

Habitat intermédiaire et positionnement d'acteurs : attentes et stratégies

Introduction :

Les termes utilisés : Habitat protégé, encadré, adapté, sécurisé, logement intermédiaire sont parmi d'autres des appellations qui recouvrent des caractéristiques et des modes d'habiter fort différents. Cette gamme d'offre complexe et diversifiée a pour conséquence une certaine opacité du « marché » autant pour les personnes directement concernées que pour leurs proches, voire pour les professionnels.

Dans le cadre de cet exposé, je vais en rester au terme de *logement intermédiaire*, utilisé dans la présentation du colloque. Ce terme rejoint d'ailleurs l'idée des concepteurs qui présentent ce type d'habitat comme un intermédiaire entre le domicile et l'hébergement médico-social, en abrégé EMS ou EHPAD. Cette alternative ciblée, est exprimée sur un mode rationnel comme la réponse sécuritaire à des contraintes et obstacles à vivre chez soi. Pourtant, comme dans le cas du recours à l'aide aux activités ménagères à partir de son domicile, le choix du logement intermédiaire est, a priori, présenté comme reposant sur des options personnelles et reflétant des exigences dont les personnes seraient seules les expertes, – la personne signe son bail, est responsable du loyer -. Mais, dans les faits, c'est principalement l'expertise des professionnels de la santé qui entrent en jeu pour l'évaluation du besoin et l'obtention de prestations dans l'habitat intermédiaire. D'où l'émergence de questions

Pour répondre à ces questions et tenter d'esquisser des figures de positionnement, nous avons extraits des éléments spécifiques à l'habitat intermédiaire à partir d'une étude plus large qui avait pour objet le positionnement des personnes âgées lors d'une première demande d'aide et de soins à domicile auprès des services officielsⁱ. Ce corpus est enrichi par des données issues de travaux dirigés sur des sujets voisinsⁱⁱ.

Informations sur le contexte général en Suisse.

Tout d'abord, il faut préciser que la population suisse est principalement composée de locataires, spécialement dans les villes. Malgré ce statut parfois considéré comme précaire, la plupart des personnes de 80 ans et plus habitent depuis 20-30 ans voire davantage dans leur appartement au moment où se pose la question d'un déménagement dans un

appartement intermédiaire. Ce n'est par exemple pas le cas des Etats-Unis où les habitants déménagent d'une région à l'autre et changent de logement plusieurs fois au cours de leur existence, ni de la France ou de l'Angleterre où le taux de propriétaires est nettement plus élevé. Notons sur ce point, qu'à l'avenir, les vagues d'immigration mais aussi les modes de vie de la génération des babyboomers qui arrivent à la retraite vont probablement amener des changements dans les modes d'investissement socio-affectifs du logement. En Suisse alémanique davantage qu'en Suisse romande, on peut d'ores et déjà constater des prémices de changement dans des projets de coopératives d'habitations ou de colocation entre aînés. Il existe en Suisse alémanique quelques exemples de réelles cohabitations volontaires, choisies et explicitées en termes rationnels ou idéologiques, parfois soutenus par une mise à disposition de terrain ou par un soutien financier des pouvoirs publics. Dans cette catégorie d'un choix idéologique, on peut penser à des projets français comme la maison des Babayagas en banlieue parisienne, mais ces modèles sont encore très minoritaires en Suisse et pratiquement absents du paysage suisse romand. Par contre, en Europe du Nord, ce type d'expériences est déjà bien plus développé, tout d'abord en Hollande puis en Angleterre.ⁱⁱⁱ

Quelques éléments sur les politiques publiques en Suisse.

De toute évidence, l'explosion démographique en relation avec l'augmentation de l'espérance de vie et la diminution de la natalité ; amène les états à vouloir diminuer les coûts des politiques publiques, preuve en est les savants calculs visant à savoir combien d'argent serait économisé si l'entrée en EMS était retardée. Par exemple dans le canton de Genève, il est dit que si l'entrée était retardée de 55 jours, les dépenses du canton en matière de santé seraient de 5% moins élevées ! Nul doute que ce type de calcul a une incidence directe sur les décisions d'une construction massive d'unités de logements intermédiaires^{iv}.

