

VIEILLIR ET HABITER AUTREMENT

Sous la direction de **Valérie Hugentobler**

Avec la collaboration de **Maurice Avramito, Melissa Ischer**

Préface de **Bernard Ennuyer**



VIEILLIR ET HABITER AUTREMENT

VIEILLIR ET HABITER AUTREMENT

Sous la direction de Valérie Hugentobler

Avec la collaboration de Maurice Avramito et Melissa Ischer

Préface de Bernard Ennuyer

Comité d'édition HETSL : Ruxandra Oana Ciobanu, Isabelle Csupor, Julie Desrosiers, Joëlle Longchamp, António Magalhães de Almeida, Gil Meyer, Alessandro Pelizzari, Jean-Pierre Tabin, Romaric Thiévent, Aline Veyre

Coordinateur financier : Martin Schnorf

Secrétariat d'édition : Séverine Holdener

Mise en page : Éditions Antipodes, www.antipodes.ch

Maquette et couverture : Tassilo Jüdt, www.tassilo.ch

Correction : Isabelle Sbrissa

Cette publication a été soutenue par le Fonds national suisse de la recherche scientifique (FNS) et par la Haute école spécialisée de Suisse occidentale (HES-SO).



FONDS NATIONAL SUISSE
DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

Hes·so

Haute Ecole Spécialisée
de Suisse occidentale

© 2024, Éditions HETSL

Éditions HETSL, ch. Des Abeilles 14, CH-1010 Lausanne

www.hetsl.ch/editions

ISBN : 978-2-88284-082-0

DOI:10.26039/1xj4-4h53

Licence:CCBY-NC-ND



La Haute école de travail social et de la santé Lausanne (HETSL) fait partie de la HES-SO. Elle offre à plus de 1000 étudiant-e-s des formations en travail social et en ergothérapie au niveau bachelor. La HETSL coanime les masters proposés par les domaines travail social et santé de la HES-SO et développe des offres de troisième cycle. Ses missions comprennent également la formation continue et postgrade, la recherche et les prestations de service.

www.hetsl.ch

Les Éditions HETSL veulent favoriser la diffusion régulière des connaissances développées au sein de la Haute école de travail social et de la santé et offrir des points d'ancrage au dialogue indispensable entre un lieu de formation professionnelle supérieure et ses partenaires du champ social, éducatif et sociosanitaire.

TABLE DES MATIÈRES

.....	PRÉFACE	11
.....	INTRODUCTION : UNE RÉFLEXION SUR L'ARTICULATION ENTRE L'HABITAT ET LE POUVOIR D'AGIR	19
.....	HABITAT INTERMÉDIAIRE OU HABITAT ALTERNATIF?	20
.....	QUELS LIENS AVEC LE POUVOIR D'AGIR?.....	24
.....	PRÉSENTATION DES DIFFÉRENTS CHAPITRES.....	26
I	DES FORMES D'HABITAT NOUVELLES ET ALTERNATIVES	31
.....	DE NOUVELLES POSSIBILITÉS DE LOGEMENT POUR LE TROISIÈME ÂGE – HABITAT COMMUNAUTAIRE ET INTERGÉNÉRATIONNEL.....	32
.....	NOUVELLES FORMES DE LOGEMENT ET D'ENCADREMENT POUR LE QUATRIÈME ÂGE.....	39
.....	CONCLUSION.....	42
II.....	L'INSTITUTIONNALISATION DES HABITATS ALTERNATIFS	43
.....	LES COLOCATIONS : UNE INSTITUTIONNALISATION VECTRICE DE COMPLEXIFICATION.....	46

.....	LE VILLAGE : NÉGOCIER AVEC LA NORME ET EN PRODUIRE DE NOUVELLES	50
.....	EN GUISE DE CONCLUSION...	54
III.....	LES COLOCATIONS POUR SÉNIOR·E·S DANS LES QUARTIERS EN ALLEMAGNE	57
.....	UNE DIFFUSION DES <i>WOHNGEMEINSCHAFTEN</i> ACCOMPAGNÉES SUR VINGT ANS : LE MODÈLE BERLINOIS	58
.....	UN MODÈLE SPÉCIFIQUE ET FRAGILE	63
.....	UN ÉLÉMENT DE L'OFFRE DANS LES QUARTIERS	67
.....	EN CONCLUSION	70
IV	UNE COLOCATION ALZHEIMER POUR ENCOURAGER LES CAPACITÉS D'AGIR PAR L'HABITAT	73
.....	UN HABITAT ALTERNATIF VISANT À PRÉSERVER UNE CERTAINE AUTONOMIE DES RÉSIDENT·E·S	75
.....	ACCOMPAGNER LES POUVOIRS D'AGIR AU SEIN DE LA COLOCATION	80
.....	DISTINCTION ENTRE ESPACES PRIVÉS ET ESPACES PARTAGÉS	81
.....	INTERACTIONS ET ACCOMPAGNEMENT	83
.....	LES LIMITES D'UN MODÈLE POUR – ET LE RÔLE PRÉPONDERANT DES ACCOMPAGNANTES DE VIE	84
V.....	VIVRE PLUS LONGTEMPS, HABITER PLUS LONGTEMPS	89
.....	CONSERVER LA POSSIBILITÉ DE VIEILLIR CHEZ SOI... ..	92
.....	QUELLES RÉALITÉS ET QUELLES ATTENTES POUR VIEILLIR CHEZ SOI? LE CAS DES HABITANT·E·S DE VEVEY	94
.....	FAIRE LE CHOIX DE LA MOBILITÉ RÉSIDENTIELLE	97
.....	CONCLUSION	100
.....	CONCLUSION : DE NOUVELLES PERSPECTIVES DE VIE ET D'ACCOMPAGNEMENT.....	103
.....	DIVERSIFIER L'OFFRE D'HABITATS POUR RÉPONDRE À L'HÉTÉROGÉNÉITÉ DES SITUATIONS DE « FRAGILITÉ » DES PERSONNES VIEILLISSANTES	104
.....	FORCES ET LIMITES DES STRUCTURES HYBRIDES ET RISQUES INDUITS PAR LEUR INSTITUTIONNALISATION	106

..... LE RÔLE PRÉPONDÉRANT ET PEU (RE)CONNU DE NOUVELLES PROFESSIONNELLES DE L'ACCOMPAGNEMENT: LES RÉFÉRENTES SOCIALES	108
BIBLIOGRAPHIE	111
LES AUTEUR·E·S.....	123

PRÉFACE

BERNARD ENNUYER

Avant d'aborder les réflexions suscitées par la richesse des textes qui sont présentés dans cet ouvrage, permettez à un « vieux »¹ du champ gérontologique français de revenir sur la naissance au début des années 1980, des premiers domiciles collectifs, nés à Paris et à Grenoble², entre autres (Daure, Ennuyer, Gallard & Paugam, 2007). Cette idée d'une petite communauté de vie, comme une alternative possible au fait de rester chez soi ou bien d'entrer à l'époque en établissement de long séjour (devenu Établissement d'hébergement pour personnes dépendantes [EHPAD] en 1997) va se développer, en France, à plusieurs endroits en même temps, sous des formes diverses : résidences intégrées à Toulouse ; domiciles protégés ou appartements regroupés à Dijon et à Roanne ; maisons d'accueil et de résidence pour l'autonomie (MARPA) – concept porté par la Mutualité sociale agricole. Mais cette idée émerge aussi à cette

11

-
- 1 Je suis entré comme professionnel dans ce champ de la vieillesse, il y a plus de cinquante ans, grâce à l'association Les Petits Frères des Pauvres qui m'a fait découvrir notamment le scandale d'une vieillesse reléguée en hospice.
 - 2 J'ai personnellement été très impliqué en 1978-1979 dans le projet de la résidence La Jonquière des Petits Frères des Pauvres à Paris et dans le projet de domicile collectif de Grenoble, par l'intermédiaire du bureau d'études des HLM (Crepah), maître d'œuvre de ce projet imaginé à partir d'un centre médico-social.

époque à Rueil Malmaison, non pas à partir du domicile mais à partir d'une maison de retraite.

Ces structures sont nées d'abord à l'initiative de professionnel·le·s ou d'institutions et associations œuvrant dans le champ du médico-social de l'époque. Nous avons choisi de les appeler les formes d'habitat alternatif « Pour », dans la mesure où ces structures ont été pensées et mises en place par des concepteur·trice·s et des décideur·euse·s « pour » les personnes âgées sans demander vraiment leur avis à ces personnes qui allaient y vivre.

D'une façon générale, le développement de nouvelles réponses en direction des « personnes âgées »³ traduit à un moment donné l'opinion que se font les acteurs et actrices d'une société (décideurs publics et citoyen·ne·s entre autres), sur la façon de vivre sa vieillesse à partir, notamment, de leurs représentations sociales de celle-ci. En France, la réflexion tourne, alors, autour de la notion de « maintien dans son lieu de vie » et de « maintien de l'autonomie, même réduite, des personnes résidant dans ces lieux de vie », réflexion induite par la nécessité de repenser les paradigmes concernant la cohésion sociale et les modes d'accompagnement des plus fragiles d'entre nous, pour qu'ils et elles restent, suivant leur désir, des acteur·trice·s de cette société.

En 1994, la Fondation de France constate que « dans leur conception, les petites unités sont porteuses d'ambivalence dans la mesure où elles se situent au carrefour de deux logiques : celle du communautaire et celle de l'individuel, celle de l'institution et celle du domicile »⁴. Nous verrons que, sous une autre forme, ce constat est toujours valable pour les nouveaux habitats alternatifs.

Les petites unités de vie bousculent alors les frontières établies entre domicile et institution d'hébergement, mais, déjà, elles sont menacées de basculer dans une nouvelle forme d'institutionnalisation par le biais d'une certaine normalisation bureaucratique (Rosenfelder⁵ – Chapitre 2 du présent ouvrage). De plus elles doivent constamment rester vigilantes pour permettre la convivialité et l'ap-

³ Nous reprenons cette expression « consacrée » bien qu'elle nous paraisse très souvent trop peu précise et très enferrante.

⁴ Fondation de France (1997). *La viabilité économique des petites unités de vie*, p. 7.

⁵ Nous avons choisi de mettre entre parenthèses le nom de l'auteur·e d'un des articles de ce livre, suivi du numéro du chapitre associé du présent ouvrage, quand nous reprenions ou retrouvions une idée énoncée par cet·te auteur·e.

appropriation, toujours difficile de ces nouveaux lieux par les gens qui y vivent (Brzak & Avramito – Chapitre 4).

Dans les années 2000, c'est ce même phénomène de modification des représentations sociales de la vieillesse et de l'allongement de la vie qui a amené l'émergence d'une nouvelle forme d'habitat alternatif que la sociologue Anne Labit a appelé l'habitat « Par » : « un habitat conçu et géré (au moins en partie) par les seniors eux-mêmes et qui privilégie la solidarité entre eux (ou avec d'autres). C'est un habitat qui privilégie la PARTicipation et le PARtage »⁶, qu'elle explique par un changement générationnel : « Nous avons devant nous une nouvelle génération, la génération "boomers" : des retraités en bonne santé, aisés, actifs et insérés socialement, qui ont connu ou participé aux mouvements de libération issus de 68 : écologie, féminisme, des femmes retraitées qui ont travaillé, ont divorcé, ont vécu seules » (Labit, 2013). Dominique Argoud, également sociologue, ajoute que « tout semble se passer comme si ces nouveaux projets reposaient sur l'idée que la solidarité de proximité conjugée à l'intervention de professionnels extérieurs était susceptible d'apporter une réponse au vieillissement » (Argoud, 2008). Ceci s'est traduit par un foisonnement d'initiatives donnant un caractère très hétéroclite à cet ensemble, qu'il serait dangereux de vouloir normaliser et « institutionnaliser » au sens d'en faire le seul modèle de réponse au « problème des personnes âgées ». Nous reviendrons en conclusion sur ce risque majeur quant à l'avenir de ces nouvelles façons d'habiter portées majoritairement par des citoyen-ne-s « ordinaires ».

Si nous revenons aux réflexions portées par ce livre, la notion qui nous est apparue comme « notion clé » est celle d'*hybridité* (développée par Leenhardt – Chapitre 3). On peut dire que, dans la quasi-totalité des habitats alternatifs, se retrouve la notion de « structure hybride », c'est-à-dire une structure qui est un croisement entre deux espèces, deux variétés ou genres différents, voire un mélange d'éléments qui peuvent être antinomiques. Ce mélange d'éléments, quelquefois contradictoires, au cœur de ces nouvelles formes d'habitat se traduit souvent par une mise en tension entre pôles opposés que nous allons décliner.

6 Labit, A. (2013). L'habitat de demain PAR les seniors. Résultats de recherche du CEDETE. Dans la même plénière, on pourra se reporter à l'intervention de l'Allemand Josef Bura : *Vieillir en Allemagne dans un habitat autogéré* et à celle du Belge Steven D'Haens : *Cohousing en Flandres : faire face aux défis du futur par l'expérimentation*.

• Cette hybridité des habitats alternatifs se traduit ainsi par un mélange d'*habitat* «*Par*» et d'*habitat* «*Pour*» aux sens que nous avons définis plus haut. Même quand l'initiative est clairement du côté des citoyen·ne·s (exemple en France de La maison des Babayagas⁷), il y a toujours à un moment donné une intervention extérieure des pouvoirs publics qui donnent leur avis, voire imposent certaines conditions (de sécurité, par exemple) par le biais de la loi ou de certaines contraintes de financement. Par ailleurs des habitats liés à des initiatives institutionnelles ou politiques, notamment «*Pour*» des personnes en situation de fragilité sociale ou médicale (par exemple, en France le village landais Alzheimer qui a démarré en 2020⁸), vont s'ouvrir à l'avis des personnes accueillies ou à celui de leur famille, donc à une certaine part de participation. Simplement le dosage de «*Par*» et de «*Pour*», spécifique à chaque initiative et à chaque réalisation, évoluera aussi au cours du temps. Par exemple les réalisations de la Fondation Habitat et Humanisme⁹, conçues au départ «*Pour*» des populations en situation d'exclusion peuvent être modifiées au cours du temps par les personnes qui vont y vivre.

14

• Cette hybridité est aussi présente dans le mélange «*vie privée – vie collective*» qui caractérise ces habitats alternatifs, *mélange de chez soi et de chez les autres*, du fait du partage d'espaces et de moments collectifs, à la fois source d'entraide et de conflits. Cette tension entre vie privée et vie communautaire (Höpflinger – Chapitre 1) est toujours un équilibre périlleux, y compris par le fait de cohabitation de générations et de personnes aux habitudes de vie antérieures différentes. Les nouveaux et nouvelles habitant·e·s de ces domiciles collectifs acceptent plus ou moins, dans cette nouvelle façon d'habiter (Berrocal-Gitto – Chapitre 5), une certaine limitation de leur liberté individuelle par les règles d'une vie collective. Ces tensions renvoient à l'*hybridité fondamentale de l'individu*, si bien décrite par Norbert Elias, selon lequel les êtres humains sont de façon indissociable à la fois individu et société dans toutes les configurations sociales que forment entre eux plusieurs individus (Elias, 1991a). Cette double appartenance de l'être humain, en même

7 www.or-gris.org/article-la-maison-des-babayagas-de-l-utopie-a-l-innovation-sociale

8 <https://villagealzheimer.landes.fr/>

9 <https://habitat-humanisme.org>

temps à lui-même et au collectif, en tant qu'« individu » et en tant que « société », fonde la cohésion sociale tout en la rendant problématique (Elias, 1991b).

- L'hybridité des habitats alternatifs, c'est aussi de mélange de *Gemeinschaft* et de *Gesellschaft* selon les termes du sociologue allemand Ferdinand Tönnies (2010): pour lui, la *Gesellschaft* (la grande société individualisée) implique un cercle d'hommes et de femmes qui, comme dans la *Gemeinschaft* (la communauté villageoise), vivent et habitent en paix les un-e-s à côté des autres, mais essentiellement séparé-e-s, au lieu d'être essentiellement uni-e-s, malgré leurs individualités comme dans la *Gemeinschaft*. Mais pour lui, ces deux entités coexistent plus qu'elles ne s'opposent, ce qui est encore vrai aujourd'hui. C'est ce que démontre, par exemple, ce qu'on appelle le « modèle de Bielefeld » en Allemagne. Ce modèle qu'on appelle aussi le concept de quartier (Leenhardt – Chapitre 3) et qui s'est développé dans les années 1980-1990 prévoit au cœur de chaque quartier (*Gemeinschaft*) de la grande ville (*Gesellschaft*) une organisation associant logements adaptés, sécurisés par un service d'aide et de soins et une dynamique de convivialité qui doit apporter un étayage aux personnes les plus fragiles, pour leur permettre de vivre le plus longtemps chez elles dans un domicile autonome.

15

- En dernier lieu nous allons développer l'*hybridité du pouvoir d'agir, tension entre une autodétermination de l'individu et une autonomie relationnelle*. C'est la sociologue belge Natalie Rigaux, entre autres, qui a développé la notion d'autonomie relationnelle: « Dans le concept d'autonomie relationnelle, l'être n'est plus considéré comme un isolat, c'est un être social qui définit son être et ses projets en interaction avec autrui. Il se définit au sein d'un réseau d'interdépendances étant intrinsèquement vulnérable, dès lors la solidarité et la réciprocité dans le prendre soin sont pour lui fondamentales, une responsabilité à l'égard d'autrui est au cœur de son existence » (Rigaux, 2012).

Pour certains individus singuliers ayant du mal à prendre des décisions et des responsabilités dans leur vie quotidienne (Ehrenberg, 1998), certains rapports sociaux et un contexte relationnel semblent ainsi pouvoir fonctionner comme des supports de l'autonomie, du libre

choix « permettant au sujet d'instaurer avec lui-même un rapport de confiance et de se concevoir comme un sujet qui compte » (Garrau, 2018). On peut parler alors là de l'augmentation du pouvoir d'agir. Cette autonomie fondamentalement relationnelle dépend du contexte où se forment ces désirs et ces projets et du fait que ce contexte permette ou non de les réaliser. Mais là aussi comment ne pas créer un cadre trop protecteur qui pourrait conduire à une diminution du pouvoir d'agir alors que l'objectif visé est le contraire ? Comment aider à faire, sans faire à la place de... ? (Brzak & Avramito – Chapitre 4).

POUR FINIR, QUELQUES RÉFLEXIONS SUSCITÉES PAR CETTE FLORAISON DE NOUVEAUX HABITATS ALTERNATIFS...

Si, effectivement, comme on vient de le voir à travers la notion d'autonomie relationnelle, le fait de cohabiter à plusieurs peut indéniablement permettre plus de pouvoir d'agir aux personnes qui ont choisi ce modèle et peut-être même aussi à celles qui, sans pouvoir clairement le choisir (je pense aux personnes en difficulté psychique), sont amenées à vivre dans un habitat de ce type comme certain·e·s essaient de le mettre en évidence¹⁰, il n'en reste pas moins beaucoup d'interrogations...

- *Ne perdons jamais de vue que le domicile individuel, son « chez-soi »* (Dreyer & Ennuyer, 2017) gage de la permanence d'une identité psychique, doit pouvoir rester un choix possible. Même si les conditions d'habitat et de sociabilité de certaines personnes âgées ne paraissent pas à certain·e·s d'entre nous comme adéquates pour un vieillissement quelquefois incapacitaire, elles semblent convenir aux personnes qui vivent ces conditions¹¹ (Berrocal-Gitto – Chapitre 5). Entre un modèle strictement individuel du chez-soi et un modèle hybride avec plus ou moins de vie collective, faisons attention de toujours laisser le maximum de choix aux individus à un moment donné et de leur permettre aussi de modifier ce choix.

¹⁰ <https://www.lamaisondessages.fr/>

¹¹ <http://www.leroymerlinsource.fr/assises-de-lhabitat/296-jy-suis-jy-reste-recherche-psychosociale-sur-les-motivations-des-personnes-agees-a-rester-chez-elles>. À consulter aussi sur le même site, la note de recherche de Marie Delsalle « Désadaptation de l'habitant âgé et très âgé à son logement : quels enjeux personnels et collectifs ? »

- *La question des inégalités sociales demeure* qui donne des pouvoirs d’agir très différents aux individus suivant leurs parcours de vie, leurs difficultés de santé, et leur inégalité de possession de codes sociaux et de ressources financières et culturelles. Comment diminuer ces inégalités dans l’accès à ces nouvelles formes d’habitat alternatif pour les personnes qui y aspirent pour éviter que ce choix d’habitat ne soit réservé qu’à un certain public ?
- *Quid du vieillissement de ces structures* et du renouvellement de ses habitant·e·s et de leur capacité à investir ces structures pour les faire « leurs » et éventuellement avoir la possibilité de les faire évoluer, alors qu’ils et elles n’ont pas été partenaires ou fondateurs de l’idée de départ ?
- *La limite de ce type d’habitat*, comme d’ailleurs celle du domicile quand la charge de soins devient très importante (Höpflinger – Chapitre 1), *est une question fondamentale*. Dans quelle mesure, les personnes qui ont fait ce choix d’habitat pourront-elles y vieillir jusqu’à la fin de leur vie, notamment en cas de difficultés cognitives et/ou physiques ?

17

Mais attention surtout de ne pas faire de l’habitat alternatif LA réponse à la question sociale de la vieillesse, c’est-à-dire d’institutionnaliser cette possibilité de choisir ce type d’habitat dans sa vieillesse comme étant la seule possibilité. Ce danger vient d’être mis en lumière en France par une commande très récente du premier ministre qui, à propos de l’habitat inclusif, pose la question « de la structuration des cadres et des modèles de déploiement susceptibles de massifier [sic] ce type d’habitat (...) et du besoin d’articulation, voire d’alignement, avec d’autres catégories de construction (résidences médicalisées et sociales, lieux de vie et d’accueil) »¹². En réponse à cette commande, des fédérations représentatives de l’habitat alternatif expriment leur crainte d’y voir les citoyen·ne·s dépossédé·e·s de leur pouvoir d’agir : « Aujourd’hui, cette volonté de massification et d’industrialisation est synonyme pour nous d’un changement délétère de paradigme : les clés de l’habitat inclusif doivent-elles être désormais confiées à celles et ceux

¹² Objet : *Mission relative à la mise en œuvre d’une stratégie nationale pour le déploiement à grande échelle de l’habitat inclusif*, note du premier ministre du 20 novembre 2019, Le premier ministre, Hôtel de Matignon.

qui ont les épaules « gestionnaires » et les moyens suffisants « d'industrialisation » pour dupliquer à l'infini quelques modèles, pour lesquels ils n'ont ni les codes, ni le sens de l'histoire »¹³.

Rappelons que, seule une diversité d'offres en termes de façons d'habiter peut permettre que les capacités d'une personne – et ce quel que soit le niveau desdites capacités – deviennent des capacités au sens « des libertés ou des possibilités créées par une combinaison de capacités personnelles et d'un environnement politique, social ou économique » (Nussbaum, 2012).

En définitive, la finalité d'une vie en société n'est-elle pas de laisser à chaque individu la possibilité de trouver, tout au long de sa vie, des façons d'habiter qui lui permettent de satisfaire au mieux ce besoin de tout un chacun, à savoir trouver un équilibre entre sa place d'individu singulier et sa place d'individu collectif ?

¹³ Contribution externe du réseau HAPA, Habitat partagé et accompagné, décembre 2019, <http://www.reseau-hapa.eu/>

INTRODUCTION :

UNE RÉFLEXION SUR

L'ARTICULATION ENTRE

L'HABITAT ET LE POUVOIR

D'AGIR

VALÉRIE HUGENTOBLER ET MAURICE AVRAMITO

Cet ouvrage s'inscrit dans la continuité de la réflexion engagée sous le titre « Vieillesse et pouvoir d'agir. Entre ressources et vulnérabilités » dans le cadre du 5^e congrès du REIACTIS¹ qui s'est tenu à Lausanne (Suisse) du 10 au 12 février 2016. Depuis de nombreuses années déjà, cette thématique du pouvoir d'agir apparaît comme centrale dans l'analyse d'un vaste ensemble de pratiques sociales et de réflexions sur l'individu et la société, le domaine du vieillissement ne faisant pas exception. Si, récemment, les différentes contributions au numéro thématique *Pouvoir d'agir et vieillissement : différenciations, limites, et possibilité* (Bickel & Hugentobler, 2018) de la revue *Gérontologie et société* ont proposé « une réflexion analytique et critique, empiriquement documentée et fondée, sur le “pouvoir d'agir” des personnes vieillissantes, avec un accent mis sur leur quotidien et espace privé [afin] d'en décrire les multiples faces [...] et surtout comprendre comment il est possible, au travers notamment de divers types d'interventions sociales, de le renforcer » (p. 11), aucune ne s'est attelée

19

1 REIACTIS: Réseau d'Études International sur l'Âge, la Citoyenneté et l'Intégration Socio-économique. Pour plus d'informations concernant ce réseau, son origine, son organisation, ses buts et ses activités, prière de consulter son site internet : <https://www.reiactis.com/>

à présenter comment une réflexion sur l'habitat des personnes âgées et le développement de nouvelles initiatives en la matière, est susceptible de renforcer (ou non) le pouvoir d'agir de populations âgées.

C'est donc l'objet du présent ouvrage que de creuser plus en détail les rôles que peuvent revêtir de nouvelles formes d'habitats dits alternatifs dans cet encouragement. Pour ce faire, il s'appuie sur les travaux de chercheuses et chercheurs réunies au sein de ce 5^e Congrès du REIACTIS lors des sessions spéciales « Habitats et espaces de vie »² et du symposium « Habiter et vieillir en citoyen: du pouvoir d'inventer et de gérer en solidarité son habitat dans la vieillesse ». Le comité d'organisation du colloque ayant fait le choix de privilégier la publication de dossiers ou d'ouvrages thématiques plutôt que celle d'actes de colloque, l'une des thématiques retenues fut celle de l'habitat et du logement. La complémentarité des contributions de ces deux sessions est articulée autour de la question de l'habitat et place le pouvoir d'agir comme l'une des thématiques souvent principales, même si certains chapitres l'abordent de manière plus indirecte ou périphérique. L'objectif de cet ouvrage est de construire une réflexion autour des liens entre, d'un côté le renforcement du pouvoir d'agir, et de l'autre l'habitat dans ses formes alternatives spécifiques à des populations âgées vulnérables.

HABITAT INTERMÉDIAIRE OU HABITAT ALTERNATIF ?

Les politiques gérontologiques ont longtemps reposé sur deux axes principaux³: l'accueil en institution d'hébergement et les services d'aide et de soins à domicile. Mais depuis le début des années 1970, il existe une réflexion grandissante concernant l'habitat des personnes vieillissantes⁴, en particulier autour du rôle qu'il peut jouer face aux difficultés inhérentes à leur avancée en âge. Un nouvel axe s'est dès lors dégagé autour de l'habitat comme élément déterminant qui, selon ses caractéristiques, peut freiner ou accentuer la fragilisation des personnes vieillissantes (Nowik, 2014a). Lorsque ces dernières se trouvent en situation de vulnérabilité, l'habitat peut être conçu comme une ressource à même

² Organisées avec le concours de la Fondation Leenaards : <https://www.leenaards.ch/>

³ Du moins en ce qui concerne l'Europe occidentale.

⁴ *Idem*.

d'augmenter leur résilience et, en particulier, de diminuer les risques induits par l'isolement social.

Ces réflexions se sont ainsi accompagnées d'expérimentations diverses pour développer de nouvelles formes d'habitat spécifiquement dévolues aux personnes âgées, mais qui ne soient pas des institutions médicalisées classiques (de type EMS⁵ en Suisse, ou EHPAD⁶ en France). Il émerge⁷ dès lors une diversité de formes d'habitats dits intermédiaires, souvent présentés comme l'une des clés pour faire face au vieillissement démographique et à ses effets (Argoud, 2013). Ainsi, de nombreuses personnes âgées font le choix d'abandonner leur domicile traditionnel ou historique pour venir vivre au sein d'un habitat collectif avec services pour personnes âgées que l'on qualifie souvent d'habitat intermédiaire (Argoud, 2011). Ces structures proposent ou coordonnent différentes prestations organisées autour de trois grands axes que sont : la sécurité (gardiennage, environnement adapté, télé-assistance, etc.) ; la convivialité (espaces communs, animations, etc.) ; et la facilité (ménage, restauration, aide à la mobilité, etc.) (Nowik, 2014a). En outre, elles se distinguent des structures classiques d'hébergement pour personnes âgées (types EMS ou EHPAD) en ce qu'elles ne dispensent aucun soin directement. D'autre part, et contrairement à l'EHPAD ou l'EMS, « chaque résident·e y occupe en principe un logement (appartement ou pavillon) privé et indépendant, conduisant les promoteurs des habitats intermédiaires à affirmer que le sentiment du chez-soi est préservé. Ainsi, cette forme d'habitat serait [selon ses promoteurs] le meilleur des deux mondes : un lieu de vie adapté à l'évolution des besoins et aspirations de l'individu vieillissant, tout en offrant un espace privé préservant le sentiment du *chez-soi*⁸ » (Gérard, 2017, p. 144).

21

5 EMS : Établissement médico-social en Suisse. Soit des institutions d'hébergement et de soin de longue durée.

6 EHPAD : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Il s'agit de l'équivalent en France des EMS suisses. Notons que, dans cet ouvrage, les auteur·e·s utilisent différents termes pour nommer les institutions d'hébergement et de soins de long séjour (EMS, EHPAD, EHPA, maison de retraite, etc.) que nous avons renoncé à uniformiser car ils reflètent la réalité des contextes nationaux.

7 Ou ré-émerge, car comme le montre François Höpflinger dans le premier chapitre de ce livre, beaucoup des projets que l'on présente comme nouveaux en matière d'habitat pour personnes âgées se basent sur des expériences précédentes, souvent oubliées.

8 À propos de cette notion de *chez-soi* on pourra consulter Antoine Gérard (2017, pp. 144-145).

Néanmoins, les formes qu'ils prennent et les concepts qui les sous-tendent ne sont pas unifiés, car il n'existe ni de définition uniforme, ni de normes homogènes de prestations ou de construction de ces habitats dits intermédiaires. Ils constituent ainsi une nébuleuse de formes d'habitat⁹ (Argoud, 2011). Ils se distinguent les uns des autres par leur régime juridique, leur taille, leur projet social ou commercial. Et ils se ressemblent par le public ciblé, par la position occupée dans le champ gérontologique et par la nature des services proposés qui sont de deux types : collectifs (tels que le gardiennage, l'animation, l'entretien des locaux) et individuels (tels que la restauration, le ménage, l'aide à la mobilité qui sont proposés à la carte ou dans le cadre de formules et financés directement par la personne qui bénéficie de la prestation) (Gérard, 2017, p.145). En ce qui concerne la France, une étude sur « l'habitat de demain des retraités »¹⁰ – présentée par Hélène Leenhardt (2017, p.191) – propose trois critères de base permettant de caractériser un habitat intermédiaire – qui rappelons-le encore une fois n'est pas un domicile ordinaire mais ne se situe pas dans le champ des établissements médicalisés. Pour être considéré comme intermédiaire, un habitat doit être :

- 1) un logement fonctionnel et agréable pérennisant le sentiment de « chez-soi » ;
- 2) un habitat facilitant l'accès aux services, sur place ou à proximité immédiate ;
- 3) un lieu de vie affilié à un collectif visant à soutenir les relations sociales.

L'accent mis sur le lien social étant, selon Laurent Nowik (2014a), ce qui constitue la différence majeure entre l'habitat intermédiaire et le logement ordinaire (entendu comme soit le domicile accessible et adapté soit l'établissement médicalisé).

