

Isabelle Mallon

Vivre « chez soi » en institution ?

Conditions de possibilité et ressorts sociaux des appropriations du dernier lieu de vie

Cette communication présente, à la demande des organisateurs du colloque, les résultats d'une recherche de thèse, déjà ancienne, sur les manières de vivre en maison de retraite. Lorsque l'enquête a été réalisée, on parlait encore de maison de retraite (avec ou sans « section de cure médicale »¹). Cette dénomination est aujourd'hui remplacée par celle d'EHPAD (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes), qui comprend non seulement des maisons de retraite (qui offrent une prise en charge totale des personnes âgées, hébergées en chambres, incluant la restauration, l'animation, et l'aide à la vie quotidienne), mais aussi les foyers-logements (qui regroupent des logements individuels autonomes, et offrent des services à la personne facultatifs) et les Unités de soins de longue durée (USLD), plus médicalisées, pour les personnes nécessitant une surveillance médicale rapprochée. Plus des 2/3 (67 %) des EHPA (établissements d'hébergement pour personnes âgées) sont ainsi des EHPAD, dont les résidents offrent cependant des profils assez divers, tant du point de vue de leurs appartenances et trajectoires sociales que du point de vue de leur autonomie. Dans quelle mesure les transformations de la dénomination des institutions, de la maison de retraite ou du logement-foyer à l'EHPAD, traduisent-elles des transformations dans le public accueilli dans ces institutions, et surtout dans les formes de vie qu'elles abritent ? Cette question revient à éprouver la validité des résultats de la thèse (I. Mallon, 2004) dans le nouveau contexte des hébergements pour personnes âgées. Les situations d'hébergement variées évoquées dans différentes communications ne remettent pas en question les résultats de la recherche, mais montrent que les différents modes de vie en institution tendent à se déplacer entre les habitats offerts aux personnes âgées, et leur pondération au sein de chaque type d'habitat varie. A quelles conditions sociales et selon quelles logiques est-il possible de constituer ou de reconstituer un « chez soi » au sein d'une institution, dont la vie collective leur préexiste et

¹ Une enveloppe financière destinée à prendre en charge les frais de personnel médical et paramédical dans les maisons de retraite ayant signé une convention avec l'Assurance Maladie.

demeure réglée de manière plus ou moins stricte ? Par l'examen des lieux, des biens et des liens mobilisés par les résidents des institutions pour y vivre, trois manières typiques² de vivre en établissement d'hébergement pour personnes âgées ont été identifiées.

1. Trouver son équilibre grâce à l'institution

Cette manière de vivre l'institution concerne prioritairement des personnes entrées sous une contrainte forte, économique et sociale de précarité (absence de logement propre, isolement résidentiel, faiblesse des revenus...) ou de santé (accidents de santé, alcoolisme, maladie dégénérative...). Pour ces personnes aux parcours de vie souvent accidentés, ou ayant peu de famille, plutôt issues des catégories populaires, et relativement jeunes comparativement aux autres résidents, l'entrée en institution marque la fin d'une vie de précarité, de l'incertitude du lendemain. Elles sont entrées en ayant recours à l'assistance sociale, à laquelle elles ont recouru de manière tactique. « J'étais chez un copain, et quand il touchait sa pension, il buvait. J'étais au chômage, je touchais pas beaucoup, il me donnait jamais d'argent, il était toujours bourré, alors... Donc au docteur, j'ai dit 'vous choisissez : ou vous me mettez tout de suite dans un hospice, mais je veux pas rester, parce que y a ça, ça et ça' » (monsieur Mathieu, ancien plongeur vaisselier, 68 ans). C'est la sœur de son médecin, assistante sociale, qui a trouvé la maison de retraite où il est entré, à près de 200 km de son ancien lieu de vie. Ce sont bien ces résidents eux-mêmes qui ont demandé à entrer. Une autre résidente souligne qu'elle a demandé son admission depuis l'hôpital de soins de suite où elle était entrée suite à une mauvaise chute : « Parce que si j'avais le malheur de rentrer chez moi, eh ben, après pour entrer en maison de retraite, quelquefois il faut attendre 5 ou 6 mois. Mais si c'est un hôpital qui demande, en général, il a la priorité » (madame Moulin, ancienne secrétaire dans une banque, 74 ans).

L'aménagement de la chambre s'appuie fortement sur l'institution. Les résidents utilisent le mobilier mis à disposition, et rajoutent, de manière plus ou moins importante selon leurs trajectoires de vie, leurs possessions personnelles. Certains sont entrés avec deux valises seulement, et ont donc gagné sur l'institution un certain nombre d'objets, qui décorent leur chambre, et leur permettent de se l'approprier. « Le tableau, c'est Nadine qui me l'a donné. Ca faisait rien à personne » (madame Tarazi, 73 ans). L'appropriation des différents lieux de l'établissement passe par une intégration forte, extensive et intensive, à l'institution. Ces

² Ou trois mondes privés

personnes endossent le rôle de résident tel qu'il est conçu institutionnellement : elles adoptent avec enthousiasme les règles et les rythmes de l'établissement, qui devient pour eux un « home » (M. Douglas, 1993), c'est-à-dire un ensemble de contraintes collectives plus ou moins intériorisées ou acceptées par ses membres. Ils en tirent des bénéfices nombreux, notamment dans la découverte de services ou la consommation de loisirs jusque là inconnus ou inaccessibles. C'est ainsi que monsieur Mathieu a découvert la mer pour la première fois grâce à sa maison de retraite. C'est également ce que valorise madame Cadillac (86 ans, ancienne employée dans une cantine municipale) : « Alors moi, j'ai jamais mis de rouge, de vernis sur les ongles. J'y pensais même pas, j'étais pas une élégante. Maintenant je suis vernie ! Il a fallu que j'arrive à 86 ans pour avoir du vernis sur les ongles. Je dis : on arrête pas le progrès ! Y a 20 ans, j'en avais pas. C'est bizarre, hein, la vie ! Parce que je lui dis à chaque fois : Passez pas votre temps à me mettre du vernis, hein, j'en ai pas besoin. Elle me dit : 'oh si, pourquoi pas ?!' Pis c'est vite fait, hein, elle a l'habitude. Mais quand même, elles le font, alors je trouve ça formidable ».

Les maisons de retraite constituent pour ces personnes des asiles « au meilleur sens du terme, un sens que Goffman prend trop peu en compte, des lieux où l'être torturé en pleine tourmente trouve un refuge et se voit précisément offrir cet alliage d'ordre et de liberté dont il a besoin » (O. Sacks, 1988, p.283). L'investissement dans l'institution passe autant par l'inscription formelle dans les places que l'organigramme ménage aux résidents (conseils de la vie sociale, conseils de résidents, conseil d'administration, que par l'aide informelle prodiguée soit en raison de compétences professionnelles ou domestiques passées (aide à la plonge, à la cuisine, pour d'anciens vaisseliers ou cuisiniers, aide à la lingerie pour quelques femmes, lecture du journal ou prise en charge d'animations pour les autres résidents), soit quand l'opportunité se présente (de reconduire un résident jusqu'à sa chambre, de prévenir une aide-soignante qu'une résidente doit être changée, par exemple). Ces résidents très investis s'inscrivent dans différents réseaux de la maison, échangeant avec quelques résidents, mais surtout avec les aides-soignantes, et plus encore avec ceux qui comptent (directeur ou directrice, cadre infirmier, psychologue...). Ils en adoptent les lexiques (« les filles », « la cafet ») et les rhétoriques (et se font notamment l'écho du manque de personnel, ou de la dégradation de l'état de santé des résidents entrants). S'ils sont à l'aise dans tous les espaces, leur vie n'est pas seulement collective. Leur chambre constitue un contrepoint de l'institution, une coulisse où préparer leurs interventions dans la collectivité, mais également un contrepoids, un refuge où se retirer après l'accomplissement des tâches liées à la vie commune, ou en raison d'une

déception, du sentiment d'une trop faible reconnaissance par l'institution de l'investissement réalisé en son sein.

2. Mener une vie personnelle au sein de la maison.

Si dans le monde précédent, les résidents organisent leur vie dans une symbiose avec l'institution, mener une vie personnelle en maison de retraite consiste plutôt à créer une niche écologique en son sein. Les résidents qui recréent un chez soi sur ce mode utilisent rarement le lexique de l'institution, préférant des termes communs, tels « monsieur » ou « madame », aux termes spécifiques de « résident » ou de « pensionnaire ». Ils s'efforcent de recréer une vie en continuité avec leur existence au domicile, en inscrivant la maison de retraite comme une étape dans une « stratégie » de vieillissement. La stratégie est ici entendue au sens que lui donne M. de Certeau : « La stratégie postule un lieu susceptible d'être circonscrit comme un propre et de servir de base à une gestion de ses relations avec une extériorité distincte. Le propre est une victoire du lieu sur le temps. Il permet de capitaliser des avantages acquis, de préparer des expansions futures et de se donner ainsi une indépendance par rapport à la variabilité des circonstances. C'est une maîtrise du temps par la fondation d'un lieu autonome » (1980, p.59-60)

Ces résidentes³ ont choisi d'entrer en institution de leur propre initiative et par leurs propres moyens, souvent contre l'avis de leurs enfants. L'objectif assumé est de circonscrire le lieu du vieillissement, afin d'anticiper la prise en charge des éventuels handicaps ou difficultés de la vieillesse, sans la faire peser sur leurs proches. Ainsi, d'autres arrangements de vie dans la grande vieillesse ont été envisagés et repoussés. Vivre chez ses enfants ne peut constituer une solution viable à long terme : « j'avais eu Maman chez moi, et on n'est plus chez soi ». La norme d'indépendance entre les générations au sein de la famille, permise par l'établissement de la sécurité sociale (R. Lenoir, 1979) est un acquis auquel tiennent ces personnes. Le recours à des services de soins à domicile est évité, en raison des interrogations sur la continuité du service. Enfin, quelques unes ont pensé à une dame de compagnie, mais là encore, « on n'est plus chez soi ». Le motif souvent mis en avant pour l'installation en maison de retraite est la préservation de sa liberté, par rapport aux situations évoquées ci-dessus, dont les dépendances leur apparaissent plus sensibles. Le choix d'entrer en maison de retraite est ainsi longuement argumenté et justifié, auprès des enfants et des proches, tant il va à

³ J'utilise ici le féminin, car l'écrasante majorité des résidents sont des résidentes.

l'encontre des parcours de vieillissement institués par les politiques publiques. Ainsi, une résidente s'était fait expliquer, par ses voisins psychiatres : « Mais madame Berthet, mais on ne fait jamais ça ! [...] Vous restez chez vous. Vous êtes un peu plus fatiguée, vous vous faites aider, et puis aider encore plus, puis vous demandez vos repas à la mairie, on vous porte vos repas, donc tout est assuré. On vous soigne, on essaie de vous remettre, bon, puis vous allez en maison de repos, [...], vous allez en maison de repos, vous y restez un mois, un mois et demi, et puis on pense à vous mettre en maison de retraite. Vos enfants prennent une décision : ils vous y mettent ». Elle réplique : « Ils m'y mettent ! Mais j'aime mieux y aller, moi, sachant où je vais exactement ! », approuvée par une amie résidente dans l'établissement : « On vous met. On vous met. C'est ça. Vous n'êtes plus libre ».

Cette manière d'entrer en institution est très minoritaire, caractéristique des milieux aisés ou bien dotés en capitaux culturels. La décision ayant été anticipée, l'établissement est choisi avec soin, de façon à maintenir des liens tant avec les enfants qu'avec l'ancien environnement (ce qui est assez aisé dans les milieux bourgeois très intégrés). Les conditions de vie sont organisées de manière à faciliter l'adaptation. Dans ce monde, la chambre est une partie du chez soi, soustraite à l'institution, moins par la fermeture à autrui et le repli sur soi, que par la reconstitution de l'ancien domicile ou d'un entre-soi familial. Le décor de la chambre est ainsi une création familiale, les enfants participant à l'aménagement de la pièce, par des représentations à l'échelle permettant la sélection des meubles de famille, par la proposition de solutions adaptées (lit repliable), ou lors de l'emménagement, pour poser tableaux et photos, organiser l'espace, et apporter bibelots ou objets manquants dans les premiers temps de l'installation. La chambre est aussi lieu de réception, des visites familiales nombreuses, lorsque les familles sont nombreuses, et régulières, mais également des visites amicales. Ces résidentes fréquentent peu les espaces collectifs avec leurs proches, la double appartenance (à la maison de retraite et à la famille) étant gérée plutôt par la séparation des espaces et des institutions.

Ces personnes participent de manière mesurée aux activités proposées par la maison. Leur emploi du temps est organisé dans la continuité des activités menées au domicile, qui les engagent à sortir, pour un bridge hebdomadaire, quelques courses, ou des visites au domicile des amis ou des enfants. L'institution est mise de côté, ces résidents en ayant intériorisé les règles les plus communes, qui ne leur pèsent alors plus. Cette intériorisation soutient le sentiment de liberté mis en avant comme motif de l'installation. Ce sentiment est d'autant plus prégnant que les sorties ne sont pas rares, et s'effectuent dans des espaces « secondaires »

(P. Sansot *et alii*, 1978), maisons de famille, résidence de vacances, domiciles des enfants, qui permettent de s'éprouver comme inchangé dans un moment de transformation intense des routines quotidiennes. Le soutien familial, fort, est alors vécu de manière d'autant plus enchantée que les personnes sont entrées en institution pour ne pas faire peser leur vieillissement sur leurs enfants. « J'ai de bons enfants », confient ces résidentes.

3. La résistance aux contraintes et la fuite hors du lieu

La majorité des résidents, cependant, échouent à reconstruire un équilibre de vie en maison de retraite. Malgré des efforts pour recréer un chez-soi, soit par l'investissement dans l'institution, soit par la continuité avec le domicile, ces résidents ont des difficultés à y arriver, en raison d'une impossible intériorisation des contraintes institutionnelles et de ce qu'elles symbolisent, une place minorée dans le monde. Ces résidents ne parviennent ainsi pas à donner du sens à leur vie en institution. Cette impossibilité à s'adapter à l'institution n'est pas le fait de leur seul caractère, ou de leur personnalité, mais bien un effet des conditions sociales de leur vieillissement, et notamment du décalage entre leurs anticipations implicites de leur vieillesse et la manière dont cette vieillesse prend réellement forme, en raison de moyens (financiers, mais aussi familiaux) insuffisants.

La difficulté à intérioriser les contraintes institutionnelles est liée à l'obligation initiale d'entrer en institution, et à la violence symbolique qui s'exerce à cette occasion. L'entrée en maison de retraite est une décision portée par la famille ou les services sociaux. La violence symbolique réside dans la soumission de la vision subjective de son propre vieillissement à une vision hétéronome (celle des services sociaux, des médecins, des enfants), pouvant prendre la forme extrême, et pourtant répandue, du « placement », parfois sans information préalable de la personne concernée. C'est le cas de nombreuses personnes désorientées. Le choix de l'établissement se fait alors prioritairement auprès des enfants, en raison d'une norme familialiste très présente dans les professions d'accompagnement des âgés.

Les personnes vivant cette forme d'entrée ont alors des difficultés à s'approprier l'espace, d'autant plus forte que la décision d'entrer en maison de retraite a été prise dans l'urgence, sous la pression d'accidents biographiques déjà déstabilisants en eux-mêmes (décès du conjoint, aggravation d'une maladie dégénérative, apparition d'un handicap...). Quelque soit le décor, dépouillé ou surchargé d'objets familiers, la fonction métonymique des objets, qui rappellent le domicile au-delà d'eux-mêmes, joue alors de manière négative, quand elle était

positive dans le monde précédent. Ces résidents refusent en outre de créer des liens avec les autres résidents, perçus d'abord comme des « vieux », également vaincus par leur vieillissement. Leurs relations avec leurs enfants sont souvent difficiles, ou distendues. Et les personnels sont trop peu nombreux pour répondre à leur soif de reconnaissance au-delà de leur statut de résident. Ils ne peuvent ainsi s'appuyer ni sur l'institution (trop impersonnelle) ni sur leur famille (pour laquelle ils ne sont pas une priorité). Cette situation est d'autant plus difficile à vivre qu'il s'agit souvent de femmes ayant pris en charge non seulement leurs parents mais également leurs beaux-parents à la vieillesse, et y ayant consacré une partie de leur retraite ou de leur prime vieillesse. Le changement de référentiel normatif, qui, en établissant la norme d'indépendance familiale des générations, a libéré les familles du soin obligé des vieux, fait apparaître leurs anticipations de la vieillesse comme des prétentions injustifiées. La cohabitation avec les enfants n'est plus pensée comme une forme possible de vie à la vieillesse : les enfants ont leur vie, et doivent avoir leur vie. Être accompagné dans sa vieillesse par ses enfants devient une charge anormale, au moins dans ses modalités traditionnelles (cohabitation, vie à proximité et échange de services). D'où une ambivalence forte vis-à-vis de la maison de retraite : « il n'y a rien à redire » au travail de l'institution et des aides-soignantes, ce n'est pas la maison qu'on incrimine, mais l'institution certifie la vieillesse, le changement des formes de sa prise en charge, et l'éloignement des proches dans l'accompagnement du vieillissement. D'où des conduites de défection secrète.

Pour les personnes les plus handicapées et les moins entourées, l'institution peut alors devenir une « institution totale » (E. Goffman, 1968), qui provoque enfermement et déshumanisation. Certains résidents se comparent ainsi à des « plantes en pot », qu'on vient arroser régulièrement pour qu'ils ne meurent pas, mais qui ne sont pas pris en compte dans leur histoire et leur personnalité singulière. Pour d'autres, la totalitarisation de l'existence va donner lieu à des résistances, des conflits, qui se nouent préférentiellement sur les questions d'hygiène, d'alimentation et de respect des règles de la vie commune. Lorsque l'écart entre les modes de vie antérieurs des personnes âgées et l'organisation collective normée et aseptisée de la vie institutionnelle devient trop fort, des conflits récurrents se font jour, sur la boisson, la cigarette, l'observance des régimes, ou encore la fréquence et les modalités de l'hygiène corporelle. De même, lorsque le manque de personnel vient renforcer les routines institutionnelles, la protection de l'intimité des personnes âgées n'est pas assurée, et la maison de retraite prend la forme d'une institution totale, réduisant de manière forte la liberté et l'autonomie de ces personnes.

Conclusion

Ces mondes sont des formes typiques de vie en institution, qui servent à éclairer la réalité vécue dans les maisons de retraite. Les résidents des maisons de retraite sont plus ou moins proches de l'une ou l'autre de ces formes. Surtout, ils peuvent, au fil de leur vieillissement et à mesure du temps passé dans l'institution, passer d'une manière de vivre à une autre. Ces passages d'une forme à une autre sont cependant inégalement probables selon les ressources sociales des individus, et leurs trajectoires de vie avant l'entrée en maison de retraite. Les ressorts sociaux de la constitution d'un « chez-soi » dans un EHPA comprennent ainsi aussi bien les appartenances et les trajectoires sociales des individus que leurs inscriptions familiales (le fait d'avoir ou non une famille, mais aussi les liens entretenus) ou que l'interprétation de la norme d'indépendance entre générations au sein de la famille. L'organisation des politiques publiques et leur traduction locale pèse également sur les possibilités de s'adapter à une vie en établissement collectif aux âges élevés : quand dans un quartier ou un village existe un établissement d'hébergement pour personnes âgées où vivent des personnes connues, où travaillent des personnels qu'on peut affilier à des relations, qui partagent un mode de vie sur un même territoire, la maison de retraite apparaît comme une option possible d'organisation de la vie à la grande vieillesse (et non comme une horreur qu'on ne veut / ne peut même pas évoquer).

Du point de vue des politiques publiques, les différentes communications du colloque montrent bien le foisonnement des propositions d'habitat pour les personnes âgées, et la diversité des solutions d'hébergement. Ce qu'elles montrent moins, ce sont les éventuels effets de cliquet que construisent tant les politiques publiques que les conduites pratiques des acteurs sociaux, par les représentations sociales qui hiérarchisent implicitement ces différentes propositions d'habitat, et les ordonnent temporellement pour construire un parcours résidentiel de vieillissement assisté par les professionnels de plus en plus médicalisé. Le foisonnement des habitats intermédiaires ne produit-il pas, en lieu et place de formes alternatives d'habitat, un allongement de la chaîne des résidences dans le vieillissement avec étayage et cadrage professionnels des modes de vie de plus en plus rapprochés et contraignants ? Le risque de cette hiérarchie couplée à un séquençage temporel est alors de rigidifier les parcours résidentiels à la vieillesse, en produisant des irréversibilités

résidentielles, et donc de soutenir les représentations communes qui irriguent tant les conduites que les politiques sociales du vieillissement comme un phénomène irréversible de dégradation.

Bibliographie

Certeau M. de, 1990, *L'invention du quotidien*. T.1 *Arts de faire*, Paris, Gallimard (1^{ère} ed. 1980)

Douglas M., 1993, « The Idea of a Home », Mack A. (ed), *Home. A Place in the World*, New York, New York University Press.

Goffman E., 1968, *Asiles. Etude sur la condition sociale des malades mentaux*, Paris, Eds de Minuit (1^{ère} ed. 1961)

Lenoir R., 1979, « L'invention du 'troisième âge' et la constitution du champ des agents de gestion de la vieillesse », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 27-28, p. 57-82.

Mallon I., 2004, *Vivre en maison de retraite. Le dernier chez-soi*, Rennes, PUR.

Sacks O., 1988, *L'homme qui prenait sa femme pour un chapeau*,

Sansot P., Strohl H., Torgue H., Verdillon C., 1978, *L'espace et son double. De la résidence secondaire aux autres formes secondaires de la vie sociale*, Paris, Eds du champ urbain.

Vieillir chez soi - vivre entre soi ? Les habitats intermédiaires en question **Colloque, 22 - 24 mai 2013, Tours, France**

Avec le soutien du CR06 "Parcours de vie et vieillissement" de l'Association Internationale des Sociologues de Langue Française (AISLF)

Espaces en partage. Biens et liens à l'épreuve de la proximité

Simone Pennec

Document de travail, Mai 2013

Intro. De domicile en domicile : Rester soi parmi les autres, entre continuité et altérité

Les modes d'habiter font l'objet de remaniements répétés lors desquels les vieilles personnes font preuve de capacités pour investir, désinvestir et réengager de nouvelles pratiques dans leur(s) logement(s) et environnement(s), et ce, qu'elles se maintiennent dans le même domicile ou qu'elles soient conduites à en changer. A l'encontre des présentations homogénéisantes qui font surtout état des difficultés d'adaptation, leurs récits et pratiques témoignent d'une plasticité et d'une dynamique des arrangements négociés dans les relations aux proches (parents, professionnels, passants), aux espaces (logement, quartier, ville, commune) et aux temporalités. De manière synthétique, le sentiment du « chez soi » peut s'ancrer au sein de plusieurs domiciles successifs, alternatifs, etc... sous certaines conditions.

Néanmoins, dans certaines situations se manifestent des limites et des seuils de capacités qui imposent des accompagnements particuliers, temporairement ou sur une plus longue durée. L'« épuisement capacitaire » (Breviglieri, 2008) suppose des modes de soutiens de l'habité, au-delà du confortement des espaces, qui mettent en jeu plusieurs pratiques professionnelles et celles de l'entourage. Aussi, pour mieux appréhender l'ensemble des situations, il paraît nécessaire de considérer ensemble les politiques de prise en soin et celles de l'habiter, tout en prenant en considération les diverses configurations d'acteurs en présence et leurs actions imbriquées (agency) susceptibles de permettre le respect des modes de vie des individus diversement capables d'exercer leurs pouvoirs de négociation.