Une information encore au sujet de la Suisse, petit pays confédéral où les cantons jouissent d'une large autonomie de décision. Les citoyens, dans le cadre d'une législation nationale en matière d'assurance maladie (LAMAL) sont obligatoirement affiliés à des caisses maladies reconnues. La couverture maladie est focalisée sur ce qui est défini comme des soins et non de l'accompagnement. Par ailleurs, la législation nationale en matière de sécurité sociale prévoit un dispositif de complément de revenu, destiné à compléter des retraites trop basses afin d'atteindre le minimum vital. Précisons que 15-20% des personnes âgées bénéficient de ce type de prestations dites complémentaires, prestations qui peuvent aussi contribuer à la couverture des frais liés à la vie en institution. Pour le surplus, ce sont les politiques cantonales et communales qui déterminent l'appui aux personnes âgées, les politiques de construction de logements intermédiaires et de subventionnement des institutions et des services d'aide. Dès lors, la couverture des frais occasionnés par la location d'un logement intermédiaire varie d'un canton à l'autre. En règle générale, les structures de logements ayant bénéficié de subventions sont réservées aux personnes à revenu modeste.

Les structures intermédiaires.

Parler de logements adaptés, d'accueil de jour, de séjours temporaires de répit correspond à des configurations que l'on retrouve globalement dans toute l'Europe du Nord. Ces structures peuvent être couplées avec de l'accueil de jour et/ou l'EMS/EHPAD. Dans ce cas, au cours de la trajectoire d'aide et de soins, ces logements sont plus explicitement conçus comme des lieux de transition. Toutefois, la dénomination de logement adapté ne nous dit encore rien sur son mode d'organisation et le foisonnement des définitions rend l'offre tout à fait opaque pour la personne âgée qui envisage ce type de solution.

Il faut aussi relever que la cohabitation avec les enfants adultes a pratiquement disparu en Suisse. En matière de soutien au proche, la Suisse est très en retard par rapport aux pays d'Europe du Nord qui ont mis sur pied des systèmes (conгés, indemnisations) censés favoriser la possibilité pour les proches d'intervenir sans pour autant risquer de perdre son insertion professionnelle et sociale^v.

Ces types peuvent être combinés mais, dans la plupart des dispositifs de logements intermédiaires, il n'y a pas d'appui social ou de travail social communautaire sur place ou à disposition. Il n'existe pas une gamme d'offre par quartier qui permette de choisir de poursuivre sa vie dans son quartier avec un type de dispositif qui convient. Lorsque les logements sont couplés avec un EMS ou un foyer de jour, il s'agit plutôt de stratégies destinées à rationaliser l'utilisation des ressources en locaux et personnel.

Majoritairement, il est frappant de constater que ce qui peut être obtenu en termes d'aide, d'appui ou de soins est peu différent que ce qui peut l'être dans un logement ordinaire. Ainsi, par exemple, les mêmes services d'aide et de soins à domicile interviennent aux mêmes conditions dans les deux cas.

L'offre commerciale :

Au niveau du marché, on assiste à la mise sur pied de logements adaptés haut de gamme qui rencontre une demande parmi les classes sociales favorisées et les détenteurs de patrimoine plus enclins à planifier leur avenir. Par exemple, certaines personnes détenant des biens les transmettent de façon anticipée à leurs héritiers afin de ne pas devoir vendre un bien immobilier pour couvrir les frais de l'entrée en institution par la suite. Dans ce cas, la décision est principalement induite par la prévoyance de l'avenir, le fait de ne pas vouloir peser sur les enfants et sans rapport avec la gestion des difficultés présentes, sauf dans le cas de certains problèmes courants liés à l'âge. (baisse de la vue, problème lié aux barrières architecturales). L'emménagement a généralement lieu dans des appartements plutôt spacieux (60-80m²) où la vie se déroule «entre-soi» dans un environnement aménagé avec soins (vue sur la mer, nature etc.) et conçu comme un argument de vente. Dans certains cas, il y a une section médicalisée et la personne peut découvrir en y entrant que tout est organisé de manière à ce qu'elle puisse y finir ses jours quel que soit son état de santé ! Aux Etats Unis, cette pratique est très répandue pour plusieurs raisons. D'une part, les gens ont

l'habitude de déménager, d'autre part, vivre entre personnes âgées, sans revendiquer de rester en contact avec les autres générations n'est pas connoté négativement. A cela s'ajoutent l'obsession sécuritaire et les risques liés au climat qui font, de ce que l'on pourrait considérer comme des ghettos, un choix consenti.

Dans nos pays, ce modèle et ces pratiques sont récentes, restent minoritaires mais risquent de se répandre si l'on se réfère aux récentes offres du marché et aux projets en cours qui se multiplient.

Les facteurs incitatifs à la prise de décision d'emménager dans un logement intermédiaire

Il faut se rappeler que ce type d'habitat est pensé à partir d'un dispositif d'aide et de soins à la fois au niveau des représentations qu'en ont les personnes âgées que les professionnels : un dispositif destiné à pallier à des problèmes de santé ou de handicap reposant donc sur une vision en termes de manques, de déficit en santé, voire de perte des liens sociaux.