⁹ Par exemple, en France, la principale forme d'habitat intermédiaire est le logement-foyer avec près de 2500 établissements, puis les résidences services avec près de 500 structures. La diversité des statuts des autres formes d'habitat rend leur décompte particulièrement difficile (Argoud, 2011). En outre, on verra dans le premier chapitre de cet ouvrage (celui de François Höpflinger) que cette situation est similaire en Suisse.

¹⁰ Il s'agit d'une étude conduite par les unités mixte de recherche CEDETE et CITERES sur l'habitat de demain dans le cadre d'un programme de recherche pour la région centre (Nowik *et al.*, 2011 et 2014a). Cette étude s'est attachée à repérer et décrire les formes d'habitat intermédiaire pour personnes âgées, à savoir les offres d'habitat qui se situent entre le domicile ordinaire et l'établissement médicalisé.

Cependant, puisque ces différentes formes d'habitat souhaitent en particulier combler l'absence d'alternative entre, d'une part, des solutions bien souvent insuffisantes pour permettre un maintien à domicile et, d'autre part, des rythmes de vie parfois encore peu adaptés dans les institutions d'hébergement classiques, on préférera parler, selon la distinction opérée par la sociologue Hélène Leenhardt (2017, p.193), « d'*habitat alternatif* (au domicile ordinaire et à l'établissement médicalisé) » plutôt « que d'habitat intermédiaire (entre le domicile ordinaire et l'établissement) » ; le terme intermédiaire ayant le désavantage de « laisser entendre que ces formes d'habitat ne seraient qu'une étape dans un parcours résidentiel entre le domicile et la maison de retraite » (Leenhardt, 2017, p.193). Or, ces structures se veulent de réels lieux de vie alternatifs à l'offre actuelle (Ennuyer, 2014).

Afin de pouvoir caractériser les différentes formes d'habitat alternatif, Hélène Leenhardt en « définit quatre catégories : l'habitat partagé autogéré, l'habitat partagé accompagné, l'habitat groupé autogéré et l'habitat groupé accompagné » (2017, p.193). Et en s'appuyant sur deux des axes – les plus opérants – proposés par les auteur·e·s de l'étude sur « l'habitat de demain des retraités », à savoir l'importance des espaces partagés et la place que les habitant·e·s et leurs représentant·e·s ont dans la conception et la gestion du lieu de vie, elle distingue :

- « l'habitat partagé » (du type colocation) de « l'habitat groupé » (logements individuels indépendants avec partage d'espaces et d'équipements communs) ;
- « l'habitat autogéré » (où les habitants et leurs représentants portent à titre principal la conception et la gestion du lieu de vie) de « l'habitat accompagné » (avec l'intervention de professionnels dans la gestion du lieu de vie et une offre de services attachés à l'habitat).

Enfin, pour appréhender cet habitat dans toute sa diversité, il convient avec Anne Labit (2016, citée dans Leenhardt, 2017) de différencier les formes citoyennes et solidaires d'habitat alternatif prenant en compte le vieillissement de celles où les personnes âgées n'ont que peu de place dans la conception et la gestion des lieux de vie, comme les résidences services et les logements-foyers par exemple. Ce que le sociologue Bernard Ennuyer (2014) a choisi « d'appeler les formes d'habitat alternatif “*pour*” dans la mesure où ces structures ont été pensées

par des concepteurs et des décideurs “pour” les personnes âgées sans jamais vraiment leur demander leur avis», et qu’il oppose à ce que la sociologue Anne Labit qualifie, elle, d’habitat “*par*” : imaginé par des citoyen-ne-s qui envisagent une autre façon de finir leur vie à domicile, non plus chacun chez soi et chacun pour soi, mais dans une forme d’habitat collectif partagé. Elle le définit comme étant un habitat conçu et géré (au moins en partie) par les seniors eux-mêmes et qui privilégie la solidarité entre elles et eux (ou avec d’autres). C’est un habitat qui privilégie la participation et le partage (Labit, 2016, 2018).

QUELS LIENS AVEC LE POUVOIR D’AGIR ?

Dès lors, si une vision «incapacitaire» et déficitaire de la vieillesse risque d’aboutir à une pondération entre sécurité et autonomie¹¹ au détriment de l’autonomie, les formes alternatives d’habitat semblent, elles, permettre de redéfinir l’équilibre entre les exigences institutionnelles et l’autodétermination individuelle (Leenhardt, 2017, p.204). Par exemple, le développement des colocations accompagnées a introduit une vision plus globale du soin et une autre vision de la qualité de vie incluant la participation sociale (Kuhlmey & Schwinger, 2015). Il s’agit en particulier de «préserver la capacité de la personne qui a besoin d’aide et de soins à rester actrice de sa vie, quel que soit le besoin de soins. L’habitat [...], entendu non pas comme le seul domicile, mais le domicile intégré dans son environnement, est alors perçu comme un support de cette capacité d’autodétermination et même un facteur potentiel de sa récréation» (Leenhardt, 2017, p.204).

Que ces logements soient issus d’initiatives privées ou qu’ils soient la résultante d’un développement institutionnel visant une offre qui se veut plus adaptée à ces nouveaux publics, ces formes de logement qualifiées de «collaboratif» ou «participatif» visent tour à tour des personnes vieillissantes et parfois en situation de perte d’autonomie, et mettent

11 « La notion d’autonomie est régulièrement utilisée en antonyme de la notion de dépendance (impossibilité de réaliser seul les gestes de la vie quotidienne). Néanmoins, en sciences sociales et humaines, et de plus en plus en gérontologie, la notion d’autonomie renvoie à la capacité d’agir selon ses choix, en accord avec ses valeurs et aspirations (Ennuyer, 2007 ; Zielinski, 2009) » cités dans (Gérard, 2017, p.145).

avant tout en exergue la possibilité de maintenir, voire de développer, à travers l'habitat, une insertion et une participation sociales des habitant·e·s dans un environnement propice au « bien-vieillir »¹².

Au sein de ces nouveaux logements alternatifs, l'accent mis sur la prépondérance de la participation sociale et du maintien de l'autonomie de leurs résident·e·s/habitant·e·s – autonomie ici pensée comme la capacité à agir selon ses choix, en autodétermination individuelle, en acteur de sa propre existence – renvoie à la notion de pouvoir d'agir des individus. Pouvoir d'agir que nous définirons ici d'après Jean-François Bickel et Valérie Hugentobler (2018) selon quatre composantes (et significations) analytiques du pouvoir. Selon leur définition, « le pouvoir comme support de l'agir se constitue :

- 1) des ressources internes et externes de l'individu ;
- 2) des facilités, opportunités, prises, contraintes, barrières que rencontre l'agir dans les contextes et configurations d'action ;
- 3) du pouvoir comme dimension relationnelle de l'agir ;
- 4) de la croyance en son pouvoir d'agir. »

25

Par conséquent, le renforcement du pouvoir d'agir (*empowerment*), comme son affaiblissement (*disempowerment*), concernent l'ensemble des quatre composantes distinguées préalablement.

Ainsi, en ce qui concerne la manière de penser et de concevoir les nouvelles formes d'habitat alternatif, il convient de conserver à l'esprit que « les rapports de pouvoir se jouent aussi dans l'espace privé et dans le contrôle des interventions qui s'y déroulent, jusque dans l'intimité et sur le corps, ainsi que dans la préservation d'espaces propres d'autodétermination, y compris dans les institutions collectives » (Bickel et Hugentobler, 2018, p. 18).

Dès lors, et toujours selon Jean-François Bickel et Valérie Hugentobler (2018, p. 18), l'un des principaux enjeux sur ce plan « renvoie à la question du maintien de l'autonomie, au sens de la capacité à faire seul tout ou partie des activités matérielles et symboliques qui constituent son monde de vie. Cette capacité peut être outillée, jusqu'à un certain point

¹² Concept controversé, nous adoptons ici, à l'instar de S. Berrocal-Gitto au chapitre 5, une définition du « bien-vieillir » qui est compris comme une notion polysémique, regroupant à la fois des caractéristiques physiologiques et mentales (être en bonne santé) et une capacité à réaliser des choix pour soi-même (donner un sens à sa vie),

en tout cas (équipement du domicile, fauteuil électrique pour se déplacer, appareils auditifs, etc.). Elle peut aussi être rendue possible ou facilitée par des aménagements collectifs extérieurs (installations de rampes d'accès aux bâtiments publics; sécurisation des déplacements...). Mais l'autonomie, même outillée, n'est pas toujours possible et la survalorisation dont elle peut faire l'objet peut conduire à sous-estimer la part de dépendance ainsi que la protection et le prendre soin (*care*) qu'elle requiert.» La réflexion portera ici sur la manière dont ces nouvelles formes d'habitat permettent de maintenir ou développer ce pouvoir d'agir, mais également sur les limites rencontrées par ces modèles.

PRÉSENTATION DES DIFFÉRENTS CHAPITRES

L'objectif de ce livre consiste donc à proposer un ouvrage sur l'habitat alternatif dans la vieillesse avec comme fil rouge un questionnement sur la capacité de ces nouvelles structures à favoriser (ou non) le maintien de l'autonomie et le renforcement du pouvoir d'agir. Cette question – et plus généralement celles ayant trait aux nouvelles formes d'habitat alternatif – est, jusqu'à présent, peu développée en Suisse et nous n'avons pas encore d'ouvrage qui porte sur cette question spécifique. Les contributions de spécialistes de ces nouvelles formes d'habitat qui sont proposées feront ainsi dialoguer des auteur·e·s présentant les résultats d'études réalisées en Suisse et en Europe, en nous interrogeant sur l'intérêt de ces nouveaux modèles, la manière dont ils s'inscrivent dans le développement de l'offre de logement et d'accompagnement destinée aux plus âgé·e·s, ainsi que sur leur capacité à maintenir et promouvoir l'autonomie et le « bien-vieillir ». Par ailleurs, si la question du logement et de l'habitat est aujourd'hui abordée largement dans le cadre des politiques vieillesse, il n'est pas rare que les projets d'habitat alternatif s'adressent spécifiquement à des publics fragilisés du point de vue de la santé. Les trois chapitres centraux de cet ouvrage portent ainsi sur des habitats conçus pour des personnes atteintes de démence de type Alzheimer. Les enjeux liés à l'accompagnement du nombre croissant de personnes atteintes de ce type de pathologies interrogent particulièrement la manière dont l'habitat contribue à favoriser le maintien de l'autonomie ou au contraire à la réduire.

La contribution de François Höpflinger présentera et discutera en détail et dans leurs diversités ce que sont ces formes nouvelles ou alternatives de logement pour personnes vieillissantes et âgées en Suisse et en Europe, en les restituant dans leur historicité et dans les contextes locaux spécifiques de leur apparition. L'auteur s'attachera notamment à en expliciter les différents enjeux, en opérant une distinction selon que leurs habitant·e·s sont catégorisé·e·s comme appartenant au troisième âge ou au quatrième âge, et en rendant compte des différences que cela induit concernant ces différentes formes d'habitat.

Puis, Cécile Rosenfelder reviendra sur les nombreuses difficultés auxquelles se sont heurté·e·s les porteur·euse·s de ces initiatives d'un genre nouveau, souvent nées « hors cadre » : scepticisme des politiques locales, critique sur leur non-viabilité économique, rigidité des réglementations en vigueur concernant l'accueil et l'hébergement de publics vulnérables, complexité de mise en œuvre – même si certains d'entre eux sont finalement parvenus à s'imposer comme des modèles de référence à l'échelle de leur territoire. À partir de la mise en relief de deux initiatives d'habitats alternatifs, l'un situé dans un département français, l'autre situé dans une commune de la Région wallonne, ce chapitre vise à rendre compte de leur processus de construction. Spécifiquement, il examinera la manière dont l'institutionnalisation dont ces initiatives ont fait l'objet entre en tension avec une volonté des porteurs et/ou des gestionnaires actuels de préserver leur spécificité.

Dans un troisième chapitre, Hélène Leenhardt s'intéressera plus particulièrement aux colocations pour personnes ayant besoin d'aide et de soins accompagnées en ambulatoire (dites WG accompagnées). Elle y présentera le modèle, retracera les étapes de sa diffusion et précisera sa place dans l'offre actuelle. Il s'agira entre autres d'interroger la spécificité de ces WG et les fondements de leur légitimité à travers une étude récente qui leur a été consacrée. Cela lui permettra de montrer comment ce développement participe d'une dynamique pour structurer une offre diversifiée dans les quartiers et accompagner localement les personnes les plus fragiles en articulant solidarités et interventions professionnelles. Enfin, il s'agira, en miroir du chapitre suivant qui traitera du même type d'habitat en Suisse mais en s'étant développé selon un processus très différent, de s'interroger sur la manière dont

l'histoire de la mise en place de ces initiatives influe sur ce qu'elles permettent ou non en termes de maintien des capacités et du pouvoir d'agir de leurs habitant·e·s, et sur la manière dont ces dernier·ère·s et leurs proches investissent (ou non) leur lieu de vie.

Dans un quatrième temps, Nicole Brzak et Maurice Avramito présenteront le développement et la mise en place en Suisse d'un projet pilote de colocations du même type, dévolues à des personnes souffrant de troubles cognitifs apparentés à la maladie d'Alzheimer. À travers le retour sur une enquête de terrain menée pendant quatre années dès avant même l'ouverture de cet habitat alternatif d'un genre nouveau pour la Suisse, il sera possible de mettre en perspective avec les réalités observées sur le terrain, les objectifs énoncés par les porteurs de projet ; en particulier en termes de maintien et de renforcement des capacités préservées, du pouvoir d'agir de leurs habitant·e·s et du rôle prépondérant des professionnel·e·s, plus spécifiquement de la centralité de l'accompagnement social.

28

Enfin, la contribution de Sabrina Berrocal-Gitto offrira une prise de recul sur ces nouvelles formes « d'habiter », en s'interrogeant sur ce que signifie plus globalement l'acte « d'habiter » lorsqu'on vieillit. Pour ce faire, elle s'appuie sur une enquête de terrain menée dans la commune de Vevey (en Suisse) et qui interroge les (im)mobilités résidentielles de ses habitant·e·s, et la manière dont ils et elles se projettent vis-à-vis de leur habitat en fonction de leur avancée dans l'âge et du déclin de leur autonomie. Elle mettra en lumière notamment la crainte de quitter son « chez-soi » et l'intérêt que pourrait alors revêtir le développement d'une offre nouvelle d'habitat alternatif permettant entre autres de remédier à la crainte partagée de devoir finir sa vie dans des lieux ou des structures classiques très souvent perçus comme trop impersonnels.

Les textes rassemblés dans cet ouvrage apportent ainsi des éclairages sur ces nouvelles formes d'habitat innovants, interrogeant des pratiques et des interventions sociales visant non seulement à accompagner et sécuriser les trajectoires de vieillissement, mais aussi à renforcer la citoyenneté et le pouvoir d'agir des personnes âgées. Ils n'ont pas la prétention de présenter un tableau exhaustif des initiatives actuelles et récentes dans ce domaine, mais de proposer une synthèse des questions contemporaines liées à l'habitat alternatif dans la vieillesse, en articulant la réflexion avec la sociabilité et le pouvoir d'agir des personnes

âgées. Ainsi, ils contribuent à alimenter la réflexion et ouvrir le débat sur un développement récent qui concerne autant les représentant·e·s des politiques vieillesse, les professionnel·le·s de l'accompagnement que les personnes vieillissantes elles-mêmes.

CHAPITRE I

DES FORMES

D'HABITAT NOUVELLES

ET ALTERNATIVES

FRANÇOIS HÖPFLINGER

Ce premier chapitre présente et discute les formes nouvelles ou alternatives de logement pour les personnes vieillissantes et âgées qui existent actuellement en Europe et en Suisse. On souhaite, en particulier, les resituer dans leur historicité et dans les contextes locaux spécifiques de leur apparition. Aussi, précisons que par formes nouvelles ou alternatives de logement, on se réfère ici : d'une part, à des formes d'habitat collectif pour les seniors (communautaires ou semi-communautaires) ; et, d'autre part, à des projets de logement intergénérationnel (maisons ou lotissements). Ces projets concernent surtout des femmes et des hommes du troisième âge, retraité·e·s ou en fin de carrière et en bonne santé. Toutefois, on prendra également en compte de nouvelles formes de logement pour des personnes plus âgées, fragiles et ayant besoin d'aide, et donc plus spécifiquement dévolues à des personnes du quatrième âge. Concrètement, il s'agit de logements protégés ou adaptés ainsi que de résidences avec accompagnement médico-social. Ce genre de logements doit d'abord combiner au mieux le maintien de l'autonomie des personnes avec une garantie de soins. En revanche, on ne s'attardera pas ici sur d'autres options existantes, tels le réaménagement ou l'adaptation de propriétés immobilières (Beyeler, 2010), le logement en mobile-home ou encore le développement de quartiers ou de villages entièrement dédiés

aux seniors comme on en observe notamment aux États-Unis¹ (Simpson, 2015).

Lorsque le discours officiel, social et politique porte sur des formes nouvelles et alternatives de logement pour les aîné·e·s, trois points doivent être pris en considération :

Primo : beaucoup des projets que l'on présente comme nouveaux se basent sur des expériences précédentes, souvent oubliées. Tant les communautés d'habitation pour aîné·e·s que d'autres formes de logements protégés ont été discutées dans les années 1980 déjà, et sont devenues des projets pilotes.

Secundo : les formes de logement nouvelles ou alternatives sont fréquemment légitimées par rapport à des changements sociétaux considérés comme négatifs, par exemple quand des logements communautaires sont prônés comme solution à l'accroissement supposé de l'isolement et de la solitude des personnes âgées, ou quand les logements protégés sont présentés en référence à des images désuètes des établissements médico-sociaux.

Tertio : bien que ces nouvelles formes de logement se soient multipliées, il reste qu'actuellement la très grande majorité des personnes âgées vivent dans des logements traditionnels (ménages privés d'une ou deux personnes). Et précisons que les logements adaptés ne sont accessibles qu'à une minorité de personnes âgées².

DE NOUVELLES POSSIBILITÉS DE LOGEMENT POUR LE TROISIÈME ÂGE – HABITAT COMMUNAUTAIRE ET INTERGÉNÉRATIONNEL

C'est dans les années 1960 et 1970, dans le cadre des mouvements de jeunes et d'étudiant·e·s aux États-Unis et en Europe occidentale, que des formes de logement en vie communautaire, pensées comme des contre-projets culturels à la famille nucléaire bourgeoise (Feil, 1972 ;

1 Nous pensons ici par exemple au village de Sun City en Arizona, entièrement dédié aux seniors : <https://seniorlivingsuncity.com/>

2 Une enquête allemande de 2014 montre bien, par exemple, que la grande majorité des personnes âgées n'habitent pas dans un environnement adapté. Seules 5-6 % des personnes interrogées avaient un logement accessible sans obstacles depuis l'entrée de l'immeuble. Même pour les personnes à mobilité réduite (40 à 85 ans, utilisatrices d'un déambulateur ou d'une chaise roulante), cette proportion ne s'élevait qu'à 7 % (Nowossadeck, Engstler, 2016 : 309).

Schüleïn, 1978), ont commencé à être envisagées et mises en pratique. Ces communautés de jeunes adultes ont pour la plupart été peu durables (Wyss, 1989). Mais à partir des années 1980, avant tout aux États-Unis et au Danemark, puis aux Pays-Bas et en Allemagne, des formes privées d'habitat communautaire ou semi-communautaire se sont développées également pour les personnes à la retraite ou après le départ de leurs enfants (Bertogg, 2011). En Suisse, c'est seulement depuis la fin des années 1990 que des logements communautaires pour personnes âgées se sont développés. Aussi, en novembre 2002, à l'initiative de la gérontologue Simone Gatti, s'est créée en région zurichoise la coopérative *Zukunftswohnen*³ qui coordonne et conseille de tels projets de logements.

Parmi les principaux avantages que recouvre l'habitat communautaire, on évoque l'entraide, les activités communes et, pour les personnes vivant seules, un risque moindre d'isolement (Hechtfisher, 2013; Kaiser, 2013; Membrado & Rouyer, 2013). La notion de logement communautaire ou semi-communautaire (*Alterswohngemeinschaft*, *Altershausgemeinschaft*) n'a toutefois pas de définition unifiée à ce jour. Ce sont des formes collectives d'habitat regroupant des personnes âgées, généralement sans lien de parenté, dans un logement commun (appartement ou maison) (Weeber & Hörmlle, 1998, p. 56)⁴. Il ne s'agit pas d'abandonner son individualité au profit de formes collectives de logement et de vie, mais de la compléter par des contacts sociaux au-delà du cadre lâche des relations de voisinage.

Statistiquement, il n'y a en Europe qu'une très petite fraction de la population âgée qui vit en logements communautaires ou semi-communautaires⁵. L'idée d'un habitat commun autogéré représente toutefois un champ expérimental socialement intéressant : des femmes et des hommes âgé·e·s peuvent ainsi réaliser directement leurs souhaits de

3 Pour de plus amples informations au sujet de cette coopérative, prière de consulter le site suivant : www.zukunftswohnen.ch

4 Selon la publication de Curaviva, *Habitat senior, proposition de lexique romand unifié*, Berne, 2015, le logement communautaire (*Alterswohngemeinschaft*) est « un appartement ou une maison habitée collectivement par un groupe de personnes âgées, à leur initiative » ; le logement semi-communautaire (*Altershausgemeinschaft*), « un vaste logement communautaire au sein duquel chaque habitant dispose d'un studio qui lui est propre, et dont les pièces à vivre sont partagées ».

5 Il n'existe pas en Suisse de données statistiques précises sur les logements communautaires (qui sont intégrés à la catégorie « ménages non familiaux »). On peut toutefois estimer qu'actuellement moins de 0.5 % des personnes âgées de 55 à 79 ans vivent dans un logement communautaire ou semi-communautaire (Höpflinger *et al.*, 2019).

logement (Schulz-Niewandt, Körstler, Langenhorst, & Marks, 2012). L'élément crucial de l'habitat commun pour seniors est l'entraide au sens large du terme, dans le cadre d'une unité de logement où les relations sociales sont intenses (Henckmann, 1999). Il existe ainsi diverses formes et types de logement communautaire ou semi-communautaire. C'est précisément cette diversité des choix qui permet d'organiser de manière flexible les éléments privés et collectifs de la vie commune, selon les besoins des habitant·e·s (Age Stiftung, 2010).

Trois catégories de raisons peuvent être identifiées (Henckmann, 1999, p. 56), qui motivent le choix de vivre en communauté avec d'autres personnes âgées :

- Il s'agit en premier lieu de renforcer et de stimuler les contacts et les échanges sociaux au troisième âge. L'habitat communautaire est souvent adopté comme forme de logement par des personnes âgées qui ont envie de partager une nouvelle expérience de vie. C'est justement pendant la période de plus en plus longue entre la retraite et le grand âge que des personnes cherchent de nouvelles formes d'activités sociales, qu'elles lient bien souvent à de nouvelles formes de logement.
- En deuxième lieu – et ceci vaut surtout pour le quatrième âge – des communautés autogérées mais protégées et bénéficiant de services augmentent la sécurité et le suivi, tout en garantissant l'autonomie. À la différence de nombreux établissements médicalisés ou maisons de retraite, les communautés permettent de jouer un rôle plus actif dans l'organisation de la vie commune et de l'aide, de maintenir une forme de pouvoir d'agir, ainsi que de choisir qui peut être admis dans le logement.
- En troisième lieu, les habitats et ménages communautaires présentent de nets avantages économiques. Faire ménage commun permet des économies sur le loyer ou le coût des adaptations techniques s'ils sont répartis entre plusieurs personnes. Des seniors à faible revenu peuvent ainsi bénéficier d'un espace suffisant ou de modernisations du logement adaptées à l'âge des habitant·e·s. Les achats, la cuisine et les repas en commun sont meilleur marché et importants pour la qualité de la vie.

Mais les avantages de l'habitat communautaire sont contrebalancés par les hautes exigences de ce dernier. Il y faut par exemple des espaces adéquats, suffisamment de chambres individuelles et de grands espaces communs. Nombre d'initiatives se sont déjà heurtées à ce seuil : dans plu-

sieurs régions de Suisse, de grands logements ont été remplacés par des petits au cours des dernières décennies. Ensuite, la vie commune auto-gérée présuppose de grandes compétences sociales de la part des habitant-e-s. Ils et elles doivent avoir des qualités sociales (tact, empathie) et être prêt-e-s à accomplir leur part des tâches, ce qui va bien au-delà des simples relations de voisinage. Un aspect central de toute communauté de personnes âgées réside dans l'équilibre à trouver entre vie privée et communautaire. Selon une étude d'Antje Henckmann (1999), beaucoup de projets bien intentionnés se heurtent au fait que les personnes âgées s'intéressent d'abord au logement, moins à la communauté. Selon elle, il est important en premier lieu de construire une communauté, en incluant les intérêts et les activités communes. S'installer ensemble dans un logement ne suffit pas à engendrer une communauté. Dans un logement auto-géré surtout, il est nécessaire de considérer à l'avance les questions de la vie commune. Des communautés de personnes âgées proactives profitent souvent du fait, qu'avant même de s'y installer, les participant-e-s ont dû réfléchir et agir en commun, afin de réaliser leur objectif qu'est la fondation d'un habitat communautaire (Krasemann, 2017).

Vivre en communauté pendant la deuxième partie de la vie exige de grandes compétences sociales : ce n'est pas un hasard si ce sont souvent des travailleuses sociales qui s'y engagent (Sieck, 2014). La participation à des activités sociales est caractéristique des formes d'habitat communautaire qui fonctionnent bien à long terme. Si cet élément est absent, elles deviendront peu à peu des lieux de vie côte à côte plutôt que les lieux d'une vie ensemble. En général, le meilleur âge pour s'engager dans des projets de ce genre semble se situer entre 50-55 ans et 60-65 ans, quand le départ des enfants exige qu'on s'organise différemment ou que l'on prévoit sa retraite. Se lancer après l'âge de la retraite n'est possible que pour des personnes en bonne santé. Celles qui s'intéressent avant tout aux équipements nécessaires à la santé et à la vie quotidienne dans ces projets de logement arrivent souvent trop tard.

Une enquête auprès de personnes âgées dans la région bâloise (Bâle-Ville et Bâle-Campagne) montre combien des expériences antérieures de vie en communauté augmentent le goût pour cette forme de logement au troisième âge. Il y est également précisé que celles et ceux qui ont le plus d'expérience de vie communautaire pendant leur jeunesse sont des personnes ayant effectué une formation supérieure (Schneider-Sliwa, 2004,

p.35). Les enquêtes menées en Suisse alémanique de 2003 à 2013 à propos du logement des seniors montrent que l'intérêt pour des logements communautaires a augmenté, mais que seule une minorité de femmes et d'hommes âgé·e·s envisagent concrètement de déménager dans un logement communautaire (Höpflinger & Van Wezemaal, 2014). En outre, ces dernières années, l'habitat communautaire pour personnes âgées a perdu de sa popularité au profit de l'habitat intergénérationnel. L'enquête de 2013 a montré une nette préférence, chez les personnes questionnées de plus de 60 ans, pour le logement intergénérationnel. Ce n'est qu'auprès des personnes très âgées (80 ans et plus) que se dessine une légère préférence pour des logements spécifiques pour personnes âgées, notamment chez celles qui ont des difficultés fonctionnelles au quotidien (Höpflinger & Van Wezemaal, 2014). En Europe centrale et du Nord, en particulier, l'habitat communautaire pour personnes âgées est de plus en plus lié au concept d'habitat intergénérationnel, ce qui a contribué à la planification et à la fondation de maisons et de quartiers favorisant le mélange des générations (Feuerstein & Leeb, 2015). En Suisse, ces projets sont fréquemment des coopératives, qui combinent des logements intergénérationnels avec un voisinage favorisant les contacts sociaux et offrant des prestations d'aide (Hugentobler, Hofer & Simmendinger, 2016)⁶.

Les logements intergénérationnels peuvent prendre des formes diverses. En simplifiant, on peut en distinguer trois types :

- 1) les logements communautaires intergénérationnels;
- 2) les logements semi-communautaires intergénérationnels;
- 3) les lotissements comprenant des logements et communautés intergénérationnels.

Habiter à plusieurs générations dans le même ménage se pratique d'abord dans les premières phases de la vie de famille, quand les enfants et les adolescent·e·s vivent chez leurs parents. Dans les périodes suivantes, on trouve surtout le modèle des logements distincts pour la famille (*multilokale Mehrgenerationen-Familie*), chaque génération

6 Plusieurs exemples récents en Suisse alémanique: *Mehrgenerationensiedlung Giesselei* à Winterthur (www.giesserei-gesewo.ch), *Genossenschaft Generationen-Wohnen* à Burgdorf (www.gewo-burgdorf.ch), *Novellas Generationenhaus* à Vilters (www.novellas.ch), *Baugenossenschaft Hunziker Areal* à Zurich (www.mehrralshohnen.ch), *Mehrgenerationenwohnen Siedlung Soligänter* à Bülach (www.doku-soligaenter.ch)

ayant son ménage. En Suisse, peu de personnes âgées vivent en ménage commun avec leurs enfants, et les ménages de trois générations sont rares. Plus rarement encore que les ménages d'une même famille, on trouve les communautés d'habitation intergénérationnelles de personnes non apparentées. L'idée pour des personnes âgées disposant de grands logements d'en sous-louer à des plus jeunes n'a guère fait son chemin. Le partage de l'intimité entre jeunes et vieux dans un même ménage ne correspond ni aux besoins de la plupart des jeunes, ni aux souhaits de la grande majorité des aîné-e-s.

Des communautés d'habitation intergénérationnelles, définies comme logements sous un même toit mais avec des appartements ou des ménages séparés, sont mieux acceptées. Dans les régions campagnardes notamment, il n'est pas rare qu'une jeune famille et les parents âgés vivent dans la même maison, mais avec des ménages distincts. Aujourd'hui, on voit de plus en plus de communautés d'habitation intergénérationnelles se réaliser sans relations familiales : il peut s'agir de logements semi-communautaires délibérément mixtes, ou ouverts à tou-te-s.

La plupart des lotissements et coopératives d'habitation en Suisse ne sont pas spécifiquement réservés à une classe d'âge. Des logements sans obstacles dans un quartier tranquille sont autant appréciés par les personnes âgées que par les jeunes familles. À la différence des États-Unis, il ne se dessine pas en Suisse de tendance à une séparation spatiale croissante entre les générations, et ce, essentiellement en raison de la petitesse des agglomérations. Les processus de ségrégation spatiale en Suisse sont le produit de critères sociaux (revenus, fortune) plus que de limites d'âge.

Mais les logements intergénérationnels ne sont pas tous adaptés aux personnes âgées. Celles qui tirent profit d'un voisinage mixte ou d'un logement semi-communautaire réunissant plusieurs générations sont surtout celles qui font passer leur individualité après les activités communes, qui s'intéressent concrètement aux activités sociales et qui font preuve de tolérance, d'ouverture et de compétences sociales dans leurs relations avec les jeunes. Une autre condition importante pour des contacts positifs quand on habite avec des personnes nettement plus jeunes, c'est d'accepter son âge et les différences de générations. Une bonne santé psychique facilite les contacts intergénérationnels, alors

que des symptômes dépressifs ou de lourdes limitations physiques les rendent plus difficiles. Un sentiment de perte liée à l'avancée en âge détériore aussi potentiellement ces contacts intergénérationnels.

