

ÉCOLE DOCTORALE 519SHS-PE
Laboratoire Dynamiques Européennes

THÈSE présentée par :
Cécile ROSENFELDER

soutenue le : **20 juin 2017**

Pour l'obtention du grade de : **Docteur de l'Université de Strasbourg**

Discipline : Sociologie

***Les habitats alternatifs aux dispositifs gérontologiques
institués.***

**Des laboratoires d'expérimentation à l'épreuve de la « fragilité » et de
la « dépendance » des personnes âgées**

THÈSE dirigée par :

Monsieur Pascal Hintermeyer

Professeur, Université de Strasbourg

RAPPORTEURS :

Madame Jacqueline Trincaz

Professeure émérite, Université Paris-Est-Créteil

Monsieur Jean-Philippe Viriot-Durandal

Professeur, Université de Lorraine

AUTRES MEMBRES DU JURY :

Monsieur Dominique Argoud

Maître de Conférences, Université Paris-Est-Créteil

Madame Cherry Schrecker

Professeure, Université Grenoble-Alpes

Madame Suzanne Garon

Professeure, Université de Sherbrooke

Remerciements

La thèse n'est pas qu'une expérimentation solitaire, elle est aussi un travail collaboratif qui suppose de l'entraide, du compagnonnage, de nouvelles rencontres. Aussi j'aimerais exprimer toute ma reconnaissance aux personnes qui ont participé de près ou d'un peu moins près, théoriquement, logistiquement et/ou humainement à l'élaboration de ce travail.

Mes remerciements vont tout d'abord à Pascal Hintermeyer, mon directeur de thèse, pour avoir accepté de diriger cette thèse ainsi que pour son aide et ses conseils déterminants aux moments clés de la réalisation de ce projet.

Je remercie également Dominique Argoud, Suzanne Garon, Cherry Schrecker, Jacqueline Trincaz, et Jean-Philippe Viriot-Durandal pour avoir accepté de faire partie du jury, de lire et de discuter ce travail et par-delà de me faire bénéficier de leur regard et de leur expertise.

Je tiens à exprimer toute ma gratitude aux personnes sans qui ce travail n'aurait pas de sens. Qu'ils habitent des lieux de vie alternatifs, qu'ils soient à leur origine, qu'ils y travaillent ou qu'ils participent à leur fonctionnement, ce sont les expériences et les histoires qu'ont bien voulu me livrer ces vieux et ces vieilles, ces initiateurs à contre-courant, ces soignants, ces acteurs associatifs et ces familles qui constituent le ciment et la richesse de cette recherche.

Je remercie chaleureusement l'ensemble des personnes que j'ai pu solliciter, et qui ont généreusement accepté de m'aider à avancer dans mes réflexions, qui m'ont offert de nouvelles opportunités, qui m'ont permis de rencontrer de nouveaux interlocuteurs, qui m'ont parfois également relu et qui m'ont fait part de leurs retours critiques toujours bienveillants et constructifs. J'espère qu'ils se reconnaîtront dans ces quelques lignes.

À Sandrine et à Jeanne, un grand merci pour leur amitié réconfortante et leur patience à toute épreuve. Merci à Béno pour l'aventure au quotidien et pour les gestes qui ont parfois plus de significations que les mots. Merci à Béné, Caro, Lucie, Marie, pour les instants partagés, les bons comme les mauvais. Merci aux membres de ma famille qui, à leur manière, m'ont apporté leur soutien. Enfin, au moment de finaliser ce travail de longue haleine, c'est avec une mélancolie heureuse que j'ai une pensée affectueuse pour celle qui n'est plus là...

*« Elle a toujours peur de mourir, je le sais, en constatant qu'elle a besoin de garder ouverte sa porte, cette terrible porte qui laisse entrer tant de bruit – qui laisse entrer la vie -, les pieds qui tapent, les voix, les roues, le choc de la vaisselle. Mais ce à quoi elle pense n'a sans doute rien à voir avec la douleur. La douleur, Maudie s'en arrange, la douleur est présente, elle la sent aller et venir, diminuer et s'aggraver, il faut changer de position – redressez-moi, redressez-moi – mais nous ne savons absolument rien de ce qui se passe vraiment. » (Doris LESSING, *Journal d'une voisine. Les carnets de Jane Somers* 1, Paris, Albin Michel, 1985)*

« Je n'ai pas peur de la mort. Ce sont les préliminaires qui m'inquiètent. » (Léonard COHEN, chanteur, compositeur, interprète, interview exclusive les Inrocks, jeudi 20 octobre 2016)

SOMMAIRE

Glossaire	11
Introduction	13
Partie I : État de la question, objet de la recherche.....	21
Chapitre 1 : Penser les vieillesse à l'aune des politiques publiques, d'hier à aujourd'hui	23
I. Vieillesse(s) entre science et politique	24
II. Vieillesse contemporaines et société de l'autonomie, l'éclairage des politiques préventives	42
Chapitre 2 : Les dispositifs de l'action gérontologique, entre équipements institués et expérimentations alternatives.....	71
I. Les dispositifs gérontologiques <i>institués</i>	71
II. L'alternative gérontologique en contrepoint	88
Chapitre 3 : Définitions et méthodologies	111
I. Éléments de définitions et terrains d'enquête	111
II. Cadre méthodologique.....	138
Partie II : Les laboratoires d'expérimentations du vieillissement.....	155
Chapitre 4 : La trajectoire de l'alternative	157
I. Le processus de construction de l'alternative	157
II. Le processus d'institutionnalisation des <i>habitats alternatifs</i> :	191
Chapitre 5 : Thérapeutiques alternatives et techniques expérimentales dans l'approche de la « fragilité » et de la « dépendance »	219
I. Reconstitution d'une poétique du domicile	220
II. Travail de soin et techniques relationnelles dans l'approche des personnes âgées « fragiles » et « dépendantes »	233
III. Réseaux solidaires et espaces communautaires	250
Chapitre 6 : « Le roi est nu »	269
I. Du lieu modélisé au lieu <i>vécu</i> , le point de vue des usagers	269
II. La métaphore familiale, tact et délicatesse dans les pratiques soignantes	292
III. Le grand « malentendu ».....	308
Conclusion générale.....	333
Bibliographie.....	345
Table des matières	365

