

Martin Nathalie

Maître de conférences en psychologie sociale

Université d'Orléans- IUT de Bourges – Département GEA

IUT de Bourges

63, avenue de Lattre de Tassigny

18020 Bourges Cedex

Nathalie.martin@univ-orleans.fr

Qualité de vie et habitat intermédiaire: comparaison entre divers types de résidences pour personnes âgées autonomes.

Les questions actuelles liées au vieillissement sont de garantir une bonne qualité de vie. Un des indicateurs utilisé pour mesurer la qualité de vie est relatif au logement. Le parcours résidentiel est étroitement lié aux événements de vie. Les déménagements souhaités, choisis sont plus fréquents en début de retraite, alors qu'ils sont plutôt subis vers 80 ans lorsque le conjoint décède ou bien lorsque la perte d'autonomie apparaît (Gobillon, Laferre, 2006).

Le souhait de rester chez soi le plus longtemps possible est partagé par la plupart des personnes âgées (Oswald, Wahl, Mollenkopf et Shilling, 2003). Le chez soi est un lieu dans lequel on s'investi financièrement et en temps, mais aussi dans lequel on s'investi affectivement. Le logement c'est quelque chose que l'on choisi, que l'on façonne, que l'on s'approprie auquel on s'attache (Rioux, Mokoukolo, 2010). Dans son logement, on est acteur, c'est un territoire qui nous appartient (Djaoui, 2011). Le domicile est aussi le domaine permettant de maintenir une image de soi positive. L'habitat est plus qu'un lieu, c'est une partie intégrante du quotidien, du statut social, de soi et ainsi de l'identité de la personne.

Les acteurs politiques (en particuliers les élus locaux), sociaux (bailleurs sociaux, mutuelles), économiques (investisseurs privés) ont depuis une vingtaine d'année investi ce champ de l'habitat des personnes âgées. Leur objectif est de maintenir à domicile, éviter l'entrée en institution, tout en conservant une qualité de vie satisfaisante. Cette notion de qualité de vie, englobe plusieurs dimensions comme l'état physique (les capacités fonctionnelles, l'énergie, la fatigue, la qualité du sommeil, les douleurs), l'état mental (bien-être psychologique) et une dimension sociale (relations et activités sociales) (Bruchon Schweitzer, 2002). La qualité de vie est le résultat d'une perception personnelle. Ainsi, on a pu remarquer que même face à des problèmes de santé entraînant une diminution de l'autonomie, le niveau général de bien-être ne baisse pas avec l'âge, il peut même augmenter (Pinquart, 1998). Les personnes âgées peuvent s'adapter aux événements même s'ils n'étaient pas envisagés, d'une part parce qu'elles ont acquis un

meilleur contrôle de leurs sentiments et d'autre part parce qu'elles mettent en place des stratégies d'adaptation. Les personnes qui s'engagent moins dans des activités extérieures se recentrent sur le chez soi ; ainsi le sentiment de bien être chez soi est un composant signifiant de l'état général du bien-être (Rioux, 2005).

Les multiples formes d'habitats proposées aux personnes âgées encore autonomes, permettent-elles de conserver une bonne qualité de vie, une satisfaction de vie et donc de favoriser les ajustements adaptatifs face aux changements dus au vieillissement ? Telle est la question que l'on peut se poser.

Entre le domicile privé personnel et l'EHPAD s'est développé depuis une bonne dizaine d'années de nouvelles formes d'habitat pour personnes âgées autonomes : les habitats intermédiaires. L'offre de logement est devenu plus large, plus diversifiée quant aux objectifs, aux populations visées, aux services proposés, à la gestion des structures et aux prix, mais cette offre est devenue beaucoup moins lisible. La diversité est telle qu'il apparaît bien difficile d'en faire une typologie. On peut citer les logement-foyer, les MARPA (maison d'accueil en milieu rural pour personnes âgées), habitats groupés, villages seniors, béguinage, accueil familial, villa-family, habitat participatif et collectif, autogéré, intergénérationnel, maison partagée, babayaga, habitat intelligent.