Relevons aussi que la présence de plusieurs générations dans une communauté ou une coopérative d'habitation ne garantit pas une vie communautaire. Plus les personnes habitent à proximité les unes des autres, plus la tolérance réciproque et l'ouverture aux autres sont importantes. « Dans une communauté où l'on vit près des autres, la tolérance et la compétence sociale sont essentielles, et ont aussi un effet positif sur l'intégration des personnes handicapées, des familles monoparentales et des étrangers » (Walthert-Galli 2005, p.84). Il faut en même temps tenir compte des rythmes de vie différents des jeunes et des vieux; les aîné-e-s peuvent souhaiter du calme, les jeunes des stimulations. Dans des communautés intergénérationnelles ou des lotissements mélangés, il est nécessaire de prévoir l'organisation des activités communes ainsi qu'une médiation en cas de conflit entre générations. Les contacts entre générations – qui vont bien au-delà des relations de voisinage – doivent être favorisés et entretenus régulièrement. L'idée que les contacts et les relations se font automatiquement s'est révélée une illusion romantique. Habiter à plusieurs générations requiert pour le long terme un accompagnement ciblé par des personnes responsables.

38

L'architecture elle aussi a une influence sur les relations sociales entre personnes d'âges différents. Les facteurs suivants notamment peuvent avoir des effets positifs (Walthert-Galli, 2005, p.13):

- En premier lieu, des types de logements différents permettent le mélange des habitants: de grands appartements familiaux, de plus petits pour jeunes célibataires ou personnes âgées vivant seules. Une grande diversité de logements, adaptés à des personnes aux besoins différents, favorise la mixité sociale.
- En second lieu, les rencontres sont plus faciles lorsqu'il y a des équipements collectifs ouverts aussi aux habitant-e-s du quartier: café, salle polyvalente, salles de séminaires, petite bibliothèque, espaces de bricolage, etc. (Age Stiftung, 2015). Il faut veiller dans ce cas à ce que les équipements communs ne soient pas monopolisés par un petit groupe de jeunes ou d'aîné-e-s. Si des événements communs intéressant les diverses générations n'y sont pas organisés, on risque de voir les salles

communes réservées à des usages privés.

- En troisième lieu, des espaces extérieurs et espaces verts bien conçus et bien structurés sont essentiels, surtout dans les lotissements où vivent tant des enfants que des personnes âgées. La division des équipements extérieurs permettant des activités tranquilles ou sportives réduit les risques de conflits entre générations et accroît les chances d'activités communes (Hochparterre, 2016)⁷.

NOUVELLES FORMES DE LOGEMENT ET D'ENCADREMENT POUR LE QUATRIÈME ÂGE

Lorsque l'âge s'accompagne de fragilité et demande de l'aide et des soins, il est difficile de rester dans un logement normal ; pendant longtemps, la seule alternative était le transfert dans un établissement médicalisé. Dans les années 1980 apparaît la notion de logement protégé (ou logement avec services ou encadrement). Il s'agit idéalement de combiner un logement indépendant sans obstacles, avec cuisine et salle de bains, et des prestations spécifiques de services et d'aide. L'objectif est que des femmes et des hommes âgé·e·s ayant des limitations fonctionnelles conservent leur autonomie, préservant ainsi leur pouvoir d'agir. Le logement protégé et l'établissement se distinguent par le fait que les habitant·e·s du premier ont un logement privé avec cuisine et salle de bains. Les prestations sont aussi différentes : dans un logement protégé, ce sont les habitant·e·s qui décident quels services ils souhaitent et à quelle fréquence (Age Stiftung, 2016).

Dans plusieurs pays, en Allemagne notamment puis en Suisse, les logements protégés sont apparus d'abord comme une offre intermédiaire entre le logement indépendant et la maison pour personnes âgées, destinée à des aîné·e·s sans famille et ayant besoin d'aide (Lind, 2005 ; Saup, 2003). Aujourd'hui, ils représentent une véritable alternative aux EMS et au risque de soins excessifs. Ces dernières décennies, plusieurs facteurs ont contribué au développement de logements protégés ou avec services (Albrecht, 2012) :

- En premier lieu, la tendance internationale va vers la désinstitutionnalisation et la privatisation partielle de l'aide aux personnes âgées. Plutôt

⁷ voir aussi www.alter-gruen-raum.ch

que les formes institutionnelles, les client·e·s choisissent des solutions orientées (soins à la demande, *case-* et *care-management* individualisé).

- En second lieu, les relations entre générations ont changé pour des raisons démographiques et sociales (moins d'enfants dans le voisinage, plus grande importance reconnue à l'autonomie des aîné·e·s). Souvent les parents âgés ne veulent pas non plus dépendre de leurs enfants adultes lorsqu'ils et elles ont besoin d'aide et de soins.

- En troisième lieu, l'accroissement des exigences en termes de bien-être matériel implique des exigences en matière de logement et d'aide pour les aîné·e·s elles aussi plus élevées. Les nouvelles générations d'hommes et de femmes souhaitent de plus en plus décider elles-mêmes des services dont elles ont besoin. Des logements bénéficiant d'un service individualisé correspondent à ces vœux. Il se dessine également aujourd'hui une tendance à l'accueil temporaire en logement protégé (court séjour), soit pour décharger les membres de la famille, soit après un séjour en hôpital. Dans le même ordre d'idées, le système Hôtel-Spitex propose, quant à lui, des voyages et vacances avec prestations de service à des personnes handicapées ou ayant besoin d'aide⁸.

40

Mais le concept et les formes des logements protégés ne sont pas unifiés⁹. Il n'existe ni définition uniforme, ni normes uniformisées de prestations ou de construction (Wolf-Ostermann, Meyer, Worch & Gräske, 2014a). Cela tient au fait que le développement de logements protégés s'est accompli sans plans et sans contrôles. La qualité du logement, le type d'aide offerte varient fortement. Un système d'alarme d'urgence et un service de repas sont généralement proposés. Des prestations comme l'encadrement, les soins, le nettoyage, la lessive sont en revanche disponibles dans la moitié seulement des logements pour personnes âgées. Il est encore plus rare de pouvoir appeler un référent 24 heures sur 24 (Werner, Kraft, Mohagheghi, Meuli & Egli, 2016). L'offre est fortement segmentée selon les revenus: pour les personnes âgées à faible revenu, les normes de logement et de service sont très basses; pour les personnes fortunées, les prestations sont plus élevées, allant jusqu'à des résidences seniors luxueuses. Le logement protégé est devenu en Europe

⁸ www.claireundgeorge.ch

⁹ En Suisse romande, on parle de logement protégé ou sécurisé, ou avec encadrement (Curaviva 2015).

un marché intéressant pour les entreprises gérant des résidences ou des hôtels pour seniors, dont les souhaits et les besoins de base peuvent être combinés à volonté (comme des services de *wellness* avec de l'aide et des soins adaptés à l'âge des résident·e·s). Les formes de logements protégés accroissent sans doute la diversité des possibilités de logement et de soins pour les personnes âgées, mais aussi les inégalités sociales pendant la vieillesse.

Un élément délicat du modèle de l'habitat protégé est la question de savoir si les personnes peuvent y rester ou doivent le quitter lorsqu'elles ont besoin de soins en permanence. Avec l'augmentation de l'âge des résident·e·s, cette question est cruciale, car de grands besoins en soins se heurtent à des limites financières et médicales. Les raisons principales du transfert d'un logement protégé à un EMS sont la nécessité de soins corporels continus ou la présence de troubles psychiatriques intenses (Saup & Eberhard, 2005). Les symptômes dépressifs et les addictions rendent aussi difficile, voire impossible, la résidence dans un logement protégé. Depuis quelques années, de plus en plus de projets et d'efforts sont développés pour rendre possibles les logements protégés aux personnes ayant besoin de soins continus, par exemple en prévoyant des unités de soins dans un immeuble ou un lotissement protégé. En Allemagne, il existe de plus en plus de logements communautaires pour personnes âgées ayant besoin de soins (Wolf-Ostermann, Meyer, Worch & Gräske, 2014b). Les différences d'intensité des soins rendent difficile la comparaison qualitative entre logements protégés avec soins ambulatoires et soins en institution, mais il semble que le risque d'escarres soit moins élevé dans les logements protégés. En revanche, les risques de chutes et les déficiences alimentaires y semblent plus fréquents (Klingelhöfer-Noe, Dassen, & Lahmann, 2015). L'autonomie préservée par un logement protégé comporte aussi ses risques.

Enfin, les personnes du quatrième âge ont plus de probabilités d'être atteintes de troubles cognitifs. En Suisse, au moins un tiers des personnes âgées de 90 ans et plus souffrent d'une forme de démence. Les formes modernes de groupes de logements médicalisés décentralisés, qui permettent l'organisation d'activités quotidiennes, rendent plus facile la mobilisation des compétences et l'ouverture émotionnelle. Ces groupes de logements favorisent aussi la participation des proches à l'encadrement. Selon des études comparatives, des services médicalisés

et des groupes de logements décentralisés semblent la forme la plus favorable de logement pour les personnes souffrant de démence (Reggentin & Dettbarn-Reggentin, 2006). Dans les dernières décennies, des structures d'accompagnement et de logement adaptées aux personnes démentes ont ainsi été construites dans toute l'Europe; elles offrent un encadrement professionnel permanent mais aussi un lieu de vie intégré à la communauté, garantissant sécurité et liens de proximité. Une organisation adaptée des pièces communes et des jardins est aussi source de stimulations (Föhn & Dietrich, 2013).

CONCLUSION

Tant en Suisse qu'en Europe, et au cours des trois dernières décennies, la diversité des formes de logement pour personnes âgées s'est clairement accrue. La dichotomie traditionnelle du logement entre soins ambulatoires ou stationnaires est aussi en train de s'estomper. Mais les nouvelles formes d'habitat pour personnes vieillissantes ou âgées que présentent généreusement les médias – communautés d'habitation, logements intergénérationnels, logements protégés, groupes de logements pour personnes atteintes de démence – ne sont actuellement accessibles qu'à une faible partie de cette population. La multiplicité des choix d'habitat n'est réellement devenue réalité que pour les personnes fortunées. Celles qui ont peu de ressources n'ont quasiment pas accès à un marché largement privé du logement pour seniors. Les possibilités de logement alternatif ont élargi le champ d'option des personnes âgées, tout en renforçant les inégalités de logement et de vie des femmes et des hommes âgé·e·s.

L'INSTITUTIONNALISATION DES HABITATS ALTERNATIFS

CÉCILE ROSENFELDER

Tel que nous l'avons vu en introduction du présent ouvrage, et dans le précédent chapitre, des habitats alternatifs pour personnes âgées ont commencé à émerger dès les années 1970. Les porteurs de projet de ces initiatives à contre-courant cherchaient à faire bouger les lignes. Ils et elles visaient à repenser les conditions d'accueil, d'hébergement et d'accompagnement des personnes âgées nécessitant des soins de longues durées dans le contexte de nouvelles formes d'habitat ou dans celui de l'hébergement institutionnel plus classique (Rosenfelder & Villez, 2018). Les premières de ces initiatives se sont instituées à la marge des politiques officielles de la vieillesse. Elles sont souvent nées « hors cadre » voire « hors la loi » (Argoud, Caussanel & Gallard, 1997) pour répondre à des besoins considérés comme insatisfaits ou mal satisfaits. En raison de la singularité des projets mis en œuvre, les porteurs de projet se sont heurté·e·s à la complexité des montages financiers, administratifs et juridiques, au durcissement des réglementations en vigueur ou à la frilosité des politiques locales¹. À titre d'exemple, en France le renforcement de

43

¹ Les différents projets expérimentés peuvent apparaître au législateur comme des approximations ou de petits bricolages peu fiables, à lourde charge financière. Pour Marie-Jo Guisset en effet, « il faut une dose d'audace pour faire confiance à des acteurs de terrain qui s'aventurent sur le chemin de pratiques d'un type nouveau [...] ceux que nous qualifieront volontiers de pionniers se risquent à prendre une certaine distance avec des cadres d'intervention ou des modèles bien connus qui peuvent être rassurants à d'autres » (Guisset, 2008, p.88).

la médicalisation des établissements de prise en charge a conduit à un durcissement des règles concernant la sécurité, l'hygiène, et l'accueil de publics « dépendants » et compromis le développement des structures innovantes d'accueil et d'hébergement. Elles ont été soumises à une injonction au placement suivant une logique binaire : établissement d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) / établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Du fait de leur caractère « hybride », les structures innovantes perturbent ce schéma. En effet, certaines d'entre elles accueillent une proportion importante de personnes identifiées comme « dépendantes » ce qui supposerait leur transformation en EHPAD et le respect d'un cahier des charges spécifiques. Or, ces formules s'inscrivent dans une logique domiciliaire et leurs initiateurs visent à se soustraire aux modes de fonctionnement et d'organisation des institutions sociales et médico-sociales, (Argoud, 2013). Ainsi, les initiatives pionnières ont connu un succès d'estime, mais elles n'ont pas (toujours) été une priorité des politiques vieillesse et une large partie d'entre elles sont restées « enfermées dans le carcan statutaire des innovations » (Villez, 2007). A contrario, comme nous allons le voir, d'autres habitats alternatifs sont passés de l'état de concept expérimental à celui de modèle institué. Ils sont parvenus à s'imposer et ont été reconnus comme des alternatives viables à l'échelle de leur territoire. Mais, cette institutionnalisation, si elle a permis de pérenniser et de sécuriser ces initiatives à contre-courant, a également été vectrice de transformations que nous nous proposons de discuter dans ce chapitre. Comment se sont construits ces habitats alternatifs ? Comment ont-ils évolué ? Quel est le devenir d'une initiative alternative qui s'institutionnalise ? Quels sont les effets de cette institutionnalisation ?

Pour répondre à ces différents questionnements, nous présentons certains des résultats d'une enquête de terrain² que nous avons réalisée dans le cadre d'une thèse portant sur les habitats alternatifs pour personnes âgées (Rosenfelder, 2017). Plus spécifiquement, nous

2 Dans le cadre de cette thèse, nous avons réalisé une enquête de terrain (entre octobre 2012 et octobre 2015) dans 11 formules d'habitats alternatifs et recueilli un corpus de 49 entretiens semi-directifs avec les différent·e·s acteur·trice·s impliqué·e·s (porteurs de projet, équipe de coordination, aidant·e·s professionnel·le·s, proches aidant·e·s, usager·ère·s). L'analyse croisée des discours de ces différents acteurs et actrices a été agrémentée d'observations réalisées *in situ*. Nous avons également analysé les livrets d'accueil et les chartes des différents projets.

centrerons ce chapitre sur l'analyse de la trajectoire de deux habitats alternatifs :

- Le premier habitat alternatif est un dispositif de colocation initié en 1992 et situé dans un département français. Ces colocations ne sont ni des EHPAD ni des EHPA, mais juridiquement des colocations non médicalisées destinées à des personnes âgées vivant avec une maladie neuro-évolutive de type Alzheimer. Les bâtiments ont été construits par un bailleur social, la gestion locative est assurée par les mairies, tandis que l'accompagnement est assuré par une association d'aide à domicile sur le mode mandataire³. Dans la suite du texte, nous nommerons cet habitat alternatif « les Colocations » (1).
- Le second habitat alternatif a été initié en 1986 et se situe dans une commune wallonne en Belgique. Porté par une association à but non lucratif (ASBL), il s'inscrit dans le cadre réglementaire et financier des établissements d'hébergement classique. Néanmoins, cette réalisation se singularise par sa dimension expérimentale. Elle a été pensée pour prendre la forme, d'un point de vue architectural et symbolique, d'un village et a développé une offre destinée à des personnes vivant avec une maladie neuro-évolutive de type Alzheimer. Nous le nommerons par la suite « le Village » (2).

45

Ces deux habitats alternatifs, qui ont pour particularité d'être des initiatives pionnières sur leur territoire et d'avoir été institués il y a plusieurs décennies – ce qui permet d'avoir un recul sur les démarches mises en œuvre et leur évolution – illustrent de manière significative le processus d'institutionnalisation d'une expérimentation à contre-courant ainsi que ses effets. À noter que la perspective comparative dans laquelle nous nous inscrivons ne vise pas à rendre compte des politiques publiques de différents pays (ici la France et la Belgique) pour déterminer comment elles ont favorisé l'émergence ou ont impacté les deux habitats alternatifs présentés dans ce chapitre. Il s'agit plutôt de mettre en regard le processus de construction de

³ Dans le cadre d'un organisme de service qui exerce sur un mode mandataire, ce sont les usagers-ère-s qui sont légalement les employeur-euse-s des aides à domicile. Le service mandataire permet ainsi l'exonération de la totalité des charges patronales de sécurité sociale, selon le décret du 27 janvier 1987, sous réserve que les personnes âgées soient les employeuses directes de leur aide à domicile.

deux initiatives hétérogènes et la manière dont l'institutionnalisation dont elles ont fait l'objet entre en tension avec une volonté des porteurs et/ou des gestionnaires actuels de préserver la spécificité de l'initiative.

LES COLOCATIONS : UNE INSTITUTIONNALISATION VECTRICE DE COMPLEXIFICATION

Les Colocations constituent une spécificité locale dans un département français. Elles ne sont ni des EHPAD ni des EHPA, mais juridiquement des colocations non médicalisées destinées à des personnes âgées atteintes de troubles neurodégénératifs de type Alzheimer⁴. Le projet, issu de la société civile, est à l'origine porté par des proches aidant·e·s et une fédération de clubs de retraité·e·s. Des familles, confrontées à la maladie de leurs proches, cherchent à répondre à une situation sociale jugée insatisfaisante. D'une part, il s'agit pour elles de répondre à une carence d'offres d'accueil pour personnes âgées désorientées sur le territoire. D'autre part, elles visent à construire un lieu de vie permettant de dépasser les limites du maintien à domicile, jugé trop insécurisant, et de la maison de retraite, jugée trop coercitive. Les fondateurs et fondatrices imaginent alors un nouveau concept d'habitat, pensé pour préserver le sentiment du « chez-soi » dans un cadre de vie familial et convivial. Les familles décident de louer une maison particulière de deux étages avec jardin, et de procéder à des travaux d'aménagements des locaux. Dans l'idée de sécuriser l'accompagnement de leurs proches, elles décident également de mutualiser les frais d'une prise en charge, effectuée en continu par une aide humaine, au départ non formée aux fonctions d'auxiliaire de vie sociale.

L'expérimentation initiale a ensuite bénéficié du soutien du Conseil général de l'époque et des élu·e·s locaux et locales, ce qui a favorisé son développement sur le territoire et son institutionnalisation. Les Colocations sont aujourd'hui inscrites dans le schéma gérontologique du département, on en compte une quarantaine, principalement en

4 L'utilisation du terme « personnes en situation de vulnérabilité » en titre se réfère dans ce chapitre surtout à la santé (dans ses différentes facettes) des personnes concernées et non pas forcément à une définition de la vulnérabilité dans une acception plus large (par ex. économique, relationnelle, etc.)

milieu rural, qui accueillent environ 300 personnes. Elles sont également consolidées suivant un standard architectural et d'accompagnement s'appliquant à tous les lieux de vie. Les Colocations accueillent chacune huit personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer, dans une habitation de plain-pied (deux appartements jumelés de cinq pièces). Le personnel d'accompagnement est composé de sept auxiliaires de vie, présent·e·s 24 h/24 h⁵. Ces dernier·ère·s sont stabilisé·e·s dans leur tâche : il n'y a pas de roulement entre les équipes de jour et celles de nuit, ni entre le personnel des 40 colocations. Les auxiliaires de vie sont également polyvalent·e·s et assurent le rôle de maître et maîtresse de maison : ils et elles sont chargé·e·s de l'aide à la vie quotidienne et de l'entretien du linge et des locaux, des courses hebdomadaires et de la préparation des repas. Par ailleurs, les Colocations ne sont plus gérées par les familles elles-mêmes, mais par une pluralité d'actrices et d'acteurs. La Fédération des clubs de retraité·e·s s'occupe de la gestion des comptes, une association d'aide à domicile mandataire fait le lien entre les différent·e·s acteurs et actrices. Elle met notamment en relation les auxiliaires de vie qu'elle pré-recrute et les usagers et usagères, qui sont légalement les employeur·euse·s du personnel soignant. Les mairies louent les bâtiments, construits par un bailleur social et supportent les risques financiers dans le cas de l'inoccupation d'une chambre dans une colocation, enfin, le Centre communal d'action sociale (CCAS) gère les demandes d'admission.

Initialement gérée et maîtrisée par des proches aidant·e·s, on peut considérer que l'initiative s'est bureaucratisée et qu'elle repose aujourd'hui sur une « domination légale rationnelle » (Weber, 1995) générée par la rationalisation des connaissances issue de la « bonne idée » des familles pionnières et permettant de protéger le dispositif. Les termes employés pour décrire le fonctionnement de l'espace sont significatifs de ces transformations. Les philosophies directrices du projet initial sont traduites en des termes institutionnels et gestionnaires : la mise en commun des ressources des familles et de leurs proches permettant de réduire les coûts de la prise en charge devient un « service d'aide à domicile mandataire », l'implication des familles devient

5 Cinq auxiliaires de vie sont présentes en journées, elles sont relayées par un personnel de nuit composé de deux personnes.

une brochure d'« aide aux fonctions et aux rôles d'employeur·euse·s », l'expérimentation témoin devient un « dispositif » dont la mise en place dépend du « projet social des mairies », et les initiateur·trice·s et habitant·e·s de l'expérimentation deviennent des « client·e·s ».

Le processus d'institutionnalisation et les transformations opérées dans les modalités de gestion ont impacté les Colocations. Selon les acteur·trice·s rencontré·e·s dans le cadre de l'enquête de terrain, l'initiative d'origine était « complètement expérimentale ». Elle a été montée « tellement naturellement » selon une auxiliaire de vie, avec beaucoup de souplesse et de liberté, « sans cadre [...] sans règles » et « sans filet » selon une responsable de secteur. Puis l'institutionnalisation de la formule combinée au durcissement des réglementations en vigueur relative à l'accompagnement des personnes vulnérables et à l'évolution du secteur de l'aide à domicile ont largement contribué à complexifier l'initiative et ses logiques de fonctionnement. Comme le mentionne avec véhémence une responsable de secteur, le rôle des gestionnaires actuel·le·s, qui doivent composer avec la nature « hybride » et spécifique du dispositif en termes de valeurs, de montage juridique et financier des Colocations, est de « tout cadrer ».

Au jour d'aujourd'hui, on ne peut plus faire confiance à personne, c'est dramatique, faut TOUT CADRER (...) parce que si on commet des boulettes réglementaires, on met en danger tout le monde. (...) Quand on envoie des kilos de contrat à faire signer aux familles, c'est pour respecter la loi, ben je suis sûre qu'on se fait traiter (...) alors que si on faisait pas comme ça (...) on mettrait tout le monde en danger... oui, on peut signer à leur place et puis comme ça la première personne mal intentionnée, boum!, on se retrouverait à être requalifié d'employeur, du coup, nos salarié·e·s seraient nos salarié·e·s, du coup la convention collective ne serait pas la même (...) et puis y'a plus personne qui voudra vivre en [Colocation] parce que la conséquence serait que le prix serait plus cher. C'est vrai que quand je suis arrivée, je me suis dit « ah super idée » et en fait maintenant, je me dis : « Les gens qui ont démarré le projet à la base, il faut être inconscient. » Maintenant, surtout ces dernières années avec les certifications qualité on est monté d'un

cran en termes de sécurisation de dispositif, je me dis: « Mais, ils ont travaillé pendant vingt ans sans filet? C'est incroyable! »
(Entretien avec une responsable de secteur, mai 2014)

L'équipe de coordination est ainsi mobilisée pour consolider un cadre réglementaire permettant de protéger les Colocations et « prévoir tout ce qu'un esprit tordu pourrait essayer d'emprunter comme chemin pour tout foutre par terre ».

Le processus d'institutionnalisation des Colocations a notamment conduit à un changement dans le profil des familles qui bénéficient du dispositif. La duplication des Colocations sur le territoire a conduit à en faire un « phénomène de masse ». Et, dans le but de préserver l'équilibre financier des Colocations, et notamment pour éviter qu'une chambre soit inoccupée, les Colocations sont ouvertes à « monsieur et madame tout le monde », tout type de familles, dont certaines arrivent là « par hasard » et cherchent une solution « n'importe laquelle » pour prendre en charge leur proche. Contrairement aux familles pionnières, militantes et engagées, qui cherchaient à mettre en pratique une « bonne idée » susceptible d'améliorer les conditions de vie de leur proche, pour les acteur·trice·s interrogé·e·s, une partie des familles actuelles agissent en client·e·s et « installent leurs parents en domiciles partagés comme elles les auraient installé·e·s en maison de retraite ».

En cela, la démarche d'installation dans un domicile partagé n'est pas toujours déterminée par l'adhésion des familles aux valeurs et aux modalités d'accompagnement alternatives proposées. Les familles actuelles éprouvent des difficultés à se positionner en tant qu'employeuses des auxiliaires de vie et tendent à déléguer aux gestionnaires associatifs l'organisation de la prise en charge des personnes accueillies. Par ailleurs et de manière générale, elles ne comprennent pas toujours le fonctionnement du dispositif. Les responsables associatifs se trouvent alors dans l'obligation de le clarifier en insistant sur le caractère original et particulier de la formule *par rapport* à l'institution d'hébergement classique. Bien que l'objectif des familles pionnières était de se distancier du mode opératoire de l'établissement d'hébergement traditionnel, une responsable de secteur évoque la nécessité aujourd'hui d'*institutionnaliser* cette différence auprès du personnel soignant, mais aussi des familles, afin de protéger le dispositif:

Le mot « résident-e » n'existe pas par exemple, c'est « colocataire ». Alors vous entendrez encore des familles et des salarié-e-s dire ce mot là, mais j'espère qu'année après année, on ne l'entendra plus. Ce ne sont pas des « résident-e-s », c'est pas le « foyer », c'est pas la « structure » non plus. Il y a des mots qui ne doivent pas exister et c'est des mots qui ont existé pendant trop longtemps et qui du coup nuisent à la bonne compréhension du dispositif (...). On est garant-e aujourd'hui du respect de ce qu'est le dispositif sinon on le met en péril. C'est pas une maison de retraite, on n'a pas le droit de dire que c'est une maison de retraite. » (Entretien avec une responsable de secteur, mai 2014)

Le cas des Colocations témoigne des nouveaux enjeux liés à l'institutionnalisation d'un concept innovant et des démarches mises en œuvre pour le protéger et assurer sa pérennité. C'est également ce qu'illustre, d'une autre manière, l'initiative du Village.

LE VILLAGE : NÉGOCIER AVEC LA NORME ET EN PRODUIRE DE NOUVELLES

Le Village peut être considéré comme une forme de relecture de l'institution médicalisée. L'initiative qui s'inscrit dans le cadre réglementaire des établissements d'hébergement classique se singularise par sa dimension expérimentale. Le Village propose une diversité de prestations pour l'accueil et l'hébergement de personnes âgées de plus de 60 ans, plus ou moins dépendantes. Le lieu comprend des places de Maisons de repos (MR), des places de Maison de repos et de soins (MRS), un accueil temporaire, un espace de convalescence et des unités adaptés pour personnes présentant des troubles cognitifs : les Centres d'animations naturelles tirées d'occupations utiles (Cantou⁶).

Le projet du Village, géré par une Association sans but lucratif (ASBL) belge, débute à la fin des années 1980 lorsqu'un juriste de formation est amené à prendre la direction d'un ancien hôpital public de mineur-e-s menacé de fermeture. Il décide de faire évoluer le lieu

⁶ À noter que les Cantou belges finissent avec un « s » car il s'est agi de se distinguer du Cantou français dont les fondateurs se sont inspirés, comme nous le verrons par la suite.

en une MRS et d'élaborer un projet de vie et un projet architectural centré sur la citoyenneté. Influencés par des voyages d'étude effectués aux États-Unis et par les concepts de village senior à l'américaine, les fondateurs décident de repenser l'aménagement des locaux pour transformer progressivement la structure hospitalière en un village et plus précisément en un village de vacances, à l'image d'un Club Med. Les fondateurs installent un guichet d'accueil, une boutique, un bar, un restaurant, un minigolf, un auditorium et une « place de village », dans le but de gommer les traits à connotation soignante de l'ancien hôpital de mineur·e·s, de favoriser les rencontres entre résident·e·s et de rendre le lieu accessible aux personnes extérieures⁷.

Parallèlement, les porteurs développent un autre projet dans le Village qui fera leur renommée en Belgique. Il s'agit du projet « Cantou ». Lorsqu'ils reprennent la direction de l'ancien hôpital de mineur·e·s pour le transformer en MRS, ils sont très vite confrontés à l'affluence de personnes âgées présentant des troubles cognitifs, dans un contexte où il existe peu d'infrastructures sur le territoire disposé à les accueillir. Suite au constat de la gêne et des complications occasionnées par la cohabitation entre les personnes âgées atteintes de troubles cognitifs et des autres résident·e·s dans le Village, de l'insatisfaction des familles et des soignant·e·s, des réflexions sont engagées pour concevoir d'autres aménagements jugés plus adaptés. Les fondateurs s'inspirent du Cantou français⁸, qu'ils avaient eu l'occasion de visiter lors de voyages d'études. Après avoir convaincu le conseil d'administration de l'ASBL, gestionnaire de l'établissement, qui trouvait leur idée insolite, ils décident d'importer le concept. Les fondateurs reprennent l'idée de lieu de vie communautaire, accueillant un nombre restreint de personnes âgées désorientées, dans un environnement « comme chez soi », convivial et familial, qu'ils adaptent au contexte institutionnel du Village.

La mise en forme des Cantou du Village évolue à plusieurs reprises et des aménagements et réajustements sont opérés dans le but d'articuler la philosophie Cantou aux normes réglementaires régissant les MRS (notamment en termes d'organisation et de ratio de person-

⁷ Le bar, le restaurant, le minigolf et l'auditorium sont ouverts aux personnes extérieures.

⁸ Le Cantou est une initiative créée en 1979 à Reuil-Malmaison par Georges Caussanel et Louis Gallard, respectivement directeur et psychologue d'une maison de retraite.

nel). Contrairement au Cantou de Reuil Malmaison et à la première initiative de Colocation, où le personnel d'accompagnement n'était pas formé, l'accompagnement dans les Cantou du Village doit être effectué, conformément aux législations, par un personnel rattaché au secteur sanitaire: ici des infirmiers et infirmières. Pour entrer en cohérence avec la philosophie de l'initiative, ces dernier·ère·s sont amené·e·s à redéfinir leurs pratiques (par exemple, il n'y a pas de rotation entre les équipes pour éviter de bouleverser les repères des personnes, le personnel est polyvalent et assure le rôle de maître et maîtresse de maison pour préserver l'aspect familial et convivial des lieux) ce qui ne s'effectue pas sans difficulté, comme le mentionne l'un des fondateurs :

En Belgique, on doit justement choisir des aides sanitaires, des kiné·e·s, des infirmières, donc des gens qui ont été formé·e·s au soin. Et les gens qui sont formés au soin, ils sont un peu déformés aux soins aussi (...). C'est-à-dire que si quelqu'un a besoin de soins, ben ils font le soin et c'est fini, mais ils sont pas là pour prendre la personne globalement. Quand on dit à l'infirmière qu'il faut qu'elle fasse le potage, il faut qu'elle comprenne l'intérêt que ça a qu'elle donne à manger tout ça... Elle a son rôle d'infirmière, mais on l'aborde autrement (...) donc on a eu des difficultés avec la personne à ce niveau-là, et donc on a organisé des formations. (Entretien avec un membre fondateur, février 2015)

52

Les soignant·e·s ne sont pas les seul·e·s à avoir dû s'accommoder aux normes et valeurs des Cantou du Village, un des fondateurs évoque ainsi la nécessité de (re)socialiser les familles. Familles qui, au départ, « pensaient les déposer dans une maison de repos » alors que selon la philosophie Cantou « la famille, elle s'implique, elle participe à la vie d'une manière ou d'une autre ». Par ailleurs et de manière plus générale, un membre de l'équipe de direction fait part des difficultés de développer des modalités d'accueil et d'accompagnement alternatives lorsqu'il s'agit de respecter un cahier des charges comprenant « plus de normes qu'une banque ». L'enjeu consiste à trouver des moyens permettant d'ajuster le modèle, sans le dénaturer, aux normes

et aux réglementations en vigueur. C'est ce qui s'est produit notamment pour préserver la dimension familiale et conviviale de la cuisine, élément central des Cantou. Si l'équipe de direction explique avoir longtemps pu bénéficier d'une certaine latitude, elle a récemment été enjointe à se conformer aux normes d'hygiène relatives à l'organisation des cuisines en établissement. L'équipe procède alors à des ajustements pour respecter les réglementations (ajout d'un second évier, surveillance de la température des plats préparés, port d'un uniforme) tout en veillant à ne pas « casser l'image de cuisine de maison », tel que le souligne l'un des fondateurs. Ainsi, ce sont toujours les infirmier·ère·s qui sont chargé·e·s de cuisiner les repas, ils et elles portent un uniforme de travail, mais qui s'apparente à une tenue ordinaire (un polo et un jeans), tandis que les résident·e·s, qui ne sont pas soumis·e à l'organisation d'une cuisine centrale, peuvent manger quand ils et elles le souhaitent.