Les trajectoires fines de l'habiter ne sont que partiellement saisies par les statistiques qui si elles rendent compte de la faiblesse des mobilités résidentielles et des déménagements des individus de plus de 60 ans¹, laissent dans l'ombre les diverses tentatives, alternatives et allers-retours des individus. L'usage fait de ces données renforce pour partie les représentations véhiculées par les politiques du « maintien à domicile » quant à la volonté de vieillir (et de mourir) chez soi sans toujours prêter attention aux mouvements de trajectoires et à la diversité des habitats expérimentés, intermédiaires pour un temps et/ou intermédiaires dans leurs modalités de services. Nos études ont cherché à saisir les adaptations et les changements d'habiter, lieux et rapports (sensations, sentiments, pratiques), au travers d'études de cas et de monographies (encadré fin article). Cette perspective est suivie par plusieurs chercheurs pour rendre compte des configurations en présence et du travail des différents acteurs (individu, proches, professionnels, financeurs, etc.) intervenant dans les services. Antoine Hennion, Pierre Vidal-Naquet *et al.* (2012) montrent les apports spécifiques des analyses de cas en faisant référence aux méthodes analytiques et cumulatives pratiquées par l'histoire, l'analyse statistique n'ayant pas ici pertinence. Nous disposons, par ailleurs, de plusieurs études quantitatives qui

¹ La moyenne de 10% chez les + de 60 ans se situe entre 12% pour les plus jeunes et 8% (Enquête Insee Logement, 2006) et les statuts (propriété/location) connaissent des trajectoires influencées par l'avance en âge (Driant, 2010). « La mobilité résidentielle des ménages âgés », *Changer de résidence ? Changer de pays ? Les comportements résidentiels des retraités*, PUCA, Vieillissement de la population et habitat, mars 2010, p.17-32.

permettent de contextualiser les évolutions des pratiques des territoires à la retraite (Bonvalet, Ogg, 2009) et les mobilités résidentielles Nowik et Thalineau (2008, 2010).

Dans le cadre des politiques du « maintien à domicile », certains services professionnels ont été déployés (avec des disparités territoriales) et, plus encore, les services de la parenté. Cependant, le domicile en tant que tel, l'environnement et les territoires de vie ont peu fait l'objet de politiques suivies, intégratives des handicaps et du vieillissement, facilitant l'accessibilité universelle (bâti, environnement, statuts de propriété ou d'usage : questions traitées par quelques pays selon divers modèles). Dimensions essentielles pour permettre au sentiment du « chez soi » de s'étendre au-delà du maintien dans de mêmes lieux, maintien qui peut aussi devenir assignation parfois dans des conditions inadaptées. Notons aussi que les questions de logement et de lieux de résidence sont actualisées sous de nouveaux traits : au nom de la prévoyance, du libre choix, voire du principe de l'autonomie, les responsabilités des individus et les obligations de la parenté, juridiques et morales, sont rappelées de manière récurrente. Et, à ce titre, l'usage des biens propres, dont l'habitat, (ressources, assurances privées, etc.) apparaît comme devant faire office de prévoyance, y compris au service des liens sociaux. Une telle privatisation du souci de soi et des siens rencontre ici les limites des biens et des économies familiales. Les situations d'« épuisement capacitaire » donnent lieu, par exemple, à de mises sous mesures de protection de justice pour préserver les biens (Le Borgne-Uguen, Pennec, 2005 ; Le Borgne-Uguen, 2012) et soulèvent « le paradoxe de l'autonomie et de la vulnérabilité » analysé par Paul Ricoeur (2001).

Nous souhaitons ici prendre en considération les lieux et les étapes intermédiaires en tenant compte des médiateurs (intermédiaires eux aussi) pour mieux saisir ce qui tient aux individus et, dans le même mouvement, ce à quoi ils tiennent. Cet ensemble imbriqué construit les trajectoires, éminemment diversifiées, des parcours de longévité au croisement des caractéristiques sociales, de genre et de territoires. Trois séquences-temporalités peuvent permettre de dépeindre ce tableau composite des parcours d'habiter. En premier lieu, les conversions successives des territoires et la malléabilité des pratiques dans l'espace domestique et l'environnement public et privé. Par la suite, la recherche d'alternatives pour voir et, éventuellement, habiter ailleurs lorsque le chez soi ne répond plus aux attentes ; dont les cohabitations et recohabsitations, familiales et autres. Enfin, les processus de préservation et de recomposition du sentiment d'habiter au sein de logements collectifs.

La contribution retient une part de ces questions en les articulant autour de trois points² :

- les ressources et patrimoines : usages et transmissions des lieux de vie ;
- les formes et temps des cohabitations : celles entre ascendants et descendants ;
- De l'isolement à la vie en collectivité.

Ressources et Patrimoines : Usages et Transmissions des lieux de sa vie ; Traces de soi

Les relations des personnes à leur habitat mettent aussi en jeu le type de logement (2/3 en maison) et les statuts de propriétaire (majoritaire) ou de locataire³. Il ne s'agit pas ici de faire une analyse comptable des biens mais de situer les logiques engagées lors des changements d'habitations quant aux transactions familiales. Le logement fait ainsi objet de transmissions, plus particulièrement à certains moments et événements du cycle de vie. Les logiques patrimoniales et les modes de transmission se différencient entre « l'anticipation

² Plusieurs éléments de cette communication sont développés dans les publications et rapports de recherches référencés en fin de texte (encadré et bibliographie).

³ Berger *et al.* (2008) soulignent que 2/3 des ménages de retraités habitent une maison individuelle dont 4/5 sont propriétaires.

chez les ménages aisés... [et le]... donnant-donnant à la campagne et chez les plus modestes » (Jacques-Jouvenot, 2010) qui doivent faire avec la modestie des biens.

Désinvestir

Se délester de son domicile pour accéder à un meilleur confort de vie engage des transactions dans les économies familiales et des remaniements autres que matériels. Si Marie Pierre Bresse *et al.* (2010) considèrent « la maison [comme une] marchandise impossible »⁴, les récits que nous avons collectés laissent entendre un détachement relatif de l'intérêt d'être propriétaire, au profit de l'affectation des biens aux descendants. A la vieillesse, la maison deviendrait-elle une marchandise possible, sous réserve de donation de ce bien (ou de sa traduction dans d'autres biens) au sein de la lignée, et pour la préservation de sociabilités personnelles ? S'introduit ainsi la question des traces de soi et du sens d'une vie.

La distinction établie par Fabienne Cavallé (1999) entre « trois relations foncières à l'espace : la propriété, la patrimonialité, l'autochtonéité » peut éclairer les pratiques de changement de domicile. Pouvons-nous émettre l'hypothèse que l'avance en âge ferait préférence au sentiment d'appartenance (autochtonéité) tandis que s'atténuerait l'objectif de « faire propriété » (développé aux moments du « faire famille », conjugale et parentale) ? La patrimonialité étant reconvertie par l'attribution aux descendants des biens et positions sociales⁵. La relation privilégiée au territoire se marque alors par le souci d'inscription et de reconnaissance, dans la proximité et dans la cité, s'il le faut au prix de changements de lieux de vie. Certes, des dissemblances de rapports à la propriété, la patrimonialité et l'autochtonéité existent entre les groupes sociaux, selon le genre et les situations de solitude et/ou d'isolement des individus et leurs effets méritent d'être approfondis pour connaître les chemins des assignations de domiciles, individuels ou collectifs.

Cependant, une telle désaffection (qui reste à documenter) peut être détournée, voire instrumentalisée, pour inciter les individus âgés à prendre en charge leurs diverses prévoyances (hébergement, santé, obsèques, etc.) par l'appel au secteur marchand. Cette marchandisation et privatisation des protections sociales qui est en cours dans notre pays (cf. la baisse de la part de hébergements publics et élévation de celle du secteur privé) nous conduit à rappeler ici combien les « *Propriété privée, propriété sociale, propriété de soi* »⁶ composent le socle des assurances sociales de l'individu et de la société. Dans l'étude de « l'usage du logement pour assurer ses vieux jours », Anne Gotman et Louis Assier-Andrieu (2010) soulignent comment le domicile est ainsi assimilé à un produit financier et fondé sur « l'hypothèse du cycle de vie et la déprogrammation de la transmission ». Considérant « les limites du logement liquide » au travers des *reverse mortgage* aux USA, *prêt hypothécaire inversé* en France, A. Gotman (2010) estime qu'ils constituent des « leviers d'expropriation » des classes pauvres.

Evoquons ici également l'étude de Solène Billaud (2013) qui montre l'influence des statuts de propriétaires et de locataires lors de l'entrée en établissement « pour différer l'abandon définitif de l'ancien logement ». Des différences entre les temporalités (plus ou moins urgentes) pour la gestion des biens et domiciles précédents se font sentir comme dans le cas des mesures de protection de justice. Pour la population âgée, c'est principalement l'entrée en établissement qui fait fonction de déclencheur de telles mesures, du fait de l'appel aux liquidités. En quelque sorte, liquider son domicile pour subvenir à l'entretien de ses vieux

⁴ Dans l'étude de « l'expérience de la réinstallation à la suite [d'une] relocalisation involontaire »..

⁵ Pour les générations les plus âgées, l'effet de période économique a bénéficié à leurs descendants qui ont pu connaître de fortes promotions professionnelles, ascension sociale accompagnée de diverses patrimonialisations dont l'accession à la propriété.

⁶ Pour reprendre le titre et les analyses de Robert Castel et Claudine Haroche (2001).

os. Ces mesures de mise sous tutelle concernent particulièrement les femmes âgées, dont la part est majoritaire et s'accroît plus rapidement, dans le nombre global des mesures attribuées ces dernières années (Le Borgne-Uguen, 2013).

Décalages et détachements

Avant même les déménagements pour d'autres chez soi ou chez autrui, ou encore pour entrer en établissement, le domicile et les espaces, bien qu'appropriés et connus de longue date, peuvent devenir des lieux de repli contraint lorsqu'ils renforcent les difficultés de mobilité, limitent la perception de la vie à l'extérieur et font regretter les possibilités de rencontres fortuites. Dans ces conditions, pour les personnes seules et souvent aussi pour les couples constitués d'une personne malade et d'une personne soutien, le domicile individuel n'assure plus la contention des incertitudes. Des formes d'enfermement, parfois vécues jusqu'au sentiment d'emmurement, contribuent à dévider peu à peu ce lieu intime de ses fonctions de soubassement identitaire. L'insuffisance ressentie, dans les activités et les relations signifiantes, porte alors atteinte au sentiment d'un chez-soi protecteur de ses attaches et attachements. Le « maintien à domicile » peut ainsi tenir lieu d'injonction dans des moments où les individus se trouvent plus fortement dépendants de l'environnement et de l'action d'autrui.

Or, nous avons pu montrer combien tout en prenant soin d'eux-mêmes et de leurs proches, les individus souhaitent avant tout, selon leurs capacités, ressources et réseaux, à maintenir ou à réengager de nouvelles sociabilités. Pour s'assurer un entourage et rester en société, nombre de tentatives de familiarisation, aux alentours et au domicile, sont menées, conjuguant les techniques du corps et les techniques de soi. L'imbrication des services de professionnels, de l'entourage, de la famille s'inscrit dans les circulations au sein du domicile et des alentours, selon des codes et des normes particuliers aux diverses configurations. Pour mieux rendre compte de la construction renouvelée de l'environnement au cours de l'avance en âge et du travail permanent d'anticipation auquel il donne lieu, nous proposons de nous arrêter sur la transition du veuvage.

La transition du veuvage et l'anticipation de l'avenir : de la maison à l'appartement

Les remaniements qui succèdent au veuvage tendent à enclencher plusieurs anticipations pour les besoins à venir, l'usage des services et l'exploration de nouvelles formes de sociabilités. Majoritaires dans le veuvage, les femmes se retrouvent souvent propriétaires de maison ou d'appartement qu'elles ont du mal à envisager de quitter tant ce lieu comporte les traces de leur histoire familiale et de moments fortement investis. Pour plusieurs personnes, ce logement a déjà fait l'objet d'adaptations par le biais d'organismes spécialisés et d'aménagements dus aux compétences des conjoint-e-s et des descendant-e-s. Ces espaces ont ainsi été transformés par le détournement des usages et des objets pour des finalités de compensation (Pennec, 2013). Dans de tels contextes d'ajustements progressifs, le décès du conjoint comme le départ d'un enfant cohabitant provoquent des ruptures dans la chaîne du quotidien et dans le réajustement renouvelé des objets et des lieux. Ce qui fait obstacle dans le domicile ne peut alors plus être contourné et la nécessité d'un nouvel espace plus fonctionnel semble s'imposer pour les individus qui, face aux constats d'inadaptation des habitats et environnements, entrevoient les risques d'entrée en établissement. Le recours au déménagement vers d'autres formes de domicile privé est alors envisagé et des conseils et soutiens sont recherchés pour le passage à sa concrétisation. Les caractéristiques du nouveau logement souhaité portent majoritairement sur la présence de relais relationnels (« *le quartier d'une amie* », « *l'immeuble d'une fille* »), sur la proximité des services (marché, commerces, soins), l'existence de transports et d'espaces de sociabilités.

Ainsi, Mme Lac, suite au décès de son conjoint, s'interroge sur le meilleur choix entre maintien dans sa maison ou achat d'un appartement. Elle mûrit progressivement sa décision et va mettre huit années à « *se décider vraiment... après en avoir tant parlé (et pleuré) à ses enfants qu'ils n'y croyaient plus* ». Ses hésitations tiennent à l'histoire de sa maison construite avec et par son mari.

A 85 ans, elle fait le choix de vivre en appartement, dans un autre quartier, et elle privilégie la proximité de plusieurs services et espaces publics (marché, commerces, transports en commun, etc.) pour disposer d'une autonomie de déplacement (bus au pied de l'immeuble). Cette femme présente son nouvel espace comme celui d'une conquête personnelle, pour une vie en solo mais dans un environnement facilitant, ses décisions ayant été « *simplement soutenues* » par ses enfants qui habitent à plus de 500 kms.

Selon elle, son déménagement résulte moins de ses difficultés physique (principalement pour la marche) que de son veuvage car l'attachement à sa maison constituait un risque d'enfermement tandis que l'appartement actuel lui apporte satisfaction par son environnement.

Elle considère aussi que « *il lui pèse moins* » (au propre et au figuré) et qu'elle pourrait « *s'en détacher pour un autre lieu si besoin était* ».

Le désir d'être au monde (voir, entendre, parler, etc.) peut primer, fusse au prix de détachements de leurs domiciles et territoires de vie précédents (Pennec, 2006, 2012). Les soutiens des tiers, de la parenté, des autres proches et de la part des professionnels, permettent d'imaginer, d'anticiper, d'organiser les recherches de modifications, les tentatives et les transitions qui, parfois après divers allers-retours, se concluent par des déménagements, et parfois par le choix de vie en établissement collectif. Les avis portés sur la vie en établissements sont des regards mêlés, ils croisent les temporalités passées et à venir des parcours de vie. Aux premiers propos centrés sur le souhait du rester chez soi, les récits prolongés disent aussi les craintes entretenues dans/par les murs « trop habités » et les « encombrements » de la longue durée. Mieux que quiconque, les vieilles personnes connaissent l'air du temps qui vient... et encore un peu ou beaucoup celui des divers temps qui furent, qui restent et les habitent.

Pendant, même les représentations des maisons de retraite ont évolué, y compris pour les personnes les plus âgées et les plus concernées, et des distinctions sont établies entre les divers établissements, des préférences et des choix sont formulés. Des arguments sont avancés pour prévoir une nouvelle demeure afin de ne pas peser sur les descendants, de ne pas vivre le sentiment de « devenir une charge » pour ces derniers par « excès de dépendance ». Sont convoqués alors les droits d'une protection sociale (*propriété sociale*) au titre de la participation collective à son édification ainsi que l'éthique du soin. Ce nouveau contexte semble également apparaître au travers des études de la Drees (*Solidarité et Santé*, n° 18, 2011) qui indiquent une amélioration des conditions de l'entrée en établissement et une meilleure évaluation des modes de vie par les individus et leurs proches.

Reste que, l'antinomie construite entre le maintien au domicile et les établissements de personnes âgées n'a pas conduit à renouveler la conception de formes intermédiaires d'habitats dans notre pays. Les formules expérimentées sont diversifiées mais restent peu nombreuses, même en les considérant au sens large du terme alors que l'on constate une forte diminution des logements-foyers, relevant des CCAS et du secteur associatif, au profit du développement des résidences-services et maisons de retraite du secteur privé commercial (*Solidarité et Santé*, n° 29, 2012). Par ailleurs, la faiblesse des soutiens à l'adaptation des habitats individuels, d'une part accroît l'ampleur des besoins en matière de logements adaptés (intermédiaires en ce sens) et, d'autre part, creuse les écarts entre les individus quant à l'adaptation et à l'accessibilité de leurs logements et environnements. « Les politiques sociales semblent buter sur la difficulté à estimer les carences et à décider des nécessités les plus urgentes à mettre en œuvre » (Colombet, 2011) pour définir une nouvelle offre entre

médicalisation (passages des FL en EHPAD) et habitats groupés adaptés. Eléments qui renforcent l'appel aux services au sein de la parenté lors des situations d'urgence et/ou de ressources limitées comme en font état les pratiques de co-habitations entre générations.

La faible visibilité des cohabitations et re-cohabitations entre ascendants et descendants

Les situations de cohabitations entre parents et enfants relèvent généralement de plusieurs facteurs : isolement et sentiment de solitude, difficultés fonctionnelles, inadaptation du domicile et de l'environnement, absence de services ainsi que faiblesse des ressources, etc.

Formes et temps des cohabitations

Les formes et les temps des cohabitations évoqués ici se limitent à celles vécues entre ascendants et descendants. Elles sont diverses et peu visibles *in fine* ce qui nous conduit à attirer l'attention sur ce phénomène diffus. Chaque forme de cohabitation peut recouvrir pour partie les caractéristiques des autres formes de cohabitation rapidement évoquées ci-dessous. Les unes et les autres ont été rencontrées lors des enquêtes de terrain consacrées à l'aménagement de l'habitat, aux mesures de protection de justice, aux parcours de soin à domicile.

- Les *cohabitations de toujours* pour être les mieux recensées ne semblent pas les plus nombreuses.

- Les *cohabitations intermittentes* qui ne manquent pas de se développer en situation de précarité sont, elles, caractérisées par une opacité certaine. Selon les âges des descendants, elles peuvent correspondre à plusieurs situations : aux difficultés d'accès à l'emploi, avant trente ans ; après 50 ans et parfois avant, aux précarisations des fins de carrière ; dans la quarantaine et plus globalement sur le cours des décennies adultes, elles correspondent aussi aux difficultés rencontrées dans les parcours conjugaux et familiaux. Les cohabitations regroupent alors principalement des situations de ménages aux ressources modestes qui mettent en commun biens et liens. Cohabitations au domicile d'un descendant, ou au domicile du parent pour un descendant – seul, ou avec une part de sa propre famille -.

- Les *cohabitations considérées « provisoires »* qui se prolongent. Ainsi, dans les cas d'attente d'une place en établissement, l'accueil provisoire a nécessité des aménagements, une organisation de la vie au quotidien et des soins qui ont conduit soit à limiter la recherche d'une maison de retraite soit à accroître les exigences quant aux services existants. L'accueil « *pour un temps* », dont le terme n'est pas toujours évalué face à l'évaluation de la situation du parent, peut aussi faire suite aux insatisfactions éprouvées à l'égard des établissements. Étudiées à partir des adaptations de l'habitat aux handicaps (Le Borgne-Uguen et Penneç, 2000), des listes d'attente d'entrée en établissements (Penneç, Le Borgne, 1988), de telles situations sont constatées également dans l'étude des réseaux de soutien (Penneç *et al.*, 2006) et dans le suivi des décisions intervenues lors des recours aux professionnels dans des contextes diversifiés (domicile, maison de retraite, accueils de jour) (Rebourg, Le Borgne-Uguen, 2013).

- Les *habitations de proximité ou semi-cohabitations* constituent un filet de protection rapproché, à intervention (pluri)quotidienne ou pluri-hebdomadaire. La visibilité de ce réseau de proches parents n'apparaît lui aussi qu'en partie. Les échanges de services et le soutien aux ascendants y sont nombreux, quasi incorporés, et conduisent parfois aux accueils provisoires à son domicile, ou à la présence chez le parent, évoqués précédemment.

Ces formes et niveaux de cohabitations peuvent être envisagés et, pour partie estimés, par exemple, lorsque le travail de l'un des descendants est partiellement indemnisé au titre de l'APA attribuée au parent (entre 10 et 18% des intervenants selon les estimations). Les études

HID et, plus récemment, HSM et HSA, permettent d'aller plus loin dans la connaissance de ces configurations, de même que l'enquête Share au niveau européen. L'importance des re-cohabitations a également été relevée par Sylvie Renaut *et al.* (2011, 2012) à l'occasion de l'étude des aménagements et des aides à domicile sur deux territoires qui montre la présence de formes de cohabitation également dans les groupes sociaux plus aisés, de la part de fils et de filles, tout en indiquant les disparités des modalités organisationnelles entre les groupes.

Bien que connu et mesurable, le défaut de visibilité de ces phénomènes de (re)cohabitations tient sans doute à plusieurs éléments. Le fait que les domiciles antérieurs soient souvent conservés, tout au moins par une partie des personnes, ce qui conduit à la sous-quantification du phénomène. De même, les durées de cohabitation et les parcours alternant habitats indépendants, collectifs, etc. contribuent à leur minimisation numérique. Par ailleurs, les représentations communes considèrent que les cohabitations sont une forme résiduelle en voie de disparition et contribuent à leur occultation. Or, nous pensons nécessaire d'être attentif aux formes nouvelles de maintien des cohabitations de la part des jeunes et moins jeunes générations qui cumulent chômage, insuffisance des ressources, divortialité accrue... La précarité est un des moteurs des re-cohabitations pour les plus âgés comme pour les plus jeunes. De plus, pour une part de ces derniers, il est à retenir que « la vie de famille » a pu être vécue sur le mode monoparental, généralement avec la mère et la fratrie-sororité ; mère âgée qui va survivre seule le plus souvent ou en re-cohabitation.

Des allers-retours entre chez soi et chez les siens

Nous allons emprunter à l'ouvrage d'Annie Ernaux, *Une femme* (1988), l'histoire de sa mère. Celle-ci, bien après son veuvage, va changer de domiciles et de régions à plusieurs reprises, pour venir habiter chez sa fille et son gendre, avant de revenir dans sa ville d'origine et, plus tard, de séjourner à nouveau chez sa fille. Située son travail entre « littérature, sociologie et histoire », l'auteure souligne les entrelacs des territoires, des temps, des relations sociales et familiales au cours de ces cohabitations / re-cohabitations et les remaniements identitaires en jeu.

« ... Elle n'était plus que « grand-mère », personne ne la connaissait dans la ville et elle n'avait que nous à qui parler. Brutalement l'univers était morne et rétréci, elle ne sentait plus rien... c'était vivre dans un monde qui l'accueillait d'un côté et l'excluait de l'autre... Elle s'est acclimatée... Elle liait connaissance avec des gens qu'elle retrouvait ensuite régulièrement, elle bavardait avec la boulangère, elle se recréait son univers. »

« [...] Elle nous a suivis en région parisienne, dans une ville nouvelle en pleine construction... Elle ne s'habitait pas à vivre là. Au bout de six mois, elle a décidé de revenir, une fois encore, à Yvetot. Elle a emménagé dans un studio de plain-pied pour personnes âgées, à proximité du centre. Heureuse d'être à nouveau indépendante, de retrouver la dernière de ses sœurs... d'anciennes clientes... Mais aussi [...] l'agacement de n'avoir pour voisins que des vieux (son refus violent de participer aux activités du « club du troisième âge »)... Le studio sera sa dernière habitation à elle. »

Plus tard, après un nouvel emménagement chez sa fille, un accident provoqué par un automobiliste conduit à l'hospitalisation de sa mère puis à l'entrée en service de gériatrie jusqu'à son décès.

Comme dans ce récit, une part des cohabitations observées fait suite aux événements de santé (accidents, hospitalisations) et à la pénurie d'alternatives satisfaisantes pour les individus et leurs proches. Selon les configurations en présence, les motifs et durées des cohabitations, les interactions s'avèrent complexes et elles supposent des négociations pour élaborer le sentiment d'un nouveau chez-soi pour les uns et les autres. L'utilisation commune des cuisines, salles de bain, etc. confronte aux divergences relatives aux ordres ménagers et corporels, les normes et les rapports aux temps et aux espaces se révélant à ces occasions.