L'étude présentée dans cet article n'a pas pu prendre en compte toutes les formes d'habitats intermédiaires. Nous avons sélectionnés des formes d'habitat intermédiaire dont les acteurs sont soit des élus locaux, des mutuelles, des bailleurs sociaux ou des investisseurs privés. Nous n'avons pas pris en compte les initiatives privées des retraités, cette population fera l'objet d'une autre étude. Le questionnaire comporte des questions sociologiques, sur la santé, sur le soutien social, le sentiment de sécurité, les loisirs, la satisfaction par rapport aux services proposés, par rapport au logement, la qualité de vie, la satisfaction de vie et l'estime de soi.

Les formes d'habitat intermédiaires étudiées sont : les logement-foyers, Marpa, le clos de la jeunette Saint Jean de la Ruelle, Béguinage Floralys, Résidences services, Domicile services, ANCS (association nationale des copropriétés avec services), Résidences sénioriales.

Description du questionnaire

Le questionnaire comprend des questions :

- 1) sociologiques permettant de décrire la population, comme par exemple, le sexe, l'âge, le statut marital, la CSP ;
- 2) sur les relations sociales, familiales, amicales et d'entraide
- 3) sur le parcours résidentiel
- 4) sur la perception du logement et/ou de la structure (sécurité, satisfaction, animation, confort, services)
- 5) les loisirs
- 6) des indicateurs psychosociologiques de qualité de vie.

Cette dernière partie du questionnaire était facultative et était composée :

1 - Echelle d'estime de soi de Rosenberg (1965) traduite par Vallières et Vallerand (1990) Vallières, E.F., Vallerand, R.J. (1990). Traduction et validation canadienne-française de l'échelle de l'estime de soi de Rosenberg. *International Journal of Psychology*, 25, 305-316

Cette échelle mesure la vision habituelle que nous avons de nous-mêmes, la valeur que nous nous accordons en tant que personne.

Le principal prédicteur de la satisfaction de vie est l'estime de soi. L'estime de soi joue un rôle prééminent pour la santé et la satisfaction de vie, les 2 déterminants principaux dans l'adaptation chez les personnes âgées.

2 - Echelle de satisfaction de vie Diener, E., Emmons, R.A., Larsen, R.J., Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-76 (version canadienne-française de Blais et al, 1989). Cette échelle propose une évaluation globale de la qualité de vie d'une personne selon ses propres critères. Il s'agit d'une évaluation subjective fondée sur des standards personnels et non externes à l'individu, sans lien avec les conditions de vie objectives. Ce processus cognitif-évaluatif est corrélé positivement à l'estime de soi.

3 - Echelle de bien-être de Pouwer, F., Snoek, F.K., Van der Ploeg HM. (2000). The well-being questionnaire: evidence for a three factor structure with 12 items (WBQ 12), *Psychological Medicine*, 30, 455-462

Cette échelle est de plus en plus utilisée, l'OMS a encouragé son utilisation. Le bien-être subjectif intègre des processus cognitifs (satisfaction de vie) et émotionnels (affectivité positive et négative).

Le bien-être dépend de facteurs externes (situationnels) comme les variables socio-démographiques, socio-économiques, les événements de vie, l'intégration sociale et de facteurs internes (dispositionnels) comme l'estime de soi, les besoins et désirs, l'équilibre émotionnel, le sentiment d'auto-efficacité.

Le bien-être subjectif est l'un des sous-ensembles les plus importants de la qualité de vie.

Résultats

1 Description de la population

Sur 536 personnes ayant répondu au questionnaire complet, il y a 149 hommes (27,79%) et 387 femmes (72,21%). La valeur du Khi-deux est significative (25,1479, dl=8, p=,001469), il y a plus d'hommes dans résidence services que dans les foyer-logement/ marpa et béguinage : (tableau n°1)

Tableau n°1 : effectifs selon le sexe et le type d'habitat

Type de résidence	Hommes	Femmes	total
Résidences services	39	86	125
Logement-foyer/Marpa	18	78	96
Domicile services (44)	2	24	26
Résidences senioriales	9	7	16
béguinage	21	83	104
Habitat groupé « clos de la jeunette »	3	6	9
ANCS	56	102	158

Dans cette population, l'âge moyen est de 81,6 ans (âge minimum 53 ans, maximum 98 ans, écart-type 8, 09). Les plus jeunes sont en résidence senioriales (âge moyen 67,25) et les plus âgées en résidences services (ANCS, Domitys ou groupe Fousse) (âge moyen 83,73 ans) (tableau n°2) ($F(7-526)=15,63$; $p<.000000$)

Tableau n°2 : âge moyen des résidents selon le type d'habitat

Type de résidence	Age moyen
Résidences services	82,42
Logement-foyer/Marpa	81,92
Domicile services (44)	80,42
Résidences senioriales	67,25
béguinage	78,79
Habitat groupé « clos de la jeunette »	78,67
ANCS	82,77

Le nombre moyen d'enfants est de 2,3

Quelque soit le type de résidence, les habitants sont en majorité veufs (n=339, 63,25%)

46% des retraités quelque soit le type de résidence ont au moins une visite une fois par semaine.