Les ajustements et réadaptations que nous venons de décrire ont permis de stabiliser l'organisation et le mode opératoire des Cantou du Village, modèle que les porteurs de projet décident par la suite de labelliser pour l'institutionnaliser à une échelle plus large. En effet, lorsqu'ils démarrent leur projet, les initiateurs sont des pionniers en Belgique. Et si leur initiative paraît au départ insolite, elle connaît rapidement un succès d'estime auprès de certains acteurs du champ de la gérontologie. Les porteurs du projet acquièrent une renommée qui va dépasser les frontières nationales et ils sont invités à communiquer sur le modèle des Cantou dans plusieurs pays. Face à ce succès, les initiateurs décident de certifier le modèle, ils achètent les droits sur le nom « Cantou » dans le Benelux, pour éviter que « tout le monde utilise le mot Cantou en faisant n'importe quoi »⁹. Cette institutionnalisation du concept conduit à la formalisation d'un ensemble de critères suivant un cadre fixe rigoureusement délimité (normes architecturales, nombre limité de résident·e·s, formation spécifique du personnel). Par ce biais, les initiateurs espèrent protéger le concept alternatif, ses valeurs, comme ses modalités de fonctionnement, contre une éventuelle réappropriation abusive qui conduirait à le dénaturer. Cependant, cette démarche a été vectrice de nouvelles contraintes.

9 Un membre fondateur du Village.

On a essayé de certifier ce nom. Et donc, avec mon collègue, on a personnellement acheté les droits sur le nom pour le Benelux, ce qui est déjà très cher. Et voilà, c'était quelque part un frein au développement de beaucoup de Cantou ici, parce que c'était à nous, et parce qu'on a dit: « Si vous voulez faire des Cantou, il va falloir respecter comment on fait, pas plus de 15 personnes âgées... Vous devez faire ça, vous devez faire ci, et pas mettre les soignant-e-s dans un local à côté, même s'il est vitré, vous ne devez pas, etc. » On était peut-être un peu trop exigeant. (Entretien avec membre fondateur, février 2015)

L'intention des fondateurs était, entre autres, de maîtriser le déploiement des Cantou, au-delà du Village, afin de préserver la spécificité du concept. Mais, dans ce cas de figure, l'imposition du terme Cantou comme un terme déposé a conduit à produire de nouvelles normes et réglementations limitantes pour d'autres porteurs de projet qui auraient souhaité se l'approprier. En effet, les Cantou, en tant que terme protégé, doivent pour être mis en place respecter un certain nombre de critères qui représentent des aménagements et des investissements importants en termes de coûts. Aujourd'hui, le label a été supprimé et le Village a renoncé à son monopole sur le terme.

54

EN GUISE DE CONCLUSION...

Les cas spécifiques des Colocations et du Village ont permis de questionner les transformations potentielles induites par l'institutionnalisation d'initiatives alternatives. Nous avons mis en relief certaines des difficultés – et certains des risques – liées à ce changement de statut. De même, nous avons montré les (ré)ajustements et négociations opérés avec la norme et les acteurs et actrices impliqué-e-s (les familles et les professionnel-le-s) pour « tenir » l'alternative, autrement dit pour « tenir » les philosophies et les pratiques à l'origine des différents projets dès lors qu'ils se trouvent être reconnus comme de nouveaux dispositifs gérontologiques intégrés. Ces deux exemples ne sont pas isolés. D'autres initiatives ont été confrontées à des enjeux et problématiques similaires. Outre le Cantou en France, qui en s'instituant comme un modèle de référence est parfois devenu un espace de relégation, en contradiction

avec les valeurs promues par ses membres fondateurs (Villez, 2015), on peut évoquer le cas des *Demenzwohnpflegegemeinschaft* (*Demenz-WG*) de Berlin¹⁰. La réappropriation (et le détournement) du modèle par des sociétés privées de services à domicile a conduit à travestir la philosophie à l'origine de la démarche. S'il était question au départ de se distinguer d'une logique institutionnelle pour garantir aux familles et aux personnes accueillies la maîtrise du lieu et de son organisation, une grande partie des *Demenz-WG* de Berlin sont aujourd'hui pilotées par ces sociétés privées. Pour Klaus Pawletko, l'initiateur du concept en Allemagne, ces *Demenz-WG* « ressemblent à des *Demenz-WG*, mais ce qui se passe à l'intérieur ressemble à une petite maison de retraite »¹¹. On peut citer également le cas des petites unités de vie aux Pays-Bas. Inspiré par l'expérimentation pionnière de Anton Pieck Hofjei initiée à Haarlem en 1986, le modèle s'est vu réapproprié par des gestionnaires du secteur sanitaire et social et des promoteurs qui ont adopté le concept pour l'inscrire comme leur priorité, mais sans ajuster les pratiques soignantes et l'approche des personnes âgées. En s'appuyant sur un « créneau porteur », la modélisation du concept de petites unités de vie s'est effectuée sans réflexions ni appropriation d'une conception alternative de l'accompagnement des personnes. Elle a conduit à reproduire le mode opératoire de l'hébergement institutionnel classique, pourtant critiqué par les initiateurs (Van Waarde & Villez, 2007).

55

¹⁰ Les premières *Demenz-WG*, inspirées du Cantou français, sont apparues à Berlin à la fin des années 1990. Ils constituent des dispositifs de colocations qui accueillent en nombre restreint des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer. Les frais du loyer et de la prise en charge sont mutualisés. L'accompagnement s'appuie sur une articulation entre le collectif des familles et les services d'aide de soins à domicile. Ce sont les familles qui gèrent la colocation et qui choisissent, ensemble dans la concertation, le service d'aide et de soins à domicile présent 24/24 (Smaghe, 2008 ; Leenhardt, 2017). À noter que nous parlons ici exclusivement des *Demenz-WG* qui se sont instituées à Berlin. D'autres dispositifs similaires se sont développés dans d'autres villes en repensant leurs modalités de gestion. À Hambourg par exemple, l'implantation du concept est liée à une politique volontariste de la ville, qui a pris le parti de développer la formule, mais aussi de l'encadrer, notamment pour éviter de tomber dans les mêmes écueils qu'à Berlin. Ainsi, un référentiel qualité a été rédigé et une instance de coordination a été mise en place pour accompagner le développement du concept dans la ville (Leenhardt, 2011).

¹¹ « The way they were running was like a small nursing home. So, it looks like *Demenz-WG*, but in fact, what was happening inside is like a small nursing home. The principals are different. They didn't regard themselves as guest, but they regard themselves as authorities who say what's going on when you wake up et when you go to bed. This is the big difference. They didn't give so much power to the people who live there and to the relatives » (Entretien avec Klaus Pawletko, initiateur des *Demenz-WG* en Allemagne, mai 2014)

Ces différents exemples permettent d'illustrer l'une des problématiques récurrentes des habitats alternatifs pour personnes âgées. Les habitats alternatifs, qui suscitent aujourd'hui un intérêt grandissant, soulèvent un ensemble de questionnements liés aux difficultés de leur mise en œuvre et aux conditions de leur institutionnalisation. Les initiatives, souvent à contre-courant, qui tendent aujourd'hui à se multiplier et à se diversifier semblent ainsi être traversées par une tension entre une volonté de reconnaissance, permettant de les stabiliser, et les risques de normalisation liés à leur institutionnalisation (Rosenfelder & Villez, 2018). Institutionnalisation susceptible de les faire évoluer dans des directions parfois opposées à celles souhaitées initialement.

LES COLOCATIONS POUR SÉNIOR·E·S DANS LES QUARTIERS EN ALLEMAGNE

HÉLÈNE LEENHARDT

En Allemagne, les formes alternatives d'habitat semblent avoir trouvé une place dans le paysage gérontologique. Ainsi, un guide grand public (BMFSFJ, 2017) diffusé sur le site du Ministère fédéral de la famille, des seniors, des femmes et des jeunes (BMFSFJ) présente différentes alternatives au domicile ordinaire dans l'avancée en âge en mettant sur le même plan l'habitat participatif (*gemeinschaftliches Wohnen*), les résidences services et foyers-logements (*Wohnen mit Service, betreutes Wohnen*), les établissements médico-sociaux (*Pflegeheim*) et les *Wohngemeinschaften* (WG) accompagnées (colocations pour personnes ayant besoin d'aide et de soins accompagnées en ambulatoire – *Wohngemeinschaft für Pflegebedürftige*). Selon ce guide, chacune de ces « formes spécifiques d'habitat » répond à des situations et des souhaits différenciés. En ce qui concerne les WG accompagnées pour personnes ayant besoin de soins, le guide les présente comme une possibilité pour « habiter en gardant sa capacité d'autodétermination (*selbstbestimmt*), même si l'on a un besoin de soins important » et précise que « cette forme d'habitat constitue une alternative à l'établissement médicalisé, même dans les cas de besoin d'aide et de soins les plus importants ».

Ce chapitre s'intéressera plus particulièrement à ces colocations pour personnes ayant besoin d'aide et de soins accompagnées en ambulatoire

(dites WG accompagnées). Dans un premier temps, nous présenterons le modèle, retracerons les étapes de sa diffusion et préciserons sa place dans l'offre actuelle. Ceci nous amènera à nous interroger sur la spécificité de ces WG et les fondements de leur légitimité à travers une étude récente qui leur a été consacrée. Nous verrons enfin comment ce développement participe d'une dynamique pour structurer une offre diversifiée dans les quartiers et accompagner localement les personnes les plus fragiles en articulant solidarités et interventions professionnelles.

UNE DIFFUSION DES *WOHNGEMEINSCHAFTEN* ACCOMPAGNÉES SUR VINGT ANS: LE MODÈLE BERLINOIS

Les WG accompagnées se sont développées en Allemagne sous des appellations diverses¹ selon les promoteurs et les régions en s'inspirant d'un même modèle, les *Demenz-WG*², colocations accompagnées en ambulatoire pour personnes atteintes de démence³. Ce dispositif, Klaus Paweltko, responsable de la branche allemande des Petits Frères des Pauvres⁴ (PFP dans la suite du texte) à Berlin l'a initié en 1995 et l'a modélisé en 2002 dans un guide pour le BMFSFJ (Pawletko, 2002). Cette première modélisation a servi de référence, dans ses différentes dimensions, tant pour les porteurs de projet que pour les pouvoirs publics.

Dans ce modèle, six à dix personnes âgées qui ont besoin d'aide et de soins, le plus souvent souffrant d'une maladie de type Alzheimer, sont colocataires d'un grand appartement. Elles disposent chacune d'une chambre privative, tous les autres espaces étant partagés. Elles y sont accompagnées, 24 heures sur 24, dans une atmosphère familiale, par un service d'aide et de soins à domicile. L'équipe de ce service d'aide et de soins assiste chaque colocataire dans les actes de la vie quotidienne, contribue à la structuration de la vie quotidienne de ce petit collectif autour des repas et des activités du quotidien et incite les habitants à y participer suivant leurs souhaits, leurs besoins et leurs possibilités. Ces

1 Nous utiliserons l'expression « WG accompagnées » pour traduire les différentes expressions (*Pflegewohngruppe*, *Pflegewohnngemeinschaft*, *ambulant betreute Wohngemeinschaft*...) qui renvoient toutes à un même modèle.

2 <http://www.famev.de/demenz-WG/>

3 Nous gardons ici l'expression « démence » couramment utilisée en Allemagne.

4 *Freunde Alte Menschen*.

WG ne sont pas médicalisées, les intervenants libéraux médicaux et paramédicaux y interviennent comme au domicile. D'un point de vue juridique, il s'agit d'un domicile et chaque colocataire signe un contrat de bail et un contrat de service distinct. Les proches jouent un rôle central dans ce modèle. Représentant des habitant·e·s, ils et elles sont organisé·e·s en collectif et portent le projet de WG pour leur parent·e, choisissant ensemble le service d'aide et de soins, décidant le cas échéant d'en changer et supervisant l'organisation et le fonctionnement au quotidien de la WG. Les membres de ce collectif sont lié·e·s par une charte qui précise leur engagement réciproque au sein d'un conseil de WG.

Le montage d'un tel dispositif n'est pas simple et le modèle prévoit l'accompagnement de ce collectif par une instance tierce (association, professionnel·le ou bénévole) qui joue un rôle de conseil pour le montage, et d'intermédiaire et de médiation entre les parties prenantes (bailleur, service de soins, membres du collectif). L'équilibre dans les relations contractuelles s'exprime à travers la notion de responsabilité partagée. Au-delà du bénéfice attendu pour les habitant·e·s, c'est ainsi une forme originale d'implication des proches. Il ne s'agit pas de se décharger de l'accompagnement sur l'institution, mais de créer un cadre nouveau pour accompagner le ou la parent·e fragilisé·e avec plus de distance, dans des conditions moins lourdes psychiquement et physiquement.

59

LES GRANDES ÉTAPES DE LA DIFFUSION DU MODÈLE

Ici, nous indiquons quelques dates qui peuvent servir de jalons pour éclairer la diffusion de ce modèle des WG accompagnées en Allemagne :

1995 : les premières *Demenz-WG* à Berlin

L'essor des WG s'ancre dans le mouvement de désinstitutionnalisation de la psychiatrie des années 70-80 (Dörner, 2007), mais c'est la création et la médiatisation des premières *Demenz-WG* initiées à Berlin en 1995 par les PFP qui a donné une impulsion décisive. S'inscrivant localement dans un contexte immobilier et politique favorable, cette initiative berlinoise trouve alors un écho au niveau national. Des acteurs divers s'emparent du modèle, soit dans des initiatives isolées, soit dans le cadre de programmes pilotes lancés pour l'expérimentation de nouvelles formes d'habitat dans la vieillesse (Leenhardt, 2011).

2002 : à partir d'un premier guide environ 140 WG⁵ sont constituées. En 2002, le BMFSFJ commande à Klaus Pawletko des PFP un rapport explicitant les différents aspects du montage d'une WG à l'intention des porteurs de projets (Pawletko, 2002). La ministre Christine Bergmann, préface ainsi ce guide :

Il y a d'autres possibilités qui ont fait leur preuve en pratique et qui font des émules. Les expériences faites aux Pays-Bas, en France et en Suède, témoignent du fait qu'un accompagnement en « ambulatoire » d'une petite communauté dans un logement partagé est une alternative intéressante. Les observations faites jusqu'à présent montrent que les contacts sociaux, la participation à des activités quotidiennes dans une atmosphère d'un foyer personnalisé peuvent contribuer à la préservation de l'autonomie, au bien-être et à la prévention des troubles du comportement. Pour les aidants et les services à domicile, cette formule représente un engagement et un défi inhabituel, tant en dans la préparation que dans l'accompagnement...

60

Ce guide contribue à la diffusion du modèle qui se poursuit grâce à des programmes pilotes et à la mise en place dans certaines régions de cellules spécialisées de conseil et d'accompagnement au montage, ainsi que par la parution d'autres guides.

2008 : existence d'environ 500 à 600 WG⁶,
et une prise en compte du modèle dans la loi

En 2006, la réforme du fédéralisme qui implique un transfert de compétences de la réglementation sur les établissements médico-sociaux de l'État fédéral vers les régions⁷ est une autre étape importante de la diffusion des WG. Cette réforme s'est accompagnée du lancement d'un programme pilote du BMFSFJ, un « programme fédéral pour garantir la qualité dans les WG assistées en ambulatoire » (Winkler, 2016). Les retours d'expé-

⁵ Kremer-Preiss et Narten, 2004, cité dans Wolf Ostermann, 2012.

⁶ Selon Leenhardt, 2009.

⁷ La République fédérale d'Allemagne est constituée de 16 *Länder* (terme que nous traduisons ici par régions) disposant de constitutions propres et dotées d'institutions similaires exerçant pouvoir législatif et pouvoir exécutif dans les domaines de compétence déterminés par la *Grundgesetz* (loi fondamentale) au niveau fédéral.

rience et les études sur ces nouvelles formes d'habitat avaient montré leur intérêt et en avaient aussi souligné les risques. Ce programme a réuni, dans un groupe de travail national, des représentant·e·s des Ministères des affaires sociales des régions, des promoteurs des initiatives de colocations et des représentants des cellules spécialisées avec pour objectif de clarifier les concepts, définir la spécificité des WG par rapport à un établissement et dégager des critères de qualité pour guider les législateurs dans leur réflexion lors de la préparation de la loi. En initiant ce programme pilote, le BMFSFJ réaffirme la pertinence du modèle :

*Les WG accompagnées en ambulatoire pour personnes démentes sont maintenant un élément établi de l'offre de soin, [...] elles constituent une alternative attractive à l'offre classique des établissements. Le BMFSJ et les porteurs du projet souhaitent systématiser les expériences positives de ces formes d'habitat, discuter à l'échelle nationale les stratégies et les principes d'organisation et les unifier.*⁸ (Leenhardt, 2009, 20)

61

Grâce à ces travaux, la prise en compte de la spécificité des WG a été un thème important de la préparation de la loi sur les établissements médico-sociaux dans la plupart des régions. Cependant, chaque région a retenu ses propres critères pour définir un cadre réglementaire, avec des politiques de soutien spécifiques, ce qui a renforcé les disparités régionales. Le groupe de travail national a poursuivi ses travaux avec le soutien du BMFSFJ et constitue toujours un lieu d'échange entre les acteurs des différentes régions (Winkler, 2016).

2013 : 1600 WG⁹, un complément de financement dorénavant prévu par l'assurance de soins¹⁰

En 2013, une étape supplémentaire est franchie avec les dispositions spécifiques de la dernière loi sur l'assurance de soins de longue durée (NPG), qui prévoit un complément de financement de l'assurance de

⁸ Notre traduction depuis l'allemand. Extrait en 2009 du site : www.wg-qualitaet.de

⁹ Selon Kremer-Preiss et Mehnert, 2014.

¹⁰ En Suisse il n'existe pas d'équivalent de l'assurance de soins allemande. Les prestations sont servies en vertu de plusieurs branches de la sécurité sociale. Seules les prestations complémentaires (PC) ou l'allocation pour impotence (AVS ou AI) permettent de financer des prestations d'aide et de soins non couvertes par l'assurance obligatoire des soins.

soins pour les habitant-e-s des WG accompagnées¹¹ et une aide au financement de l'investissement initial¹². Une brochure du Ministère de la santé introduit ainsi ces mesures :

Une préoccupation de toutes les personnes qui ont besoin de soins, c'est la question d'un entourage qui corresponde à leurs besoins. La plupart des gens souhaitent habiter dans leur environnement familial et pouvoir décider de l'organisation de leur quotidien aussi longtemps que possible. Entre le soin à domicile et le séjour en établissement, les WG peuvent être une bonne alternative... (BMG, 2013).

2016 : 3700 WG mais une diffusion qui reste malgré tout limitée avec de fortes disparités régionales

Cet essor est important, mais malgré les discours qui présentent les WG comme une réelle alternative, c'est une offre qui reste marginale (Klie, 2016). Parmi les personnes ayant besoin de soins¹³, deux tiers vivent dans un domicile ordinaire ou dans un logement accompagné¹⁴ et sont accompagnées par leur famille ou un service d'aide et de soins à domicile un tiers vivent dans un établissement médicalisé (Wolf-Ostermann & Salomon, 2012). En 2017, les WG, quant à elles, et selon les dernières estimations¹⁵, n'accueillent qu'un peu plus de 1 % des personnes ayant besoin de soins. De plus, les disparités régionales sont importantes : si, en moyenne, pour l'ensemble de l'Allemagne, il y aurait eu en 2016 environ une WG pour 4000 personnes de 70 ans et plus, la densité varie suivant les régions d'une WG pour 700 à Berlin à une WG pour 15 000 dans le Baden Württemberg¹⁶ (Klie & Schuhmacher, 2017). Ces disparités attestent de l'importance du contexte réglementaire et de la constellation des acteurs locaux dans ce développement.

11 200 € par personnes et par mois.

12 2000 € par personne avec un plafond à 10 000 € par WG.

13 C'est-à-dire bénéficiant d'une prestation de l'assurance de soins, soit environ 2,8 millions de personnes en 2012.

14 Le *betreutes Wohnen* regroupe habitats intermédiaires (types foyer-logement et résidences services) et habitats alternatifs accompagnés (Leenhardt, 2017).

15 Estimation à partir des estimations de Wolf-Ostermann, 2012 et Klie, 2016.

16 Aucune WG n'a été recensée dans la Saar.

UN MODÈLE SPÉCIFIQUE ET FRAGILE

UN CAPITAL DE SYMPATHIE POUR UN DISPOSITIF FAVORISANT L'EMPOWERMENT

En retraçant les principales étapes du développement de WG, nous avons souligné l'engagement des pouvoirs publics, engagement qui se traduit dans les discours et dans des mesures concrètes. Cet engagement a accompagné celui des nombreux acteurs et actrices qui ont porté les projets localement. Les arguments mis en avant dans les discours (pré-sentation du concept, appels à projets, manifestes) montrent qu'ex-pert·e·s, professionnel·le·s et politiques, promoteur·trice·s des WG accompagnées ont reconnu dans les WG à des degrés divers :

- un mode d'accompagnement personnalisé répondant particulièrement bien au besoin des personnes désorientées, conciliant normalité et familiarité d'un lieu de vie comme au domicile, et qui présente l'avantage de la vie sociale d'une petite communauté et offre la possibilité de bénéficier d'une continuité de l'aide et du soin ;
- un moyen de développer un accompagnement de proximité, proche du lieu de vie des personnes, permettant de maintenir le lien social ;
- donc une autre façon d'appliquer le principe de la priorité au domicile. Ce principe, qui, en Allemagne, a caractère de droit, est exprimé par la formule *ambulant statt stationär*, ce que l'on peut traduire par « prise en charge en ambulatoire plutôt qu'en établissement » et stipule que, à coût égal, c'est le soin qui doit venir à la personne et non pas la personne au soin ;
- un mode d'hébergement et de prise en charge à l'infrastructure légère et réversible ;
- un moyen de mobiliser la société civile en articulant aides informelles et professionnelles ;
- une forme d'accompagnement collectif mieux à même, que ne le sont les établissements médico-sociaux classiques, de garantir les droits fondamentaux de liberté de mouvement, d'autodétermination et d'inclusion des personnes les plus fragiles et de répondre ainsi à l'aspiration des citoyen·ne·s, tout en maintenant ou en renforçant leur pouvoir d'agir ;
- une autre façon d'impliquer les aidant·e·s dans l'accompagnement de leur proche avec cette notion de responsabilité partagée (et non pas seulement portée par des professionnel·le·s).

UNE ÉTUDE POUR MIEUX APPRÉHENDER LA SPÉCIFICITÉ DES WG

L'aptitude des WG à préserver des possibilités d'autodétermination des personnes, même fragiles, est une qualité systématiquement mise en avant, cette aptitude étant liée à la notion de responsabilité partagée qui est l'une des caractéristiques retenues par les pouvoirs publics pour distinguer une WG d'un établissement médico-social. Qu'en est-il dans les faits? Quelles sont les spécificités réelles des WG? C'est ce qu'ont investigué Thomas Klie et Birgit Schuhmacher (2017) dans une étude sur la situation des WG. Cette étude sur « les concepts existants et les besoins d'action en vue d'une poursuite du renforcement des WG accompagnées en ambulatoire »¹⁷ a été initiée par le Ministère de la santé afin de mieux connaître les WG et de mieux accompagner leur développement. Ce fut la première étude ayant l'ambition de saisir la situation des WG au niveau national. Il s'agissait de faire le point sur la diffusion des WG en Allemagne, d'en proposer une typologie et une analyse qualitative, et d'identifier les facteurs incitatifs à la création de nouvelles WG ainsi que les régulations nécessaires. Très complète, elle s'est fondée sur une revue de littérature, un recensement des WG accompagnées existantes dans un échantillonnage de circonscriptions électorales dans chaque région, une enquête quantitative auprès des WG ainsi repérées, et enfin une analyse qualitative de cinq WG.

L'HYBRIDITÉ, SOURCE DE LA QUALITÉ DES WG MAIS AUSSI DE LEUR FRAGILITÉ

Pour les auteur·e·s de l'étude, la spécificité des WG est liée à leur hybridité. Cette hybridité s'incarne dans le modèle de la responsabilité partagée et l'interaction des différents secteurs au sein d'une WG. Les secteurs en jeu sont le secteur informel (les habitant·e·s et leurs proches), le tiers secteur (association, entraide, paroisse, bénévolat) et les secteurs institutionnels (administration et acteurs du marché).

¹⁷ Notre traduction depuis l'allemand de la phrase: *Entstehende Konzepte und Handlungsbedarfe hinsichtlich des weiteren Stärkung ambulant betreuter Wohngruppe.*

D'après l'étude, il apparaît que cette hybridité est appréciée par le biais de la participation des différents secteurs aux processus jalonnant la création et la vie courante d'une WG¹⁸, et à travers le recours aux dispositifs de gestion de l'hybridité¹⁹.

Dans les faits, à travers une exploitation statistique des résultats de l'enquête, les auteur·e·s montrent qu'un tiers seulement des WG sont porteuses d'une réelle hybridité. Ces auteur·e·s montrent également qu'il y a une corrélation entre cette hybridité et les qualités des WG²⁰, les difficultés rencontrées et les risques ressentis. Quand l'hybridité est plus forte, que les acteurs informels ou bénévoles ont plus de place, ce sont les aspects liés à l'autodétermination des personnes, leur inclusion dans la vie sociale qui sont mis en avant alors que la qualité du soin et de l'hébergement, ou les relations avec les médecins viennent au second plan. En revanche, il y a une corrélation entre une plus grande hybridité et des indicateurs de fragilité, avec davantage de risques de conflits entre bénévoles et professionnel·le·s, davantage de soucis liés aux places vacantes et aussi plus de préoccupations par rapport aux mesures de restriction des libertés, de chutes ou de fugues.

Dans un article où il présente une partie des résultats de cette étude, Thomas Klie (2016) conclut qu'il est important de renforcer la capacité d'agir ensemble, en bonne synergie, des différents acteur·trice·s, professionnel·le·s du soin et de l'aide, proches, bénévoles et autres partenaires, car c'est cette capacité qui fait, d'après lui, la force et la qualité spécifique des WG. Il souligne que le principe de la responsabilité partagée n'est pas évident et que son exercice est le résultat d'un apprentissage dans lequel les acteur·trice·s doivent être accompagné·e·s. Il cite ainsi en exemple la gouvernance de la ville de Hambourg où les instances réglementaires, les prestataires, les urbanistes et les instances de conseils et de coordinations œuvrent ensemble pour accompagner les WG sur le chemin de l'auto-organisation.

18 Initiative de création, décision d'entrée, financement, accompagnement au quotidien.

19 Rencontres formelles entre les acteur·trice·s des différents secteurs, recours à des médiations ou des conseils extérieurs.

20 Lues à travers les priorités déclarées dans les buts poursuivis.

UNE DIFFUSION QUI EMPRUNTE DIFFÉRENTES VOIES

À travers l'histoire de la diffusion des WG en Allemagne, les auteur·e·s du rapport ont identifié cinq voies qui peuvent conduire à la création d'une WG :

- La première, la voie de la culture, a été tracée par des pionnier·ère·s, qui, remettant en cause les pratiques, ont inventé un autre accompagnement, une autre façon de vivre pour les personnes âgées ayant besoin d'aide ou atteintes de troubles cognitifs, ainsi qu'une autre gouvernance avec la notion de responsabilité partagée.
- La seconde voie a été empruntée par celles et ceux qui ont senti le potentiel de ce dispositif pour accompagner un petit collectif de personnes partageant une même problématique (par exemple une pathologie réclamant des soins particuliers).
- La troisième voie a attiré des opportunistes qui ont vu dans ce dispositif un moyen de contourner des normes, de profiter de dérogations ou d'avantages financiers.
- Une quatrième voie s'est dessinée avec la consolidation du cadre réglementaire. Les acteurs traditionnels, gestionnaires de services d'aide et de soins à domicile ou d'établissements s'y sont engagés car ils y ont vu un nouveau modèle économique intéressant et un moyen de se différencier.
- La cinquième voie, c'est celle de l'aménagement de l'offre dans les territoires, suivie par des collectivités locales qui ont intégré les WG dans leur politique d'adaptation des réponses aux enjeux du vieillissement.

Ces différentes voies n'offrent pas les mêmes garanties quant à la préservation de la spécificité des WG et la qualité de l'accompagnement qu'elles assurent. Il est cependant nécessaire que différentes voies soient empruntées pour une réelle diffusion du concept. Si les acteurs traditionnels ne prennent pas le relais des pionnier·ère·s, le concept restera marginal et réservé à des privilégié·e·s, celles et ceux dont l'entourage est prêt à s'investir de façon importante dans ce type d'aventure. L'enjeu est donc de trouver un équilibre pour conserver cette hybridité avec des partenariats et un équilibre des pouvoirs et des responsabilités.

UN ÉLÉMENT DE L'OFFRE DANS LES QUARTIERS

LA WG, UN ESPACE DE SOIN AU CŒUR DU QUARTIER

Selon Ulrike Petersen (2016), responsable de la *Koordinationsstelle* de Hambourg²¹, les WG sont à considérer comme une brique à combiner avec d'autres dispositifs pour répondre localement aux besoins différenciés des personnes vieillissantes et leur permettre de vivre et vieillir jusqu'au bout dans leur quartier (Petersen, 2016). Elles sont ainsi complémentaires de l'aide et du soin à domicile, de l'habitat accompagné, de l'habitat participatif et des établissements médico-sociaux. Leur diffusion dans chaque quartier devrait permettre à celles et ceux qui ne peuvent plus vivre seul·e·s dans leur domicile, malgré le soutien apporté par la solidarité et les interventions professionnelles, de continuer à vivre dans leur quartier, leur environnement familial avec un accompagnement adapté à leur situation.