Les incertitudes pressenties sur le maintien des routines quotidiennes et les conflits de normes conduisent parfois les ascendants à refuser les propositions de cohabitation. C'est ainsi le cas d'une femme isolée qui tout en souhaitant plus d'entourage ... « *préfère attendre encore un peu avant de rentrer en maison de retraite* » car elle n'envisage pas de vivre chez sa fille résidant dans la même commune par « *peur de se sentir commandée* » (Mme Kalon, 90 ans, zone rurale). Elle entrera quelque temps plus tard en maison de retraite, sans désir, regrettant son périmètre antérieur de sortie bien que restreint à son jardin, en l'absence de sorties du territoire de l'établissement à l'exception d'accompagnement familial ou d'urgence médicale.

Parmi ces établissements et logements collectifs avec services, une gamme de lieux et de modes peut ici être dessinée, nous en proposons un court tableau avant de nous intéresser plus particulièrement à l'expérience « entrer en établissement », distincte de celle éprouvée lors de déménagements.

Des habitats collectifs dans lesquels pouvoir continuer à se sentir chez soi ?

Le désir de rester « maître chez-soi » et de décider de l'avenir le plus longtemps possible conduit certaines personnes seules, parfois des couples, à se renseigner sur des habitats plus adaptés, les foyers-logements et autres types d'habitation de manière à anticiper les difficultés de divers ordres. L'éventualité d'une inscription esquissée au cours des entretiens est parfois tue en présence du conjoint car la fin envisagée du maintien au domicile peut laisser à entendre la mort entrevue de l'un ou de l'autre. Cette séquence conjugue la recherche d'un habitat groupé, « de proximité », à l'approvisionnement de la perspective du changement et des modes « d'acclimatation » à ces espaces collectifs.

Mais l'ensemble des habitations collectives n'est pas clairement identifié et les réalisations et les acteurs en matière d'habitats adaptés, de logements groupés sont peu repérés. Les formules qui tentent d'articuler les souhaits de préservation des pratiques privées avec les demandes de services, soin et sociabilités, s'avèrent peu connues tout comme sont généralement ignorées les conditions d'accès et les prestations possibles. En outre, la médicalisation accrue des lieux d'accueil les plus connus vient renouveler la représentation négative traditionnellement attachée aux maisons de retraite. Sur le versant opposé, le désir de maintien dans son habitat comporte aussi des soucis d'adaptation, pour les individus âgés et certains de leurs proches ; ici encore s'exprime un déficit de connaissances, de conseils et de supports pour la réalisation des travaux et les accueils de suppléance parfois nécessaires dans ce cas.

Anciennes et nouvelles formules d'habitat groupé, d'alternatives solidaires

La région Bretagne, dans laquelle ont été menées plusieurs de nos études, a connu un développement important des foyers-logements ainsi que d'autres actions d'habitats groupés à l'intention, exclusive ou non, des personnes âgées. Deux types de réalisations peuvent être distingués : les habitations individuelles et les « logements-foyer » avec services, principalement développés à l'initiative des collectivités locales et du secteur associatif.

Les habitats groupés de centre bourg en zone rurale

En zone rurale, des groupements d'habitats individuels portés par les bailleurs sociaux ont vu le jour à l'occasion des politiques consacrées au maintien des habitants sur le territoire, jeunes couples et vieilles personnes isolées (constructions de petites maisons individuelles ; restaurations d'immeubles, d'écoles, presbytères, etc.). On peut remonter ici à la politique de modernisation de l'agriculture par l'incitation à la décohabitation et à l'accueil des anciens

cultivateurs en centre bourg. Selon les communes, ces logements sociaux ont été situés à proximité des services et des lieux d'animation et parfois intégrés dans des équipements publics, sociaux ou de santé. Ces habitats individuels regroupés ont connu des évolutions diversifiées. Dans quelques communes, l'attribution d'un des logements à une maison médicale, un service à domicile ou autre service collectif (épicerie-pain et poste) a joué simultanément une fonction de veille de proximité. Cependant, dans un plus grand nombre de cas, ces logements n'assurent pas de services spécifiques à la population âgée considérée exclusivement comme population allocataire sociale et leur accueil dans ces logements ne semble plus toujours prioritaire. Quelques opérations de rénovations d'immeubles, en secteurs rural et urbain, ont pris en compte la demande de la population isolée soucieuse de se rapprocher des services, mais la conception des logements et de l'environnement (transports, loisirs...) n'a pas toujours fait l'objet d'un aménagement concerté.

En matière d'habitat intermédiaire (si, par convention, nous retenons l'usage de ce terme), il semble nécessaire de situer *a minima* la diversité des tentatives d'accéder à l'habitat et d'y vivre autrement (intermédiaire en ce sens) depuis plus de 50 années. Dans l'après guerre 39-45, période dite « de la reconstruction », plusieurs innovations prennent forme. On peut en rapprocher les habitats sociaux de centres bourgs et la politique définie par F. Tanguy-Prigent (socialiste, « ministre paysan » dans le 1^{er} gouvernement de Gaulle). Le mouvement solidaire des auto-constructeurs « Les Castors » va s'organiser sur plusieurs localités et réaliser des « cités » en autoproduction pour avoir un toit à soi (Boustingorry, 2008 ; 2010) (Messu, 2007). Initiatives ouvrières soutenues par des municipalités (de droite et de gauche), des réalisations voient le jour jusqu'aux années 70. Si ces générations pionnières disparaissent aujourd'hui, la transmission s'est effectuée à la faveur de nouvelles dynamiques, des communautés post-68 aux squats, pour la défense du droit au logement. La terminologie va elle aussi s'étendre : « habitat groupé », « habitat autogéré », « habitat participatif »... au point de voir telle ou telle expression reprise par des acteurs parfois éloignés des conceptions de départ et des habitants porteurs potentiels.

Aujourd'hui, de tels habitats « coopératifs », mettant en avant des principes solidaristes, connaissent une relance notable, particulièrement dans la région Ouest⁷, et si les réalisations concernent majoritairement de jeunes ménages, de nouveaux projets sont en gestation dont plusieurs intègrent les réflexions sur l'habitat portées par des groupes de retraités. Les associations développent également des habitats adaptés groupés selon ces principes d'entraide (Association des Paralysés de France, 2011). Enfin, plusieurs collectivités locales intègrent d'ailleurs des projets de ce type dans leur programmation d'habitats ou présentent des appels à projets en ce sens. Dans un contexte où l'attention est enfin portée sur les conséquences des insuffisances de l'adaptation de l'habitat et des environnements, le retard de la France est également souligné par rapport aux réglementations qui contribuent à freiner les initiatives. L'étude comparée d'autres pays en matière d'habitations adaptées, comme sur le plan des coopératives d'habitants (Labit, 2013), donne à voir des situations plus favorables dans les pays scandinaves mais aussi en Allemagne. Rappelons que les travaux de Francine Benguigui invitaient déjà à nous interroger sur la propriété pour *Démembrer et fractionner la propriété. De nouvelles formes de propriété à la lumière des expériences étrangères?* (2004).

Foyers-logements, Maisons d'accueils, Petites unités de vie...

Promus par des municipalités et des associations, à partir des années 1970, les foyers-logements ont constitué des formes intermédiaires d'hébergement par rapport à l'existant

⁷ Pour une connaissance des réalisations et des projets en cours sur l'ensemble du territoire français, nous conseillons tout particulièrement le travail mené par Emilie Cariou (2012) (UFR Droit, Université de Brest).

(long séjour, hospices et maisons de retraite). Ils ont permis l'accès à des habitats plus adaptés associant espaces individuels et collectifs, généralement pour des femmes seules, y compris celles de milieux modestes. Cette forme d'hébergement a souvent privilégié et réussi une insertion dans le quartier ou la localité, facilitée par la provenance commune des individus, par le biais des espaces ouverts sur des activités disponibles à des participants extérieurs. Plusieurs formules ont été développées dans cet esprit pour conjuguer les hébergements collectifs « à taille humaine » et le domicile privé. Par la suite, des « petites unités de vie » ont vu le jour par le biais d'associations ou de mutuelles, de manière indépendante ou par de nouvelles organisations au sein de structures plus grandes.

Dans les propos des individus âgés et dans ceux de leurs proches, ces lieux apparaissent encore comme des domiciles potentiels de remplacement et leur appropriation en tant qu'habitat de substitution semble possible à anticiper concrètement. Cette acceptation, relative, caractérise également les Maisons d'Accueil Rural pour Personnes Agées (MARPA) qui bénéficient de l'interconnaissance partagée d'assez longue date entre les résidents, avec les professionnels et les habitants du territoire local. Ancienneté de l'appartenance locale qui facilite parfois les services en proximité devenus nécessaires, mais qui peut aussi les rendre plus délicats. Plusieurs de ces foyers-logements et Marpa ont cherché à maintenir les résidents au sein de ce nouveau domicile jusqu'au terme de leur vie, par l'appel aux services de soin, aux équipes de soins palliatifs à domicile et au travers de la concertation avec les associations de familles et de bénévoles. Ces derniers ont parfois été à l'initiative des projets en mobilisant les collectivités, les caisses et les différents partenaires. Ces lieux de vie soutenus par les collectivités locales, les caisses de retraite... ont permis le maintien et l'inscription de la population très âgée dans le territoire. Cependant, l'évolution actuelle tend à transformer ces domiciles collectifs en « établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes » (EHPAD) au détriment de l'ouverture à et sur la cité. L'usage du sigle lui-même semble consacrer la mise à distance de ces anciens foyers-logements, de leurs résidents et ce faisant de la vieillesse.

A la fin progressive des foyers-logements, s'ajoutent les difficultés de fonctionnement et de pérennisation de diverses tentatives explorées par quelques innovateurs cherchant à associer les diverses formes d'habitat groupé, d'hébergement collectifs et les services. On peut évoquer les accueils de jour, les accueils temporaires, etc. ainsi que les services réalisés à domicile ou en accompagnement extérieur (Baluchonnage, Carpe Diem...); une variété d'expériences menées par plusieurs promoteurs parmi lesquels les groupes de retraités sont présents. La publicité autour de quelques cas, intéressants au demeurant mais dont la généralisation ne semble pas soutenue par les politiques publiques, souligne le paradoxe entre l'intérêt manifesté à l'égard des formules innovantes, le foisonnement des initiatives et la faiblesse des réalisations sur l'ensemble du territoire national. La diversité des appellations, des projets, des acteurs montre pourtant le réel souci d'anticipation des individus et des familles ainsi que de quelques bailleurs sociaux, de certaines collectivités locales, voire d'entrepreneurs privés. Ces projets à l'adresse de la population âgée, ou par les retraités qui souhaitent vivre dans un habitat adapté et facilitateur de l'accès aux services, aux espaces et aux relations sociales, indiquent aussi l'ampleur des besoins, leur urgence et le retard de la France. Les réalisations innovantes ont été recensées par Dominique Argoud (2011) qui les classe en cinq catégories : résidence-services, habitat adapté, habitat intergénérationnel, habitat partagé et habitat autogéré, formules pour lesquelles il précise les promoteurs, les limites et *in fine* leur faiblesse quantitative.

« Entrer en établissement » : l'hébergement collectif

Entrer en établissement constitue un événement d'un autre ordre, et d'une toute autre portée, que de déménager-emménager. Quitter son chez soi marque ici une étape vers un

avenir dont les anticipations comportent souvent une évaluation péjorative des états de santé et la présence de la pensée de la finitude et/ou de la mort. La rupture avec le domicile prend alors un autre sens. Ceci y compris lorsque cette rupture s'est auparavant infiltrée, peu à peu, entre les failles de l'habitable et les faiblesses de l'habitant, au point d'introduire des dissonances dans le sentiment et la sécurité du chez soi. Car, lourds de moments de vies antérieures, ces territoires de l'intime bruissent aussi des maux et des secrets d'une histoire longue qui pèsent insécurisent parfois les espaces connus. Des perceptions d'étrangeté et de discontinuité apparaissent dans les rapports avec l'univers de vie, logement et quartier, et conduisent à la recherche d'un lieu collectif. Pourtant, une telle décision, souvent revisitée sous forme intralocutoire, souvent reportée, va s'avérer difficile et parfois impossible à prendre seul-e. Franchir l'étape suppose la présence d'autrui, ami-e, enfant, personne de confiance, etc. pour faire passer les seuils et explorer le cap de nouveaux ancrages. Les enfants, ou l'un d'entre eux, souvent aux prises avec les désajustements répétés vécus par leurs ascendants dans leurs territoires de vie, se retrouvent en responsabilité de la recherche de lieux susceptibles de conjuguer adaptabilité, sécurité et sentiment d'un « à peu près chez soi ». Ils affrontent les doutes de la prise de décision pour autrui, un autrui adulte, et leur quête du « bon lieu » rencontre la complexité des processus intimes du vieillir de chaque parent, tout en découvrant un nouvel aspect du dédale de l'accès aux services, établissements et prestations. Décider pour son ascendant n'est pas toujours fait nouveau, plusieurs suppléances ont peu à peu prévalu, lors de maladies, de deuils ou encore face à la complexification de certaines activités (techniques, administratives, etc.) et aussi face au désintérêt manifesté par le parent. Mais, la décision de rompre les liens avec la maison, parfois berceau de toute une vie et/ou du début de la vie des enfants, peut faire craindre à celui qui la prend la déstabilisation de la continuité identitaire de son habitant et sa propagation à l'ensemble familial. L'entrée en établissement signifie pour tous, ascendants et descendants, l'entrée dans sa dernière période de vie et l'approche de la mort à vivre.

C'est aussi le sentiment d'entrer *chez d'autres gens*, et sous une autre gouvernance de la demeure et des modes d'habiter, qui vient forcer l'épreuve d'un ailleurs étranger. Cette sensation d'une altérité radicale transforme l'entrée en « établissement » en « placement », par défaut, par autrui etc. Le départ du chez soi se fait ainsi vers un non-domicile, un non-lieu-personnel, dans lequel le sentiment « d'être chez soi » est à la peine, tout au moins pour un temps. Comme dans les remaniements de la vie au domicile, face aux événements et aux transitions imposées, les attitudes individuelles peuvent cheminer entre repli et ouverture sur de nouvelles opportunités. Diverses stratégies de familiarisation entre les résidents, envers les professionnels et à l'adresse des nombreux passagers, sont mises au service de l'intégration au groupe tout en tentant de préserver sa sphère d'intimité, éventuellement dans les limites d'une chambre et de moments particuliers.

Pour les vieilles personnes auparavant isolées, et malgré l'effroi face au nombre des figurants dans ces lieux, ces nouveaux collectifs peuvent tenir lieu de refuge contre les perspectives incertaines de santé et de capacité à affronter le quotidien. La ré-accoutumance progressive au groupe peut favoriser de nouvelles socialisations (Mallon, 2004), dans un être au monde qui reconstruit parfois un groupe d'appartenance plus qu'un chez soi. Les désirs d'entouragement y prennent forme sous d'autres contours et la conscience de la finitude tente de tisser au cœur des linges, objets, lettres et musiques intimes... un « reliquaire » (Dassié, 2004) de préservation des histoires singulières. Ces biens tenus auxquels on tient et qui nous tiennent semblent alors condenser et compenser les propriétés d'avant, si toutefois ces « breloques et broutilles » obtiennent droit de cité au regard d'autrui et des personnes chargées de l'intendance et tenue des lieux.

Habité par ces fragments et monceaux d'histoires, de lieux et de temps mêlés, chacun des résidents tente de s'arrimer à cette multi-cohabitation propre aux entreprises-

établissements. Les modes de vie diffèrent dans ces établissements suivant les formes données à la gestion des espaces et des rythmes permis, imposés, interdits et selon les capacités négociatrices des individus et de leurs proches. Mais, la dynamique des rencontres et la scène des interactions sont principalement actionnées par les modes de direction et les usages professionnels. Et nous constatons la difficulté des établissements à cultiver le sentiment d'appartenance à la cité, l'autochtonéité semble se dérober au profit d'une mise en dépendance organisationnelle et médicalisée qui tend à régler la vie de 'la maison'. Le modèle de la prévention associé à celui des rythmes professionnels n'est pas toujours accordé aux modes de vie des habitants des lieux. Par exemple, les désirs d'ouverture et de mobilisation de ressources de sociabilités sont rarement prioritaires dans l'organisation des établissements comme en témoignent les évaluations de l'ANESM (2011). En effet, seulement 10% des services ont considéré les deux recommandations suivantes (les plus faibles scores) : - « *Ouverture de l'établissement à et sur son environnement* » et

- « *Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement dans le secteur des personnes âgées* »

L'enquête de la Drees (2011) confirme l'importance de cette limitation qui constitue le principal sujet d'insatisfaction des résidents (38%), à savoir, « *ne pas pouvoir sortir [...] ou pas aussi souvent qu'ils le souhaiteraient* ».

Nous notons également que l'utilisation des termes « places », « chambres », « lits » semble redéployée au travers de la médicalisation accrue ; usages qui contribuent à éloigner de l'esprit de chacun le sentiment d'un véritable domicile personnel. De plus, lors des restructurations des FL (adaptation et reconstruction), les anciens studios (T1 et T1bis) ont le plus souvent connu une réduction des surfaces, par suppression des « coins cuisine » par exemple, or ces derniers tenaient offices divers, lors des visites de plusieurs générations potentielles (collations, jeux, informatique, etc.) ou pour des intérêts personnels tout aussi divers (collections, informatique, fourre-tout, dressing...). Tendances hygiénistes lourdes plombées dans le bâti que les divers droits des usagers et instances de représentation réussissent difficilement à compenser. Une telle orientation renforce la rotation importante de la population si l'on tient compte de l'effet imbriqué des âges lors des entrées (d'autant plus élevés que se concrétise cette spécialisation des établissements sur l'accueil des « personnes dépendantes ») et du nombre annuel des décès qui découle de cette situation.

Rappelons cependant que ces établissements sont des lieux dont on repart, à raison de 20% pour les maisons de retraite et de 15% pour les Logements-Foyers, pour un autre domicile, le sien ou celui d'un proche (Perrin-Haynes, 2010)⁸. Ainsi, lors des transformations de Logements-Foyers en EHPAD (marquées par des hausses des tarifs), les mouvements sociaux de résidents, dont certains suivis de départs, ont montré les décalages entre les demandes toujours actuelles de formules intermédiaires d'habitat et les politiques menées par les collectivités et par l'Etat. Les formes de luttes pour éviter l'emmurement, individuel ou en collectivité, et continuer à vivre parmi les autres, contemporain et citoyen, paraissent persévérer au grand âge même si ces luttes sont peu visibles aux yeux d'autrui (Penneç, 2011, 2012).

Conclusion : Vivre en société l'affaiblissement et la finitude

Les parcours présentés font apparaître une diversité d'usages des logements et de l'environnement qui visent à maintenir les sociabilités, malgré des temps de repli dus le plus souvent à des événements de santé, personnels ou affectant un proche. Les formes des enracinements des individus supposent d'être considérées sur la durée de leurs trajectoires,

⁸ Enquête EHPA 2007, DREES

d'habitation et de territoires de vie, et selon les statuts et types d'habitat. Les narrations de l'habiter des individus les plus âgés exposent une pluralité de sentiments qui font état de déracinements, mais aussi de détachement envers des « racines déjà mortes », et de perspectives nouvelles d'arrangements continus avec soi-même et avec les autres. Les personnes tierces, proches et professionnel.le.s, lorsqu'elles confirment les rôles et places des individus, constituent les intermédiaires facilitant la vie dans un domicile, individuel ou collectif, par les aménagements et par l'animation du tissu relationnel. Néanmoins, pour une part des personnes, ces tiers manquent et, par ailleurs, certaines interactions de proximité s'avèrent parfois conflictuelles.

Les relations des vieilles personnes à leur habitat sont également marquées par le statut de leur logement (propriétaire/locataire) et mettent en jeu des transactions familiales. Nous avons montré comment les individus cherchent régulièrement à maintenir ou à réengager de nouvelles sociabilités, voire à déménager, pour s'assurer un entourage au prix de détachements de leur domicile précédent. Au cours du vieillissement et au grand âge, l'appartenance à la communauté et la reconnaissance par autrui tiennent une place importante aux yeux des individus, dans des moments où ils se trouvent plus fortement dépendants de l'environnement et de l'action d'autrui. Les soutiens des tiers, principalement ceux des membres de la parenté, des autres proches et des professionnels, peuvent permettre de vivre ces transitions en continuité avec les souhaits des personnes. En revanche, nous avons constaté la difficulté des établissements à cultiver ce sentiment d'appartenance à la cité, l'autochtonéité semblant ici se dérober au profit d'une mise en dépendance organisationnelle et médicalisée.

Les manières d'habiter, en mouvement continu de recomposition des routines et arts de faire au quotidien, sont aussi contraintes par les cadres du bâti et des environnements et par les politiques de l'habitat. En France, la politique du maintien à domicile a peu développé les moyens d'adaptation des logements comme le soulignent plusieurs rapports récents sur l'urgence d'une politique globale d'aménagement de l'habitat et des espaces collectifs. Dans le même temps, l'évolution des habitats collectifs en direction des vieilles personnes a renforcé la médicalisation des lieux d'accueil et les normes afférentes, à la défaveur des formes d'habitats intermédiaires susceptibles de répondre à la diversité des parcours de vie des individus. Il apparaît également que plusieurs types de mouvements réactivent les droits de l'accès à l'habitat, qui affectent l'ensemble de la population selon des modalités différenciées suivant les âges, les ressources, les territoires, etc. Une connaissance approfondie de l'état des lieux des possibles suppose un recensement de l'ensemble des formes d'habitat, instituées et émergentes, à l'exemple de l'étude menée par nos collègues dans la région Centre et présentée lors de ces journées. Des analyses de cas susceptibles de situer les évolutions des espaces, de comprendre le sentiment de l'habiter, sur la durée et dans les configurations des modes de vie, permettraient également de saisir les arrangements des parcours de longévité et les principes qui les fondent dans l'organisation de la cité.

L'analyse s'appuie sur un corpus de plus de 200 entretiens menés auprès de personnes âgées de plus de 60 ans, le plus grand nombre ayant entre 75 et 95 ans. Ces personnes vivent dans différents territoires de Bretagne occidentale : urbains, périurbains et ruraux, ce qui influe sur les environnements en matière d'habitats, d'aménagements et d'offre de services (sociabilités, santé, transports, etc.).

Il s'agit ici d'une analyse secondaire d'études de cas issus de recherches qui ont porté sur :

- l'adaptation des habitations aux handicaps (Le Borgne-Uguen, Pennec, 2000 ; Pennec *et al.* 2010, 2011) ;
- les pratiques de voisinage et les dynamiques de quartier (Pennec *et al.* 2005; Pronost, 2005) ;
- le soin des proches envers les individus âgés et les services professionnels (Pennec, 1997 ; Pennec, Le Borgne-Uguen, 2006 ; Rebourg, Le Borgne-Uguen *et al.* 2013) ;

- les personnes sous mesures de protection de justice (Le Borgne-Uguen, Pennec, 2004 ; Le Borgne-Uguen, 2012).
Ces études réalisées par des monographies et des entretiens, renouvelés pour une part, et par l'étude de dossiers pour certaines enquêtes (adaptation de l'habitat : 450 ; protections de justice : 300).