39,6% des habitants des résidences services ont entre 2001 et 3000 euros de revenus par mois, alors que 33% des résidents des logement-foyer ou Marpa ont entre 800 et 1000 euros par mois, 35% des résidents des Domicile services ont entre 14001 et 2000 euros par mois, 58% des habitants des résidences senioriales ont entre 2001 et 3000 euros de revenus par mois, 40% des habitants des béguinages ont entre 800 et 1000 euros par mois.

2 Qualité de vie

En moyenne, les résidents sont satisfaits voir très satisfaits de leur habitat (m=8,45) et de leur résidence (m=8,42) (sur des échelles en 10 points). Les différences ne sont pas significatives selon le type de résidence (respectivement $F(6-518)=1,4$, $p<.21$ et $F(6-518)=1,62$, $p<.14$) (tableau n°3)

Tableau n°3 : satisfaction moyenne vis-à-vis de l'habitat selon le type de résidence

	Satisfaction moyenne
Résidences services domitys/Fousse	8,54
Logement-foyer/Marpa	8,54
Domicile services (44)	7,62
Résidences senioriales	7,69
Béguinage	8,72
Habitat groupé « clos de la jeunette »	7,89
ANCS	8,36

66,45% des personnes ont quitté leur domicile pour rejoindre une résidence sur les conseils de leurs enfants (n=200, certaines personnes n'ont pas souhaité répondre à cette question).

Globalement, la santé physique est jugée bonne, en moyenne 6,51 sur 10. On constate des différences selon le type d'établissement ($F(6-387)=2,47$, $p<.002$). Elle est mieux évaluée chez les résidents des sénioriales qu'en résidences services type Domitys,

Fousse, qu'en logement-foyer et marpa, qu'en domiciles services qu'en béguinages. (Tableaux n° 4 et 5)

Tableau n°4 : moyenne des évaluations de la santé satisfaction physique (échelle de 1 à 10, allant de très mauvaise à excellente)

	Santé physique
Résidences services domitys/Fousse	6,44
Logement-foyer/Marpa	6,59
Domicile services (44)	6,11
Résidences senioriales	7,75
Béguinage	6,24
Habitat groupé « clos de la jeunette »	5,78
ANCS	6,81

Tableau n° 5 : comparaisons planifiées (valeur du t de Student)

	Résidences senioriales
Résidences services domitys/Fousse	2,61* p<.010
Logement-foyer/Marpa	2,41* p<.018
Domicile services (44)	3,052* p<.004
Béguinage	3,40* p<.0009
Habitat groupé « clos de la jeunette »	2,74* p<.011
ANCS	2,22* p<.027

Le moral est également évalué bon dans l'ensemble, sur une échelle en 10 points la moyenne est de 6,97, il n'y a pas de différences significatives selon le type de résidence ($F(7-526)=1,65$, $p<.12$)

L'estime de soi est moyenne pour cette population, on obtient une moyenne de 25, 83 (score minimum 13, maximum 40). Il y a une tendance à ce que le type de résidence ait une influence sur l'auto-évaluation de l'estime de soi ($F(7-526)=.2,018$, $p<.051$). L'estime de soi est plus faible chez les résidents des sénioriales ($m=23,56$) que chez les résidents des béguinages ($m=27,07$) ($F(1-518)=7,75$, $p<.0056$). (tableau n° 6)

Tableau n°6 : moyenne des évaluations de l'estime de soi (scores de 13 à 40)

	Estime de soi
Résidences services domitys/Fousse	25,30
Logement-foyer/Marpa	26,00
Domicile services (44)	25,85
Résidences senioriales	23,56
Béguinage	27,06
Clos de la jeunette	27,11
ANCS	25,69

Le bien-être subjectif est également évalué positivement, le score moyen sur l'ensemble de la population est de 66,33 (score minimum 30, maximum 98). Il y a un effet du type de résidence ($F(6-518)=3,07$, $p<.0058$).