Ceci a été théorisé par le Kuratorium Deutsche Altenhilfe (KDA)²² sous la forme du « concept de quartier » inspiré par le modèle de Bielefeld (Leenhardt, 2011 ; BGW, 2017). L'enjeu selon Ursula Kremer-Preiss (2015) est d'adapter l'espace social de proximité au cœur de chaque quartier pour structurer un réseau de soutien, d'aide et de soins articulant localement les interventions professionnelles avec les solidarités familiales, de voisinages, et bénévoles pour permettre aux plus fragiles de vivre, vieillir, et mourir dans leur environnement familial, tout en gardant des possibilités d'autodétermination.

De nouveaux projets de quartier pourraient alors associer différents éléments : logements adaptés avec services, logements ordinaires,

²¹ Cellule de coordination pour le développement des WG pour la ville de Hambourg.

²² Le KDA (Kuratorium Deutsche Altenhilfe : Conseil pour l'aide aux personnes âgées) est un conseil indépendant créé en 1962 sous le parrainage du président de la République fédérale. Il est constitué de membres très divers, avec une représentation importante des fédérations des œuvres sociales, de la recherche et de l'enseignement en sciences sociales et médico-sociales. Il s'appuie sur une équipe de chercheur·e·s pluridisciplinaire mettant son expertise à la disposition des décideur·e·s (ministères, collectivités locales, organisations professionnelles et organismes gestionnaires) et des professionnel·le·s (établissements et services, architectes...). Il a un poids comme médiateur et une capacité de lobbying au côté d'autres instances représentant les intérêts des retraités et les personnes âgées. Ses activités de recherche/évaluation et de formation sont des atouts pour participer au repérage et à la diffusion des approches innovantes.

habitat participatif, locaux communs, WG pour personnes atteintes de maladie d'Alzheimer, chambres d'hôtes, logement d'hébergement temporaire et service de soins. Tous ces éléments ne sont pas présents dans chacun des projets, mais il y a trois incontournables : un service d'aide et de soins qui assure, sans paiement de forfait, une permanence et une assistance sur le quartier 24h sur 24, un espace de rencontre et de convivialité ouvert sur le quartier et un « management de quartier » pour susciter, fédérer, et coordonner aides des bénévoles et solidarités de voisinage. Si la permanence du service d'aide et de soins peut être financée par le regroupement à proximité d'un certain nombre de client·e·s dont le besoin de soins est important, un financement spécifique doit être dégagé pour couvrir le coût salarial de la personne assurant ce « management de quartier ». La WG n'est donc pas un incontournable de ces quartiers, mais, associée au service de soins, elle peut constituer le « cœur de soin du quartier » selon l'expression de Klaus Dörner (2007). Ainsi, ce modèle a inspiré différentes initiatives, émanant d'acteurs divers.

68

DES INITIATIVES TRÈS DIVERSES

Sans décliner le modèle dans toutes ses composantes, nombreux sont les projets qui associent les WG avec le logement accompagné ou l'habitat participatif. Les trois exemples ci-dessous illustrent la diversité des initiateurs et les partenaires des projets de ce type :

Le « quartier Hartwig Hesse » à Hambourg

C'est un projet porté par la Fondation Hartwig Hesse, gestionnaire d'établissements et de services. Sur l'emplacement d'un ancien foyer destiné au logement, se construit un nouveau quartier qui réunit une résidence services et une WG pour seniors, une WG accompagnée pour personnes souffrant de démence, un habitat participatif pour des familles, des logements pour des personnes sans domicile fixe ayant besoin d'aide et des espaces communs. Ce quartier accueillera également une crèche, un café et un cabinet paramédical, le siège de la Fondation Hartwig Hesse, et une antenne d'un service d'aide et de soins. Les habitant·e·s du foyer ont d'ores et déjà donné le premier coup de pioche pour la démolition et posé la première pierre.

La maison de la diversité du centre LGBT de Berlin

Ce projet d'habitat émane du souci d'une minorité de pouvoir vieillir jusqu'au bout, et quel que soit le besoin d'aide, dans un contexte bienveillant. La maison de la diversité abrite les bureaux locaux d'accueil du centre LGBT, un café, un restaurant, une bibliothèque et un accueil de jour, une WG accompagnée par un service d'aide et de soins 24h/24 et des logements indépendants dont un certain nombre sont réservés à des hommes âgés de la communauté LGBT. La première maison s'est ouverte en 2012, deux autres sont en projet.

L'habitat « Wohnen mit Alt und Jung »²³ à Cologne

C'est un habitat participatif de 27 logements. Il intègre dans son projet une WG accompagnée pour sept personnes. Tous les habitants peuvent bénéficier d'une veille téléphonique et d'une assistance, assurées depuis la WG.

Y a-t-il des affinités particulières entre l'habitat participatif et les WG accompagnées ? Les deux modèles sont promus par les pouvoirs publics de certains *Länder* parce qu'ils mettent en avant citoyenneté, solidarité et lien social pour faire face au vieillissement. Dans cette optique, la colocation apparaît comme le complément logique d'un habitat participatif et des appels à projet incitent à cet assemblage. Lors d'un colloque sur le sujet, en mars 2017²⁴, Joseph Bura, président du FORUM Gemeinschaftliches Wohnen, alertait cependant sur le besoin d'accompagnement des porteurs de projets lors d'un colloque sur l'habitat, l'organisation et le financement de l'habitat communautaire intégrant des dispositifs d'accompagnements (Forum gemeinschaftliches Wohnen, 2017). Monter un habitat participatif est déjà complexe, y inclure une colocation augmente encore la complexité. On ne devrait pas demander aux habitant·e·s d'organiser eux/elles-mêmes l'aide et le soin au sein d'un habitat participatif, ou de monter une WG, mais plutôt les accompagner dans des partenariats s'appuyant sur les ressources du quartier extérieur à l'habitat participatif.

²³ « Vivre entre âgé·e·s et jeunes » selon notre propre traduction de l'allemand.

²⁴ L'atelier sur l'habitat, l'organisation et le financement de l'habitat communautaire intégrant des dispositifs d'accompagnements dans le cadre du programme pilote « Habiter en communauté, vivre dans l'autodétermination » du 7 mars 2017 à Brème organisé par le FORUM de l'habitat communautaire.

EN CONCLUSION

Nous citerons Ulrike Petersen (2016) pour qui « les colocations ne tombent pas du ciel », elles sont le résultat d'un long processus impliquant moult acteur·trice·s. Par ordre chronologique, des pionnier·ère·s ont ouvert la voie, ensuite des partenariats et des réseaux se sont mis en place pour accompagner leur développement, et enfin les pouvoirs publics ont apporté leur soutien aux expérimentations et à l'ingénierie sociale²⁵, avec des cellules d'information et de coordination, puis en leur donnant un cadre, tout en cherchant à préserver leur spécificité.

Cette spécificité, vient de leur capacité à faire interagir des acteur·trice·s très différent·e·s pour apporter une qualité de vie spécifique à leurs habitant·e·s. Avec la perspective d'une diffusion croissante, l'enjeu est de ne pas perdre les valeurs qui ont animé les pionnier·ère·s et maintenir l'équilibre de la responsabilité partagée. C'est la condition pour que la dimension citoyenne ne passe pas à l'arrière-plan, au mieux derrière la qualité du soin au risque de devenir un mini-établissement, au pire derrière les aspects économiques au risque de représenter un accompagnement au rabais, avec des risques d'abus sans possibilités de contrôle.

Pour maintenir cet équilibre de la responsabilité partagée et de l'interaction entre divers·e·s acteur·trice·s, il apparaît nécessaire de pouvoir impliquer des personnes bénévoles, et ce, à différents moments et différentes places du dispositif. Ainsi des bénévoles peuvent s'impliquer dans la vie de la colocation en proposant une présence, des activités, des sorties. Certain·e·s peuvent se positionner en tant que référent·e·s de personnes dont les proches où les représentant·e·s légaux n'ont pas la possibilité de s'impliquer dans une WG ou tenir le rôle de l'instance tierce facilitatrice du fonctionnement du collectif des proches. D'autres enfin peuvent même accompagner les partenaires dans le montage d'une colocation. À chacun de ces rôles corres-

25 L'ingénierie sociale recouvre la création, l'expérimentation et la mise au point de méthodes, de démarches, de dispositifs et de modes d'intervention visant à modifier les processus sociaux, et contribuant donc au changement social, selon la définition de Michel Bonetti et Vincent de Gaulejac dans Vandeveld-Rougale, A. & Fugier, P. (dir) (2019). *Dictionnaire de sociologie clinique*. Érès. Pages 362 à 365, <https://doi.org/10.3917/eres.vande.2019.01>

pondent des profils différents, avec un recrutement, une formation et un soutien spécifiques. Sans le soutien d'une ingénierie sociale adaptée, la dynamique citoyenne ne sera pas suffisante pour permettre une diffusion du modèle correspondant aux attentes qu'il a suscitées.

UNE COLOCATION ALZHEIMER POUR ENCOURAGER LES CAPACITÉS D'AGIR PAR L'HABITAT

NICOLE BRZAK, MAURICE AVRAMITO & VALÉRIE HUGENTOBLER

En Suisse, les politiques sanitaires étant cantonales, on y rencontre selon les cantons une forte variation nationale et une grande diversité de prescriptions et de pratiques en matière de prise en charge des populations vieillissantes. Dans ce contexte, il est à noter que le canton de Vaud – en comparaison d'autres cantons – porte une attention particulière au vieillissement de sa population et aux enjeux qui en découlent. Ainsi, les politiques sociosanitaires vaudoises promeuvent le maintien à domicile – en réponse au souhait des personnes vieillissantes mais également dans un souci budgétaire. À cet égard, ce canton développe depuis plusieurs années déjà des structures d'accompagnement médico-sociales qui offrent une palette de possibilités aux personnes souffrantes et à leurs proches¹. Ces structures se déclinent en trois offres concrètes sur le terrain : les courts séjours en établissement médico-social (EMS) ou en hôpital, les centres d'accompagnement temporaires² (CAT) et les appartements protégés. Afin d'assurer un suivi thérapeutique et une aide au domicile, des visites

73

1 Pour de plus amples informations à ce sujet, voir le site du canton de Vaud à la page suivante : <http://www.vd.ch/index.php?id=49061>

2 Pour de plus amples informations, consultez le site de l'État de Vaud à la page suivante : <http://www.vd.ch/themes/social/vivre-a-domicile/accueil-temporaire/>

infirmières régulières et/ou des aides pour l'accomplissement des tâches quotidiennes ainsi que des repas sont proposés par les centres médico-sociaux (CMS). Toutes ces structures sociosanitaires ont pour but de permettre aux personnes malades et/ou vieillissantes ainsi qu'à leurs familles de bénéficier de l'appui de professionnel·le·s afin d'assurer le maintien à domicile.

Cependant, les troubles cognitifs, démences et troubles apparentés, avec leurs spécificités associées, mettent à mal les prestations offertes par ces structures d'accompagnement médico-sociales. Et ce d'autant plus que la maladie d'Alzheimer constitue un nouveau défi sociétal de taille – qui va s'accroître de plus en plus. Selon les chiffres présentés par l'Organisation mondiale de la santé, quelque 47 millions de personnes en sont atteintes dans le monde et leurs prévisions estiment que le nombre de cas devrait tripler d'ici à 2050 – et la Suisse ne fera pas exception³. Ces maladies, qui atteignent et déstructurent les fonctions cognitives, présentent de nombreux défis, tant pour les personnes atteintes que pour les personnes qui s'occupent d'elles et pour les infrastructures actuelles de prise en charge. En effet, après un certain temps, et malgré l'intervention de nombreux et nombreuses professionnel·le·s, les prestations d'accompagnement finissent bien souvent par ne plus répondre aux besoins et aux réalités ni des personnes présentant des troubles cognitifs ni de leurs proches. Ainsi les demandes en soins et en accompagnement ne cessent de s'accroître et les proches – s'il y en a – s'épuisent, eux qui deviennent les gestionnaires de ces situations à domicile. Soulignons effectivement que, selon l'association Alzheimer Suisse, 60 % des personnes atteintes de cette maladie ou de troubles apparentés vivent à domicile avec d'importantes conséquences pour leurs proches⁴. Conscient de ces problématiques sociales spécifiques liées au développement des

3 Pour ce qui concerne spécifiquement la Suisse, l'association Alzheimer Suisse estime que 9 % environ des personnes âgées de plus de 65 ans et environ 41 % des non-agenaires sont atteints de la maladie d'Alzheimer ou d'une autre forme de démence (chiffres 2019). Le nombre de personnes concernées pourrait doubler ces vingt prochaines années, passant de 150 000 personnes en 2022 à plus de 300 000 en 2050. Selon les estimations de l'association Alzheimer Suisse : <https://www.alzheimer-schweiz.ch/fr/les-demences/article/alzheimer-et-autres-formes-de-demence-en-suisse>, consulté le 14.08.2023).

4 Informations tirées du site de l'association Alzheimer Suisse : www.alz.ch. Consulté pour la dernière fois le 14.08.2023.

démences, le canton de Vaud a donc développé à partir de 2010 un programme cantonal axé sur la « maladie d'Alzheimer et autres maladies apparentées »⁵.

UN HABITAT ALTERNATIF VISANT À PRÉSERVER UNE CERTAINE AUTONOMIE DES RÉSIDENT·E·S

Dans ce cadre cantonal favorable, et au vu de la situation sociosanitaire décrite ci-avant et de la volonté d'innover en matière de prise en charge des personnes présentant des troubles Alzheimer ou apparentés, l'association Alzheimer Suisse a ainsi proposé le développement d'une nouvelle structure spécialement dédiée aux personnes souffrant de troubles démentiels : un projet pilote de colocation spécifiquement dévolu à ces personnes. Pour mettre en œuvre cette idée, l'association Alzheimer Suisse a collaboré avec la Fondation Saphir⁶, fondation privée déjà expérimentée dans le domaine de la prise en charge des troubles psychiques et de la (psycho-)gériatrie. Et il convient donc de souligner que cette forme nouvelle d'habitat⁷ est un partenariat entre les secteurs publics et privés puisque ce projet a pu compter sur le soutien financier des autorités publiques du canton de Vaud dans le développement de sa politique axée sur la « maladie d'Alzheimer et autres maladies apparentées ». Notons enfin qu'il s'agit d'une initiative pour l'instant unique en Suisse, ce type de projet et d'expérimentation est donc très spécifique et relativement rare en Suisse.

Ici, notre analyse souhaite se concentrer sur ce que cette nouvelle forme alternative d'habitat permet (ou non) en termes de maintien de l'autonomie de ses résident·e·s et d'encouragement à utiliser le plus longtemps possible leurs ressources et capacités préservées. C'est ici

75

5 Cette politique se décline en quatre secteurs d'action : 1) la détection, le diagnostic et la prise en charge des personnes atteintes de pathologies démentiels ; 2) la formation et la recherche ; 3) les prestations de soutien aux proches aidant·e·s ; 4) l'information et la sensibilisation de la population en général.

6 La Fondation Saphir est en charge de plusieurs structures opérant dans le domaine (psycho)-gériatrique et auprès de personnes adultes souffrant de troubles psychiques. Pour de plus amples informations concernant cette institution prière de consulter leur page : www.fondation-saphir.ch

7 Nouvelle pour ce qui concerne la Suisse, car de tels types de projets ont déjà été développés dans d'autres pays comme en Suède par exemple, avec cependant bien évidemment un grand nombre de différence dans leurs mises en place respectives, ne serait-ce que parce que les contextes socio-économiques et politiques diffèrent.

une définition de l'autonomie comprise au sens large qui est adoptée, soit en termes de capacité de l'individu de donner un sens à sa vie et de s'autodéterminer dans ses choix, plutôt que sur la simple absence d'incapacités fonctionnelles (Ennuyer, 2007). La mise en place récente en Suisse romande (2014) de deux premières colocations s'inscrit en effet de manière explicite dans une réflexion sur la centralité de l'habitat – afin de préserver l'autonomie et atténuer la fragilisation liée à la maladie – en souhaitant proposer une alternative au domicile ordinaire et à l'établissement d'hébergement proposant des soins de longue durée (Hugentobler, 2020). Ainsi, la Fondation Saphir l'énonce clairement parmi les trois objectifs principaux du projet :

- encourager les personnes atteintes de démence à utiliser le plus longtemps possible leurs ressources et capacités dans un cadre de vie adapté, afin de mener une vie la plus proche possible de la vie qu'elles avaient auparavant ;
- réduire le risque d'isolement social et relationnel auquel sont exposées les personnes âgées – en particulier lorsqu'elles sont atteintes de troubles cognitifs et vivent seules – en offrant une vie « quasi familiale » dans la colocation ;
- donner une place aux proches (familles, amis, etc.) au sein de la colocation dans un cadre de vie « comme à la maison » en les intégrant aux activités de la vie quotidienne, telles que la préparation et le partage des repas, la participation aux tâches ménagères (lessive, nettoyages, etc.).

Ainsi, la population cible de ce projet se constitue de personnes dont les troubles sont vécus comme désécurisants par elles-mêmes ou leurs proches, mais dont la capacité à accomplir la plupart des activités de la vie quotidienne est préservée. La colocation vise à offrir une vie communautaire « choisie » en milieu ordinaire et non médicalisé. Et puisque « les personnes concernées par une démence présentent souvent essentiellement des troubles nécessitant un accompagnement social plutôt que sanitaire, une forme de guidance au quotidien plutôt qu'une prise en charge médicale, cela conduit à innover pour inventer des lieux de vie et des modèles d'accompagnement appropriés » (Hugentobler, 2023). En rendant compte des principaux résultats de l'enquête de terrain menée entre 2013 et 2018 (Hugentobler & Brzak 2016; 2018), nous souhaitons en particulier ici mettre en perspective les objectifs

annoncés du projet avec les situations pratiques réellement observées. Ainsi, il convient de noter qu'au contraire des projets similaires développés en Suède ou en Allemagne, et présentés par Hélène Leenhardt dans le précédent chapitre de cet ouvrage, cette initiative ne provient pas d'une initiative citoyenne – portée par les personnes directement concernées ou leurs proches – mais a une origine institutionnelle et politique. Ce qui produit indéniablement des effets sur la manière dont un projet de ce type parvient (ou non) à favoriser une dimension citoyenne de ses résident·e·s et surtout de leurs proches. Ainsi, la réflexion engagée à travers ce texte amène indubitablement à questionner plus largement les limites du concept d'encouragement des pouvoirs d'agir – ou *empowerment* – (Bickel & Hugentobler, 2018) largement mobilisé dans ce projet, et semble mettre en lumière par l'exemple les effets, décrits précédemment par Cécile Rosenfelder (chapitre 2), de l'institutionnalisation de telles initiatives. Plus spécifiquement, après avoir décrit le fonctionnement de la colocation, et ce qui est mis en place pour essayer de renforcer les pouvoirs d'agir de ses résident·e·s et de leur proches, nous montrerons, via deux exemples, quelles sont les difficultés et les limites au dispositif mis en place pour atteindre un tel objectif avec une population présentant des troubles mnésiques en fonction de la manière même dont s'est développé ce projet.

77

UNE COLOCATION « COMME À LA MAISON »

La première colocation de la Fondation Saphir, Topaze, a ouvert ses portes le 1^{er} avril 2014 sous la forme d'un projet pilote dans un lotissement résidentiel en dehors du centre d'une petite ville du nord du canton puis fut suivie en 2016 par l'ouverture d'une seconde colocation, Rubis, implantée sur une colline surplombant une ville d'un peu plus de 25 000 habitants, sur un site regroupant diverses activités de la Fondation Saphir⁸. Elles s'adressent aux personnes souffrant de troubles apparentés à la maladie d'Alzheimer et vivant seules à domicile, et pour qui ce maintien au domicile s'avère problématique. Malgré leurs difficultés

8 À savoir, un établissement d'hébergement de long séjour spécialisé en psychiatrie de l'âge avancé, une résidence proposant des logements adaptés avec encadrement, un centre d'accueil de jour, ainsi que les bureaux de la fondation et d'une organisation de soins à domicile.

cognitives, telles la désorientation et les oublis, les personnes concernées par ce projet pilote ont de bonnes conditions physiques et peuvent accomplir la plupart des activités de la vie quotidienne (se laver, s'habiller, préparer les repas ou encore se déplacer). Étant donné leur bon état de santé fonctionnelle, une entrée en établissement médico-social (EMS) leur est souvent difficile car les méthodes de financement des assurances maladie favorisent les personnes grandement dépendantes physiquement⁹. Le premier appartement se trouve dans un immeuble neuf aux normes architecturales adaptées sis dans une ancienne zone agricole réaménagée en zone résidentielle. La colocation accueillait alors six colocataires¹⁰ qui bénéficient d'un accompagnement 24 heures sur 24. Chaque colocataire a une chambre individuelle meublée par ses soins et partage, avec les autres, deux salles de bains. Les espaces communs, tels que la cuisine et la salle de séjour, sont meublés par la Fondation Saphir et chacun·e y séjourne à son gré. La seconde colocation est située dans un grand appartement en rez-de-chaussée et accueille également six colocataires qui disposent de chambres individuelles qu'ils et elles aménagent à leur gré. Deux salles de bains, un séjour avec une cuisine ouverte, ainsi qu'une terrasse donnant sur le parc de la fondation constituent les espaces collectifs. Un bureau/chambre pour les accompagnantes et veilleuses vient compléter le tout.

Le principe qui sous-tend les deux colocations est celui d'une vie communautaire dans un habitat partagé, accompagné au quotidien par des professionnel·le·s. Le souhait revendiqué de l'association Alzheimer Suisse étant effectivement de recréer un « chez-soi »¹¹ afin que les gens puissent faire « comme à la maison » dans un milieu de vie non médicalisé. Dans cette optique, l'accompagnement journalier est assuré par des « accompagnantes de vie »¹² qui aident les colocataires à s'orienter dans l'espace et le temps, les guident verbalement dans l'accomplissement de leurs activités et s'occupent de la tenue de la maison avec

9 Ces difficultés sont liées au mode de prise en charge financière établi par la loi sur le financement des soins.

10 Désormais, la Fondation Saphir dispose de deux appartements de colocation, accueillant en tout 12 personnes (réparties dans deux appartements de six chambres).

11 Sur la notion de *chez-soi* se référer à l'introduction du présent ouvrage, et en particulier aux développements s'appuyant sur les travaux d'Antoine Gérard (2017).

12 Jusqu'à présent, il ne s'agit que de femmes, sans que l'on sache si cela est un choix de l'institution, ou si cela est totalement fortuit.

la participation active ou passive des colocataires (ménage, confection des repas, etc.). Si elles sont formées dans le domaine de la psychiatrie de l'âge avancé, les « accompagnantes de vie », qui constituent le principal encadrement professionnel au sein de la colocation, ne sont pas des soignantes, les porteurs affirmant ainsi un projet qui se veut au plus près d'un domicile ordinaire. Dès lors elles ne prodiguent pas de soins, mais peuvent veiller à ce que les colocataires suivent leurs traitements médicamenteux, par exemple. Les soins sont alors assurés par des professionnel·le·s du centre médico-social (CMS) régional qui se déplacent à la colocation, comme ce serait le cas à domicile. Parmi les professionnel·le·s soignant·e·s, il y a notamment des infirmières, des aides-soignant·e·s et des ergothérapeutes¹³. Les nuits sont assurées par des veilleuses aidées d'un système de domotique, assurant ainsi une présence 24 heures sur 24.

DÉMARCHE ET MATÉRIEL D'ENQUÊTE

L'enquête de terrain sur laquelle s'appuie ce chapitre s'est étendue sur un peu moins de quatre ans, entre 2014 et 2018¹⁴. Cela a permis de suivre la mise en place du projet depuis ses débuts, d'évaluer son implantation et ses premières années de fonctionnement. Notre analyse découle de méthodes mixtes, entre démarches anthropologique, documentaire et participative. Ainsi, le dispositif d'enquête consista en une *analyse documentaire* (notamment des outils tels que carnets de transmission, dossiers des colocataires, procédures, évaluations infirmières et gériatriques, etc.), des *entretiens semi-directifs* avec l'ensemble des professionnels du réseau sociosanitaire impliqués (porteurs de projets, accompagnantes de vie, personnes en charge de l'orientation, intervenantes externes, etc.) et les proches ainsi que des entretiens *informels* avec les colocataires. Des *observations ciblées* au sein des colocations, afin d'appréhender de manière plus fine les modalités de collaboration,

79

¹³ Les délimitations entre ce qui était du ressort des accompagnantes de vie et des soignantes a mis du temps à se mettre en place et n'a pas toujours été évident. À ce jour, il subsiste encore des zones de négociation entre les professionnel·le·s présent·e·s sur place.

¹⁴ Ce chapitre s'appuie sur les résultats d'une enquête en deux volets, réalisée sous la direction de la prof. V. Hugentobler et financée par la Fondation Leenaards et la Direction de la cohésion sociale et de l'hébergement (DGCS, anciennement Service des assurances sociales et de l'hébergement, SASH) du canton de Vaud.

de fonctionnement et les interactions et dynamiques au sein de la colocation, ainsi qu'une enquête par *questionnaire* adressé aux proches (portant sur les raisons ayant conduit à l'emménagement au sein de la colocation, les liens entretenus avec les colocataires, la participation des proches à la vie de la colocation et leur appréciation générale de l'accompagnement proposé) sont venus compléter ce dispositif. Dès lors, il fut possible de documenter la mise en place et le déroulement du projet dans sa phase pilote afin d'en permettre une certaine « traçabilité » et d'interroger sa possible reproductibilité, mais aussi et surtout de pouvoir mettre en perspective les effets produits à l'aune de ceux escomptés initialement.

ACCOMPAGNER LES POUVOIRS D'AGIR AU SEIN DE LA COLOCATION

La colocation Alzheimer a pour but de permettre à chacun·e de bénéficier d'une vie communautaire choisie en milieu ordinaire et non médicalisé. Le terme de « comme à la maison » est présent dans les brochures de présentation et les contrats. Et les objectifs énoncés de la colocation sont l'encouragement des personnes à utiliser le plus longtemps possible leurs capacités et ressources ; la diminution de leur isolement social ; et l'intégration de leurs proches dans un cadre de vie adapté.

Le premier objectif énoncé – « l'encouragement des personnes à utiliser le plus longtemps possible leurs capacités et ressources » – est celui qui nous intéresse tout particulièrement ici. En effet, au-delà des bonnes intentions initiales des porteurs de projet, il convient de se demander dans quelle mesure cette forme d'habitat permet en elle-même cet encouragement du pouvoir d'agir des résident·e·s et de leurs proches. Il est important de rappeler que la majorité des personnes entrées à la colocation y sont entrées parce que leur ancien mode de vie n'était plus jugé, le plus souvent par leur entourage, comme étant possible. La provenance des colocataires indique que la majorité d'entre elles étaient en hôpital avant leur entrée, ce qui indique qu'une crise avait eu lieu. Les personnes qui vivaient seules à domicile avec l'aide et le soutien de leurs proches ont peu à peu exigé de plus en plus d'attention avec la progression de la maladie. Ce sont alors ces

proches qui tirent la sonnette d'alarme et engagent une discussion avec leur parent âgé et souvent aussi avec un·e professionnel·le de la santé qui pourrait les aider. Ces éléments sont très importants car, dans les faits, il ne s'agit pas tant de la volonté des colocataires de déménager vers cet habitat alternatif, mais davantage de celui de l'entourage. Effectivement, nos entretiens ont montré que l'entourage s'inquiète et s'épuise, surtout devant des parents qui font preuve d'anosognosie et n'ont pas conscience de leur situation.

DISTINCTION ENTRE ESPACES PRIVÉS ET ESPACES PARTAGÉS

En ce qui concerne la structuration de l'habitat en lui-même, on retrouve dans les deux colocations une réelle volonté de distinguer les espaces privés – les chambres – des espaces communs. Cela se traduit notamment par le fait que les colocataires sont invités à meubler leur chambre. À leur arrivée en colocation, elles trouvent des chambres vides qu'elles ont le loisir d'aménager et de décorer à leur goût. Des meubles familiers sont emportés de leur ancien domicile, souvent avec l'aide de leurs familles ou de professionnels et la présence d'un lit non médicalisé dénote le souci que la chambre ne s'apparente pas à une chambre d'hôpital ou d'institution d'hébergement. Cette liberté de choix d'aménagement vise l'affirmation d'une souveraineté sur l'espace et la reconstitution d'un « chez-soi » et de ce que Serfaty-Garzon qualifie de « territoires de l'intimité » (2003). Si la notion de chez-soi renvoie à une maîtrise de l'espace et de la relation à autrui (Gérard, 2017), l'appropriation de ce nouveau logement passe également par les usages du quotidien qu'y expérimentent les colocataires. Ainsi, l'existence d'espaces privés ne suffit pas pour la constitution du sentiment de chez-soi : celui-ci se concrétise aussi par l'appropriation des espaces « interstitiels ou intermédiaires » (Djaoui, 2016), ces espaces qui ne font pas partie des espaces privés, qui sont partagés par tous, mais ne font pas non plus l'objet de sociabilité organisée. La configuration de Topaze – avec ses deux appartements conçus pour du logement privé – présente de multiples « petits espaces », comme une cuisine à l'étage, une véranda ou certains coins du salon, qui permettent des tête-à-tête prévus ou imprévus. Si la circulation entre les deux étages constitue un défi pour les

accompagnantes, obligées de gérer les allées et venues des colocataires au gré de leurs envies, cette configuration offre des coins et recoins qui permettent d'échapper à la vie en groupe et au regard des professionnelles. À Rubis, les seuls espaces intermédiaires sont constitués des couloirs (entre la salle commune et les chambres) et il n'y a pas de petits espaces qui pourraient être qualifiés d'intimistes.

LA NEUTRALITÉ DES ESPACES PARTAGÉS

Il apparaît que s'opère une distinction nette dans l'investissement et l'usage des lieux : les lieux communs restent neutres et les chambres sont les espaces familiers et personnalisés. Les espaces partagés revêtent une certaine neutralité, le visiteur ne rencontrant que peu de traces des colocataires et de leurs affaires personnelles. Les déambulateurs sont mis de côté par les accompagnantes et les cannes restent près de leur propriétaire. Les médicaments sont rangés dans les armoires des cuisines dans des boîtes et cadenassés pour éviter tout abus ou mésusage. Les lieux n'apparaissent pas comme étant « médicalisés », mais sont peu investis par les colocataires. L'appropriation des espaces communs n'est en effet aisée – ou clairement visible – dans aucune des deux colocations. Des éléments d'adaptation ou de compensation que l'on pourrait retrouver à domicile – tels que des notes, des photos, des meubles d'appui, des pochettes, etc. – ne sont pas présents dans les espaces communs (Le Borgne-Uguen, 2005). La seule forme de personnalisation des lieux se retrouve dans les photos imprimées par le personnel de la colocation – photos représentant les colocataires et les accompagnantes lors de sorties de groupe – qui sont apposées au mur ou sur la porte du salon.

Les chambres des colocataires apparaissent donc comme étant les vrais espaces privés, qui permettent un retrait de la vie de groupe. Ce sont ces espaces que les colocataires investissent et décoorent à leur guise. Ce sont aussi les espaces privilégiés par les proches lors de leurs visites, même si ces derniers et dernières y passent peu de temps. La grande majorité des proches indique s'installer durant ces visites dans les chambres des colocataires ou sortir de la colocation. Ceci s'explique d'une part du fait que les proches assimilent difficilement la colocation à un « domicile privé ». D'autre part, les espaces communs ne permettent d'accueillir qu'un nombre limité de visiteurs, ce qui contraint souvent

les proches à sortir de la colocation avec leur parent. Cette manière de faire est d'ailleurs encouragée par les accompagnatrices, mais ne favorise pas une intégration de ces derniers au sein de la colocation.