- ARGOUD D. 2011. « De l'hébergement à l'habitat : une évolution ambiguë », *Gérontologie et société*, n° 136, p. 13-27.
- ANESM. 2011. *Rapport d'activité 2010*.
- APF. 2011. « L'habitat groupé, une offre de service inclusive du secteur médico-social », *Etudes & Recherches*, n° 20.
- BENIGUI F. 2004. *Démembrer et fractionner la propriété. De nouvelles formes de propriété à la lumière des expériences étrangères?* Tome 2. La Documentation Française.
- BERGER M., ROUGE L., THOMANN S., THOUZELLIER C. 2008. *Vieillir en pavillon : mobilités et immobilités des personnes âgées dans l'espace périurbain*, Université Toulouse-le-Mirail LISST-CIEU, Université Paris 1 LADYSS, Université Aix-Marseille 3 CIRTA, rapport recherche PUCA, 154 p.
- BILLAUD S. 2013. « Propriétaires et locataires face à l'entrée en institution : quels arrangements pour différer l'abandon définitif de l'ancien logement » dans Membrado M. et A. Rouyer (dir), *Habiter et vieillir*, Eres, p. 169-182.
- BONVALET C., OGG J. 2009. *Les baby-boomers : une génération mobile*, Paris, Co-Editions de l'Aube et de l'INED.
- BOUSTINGORRY J. 2008. *Contribution à l'étude du logement en Aquitaine, 1850-1960. Du logement populaire à l'habitat social, des réalisations innovantes à travers les expériences du castorat*, sous la direction de Christian Thibon. Doctorat d'Histoire contemporaine, Université de Pau et des Pays de l'Adour, 558 p.
- BOUSTINGORRY J. 2010. *Des pionniers autoconstructeurs aux coopérateurs : histoire des Castors en Aquitaine*. HAL tel-00707514, version 1 - 12 Juin 2012
- BRESSE M.-P., FORTIN A., DESPRES C. 2010. « Se réinstaller après une relocalisation résidentielle involontaire : entre appréciation de son nouveau milieu et deuil de l'ancien », *Lien social et Politiques*, n° 63, p. 133-141.
- BREVIGLIERI M. 2008. « Penser la dignité sans parler le langage de la capacité à agir », Payet J.-P., Battegay A. (dir) *La reconnaissance à l'épreuve. Explorations socio-anthropologiques*, Lille: Presses du Septentrion, p. 83-92.
- CARIOU E. 2012. « Habitat Groupé et Organismes HLM : une utopie réalisable et reproductible ? », *RECMA*, n° 323, p. 29-33.
- CASTEL R. et HAROCHE C. 2001. *Propriété privée, propriété sociale, propriété de soi, Propriété privée*, Paris, Fayard.
- CAVILLE F. 1999. L'expérience de l'expropriation, Paris, Association des études foncières, citée par Bresse M.-P. et al. *Lien social et Politiques*, n° 63, p. 133-141.
- COLOMBET C. 2011 « L'adaptation du parc de logements au vieillissement et à la dépendance », Centre d'Analyse Stratégique, *Note d'analyse*, n°245, octobre 2011
- DASSIE V. 2004. « Histoires de linges, histoires de liens : reliques et souvenirs dans l'espace domestique contemporain, dans S. Pennec (dir.), 2004, *Des vivants et des morts. Des constructions de la "Bonne mort"*, ARS-CRBC, Université de Bretagne Occidentale, p. 385-394.
- DREES, 2011. « La vie en établissement d'hébergement pour personnes âgées du point de vue des résidents et de leurs proches », *Dossiers Solidarité et Santé*, n° 18.
- DREES, 2012. « L'hébergement en établissements pour personnes âgées », *Dossiers Solidarité et Santé*, n° 29.

- DRIANT J.-C. 2010. « La mobilité résidentielle des ménages âgés ». Programme de recherche vieillissement de la population et habitat, *Changer de résidence ? Changer de pays ? Les comportements résidentiels des retraités*. Coordination Phuong Mai Huynh, PUCA. p.17-32.
- ERNAUX A. 1987. *Une femme*, Paris, Gallimard.
- GOTMAN A. « Vers la fin de la transmission ? De l'usage du logement pour assurer ses vieux jours » Le prêt à hypothèque inversée, *Sociologie*, 2010/1 Vol. 1, p. 141-159. DOI : 10.3917/socio.001.0141
- GOTMAN A. et ASSIER-ANDRIEU L. « Le prêt viager hypothécaire : les limites du logement liquide », PUCA, *Vieillesse de la population et habitat*. Annuaire des recherches, février 2010.
- HENNION A., VIDAL-NAQUET P. et al. (dir) 2012. *Une ethnographie de la relation d'aide : de la ruse à la fiction, ou comment concilier protection et autonomie. 13 récits de cas sur l'intervention du réseau des proches, des aidants et des soignants auprès de personnes atteintes de troubles psychiques ou cognitifs*. CSI, Mines-ParisTech/Cerpe, associé au Centre Max Weber, Lyon, Rapport de recherche pour la MiRe (DREES).
- JACQUES-JOUVENOT D. 2010. « Urbains et ruraux : des cultures différentes de transmission du patrimoine », PUCA, *Vieillesse de la population et habitat*. Annuaire des recherches.
- LABIT A., NOWIK L. et THALINEAU A. (dir). 2011. *L'habitat de demain des retraités : un enjeu sociétal*, Programme APR Région Centre, Rapport intermédiaire, Citères Université Tours et Cedete Université d'Orléans.
- LABIT A. 2013. « L'habitat solidaire intergénérationnel : mythe et réalité en France et en Allemagne » dans Membrado M. et Rouyer A. (dir). *Habiter et Vieillir : vers de nouvelles demeures*, Toulouse, Eres, p. 245-260.
- LE BORGNE-UGUEN F. 2013. « Exercice familial d'une protection juridique à l'égard d'un parent âgé et variations des formes du vieillissement », dans Hummel C., Mallon I., Caradec V. (dir), *Vieillesse et Vieillesse : regards sociologiques*, Rennes, PUR (à paraître).
- LE BORGNE-UGUEN F. 2012. « L'expérience de la protection juridique au sein des couples âgés : recours au droit, économie conjugale et économies familiales » dans Le Borgne-Uguen F. et Rebourg M. (dir), 2012, *L'entraide familiale. Régulations juridiques et sociales*, Rennes, coll. Des Sociétés, PUR, p.209-233.
- LE BORGNE-UGUEN F. 2005. « La répartition des rôles et l'affectation des places des co-habitants lors des aménagements du domicile », dans S. Pennecc ; Le Borgne-Uguen, F. (dir), *Technologies urbaines. Vieillesse et handicaps*, Rennes, éd. ENSP, p. 79-95.
- LE BORGNE-UGUEN F. et PENNECC S. 2005. « L'exercice familial des mesures de protection juridique envers les parents âgés », *Revue Française des Affaires Sociales*, n° 4, p. 55-80.
- LE BORGNE-UGUEN, F. et PENNECC S. 2004. « Les stratégies des personnes âgées » dans D. Argoud et al., *Prévenir l'isolement des personnes âgées. Vivre au grand âge*, Paris, Dunod, p. 87-100.
- LE BORGNE-UGUEN F. et PENNECC S., collaboration de DOUGUET F. 2000. *L'adaptation de l'habitat chez des personnes (de plus de 60 ans) souffrant de maladies et de handicaps et vivant à domicile. Usages et interactions entre les personnes, les proches et les professionnels à travers les objets, les techniques et les aménagements*. Contrat de recherche MiRe et CNAV, Brest, Université Bretagne Occidentale, Tomes 1 et 2 : 212 et 105 pages.
- MALLON I. 2004. *Vivre en maison de retraite. Le dernier chez soi*, Rennes, PUR, Le sens social.
- MESSU M. 2007. *L'Esprit Castor. Sociologie d'un groupe d'auto-constructeurs. L'exemple de la cité de Paimpol*. Rennes, PUR, Collection Sociétés.
- NOWIK L. et A. THALINEAU (dir). 2008. *Mobilités résidentielles et maintien à domicile des personnes âgées de plus de 75 ans*. Rapport de recherche pour la consultation internationale de recherche prospective du Puca.
- NOWIK L. et A. THALINEAU. 2010. « La mobilité résidentielle au milieu de la retraite : un cadre spatial structurant lié à des configurations sociales. » *Espace, Populations, Sociétés*, n°1, p. 41-51.
- PENNECC S. 2013. « Manières d'habiter et transitions biographiques à la vieillesse » dans Membrado M. et A. Rouyer (dir), *Habiter et vieillir*, Toulouse, Eres, p. 85-104.

- PENNEC S. 2012. « Vieillesse et usages des TIC. Analyse des réalisations et des logiques d'acteurs à l'échelle d'un territoire urbain » dans Viriot-Durandal J.P., Pihet C., Chapon P.M. (dir), *Les défis territoriaux face au vieillissement*, La Documentation Française, p. 137-156.
- PENNEC S. 2008. « La ville et les liens de voisinage aux temps de la vieillesse », dans Guérin S., *Habitat social et vieillissement : représentations, formes et liens*, Paris, La Documentation Française, col. Habitat et solidarité, p. 171-186.
- PENNEC S. 2007. « Les enfants dans le soin envers leurs parents : la diversité de leurs pratiques et du sens donné à leurs actions » dans Dreyer P. et B. Ennuyer, *Quand nos parents vieillissent. Prendre soin d'un parent âgé*, Ed. Autrement, collection Mutations, p. 105-122.
- PENNEC S. 2006. « L'attachement au domicile : entre désirs et contraintes », *Les Cahiers de l'Actif*, n° 364/365, p. 11-32.
- PENNEC S. et LE BORGNE-UGUEN, F. 2006. *Les fils dans le soutien envers les ascendants*, Volume 2, 174 p. dans Caradec V. et S. Pennec et al. (dir.), *Les réseaux d'aide aux personnes âgées dépendantes et leur dynamique*, Institut de la longévité et du vieillissement, Brest, Université Bretagne Occidentale-ARS et Université Lille 3-GRACC.
- PENNEC S. et LE BORGNE-UGUEN F. 2003. *Formes de voisinage et d'entourage en situation de handicaps*, Brest, ARS, Université de Bretagne Occidentale, Fondation de France, 80 p.
- PENNEC S. et LE BORGNE F. 1988. « Analyse des demandes d'entrée en établissement pour personnes âgées, Contribution Plan gérontologique du Finistère », Brest, Adeupa-UBO, 108 p.
- PERRIN-HAYNES J. 2010. « Les établissements d'hébergement pour personnes âgées. Activité, personnel et clientèle au 31 décembre 2007 », DREES, *Série Statistiques* N° 142.
- PRONOST S. 2005. *Les réseaux d'entourage des vieilles personnes en situation de handicap vivant à domicile. La place et les usages des membres du voisinage et des amis*, Mémoire de Master 2, Actions sociales et de santé, Vieillissements et handicaps, sous la direction de S. Pennec, Brest, Université de Bretagne Occidentale.
- REBOURG M., LE BORGNE-UGUEN F. 2013. « Parcours de vulnérabilité au grand âge : le malade, l'usager, le majeur protégé », *Bilan scientifique ANR VULAGE*, Programme Vulnérabilités : à l'articulation du sanitaire et du social, Projet ANR-08-VULN-018
- RENAUT S. (dir), OGG J., PETITE S., CHAMAHIAN A., VERMEERSCH S. 2012. *L'aménagement du logement, son accessibilité et les aides techniques*. Usages et besoins, connaissance des dispositifs dans l'enquête Handicap-Santé. Programme de recherches Drees-Mire/CNSA.
- RICOEUR P. 2001, « Autonomie et vulnérabilité » *Le Juste* 2, Paris, Éditions Esprit, 91.

Josef Bura

Vieillir en Allemagne – dans des habitats groupés autogérés

Mesdames, Messieurs,

Avant de commencer avec mon sujet, je voudrais remercier Mme Labit. Elle m'a beaucoup aidé à mettre mon texte dans un français correct. Merci pour cela à Anne Labit. Tout d'abord je voudrais dire quelques mots sur l'organisation, que je préside. Le Forum de l'habitat communautaire est une association reconnue d'utilité publique, qui existe maintenant depuis une vingtaine d'années. Nos membres sont des personnes, qui sont intéressées par les nouvelles formes d'habitat autogérées, des personnes qui vivent déjà dans ces habitats, des groupes d'habitants, des architectes, des spécialistes juridiques, financiers, etc. Notre siège central est situé à Hanovre, mais nous nous engageons sur toute l'Allemagne. Nous collaborons avec des organisations locales, qui sont membres de notre association, pour pouvoir soutenir les personnes, les organisations et les communes intéressées par ce sujet dans tout le pays. Nous recevons des subventions publiques pour créer de nouvelles formes d'habitat et surtout pour encourager les personnes âgées à s'organiser dans ces nouvelles formes de voisinages et à améliorer leurs réseaux sociaux – en ville et en milieu rural.

Pour la plupart des Allemands, l'habitat communautaire qui se développe depuis une vingtaine d'années est une mode récente. Il n'en est rien. En vérité, les habitats communautaires font partie de la culture et de la civilisation humaine. Je prendrai quatre exemples.

Dans la plupart des grandes religions du monde existent des personnes, qui ont fondé des monastères pour y vivre avec d'autres personnes qui partagent un même esprit religieux. Il s'agit certainement d'un habitat communautaire.

Un autre exemple. Au moyen âge des femmes vivant au Pays Bas, nommées des Béguines, se sont organisées dans des habitats communautaires, pour habiter et vivre ensemble, mais pas sous le toit de l'église. Il s'agissait d'un mouvement laïc qui s'est entendu à l'Europe du nord.

Troisième exemple. Dès que des villes ont été fondées comme "berceau de la culture humaine", il y a eu des personnes qui ont fui cette vie urbaine, pour vivre ensemble et chercher une vie en harmonie avec la nature.

Et dernière exemple. En Israël, surtout dans les années entre 50 et 80, il y a eu un mouvement de personnes qui se sont organisées dans des Kibboutz, pour y vivre ensemble, c'est à dire pour habiter et travailler dans des résidences collectives.

Ces exemples, dont j'ai parlé, sont tous différents – mais on trouve deux aspects, qui sont communs: D'abord il s'agit d'une idée, d'un projet de vie autour desquels les groupes se fondent. Deuxièmement les groupes organisent un habitat commun et en bon voisinage, pour pouvoir mieux réaliser les buts formulés.

En Allemagne, à partir des années 70, de nouveaux acteurs sont apparus dans ce domaine. D'abord il s'agissait de jeunes personnes, ensuite de jeunes familles et enfin de personnes âgées. Ensemble ils font partie d'un nouveau mouvement social, d'un mouvement qui a été initié et est initié jusqu'à aujourd'hui par des interventions des citoyens eux-mêmes. Ce ne sont ni l'industrie de l'immobilier et du logement, ni l'Etat, qui ont créé ces nouvelles formes d'habitat – Ce sont bien les citoyens qui les ont inventées.

Commençons avec les jeunes. Dans toute l'Europe, surtout dans les grandes villes au début des années 80, les jeunes se mobilisent en réponse à la grande crise du développement urbain: en France les squatteurs, en Grande Bretagne "the squatters", en Pays bas "de Krakkers" au Danemark la république autonome Christiania de Copenhague, et en Allemagne les "Hausbesetzer". Des jeunes, en général avec peu d'argent, sans travail et qui vivent dans de mauvaises conditions de logement, ont occupés des immeubles locatifs, aidés par des étudiants et des initiatives locales. Ces immeubles étaient abandonnés par leurs propriétaires et devaient être rasés pour laisser la place à des immeubles dont les loyers auraient été beaucoup plus chers.

En Allemagne cela se faisait surtout à Berlin, à Hambourg et à Frankfort. A ce moment là, cette situation créait une très grave insatisfaction et un mécontentement pour beaucoup de personnes, qui étaient affectées par la pénurie de logements et le taux de chômage élevé, deux évolutions sociales, que l'on pouvait trouver dans tout le pays et surtout dans les villes. Une grande partie de la population pense alors que les spéculateurs immobiliers ont tort et donne raison aux squatteurs. Cela a forcé les autorités locales et le système politique dans quelques villes à intervenir pour apaiser ce conflit.

On a donc laissé vivre les squatteurs dans les immeubles occupés. Pour les aider à survivre dans leurs immeubles squattés, qui étaient habituellement en très mauvais état, on leur donnait même des subventions publiques et on organisait pour ces jeunes personnes une assistance technique et sociale.

C'est comme cela qu'est né un nouveau type d'habitat autogéré et communautaire en Allemagne. En 1989, a cause de la chute de mur de Berlin, beaucoup de monde a dû quitter les villes et les villages de l'Est pour trouver un emploi dans l'Ouest du pays. L'effet a été de renforcer la pénurie de logement. Ce sont surtout les jeunes familles dans les villes d'Allemagne de l'ouest qui ont été concernées par cette pénurie. Ils ont également réclamé d'avoir la chance de vivre dans des habitats communautaires et d'élever leurs enfants ensemble avec d'autres parents. Certaines villes, comme Hambourg, ont été intéressées par le fait que des jeunes familles restent habiter au centre-ville, plutôt que d'aller chercher un nouvel habitat moins cher dans des villes ou villages satellites aux

portes de la ville. Pour les encourager à rester, Hambourg a créé des subventions spécifiques pour les jeunes familles qui voulaient vivre en habitat communautaire autogéré.

Par la suite, ce sont aussi les personnes âgées qui ont voulu vivre dans ces nouvelles formes d'habitat, plutôt que de vivre seules ou de risquer d'être obligées d'aller dans une maison de retraite. Depuis le début du troisième millénaire, ce nouveau groupe d'habitants réclame aussi ces nouvelles formes d'habitat comme une chance de pouvoir vivre confortablement chez-soi, de façon autogérée et indépendante – tout en étant soutenu par d'autres personnes dans un voisinage solidaire.

Beaucoup de personnes âgées commencent à réfléchir en regardant la vie de leurs propres parents et souhaitent pour elles d'autres façons de vieillir. Par ailleurs : il y a actuellement une génération des personnes vieillissantes, parmi lesquelles beaucoup n'ont pas des enfants et n'ont donc pas la possibilité d'être accompagnées par eux. Enfin, d'autres personnes entendent ne pas se retrouver à la charge de leurs enfants.

En Allemagne on réfléchit beaucoup à de nouvelles solutions d'habitat dans la phase de vieillissement, pour plusieurs raisons.

1. D'abord, la phase de vieillissement s'élargit. C'est une phase de longue durée et normalement de longue vie en bonne santé. La question est : comment mener cette phase de vie de façon autodéterminée et comment en profiter ?
2. Les formes traditionnelles d'habitat dans cette phase de vie ne sont pas satisfaisantes. Il est urgent de créer une diversité de formes d'habitat, qui réponde aux besoins différents des personnes âgées.
3. Les évolutions démographiques exigent de nouvelles réponses aux questions que pose la société future. L'âge a beaucoup de visages et il faut trouver de nouvelles solutions pour de nouveaux besoins.

Je vais maintenant vous présenter quelques-unes de ces nouvelles solutions, leurs acteurs et leurs besoins.

Mon premier exemple est une coopérative d'habitat comme acteur, qui recherchait des personnes, des locataires, pour réaliser un habitat communautaire et autogéré. Elle avait acheté du terrain dans un village de 5.000 habitants situé à environ 40 km de Hambourg. Cela se passait à une époque, où on avait pas encore entendu parler des évolutions démographiques dans les territoires ruraux. Cette coopérative avait acheté un terrain et l'avait divisé en parcelles pour les vendre. Mais Il n'y avait personne pour bâtir sa propre maison sur ce terrain.

Le représentant de la coopérative s'est adressé à moi pour me demander si c'était possible d'y créer un habitat communautaire. J'ai dit oui, à condition de pouvoir gagner le soutien du maire de la commune. Nous sommes donc allés à la mairie pour convaincre le maire de nos idées. Ce fût très facile à faire car le constat était le suivant: il était impossible de louer une maison dans ce village. La conséquence: toute la jeune génération et surtout les jeunes familles

quittaient le village, parce que ils n'étaient pas en mesure d'acheter ou de bâtir un habitat propre. Le deuxième groupe d'habitants de ce village, c'étaient les personnes âgées, vivant toutes seules dans des maisons trop grandes et sur des parcelles aussi trop grandes.

Le maire nous a proposé de faire des assemblées dans la salle communale, dont quelques-unes avec lui comme représentant de la commune. Cela nous a beaucoup aidés. Beaucoup de membres de la commune sont venus pour s'informer. En six mois nous avons monté un groupe de personnes intéressées et nous avons discuté avec eux de toutes les décisions principales: combien de maisons et comment les placer sur le terrain, l'architecture des maisons? les normes écologiques et enfin le prix maximum possible du loyer?

Après deux années, tout a été fini. Maintenant 43 personnes (soit à peu près 1 pourcent des habitants du village) y vivent depuis 2009. La plus âgée a 87 ans. Quelque fois ils organisent une fête pour les voisins ou un marché aux puces local pour tout le village.

Un autre exemple. En 2000 à Munich, qui est la capitale de la Bavière, un groupe de 21 personnes intéressées ont fondées une nouvelle coopérative d'habitants pour créer des habitats communautaires et autogérés. Ils sont nommés «Wagnis», ce que l'on peut traduire par «courir un risque» ou «il faut saisir les opportunités offertes». En tout cas, 10 années plus tard, les 800 membres de la nouvelle coopérative ont construit 234 logements pour eux-mêmes. Pour comprendre cela, il faut d'abord savoir, qu'il y a beaucoup de personnes qui ont donné de l'argent à la coopérative pour réaliser ce programme énorme de construction et en même temps il faut savoir que la commune de Munich a subventionné la plupart des logements. Cela nous montre la grande importance de l'engagement des citoyens et en même temps la grande importance du support communal.

En plus, cette jeune coopérative a réalisée dans les bâtiments des espaces pour des rencontres de voisinage ou peut se développer une vie sociale entre les habitants du quartier. Les habitants ont fondé une association reconnue d'utilité publique, pour améliorer les relations entre les habitants du quartier et ils ont créé différentes activités – soit des activités de loisir, soit des rencontres pour discuter des besoins des hommes et femmes, des enfants ou de la jeunesse dans le quartier. L'un des thèmes de ces rencontres est par exemple: vieillir dans le quartier.

J'ai été invité pour ma part à participer au dixième anniversaire de la coopérative et je vais vous montrer quelques impressions de cette fête. Vous remarquerez qu'il y a beaucoup de personnes âgées parmi les participants de la fête – mais aussi des jeunes familles. C'est une mixité sociale très vivante que l'on peut trouver dans cet habitat.

Troisième Exemple. Le quartier Vauban qui fait partie de la ville de Fribourg. Fribourg est une ville de 230 000 habitants et est située à côté de Strasbourg, dans la forêt noire. Le quartier Vauban était une ancienne caserne, utilisée par des troupes françaises après la deuxième guerre mondiale. Elle est nommée

d'après Mr Vauban, le célèbre constructeur français de forteresses. Quand les militaires français ont quitté la caserne en 1990, on voulait détruire les anciens bâtiments. Mais des étudiants avaient squatté des bâtiments et voulaient y rester. Ce fût le début d'une histoire à grand succès.

Après de longues interventions politiques, la ville décidait de laisser les étudiants dans les bâtiments et de développer tout un quartier avec les citoyens intéressés pour y vivre. Les personnes qui vivent dans types différentes de bâtiments et se sont trouvées elles-mêmes. Tous les bâtiments dans le Quartier Vauban ont été construits à partir des idées des personnes qui y vivent. Il y a des bâtiments pour des locataires, qui se sont unis au sein d'une coopérative d'habitants. Dans d'autres bâtiments se sont réunis des propriétaires pour vivre ensemble. On peut trouver au quartier Vauban des groupes composés de jeunes familles, composés de différentes générations et aussi de personnes âgées uniquement.

Quand le quartier sera fini, 5.000 à 6.000 personnes y vivront, dans différentes formes de vivre ensemble et dans un quartier très vivant.

En 2010 le Quartier Vauban était invité à se présenter à l'Expo mondiale à Shanghai dans le pavillon allemand. Le quartier Vauban a obtenu une haute distinction dans le programme : « better cities, better life » pour l'aspect «développement démocratique d'un quartier urbain». Et j'ajoute que cette méthode démocratique de développement d'un quartier peut apporter de nouvelles solutions d'habitat – aussi et surtout pour le groupe des personnes âgées.

Pour finir. En Allemagne il y a environ 2.000 à 3.000 bâtiments avec des habitats autogérés. Nous n'avons pas de chiffres exacts. Mais en tout cas, ce n'est pas beaucoup et c'est très insuffisant.

Beaucoup de membres venant du groupe des personnes âgées en Allemagne sont donc très mécontentes de la situation actuelle et réclament de nouvelles formes d'habitat, pour pouvoir vivre indépendants et dans un voisinage vivant et participatif avec d'autres personnes de même esprit.

- (1) Dans des communes allemandes, où ils trouvent du soutien, ils ont une chance de réussir.
- (2) Mais dans la plupart des communes allemandes, il y a encore beaucoup à faire pour trouver des acteurs prêts à les soutenir.
- (3) Les personnes agrées, qui se retrouvent dans des habitats autogérés font de nouvelles expériences dans leur vie: vieillir ensemble avec d'autres personnes - chacun dans son habitat privé - mais ensemble dans un bâtiment. Ils discutent entre eux: que faire quand on devient gravement malade et que faire quand on a besoin de soutien et de soins médicaux. Ils cherchent les solutions solidaires.