Le bien-être subjectif est jugé meilleur chez les résidents des logement-foyers, des Marpa ($m=65,98$) et des béguinages ($m=69,7$) que chez les habitants des résidences services de type Domitys ou groupe Fousse ($m=65,04$) ($F(1-518)=0,45$, $p<.0503$ et $F(1-518)=11,32$, $p<.0008$).

Nous avons la même tendance en ce qui concerne la comparaison résidences Domitys-Fousse/sénioriales ($m=70,31$) ($F(1-518)=3,61$, $p<.057$).

Chez les résidents des sénioriales, le bien-être subjectif est aussi jugé meilleur que chez les résidents du groupe ANCS ($m=64,76$) ($F(1-518)=4,054$, $p<.044$).

Enfin, les résidents des béguinages estiment avoir un meilleur bien-être subjectif que ceux des logements foyers et Marpa et du groupe ANCS ($F(1-518)=6,31$, $p<.012$ et $F(1-518)=13,34$, $p<.00028$). (Tableaux n°7 et 8)

Tableau n°7 : moyenne des évaluations du bien être subjectif (scores de 30 à 98)

	Bien être subjectif
Résidences services domitys/Fousse	65,04
Logement-foyer/Marpa	65,98
Domicile services (44)	66,69
Résidences senioriales	70,31
Béguinage	69,70
Clos de la jeunette	68,22
ANCS	65,21

Tableau n°8 : comparaisons planifiées (valeur du t de Student)

	Résidences services	ANCS	béguinages
Logement-foyer Marpa	0,45 p<.503		6,31 p<.012
Béguinage	11,32 p<.0008	13,34 p<.00028	
sénioriales	3,61 p<.057	4,054 p<.044	

Discussion

Le profil de la population des structures d'accueil et hébergement prises en compte dans cette étude est quelque peu différent selon le type de résidence. Les différences concernent le niveau des revenus, les répartitions selon le sexe et l'âge. Les habitants des résidences services et senioriales ont des revenus supérieurs à ceux des logements-foyers, Marpa et béguinages. Dans ces dernières structures il y a plus de femmes que d'hommes alors que dans les résidences services il y a proportionnellement plus d'hommes que dans les autres structures. Enfin, les résidences services accueillent des personnes plus âgées alors que les plus jeunes résidents sont en résidence sénioriales. Ces différentes structures n'accueillent donc pas la même population.

On retrouve également des différences pour certains indicateurs de qualité de vie. Ainsi, la santé physique perçue est jugée meilleure chez les résidents des senioriales, alors qu'elle est moins bien évaluée chez les personnes en logement-foyer, Marpa, béguinage et domicile services. Ce résultat n'est pas tellement surprenant dans la mesure où les habitants des senioriales sont plus jeunes, l'état de santé perçu peut correspondre à l'état de santé réel.

Le bien-être subjectif est aussi jugé meilleur par ces résidents mais cette évaluation n'est pas plus élevée que chez les habitants des logements-foyers, Marpa et béguinage. En revanche, ceux qui ont les évaluations les plus basses sont en résidences services ou bien font partie de l'ANCS.

Enfin, on retrouve des différences selon le type de structure pour l'auto-évaluation de l'estime de soi ; ce sont les habitants des senioriales qui ont les scores les plus faibles.

Ces résultats soulignent bien toute la complexité qu'il y a pour étudier la qualité de vie, ce concept étant multifactoriel, prendre en compte un seul facteur n'est pas pertinent. La qualité de vie fait aussi bien référence à des facteurs objectifs (par exemple le niveau de revenu) qu'à des facteurs plus subjectifs (par exemple des auto-évaluations de la santé, du bien-être) (Nordenfelt, 1994, Bruchon-Schweitzer, 2002). La qualité de vie dépend de facteurs situationnels mais aussi dispositionnels. De même, au regard des résultats obtenus chez les habitants des sénioriales notamment, une santé physique et un bien-être subjectif jugés positivement ne sont pas forcément liés à un estime de soi positive. Ce