Quatre grands types de facteurs ont pu être extraits du discours des personnes recueilli dans le cadre des diverses études mentionnées auparavant :

1. Les gérances immobilières interviennent de manière incitative afin que les personnes quittent leur grand logement à bas loyer afin de pouvoir rénover et augmenter le coût du loyer. Les personnes peuvent aussi avoir intériorisé le fait d'occuper un espace qui devrait idéalement profiter à une famille de plusieurs personnes et s'en sentir « coupable ».
2. L'inadéquation du logement par rapport aux problèmes de santé ou aux difficultés liées à l'âge (par exemple : barrières architecturales, accès à l'immeuble, logement inadapté au besoin (fauteuil roulant).
3. L'évolution du quartier, de la population ou des voisins de l'immeuble (par exemple : dealers dans les caves, vols, nuisances, bruits, circulation, détérioration de l'environnement. Remplacement des concierges vivant sur place par des services externes).
4. Par exemple, la distance des transports publics, des commerces, des lieux de rencontre et des services de santé.

Ces facteurs peuvent induire un sentiment d'insécurité, la perte de repères familiers, la perte de confiance dans ses capacités à gérer l'imprévu, une déstabilisation de ses habitudes, le déclin de l'identification à son lieu de vie, au quartier et donc un sentiment d'appartenance en déclin.

Le point de vue des acteurs sur la décision d'emménager dans un logement intermédiaire (en-dehors des personnes âgées elles-mêmes)

La famille, plus précisément **les enfants adultes**. Ces derniers peuvent avoir un rôle incitatif plus ou moins drastique, mais ils peuvent aussi s'opposer aux souhaits de la personne ou des professionnel.le.s. Par exemple lorsqu'ils ne veulent pas perdre leurs liens avec le domicile qu'ils ont connu de tout temps comme lieu identitaire de la famille. Ils peuvent aussi craindre que le passage par l'appartement intermédiaire ne retarde l'entrée de leur parent à l'EMS alors qu'ils estiment que ce dernier devrait y recourir pour sa propre sécurité ou celle des proches.

Les proches peuvent aussi être moteurs dans l'incitation à déménager du fait qu'ils imaginent le lieu plus sécuritaire en opposition à la situation actuelle du logement, du quartier ou des risques pour la santé de la personne (chutes, etc.).

Les professionnels de l'aide et des soins ainsi que les médecins traitants qui évaluent la situation à domicile, soit comme un risque par rapport à l'état de santé physique et/ou psychique, par exemple : risque de chutes, diabète mal contrôlé, etc., soit comme un risque par rapport à un logement devenu inadéquat en regard de la mobilité des personnes. Ils estiment alors que ces problèmes seraient mieux gérés dans un habitat intermédiaire quand bien même ils ne sont pas très au fait de ce que recouvre cette nébuleuse de types de logements.

Les travailleurs sociaux impliqués au moment d'un retour à domicile suite à une hospitalisation ou lors d'autres demandes d'appui ou d'aide, peuvent également jouer un rôle d'incitateur dans le choix d'intégrer l'appartement intermédiaire. Relevons que cette solution peut être proposée parallèlement à la fréquentation d'un centre de jour où la personne se rendra depuis son logement intermédiaire.

Les données à disposition nous permettent de remarquer que l'aiguillage vers un logement intermédiaire est largement fondé sur des représentations et des informations lacunaires et imprécises. Le choix est largement individualisé, il n'y a que peu d'opportunités pour une comparaison systématique des types d'aide et d'aménagements qui pourraient être fournis au domicile actuel par rapport à l'offre de déménagement dans un logement intermédiaire.

Le positionnement des personnes âgées,

Cet acteur central dans le processus de choix se positionne au travers de quatre figures, qui, sans prétendre être exhaustives, sont reconstituées sur la base du discours des personnes que nous avons interviewées, allant d'un haut degré d'autonomie et donc une faible influence des professionnels à un mode de choix très contraint, subordonné aux injonction de l'entourage et des professionnels.

La première figure est intitulée « **analyse et argumentation** », est indépendante de l'âge. Le point de départ s'ancre sur un problème de logement et de ressources financières. Le logement intermédiaire et son dispositif sont évalués quant à leurs avantages et inconvénients, le point de référence étant celui du logement ordinaire. Le choix effectué

n'est pas fondé sur le sentiment d'insécurité ou la peur de la péjoration de l'état de santé mais sur les atouts qu'offre la structure retenue. Ils incluent par exemple : au niveau de l'environnement un cadre de verdure, un prix abordable, un potentiel de rencontres amicales perçu comme associé à une structure de grande taille avec une large variété de personnes résidentes. Il s'agit là d'un mode de décision largement individuelle qui inclut un positionnement d'acteur susceptible de mettre ses propres ressources à disposition d'autres habitants de l'immeuble.