En somme, nous sommes en Allemagne sur le chemin du futur de l'habitat, mais il y a encore beaucoup, beaucoup à faire.

Je vous remercie de votre attention.

Colloque international
« Vieillir chez soi - vieillir entre soi ? Les habitats intermédiaires en question »

Tours (France)

22 au 24 mai 2013

Communication

Les villages seniors en France : caractéristiques sociales et logiques géographiques

Coordonnées des auteurs

Madore François
francois.madore@univ-nantes.fr
Professeur des universités
Université de Nantes, Igarun
UMR CNRS 6590 ESO

Chahinaze Boudjema
chahinaze.boudjema@etu.univ-nantes.fr
Étudiante master 2
Université de Nantes, Igarun

L'objectif de cette communication est de présenter les tous premiers résultats d'une recherche en cours portant sur les villages seniors en France, l'une des formes d'habitat intermédiaire pour personnes vieillissantes. Ces complexes résidentiels trouvent leur place entre le maintien à domicile et les EHPAD. Ils sont donc conçus par la promotion immobilière privée pour des seniors autonomes ainsi que pour des personnes âgées souffrant d'une légère dépendance mais encore valides. Si des *retirement communities* ou *active adults communities* sont apparus dès les années 1950 aux États-Unis, c'est au cours de la décennie 2000 que ces agrégats de seniors ont émergé dans l'hexagone.

Les travaux de J. Jacobs (1974), de H. Stroud (1995) et de C. Pihet (1999, 2003) ou encore ceux que nous avons dirigés sur les ensembles résidentiels fermés (Billard *et al.*, 2005), ont bien montré les logiques sociales et spatiales à l'origine de ces nouvelles territorialisations produites par l'âge aux États-Unis. Ces *retirement communities* sont d'abord marquées par la fermeture et/ou sécurisation du complexe d'habitat. Autrement dit, le village senior constitue l'une des déclinaisons des ensembles résidentiels fermés, comme le révèle bien également la typologie de la fermeture résidentielle en France (Billard *et al.*, 2011). Mais ces *retirement communities* sont aussi caractérisés par l'omniprésence du cadre naturel et des aménités de loisirs (golf, courts de tennis, piscines), la gestion du complexe par un gouvernement privé (*homeowner association*) et enfin l'homogénéité du peuplement autour de la figure du jeune senior en couple âgé de 65 à 79 ans, issu de la classe moyenne blanche, qui vivait auparavant dans une agglomération du nord-est. Géographiquement, ces *retirement communities* sont caractérisées par leur concentration dans les régions de migrations de retraite ou de loisirs balnéaires de la *Sun Belt*. Toutefois, si ces régions méridionales constituent la zone primitive et la plus concernée par cette forme d'habitat construite sur l'entre soi générationnel, elles n'en ont pas pour autant l'exclusivité. Celle-ci s'est développée plus tardivement et plus modestement dans les États du nord-est et du centre-ouest, comme le Colorado et l'Utah.

En revanche, les connaissances du phénomène en Europe en général et en France en particulier sont beaucoup plus fragmentaires. Outre la très brève description d'une communauté de seniors dans l'Algarve au sud du Portugal par D. Bésingrand (2007) et nos

travaux portant sur la fermeture résidentielle dans l'hexagone (Billard *et al.*, 2011 ; Madoré, Vuailat, 2010), le principal travail abordant cette question a été coordonné par un collectif de chercheurs britanniques (King *et al.*, 2000). D'abord consacré aux migrations de retraite vers plusieurs pays de l'Europe méridionale (Portugal, Espagne, Malte, Italie), il s'attache aussi à décrire les formes spatiales issues de ces migrations. Bien qu'appartenant également aux classes moyennes et aisées, les résidants sont quasiment tous issus de l'Europe du nord (Scandinavie, Royaume Uni, Allemagne) ce qui aboutit, pour des questions linguistiques, culturelles et aussi de pouvoir d'achat, à une clôture avec le territoire d'accueil que les auteurs estiment plus forte qu'en Amérique.

1. Objectifs et méthodes

L'objectif de cette communication, qui a une visée exploratoire, est double. D'une part, nous chercherons à mieux comprendre les logiques sociales qui président au déploiement, sur le territoire français, des villages seniors. Nous formulons donc l'hypothèse que ces formes d'habitat intermédiaire pour seniors valides sont le fruit d'une stratégie marketing de promoteurs privés visant à construire une offre résidentielle renouvelée axée sur une pluralité de services, notamment l'offre de sécurité (portail automatique, clôture et gardien-régisseur) et le cocktail d'aménités de loisirs (piscine, *club-house*, animateur, etc.) censé favoriser à la fois une vie communautaire à l'échelle du complexe résidentiel et un mode de vie hédoniste. Autrement dit, nous exprimons l'hypothèse d'une transposition d'un modèle à la fois d'habitat et d'entre soi générationnel (celui des villages seniors fermés) de l'Amérique du Nord vers la France. Cette approche est fondamentale, car elle est au principe même du concept étudié : le village seniors n'existe que parce qu'il propose une palette de services qui singularise cet habitat, qui fait qu'il est unique. Cependant, cette unicité du produit proposé ne signifie pas équivalence de l'offre en services d'un promoteur à l'autre et il convient donc d'en appréhender la diversité, car les services peuvent être de droit, dès lors que l'on réside dans le complexe, ou payants.

D'autre part, nous nous efforcerons de décrypter les logiques géographiques au principe même du déploiement de ces formes d'agrégation de seniors, en cherchant à vérifier l'hypothèse selon laquelle si l'offre primitive s'est développée dans le sud de la France, comme aux États-Unis, le phénomène gagne désormais d'autres territoires, selon une double logique de diffusion : l'une qui privilégie une situation littorale, notamment la côte Atlantique ; l'autre qui cible des aires urbaines, donc la proximité de bassins d'habitat de seniors. Cette hypothèse est fondée sur le raisonnement suivant. Ces nouvelles territorialités de l'habiter conduisant à des processus d'agrégation générationnelle et territoriale cherchent à capter une partie des migrations de jeunes retraités. En effet, l'arrivée à l'âge de la retraite coïncide, au même titre que la décohabitation juvénile, la constitution de la famille, la séparation du couple ou le départ des enfants, à l'une des étapes clés de la mobilité des ménages au cours du cycle de vie. Or, les travaux portant sur ces migrations résidentielles des retraités (Cribier, 1992) ont bien montré comment ceux-ci privilégient, dans leur destination, différentes variables : rapprochement de la famille, installation dans un lieu connu, mais aussi recherche de zones favorisées climatiquement, que l'on trouvera soit dans le sud de la France, soit sur le littoral Atlantique. Nous formulons donc l'hypothèse que les promoteurs positionnés sur ce créneau des villages seniors ont bien intégré cette double force de l'héliotropisme et de l'haliotropisme dans les stratégies résidentielles des seniors, mais que dans le même temps, une partie des logiques spatiales à l'œuvre échappent à ce double

déterminisme géographique, ne serait-ce parce que d'autres seniors cherchent à résider (soit en restant dans leur zone d'implantation, soit en déménageant) à proximité de la famille et de leurs enfants en particulier.

En termes de méthode, l'approche a consisté pour l'instant à faire une recherche la plus complète possible, à défaut d'atteindre l'exhaustivité, des promoteurs commercialisant des villages ou résidence pour seniors valides. Nous avons donc cherché à identifier ces promoteurs via une recherche par mots clés sur le web, en saisissant les termes suivants : « village seniors », « résidence seniors », « promoteur village / résidence seniors ». Au total, quatorze promoteurs ont pu être identifiés, sachant bien évidemment que la recherche ne peut prétendre à l'exhaustivité, étant donné la méthode utilisée. La collecte d'informations a consisté à recenser chaque programme déjà commercialisé, en cours de commercialisation ou à venir, et toutes les prestations proposées.

2. Le village senior : un marché en plein développement capté par quelques promoteurs

225 villages seniors ont pu être identifiés en France, avec la méthode mise au point. Le nombre de logements estimés est de 19 300. Il s'agit bien d'une estimation et non d'un chiffre exact, car le nombre de logements n'est pas toujours renseigné pour tous les complexes. Pour pallier cette absence de données, pour chaque promoteur, nous avons calculé la moyenne pour les programmes où ce chiffre était connu ; puis nous avons l'appliquée aux villages pour lesquels la donnée était manquante. En moyenne, chaque village senior contient 86 logements, mais cette taille moyenne varie, d'un promoteur à l'autre, d'une cinquantaine à une centaine. Cette forme d'habitat intermédiaire ne représente qu'une part infinitésimale du parc de résidences principales des ménages de 60 ans et plus en France, avec une part de marché de 0,2 %. Toutefois, il s'agit d'un marché récent en plein développement : 42 % des villages seniors identifiés en 2013 sont en cours de construction ou de commercialisation (tableau 1).

Tableau 1 : Villages seniors ouverts et en construction/commercialisation en France en 2013

Villages	Effectif	En %
Ouverts	116	52
En construction/commercialisation	95	42
Indéterminé	14	6
Total	225	100

Source : sites Internet des promoteurs immobiliers

À l'image de ce qui est observé aux États-Unis et en Europe méridionale, le groupe des promoteurs positionnés sur le créneau des villages seniors en France est pluriel. Il semble restreint, même si notre recensement ne peut prétendre à l'exhaustivité, car seuls quatorze promoteurs ont pu être identifiés et deux dominant nettement le marché : Aegide, groupe de promotion immobilière qui orchestre la construction des résidences Domitys, et les Senioriales lancées en 2001 par l'ex. groupe Ramos devenu filiale du groupe Pierre &

Vacances en mai 2007 (tableau 2). Ces deux promoteurs représentent quasiment la moitié de l'offre en villages seniors identifiés, avec respectivement 56 et 54 villages. Toutefois, différence essentielle entre les deux groupes, la taille moyenne d'une résidence Domitys est deux fois supérieure à celle d'une Senioriales : 118 contre 59. De fait, en termes de nombre de logements, le premier groupe représente à lui tout seul le tiers de l'offre, avec approximativement 6 600 logements. Le groupe Les Villages d'Or pointe en troisième position mais à distance des deux premiers promoteurs, avec 37 villages. Ces trois groupes concentrent les deux tiers de l'offre identifiée avec notre méthode en France, que ce soit en nombre de villages ou de logements, ce qui leur assure une position dominante, ne serait-ce qu'en termes de visibilité sur Internet ou dans l'espace médiatique. Avec un nombre de villages encore plus réduit, au nombre de 18, pointent en quatrième position Acapace (les Jardins d'Arcadie) et Médicis. Ce club des cinq représente les quatre cinquièmes des villages seniors recensés.

Tableau 2 : Villages seniors et logements dans ces villages par promoteur immobilier en France en 2013

Rang	Promoteur et concept	Villages seniors		Logements	
		Effectif	En %	Effectif	En %
1	Aegide - Domitys	56	25	6 608	34
2	Pierre et Vacances - Les Senioriales	54	24	3 196	17
3	Les Villages D'Or	37	16	2 903	15
	Médicis	18	8	1 840	10
4	Acapace - Les Jardins d'Arcadie	18	8	1 569	8
6	Histoire & Patrimoine et Euro Credim Ingénierie	12	5	945	5
7	Promo Inn Ingénierie	10	4	828	4
8	Cogedim	5	2	392	2
	Steva - Montana	5	2	549	3
10	Proméo - Village Center Senior'in	4	2	116	1
11	Icade	3	1	252	1
	Bouwfonds Marignan	1	0		0
	Particulier	1	0	25	0
	ASPEE*	1	0	57	0
Total		225	100	19 280	100

Source : sites Internet des promoteurs immobiliers

Ces différents concepts ont des caractéristiques proches : ensemble de maisons ou d'appartements de plain-pied pour seniors indépendants, offrant une large gamme d'aménités et d'activités de loisirs. Nous avons essayé de mieux cerner cette offre de services, en recensant sur les sites Internet des promoteurs l'ensemble des équipements et services proposés. Ces derniers ont été classés selon leur nature puis leurs modalités de mise à disposition. Le premier classement fait ressortir cinq types d'équipements ou services : activités et loisirs, sécurité, bien-être, accompagnement et autres. Les deux premières catégories peuvent être elles-mêmes subdivisées, entre d'un côté les activités et loisirs propres au complexe résidentiel et ceux proposés à l'extérieur du complexe, de l'autre les dispositifs physiques de sécurité et ceux qui s'attachent à la personne. Quant aux modalités de mise à disposition, elles ressortent à trois niveaux : accès libre, formule ou à la carte.

3. Logiques spatiales : héliotropisme, haliotropisme et proximité des grandes villes

L'analyse de la répartition des villages seniors en France en 2013 est marquée à la fois par l'ubiquité et l'inégalité (tableau 3 ; carte 1). Ubiquité car des villages existent un peu partout dans l'hexagone. Cette forme d'habitat intermédiaire des seniors a été identifiée dans vingt régions métropolitaines sur les vingt-deux : seules la Corse et la Picardie sont absentes. Elle est présente par ailleurs dans 69 départements sur les 96 que compte la France métropolitaine, soit les deux tiers d'entre eux.

Mais au-delà de ce constat d'ubiquité, la répartition spatiale des villages seniors est bien marquée par l'inégalité, car l'hypothèse d'une aire d'apparition primitive dans le sud et d'une zone de diffusion guidée par une double logique d'haliotropisme et de proximité de bassins d'habitat de seniors, donc de grandes aires urbaines, est confirmée. En effet, les régions les plus concernées par le phénomène sont d'abord méridionales : le Languedoc-Roussillon apparaît nettement en tête avec 32 villages recensés et 14 % de l'offre française, devant l'Aquitaine (22 villages) ; un peu en-deçà, se situent les régions Rhône-Alpes et Provence-Alpes-Côte d'Azur, avec respectivement 19 et 18 villages, puis plus en retrait Midi-Pyrénées (10). Au total, ces cinq régions du sud de la France totalisent près de la moitié de l'offre en villages seniors du territoire français, soit 101 sur les 225 recensés. Ce tropisme méridional a guidé par exemple la stratégie de l'ex. groupe Ramos du moins jusqu'à la fin de la décennie 2000, puisque sur les 38 Senioriales recensées en France en décembre 2010, 31 étaient situées soit dans le sud-est (douze en Languedoc-Roussillon, cinq en PACA et quatre en Rhône-Alpes), soit dans le sud-ouest (huit en Aquitaine et deux en Midi-Pyrénées).

Au-delà de ce tropisme méridional, les façades maritimes concentrent nombre des villages seniors identifiés. Huit départements parmi les dix plus concernés sont littoraux, avec trois secteurs de concentration plus marqués, d'inégale importance et étendue toutefois.

- Le mieux doté est le littoral méditerranéen, ce qui explique que les régions méridionales comptent parmi les plus fournies en villages seniors. Trois zones affichent une densité bien supérieure à la moyenne : les Pyrénées-Orientales (11 villages), l'Hérault (12), puis plus à l'est les confins du Var (6) et des Alpes-Maritimes (3).
- Le deuxième secteur littoral relativement bien doté en villages seniors est la côte Atlantique, mais avec un niveau de concentration inférieur au littoral méditerranéen, car le phénomène y est plus diffus. La principale zone de concentration apparaît le long du littoral charentais et girondin, avec la Charente-Maritime (10 villages seniors) et la Gironde (9). Une autre zone de moindre intensité peut être identifiée sur le pourtour de la péninsule bretonne.
- Enfin, le troisième secteur de concentration le long des côtes françaises correspond au littoral du Calvados le long de la Manche (7 villages).

Enfin, la troisième logique spatiale qui préside au développement des villages seniors est la proximité de bassins d'habitat de seniors constitués de grandes aires urbaines. L'Île-de-France occupe ainsi le troisième rang, derrière le Languedoc-Roussillon et l'Aquitaine, pour le nombre de villages identifiés en France, avec 21 unités. Parmi les dix départements les plus concernés, les seuls qui ne soient pas en position littorale sont précisément franciliens avec la Seine-et-Marne et les Yvelines (6 villages chacun). Quelques grandes aires urbaines de

province apparaissent également relativement bien dotées, comme Bordeaux, Strasbourg ou encore Toulouse, tandis que d'autres de dimension plus réduite, comme Metz, Rennes ou Tours, ressortent aussi. Par ce positionnement géographique, les promoteurs cherchent à capter tous les segments d'une demande potentielle, en développant ainsi une offre au plus près des seniors, car seule une minorité d'entre eux font le choix d'une migration guidée par la double attirance du soleil et de la mer.

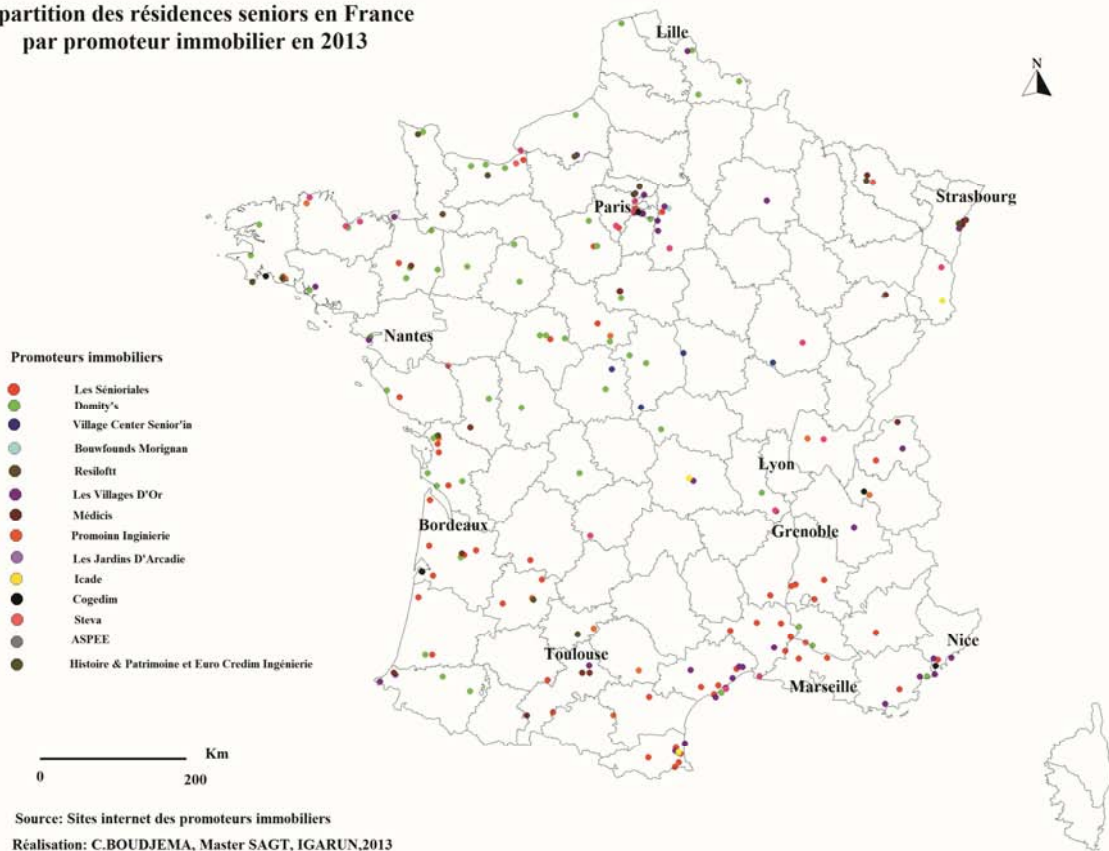
Toutefois, la géographie des villages seniors en France peut être très variable d'un promoteur à l'autre, comme l'illustre celle des deux groupes dominants. Aegide, dont le siège social est à Paris, a l'essentiel de son parc dans un grand quart nord-ouest de la France, plus quelques résidences dans le Midi (carte 3). En revanche, les Senioriales a déployé son offre essentiellement dans le sud de la France, depuis son siège de Toulouse et ses deux agences d'Aix-en-Provence et de Bordeaux (carte 4). Toutefois, l'ouverture d'une troisième agence en région parisienne assure le développement plus récent de Sénioriales dans la moitié septentrionale de la France, principalement en Île-de-France, sur la côte normande et en région Centre. Cette inscription territoriale différenciée des deux groupes explique en partie pourquoi la répartition de l'offre de logements en résidences seniors fait ressortir autant le quart nord-ouest que les Midis, car la taille moyenne des résidences Domitys est deux supérieure à celle des Senioriales (carte 2).

Tableau 3 : Villages seniors par région française en 2013

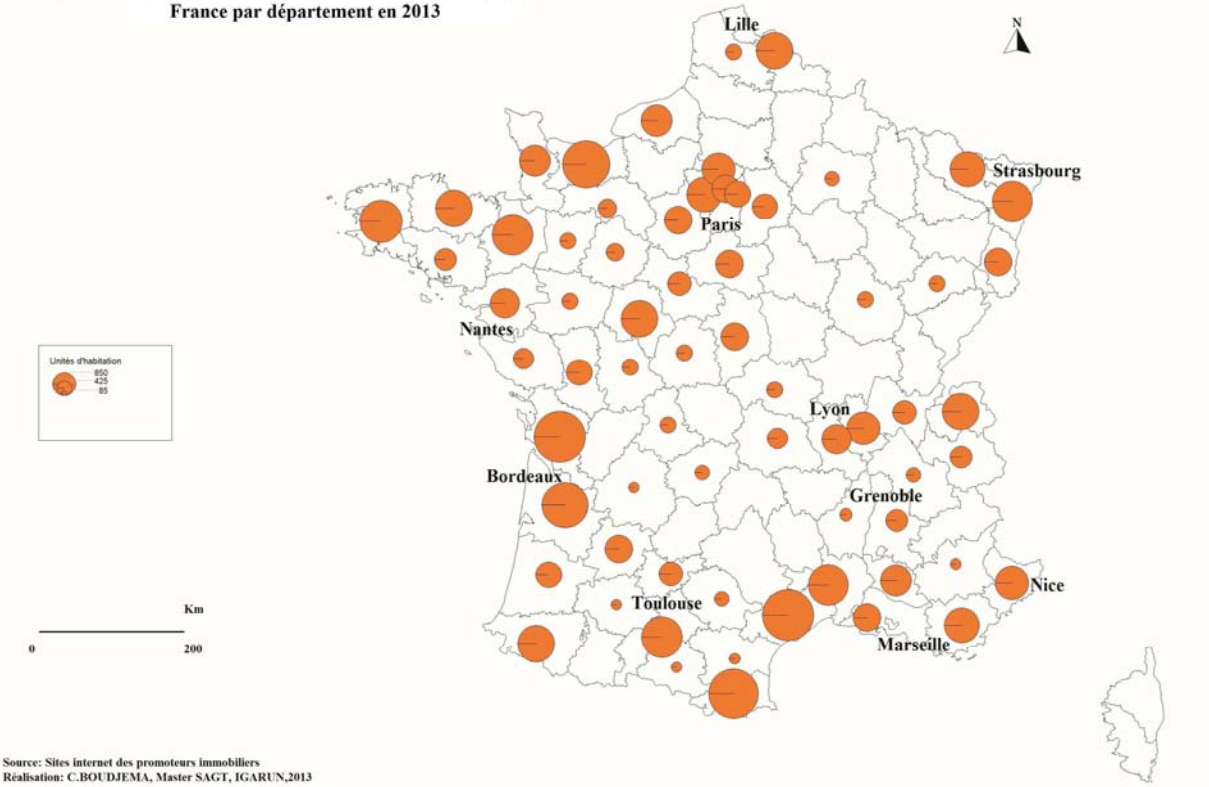
Rang	Région	Effectif	En %
1	Languedoc-Roussillon	32	14
2	Aquitaine	22	10
3	Ile de France	21	9
4	Bretagne	19	8
	Centre	19	8
	Rhône -Alpes	19	8
7	Provence-Alpes-Côte d'Azur	18	8
8	Poitou-Charentes	13	6
9	Basse Normandie	12	5
10	Midi-Pyrénées	10	4
11	Alsace	9	4
12	Pays de la Loire	8	4
13	Nord-Pas-de-Calais	5	2
14	Haute Normandie	4	2
	Lorraine	4	2
16	Auvergne	3	1
17	Bourgogne	2	1
	Franche-Comté	2	1
	Limousin	2	1
20	Champagne-Ardenne	1	0
	Corse		
	Picardie		
	Total	225	100