Ainsi, la difficile appropriation des espaces par les colocataires en rappelle le caractère généralement temporaire et le fait que, selon nous, ce lieu de vie ne constitue pas réellement un nouveau chez-soi.

INTERACTIONS ET ACCOMPAGNEMENT

Les troubles démentiels peuvent constituer un obstacle à l'expression et à l'autodétermination. Dans ce sens, les capacités et les ressources des résident-e-s se voient souvent limitées par leurs pathologies mnésiques. Il est dès lors intéressant de se pencher sur ce qu'il se passe vraiment en termes d'accompagnement et d'interactions au sein de cette colocation, apportant un éclairage anthropologique à des idées directrices séduisantes mais complexes à mettre en œuvre effectivement. Les exemples suivants illustrent, selon nous, la complexité de l'encouragement des capacités et des limites rencontrées dans sa mise en pratique.

83

LA PARTICIPATION AUX TÂCHES DOMESTIQUES

M^{me} A. est entrée à la colocation à l'âge de 93 ans. N'ayant pas d'enfants et n'étant pas mariée, M^{me} A. a été employée toute sa vie. Lorsque les accompagnantes proposent aux colocataires de participer aux tâches domestiques, il est attendu que tout le monde mette la main à la pâte et accompagne ainsi les accompagnantes dans leurs tâches quotidiennes. Une telle met la table, une telle coupe les pommes de terre, une telle met les assiettes dans le lave-vaisselle et ainsi de suite. M^{me} A. ne tient pas à participer aux tâches domestiques car « j'ai assez fait toute ma vie, maintenant, je me repose » dit-elle. Ce refus de participer est accepté par toutes ; M^{me} A. est la doyenne de la colocation et elle est appréciée de toutes pour sa gentillesse et son humour.

Ainsi, dans cet exemple, c'est la volonté de la colocataire qui met à l'épreuve le modèle de la colocation dans lequel il est attendu que les colocataires aident aux tâches domestiques et, de ce fait, participent à la vie de groupe et maintiennent certaines de leurs capacités. La continuité dans les tâches quotidiennes est un premier vecteur de maintien

des capacités des personnes entrant à la colocation. Le fait de se renseigner sur le passé et le vécu des personnes entrant permet aux accompagnantes de proposer des activités en lien avec les goûts et les envies des colocataires. À ce propos, un document retraçant la vie sociale des colocataires rempli lors de leur entrée avait été conçu par la responsable de la colocation. Il a été peu à peu abandonné au cours du projet, au profit de documents à caractère médical. Ceci ne veut pas dire que les préférences et goûts des colocataires ne sont pas connus de l'équipe d'accompagnantes mais il n'en reste pas de traces consignées.

L'EXEMPLE DU TRICOT DE M^{me} E.

Une accompagnante a eu l'idée de proposer une animation « tricot » aux colocataires. Toutes les colocataires étaient ouvertes et disposées à participer, mais M^{me} E. a dit ne pas savoir tricoter et hésitait donc à participer. L'accompagnante l'a encouragée et lui a remis entre les mains une pelote de laine ainsi que des aiguilles. Les mains de M^{me} E. ont commencé à tricoter toutes seules et tout le monde en fut étonné, M^{me} E. la première. L'animation a donc pu se poursuivre avec la participation de toutes les colocataires. Les jours suivants, M^{me} E. ne lâchait plus son tricot et restait dans sa chambre, seule. Elle laissait aller ses mains et passait ainsi de longues heures dans sa chambre. Au bout d'une dizaine de jours, cette attitude a questionné les accompagnantes. M^{me} E. s'isolait de plus en plus en participant de moins en moins à la vie du petit groupe, délaissant ses partenaires de Scrabble avec qui elle passait une bonne partie de ses après-midi. Face à cette situation, les accompagnantes ont décidé de retirer le tricot des mains de M^{me} E. et de « rationner » ses heures passées à tricoter. Selon nos informations, ce rationnement n'a pas rencontré de forte opposition de la part de M^{me} E. qui, au bout de quelques minutes, ne se rappelait pas l'évènement.

LES LIMITES D'UN MODÈLE POUR – ET LE RÔLE PRÉPONDÉRANT DES ACCOMPAGNANTES DE VIE

Si le projet initial visait la promotion d'un modèle d'habitat « comme à la maison », en privilégiant les ressources des colocataires, en sollicitant l'entourage et en faisant intervenir les soins à domicile pour ne pas

médicaliser la structure, dans les faits, la réalité apparaît bien plus complexe. En pratique, on peut en effet se demander si cet environnement protecteur et sécurisé ne représente pas finalement un incitatif pour les colocataires à en « faire moins » et, ce faisant, à ne pas exploiter leurs ressources potentielles ou préservées (ce qui constituait donc pourtant l'un des objectifs initiaux du projet). L'équilibre entre la guidance, la protection, et la stimulation, *i.e.* le « faire avec » *versus* le « faire à la place de », est parfois difficile à négocier et comporte un risque de sur-protection ou d'hypostimulation, et la frontière entre les deux est sou-vent ténue.

En outre, l'intégration des proches au sein des colocations s'avère plutôt limitée. Leur participation aux tâches inhérentes à la vie au sein de la colocation est pratiquement inexistante, et leur présence se limite généralement à quelques visites. Pour les familles, parfois épuisées par les soins et l'attention fournis depuis de nombreuses années, le choix de la colocation paraît socialement plus acceptable qu'une entrée en institution ; ainsi le rapport que ces proches entretiennent avec la colocation apparaît plus similaire à celui qu'ils et elles auraient à l'égard d'une institution plutôt qu'à celui qu'ils et elles pourraient entretenir vis-à-vis du domicile privé. Ainsi, au-delà de cette forme d'habitat – qui, en se rapprochant des petites unités de vie, est censé permettre des liens plus personnalisés – il apparaît que les proches ne s'investissent finalement que très peu au quotidien et ne s'approprient pas ces espaces. Ils et elles ne peuvent pas être considéré·e·s comme de réel·le·s acteur·trice·s de la vie communautaire et jouent un rôle plutôt périphérique.

Dès lors, la vision domiciliaire doit être quelque peu remise en question ; si la colocation offre effectivement une étape, informelle et peu médicalisée, avec les exigences d'une vie communautaire qui impliquent des règles de fonctionnement plus ou moins explicites, au sein des colocations Topaze et Rubis, « faire communauté » peut être schématisé ainsi : les colocataires entretiennent des contacts limités entre elles, les accompagnantes jouent un rôle prépondérant et les proches y occupent une place secondaire et l'intégration dans la cité (voisinage, quartier) est quasi inexistante.

Car c'est bien là l'un des principaux résultats de nos enquêtes de terrain : faire en sorte qu'il se tisse des liens entre les habitant·e·s de la colocation repose presque exclusivement sur les accompagnantes de

vie¹⁵. Se pose alors la question cruciale de ces professionnelles qui sont chargé·e·s « d'animer » ces habitats : qui sont-elles ? Quels sont leurs formations et leur cahier des charges réel ? Leur place se révèle être centrale dans le modèle : ce sont elles qui veillent à la bonne marche générale de la vie au sein de la colocation, à prévenir les dangers tout en accordant une attention particulière à chaque colocataire, les accompagnant dans leurs activités propres en tentant d'en respecter leur rythme. Elles jonglent ainsi entre les désirs de chacun·e tout en veillant au bon déroulement des activités, assurant un suivi individualisé dans un cadre de vie communautaire. Mais un accompagnement sur mesure, nécessite un temps d'accompagnement individuel. Or la disponibilité des professionnelles est fortement tributaire de l'organisation du travail, de la dotation du personnel et du niveau de qualification des accompagnantes. Autant d'éléments qui tendent à gonfler le coût de l'accompagnement, qui se doit cependant de rester suffisamment bas pour se distinguer des établissements d'hébergement.

86

Novateur pour la Suisse, ce type de projet est très certainement appelé à y essaimer et à s'y banaliser à l'avenir. Et il y a fort à parier que cette forme d'habitat – qui se situe entre le strictement privé et le collectif de l'institution – se développera pour s'inscrire dans une palette d'offres en structures d'accompagnement plus diversifiée, et deviendra ainsi, pour un public spécifique, une vraie alternative à l'EMS ou du moins une étape plus (re)connue et adoptée à une large échelle. Cependant, si à l'origine du projet il y avait la volonté de permettre un meilleur maintien des capacités et du pouvoir d'agir de personnes souffrant de troubles cognitifs, en faisant « animer »¹⁶ ses logements PAR leurs habitant·e·s et leurs proches eux/elles-mêmes, le fait que la mise en place de ces habitats nouveaux se soit inscrite dans une logique *top-down*, par le haut, et que l'initiative émane d'entrepreneurs et d'institutions (qu'elles soient publiques ou privées) soutenus par les décideurs et décideuses politiques, et non de leurs futur·e·s habitant·e·s et leurs proches (comme en Suède ou en Allemagne par exemple), semble impacter fortement ce qui se joue et ce qui se vit au sein des colocations pour leurs résident·e·s,

¹⁵ Ici, nous employons le féminin car, au cours des évaluations menées dans ces deux projets pilotes, ce ne furent que des femmes qui occupèrent cette fonction, et c'est à notre connaissance semble-t-il toujours le cas aujourd'hui.

¹⁶ Au sens de « l'habiter » tel que Sabrina Berrocal-Gitto l'explicite dans le chapitre 5.

et influence en bonne partie l'accompagnement du maintien de leur pouvoir d'agir. Plus généralement, il convient de rappeler que le pouvoir d'agir ne doit pas être considéré dans l'absolu, mais compte tenu de l'état de santé des personnes concernées. Ainsi que cette enquête auprès de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer le met en perspective, les troubles cognitifs limitent et altèrent en effet l'autodétermination et les possibilités de maintenir et utiliser le plus longtemps possible leurs capacités et ressources, quels que soient les moyens déployés.

VIVRE PLUS LONGTEMPS, HABITER PLUS LONGTEMPS

SABRINA BERROCAL-GITTO

François Höpflinger ayant proposé une définition des habitats dits alternatifs pour les personnes des troisième et quatrième âges (chapitre 1), c'est ensuite une réflexion sur la question de leur institutionnalisation (Rosenfelder – chapitre 2) que ce soit à l'échelle du quartier (Leenhardt – chapitre 3) ou de l'appartement (Brzak & Avramito – chapitre 4) qui a été proposée. Cependant, afin d'explorer les différentes facettes de ces nouvelles formes « d'habiter », il apparaît opportun de prendre un peu de recul, et de se demander ce que signifie plus globalement l'acte « d'habiter ». Cette remontée en généralité est justement le sujet auquel s'attache le présent chapitre, fruit de la réflexion menée à partir d'une enquête de terrain dans la commune de Vevey (Berrocal-Gitto, 2015).

Loin d'être passif, l'acte « d'habiter » participe à la définition de soi de l'individu et le situe socialement. L'habiter est investi bien au-delà de l'espace du logement privé, il représente « l'expérience la plus fondamentale de notre rapport au monde » (Pattaroni, Kaufmann & Rabinovich, 2009, p. 5). Il regroupe le logement dans sa composition structurelle, l'environnement direct, les services de proximité, le voisinage, les infrastructures et, mais aussi et surtout, l'usage et l'attachement qui lui sont attribués par ses occupant·e·s.

Le logement doit répondre aux besoins primaires des personnes dans le respect de leur dignité (Tabin, 2005) et être accessible à tou-te-s, telle que le garantit, en Suisse, la Constitution fédérale¹. Cette dernière stipule en effet² que « la Confédération et les cantons s'engagent, en complément de la responsabilité individuelle et de l'initiative privée, à ce que : [...] toute personne en quête d'un logement puisse trouver, pour elle-même et sa famille, un logement approprié à des conditions supportables ». Et si l'on s'intéresse à l'habitat de personnes catégorisées comme âgées³, et que l'on prend en compte le fait que « la manière dont on vieillit [...] dépend également de l'environnement dans lequel s'opère l'avancée en âge » (Caradec, 2012, p.111), il apparaît alors que le *bien-vieillir*⁴ est plus longtemps possible s'il est soutenu par un *bien-habiter*. Par conséquent, la question de savoir ce que sont des conditions dignes, appropriées et supportables paraît pertinente.

Les enjeux du questionnement croisé *vieillesse et logement* apparaissent comme étant de plusieurs ordres : si l'état de santé et l'autonomie⁵ sont déterminants et semblent primordiaux (Gérard, 2017), la situation économique des rentiers AVS⁶, très variable, engendre des inégalités face au marché du logement⁷. En outre, il existe des enjeux identitaires importants. En effet, avoir un logement est un facteur essentiel d'intégration sociale. Choisir librement son habitat, le valoriser, avoir la possibilité d'en

1 Article n°12 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999. Cette notion de dignité humaine est interprétée ici au sens qui lui a été attribué par Kant, soit la garantie de la capacité de s'autodéterminer et de ne pas être traité comme une marchandise.

2 Article n°41, alinéa 1.e., de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999.

3 Et ce, qu'il s'agisse de personnes dites du troisième ou du quatrième âge.

4 Le bien-vieillir est une notion polysémique, il est considéré ici comme regroupant à la fois des caractéristiques physiologiques et mentales (être en bonne santé) et une capacité à réaliser des choix pour soi-même (donner un sens à sa vie), (Gitto, 2015, p.17).

5 Selon le sociologue Antoine Gérard (2017, p.145) « la notion d'autonomie est régulièrement utilisée en antonyme de la notion de dépendance (impossibilité de réaliser seul les gestes de la vie quotidienne) ». Il précise néanmoins qu'en « sciences sociales et humaines, et de plus en plus en gérontologie, la notion d'autonomie renvoie à la capacité d'agir selon ses choix, en accord avec ses valeurs et aspirations (Ennuyer, 2007 ; Zielinski, 2009) ». Ici, c'est à cette acception plus large du terme à laquelle nous souhaitons nous référer.

6 AVS : pour Assurance-vieillesse et survivants. Il s'agit de l'une des composantes de redistribution incluse dans le système suisse de retraite dit des « trois piliers », et historiquement la première assurance vieillesse à avoir été mise en place.

7 Et pour certain-e-s, un effort financier supérieur à la norme de 33 % (Icconsulting, 2014) du taux d'effort (loyer/revenu net) est nécessaire afin de pouvoir accéder à un logement.

changer, sont autant de facteurs constitutifs de l'identité sociale et du sentiment de dignité. Enfin, prendre en compte les enjeux liés à la justice sociale et urbaine apparaît nécessaire si l'on souhaite réduire les ruptures entre les générations, ne pas stigmatiser la vieillesse, et assurer une certaine mixité générationnelle ou encore veiller à une répartition équitable des surfaces habitables entre les âges.

La manière d'habiter est donc à la fois le reflet de la situation socio-économique des personnes vieillissantes, de leur insertion sociale, de leur autonomie, des activités qu'elles pratiquent éventuellement et de leur état de santé, bref, d'une bonne part de ce qui définit ces personnes en tant qu'individu. Ces personnes tendent ainsi à conserver leur identité à partir de leurs origines, mais aussi, grâce à leur ville, leur quartier, leur logement.

Pour ce qui concerne la Suisse, de par la structuration même de son système politique fédéral, il existe une grande disparité de pratiques au sein de ses différentes communes dues à des politiques locales très diverses. Effectivement, si le Conseil fédéral a bien essayé d'esquisser les grandes lignes d'une stratégie en matière de politique de la vieillesse en définissant une base juridico-politique nationale (Conseil fédéral, 2007), cette stratégie n'implique pourtant pas, à ce jour, de politique gérontologique nationale à proprement parler. Sur la base des principes du fédéralisme et de la subsidiarité, la Confédération n'intervient sur certains aspects qu'en complément et en soutien des cantons et des communes. Ces derniers et dernières ont alors pour mission de s'organiser pour apporter soins et assistance aux personnes âgées, ce qui suppose la clarification de la répartition des tâches entre ces deux échelles, qui reste parfois floue (Brzak & Hugentobler, 2019). Aussi, peu de communes se sont jusqu'alors donné les moyens d'un examen rigoureux des conditions d'existence de leurs aîné-e-s⁸ sous l'angle de l'habitat. L'observation de la structure du parc immobilier et de l'environnement urbain (infrastructures, services,

8 On peut cependant citer les communes de la région lausannoise qui ont récemment commandité un rapport d'expertise (Hugentobler, V., Lambelet, A., Brzak, N. & Ly S. M., 2019) afin de mieux conceptualiser une politique de la vieillesse qui prenne en compte l'articulation entre les niveaux cantonaux et communaux dans le contexte de la stratégie nationale proposée par le Conseil fédéral en 2007. Ledit rapport, en s'intéressant aux actions locales et en observant les acteurs impliqués et potentiels ainsi que l'inscription des personnes âgées dans le tissu local, permet de documenter de quoi sont faites les politiques locales – et donc entre autres celles en lien avec l'habitat des aîné-e-s – au sein de la région lausannoise, et de réfléchir à quelles seraient les actions à mettre en œuvre auprès des populations et quels rôles pourraient y endosser les communes.

transports, etc.), ainsi que l'évaluation de leur utilisation par les aîné·e·s, permet pourtant d'identifier de nombreux facteurs de risques ou, au contraire, des atouts, quant à la possibilité de bien vieillir « chez soi » dans un contexte urbain. Un tel effort permettrait d'étayer la réflexion en faveur d'une ingénierie sociale⁹ performante destinée à accompagner le processus de vieillissement de la population.

Les politiques publiques, ainsi que nombre d'institutions et entreprises privées, tendent à explorer de nouveaux modèles d'habitat pour répondre aux besoins du vieillissement – appartements protégés, appartements Domino¹⁰, colocations Alzheimer¹¹, ou autres –, et dans cette perspective, les établissements médico-sociaux (EMS) auraient alors vocation à recentrer leurs activités sur les personnes du quatrième âge particulièrement fragilisées (Deschamps & Hainard, 2012). Néanmoins, la question du chez-soi ordinaire, son adaptation en amont de la perte d'autonomie, et celle de la possible projection des individus dans des démarches adaptatives ou vers un ailleurs, qui pourrait être un autre logement (l'un de ces nouveaux types d'habitat, ou encore un EMS), ne sont que trop rarement soulevées¹². La grande majorité des personnes de plus de 65 ans sont pourtant des locataires « ordinaires ».

CONSERVER LA POSSIBILITÉ DE VIEILLIR CHEZ SOI...

L'habitat est un objet complexe et dynamique qui évolue beaucoup à travers le temps. Le plus souvent, il n'est pas construit par ses habitant·e·s, il leur préexiste et il demeure après elles et eux. La plupart des bâtiments existants ont été pensés et construits dans des contextes bien différents de ceux d'aujourd'hui, particulièrement en ce qui concerne le nombre et l'âge de leurs occupant·e·s. Or, l'impossibilité d'agrandir le parc des

⁹ Voir à ce propos la définition de Bonetti et de Gaulejac, proposée dans le chapitre 3 de H. Leenhardt

¹⁰ Il s'agit de logements en Valais de type « colocation » entre personnes âgées, intégrés au sein d'un immeuble spécifique, et qui offrent une infrastructure et un aménagement adaptés aux besoins spécifiques des personnes âgées en matière d'autonomie et de sécurité, tout comme un suivi régulier du CMS.

¹¹ Voir le chapitre 4 du présent ouvrage.

¹² Si ce n'est, par exemple, dans les travaux de Nowik et Thalineau (2010) qui se sont intéressés aux raisons de la mobilité résidentielle en « milieu de retraite » en la comparant à celle observée plus tôt dans le cycle de vie de la retraite, et qui ont montré que les logiques des mobilités ne sont pas seulement sous l'influence du cadre spatial mais qu'elles s'effectuent aussi en tenant compte des relations sociales.

appartements protégés et adaptés de manière synchronisée et proportionnée à l'augmentation des besoins liés au vieillissement – notamment pour des raisons économiques – oblige à reconsidérer les logements « ordinaires » et à évaluer la viabilité du projet de vivre chez soi qui est partagé par la majorité des aîné·e·s.

Il est essentiel que la notion de « chez-soi » soit examinée avec soin. Ceci, non seulement afin de définir des politiques publiques éclairées, mais également afin d'accompagner les personnes vieillissantes dans une prise de conscience et une anticipation des difficultés pouvant survenir dans un avenir difficile et non souhaité (en général associée à une perte d'autonomie plus ou moins prononcée). L'observation des conditions résidentielles des aîné·e·s donne de précieux renseignements pour appréhender le moment où l'habitat n'est plus un refuge mais une sorte de carcan dont il est de plus en plus difficile de s'extraire. Et dans lequel, mais aussi depuis lequel, il devient de plus en plus difficile de vivre avec dignité. Or, ce moment semble au moins autant défini par la présence ou l'absence d'agencements qui constituent progressivement des obstacles, que par la posture socioaffective des habitant·e·s vis-à-vis de leur lieu de vie¹³.

93

Le fait de quitter ou non son domicile implique un processus qui engage non seulement des aspects purement pratiques – adaptabilité du logement, accessibilité sur le plan économique, proximité des transports, proximité des proches – mais également des aspects émotionnels importants – attachement, sentiment d'appartenance, identification, mémoire. En effet, les individus sont attachés à leur lieu de vie, leur appartement, leur quartier, leur ville et cet attachement est un facteur d'immobilité résidentielle très fort, souvent uniquement mise à mal par un état de santé trop dégradé pour permettre le maintien au domicile. Pour bien des personnes, pouvoir rester chez soi ne relève pas uniquement du simple désir, mais est véritablement vécu comme un impératif, dans l'optique

13 Le rapport de l'OFAS, « Stratégie en matière de politiques de la vieillesse » (2007), met en exergue la contradiction entre la grande satisfaction des habitant·e·s par rapport à leurs logements et le fait que ces logements ne sont pas nécessairement perçus comme adaptés à la perte possible d'autonomie des personnes vieillissantes. Par exemple, « seules 15 à 20 % des personnes interrogées estiment que leur logement est accessible en chaise roulante » (OFAS, 2007, p.21). L'étude présentée ci-après (Gitto, 2015) le confirme également : il y a une grande différence entre l'évaluation spontanée et affective du lieu de vie, et celle, descriptive, des obstacles effectivement présents. Il est donc essentiel de prendre en compte ces deux aspects afin d'évaluer l'adaptabilité du logement à la situation des personnes vieillissantes.

de pouvoir maintenir son autonomie, et le déménagement est alors vécu comme un ultime recours; on parlera alors, dans ce dernier cas et avec Vincent Caradec (2010), de mobilité d'ajustement. Le sociologue Vincent Caradec distingue en effet plusieurs types de mobilité résidentielle: la mobilité résidentielle choisie; la stabilité (ou immobilité) résidentielle (choisie); la mobilité contrainte (ou mobilité d'ajustement); et l'assignation à résidence. Si, selon les résultats de notre étude présentés ci-après, le premier choix en termes de mobilité résidentielle est bien l'immobilité (choisie), il n'en reste pas moins que l'appréciation positive du logement actuel ou l'attachement n'en sont pas les seuls facteurs, car bien souvent, la mobilité résidentielle, au moins dans la même ville afin de préserver ses repères, est difficilement réalisable.

QUELLES RÉALITÉS ET QUELLES ATTENTES POUR VIEILLIR CHEZ SOI? LE CAS DES HABITANT·E·S DE VEVEY

94

À partir d'une étude réalisée en 2013-2014 à Vevey – ville de Suisse romande de près de 20 000 habitant·e·s, et qui comptait alors déjà 15 % de personnes âgées de plus de 65 ans mais ne disposait pas d'une politique de vieillesse identifiable – nous avons souhaité éclairer la perception et les attentes qu'avaient les seniors des projets d'habitat qui leur sont destinés, en comparaison avec leur réalité quotidienne alors vécue (Gitto, 2015). Pour ce faire, nous avons examiné certains aspects de la constitution des ménages, de leurs habitudes de vie et de l'agencement de leurs logements.

L'objectif de cette recherche était de tester l'hypothèse selon laquelle il existait un écart important entre l'offre d'habitations/la situation immobilière à Vevey et les besoins liés au vieillissement, entre un habitat censé être adapté au « bien-vieillir » et l'habitat tel que décrit et vécu par les aîné·e·s. Des données ont alors été récoltées par l'intermédiaire d'un questionnaire auto-administré de 64 questions qui fut adressé à un échantillon de personnes âgées de 60 ans et plus¹⁴, ainsi

¹⁴ Afin d'avoir la possibilité de disposer de résultats sur plusieurs cohortes pour pouvoir en observer la diversité et approcher les projections des plus « jeunes » aîné·e·s, cette étude s'est adressée aux personnes âgées de 60 ans et plus. Juste en amont de la retraite, 60 ans est un âge où, si le processus de vieillissement et ses corollaires ne sont pas encore préoccupants, le retrait prochain du marché du travail est un indicateur social concret d'un changement à venir (Gitto, 2015, p.34).

que par des entretiens réalisés avec des représentant·e·s d’organisations sociosanitaires et du domaine du logement afin d’apporter un éclairage spécialisé et de discuter les résultats obtenus via l’enquête par questionnaire.

L’échantillon pour l’envoi des questionnaires a été établi de manière à la fois aléatoire et stratifiée sur la base de l’ensemble des personnes de plus de 60 ans résidant à Vevey, avec une sur-représentation ou une sous-représentation de certaines catégories qui ont été introduites dans la base de sondage afin de minimiser le coefficient de redressement de l’échantillon final. Finalement, ce sont près de la moitié des habitant·e·s de la ville âgé·e·s de 60 ans et plus qui ont reçu un questionnaire.

Sur 1748 questionnaires, et avec un taux de participation de 46 %, les réponses de 743 personnes ont pu être validées. L’échantillon final est constitué de 52 % de femmes (386) contre 48 % d’hommes (357). Toutes les catégories d’âge sont bien représentées avec toutefois un taux de participation légèrement plus faible parmi les personnes encore actives (60-69 ans) et les grands seniors (90-94 ans). Enfin, les participant·e·s ont été invité·e·s à évaluer leur état de santé : il ressort que la capacité des répondant·e·s à réaliser des activités de la vie quotidienne¹⁵ est plutôt bonne.

95

TABEAU 1 : CONSTITUTION DE L’ÉCHANTILLON

Échantillonnage	
Population totale des 60 + (N)	3700
Nombre de questionnaires envoyés	1748
Taux de participation	46 %
Nombre d’enregistrements valides	743
Pourcentage de N	20 %

À Vevey, 67 % des personnes ayant répondu au questionnaire sont installées depuis plus de vingt ans dans la ville. Par ailleurs, 49 % de toutes ces personnes qui résident à Vevey depuis plus de vingt ans, vivent dans le même logement depuis plus de vingt ans également. En tant d’années, une réelle intégration, voire une assimilation de la ville et de ses contours a nécessairement lieu. Vevey est jugée plai-

¹⁵ Par exemple : mobilité (se déplacer à l’intérieur du logement et à l’extérieur), capacité à préparer un repas, faire ses courses, se lever et se coucher, monter des escaliers, rester assis, faire sa toilette, etc.

sante à vivre et peut s'enorgueillir des résultats plutôt flatteurs de cette étude. En effet, pas moins de 94 % des répondant·e·s pensent qu'il est possible de bien y vieillir et 93 % affirment y être attaché·e·s et vouloir y demeurer. Se sentir bien chez soi est un facteur qui apparaît comme très important, et qui vient soutenir des conditions de vie favorables et prolonger le projet du maintien à domicile; cette appréciation positive doit être mentionnée¹⁶. Cette *stabilité résidentielle* (choisie) peut être interprétée comme un témoin de l'attachement qui imprègne fortement l'attitude des personnes quant à leur *habiter* et leur manière d'appréhender leur *chez-soi*. Ces résultats vont dans le sens de ce qu'explique par exemple Christiane Matter (2019): le logement, bien au-delà de ses aspects purement matériels, est une source et un lieu d'exercice de l'identité des individus, mais également l'ancrage social du quotidien et des souvenirs lorsqu'on l'occupe depuis de nombreuses années – ce qui est le cas de la grande majorité des personnes âgées interrogées ici.

96

Pourtant, chez soi n'est pas toujours mieux qu'ailleurs. À plus fortes raisons dans un parc immobilier qui n'a peut-être pas anticipé les besoins de cette part de la population pourtant de plus en plus significative¹⁷. Dans les faits, il apparaît que de très nombreux logements ne sont pas, ou le sont mal, adaptés au vieillissement de la population: les salles de bains sont le plus souvent agencées de telle manière que la toilette devient très vite un exercice complexe dès lors que l'autonomie physique est en baisse (salle de bains accessible en fauteuil roulant pour seulement 9 %; présence de baignoire dans 85 % des logements, contre 12 % de douches sans seuil); l'espace accessible des cuisines se restreint à mesure que les capacités physiques s'amenuisent, les seuils de porte deviennent des entraves (présence de seuil de portes dans 41 % des logements), les caves et les buanderies sont hors d'atteinte.

Par ailleurs, il apparaît fondamental aux répondant·e·s de pouvoir sortir de leur logement. Malgré un questionnaire conséquent, comportant systématiquement des cases à cocher destinées à la codifica-

16 En outre, la large participation à l'étude (46 % de taux de participation) démontre un intérêt et une forme de confiance dans cette démarche soutenue par la commune.

17 Selon les chiffres publiés par Statistique Vaud (StatVD), dans le district de Vevey, la population des 65 + devrait augmenter de 3 % d'ici à 2030 et représenter 22 % de la population totale.

tion des réponses, la question portant sur les sorties est la seule qui a, de manière récurrente, fait l'objet d'une réponse spontanée en toutes lettres : les répondant·e·s ont écrit « OUI » tout en cochant également la case correspondant au « oui ». Ainsi, 88,4 % d'entre elles et eux sont sorti·e·s le jour précédant leur réponse, 91 % sortent au minimum 3x/semaine, 76 % sortent 5-7x/semaine. Sortir de chez soi peut ainsi être envisagé comme l'une des conditions essentielles afin de définir ce qui pourrait constituer un logement digne, approprié et supportable. Dès lors, que dire du fait que 26 % des répondant·e·s mentionnent la présence d'obstacles pour accéder au logement, et que, si 63 % de logements bénéficient d'un ascenseur, seulement 40 % peuvent accueillir un objet auxiliaire comme un fauteuil roulant ou un déambulateur. Et comment (ré)agir face à l'évaluation très négative de la praticité des transports publics : pas moins de 49 % des participant·e·s à l'étude estiment que les transports publics sont inadaptés au grand âge.

Malgré tout, 64 % des répondant·e·s estiment que leur logement ne pose pas de problème et répond à leurs besoins actuels (4,6/5pts) et futurs (3,8/5pts). Car, de tout cela, la plupart des personnes interrogées sont prêtes à s'accommoder et, de fait, elles s'en accommodent. Tant à travers les témoignages des professionnel·le·s rencontré·e·s qu'à la lecture des résultats du questionnaire d'enquête, il apparaît que les individus s'adaptent davantage à leur logement qu'ils adaptent leur logement à leurs besoins (bien qu'ici, il conviendrait de se poser la question d'une distinction à opérer selon que les occupant·e·s des logements ont un statut de propriétaire ou de locataire). Ils et elles sont attaché·e·s à leur foyer, jugent que bien y vieillir est possible et ne se projettent pas dans un autre lieu. S'ils et elles sont en mesure de décrire leur environnement et d'identifier certains obstacles avérés ou potentiels, ils et elles ne sont pour autant pas prêt·e·s à reconnaître que ceux-ci pourraient restreindre leur autonomie ou rendre inappropriées voire insupportables leurs conditions d'existence.

