lieu du caractère éminemment lacunaire de ces représentations. Que savons-nous des objets dont nous parlons ? Or le processus d'ancrage qui permet le classement rapide de ces objets, quant à leur conformité ou leur déviance par rapport au monde, laisse la porte ouverte à de nombreuses interprétations, compte tenu de nos lacunes. C'est malheureusement assez souvent compensé par divers préjugés associés à ces objets. Prenons l'exemple des personnes âgées et du vieillissement.

Il est aisé de constater que le plus souvent la vieillesse est stigmatisée, en ce sens qu'elle ne correspond pas aux valeurs prônées actuellement, à savoir la modernité, la jeunesse, la rapidité, la compétitivité, la séduction, la vitalité. Elle fait plutôt penser à la précarité, à la fragilité de la condition humaine (Coudin et Beaufils, 1997). Dans ce contexte, le corps prend souvent une place fondamentale et fait l'objet d'une certaine centration sur lui-même. Cela peut être dû notamment aux évolutions potentielles, avec l'âge, de la fonc-