Source : sites Internet des promoteurs immobiliers

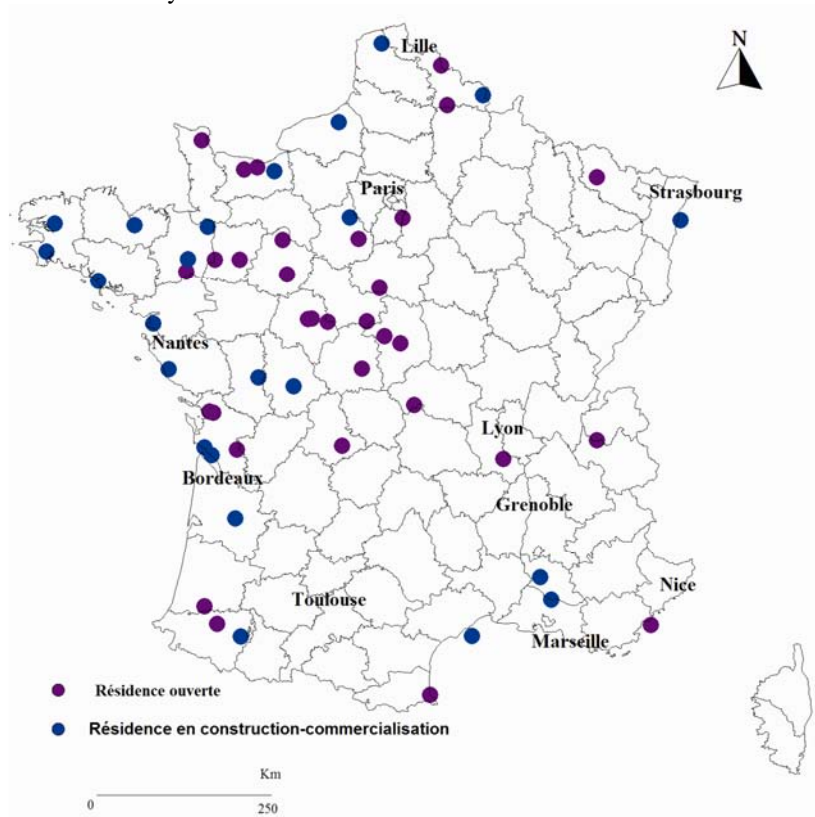
Répartition des résidences seniors en France par promoteur immobilier en 2013



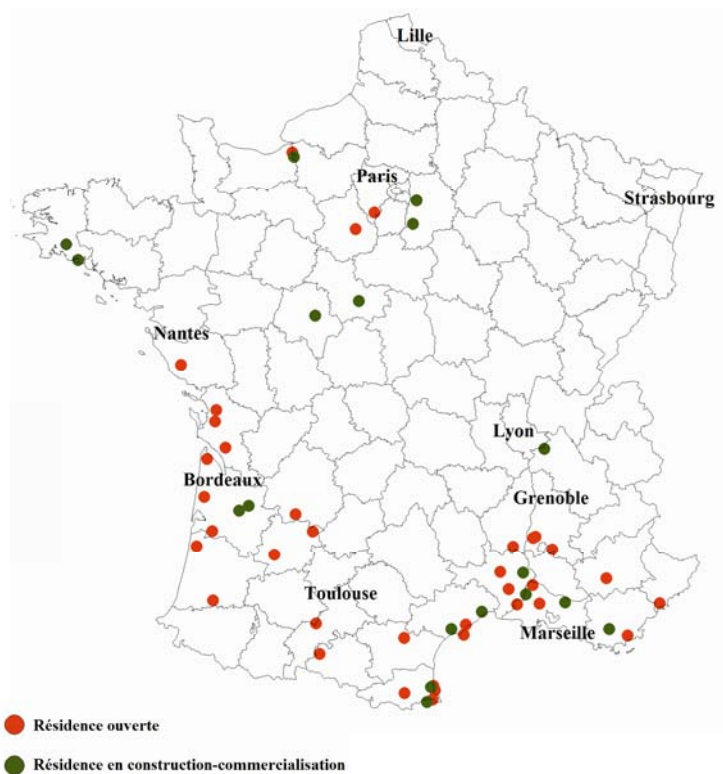
Répartition du nombre de logement en résidences seniors en France par département en 2013



Répartition des résidences Domitys en France en 2013



Répartition des résidences Les Seniorials en France en 2013



Bibliographie

Bésingrand D., 2007, « La marginalisation des communautés de seniors en France et au Portugal », *Bulletin de l'Association des Géographes Français*, n° 3, p. 327-336.

Billard G., Chevalier J., Madoré F., 2005, *Ville fermée, ville surveillée. La sécurisation des espaces résidentiels en France et en Amérique du Nord*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 230 p.

Billard G., Chevalier J., Madoré F., Vuillat F., 2011, *Quartiers sécurisés : un nouveau défi pour la ville ?*, Paris, Les Carnets de l'info, 205 p.

Cribier F., 1992, « La migration de retraite des Parisiens vers la province et ses transformations récentes », in Lelièvre E., Lévy-Vroelant C., (dir.), *La ville en mouvement : habitat et habitants*, Paris, L'Harmattan, p. 91-99.

Jacobs J., 1974, *Fun City : an ethnographic study of a retirement community*, New York, Holt, Rhinehart and Winston, 88 p.

King R., Warnes A., Williams A., 2000, *Sunset lives: British retirement migration to the Mediterranean*, Oxford, New York, Berg, 235 p.

Madoré F., Vuillat F., 2010, « Une affaire de générations : la construction d'un entre-soi à l'épreuve de la mixité intergénérationnelle. L'exemple de la Villa Vermeil de Biscarrosse »,

EspacesTemps.net, Textuel, 28.06.2010 (revue en ligne : <http://www.espacestemps.net/document8233.html>).

Pihet C., 1999, « Le développement d'une territorialisation produite par l'âge : les « retirement communities » aux États-Unis », *Annales de géographie*, n° 608, p. 420-435.

Pihet C., 2003, *Vieillir aux États-Unis. Une géographie sociale et régionale des personnes âgées*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 253 p.

Stroud H., 1995, *The promise of paradise: recreational and retirement communities in the United States since 1950*, Baltimore, Johns Hopkins University Press, 228 p.

**Colloque international Habitats et Personnes âgées – du 22 au 24 mai 2013.
Université de Tours.**

Nom : M'ZALI

Prénom : Kamel

Statut professionnel : Doctorant/ Enseignant.

Adresse professionnelle :

*Laboratoire EA134 Centre de Recherche de l'Institut de Démographie de l'Université Paris 1 (CRIDUP)

90 rue Tolbiac 75634 Paris Cedex 13.

*Lycée Henri Matisse – 55 Rue de Montfort Trappes.

Courriel : kam.mzali@laposte.net

Titre : La résidence à l'hôpital et son évolution à la fin d'un séjour hospitalier.

Toutes les statistiques le démontrent : la plupart des personnes âgées vivent à domicile.

Cependant, à cause de l'installation des maladies et des incapacités, la probabilité de quitter son domicile pour séjourner à l'hôpital augmente au fil de l'âge. Ce séjour, dont la durée est tributaire de l'importance des soins à recevoir, provoque généralement, une rupture dans les habitudes de vie de la personne âgée qui affectionne les repères stables. Aussi, outre la recherche de la reconstitution d'un autre « chez soi », ce changement de lieu de vie se conjugue parfois avec la formation souvent non spontanée d'un autre « entre soi ». (Point 1)

Par ailleurs, la rupture due à l'hospitalisation n'est que temporaire pour une majorité de personnes âgées car une grande part d'entre elles retourneront à domicile à la fin de leur séjour hospitalier.

A travers une analyse des sorties d'hospitalisation d'un grand hôpital parisien (Hôpital Corentin Celton d'Issy- Les- Molineaux), nous avons recherché les facteurs favorisant ce retour à domicile. Les résultats de cette étude (point 2) peuvent nous aider à cerner le profil sociodémographique des résidents potentiels des habitats intermédiaires.

1. La résidence à l'hôpital.

1.1 La perte du « chez soi ».

Pour beaucoup de personnes, le domicile qui constitue, souvent, le lieu dans lequel sont investies les économies de toute une vie, est le symbole de la réussite, notamment pour les générations âgées, qui sont, majoritairement, propriétaires. Il représente ainsi le centre autour duquel s'articule le quotidien.

Cependant, il arrive, qu'à cause de l'âge qui a entraîné des pathologies et des incapacités sévères, le maintien à domicile devient difficile. Quitter ce « chez soi » chargé de souvenirs et de rituels devient alors inévitable. Ceci est souvent vécu comme un arrachement, surtout si la personne âgée n'a pas été consultée dans le choix de son nouveau lieu de vie.

Quitter son domicile, même temporairement, comme c'est le cas lorsqu'une hospitalisation s'impose, constitue ainsi une phase difficile à vivre quel que soit l'état psychologique de la personne âgée.

1.2 Le choc de l'admission à l'hôpital.

L'admission à l'hôpital n'est un événement heureux pour personne. Chez la personne âgée, elle réactive ou accentue certaines angoisses qui pourraient mettre en péril son équilibre affectif et psychologique, déjà fragilisé par l'âge et la maladie.

En effet, un séjour à l'hôpital est souvent vécu par la personne âgée comme un événement angoissant, à l'issue incertaine car il peut déboucher sur un placement en établissement d'hébergement. Et généralement, c'est le degré de la gravité de sa situation qui est au centre de ses préoccupations. Ainsi, de l'avis de plusieurs gériatres et psychologues, pour une personne âgée, être envoyée par son médecin traitant à l'hôpital signifie pour elle que son état est devenu sérieux et relève alors d'une technique que la médecine « normale », c'est-à-dire celle de son médecin de ville, ne maîtrise pas.

En outre, l'entrée à l'hôpital réactive plus chez la personne âgée que chez une personne jeune, l'angoisse de la mort : elle peut ainsi penser, en ces moments précis, aux amis, aux proches et voisins décédés à l'hôpital, comme elle pourrait appréhender d'éventuels décès de voisins de

chambre auxquels elle ne voudrait pas assister. Cette situation pourrait atteindre son équilibre affectif fragile.

1.3 La difficile recherche de nouveaux repères.

Pour une personne âgée, intégrer l'hôpital comme un nouveau lieu de vie est souvent une décision imposée par la nécessité de recevoir les soins que requiert son état de maladie. Par conséquent, elle a rarement le choix de l'établissement d'accueil, de la chambre, des voisins ou des soignants.

Il faudrait alors, notamment s'il s'agit d'un séjour long, s'approprier les lieux afin de retrouver de nouveaux repères qui lui permettront de former un nouveau « chez soi ».

Cependant, la baisse des capacités cognitives (capacités d'adaptation, de mémorisation...) qui caractérise la personne âgée et les contraintes que présente la résidence à l'hôpital rendent difficile la reconstitution de nouveaux repères. Ainsi, l'uniforme imposé (chemise de nuit ou pyjama, pantoufles...), les horaires de réveil, de coucher et de repas, ainsi que la soumission aux visites médicales et aux examens, qui ne tiennent que rarement compte de ses désirs, de sa fatigue, ou des visites des parents et enfants venus de loin, peuvent l'affecter, si on ne s'efforce pas de les adapter à ses particularités et besoins. Une mission difficile à réaliser complètement, vu le manque de personnel médical et soignant.

Retrouver le sentiment de « chez soi » lors d'un séjour hospitalier peut aussi être freiné à cause de considérations qui tiennent à la volonté de la personne âgée elle-même. En effet, contrairement à l'intégration d'un habitat intermédiaire, qui se fait par choix et où le sentiment de « chez soi » peut se reformer aisément, la volonté de s'approprier sa chambre d'hôpital par la personne âgée pourrait buter sur le refus affiché de celle-ci d'oublier son domicile en nourrissant l'espoir de le rejoindre à la fin du séjour hospitalier.

1.4 Le sentiment d'entre soi au cours d'un séjour en gériatrie.

Résider à l'hôpital peut inciter la personne âgée à vouloir s'approcher d'autres patients âgés.

Deux différences importantes avec d'autres types de résidents méritent, néanmoins, d'être soulignées à cet égard.

En effet, contrairement aux habitats intermédiaires, qui accueillent des personnes ayant choisi ce mode de résidence parfois dans le but de s'approcher d'autres personnes âgées, à l'hôpital, se retrouver entre soi se fait par décision médicale, voire administrative, d'où la difficulté de la spontanéité du rapprochement des autres.

Par ailleurs, contrairement à ce que l'on observe chez la majorité des patients jeunes, pour rompre l'isolement, pour avoir quelqu'un avec qui discuter, et aussi pour pouvoir compter sur lui en cas de malaise ou de chute, certains patients âgés préfèrent partager leur chambre avec un autre patient.

Cependant, il reste que cette situation d'hébergement en chambre double, surtout si elle est imposée, peut être douloureusement vécue par certains patients âgés, notamment par les personnes supportant difficilement la promiscuité.

2. Le devenir des patients âgés à la fin de leur séjour hospitalier – cas de l'unité de soins de suite et de réadaptation (SSR) de l'hôpital Corentin Celton – Issy les Moulineaux.

Une grande majorité de patients âgés retrouvent leur domicile à l'issue de leur séjour hospitalier. Cependant, ce retour dans le lieu de vie habituel semble, à la lumière des résultats que nous exposons ci-après, influencé par certaines dimensions démographiques, notamment l'âge.

Avant d'aborder les résultats de l'étude que nous avons menée sur le suivi de la destination des patients âgés hospitalisés entre 2005 et 2007 dans l'unité SSR de l'hôpital Corentin Celton d'Issy les Moulineaux (région parisienne), il convient de situer la place de cette unité dans l'hôpital.

2.1 L'unité SSR dans le paysage hospitalier.

Occupant une place intermédiaire, les unités de soins de suite et de réadaptation (SSR) jouent un rôle de maillon fort entre deux autres types d'hospitalisation. Et ce, en accueillant des patients, ayant transité généralement par le court séjour afin de poursuivre les soins qui y étaient entamés et les préparer à un retour au lieu de vie habituel. Celui-ci peut être le domicile ou, quand il s'agit d'une personne âgée, un établissement d'institutionnalisation (unités de soins de longue durée maison de retraite ou)

2.2 L'influence des caractéristiques sociodémographiques sur le devenir des patients à la fin d'un séjour en SSR.

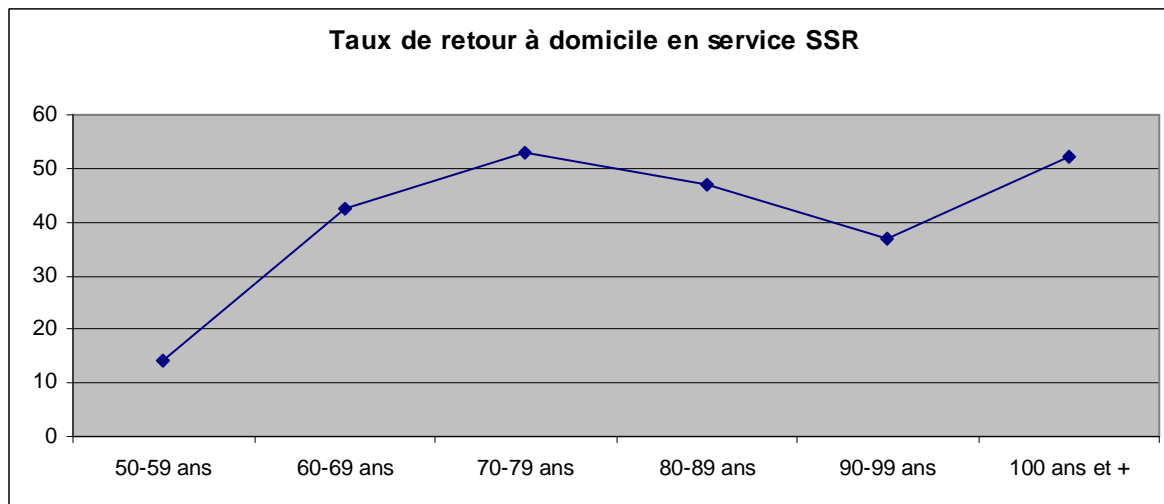
2.2.1 L'influence de l'âge.

2.2.1.1 Le retour à domicile décline avec l'avancée en âge.

On constate que, généralement, plus les patients avancent dans l'âge, moins est la proportion de ceux qui retournent à domicile. L'âge semble donc être un facteur discriminant, et fait que le nombre de patients espérant être concernés par ce mode de sortie diminue au fil de l'âge. (cf. Figure 2)

Cela confirmerait, la difficulté de maintenir à domicile des personnes très âgées, mais surtout l'entrée tardive des Français en établissement d'institutionnalisation (maison de retraite, notamment) et leur préférence pour les solutions de maintien à domicile. En effet, d'après les résultats de cette étude, près de la moitié des 80-89 ans retournent encore à domicile.

Figure 2 : L'évolution du retour à domicile des hospitalisés en unité de soins de suite et de réadaptation en fonction de l'âge- Hôpital Corentin Celton (2005-2007).



Source : l'auteur.

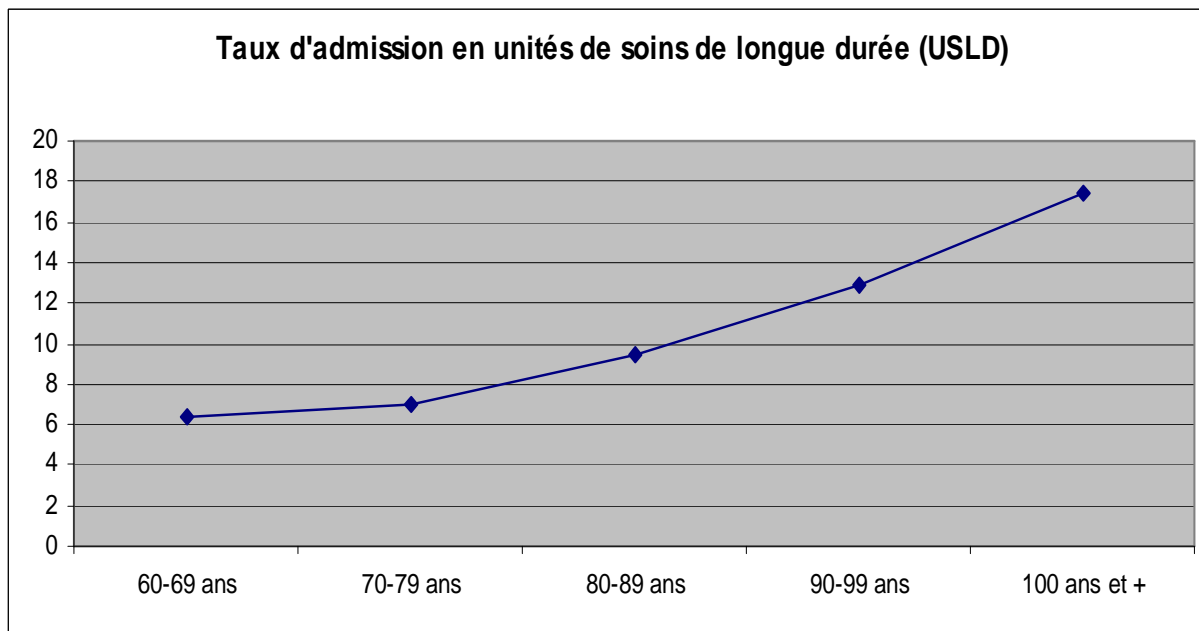
Remarque : Les effectifs des 50-59 ans et des 100 ans et plus n'étant pas importants, leurs taux sont à prendre avec beaucoup de précaution.

2.2.1.2 L'augmentation de l'admission en unités de soins de longue durée avec l'âge.

Au-delà de l'âge de 70 ans, on remarque que le nombre de patients admis en unités de soins de longue durée prend de plus en plus de l'importance. Les taux des 90-99 ans représentent le double de ceux des 60-69 ans. Ainsi, au terme de leur séjour en unités de soins de suite et de réadaptation, plus les patients sont âgés, plus grand est le nombre des patients qui se dirigent vers les unités de soins de longue durée (cf. Figure 3).

A cet égard, compte tenu du rapport entre « âge avancé », « dépendance » et « poly-pathologie », les résultats exposés ici sont conformes à nos attentes qui prévoyaient que plus les patients étaient âgés, plus ils se dirigeaient vers un établissement d'institutionnalisation (unités hospitalières de Long séjour ou maisons de retraite).

Figure 3. L'évolution de l'admission en unités de soins de longue durée des hospitalisés en unité de soins de suite et de réadaptation en fonction de l'âge- Hôpital Corentin Celton (2005-2007).



Source : l'auteur.

2.2.1.3 Maison de retraite rime avec âge avancé.

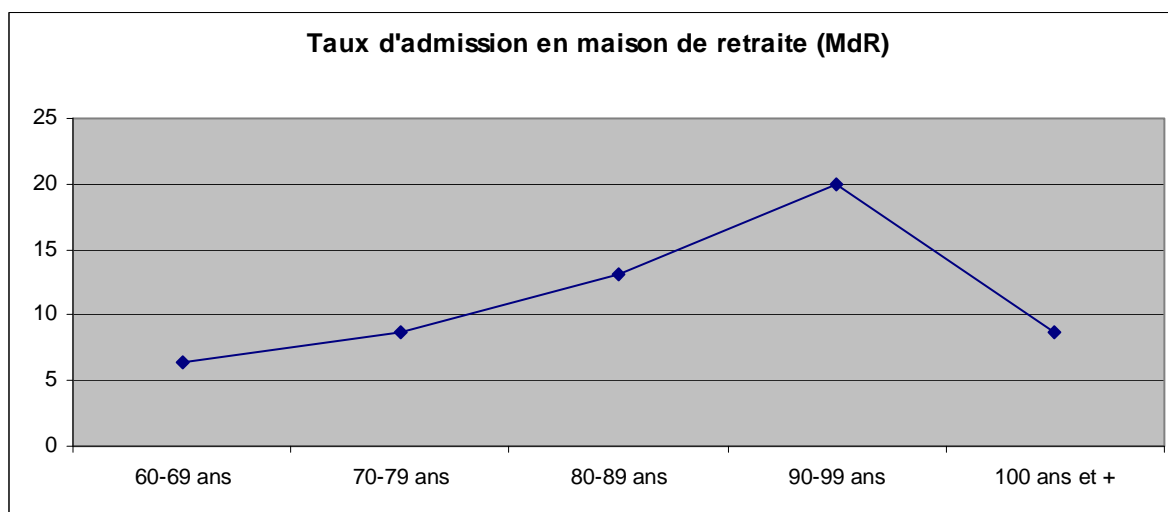
A l'instar des patients se dirigeant vers les USLD, à partir de l'âge de 70 ans, le nombre de patients intégrant une maison de retraite devient de plus en plus important.

En pourcentage, la variation est considérable entre le groupe dit des « jeunes âgés », c'est-à-dire les 60-69 ans, et le groupe des « très âgés », ou les 90-99 ans. Ces derniers sont trois fois plus nombreux à se diriger vers une maison de retraite que les premiers (cf. Figure 4).

Ces résultats corroborent les données nationales en matière d'entrée des Français dans un lieu d'institutionnalisation.

En effet, l'entrée est de plus en plus tardive grâce, entre autres, à l'évolution de l'espérance de vie sans incapacités et au développement des outils du maintien à domicile.

Figure 4. L'évolution de l'admission en maison de retraite (MdR) des hospitalisés en unité de soins de suite et de réadaptation en fonction de l'âge- Hôpital Corentin Celton (2005-2007).



Source : l'auteur.

2.2.2 L'influence du genre.

2.2.2.1 L'afflux des femmes vers les structures d'institutionnalisation.

A l'observation de la *population totale* du service SSR, il ressort du suivi de la destination des femmes et des hommes, qu'à la fin de leur séjour, les premières sont plus nombreuses que les deuxièmes à intégrer une maison de retraite ou une unité de soins de longue durée.