97

FAIRE LE CHOIX DE LA MOBILITÉ RÉSIDENTIELLE

Compte tenu des difficultés identifiées, reconnaissables et attendues du fait de l'architecture décrite par les répondant·e·s, l'étude a tenté de sonder les possibilités envisagées ou envisageables en termes de mobilité

résidentielle. Avant même d'entrer dans l'analyse des résultats portant sur l'environnement et les habitudes de vie des habitant·e·s, il est possible d'identifier deux éléments structurels fortement défavorables à l'accompagnement des personnes en pertes d'autonomie, que ce soit sur les plans psychiques, physiques ou économiques :

- En premier lieu, il convient de relever que Vevey est une ville de locataires : seuls 19 % des 60 + sont propriétaires ou copropriétaires de leurs logements. Or, le prix des loyers y est supérieur à la moyenne cantonale et le taux de logements inoccupés se situe autour de 0.5 (il est d'usage de considérer que la situation du marché immobilier est saine lorsque le taux de vacance se situe à 1.5). Cette situation, qui touche toutes les franges de la population mais en particulier les personnes nécessitant des logements à loyers modérés, est un casse-tête pour la commune qui n'est propriétaire que de peu de logements et ne dispose pas d'une base légale lui permettant réellement de faire pression sur le marché immobilier (OFL, 2013).

- En outre, à Vevey, bien qu'environ 63 % de la population des 60 + ayant répondu à notre questionnaire aient un loyer inférieur à 30 % du montant de leurs revenus, soit le taux d'effort (i.e. ratio « prix du loyer/revenu ») maximal fixé par le canton, il y a malgré tout près de 29 % de personnes qui doivent assumer un taux d'effort supérieur à cette norme de 30 % pour pouvoir se loger. De plus, en considérant uniquement les personnes seules, la part des loyers qui excèdent le tiers du revenu passe de 29 à 38 %. Vu l'effort déjà réalisé, un changement de logement apparaît donc économiquement inenvisageable pour de nombreuses personnes.

À ces deux facteurs, rareté et cherté des logements, s'ajoute le fait non moins significatif que les logements éventuellement disponibles ne sont pas forcément adaptés aux besoins des aîné·e·s. Pour trouver des logements adaptés, les aîné·e·s pourraient alors s'en remettre aux formes d'hébergements alternatifs existants. Le canton produit d'importants efforts en faveur du maintien à domicile et soutient le développement d'appartements protégés. Mais l'approche développée à travers ces démarches est essentiellement médico-centrée et concerne

prioritairement les personnes fragilisées dans leur santé¹⁸. Les EMS, quant à eux, ne sont plus désormais destinés qu'aux personnes du quatrième âge les plus atteintes dans leur santé et leur autonomie.

À titre d'hébergement spécialisé, Vevey dispose de 26 appartements protégés ainsi que de 189 lits en EMS, répartis dans quatre établissements. Même s'il est évident qu'à 65 ans il est rarement nécessaire de recourir à un habitat protégé ou adapté, il apparaît toutefois que le nombre de solutions d'hébergement, en regard de la population qui pourrait en bénéficier, n'est pas à même de répondre aux besoins grandissant de cette catégorie d'habitant·e·s – soit environ 2800 individus de 65 ans et + au moment de l'étude. Somme toute, la grande majorité des 60 + interrogés dans le cadre de notre recherche occupe un logement privé et notre étude a démontré que 89 % des participant·e·s ne souhaitent pas déménager.

En imaginant leur situation dans dix ans, plus de 70 % des répondant·e·s continuent de se projeter dans leur logement actuel, tandis qu'environ 20 % seulement imaginent vivre dans un autre logement privé, dans un appartement protégé ou dans un EMS. Les autres formes d'habitat proposées ne sont que très minoritairement représentées. Dans l'onglet « autre », les réponses les plus fréquentes : « ne sait pas », « décédé », « dépend de l'état de santé », indiquent l'absence de projection et l'incertitude quant à l'avenir. Ces réponses bien entendu dépendent également de l'âge des répondant·e·s mais illustrent quoi qu'il en soit la prévalence des formes médico-sociales d'alternatives au logement comme solution de repli dans le cas où il ne deviendrait plus possible de rester chez soi.

La question de savoir s'il s'agit de mobilité ou plutôt d'immobilité résidentielle choisie prend tout son sens, assortie aux difficultés potentielles liées à la capacité d'aller et venir librement non seulement dans son logement mais aussi vers l'extérieur. Il est nécessaire de s'interroger sur le nombre de personnes qui sont tout simplement assignées à résidence et

¹⁸ En 2012, le canton de Vaud a élaboré une stratégie politique cantonale fondée sur le rapport « Vieillesse et santé » et qui s'adresse prioritairement au champ sanitaire et a pour principale recommandation de « réformer l'organisation des soins, ainsi que les mécanismes de financement, pour faire face aux besoins à venir » (Deschamps & Hainard, 2012, p.6). La politique cantonale vaudoise ne peut donc pas être considérée pleinement comme une politique de la vieillesse puisqu'elle n'envisage pas cette problématique de manière transversale.

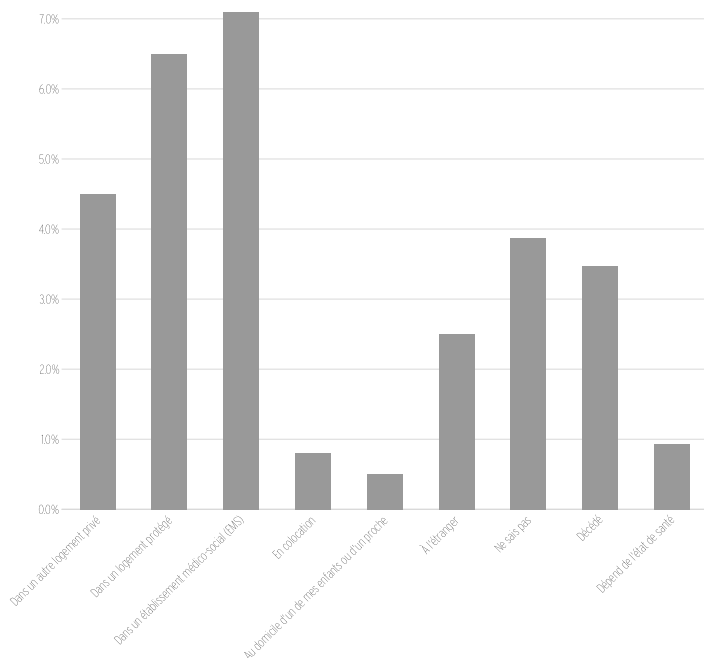


Figure 1 : Habitat envisagé sur une période de dix ans au cas où il ne deviendrait plus possible de rester chez soi. Pour la question : « Où imaginez-vous vivre dans 10 ans ? », 749 questionnaires sont complets.

dans l'incapacité de changer de lieu de vie. En effet, certaines personnes peuvent se trouver dans un habitat inadapté qui ne leur permet plus de vivre de manière intégrée et participative dans la société. La question de savoir s'il y a un risque d'entrer en EMS, précocement, du fait d'un marché du logement mal adapté et saturé, a été posée. Les réponses ne sont pas unanimes, mais il paraît utile de relever cette possibilité.

CONCLUSION

À travers cette étude, nous avons obtenu des résultats contrastés entre les éléments objectivables, plus descriptifs, relatifs aux logements et à l'habitat et ceux plus subjectifs liés à la posture et au vécu des répondant·e·s. Le rapport qu'entretiennent les personnes vieillissantes avec

leur environnement est tout aussi essentiel que l'agencement et les possibilités et ressources physiques et structurelles, car ce rapport est susceptible tant de masquer, et donc de minimiser les obstacles, que de générer des ressources. L'évaluation d'un même lieu dépend de l'évolution des capacités physiologiques et psychiques des individus, ainsi que de leurs représentations personnelles à un instant donné.

D'autre part, l'attachement apparaît comme un pilier fort, soutenant le projet de rester chez soi. De fait, les personnes sont prêtes à beaucoup afin de pouvoir rester et s'adaptent au cours du temps aux exigences de leur lieu de vie : avant même que le logement ne soit transformé pour répondre aux besoins de ses habitant·e·s, ce sont les personnes elles-mêmes qui s'adaptent à leur logement. Ce qu'elles en savent, leurs habitudes, la confiance qu'elles ont en leur habitat constituent une grande force qui les soutient dans le projet de demeurer chez elles le plus longtemps possible.

Le revers de cette médaille est que, d'une part tous ces avantages liés à l'habitude des lieux sont perdus en cas de changement de lieu de vie, d'autre part que les personnes font bien souvent une évaluation subjective de leur lieu de vie, basée sur leur attachement, et n'en voient que mal les potentiels obstacles ou zones de risques. C'est l'une des grandes difficultés des professionnel·le·s et partenaires du terrain : développer la conscience des personnes quant à leurs besoins mais aussi quant aux ressources à disposition afin d'anticiper au mieux les changements. Nous l'avons vu et dit, chez soi n'est pas toujours mieux qu'ailleurs, mais pour autant, les aîné·e·s ne se projettent pas, ou alors sans conviction, dans des lieux probablement perçus comme trop impersonnels, loin d'eux et d'elles, de leurs repères et donc a priori plutôt moins appropriés et supportables que leur *chez-soi*, aussi inadaptés soit-il.

CONCLUSION : DE NOUVELLES PERSPECTIVES DE VIE ET D'ACCOMPAGNEMENT

VALÉRIE HUGENTOBLER

Depuis une cinquantaine d'années déjà, de nouvelles formes d'habitats dits « alternatifs » aux structures d'hébergement classiques et au domicile privé ont commencé à émerger dans quelques pays d'Europe occidentale pour accompagner le vieillissement des personnes les plus vulnérables, et dont l'état de santé physique ou cognitif ne permet plus le maintien au domicile, mais ne nécessite pas forcément une prise en charge dans une institution médicalisée. Les premières initiatives sont apparues en particulier en Grande-Bretagne, en France, en Allemagne, en Suède, aux Pays-Bas et en Belgique. Ainsi, dans les contextes français et anglo-saxon, l'habitat constitue une problématique au centre des préoccupations gérontologiques depuis les années 1960 déjà (Membrado & Rouyer, 2013 ; Rouyer, 2007). Bien que ce développement soit un peu plus tardif en Suisse (Cavalli, 2012), l'offre de logements destinés aux personnes âgées s'y est également fortement transformée ces deux dernières décennies.

DIVERSIFIER L'OFFRE D'HABITATS POUR RÉPONDRE À L'HÉTÉROGÉNÉITÉ DES SITUATIONS DE « FRAGILITÉ » DES PERSONNES VIEILLISSANTES

Afin d'adapter l'habitat à toutes les situations intermédiaires qui existent dans un continuum entre les personnes vieillissant de manière autonome et celles dépendantes d'aide et/ou de soins, et que l'on peut regrouper sous la notion de « fragilité », toute une palette de structures dites intermédiaires a vu le jour. Ainsi, parallèlement à l'extension des services de soins et d'aide à domicile, se sont développés des habitats adaptés à cette population vulnérable, fragile mais indépendante qui exprime le souhait de préserver un lieu de vie encadré et sécurisé tout en conservant les mêmes avantages que leur offrait leur ancien lieu de vie (Nowik, 2014a; Cérèse & Eynard, 2014; Martin, 2018).

Le développement de ces structures intermédiaires (entre logements privés et établissements plus ou moins médicalisés) peut s'expliquer – du moins en partie – par les récentes transformations démographiques et orientations politiques nouvelles qui viennent réactualiser les formes sociales de la prise en charge des personnes âgées. En effet, le vieillissement démographique compris comme une augmentation de l'espérance de vie et des années vécues en bonne santé participe d'abord à concentrer les plus âgé·e·s et les plus dépendant·e·s dans les établissements médico-sociaux (Höpflinger, Bayer-Oglesby, Zumbrunn, 2011). Ces personnes ne pourront plus, à court terme, être « absorbées » par ces seules structures (Saint-Jean & Somme, 2003); raison pour laquelle des alternatives adaptées aux situations des personnes âgées fragilisées doivent être imaginées. Et cela d'autant plus, dans un contexte politique suisse (mais cela vaut également pour bon nombre de voisins européens) qui favorise un « virage ambulatoire » destiné à diminuer les coûts de la solidarité publique (Hugentobler, Anchisi, Dallera, & Strozzega, 2014). À cela s'ajoute une sensibilité contemporaine qui cherche avant tout à fournir les conditions adéquates au maintien de l'autonomie et de la continuité identitaire, afin que l'individu puisse indépendamment de son âge s'auto-réaliser et rester l'acteur en charge des choix à venir, entre autres en termes de trajectoires résidentielles (Bickel & Hugentobler, 2018). Cette évolution se donne d'ailleurs à voir dans la diffusion d'un ensemble de définitions bio-médicalisées

du vieillissement, qui replace l'acteur au centre de ces modèles – « le vieillissement réussi se place dans un paradigme libéral où l'individu, et sa capacité à s'adapter en faisant des choix appropriés, est central » (Hummel, 2002, p.50) –, autant que dans les phénomènes de marchandisation et de privatisation des soins de longue durée et des services de soins et d'aide à domicile (Hugentobler, Anchisi & Dallera, 2016; Morel, 2007; Clarke, 2006) qui réactualisent la figure du consommateur âgé.

Or, dans l'optique de fournir les conditions permettant le maintien d'une certaine autonomie, voire le renforcement du pouvoir d'agir des individus, il convient de considérer l'habitat bien au-delà du simple cadre spatial du logement. En particulier, il s'agit de prendre en considération le territoire de proximité ainsi que la présence (ou l'absence) d'agréments et de services (Nowik et al., 2011). Si on pense l'habitat comme le dernier bastion de l'intimité et comme une source identitaire, il s'agit alors de l'envisager également comme un espace social, tissé de relations, d'échanges et d'interactions. Et son rôle apparaît alors comme central tant en termes de qualité de vie (Rubinstein, 1990), de production de sens et de sécurité (Rowles, 1993), de continuité identitaire (Mallon, 2014), qu'en termes de maintien de l'autonomie ou d'inhibiteur potentiel quant aux processus de fragilisation (Nowik & Thalineau, 2014). Garantir la qualité de vie et le bien-être aux personnes âgées suppose ainsi de « s'intéresser aux usages du logement, aux nouvelles manières d'habiter et de concevoir les espaces intérieurs lorsque l'on fait l'expérience du vieillissement » (Renaut, Ogg, Petite & Chamahian, 2014, p.167).

Dans un contexte de diversification et de multiplication de ces structures intermédiaires (Nowik, 2014a), il semble alors judicieux de tenter d'établir une typologie provisoire de celles-ci (Leenhardt, 2017; Labit, 2016) selon le type de gestion et de colocation qu'elles engagent. Certaines faisant l'objet d'une gestion interne par les résident·e·s eux/elles-mêmes seront qualifiées « d'autogérées ». À l'opposé, les structures intermédiaires dites « accompagnées » offrent un lieu de vie géré et encadré par des professionnel·le·s. Ensuite, et selon un deuxième axe, on peut distinguer différents partages de l'espace : « l'habitat partagé » fondé sur le modèle de la colocation, et « l'habitat groupé » qui s'organise avec un ensemble de logements privés qui partagent équipements et espaces communs.

FORCES ET LIMITES DES STRUCTURES HYBRIDES ET RISQUES INDUITS PAR LEUR INSTITUTIONNALISATION

Cependant, et comme en attestent les différentes situations relatées au sein des contributions qui composent cet ouvrage, la mesure dans laquelle ces nouvelles formes de logement alternatif ont été pensées « Pour » ou « Par » leurs habitant·e·s, que ce soit au moment de leur conception ou de leur mise en œuvre, produit indéniablement des effets dans ce qui se joue et dans ce qui se vit au sein de ces habitats, aussi bien du côté de celles et ceux qui les habitent que de celles et ceux qui les accompagnent (qu'il s'agisse des professionnel·le·s qui interviennent dans ces structures ou des proches).

Or, comme le souligne Bernard Ennuyer en préface de cet ouvrage, la quasi-totalité des habitats alternatifs peuvent être considérés comme des « structures hybrides »¹ et sont ainsi, dans les faits, bien souvent un mélange d'habitat « Par » et d'habitat « Pour »². Même quand l'initiative est à l'origine citoyenne ou associative, comme dans le cas des *Demenz-WG* berlinoises³, il semble toujours y avoir, à un moment donné, une intervention extérieure des pouvoirs publics qui donnent leur avis ou imposent certaines conditions (de sécurité, par exemple) par le biais de la loi ou de certaines contraintes de financement. Et à l'inverse, les habitats liés à des initiatives institutionnelles ou politiques, notamment « Pour » des personnes en situation de fragilité sociale ou médicale, indiquent de plus en plus vouloir prendre en compte l'avis des personnes accueillies ou celui de leur famille, et donc s'ouvrir à une certaine part de participation, et ce parfois dès la mise en place des premiers projets pilotes⁴. Simplement, comme l'affirme Bernard Ennuyer

106

1 Selon la notion d'hybridité développée par Hélène Leenhardt et présentée dans le troisième chapitre de cet ouvrage.

2 Aux sens définis par Ennuyer (2004) et Labit (2013), et qui sont rappelés dans la préface du présent ouvrage.

3 Les premières *Demenz-WG* sont apparues à Berlin à la fin des années 1990. Elles constituent des dispositifs de colocations qui accueillent en nombre restreint des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer. Les frais du loyer et de la prise en charge sont mutualisés. L'accompagnement s'appuie sur une articulation entre le collectif des familles et les services d'aide de soins à domicile. Ce sont les familles qui gèrent la colocation et qui choisissent, ensemble dans la concertation, le service d'aide et de soins à domicile présent 24/24 (Smaghe, 2008 ; Leenhardt, 2017).

4 Comme ce fut par exemple le cas avec les colocations de la Fondation Saphir présentées dans le quatrième chapitre de cet ouvrage.

toujours, le dosage de « Par » et de « Pour », spécifique à chaque initiative et à chaque réalisation, évoluera aussi au cours du temps.

Cette évolution temporelle a bien souvent lieu au moment où s'institutionnalisent des initiatives alternatives nées « hors cadre » et à la marge des politiques officielles de la vieillesse (comme l'explique Cécile Rosenfelder dans le deuxième chapitre de ce livre). Effectivement, l'institutionnalisation d'initiatives alternatives n'est pas sans produire d'effets, et ce changement de statut induit indubitablement des transformations à l'origine de difficultés, voire du risque que ces habitats alternatifs, en passant de l'état de concept expérimental à celui de modèle institué, évoluent dans des directions parfois opposées à celles souhaitées initialement (Rosenfelder & Villez, 2018). En effet, si en s'institutionnalisant, certaines formes d'habitats alternatifs sont parvenues à s'imposer et à être reconnues comme des alternatives viables à l'échelle de leur territoire, cela ne se fait pas sans quelques « (ré)ajustements et négociations opérés avec la norme et les acteurs et actrices impliqué·e·s (les familles et les professionnel·le·s) pour “tenir” l'alternative, autrement dit pour “tenir” les philosophies et les pratiques à l'origine des différents projets dès lors qu'ils se trouvent être reconnus comme de nouveaux dispositifs gérontologiques intégrés » (tel que le mentionne Cécile Rosenfelder dans le chapitre 2 de cet ouvrage). En particulier, il s'agit donc de se prémunir du risque, qu'en s'instituant comme un modèle de référence, une forme alternative d'habitat devienne un espace de relégation, en contradiction avec les valeurs promues par ses membres fondateurs et fondatrices (Villez, 2015). Par exemple, la réappropriation (et le détournement) du modèle des *Demenz-WG* de Berlin⁵ par des sociétés privées de services à domicile a conduit à travestir la philosophie à l'origine de la démarche. S'il était question au départ de se distinguer d'une logique institutionnelle pour garantir aux familles et aux personnes accueillies la maîtrise du lieu et

5 Rappelons que cette situation semble ne concerner que les *Demenz-WG* qui se sont instituées à Berlin. Car, en Allemagne, d'autres dispositifs similaires se sont développés dans d'autres villes en repensant leur modalité de gestion. À Hambourg par exemple, l'implantation du concept est liée à une politique volontariste de la ville, qui a pris le parti de développer la formule, mais aussi de l'encadrer, notamment pour éviter de tomber dans les mêmes écueils qu'à Berlin. Ainsi, un référentiel qualité a été rédigé et une instance de coordination a été mise en place pour accompagner le développement du concept dans la ville (Leenhardt, 2011).

de son organisation, une grande partie des *Demenz-WG* de Berlin sont aujourd'hui pilotées par ces sociétés privées gestionnaires du secteur sanitaire et social et des promoteurs qui ont adopté le concept pour l'inscrire comme leur priorité, mais sans ajuster les pratiques soignantes et l'approche des personnes âgées.

LE RÔLE PRÉPONDÉRANT ET PEU (RE)CONNU DE NOUVELLES PROFESSIONNELLES⁶ DE L'ACCOMPAGNEMENT : LES RÉFÉRENTES SOCIALES

Un enjeu qui paraît crucial pour garantir l'esprit à l'origine de ces habitats alternatifs est celui de la forme d'accompagnement qui y est dispensée. En effet, puisque initialement le but était de favoriser le maintien des capacités préservées, voire le renforcement du pouvoir d'agir des personnes qui y habitent, les dimensions sociales de ces lieux de vie, et donc des liens, des relations, des échanges et des interactions qui s'y tissent, apparaissent comme prépondérantes dans cette optique. Or, dans des habitats qui possèdent souvent une forte composante « Pour », et où les proches et les familles ne s'investissent pas vraiment autant qu'au sein des initiatives pionnières pour aider leurs habitant·e·s à faire vivre ces lieux, les usages du logement et les manières de les habiter dépendent fortement du travail effectué par les professionnelles qui y œuvrent au quotidien. Dans ces habitats, les référentes sociales occupent une position clé en ce qui concerne les formes d'encouragement des capacités et du pouvoir d'agir qui y sont proposées.

Ces référentes, tantôt définies comme des gestionnaires, tantôt comme des animatrices, sont généralement des femmes et occupent une fonction qui va de la simple exécution d'un travail d'intendance, au suivi administratif des dossiers, en passant par un rôle de coordinatrice des différents prestataires internes ou externes, et surtout par une réelle implication dans le travail d'accompagnement. Cependant, il convient de souligner que, faute d'enquêtes existantes sur les professionnel·le·s

6 C'est à dessein que nous employons ici le féminin, car dans le cas des projets pilotes évalués en Suisse par Hugentobler et Brzak (2016 ; 2018), le personnel d'accompagnement au sein des colocations dites « Alzheimer » était exclusivement composé de femmes.

qui travaillent au sein de ces structures intermédiaires, il n'existe que très peu de données scientifiques sur ces personnes en charge de l'accompagnement en leur sein⁷. Or, comme le souligne Christelle Avril dans une étude sur les aides à domicile (2014), entre la fragilité médicale des personnes âgées et la fragilité sociale des aides-soignantes, il est difficile de définir de quel côté penche cette relation. Alors que les référentes sociales ne semblent jouir que de peu de reconnaissance professionnelle, souvent cantonnées, selon l'étude de la littérature grise, à un rôle essentiellement sécuritaire, celles-ci doivent pourtant mettre en œuvre un difficile travail de l'intime qui nécessite une perpétuelle négociation dans la relation aux usager·ère·s-résident·e·s, et fait dès lors appel à de subtiles compétences relationnelles et humaines. Souvent, ces professionnel·le·s sont en première ligne pour assurer la stabilité dans les structures; ce sont elles qui contribuent à instaurer des espaces de rencontres et d'échange entre les locataires et qui créent du lien, de la cohésion sociale (Hugentobler, 2018, 2023).

Face à l'essor des nouvelles formes d'habitat alternatif présentées dans cet ouvrage, et puisqu'on ne sait que très peu de choses de cette figure de la référente sociale pourtant centrale en leur sein pour qu'ils répondent à leurs intentions initiales, il conviendrait d'interroger plus spécifiquement le rôle et la place des professionnel·le·s dans ces configurations. En effet, une meilleure compréhension des formes d'accompagnement dispensées dans ce type de structures d'hébergement pour personnes âgées nécessiterait de disposer préalablement d'une connaissance étendue des contextes dans lesquels se déploie cette activité professionnelle (les cadres légaux, réglementaires, organisationnels, etc.), d'analyser les pratiques professionnelles de l'intervention et l'accompagnement dans ces habitats, ou encore de comprendre les interactions et les enjeux de négociations entre les référentes sociales et les habitant·e·s de ces logements, dans une perspective compréhensive de ce « nouveau »

⁷ Voir à ce propos le projet intitulé « Les référentes sociales en habitats intermédiaires. Nouvelles figures professionnelles dans l'accompagnement des personnes âgées », dans lequel nous nous intéresserons à l'émergence et la professionnalisation d'un nouveau groupe professionnel à la marge, les référentes sociales, en Suisse romande (projet FNS 10001A_200665). Ou encore les récents travaux d'Eveline Althaus et Angela Birrer (2019) sur les « coachs de lotissements » en Suisse alémanique, soit des personnes de référence qui effectuent un travail communautaire auprès des habitant·e·s âgé·e·s vivant dans des logements dédiés.

métier de référentes sociales. Entre autres, il s'agirait de comprendre comment le rôle des référentes sociales s'inscrit dans une tension entre délégation à des professionnel·le·s ou recours aux proches, et dans quelle mesure elles viennent se substituer à l'intervention de proches, permettant ainsi à ces derniers de limiter leur soutien. Enfin, si la sociologie des groupes professionnels s'intéresse à l'émergence des nouveaux métiers, notamment en travail social, les recherches portent aujourd'hui essentiellement sur les métiers d'aide et de soins à domicile. En effet, le virage ambulatoire de la prise en charge des personnes âgées a permis de développer les activités professionnelles au domicile de ces dernières. Mais les habitats alternatifs, qui eux se situent entre le domicile privé et le placement en institution médico-sociale, s'ils ont déjà été l'objet de recherches permettant de comprendre ce qu'ils proposent de différent par rapport à des formes d'habitat plus classiques et dans quelle mesure ils constituent l'une des réponses au vieillissement démographique et aux attentes des personnes âgées, n'ont jusqu'à maintenant, jamais fait l'objet d'études approfondies concernant les professionnelles qui y travaillent et parfois y vivent.

L'émergence de ces lieux de vie alternatifs, entre les logements privés traditionnels et les institutions d'hébergement, représente non seulement une offre de prestations et de services innovante et très diversifiée en plein essor, le développement de nouvelles professions, à travers lequel les pratiques d'intervention sont ré-inventées, mais aussi un véritable enjeu pour les politiques publiques – qui ne les cadrent que très partiellement – et pour les chercheur·e·s qui font face à un vaste champ d'investigation, encore peu exploré⁸. Mais quels que soient les angles d'approche ou les acteurs et actrices impliqu·e·s, les contributions proposées dans cet ouvrage rappellent que la question de la participation sociale, de la citoyenneté et du pouvoir d'agir, se doit d'être intégrée à la réflexion sur ces lieux de vie encore souvent pensés, conçus et gérés *pour* et non pas *par* les personnes directement concernées, les habitant·e·s ainsi que les professionnel·le·s, pourtant au cœur de ces structures.

8 Voir à ce propos le numéro 172 de la revue *Gérontologie et société* (2023) qui s'intéresse à la professionnalisation, aux conditions d'émergence et aux processus de spécialisation de nouveaux groupes professionnels dans le travail d'aide auprès des personnes âgées; aux interactions et collaborations entre ces groupes et les réseaux d'aide informels, avec des contributions issues de différents pays: <https://www.statistiques-recherches.cnnav.fr/gerontologie-et-societe.html>

BIBLIOGRAPHIE

- Age Stiftung. (2010). *Autonomes Wohnen in einer Gemeinschaft*. Zofinger Tagblatt AG.
- Age Stiftung. (2015). *Gemeinschaftsräume für alle Generationen*. Zofinger Tagblatt AG.
- Age Stiftung. (2016). *Betreute Wohnungen mit Heimvorteil*. Zofinger Tagblatt AG.
- Albrecht, P.-A. (2012). *Service-Wohnen als Zukunftsaufgabe einer alternden Gesellschaft*. Berliner Wissenschaftsverlag.
- Althaus, E. & A. Birrer (2019). *Zuhause alt werden. Chancen, Herausforderungen und Handlungsmöglichkeiten für Wohnungsanbieter*. ETH Wohnforum – ETH CASE. DOI: 10.3929/ethz-b-000398902
- Argoud, D. (2008). *L'habitat et la gérontologie: deux cultures en voie de rapprochement? Enquête auprès des nouvelles formules d'habitat pour personnes âgées*. <https://bdsp-ehesp.inist.fr/vibad/index.php?action=getRecordDetail&idt=402551>
- Argoud, D. (2011). De l'hébergement à l'habitat: une évolution ambiguë. *Gérontologie et société*, 34 (136), 13-27.
- Argoud, D. (2013). La prise en compte des nouveaux lieux du vieillir par les politiques publiques françaises. In M. Membrado & A. Rouyer (éds.), *Habiter et vieillir* (pp. 213-224). Erès
- Argoud, D., Caussanel, S. & Gallard, L. (1997). *Les petites structures et leur place dans l'accompagnement de la vieillesse: de l'innovation à la pérennisation*. Cleirppa.

- Avril, C. (2014). *Les aides à domicile. Un autre monde populaire*. Paris : La dispute.
- Bertogg, C. (2011). *Elder Cohousing – Gemeinschaftliches Wohnen im Alter – ein Ländervergleich*. Université de Zurich.
- Beyeler, M. (2010). *Weiterbauen. Wohneigentum im Alter neu nutzen*. Christoph Merian Verlag.
- BGW. (2017). *Selbstbestimmt Wohnen mit Versorgungssicherheit. Das Bielefelder Modell*. http://www.infaqt.de/media/files/Seniorenbroschuere_BGW.pdf
- Bickel, J.-F. & Hugentobler, V. (2018). Les multiples faces du pouvoir d'agir à l'épreuve du vieillissement. *Gérontologie et société*, 40 (157), 11-23.
- BMFSFJ. (2017). *Länger zuhause leben Ein Wegweiser für das Wohnen im Alter*. https://www.serviceportal-zuhause-im-alter.de/fileadmin/sozialeswohnen/PDF/Broschueren_BMFSFJ/Laenger-zuhause-leben-Wegweiser_.pdf
- BMG. (2013). *Das PflegeNeuausrichtungs-Gesetz – Stand: nach der 3. Lesung im Bundestag*. https://www.uni-hildesheim.de/media/gleichstellung/audit_familien-gerechte_hochschule/Pflege/Das_Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz_Stand_nach_der_3._Lesung_im-Bundestag.pdf
- Brzak, N. & Hugentobler, V. (2019). Politique gérontologique : quel rôle pour les communes ? *Actualité sociale*, 10, 10-12.
- Bura, J. (2013, 24 mai). *Vieillir en Allemagne dans un habitat autogéré*. [Conférence]. Colloque « vieillir chez soi – vivre entre soi ? Les habitats intermédiaires en question. <http://citeres.univ-tours.fr/spip.php?article1538>
- Caradec, V. (2010). Les comportements résidentiels des retraités. Quelques enseignements du programme de recherche « Vieillissement de la population et habitat ». *Espace populations sociétés*, 1, 29-40.
- Caradec, V. (2012). *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement*. Armand Colin.
- Cavalli, S. (2012). *Trajectoire de vie dans la grande vieillesse. Restez chez soi ou s'installer en institution ?* Édition Georg.
- Cérèse, F. & Eynard, C. (2014). Domicile, habitats intermédiaires, EHPAD : quelles mutations à opérer pour soutenir l'autonomie dans le parcours résidentiel ? In L. Nowik & A. Thalineau (éds), *Vieillir chez soi : les nouvelles formes du maintien à domicile* (pp. 99-116). Presses Universitaires de Rennes.
- Charpentier, M. & Soulières, M. (2007). Pouvoirs et fragilités du grand âge : « J'suis encore pas mal capable pour mon âge » (Mme H., 92 ans). *Nouvelles pratiques sociales*, 19(2), 128-143.