Les éléments mentionnés pour arriver à la décision tiennent compte de l'avance en âge, mais sont analysés de manière comparable à l'examen que conduirait une personne d'une autre catégorie d'âge, vivant seule et confrontée à une baisse de ressource et à la nécessité d'un déménagement.

La seconde figure est intitulée « **réalisme et anticipation** ». Il s'agit là plutôt des situations de couples dont l'un dépend de l'aide de l'autre, le point de départ étant le désir de l'aidant de trouver une solution lui permettant de poursuivre son rôle dans des conditions estimées plus favorable. Par exemple, les caractéristiques telles que l'absence de barrières architecturales, la modernité de l'appartement, son côté fonctionnel. De plus, le logement intermédiaire est perçu comme un lieu offrant des opportunités de socialisation et d'échanges sur place permettant à l'aidant une vie sociale potentiellement plus riche dans un contexte où la possibilité de sorties et d'absence prolongée du domicile est limitée par les contraintes de l'aide au conjoint.

Ce mode de décision repose sur un positionnement de l'aidant qui rencontre un consensus avec un conjoint qui lui délègue le pouvoir de décision, les professionnels voire les proches étant investis du désir de voir l'aidant poursuivre son rôle. Dans cette configuration, le logement intermédiaire est explicitement vu comme tentative d'éviter l'entrée de la personne aidée en EMS ou EHPAD, solution qui impliquerait probablement une séparation du couple et des conséquences financières importantes.

La troisième figure est intitulée « **recherche de sécurité et acceptation** ». Dans cette configuration, la fragilisation liée au grand âge est présente. S'y ajoutent les pressions liées aux problèmes du marché du logement telles que les projets de démolition ou de rénovation des immeubles ou encore l'inadéquation de l'appartement aux besoins des personnes (manque de confort, barrières architecturales, etc.). Ces éléments contribuent à poser le problème de trouver un nouveau lieu de vie d'autant plus que les problèmes d'anxiété, le sentiment d'insécurité, exprimés par les personnes aidées ou soignées à domicile voire leur entourage rejoignent le discours des professionnels. *le.s.*

Le mode de décision repose sur l'initiative des professionnels de la santé ou du social, voire des proches. Le positionnement des personnes est caractérisé par la confiance accordée à l'avis des experts qui jouent un rôle déterminant dans l'aiguillage vers l'appartement intermédiaire. Il s'agit d'un positionnement en partie lié à la crainte de devoir entrer en EMS.

L'acceptation de recourir à l'appartement intermédiaire représente alors une solution plus acceptable car présentée comme une alternative mais n'est pas dépourvue d'une certaine ambivalence qui se retrouve dans le discours des personnes après leur installation dans l'immeuble intermédiaire.

La quatrième figure est intitulée « **fragilité psychique et contrainte** ». Elle correspond à la situation de personnes comparativement « jeunes », dont la trajectoire est caractérisée par des difficultés sociales, relationnelles et des problèmes de santé mentale. Les professionnel.le.s de la santé et du social impliqué.e.s dans la décision proviennent plus fréquemment des services susceptibles de faire intervenir un mandat (tutelle, curatelle...).

Le positionnement des personnes se caractérise par la confrontation à une injonction qui pourrait prendre un caractère impératif. Sur place, leur discours est très ambivalent à la fois par rapport au processus qui les ont amené à entrer dans un appartement intermédiaire ainsi qu'au dispositif dans lequel elles se trouvent (isolée de leurs contacts, repliée, éloignement des commodités etc.). Le paradoxe constaté est qu'en principe ce type de structure repose sur un choix, alors qu'il est utilisé dans ce cas comme un quasi placement. Dès lors l'intention des professionnels de privilégier un tel « placement » plutôt que de recourir à une structure associée à la psychiatrie ou la marginalité reposerait-elle sur l'idée que ce type d'habitat pourrait représenter un repère identitaire moins stigmatisant pour les personnes ?

En guise de conclusion, je me baserai sur quelques constats et questions afin de lancer le débat autour de ce vaste projet de développement d'un habitat intermédiaire.