Ce constat est plus marquant s'agissant des patients se dirigeant vers une maison de retraite : durant les trois années d'observation, les femmes représentaient entre 14 et 15% des patients quittant les unités SSR pour une maison de retraite, tandis que les hommes affichaient un taux compris entre 10 et 11,5%.

2.2.2.2 Une surreprésentation féminine à l'image de la population âgée française.

Les femmes représentaient dans *les populations des patients ayant été admis en unités de soins de longue durée ou en maison de retraite* les trois quarts (ou 75%) des patients, alors qu'elles n'en constituent que les sept dixième (ou 70%) dans la population totale du service SSR.

Ce constat s'explique par la relation qui lie l'avancée en âge d'un côté, au sexe des « survivants », d'un autre côté.

Ainsi, plus on avance dans la pyramide des âges, que ce soit celle de la population totale ou de la population hospitalière, plus le poids des femmes est important.

Des femmes qui, à cause d'un écart d'espérance de vie en leur faveur, se retrouvent aux âges élevés de la vie, majoritairement veuves. Celles-ci, vivront, pour une grande part d'entre elles, en institution d'hébergement.

2.2.3 L'influence de la situation matrimoniale sur le devenir des patients.

Les résultats tirés de l'étude mettent en exergue, au-delà des considérations purement médicales, l'importance de la composition du foyer social du patient âgé dans la décision que prend le corps médical quant au retour à domicile.

2.2.3.1 Le retour à domicile majoritaire chez les patients en couple.

Généralement, ce sont les patients *mariés* qui ont bénéficié de ce mode de sortie. A contrario, sur les trois années de l'étude, les patients qui ont le moins rejoint le domicile étaient les *célibataires*.

2.2.3.2 L'admission en unités de soins de longue durée domine chez les foyers fragiles.

L'admission en long séjour (USLD) se fait sur décision concertée du corps médical. Les unités de soins de longue durée accueillent des patients dépendants ayant besoin d'une surveillance médicale continue.

L'analyse des situations familiales des patients ayant été admis dans ces unités en 2007, 2006 et 2005, nous apprend que les plus concernés par un transfert en Long séjour étaient les *célibataires*, suivis des *veufs*.

2.2.3.3 L'admission en maison de retraite sous l'influence de la composition du foyer.

De tous les patients ayant quitté le service SSR, quelle que soit l'année considérée, les patients *célibataires* étaient les plus nombreux à intégrer une maison de retraite, suivis des *veufs* (ves).

A l'inverse, les patients *mariés* enregistraient, quant à eux, les taux d'admission en maison de retraite les plus faibles.

2.2.3.4 La ressemblance dans les destinations des veufs et des célibataires.

2.2.3.4.1 Les admis en long séjour et en maison de retraite : même profil ?

La dualité *veufs/célibataires* (les plus concernés par une institutionnalisation), d'une part, et *divorcés/mariés* (les moins concernés par une institutionnalisation), d'autre part, est reproduite dans les toutes les courbes des taux d'admission en maison de retraite et en unités de soins de longue durée et ce, quelle que soit l'année d'observation (cf. Figures 5 et 6).

2.2.3.4.2 Les facteurs explicatifs.

A cause du lien avéré entre l'avancée en âge d'un côté, la dépendance, la maladie et le veuvage, d'un autre côté, le facteur « âge » pourrait expliquer l'afflux des patients *veufs* vers les structures d'institutionnalisation. En effet, d'une part, ils sont les plus âgés de tous les patients hospitalisés, et d'une autre part, les moyennes d'âge des patients se dirigeant vers les structures d'institutionnalisation figurent également parmi les plus élevées (cf. Tableau 1 et 2)

Concernant les *célibataires*, le fait qu'ils soient, plus que les autres, concernés par une institutionnalisation pourrait être dû à la fragilité de leur « foyer/couple » qui, à cause de l'absence de conjoint(e) devient une source de solitude et même de danger dans les situations où la personne âgée est dépendante (1). Ils se sont dirigés plus vers des maisons de retraite que vers les unités de Long séjour (respectivement 16,3 % et 8,1 %, en 2007)

Tableau 1 : Age selon la situation matrimoniale des hospitalisés en unité de soins de suite et de réadaptation- Hôpital Corentin Celton (2005-2007).

Situation matrimoniale	âge
Divorcés	81,3 ans
Mariés	81,7 ans
Célibataires	82,0 ans
Veufs	86,3 ans

Tableau 2 : Age selon le mode de sortie des hospitalisés en unité de soins de suite et de réadaptation- Hôpital Corentin Celton (2005-2007).

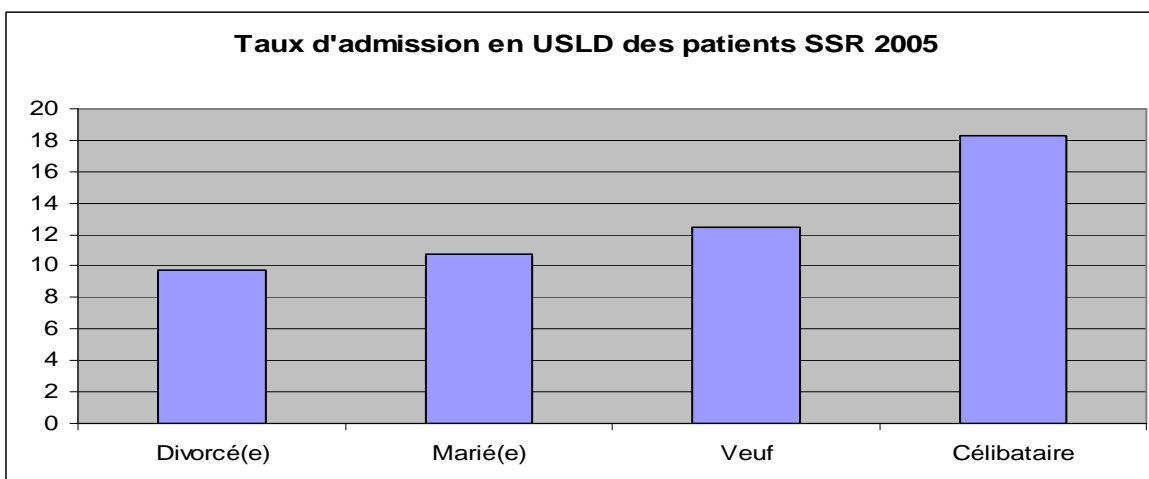
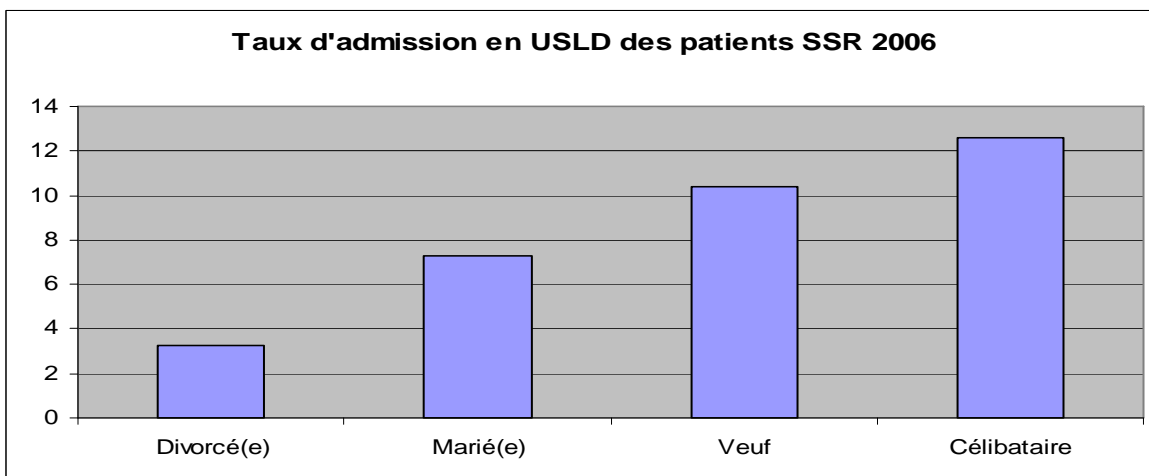
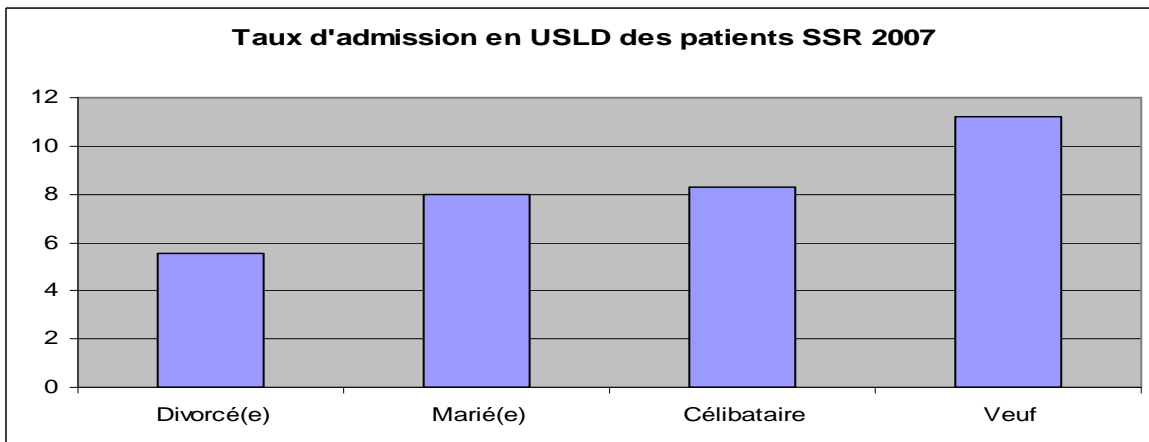
Mode de sortie	âge
Ayant rejoint le court séjour	82,5 ans
Ayant rejoint le domicile	83,4 ans
Ayant rejoint les soins de longue durée	84,8 ans

Décédés	85,5 ans
Ayant intégré une maison de retraite	85,9 ans

Source : l'auteur.

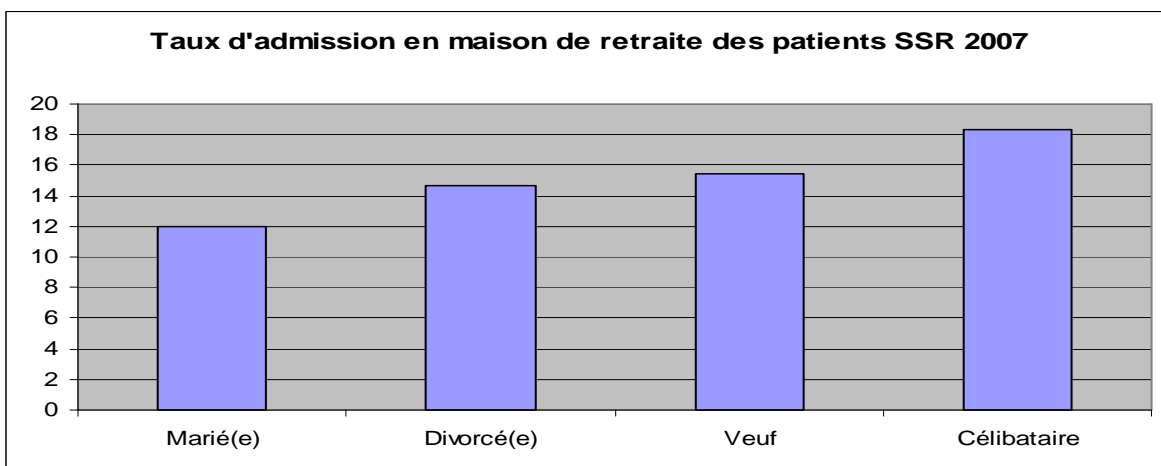
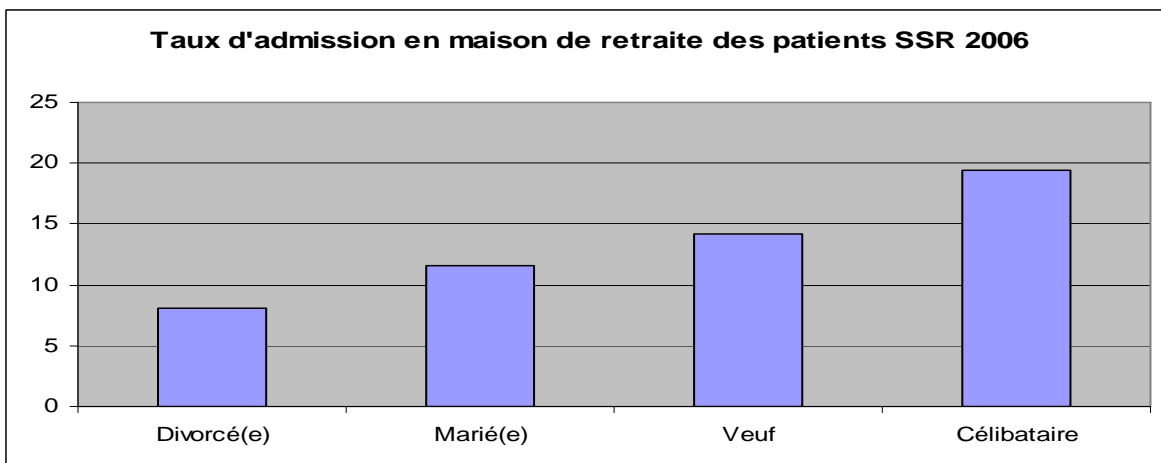
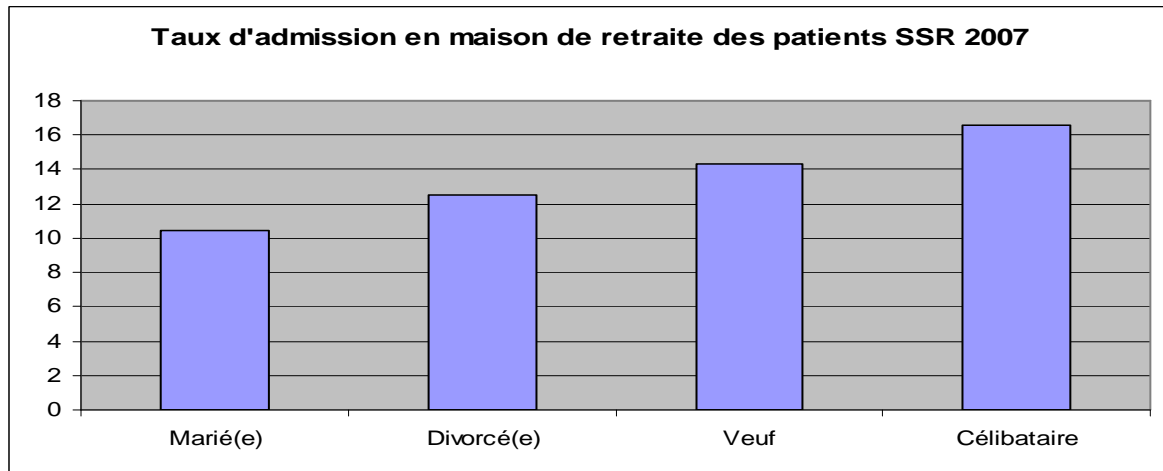
(1) En 2000, un quart des 100 patients âgés fragiles, vivants seuls, qui ont été suivis après la fin de leur séjour dans l'unité SSR de l'hôpital Les bateliers de Lille, ont rejoint une maison de retraite ou une unité de Long séjour soit le jour de sortie d'hospitalisation ou dans les jours suivants.

Figure 5 : Taux d'admission en Long séjour (USLD) selon la situation matrimoniale des hospitalisés en unité de soins de suite et de réadaptation- Hôpital Corentin Celton (2005-2007).



Source : l'auteur.

Figure 6 : Taux d'admission en maison de retraite (MdR) selon la situation matrimoniale des hospitalisés en unité de soins de suite et de réadaptation- Hôpital Corentin Celton (2005-2007).



Source : l'auteur.

Références bibliographiques.

PASQUIER-NAGA F., DAVID J.P., DIMENZA C. (2002), Description comparative des patients adressés en maisons de retraite ou en soins de longue durée à l'issue d'une hospitalisation en SSR, *La revue de gériatrie*, Tome 27, n° 1, p 10.

CARADEC Vincent (2012), *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement*, Paris, éd. Armand Collin, 128 p.

FILOL Clémence, ITTAH-DESMEULLES Hélène, BOURDILLON Françoise, LAMBERT Jérôme, VERNY Marc, BOUCHON Jean-François (2006), Durée de séjour et orientation des personnes hospitalisées âgées de 80 ans et plus dans un CHU parisien, *La revue de Gériatrie*, Tome 31, n° 6, p. 405-413.

Auteurs, EVANS Anne (coordinatrice générale) (2003), Données sur la situation sanitaire et sociale en France en 2003, *Ouvrage collectif de la Drees*, Drees, 339 p.

MOUQUET Marie Claude, OUBERLIN Philippe (2008), *L'impact du vieillissement sur les structures de soins à l'horizon 2010, 2020, 2030. Etudes et résultats*, n° 654, 8 p.

MAILLET-VERITE Virginie, SAVIDAN (2010), *Tout savoir sur les personnes âgées*, Paris, Delagrave éditions, 142 p.

MIETIEWICZ M-C, PENIN F., CUNY F, le vieillard et les dangers d'une hospitalisation en court séjour, *Psychologie médicale*, 1983, pp 123-126.

« *Les couples et l'aménagement du logement à l'heure de la retraite :
vers un habitat intermédiaire ?* »

Fanny AUGER, Doctorante au CÉRIES, Université Lille 3

fanny.auger@etu.univ-lille3.fr

INTRODUCTION

La communication s'appuie sur une thèse en cours sous la direction de Vincent Caradec et Ségolène Petite, financée par la fondation Leroy Merlin et intitulée « pratiques et significations de l'aménagement du logement au moment de la retraite ». L'objet de la thèse est de chercher à savoir comment les couples se projettent dans leur propre vieillissement, à travers les aménagements du logement effectués au moment de leur retraite. Après avoir présenté le contexte de cette recherche et sa méthodologie, je m'arrêterai sur quelques éléments ressortis des premiers entretiens et qui me semblent faire écho à la thématique des *habitats intermédiaires*.

I. MISE EN CONTEXTE DE LA RECHERCHE

L'adaptation de son logement au vieillissement est devenue une question sociale fondamentale qui en soulève bien d'autres. De quelles adaptations s'agit-il ? Pour quels vieillissements ? Et pour quels logements ? Chacune de ces questions peut aujourd'hui être mise au pluriel, pluriel qui fait apparaître des tensions mais qui amorce aussi des évolutions.

En effet, les personnes aujourd'hui très âgées ne s'attendaient pas à vivre aussi vieilles. La politique gérontologique quant à elle s'est d'abord clairement positionnée dans une logique d'hébergement collectif¹². Les domiciles n'ayant pas été adaptés aux risques de limitations fonctionnelles pouvant advenir avec l'âge³, le logement des personnes âgées a rapidement rimé avec maison de retraite médicalisée. Mais aujourd'hui, elle fait de moins en moins sens, en particulier pour les nouvelles générations de retraités, premières à avoir conscience des enjeux liés à cette question, mais aussi, le temps de l'anticiper.

Ces générations, conscientes de leur espérance de vie et des « risques » lui étant liés, veulent tenir à distance une vieillesse qui ne serait que « déchéance et déclin »⁴. Or, c'est à ces images que renvoie encore aujourd'hui, la maison de retraite. De même, sa forme « hypermédicalisée », dont le besoin ne concerne pas la majorité des personnes âgées⁵⁶, les pousse à chercher d'autres alternatives. Ce qu'offrent par exemple les habitats « intermédiaires »⁷⁸ en proposant des espaces adaptés à différents degrés de dépendance, en intégrant aussi la question de l'environnement, du lien social.

¹ ENNUYER B., *Les malentendus de la dépendance, de l'incapacité au lien social*, Dunod, Paris, 2002.

² ARGOU, D., « De l'hébergement à l'habitat : une évolution ambiguë », *Gérontologie et société*, 2011/1 n°136, p. 13-27.

³ CARDON P., « Les effets de la mobilité résidentielle des retraités sur leur alimentation », *Recherches familiales*, n°6, 2009. ; OGG J., *et alii*, « Vieillir chez soi - une comparaison franco-britannique des adaptations de l'habitat et du logement », Communication présentée au colloque « Vivre le Vieillir », Université de Toulouse II Mirail, les 11, 12, 13 mars 2009. ; MORMICHE P., « Le handicap se conjugue au pluriel », *INSEE Première*, n°742, Octobre 2000.

⁴ ENNUYER, B., 2002, cité par CARADEC V., *Les comportements résidentiels des retraités*, Synthèse des recherches réalisées dans le cadre du programme « Vieillesse de la population et habitat » du PUCA, 2009.

⁵ DREES, *Etudes et résultats*, n°94, Décembre 2000, PA D selon HID

⁶ TRINCAZ J., PUJALON, B., HUMBERT, C., « La lutte contre le vieillissement », *Gérontologie et société* 2/2008 (n° 125), p. 29

⁷ BOULMIER M., *L'adaptation de l'habitat au défi de l'évolution démographique : Un chantier d'avenir*, Rapport remis à Benoist APPARU Secrétaire d'État au Logement et à l'Urbanisme, 2009.

⁸ ARGOU, D., « De l'hébergement à l'habitat : une évolution ambiguë », *Gérontologie et société*, 2011/1 n°136, p. 13-27.

Alors qu'on les situe entre le logement ordinaire et la maison de retraite médicalisée, il m'a semblé que le domicile des jeunes retraités, à travers les aménagements qui y sont effectués en début de retraite, pouvait avoir objectivement (par le type d'aménagements qui peuvent y être faits et/ou projetés) et subjectivement (par le sens qui lui est donné) les caractéristiques d'un *habitat intermédiaire*.

Le logement des jeunes retraités comme un habitat intermédiaire ?

En effet, le domicile permet en « pratique », objectivement, par les types d'aménagements qu'on peut y faire, une réponse individualisée et évolutive de l'habitat aux limitations fonctionnelles. En particulier lorsque c'est un pavillon, dont l'espace est en règle générale plutôt flexible⁹.

J'ai fait l'hypothèse que les jeunes retraités pouvaient effectuer dans leur logement des adaptations individualisées. Soit par anticipation, parce qu'ils sont conscients des risques de limitations fonctionnelles auxquels ils peuvent être confrontés avec l'avancée en âge, soit parce qu'il font déjà face à certaines limitations. Ce qui rendrait leur logement suffisamment adapté pour répondre en partie à ce qui définit habituellement l'habitat intermédiaire.

D'un point de vue plus symbolique, il m'a semblé que l'expression *habitat intermédiaire* peut aussi renvoyer au logement qui accueille un *moment intermédiaire* dans le parcours de vie. La question posée est ici celle du sens du domicile au début de la retraite, période aujourd'hui marquée par bien d'autres choses que les limitations fonctionnelles¹⁰. Pour des jeunes retraités qui se trouvent pris entre un présent souvent bien rempli et la conscience de ce qui pourrait advenir « après », la question se pose de savoir si, et si oui comment, par quels aménagements, par quelles pratiques, peut se matérialiser dans le logement, *ce moment intermédiaire*.

II. MÉTHODOLOGIE :

La méthodologie, qualitative, repose sur des entretiens et des observations effectués au domicile de couples, propriétaires de leur logement et dont l'un des conjoints au moins est retraité. L'échantillon est recruté via des magasins de bricolages, les associations, etc. autour de l'agglomération Lilloise dans le Nord de la France et l'agglomération Chaunoise dans l'Aisne.

Une vingtaine d'entretiens ont été réalisés jusqu'à présent. La majorité d'entre eux dans le nord, avec des couples issus des classes moyennes et supérieures et vivant en pavillon avec jardin. Les entretiens n'ayant pas tous été analysés de façon approfondie, les réflexions qui suivent s'appuient sur les tendances qui semblent émerger de prime abord et demandent à être confirmées.

III. PREMIERS ÉLÉMENTS RECUEILLIS SUR LE TERRAIN :

Dans un premier temps, je m'arrêterai sur les aménagements du domicile ayant été réalisés ou étant projetés, dans le but (avéré ou non) de répondre aux limitations fonctionnelles de l'avancée en âge.