Clarke, J. (2006). Consumers, clients or citizens ? Politics, policy and practice in the reform of social care. *European Societies*, 8 (3), 423-442.

Conseil fédéral. (2007). *Stratégie en matière de politique de la vieillesse. Rapport du Conseil fédéral*. https://www.bsv.admin.ch/dam/bsv/fr/dokumente/fgg/berichte-vorstoesse/br-bericht-strategie-schweizerische-alterspolitik.pdf.download.pdf/strategie_en_matierepolitiquedelavieillesse.pdf

D'Haens, S. (2013, 24 mai). *Cohousing en Flandres: faire face aux défis du futur par l'expérimentation*. [Conférence]. Colloque « vieillir chez soi-vivre entre soi ? Les habitats intermédiaires en question. <http://citeres.univ-tours.fr/spip.php?article1538>

Daure, P.-H., Ennuyer, B., Gallard, L. & Paugam, C. (2007). Les petites unités de vie. *Documents Cleirppa*, 25, 5-17.

Deschamps, E. & Hainard, D. (éds.). (2012). *Politique cantonale vieillissement et santé*. https://www.vd.ch/fileadmin/user_upload/themes/sante_social/services_soins/rapport_version_finale-11janv2012.pdf

Djaoui, E. (2016). *Les espaces intermédiaires, les sas, les seuils*. https://www.le-roymmerlinsource.fr/wp-content/uploads/2016/04/Chantier_16_espaces_intermediaires_VD_0416.pdf

Dörner, K. (2007). *Leben und sterben, wo ich hingehöre: Dritter Sozialraum und neues Hilfesystem*. Paranus Verlag.

Dreyer, P. & Ennuyer, B. (2017). *Le chez-soi à l'épreuve des pratiques professionnelles*. Chronique sociale.

Duclos, N. & al. (2012). *Colocation Alzheimer. Rapport de faisabilité*. Association Alzheimer Suisse et APRESS.

Ehrenberg, A. (1998). *La fatigue d'être soi*. Odile Jacob.

Elias, N. (1991a). *Qu'est-ce que la sociologie*. L'Aube.

Elias, N. (1991b). *La société des individus*. Fayard.

Ennuyer, B. (2007). 1962-2007 : regards sur les politiques du maintien à domicile. *Gérontologie et société*, 30 (123), 153-167.

Ennuyer, B. (2014). *Repenser le maintien à domicile : Enjeux, acteurs, organisation*. Dunod.

Eynard, C. & Bascoul, J.-L. (1993). *Vivre au Cantou: exploration d'un mode d'accueil et d'accompagnement pour personnes âgées*. Fondation de France.

Feil, J. (1972). *Wohngruppe, Kommune, Großfamilie. Gegenmodelle zur Kleinfamilie*. Rowohlt.

- Feuerstein, C. & Leeb, F. (2015). *Generationen Wohnen: neue Konzepte für Architektur und soziale Interaktion*. Édition Detail.
- Föhn, M. & Dietrich, C. (2013). *Garten und Demenz. Gestaltung und Nutzung von Aussenanlagen für Menschen mit Demenz*. Huber.
- Forum Gemeinschaftliches Wohnen. (2017, 7 mars). *L'organisation et le financement de l'habitat communautaire intégrant des dispositifs d'accompagnements* [conférence]. Habiter en communauté, vivre dans l'autodétermination, Brème.
- Garrau, M. (2018). *Politiques de la vulnérabilité*. CNRS Éditions.
- Gérard, A. (2017). Enjeux et stratégies de l'appropriation des espaces. *Gérontologie et société*, 39 (152), 143-154.
- Gewofag. (2019). *Wohnen im Viertel*. <http://www.gewofag.de/web.nsf/id/wohnforum-wohnen-im-viertel-gewofag>
- Gitto, S. (2015). *L'habitat et la vieillesse. Des logements à l'épreuve du temps* (travail de fin d'études). Haute école de travail social et de la santé Lausanne.
- Guisset-Martinez, M.-J. (2008). Peut-on innover en matière d'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer? *Gérontologie et société*, 31 (126), 77-89.
- Hechtfisher, S. (2013). *Gemeinsam statt einsam: alternative Wohnformen im Alter*. Tectum.
- Henckmann, A. (1999). *Aufbruch in ein gemeinsames Altern. Neue Wohnformen im Alter am Beispiel des Modellprojektes 'Nachbarschaftlich leben für Frauen im Alter*. Leske + Budrich.
- Hochparterre AG. (2016). *Gemeinsames Gärtnern im Alter*. Verlag Hochparterre AG.
- Höpfinger, F. & Van Mezemael, J. (Hrsg.). (2014). *Age Report III. Wohnen im höheren Lebensalter. Grundlagen und Trends*. Seismo-Verlag.
- Höpfinger, F., Bayer-Oglesby, L. & Zumbunn, A. (2011). *La dépendance des personnes âgées et les soins de longue durée. Scénario actualisé pour la Suisse*. Hans Huber.
- Höpfinger, F., Hugentobler, V. & Spini, D. (dir.). (2019). *Age Report IV: Habitat et vieillissement. Réalités et enjeux de la diversité*. Seismo.
- Hugentobler, V. (2018). Le logement accompagné, une alternative à l'EMS? *Actualité sociale*, 73, 8-10.
- Hugentobler, V. (2020). Vivre en colocation avec une démence. Deux projets pilotes en Suisse romande. *GERONTOLOGIE CH*, 1, 18-19. https://www.gerontologie.ch/fileadmin/redaktion-gerontologie/pdf/Magazin/Mag_GerontologieCH-012020_fr_web.pdf
- Hugentobler, V. (2023). La « Colocation Alzheimer ». Forces et limites d'un modèle. In A. Chamahian & V. Caradec (éds), *La sociologie face à la maladie d'Alzheimer*. Presses universitaires du Septentrion.

Hugentobler, V., Anchisi, A. & Dallera, C. (2016). Des usagers âgés «clients» à domicile. In M. Hamzaoui, P. Artois & L. Melon (éds), *Le secteur non marchand au cœur du changement* (pp.163-175). Éditions Couleur livres.

Hugentobler, V., Anchisi, A., Dallera, C. & Strozzege, A. (2014). Le domicile des personnes âgées en perte d'autonomie: un nouveau marché potentiel. In L. Nowik & A. Thalineau (éds.), *Viellir chez soi: les nouvelles formes du maintien à domicile* (pp. 133-150). Presses Universitaires de Rennes.

Hugentobler, V. & Brzak, N. (2016). *Évaluation et accompagnement du projet pilote « colocation Alzheimer »* (rapport de recherche mandatée). HETSL.

Hugentobler, V. & Brzak, N. (2018). *Évaluation de deux modèles (Topaze et Rubis)* (rapport de recherche mandatée). HETSL.

Hugentobler, M., Hofer, A. & Simmendinger, P. (2016). *Mehr als Wohnen – Genossenschaftlich Planen – ein Modellfall aus Zürich*. Birkenhäuser Verlag.

Hugentobler, V., Lambelet, A., Brzak, N. & Ly, S. M. (2019). *Analyse de la politique d'action sociale en faveur des seniors dans les 27 communes de Lausanne Région*. Haute école de travail social et de la santé Lausanne.

Hugentobler, V. & Zinn, I. (2023). Diversification des métiers de l'aide et de l'accompagnement : entre reconnaissance et invisibilité. *Gerontologie et société*, 45 (172).

Hummel, C. (2002). Les paradigmes de recherche aux prises avec leurs effets secondaires. *Gerontologie et société*, 25 (102), 41-52.

Iconsulting. (2014). *Logements vaudois: taux d'effort des ménages*. Lausanne: Iconsulting SA.

Kaiser, S. (2013). *L'appartement communautaire: une alternative pour les personnes âgées?* Haute école de travail social de Genève – HETS-GE.

Klie T. (2016). Ambulant betreute Wohngemeinschaften – von Pionieren zu Bausteinen der Pflegerische Infrastruktur. *Bundesweites Journal für Wohn-Pflege-Gemeinschaft*, 5, 5-7.

Klie, T. & Schuhmacher, B. (2017). *Bestehende Konzepte und Handlungsbedarfe hinsichtlich des weiteren Stärkung ambulant betreuter Wohngruppe*. <https://agp-freiburg.de/projekte/id/26>

Klingelhöfer-Noe, J., Dassen, T. & Lahmann, N. A. (2015). Vollstationäre Pflegeeinrichtungen vs., betreutes Wohnen mit ambulanter Versorgung. Ergebnisqualität bezogen auf Dekubitus, Sturz und Mangelernährung. *Gerontologie und Geriatrie*, 3, 263-269.

Krasemann, B. (2017). *Lernen aus biographischer Perspektive. Untersuchung zu gemeinschaftlichen Wohnformen alter Menschen*. Springer VS.

Kremer-Preiss, U. (2015). Wohnen im Alter – welche Strategien braucht es für die Zukunft? *Journal für Wohn-Pflege-Gemeinschaften*, 4, 9-11.

Kremer-Preiss, U. & Mehnert, T. (2014). *Wohnatlas Rahmenbedingungen der Bundesländer beim Wohnen im Alter*. Wüstenrot Stiftung.

Kremer-Preiss, U. & Narten, R. (2004). *Betreute Wohengruppen: Struktur des Angebotes und Aspekte der Leistungsqualität*. Kuratorium Deutsche Altershilfe.

Kuhlmey, J. & Schwinger, G. (2015). *Pflegereport 2015. Pflege zwischen Heim und Häuslichkeit*. Schattauer.

Labit, A. (2013, 24 mai). *L'habitat de demain PAR les seniors. Résultats de recherche du CEDETE*. [Conférence à Tours]. <http://citeres.univ-tours.fr/spip.php?article1538>

Labit, A. (2016). Habiter en citoyenneté et solidarité pour mieux vieillir. *Gérontologie et société*, 38 (149), 141-154.

Labit, A. (2018). L'habitat inclusif pour vieillir en citoyenneté et solidarité: Une solution pour les territoires ruraux? *Pour*, 233, 117-122. <https://doi.org/10.3917/pour.233.0117>

116 Lavoie-Tremblay, M., Fernet, C., Lavigne, G. L. & Austin, S. (2016). Transformational and abusive leadership practices: Impacts on novice nurses, quality of care and intention to leave. *Journal of Advanced Nursing*, 72 (3), 582-592.

Le Borgne-Uguen, F. (2005). La répartition des rôles et l'affectation des places des cohabitants lors des aménagements du domicile. In S. Pennec & F. Le Borgne-Uguen (dir.), *Technologies urbaines, vieillissements et handicaps* (pp.79-94). Éditions de l'école nationale de la santé publique.

Leenhardt, H. (2009). *La petite unité de vie, du Cantou français à la « Wohnpflegegemeinschaft » allemande: lieu de vie et de soin: autre mode d'accompagnement des accompagnants* (Travail de master non publié). Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines – USVQ.

Leenhardt, H. (2011). Zukunft quartier, l'avenir, le quartier. De nouvelles formes d'organisation, en Allemagne, pour pouvoir vieillir dans son quartier (même en cas de démence). *Gérontologie et société*, 34 (136), 205-209.

Leenhardt, H. (2017). Les formes alternatives d'habitat pour les personnes âgées, une comparaison Allemagne-France. *Gérontologie et société*, 39 (152), 187-206.

Lind, S. (2005). *Betreutes Wohnen im Alter. Eine Literaturrecherche und Sekundäranalyse zur Entwicklung des Betreuten Wohnens in Deutschland, Großbritannien und den USA*. www.alzheimerforum.de/3/1/6/18/Betreutes_Wohnen_Y.pdf

Mallon, I. (2004). *Vivre en maison de retraite. Le dernier chez-soi*. Rennes : Presses Universitaires de Rennes.

Mallon, I. (2014). Vieillir en maison de retraite. In C. Hummel, I. Mallon & V. Caradec (éds), *Viellesses et vieillissements* (pp.323-336). Rennes, Presses Universitaires de Rennes.

Martin, C. (2018). *Logement des seniors à l'horizon 2040*. <http://www.scris.vd.ch/Default.aspx?DocId=8842>

Matter, C. (2019). Le chez-soi et l'importance du passé : les rapports sociaux dans la vieillesse. In F. Höpflinger, V. Hugentobler & D. Spini (dir.), *Age Report IV : Habitat et vieillissement. Réalités et enjeux de la diversité* (pp.183-192). Seismo.

Membrado, M. & Rouyer, A. (dir.). (2013). *Habiter et vieillir. Vers de nouvelles demeures*. Erès.

Morel, N. (2007). From subsidiarity to free choice : Child – and elder care policy reforms in France, Belgium, Germany and Netherland. *Social Policy & Administration*, 41 (6), 618-637.

Nowik, L. (2014a). Habitats intermédiaires : de quoi parle-t-on ? In L. Nowik & A. Thalineau (éds), *Vieillir chez soi : les nouvelles formes du maintien à domicile* (pp. 23-46). Presses Universitaires de Rennes.

Nowik, L. (2014b). La mobilité résidentielle des retraités. In C. Hummel, I. Mallon & V. Caradec (dir.), *Viellesses et vieillissements* (pp.257-272). Presses Universitaires de Rennes.

Nowik, L., Labit, A., Thalineau, A., Herpin, L., Grossman, F., Martin, N., Chaudet, B., Diné, S. & Dubost, N. (2011). *L'habitat de demain des retraités*. <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01282726>

Nowik, L. & Thalineau, A. (2010). La mobilité résidentielle au milieu de la retraite : un cadre spatial structurant lié à des configurations sociales. *Espace populations et sociétés*, 1, 41-51.

Nowik, L. & Thalineau, A. (éds). (2014). *Vieillir chez soi : les nouvelles formes du maintien à domicile*. Presses Universitaires de Rennes.

Nowossadeck, S. & Engstler, H. (2016). Wohnung und Wohnkosten im Alter. In K. Mahne, J. K. Wolff, J. Simonson & C. Tesch-Römer (Hrsg.), *Altern im Wandel. Zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey* (pp.299-313). Deutsches Zentrum für Altersfragen.

Nussbaum, M. (2012). *Capabilités, comment créer les conditions d'un monde plus juste*. Flammarion.

Office fédéral du logement (OFL). (2013). *Dialogue en matière de politique du logement entre la Confédération, les cantons et les villes. Rapport du groupe de travail*. <https://www.news.admin.ch/news/message/attachments/37736.pdf>

Organisation mondiale de la santé (OMS). (2017). *La démence, une priorité de santé publique*. http://www.who.int/mental_health/neurology/dementia/fr/

Pattaroni, L., Kaufmann, V. & Rabinovich, A. (éds). (2009). *Habitat en devenir, enjeux territoriaux, politiques et sociaux du logement en Suisse*. Presses polytechniques et universitaires romandes.

Pawletko, K. (2002). *Ambulant betreute Wohngemeinschaften für demenziell erkrankte Menschen*. <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/service/publikationen/ambulant-betreute-wohngemeinschaften-fuer-demenziell-erkrankte-menschen/96280?view=DEFAULT>

Petersen, U. (2016). Wohngemeinschaft fallen nicht vom Himmel, Von Pionniere, Netzwerke und Beratungsstellen. *Bundesweites Journal für Wohn-Pflege-Gemeinschaft*, 5, 10-15.

Reggentin, H. & Dettbarn-Reggentin, J. (2006). *Demenzkranken in Wohngruppen betreuen und fördern. Ein Praxisleitfaden*. Kohlhammer.

Renaut, S., Ogg, J., Petite, S. & Chamahian, A. (2014). Home environnement and adaptations in the context of ageing. *Aging and society*, 35(6), 1278-1303.

Rigaux, N. (2012). Pour une autonomie relationnelle. *Documents Cleirppa*, 45, 16-19.

Rosenfelder, C. (2017). *Les habitats alternatifs aux dispositifs gérontologiques institués. Des laboratoires d'expérimentation à l'épreuve de la « fragilité » et de la « dépendance » des personnes âgées* (Thèse de doctorat). Université de Strasbourg.

Rosenfelder, C. & Villez, M. (2018). Regards croisés sur l'alternative dans les habitats « alternatifs » pour personnes âgées et dans les établissements d'hébergement de type EHPAD. *Revue thématique du CREA PACA et Corse*, 27-34.

Rouyer, A. (2007). Prendre soin des personnes âgées: le lieu, ferment de cohésion des opérateurs et de solidarités. *Espace et société*, 127, 7-61.

Rowles, G. D. (1993). Evolving images of place in aging and « aging in place ». *Generations*, 17(2), 65-70.

Rubinstein, R. (1990). Personal identity and environmental meaning in later life. *Journal of aging studies*, 4(2), 131-147.

Saint-Jean, D. & Somme, O. (2003). Éléments d'approche de la médicalisation des établissements d'accueil pour personnes âgées. *Solidarité et santé*, 1, 49-56.

Saup, W. (2003). *Betreutes Seniorenwohnen im Urteil der Bewohner, Ergebnisse der Augsburger Längsschnittstudie – Band 2*. Verlag für Gerontologie Alexander Möckl.

Saup, W. & Eberhard, A. (2005). *Umgang mit Demenzkranken im betreuten Wohnen. Ein konzeptgeleiteter Ratgeber*. Verlag für Gerontologie Alexander Möckl.

Schneider-Sliwa, R. (2004). *Städtische Umwelt im Alter. Präferenzen älterer Menschen zum altersgerechten Wohnen, zur Wohnumfeld- und Quartiersgestaltung*. Geographisches Institut der Universität Basel.

Schüle, J. A. (Hrsg.). (1978). *Kommunen und Wohngemeinschaften. Der Familie entkommen ?* focus Verlag.

Schulz-Niewandt, F., Köstler, U., Langenhorst, F. & Marks, H. (2012). *Neue Wohnformen im Alter: Wohngemeinschaften und Mehrgenerationenhäuser*. Kohlhammer.

Serfaty-Garzon, P. (2003). *Chez soi: Les territoires de l'intimité*. Armand Colin.

Service cantonale de recherche et d'information statistique (SCRIS). (2011). *Perspectives de population 2010-2040: Vaud et ses régions*. http://www.scris.vd.ch/Data_Dir/ElementsDir/7063/4/F/Rapport_Persp-pop_Vaud_2010-40.pdf

119

Sieck, A. (2014). *Weiberwirtschaften. Gemeinschaftlich wohnen und leben auch im Alter*. Carl Ueberreuter Verlag.

Simpson, D. (2015). *Young-old urban utopias of an aging society*. Lars Müller Publ. Simpson.

Smaghe, A. (2008). Les « colocations » à Berlin pour les personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou d'affections apparentées. *Cahier du Cleirppa*, 32, 17-19.

Tabin, J.-P. (2005). L'article 12 de la Constitution fédérale: une « dignité » à géométrie variable. In W. Schmid & T. Ueli (éds), *Menschenwürdig leben ? Fragen an die Schweizer Sozialhilfe: eine Publikation zum 100-jährigen Bestehen der Schweizer Konferenz für Sozialhilfe (SKOS)* (pp. 133-142). Caritas-Verlag

Thalieu, A. (2016). Venir vivre dans un habitat pour personnes âgées. *Gérontologie et société*, 38(150), 127-139.

Tönnies, F. (2010). *Communauté et société*. Presses Universitaires de France

Van Waarde, H. & Ville, M. (2007). Les petites unités de vie pour personnes atteintes de troubles cognitifs aux Pays-Bas. *Cahier du Cleirppa*, 26, 25-27.

Ville, A. (2007). Développement et médicalisation des petites unités de vie: un sentiment d'inachevé. *Cahier du Cleirppa*, 26.

Villez, M. (2015). *Le spécifique comme norme, l'invention comme pratique. L'accompagnement des personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou de maladie apparentée en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes* (Thèse de doctorat). Université de Lille.

Viriot-Durandal, J.-P. & Guthleben, G. (2002). Le pouvoir d'être vieux. Empowerment et police des âges. *Gérontologie et société*, 25(102), 237-252.

Waltherst-Galli, R. (2005). *Intergenerative Wohnprojekte: Eine alternative Wohnform für die zweite Lebenshälfte?* Hochschule für Soziale Arbeit.

Weber, M. (1995). *Économie et société/1*. Librairie Plon.

Weeber, R. & Hörmle, G. (1998). Barrierenfreies Wohnen für ältere Menschen, insbesondere mit Blick auf Wohngemeinschaften. In Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.), *Wohnformen älterer Menschen im Wandel. Expertisenband 3 zum Zweiten Altenbericht der Bundesregierung* (pp.52-110). Campus.

Werner, S., Kraft, E., Mohagheghi, R., Meuli, N. & Egli, F. (2016). *Angebot und Inanspruchnahme von intermediären Strukturen für ältere Menschen in der Schweiz. Ergebnisse einer Kantonsbefragung und einer Auswertung der Statistik der sozialmedizinischen Institutionen*. <https://www.obsan.admin.ch/de/publikationen/angebot-und-inanspruchnahme-von-intermediaeren-strukturen-fuer-aeltere-menschen-der>

Winkler, A. (2016). 10 Jahre Bundesarbeitsgemeinschaft «Qualitätssicherung in ambulant betreuten Wohngemeinschaften (nicht nur) für Menschen mit Demenz». *Bundesweites Journal für Wohn-Pflege-Gemeinschaft*, 5, 30-31.

Wolf-Osterman, K. & Salomon, A. (2012). *Expertise zur Bewertung des Versorgungssettings ambulant betreuter Wohngemeinschaften unter besonderer Berücksichtigung von Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz*. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/forschung/projekte_unterseiten/expertise_ambulante_wgs/Expertise_Wolf-Ostermann_ambulant_betreute_WG.pdf

Wolf-Ostermann, K., Meyer, S., Worch, A. & Gräse, J. (2014a). Qualitätssicherung in alternativen Wohnformen. *Public Health Forum*, 22(2), 31.e1-31.e3

Wolf-Ostermann, K., Meyer, S., Worch, A. & Gräse, J. (2014b). Ambulant betreute Wohngemeinschaften für Menschen mit Pflegebedarf. Versorgungsangebote und gesetzliche Rahmenbedingungen in Deutschland. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 7, 583-588.

Wyss, K. (1989). Die Wohngruppe im gesellschaftlichen Widerspruch. In F. Höpflinger & D. Erni-Schneuwly (Hrsg.), *Weichenstellungen. Lebensformen im Wandel und Lebenslage junger Frauen* (pp.229-251). Bern Haupt.

Zielinski, A. (2009). Le libre choix. De l'autonomie rêvée à l'attention aux capacités. *Gérontologie et société*, 32(131), 11-24.

Zielinski, A. (2015). Être chez soi, être soi : Domicile et identité. *Études*, 6, 55-65.

LES AUTEUR·E·S

MAURICE AVRAMITO

123

Collaborateur scientifique, doctorant, assistant puis membre du Réseau de compétences « Âge, Vieillissements et Fin de vie » (AVIF) de la Haute école de travail social de Lausanne (HETSL).

NICOLE BRZAK

Chargée de recherche au Laboratoire de Recherche Santé-Social (LaReSS) de la HETSL de 2012 à 2019, membre du Réseau de compétences « Âge, Vieillissements et Fin de vie » (AVIF) de la Haute école de travail social de Lausanne (HETSL).

BERNARD ENNUYER

Ancien directeur d'un service d'aide et de soins à domicile en France, sociologue HDR (habilité à diriger des recherches), chercheur associé à l'Équipe d'Accueil « ETRES », Centre de recherche des Cordeliers, Universités de Paris.

SABRINA BERROCAL-GITTO

Adjointe scientifique de la filière Master of Arts en Travail social de la HES-SO, elle a réalisé en 2015 son Master of Arts HES-SO en Travail social sur le thème de l'habitat et la vieillesse.

FRANÇOIS HÖPFLINGER

Professeur titulaire de la chaire de sociologie et membre du comité directeur du Centre de gérontologie de l'Université de Zurich. Fondateur de l'Âge Report et responsable des enquêtes sur le logement des personnes âgées.

VALÉRIE HUGENTOBLER

Professeure HES, sociologue et spécialiste des questions de politiques publiques en lien avec la vieillesse et des dispositifs sociosanitaires à l'intention des personnes âgées en perte d'autonomie, avec un focus sur l'habitat et le logement de ces publics spécifiques. Membre du Réseau de compétences « Âge, Vieillissements et Fin de vie » (AVIF) de la Haute école de travail social de Lausanne (HETSL) et co-doyenne du Laboratoire de Recherche Santé-Social (LaReSS) de la HETSL.

MELISSA ISCHER

Collaboratrice scientifique et assistante du Réseau de compétences « Âge, Vieillissements et Fin de vie » (AVIF) de la Haute école de travail social de Lausanne (HETSL).

124

HÉLÈNE LEENHARDT

Membre du réseau de l'Habitat Partagé et Accompagné (réseau HAPA), du Collectif Habiter Autrement et de l'Association Hal'âge (un chemin pour un Habitat alternatif dans l'âge). Ancienne directrice d'EHPAD, elle a étudié le développement des formes alternatives d'habitat en France et en Allemagne avec un focus sur les alternatives à l'EHPAD. Elle a réalisé pour la Fondation Petits Frères des Pauvres une étude sur les formes alternatives d'habitats et participé avec des porteurs de projets à la création du Réseau HAPA.

CÉCILE ROSENFELDER

Docteure en sociologie, ingénieure de recherche à l'École des Hautes Études en santé publique (EHESP) au laboratoire Arènes (UMR 6051) et auteure d'une thèse de doctorat intitulée : « Les habitats alternatifs aux dispositifs gérontologiques in-stitués : des laboratoires d'expérimentation à l'épreuve de la "fragilité" et de la "dépendance" des personnes âgées. »

LES CAHIERS HETSL

125

Sous la direction de Noémie Pulzer, Marc-Antoine Berthod, Valérie Hugentobler, N'Dri Paul Konan, Hélène Martin, Carola Togni

CAHIER 58 – RECHERCHES ET ENGAGEMENTS. HOMMAGES À JEAN-PIERRE TABIN

14.0 x 21.5 cm, broché, 2024, 192 pages, CHF 35,- / 35 €,

ISBN : 978-2-88284-081-3

Exercer le métier de chercheur-e revient à interroger de manière critique ce qui est présenté comme des faits. Les vingt contributions de cet ouvrage montrent tour à tour l'importance de déconstruire les normes, de défendre une recherche indépendante, soucieuse de la relève, et de garantir des conditions favorables à sa réalisation.

Elles sont l'occasion de rendre hommage à la carrière académique de Jean-Pierre Tabin qui s'est engagé sans relâche au-delà des frontières disciplinaires, institutionnelles et géographiques pour et par la recherche.

Sous la direction de Ulrike Armbruster-Elatifi, Karine Darbellay, Nicole Fumeaux-Evéquoz, Sylvia Garcia Delahaye, Alexandre Lambelet, Yuri Tironi

CAHIER 57 – ENJEUX DES TERRITOIRES POUR L'ANIMATION SOCIOCULTURELLE. ACTES DU IX^e COLLOQUE DU RÉSEAU INTERNATIONAL DE L'ANIMATION

14.0 x 21.5 cm, broché, 2022, 176 pages, CHF 30,- / 30 €,

ISBN : 978-2-88284-080-6

Cet ouvrage est issu du IX^e colloque du Réseau international de l'animation et articule des contributions portant tant sur la Suisse, la France, la Palestine ou le Bangladesh. Il propose de riches réflexions sur les multiples défis et enjeux auxquels est confrontée l'animation socioculturelle aujourd'hui, sur ses terrains d'action, mais aussi sur la manière dont elle est pensée par celles et ceux qui la font, en bénéficient ou la financent.

Partant de la polysémie, ou des problématiques qu'ouvre la notion de territoire, quatre axes sont plus particulièrement abordés : les contextes d'action, l'évolution de la profession, les publics et les méthodes d'intervention. Au centre des analyses, les formes de citoyenneté permises, favorisées, ou interdites questionnent directement la démocratie.

Ce nouveau livre de référence sur l'animation socioculturelle intéressera et inspirera le personnel du travail social, les étudiant-e-s, et plus largement toutes les personnes concernées par les enjeux que soulève l'action de l'animation socioculturelle.

L'ouvrage rassemble les contributions de :

Ulrike Armbruster Elatifi, Christophe Dansac, Karine Darbellay, Claudia della Croce, Nicole Fumeaux-Evéquoz, Sylvia Garcia Delahaye, Jean-Claude Gillet, Manish K. Jha, Alexandre Lambelet, Lorenzo Malaguerra, Sophie Ruel, Samah Saleh, Yuri Tironi et Cécile Vachée.

Alexandre Lambelet

OUTIL 09 – LE DÉFI DE L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES ÂGÉES EN INSTITUTION

15.5 x 23.5 cm, broché, 2022, 144 pages, CHF 25,- / 24 €,

ISBN : 978-2-88284-079-0

L'accompagnement des personnes âgées en institution est un défi : pour les personnes âgées qui en échange d'une sécurité et de différentes aides doivent accepter de voir certaines de leurs libertés ou de leurs envies remises en question ; pour les professionnel-le-s qui doivent non seulement les aider pour les actes de la vie quotidienne, mais également réussir à leur proposer des activités significatives, à recréer des liens, tout en étant engagé-e-s dans des organisations largement pensées autour de tâches standardisées à effectuer.

Centré sur une lecture politique de l'accompagnement en institution, et rédigé comme un outil à destination des professionnel-le-s, ce livre discute aussi bien les dispositifs réglementaires et financiers, qui aujourd'hui cadrent ce travail, que les différents enjeux liés à l'entrée en relation avec des personnes âgées, en particulier lorsqu'elles souffrent de troubles cognitifs importants. Il propose différentes pistes aux professionnel-le-s pour mettre en œuvre et défendre un accompagnement réellement orienté vers les personnes accompagnées en donnant également à entendre la parole de résident-e-s vivant aujourd'hui en institution. Les perspectives qu'il offre permettent de (ré-)ouvrir des possibles pour faire face à ce défi qu'est l'accompagnement des personnes âgées en institution.

Éditions HETSL, chemin des Abeilles 14
CH-1010 Lausanne
Tél. 021 651 62 00
editions@hetsl.ch
www.hetsl.ch/editions

Tous ces ouvrages sont disponibles chez votre libraire

Ils sont diffusés en Suisse par :
Albert le Grand
Route de Beaumont 20, 1700 Fribourg
Tél. 026 425 85 95 – Fax 026 425 85 90

Ils sont diffusés hors de Suisse par :
CID, rue Robert-Schuman 18, 84227 Charenton-le-Pont

Imprimé à Chavannes-de-Bogis en septembre 2024

VIEILLIR ET HABITER AUTREMENT

Aujourd'hui, de nombreux modèles d'habitats alternatifs voient le jour en Suisse et en Europe qui, tous, visent à permettre aux personnes âgées de bien vieillir en restant insérées socialement. Ni logements privés traditionnels, ni institutions d'hébergement, ces habitats innovants présentent une offre de prestations et services très diverse.

L'originalité de ce livre est de proposer une synthèse des questions contemporaines liées à l'habitat alternatif dans la vieillesse en articulant la réflexion avec la sociabilité et le pouvoir d'agir des personnes âgées.