résultat n'est pas non plus surprenant. La valeur de soi résulte d'une multitude d'évaluations basées sur des comparaisons sociales ou temporelles, incluant plusieurs dimensions, cognitive, psychomotrice, relationnelle, situationnelle ainsi que les normes sociales. Ce sont les interactions entre ces autoévaluations qui sont essentielles et non la somme de celles-ci (Alaphilippe, 2008). L'estime de soi est un construit qui se fait tout au long de la vie, elle est considérée comme faisant partie de la personnalité, ainsi elle est relativement stable au cours des années et des circonstances. L'estime de soi est « un indicateur d'acceptation, de tolérance et de satisfactions personnelles à l'égard de soi » (Rosenberg, 1985). Une bonne estime de soi pourrait signifier de bons ajustements adaptatifs. L'avancée en âge n'implique pas nécessairement une baisse de l'estime de soi. Cependant, l'environnement social et institutionnel jouent un rôle essentiel dans la régulation de l'estime de soi en permettant par exemple de garantir, de maintenir une évaluation positive de soi (Alaphilippe, 2008).

Enfin, il faut souligner que pour certains indicateurs nous n'avons pas trouvé de différences selon les structures, par exemple en ce qui concerne le nombre de visites par semaine, la satisfaction vis-à-vis de l'habitat et de la résidence et pour l'auto-évaluation du moral. Les résidents sont satisfaits, voir très satisfaits de leur lieu de vie, indépendamment de la quantité de services proposée. Ainsi, les habitants des résidences proposant des services autres que la restauration et l'animation sont satisfaits de leur habitat mais ont une estime de soi plus faible. Plusieurs hypothèses complémentaires peuvent être avancées :

1- les structures ne proposant que quelques services considèrent que le plus important est d'aider à préserver son autonomie, elles apportent alors un soutien sans prendre en charge totalement la personne âgée, ce qui entrainerait un bien-être et une estime de soi élevée. Cette hypothèse a été vérifiée chez des résidents de maison de retraite. Celles qui demandent l'avis des résidents génèrent un haut niveau de bien-être (Feinhold et Werkz, 1990).

2- les structures proposant de nombreux services peuvent (involontairement) apporter une information pessimiste aux résidents. Cet éventail de services proposés peut souligner que progressivement la personne perdra de l'autonomie, qu'elle aura besoin d'aide (Coupleux-Vanmeirhaeghe, 2010).

Cette enquête ne permet pas réellement de vérifier ces 2 hypothèses. Il serait maintenant pertinent de poursuivre ce type d'étude en prenant en compte des retraités résidant dans d'autres formes d'habitats intermédiaires comme par exemple l'habitat auto-géré.

Bibliographie

Alaphilippe, D. (2008). Evolution de l'estime de soi chez l'adulte âgé, *Psychologie & NeuroPsychiatrie du vieillissement*. Volume 6, Numéro 3, 167-76.

Bruchon-Schweitzer, M. (2001). *Psychologie de la santé. Modèles, concepts et méthodes*. Paris, Dunod.

Coupleux-Vanmeirhaeghe, S. (2010). Logement des personnes âgées dans le Pas-de-Calais : Approche du risque et de ses représentations : l'exemple des Béguinages. *Cuadernos Geograficos*, 46, 163-179

Djaoui, E. (2011). Approches de la « culture du domicile, *Gérontologie et société*, 1, n°136, 77-90.

Feinhold, E. et Werkz, E. (1990). Supporting the independence of elderly residents through control over their environment. *Journal of Housing for Elderly*, 6 (1-2), 25-32.

Gobillon, L. et Laferrère, A. (2006). Le choix de logement des personnes âgées. *Revue française d'économie*, 20 (3), 115-161.

Nordenfelt, L. (1994). *Concepts and Measurement of Quality of Life in Health Care*, Londres, Kluwer Academic Publishers, chap.3, 241-255.

Oswald, F., Wahl, H.-W., Mollenkopf, H., & Schilling, O. (2003). Housing and life-satisfaction of older adults in two rural regions in Germany. *Research on Aging*, 25 (2), 122-143.

Pinquart, M. (1998). *Das selbskonzept im seniorenalter (self-concept in old age)*. Weinheim, Germany.

Rioux, L. (2005). The well-being of aging people living in their own homes, *Journal of environmental Psychology*, 25, 231-243.

Rioux, L. et Mokoukolo, R. (2010). Validation en français d'une échelle d'ancrage territorial, *Canadian Journal of Behavioural Science*, 42, N. 3, 150-157