Tout d'abord, force est de constater que les normes de tolérance pour entrer dans ce type de structure sont relativement basses. Par exemple, les personnes atteintes de troubles du comportement ou d'addictions ne sont généralement pas admises : il n'y a, le plus souvent, aucun dispositif sur place susceptible d'offrir une médiation entre types de locataires et d'éviter les problèmes relationnels et l'exclusion sociale de certains habitants. Dès lors, la frange des bénéficiaires potentiels est relativement restreinte, ce qui questionne le projet de création rapide d'un grand nombre de ce type de structures. De fait, tout se passe comme si l'accélération des statistiques et prévisions démographiques avait pour effet une volonté de rationaliser et de canaliser l'aide aux personnes âgées et en difficultés à partir d'une offre structurée qui les amène quasiment naturellement d'un lieu d'hébergement à l'autre jusqu'à leur dernier souffle. Du côté des pouvoirs publics, la question qui se pose est moins celle de l'adaptation des moyens aux attentes que le souci de trouver des solutions aux problèmes économiques posés par les problèmes de santé de la grande vieillesse.

Autre aspect de la question, celle du risque d'une « ghettoisation » plus ou moins revendiquée. Dans le dispositif suisse, ce risque est accru par l'âge et la classe sociale du fait des normes d'accès au logement subventionné. Au niveau des EMS/EHPAD, ce risque est

moindre dans la mesure où riches et moins riches cohabitent, sachant que l'admission est liée à un profil de difficultés – souvent de type psycho-gériatrique, les uns étant aidés financièrement et les autres payant eux-mêmes leur hébergement. Lorsque les dispositifs sont réellement choisis, en fonction de l'adage qui se ressemble s'assemble, la population résidente est totalement homogène voire revendiquée comme telle : - Pensons aux projets de coopératives des classes moyennes, au regroupement d'anciennes militantes politiques et féministes, qui ont développé le concept des Babayagas , etc. -

Sur le plan socio-politique, ces éléments renvoient bien évidemment à la question des valeurs collectives et des modes de vivre ensemble traduites dans les directives des pouvoirs publics mais également dans l'utilisation des marges de manœuvre par les citoyens lambda. Les nouvelles générations qui arrivent à la retraite adopteront-elles les modes de vie et de penser leur vieillesse sur le mode nord-américain ? Verra-t-on se développer en grand nombre des initiatives autour d'un mode d'habitation où s'exercera la solidarité plus ou moins conditionnée par la morale de la nécessité du fait de la diminution des moyens économiques ? Les questions sont posées.

Quoi qu'il en soit, actuellement le rôle de ces appartements intermédiaires mis en avant comme alternative à l'EMS permet de faire l'économie de questionner le caractère totalitaire de l'EMS/EHPAD. Le flou des définitions et le caractère opaque des caractéristiques de l'appartement intermédiaire n'auraient-il pas aussi pour objectif d'éviter le débat sur la zone où les dispositifs de logement et les structures institutionnels se rejoignent ? Au risque de forcer l'identification aux personnes âgées en mauvaise santé, il n'est probablement pas anodin que ce type de structure soit parfois volontairement construit couplée à l'EMS : volonté de surveillance des évolutions ? Préparation des individus à la vie collective ? Quant aux petites unités de vie qui se veulent à l'image d'une famille et se présentent comme une alternative à l'EMS, n'y a-t-il pas là un mode de contrôle extrêmement rapproché, avec un nombre restreint de co-résidents qui risque d'être extrêmement enfermant ! Les petites structures excluent également l'option de l'utilisation d'un personnel diversifié, et donc du choix de relations avec des intervenants variés.

Le logement intermédiaire – comme toutes les structures dites intermédiaires – est présenté comme un élément d'élargissement de la gamme de choix et donc un facteur d'appui à l'auto-détermination. Face aux enjeux évoqués, gardons le souci de voir se développer une politique de diversification, des offres afin de conserver aux personnes, nous tous qui serons un jour concerné, le moyen de faire valoir leur positionnement d'acteur de leur propre vieillesse.

ⁱ Recours à domicile et positionnement d'acteurs, Elisabeth Hirsch Durrett, Sabine Voélin, FNS et Fondation Leenaards, Grant number 13DPD6_132282

-
- ⁱⁱ Grangier Astrid, 2011, Entrée en logement protégé : Motivations et perceptions de futurs locataires, Lausanne HETS
- ⁱⁱⁱ Wehrli-Schindler, B. (1997), Wohnen im Alter, Zwischen Zuhause und Heim, Seismo
- ^{iv} Prévisions cantonales 1000 à Neuchâtel, 500 à Genève etc.
- ^v Näidich, M. (2012), comment pérenniser une ressource en voie de raréfaction ? Questions d'économie de la santé, IRDES, 176, Mai 2012