Dans un second temps, je ferai un point sur les types et les pratiques d'aménagements qui font références à des besoins / des attentes spécifiques à un moment « intermédiaire » du parcours de vie.

⁹THOMANN, S., BACCONNIER-BAYLET, S., « Vivre le vieillir dans une maison individuelle du périurbain » p121-135, in MEMBRADO, M, ROUYER, A, (dir), Habiter et vieillir, vers de nouvelles demeures, ERES, 2013.

¹⁰ CARADEC V., (2009) « Retraite "à la carte" et "libre choix" individuel. Réflexion sur les transformations contemporaines de la retraite », *Gérontologie et société* 4/2009 (n° 131), p. 25-43

1. Des adaptations avérées aux « adaptations silencieuses »

Pour répondre aux problèmes de santé susceptibles d'advenir avec l'âge et/ou déjà advenus, plusieurs types d'aménagements sont évoqués par les enquêtés. Dans ce premier point intitulé « ***Des adaptations avérées aux « adaptations silencieuses »*** », je commencerai par évoquer les aménagements clairement présentés comme des adaptations aux limitations fonctionnelles, pour m'arrêter ensuite sur celles qui ne sont pas présentées comme telles, mais qui semblent l'être néanmoins.

Pour ce qui est des adaptations avérées, elles sont pensées ou réalisées à différents degrés

Vivre en rez-de-chaussée est une première solution envisagée par la majorité des enquêtés. D'abord en condamnant l'étage de leur logement actuel (la majorité étant des pavillons, ce serait possible). Pour bon nombre d'entre eux, cette solution a déjà pu être expérimentée : provisoirement, lors d'une convalescence, ou à l'entrée dans le logement, moment où la chambre était souvent au rez-de-chaussée. Ensuite, vivre au rdc est possible en déménageant pour un plein pied ou pour un appartement sur un seul niveau (solution déjà adoptée par une minorité d'enquêtés mais envisagée par la majorité si besoin).

Une autre façon d'adapter son logement serait l'utilisation d'aides et services. La majorité des enquêtés est disposée à utiliser les aides « techniques », si besoin, pour rester à domicile. Ils évoquent spontanément le fauteuil électrique permettant de monter les escaliers sans se fatiguer, ou Internet pour faire ses courses. Les aides humaines sont évoquées avec un bémol (en particulier pour la toilette ou pour l'entretien du jardin) car elles renvoient pour les enquêtés, à une forme plus extrême de dépendance, que l'on n'imagine pas encore ou *ailleurs* que dans le logement « de retraite ».

L'adaptation du logement est aussi pensée au niveau de sa fonctionnalité, même si cette possibilité n'est présentée comme telle que par une minorité d'enquêtés. Il s'agit de garantir la fluidité de circulation (en élargissant les portes et/ou en supprimant des cloisons), la fonctionnalité des pièces et des rangements (en rationalisant l'utilisation des placards par exemple).

Pour ce qui est des « adaptations silencieuses »

Tous les enquêtés s'accordent sur la nécessité d'« être bien chez soi » pour sa retraite. Le besoin d'espace, de lumière, les conduit par exemple à vider, trier, changer les meubles, abattre des cloisons. S'être « lassé » de voir les Thuyas et de les entretenir, les conduit à les déraciner. Ces aménagements sont souvent présentés comme des aménagements « de confort », qui permettent d'être bien, mieux, dans un logement plus esthétique, plus « moderne ». Cela dit, il me semble qu'ils sont surtout des aménagements de « moindre effort », qui permettent de se préserver, de ne pas « s'abîmer ».

En effet, le gain d'espace permet de mieux circuler dans les pièces, le rangement opéré de faciliter l'usage du logement et l'accessibilité des objets. De même, déraciner des Thuyas est une autre façon de se préparer, sans toujours le dire, aux limitations du corps susceptibles d'advenir au fil de l'avancée en âge (sur ce sujet, la question de la facilité de l'entretien arrive souvent après celle de l'esthétique dans les discours).

Les aménagements de confort semblent prendre ici un sens ambiguë, celui d'« adaptations silencieuses » permettant de « rester en prise »¹¹ sur le domicile, contribuant à en faire un logement un minimum adapté, qui dans le meilleur des cas serait une alternative à la maison de retraite, dans le pire des cas, la tiendrait à distance le plus longtemps possible.

¹¹ THOMANN, S., BACCONNIER-BAYLET, S., « Vivre le vieillir dans une maison individuelle du périurbain » p121-135, in MEMBRADO, M., ROUYER, A. (dir), Habiter et vieillir, vers de nouvelles demeures, ERES, 2013.

2. Aménager son logement « de début de retraite »

Je vais maintenant passer à mon deuxième point « *aménager son logement de début de retraite* », dans lequel je vais m'intéresser à la dimension symbolique de l'expression *habitat intermédiaire*. Je commencerai par évoquer les aménagements effectués en réponse à des dynamiques familiales présentes et parfois *éphémères*, pour ensuite aborder les pratiques d'aménagements elles-mêmes comme des *supports* d'une transition dans le parcours de vie.

Pour ce qui est des dynamiques familiales « présentes » au coeur des aménagement de début de retraite

J'ai noté que la majorité des couples interrogés sont de jeunes grands-parents, qui s'occupent de leurs petits-enfants et ont conscience du caractère éphémère de cette situation. Ils savent que leurs petits-enfants grandissants, ils les verront moins et que l'usage de leur logement va changer. En attendant, il est important pour eux de « profiter de ce moment ». Certains aménagements (tels que la création d'espaces de jeux, la création ou modifications de chambres) sont ainsi pensés pour pouvoir « mieux les accueillir ».

Ces couples sont aussi les parents d'une génération marquée par les ruptures conjugales, le chômage. Les enfants peuvent être amenés ou ont déjà été amenés à revenir au domicile parental provisoirement. D'où l'intérêt de conserver un logement assez grand, logement « refuge », avec plusieurs chambres même si elles gagnent des fonctions supplémentaires. En attendant et en espérant que la situation des enfants se stabilise.

Par ce double statut, de parent et de grand parent, les jeunes retraités semblent au centre de la famille. Et leur logement, reste dans la majorité des cas, un lieu où plusieurs générations se retrouvent (encore, « pour l'instant ») régulièrement et où tout le monde doit pouvoir être accueilli.

Pour ce qui est des pratiques d'aménagement propices à « supporter » un moment de transition

J'ai constaté d'un côté que les travaux en eux-mêmes avaient une place particulière dans cet espace-temps du début de retraite, notamment pour les hommes, qui s'en sont occupés majoritairement. Pour bon nombre d'entre eux, c'est par le « faire » que la transition semble s'amorcer : il s'agit d'aménager son logement *pour* sa retraite pour pouvoir enfin « en profiter », quitte parfois, à s'épuiser.

D'un autre côté, « le tri », peut aussi être considéré comme une pratique d'aménagement de transition (pratique peut-être davantage féminine, à confirmer). Il apparaît souvent comme une nécessité, pour pouvoir respirer. Il est d'ailleurs émotionnellement chargé (j'ai noté bon nombre de mimiques, de soupirs à ce sujet). Il semble parfois prendre la dimension d'une épreuve. Comme l'explique Perla Serfaty-Garzon¹², il met face à l'accumulation et matérialise le temps qui est passé, renvoyant donc, à son propre vieillissement.

Sans avoir encore approfondie cette question, peut-être est-il possible de faire l'hypothèse que vider, trier, c'est aussi pour ces jeunes retraités, une façon de remettre l'horloge à 0, à l'aube d'une « nouvelle vie » que l'on souhaite encrée dans le présent.

CONCLUSION

Alors que les enquêtés eux-mêmes, qu'importe les aménagements qu'ils aient effectués, évoquent clairement leur logement comme un logement de « début de retraite », je dirai pour conclure que le terme d'*intermédiaire* semble vraiment faire sens pour parler du logement des jeunes retraités, quitte à s'éloigner un peu, de sa définition commune.

¹² SERFATY-GARZON, P., « chez-soi, vieillesse et transmission. Les enjeux intimes de la trace et du don », in, MEMBRADO, M, ROUYER, A, (dir), *Habiter et vieillir, vers de nouvelles demeures*, ERES, 2013.

D'un côté, on a vu que chez la majorité des couples, les aménagements au moment de la retraite (qu'ils soient effectués ou projetés, présentés comme tels ou non) peuvent renvoyer à des formes d'adaptations à des limitations fonctionnelles peu lourdes, « en attendant ». En attendant, car si les limitations étaient trop importantes, la vie est projetée *ailleurs*. Le logement ordinaire semble ainsi pouvoir accueillir une vieillesse peu dépendante, se situant dans un *entre-deux* assez spécifique, qui rejoint plutôt ce qui peut se trouver en général dans les habitats intermédiaires.

D'un autre côté, les dynamiques « familiales » au coeur de bon nombre d'aménagements effectués, laissent une place généreuse aux liens des habitants. Et même si le domicile ne dispose pas d'espace collectifs partagés comme la majorité des habitats intermédiaires (encore que la place des relations familiales et/ou de voisinages dans le logement et/ou à son abord pourraient, peut-être, être interrogées en ce sens), les liens des habitants sont au coeur de l'aménagement du logement *de début de retraite*.

Plus particulièrement, et plus symboliquement, les aménagements de début de retraite, qu'ils favorisent le logement comme « lieu d'accueil », « lieu de rassemblement » ou « refuge », sont fortement marqués par des dynamiques familiales, propres à *un* moment du parcours de vie. Si ces dynamiques familiales ont un caractère éphémère, elles n'en sont pas moins influentes, car c'est bien à partir de ce présent éphémère, que la majorité des aménagements sont pensés. Le rapport des jeunes retraités aux pratiques d'aménagements elles-mêmes vient renforcer l'idée d'un moment intermédiaire dans le parcours de vie, où il est important de prendre *un temps* pour matérialiser une transition.

Finalement, le caractère *intermédiaire* du domicile des jeunes retraités, me semble se trouver à la fois dans le passage vers *un (re)nouveau* - dont on anticipe modérément les risques -, que dans le vécu d'un contexte relationnel (potentiellement) éphémère mais non moins important. Les pratiques et les types d'aménagements les amorçant et/ou les soutenant de façon dynamique.

Intervenir au chez-soi des personnes âgées. Une condition ontologique de l'ajustement continu.

Marie Crevier, M.S.s., Doctorante en gérontologie

Yves Couturier, Ph.D., chercheur

Paul Morin, Ph.D., chercheur

Université de Sherbrooke

Marie.Crevier@usherbrooke.ca

Au Québec, le réseau socio-sanitaire fait l'objet, depuis une quarantaine d'années, d'un passage graduel de prise en charge traditionnel des personnes âgées en institution à un mode d'intervention en milieu de vie naturel (Ministère de la Santé et des services sociaux, 2003). Ce passage a permis l'actualisation de modalités d'intervention se déroulant dans l'univers convivial et privé qu'est le domicile de la personne âgée. Ce passage est également attribuable au fait que les personnes âgées désirent vieillir chez elles (Bigonnesse, Garon, Beaulieu & Veill, 2011). Cette focalisation de l'intervention sur le milieu de vie amène une reconfiguration de la relation professionnelle, dès lors marquée par une plus grande proximité (Breviglieri, 2005, Gagnon et Saillant, 2000).

Cette présentation rendra compte d'une recherche qui visait à cerner la conception que se font les intervenants, d'une part, et les personnes âgées, d'autre part, de la proximité relationnelle qui se construit dans le cadre de visites à domicile. Nous exposerons le cadre théorique dans lequel s'inscrit notre étude, en occurrence la théorie des conventions, développée par Boltanski et Thevenot (1991). En second lieu, nous présenterons les résultats de notre étude. Nous verrons d'abord les ouvertures offertes aux deux parties de la relation clinique par la proximité relationnelle lors d'une intervention psychosociale à domicile, puis les risques et tensions découlant de cette situation.

Proximité relationnelle et pluralité des régimes d'action

Les interventions se déroulant au domicile d'une personne âgée engendrent une plus grande proximité entre l'intervenant et l'utilisateur, et cette proximité accentue le caractère relationnel de l'intervention sociale (Gagnon et Saillant, 2000). L'intervention à domicile mobilise chez les intervenants des compétences professionnelles particulières, moins techniques qu'en contexte institué, c'est-à-dire relevant de savoir-faire efficaces (Soulet, 1997). Ces savoir-faire on pense ici à ceux qui doivent être mobilisés par les intervenants pour établir une relation de confiance ou pour maintenir une distance professionnelle adéquate avec la personne âgée- guident de façon plus ou moins inconsciente l'intervention à domicile.

Nous proposons une analyse de ces modalités d'intervention au moyen de l'étude des actions professionnelles posées dans le cadre de visites à domicile, en examinant les régimes d'action mis en œuvre tant par les intervenants qui pénètrent le chez-soi des usagers que par les usagers recevant des services à domicile dispensés par ces intervenants. Les régimes d'actions constituent des systèmes de normes donnant un sens aux actions des uns et des autres. Ces régimes étant pluriels, les acteurs doivent les négocier continuellement afin d'ajuster leur pratique à la complexité des univers de sens dans lesquels se déploient leur action. Ce cadre d'analyse est connu sous le nom de théorie des conventions. Nous proposons de nous inspirer ici d'une analyse qui a été développée par Boltanski et Thévenot (1991). Ces auteurs ont fondé la théorie des conventions et étudié différents régimes d'action des acteurs sociaux. Comme ils le mentionnent, l'analyse des régimes d'actions s'inspire du « tournant pragmatique » de la sociologie. Le concept des régimes d'action permet de comprendre comment les acteurs participent à la vie en société. En ce sens, la question du réglage de la distance constitue, à n'en pas douter, un enjeu majeur pour les travailleurs au contact du public dans lequel les individus agissent.

Pour Boltanski et Thévenot (1991), il existe six régimes d'actions, ou monde : le monde marchand, le monde industriel, le monde domestique, le monde de l'opinion, le monde de l'inspiration et le monde civique. Le fait que l'intervention à domicile se déroule à domicile plutôt qu'en milieu institutionnel entraîne une réarticulation des modes de références mobilisés pour justifier l'intervention puisque la personne âgée qui reçoit l'intervenant sur son terrain symbolique, peut alors davantage faire valoir ses propres mondes. Selon notre analyse,

l'intervention à domicile fait principalement appel à trois mondes, que nous définissons sommairement.

Le monde industriel donne la priorité aux méthodes scientifiques et aux objets techniques. Les actions réalisées dans le monde industriel doivent démontrer leur grandeur, au sens où l'entend la théorie des conventions, c'est-à-dire leur valeur dans l'espace social selon leur efficacité technique. En travail social, ce monde industriel occupe une place de plus en plus grande sous forme d'outils ou de processus de travail standardisés.

Dans le monde civique, l'importance n'est pas accordée aux individus, mais bien aux personnes collectives, aux entreprises, aux établissements, en fait à tout système cherchant à définir une forme de bien commun. Les actions et les dispositifs formant le monde civique sont destinés principalement à stabiliser ces personnes collectives dans des systèmes de normes partagées. Le système socio-sanitaire québécois se trouve imprégné du monde civique. Mais, comme une relation de proximité s'avère plus susceptible de voir le jour au cours des visites à domicile, les normes définissant le bien commun peuvent être modulées, voire contredites, par celles prévalent à domicile.

Le monde domestique considère d'abord et avant tout les objets relationnels. Selon la théorie des conventions, les principes de grandeurs mis de l'avant par le monde domestique sont la tradition, la famille et l'intimité (chaleur, proximité, attachement aux normes familiales, etc.). En analysant le monde domestique, on s'aperçoit que la relation de proximité créée entre l'intervenant et la personne âgée à l'occasion des visites à domicile se joue beaucoup dans ce monde, avec une ouverture et une imprévisibilité propres à un espace d'intervention plus proche de l'intimité de la personne. L'intervenant entre dans le monde domestique de la personne âgée, dans le chez-soi de cette dernière et, partant, de son univers de sens. La personne âgée peut alors faire valoir des dimensions personnelles qui ont moins droit de cité dans le bureau de consultation de l'intervenant.

Cette configuration particulière des mondes convoqués en raison du lieu où s'effectue l'intervention représente l'objet qui nous intéresse ici. Nous avons tenté de situer l'action

professionnelle dans cette composition de mondes pour mieux appréhender la pratique de l'intervention à domicile. Intervenir au domicile des personnes âgées constitue un volet beaucoup plus important de la pratique professionnelle qu'il n'y paraît à première vue, le domicile n'étant plus seulement le décor d'une intervention professionnelle typique, mais bien la condition d'une reconstruction majeure du sens de l'intervention.

Méthodologie

La présente étude qualitative se veut une analyse secondaire des données recueillies dans une recherche qui fut effectuée par Morin et ses collaborateurs (2009) et qui portait sur la signification du chez-soi et l'intervention à domicile dans trois programmes-clientèles. Des entrevues semi-dirigées retenues pour l'analyse ont été menées auprès de 10 intervenants et de 6 usagers qui recevaient des services psychosociaux à domicile.

Pour procéder à l'analyse de ce corpus d'entrevues, nous avons employé la méthode de l'analyse de contenu. Cette approche inductive nous a permis de définir des catégories conceptuelles en lien avec la proximité relationnelle. La présentation concentre son attention sur les catégories permettant de mieux saisir l'impact du contexte d'intervention sur la rencontre clinique.

Intervenir au domicile : Ouvertures et tensions

Le contenu thématique tiré des entrevues des participants a été classé en deux catégories. La première catégorie a trait aux ouvertures procurées par l'intervention à domicile et aux tensions suscitées par ce type de pratique. Pour nous, le mot ouverture fait référence à la possibilité de renouveler les pratiques offertes par l'intervention à domicile, par exemple l'établissement d'une relation de confiance fondée sur une connaissance fine des objets et des conditions de vie ayant un sens pour l'usager. Le domicile représente un espace habité, c'est-à-dire un lieu portant les marques de la subjectivation de l'espace de vie de l'individu. L'accès au domicile provoque certaines tensions entre ce que permet la plus grande proximité relationnelle et ce que veulent les conventions classiques d'une intervention en contexte institué, en raison de l'écart entre les systèmes de conventions mis en oeuvre dans ces deux contextes. La seconde catégorie concerne les compétences pragmatiques appliquées dans un contexte de pratique à domicile, soit les savoir-faire

professionnels mobilisés dans ce contexte particulier d'intervention. Ces thèmes ont été analysés dans le but d'identifier les mondes convoqués par les deux acteurs dans l'intervention.

Ouvertures offertes par l'intervention à domicile

Les intervenants ont relevé différents thèmes témoignant des ouvertures créées par l'intervention psychosociale à domicile. Ainsi, intervenir en contexte domiciliaire facilite l'évaluation psychosociale, favorise la création d'un lien de confiance, brise l'isolement de l'utilisateur, atténue la relation de pouvoir et constitue une source de valorisation pour l'utilisateur. En réalité, tout cela peut aussi être accompli en contexte institué, mais nos interlocuteurs se montrent très explicites sur le caractère intense de ces situations en contexte domiciliaire. La forte intensité de ces ouvertures illustre bien comment la pratique à domicile permet d'optimiser l'efficacité d'une intervention fondée sur une relation professionnelle plus subjective, plus proximale à l'univers de sens de l'utilisateur. L'intensité relationnelle rend l'intervention plus humaine, malgré les problèmes éthiques qui l'accompagnent, en particulier celui de faire intrusion dans l'espace privé de l'utilisateur. En faisant le lien avec notre cadre théorique, on constate que les ouvertures permises par la pratique à domicile articulent des conventions du monde industriel à des conventions du monde domestique que l'accès au domicile impose avec une telle évidence qu'elles modifient le régime d'action qui s'y déploie.

Dans les prochaines lignes, nous exposerons les tensions inhérentes à la proximité relationnelle créée par l'intervention à domicile.

Tensions traversant la proximité relationnelle de l'intervention à domicile

Ainsi, les visites à domicile créent certaines ouvertures qui contribuent à l'efficacité et à l'humanisation de l'intervention. En contrepartie, les intervenants et les utilisateurs vivent un certain nombre de tensions dans leurs expériences respectives de rencontre à domicile. En fait, nous avons relevé deux types de tension : celles reliées au rôle professionnel et celles en lien avec le rapport entre l'intervenant et l'établissement auquel il est rattaché. Pour nous, ces tensions sont inhérentes à l'activité, incessante et complexe, d'articulation des différents mondes d'action. Intervenir à domicile, c'est permettre à ces tensions de se révéler en raison

de la force de transformation exercée par la présence du monde domestique dans le contexte d'intervention domiciliaire.

Tensions liées au rôle professionnel

Parmi les tensions reliées au rôle professionnel de l'intervenant, on remarque la confusion des rôles professionnels, l'introduction dans la vie privée de l'utilisateur, la peur d'engendrer un sentiment de rejet chez l'utilisateur et le risque de basculer de l'empathie à la sympathie, dont la forme ultime consiste à développer des rapports de séduction ou même un sentiment amoureux.

Tensions en lien avec le rapport entre l'intervenant et l'organisation

Les tensions que nous venons d'énumérer se doublent de tensions d'ordre organisationnel impliquant l'intervenant dans son rapport à son organisation, centrée par nature sur les mondes industriel et civique. Ces tensions ont trait au risque d'intrusion de l'institution dans la sphère privée de l'utilisateur. Ainsi, on craint que la visite à domicile serve à compenser les carences de l'offre de services et à dépister des comportements à risques chez des utilisateurs. Or, ce rôle de dépisteur attribué à l'intervenant peut compromettre la création d'un lien de confiance avec l'utilisateur. Étant donné le caractère concrètement intrusif de l'intervention à domicile, l'intervenant peut représenter une menace pour l'utilisateur éprouvant de la méfiance envers les services sociaux. La nature éminemment intrusive de l'intervention à domicile fait appel chez l'intervenant à des savoirs-être particuliers.

Une autre tension verbalisée par les intervenants concerne certaines exigences de l'organisation, qui les oblige à remplir plusieurs outils administrativo-cliniques, une pratique qui détonne en contexte d'intervention à domicile. Selon certains intervenants, l'utilisation de ces instruments entrave la création d'un lien avec l'utilisateur. Pour eux, l'outil incarne l'institution dans son aspect industriel, un peu comme pour rappeler à l'intervenant et à l'utilisateur la vraie nature de leur relation.

Conclusion

Cette étude nous a permis de mieux comprendre la prise en compte de la proximité relationnelle dans le cadre de l'intervention psychosociale à domicile auprès de personnes âgées. Si la pratique à domicile comporte différentes fonctions apparaissant comme autant d'occasions précieuses pour l'intervenant de prendre en considération l'habitat comme expression de la subjectivité de l'utilisateur, il n'en demeure pas moins que différentes tensions émaillent la pratique professionnelle à domicile. Ces tensions et ces ouvertures peuvent être diminuées ou soutenues par une meilleure formation, initiale ou continue, aux savoir-faire particuliers caractérisant l'intervention à domicile.

Références

- Boltanski, L. et Thévenot, L. (1991) De la justification : Les économies de la grandeur (1^{re} ed 1987), Paris : Gallimard.
- Bigonnesse, C., Garon S., Beaulieu, M., Veil, A. (2011). L'émergence de nouvelles formules d'habitation : mises en perspective des besoins des aînés. *Économie et Solidarité*, 41(1/2), 88-103.
- Breviglieri, M. (2005). Bienfaits et méfaits de la proximité dans le travail social. In Ion (J). *Le travail social en débat(s)*, Paris : Éditions La découverte.
- Gagnon, E., Saillant, F. (2000). De la dépendance et de l'accompagnement : soins à domicile et liens sociaux, Sainte-Foy : Presses de l'Université Laval.
- Ministère de la santé et des services sociaux (2003). *Chez-soi : le premier choix. La politique de soutien à domicile*. Québec. Ministère de la santé et des services sociaux.
- Morin P. et coll. (2009). Signification du chez-soi et intervention psychosociale à domicile dans les programmes de soutien à domicile, enfance/jeunesse/famille et santé mentale. Centre de santé et de services sociaux-Institut universitaire de Gériatrie de Sherbrooke, Mars.
- Soulet, M-H. (1997) Petit précis de grammaire indigène du travail social. Règles, principes, paradoxes de l'intervention sociale au quotidien, Suisse : Éditions universitaires Fribourg.