GLOSSAIRE

ANESM : Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux

ACTP : Allocation compensatrice pour tierce personne

APA : Allocation personnalisée autonomie

CANTOU : Centre d'animation naturelle tirée d'occupations utiles

Demenz-WG : Demenz Wohngemeinschaft

Dress : Direction de la recherche des études, de l'évaluation et des statistiques

EHPA : Établissement d'hébergement pour personnes âgées

EHPAD : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

FNS : Fond national de solidarité

GIR : Groupe Iso Ressources

GMP : Gir Moyen Pondéré

HA : Habitat autogéré

HCA : Habitat communautaire accompagné

HM : Habitat médicalisé

INAMI : Institut national d'assurance maladie-invalidité (Belgique)

MR : Maison de repos (en Belgique)

MRS : Maison de repos et de soin (En Belgique)

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PSD : Prestation spécifique dépendance (actuellement APA)

USDL : Unité de soins de longue durée

INTRODUCTION

L'allongement révolutionnaire de la durée de vie dans nos sociétés est une situation inédite dans l'histoire de l'humanité. Ainsi, « jamais encore aucune société n'a amené une fraction aussi importante des individus qui la composent jusqu'à un stade aussi avancé de leur existence, ne leur a octroyé une telle période de temps à gérer par eux-mêmes dans la dernière partie de leur vie, ni ne les a confrontés de manière aussi massive et marquée au grand âge »¹. Depuis 1740, l'espérance de vie à la naissance a plus que triplé. Si elle ne dépassait pas les 25 ans au milieu du XVIIIe siècle, elle atteint aujourd'hui 81, 7 ans (78, 5 ans pour les hommes et 84, 9 ans pour les femmes)². D'abord liée à la baisse de la mortalité infantile et maternelle, l'augmentation de l'espérance de vie est, depuis les dernières décennies, déterminée par un recul de la mortalité aux âges élevés³. L'amélioration des conditions d'existence, couplée à l'élaboration des systèmes de santé publique et aux avancées médicales et technologiques ont favorisé l'allongement de la durée de vie des adultes : « les individus sont de plus en plus nombreux à vivre à des âges chronologiques qui était autrefois l'apanage de quelques exceptions statistiques »⁴.

Si la « révolution de la longévité »⁵ peut être perçue avec optimisme — une majorité croissante d'entre nous sera ainsi amenée à connaître le grand âge —, elle est également une source d'inquiétude. D'une part, l'augmentation de l'espérance de vie pose la question de l'allongement de la durée de vie en bonne santé. La vieillesse est souvent accompagnée d'un sentiment de crainte. Elle est assimilée à la mort, dont elle est devenue le « nouveau visage »⁶. De plus, la médicalisation du grand âge a conduit à faire d'elle « l'ultime maladie »⁷ générant l'angoisse d'entrer dans une phase plus ou moins longue de « dépendances » chroniques physiques et/ou cognitives. La maladie d'Alzheimer apparaît notamment comme une nouvelle

¹ Vincent CARADEC, « L'épreuve du grand âge », *Retraite et société*, 2007, vol. 3, n° 52, p. 13.

² <http://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/graphiques-cartes/graphiques-interpretes/esperance-vie-france/>, consulté le 15 mars 2016.

³ L'espérance de vie à 65 ans augmente pour les femmes à partir du début du XXème siècle et pour les hommes après la seconde guerre mondiale, Emmanuelle CAMBOIS, France MESLE et Gilles PISON, « L'allongement de la vie et ses conséquences en France », *Regards croisés sur l'économie*, 2009, n° 5, p. 33.

⁴ Frédéric BALARD, « La longévité : temps de vie supplémentaire ou vie hors du temps ? », *Gérontologie et société*, 2016, vol. 39, n° 151, p. 136.

⁵ Claudine BERR, Frédéric BALARD, Hubert BLAIN et Jean-Marie ROBINE, « Vieillesse, l'émergence d'une nouvelle population », *médecine/sciences*, 2012, vol. 28, n° 3, pp. 281-287.

⁶ Céline LAFONTAINE, *La société post-mortelle*, Paris, Seuil, 2008, p. 126.

⁷ *Ibid.*, p. 132.

« menace, un “devenir impossible” pour soi ou l’un de ses proches »⁸ et constitue la maladie la plus redoutée en France après le cancer⁹.

D’autre part, l’augmentation de la part des personnes âgées dans la structure sociale et, plus précisément, celle des plus 85 ans¹⁰, constitue un défi pour les systèmes de protection sociale. La croissance potentielle du nombre absolu de personnes âgées « dépendantes » dans les années à venir pose en creux la question du financement des soins de longue durée, là où les politiques publiques sont soumises, de manière générale, à des restrictions budgétaires. Le risque « dépendance » s’affirme avec d’autant plus d’acuité qu’il s’inscrit dans une société marquée par de profonds bouleversements sociaux et culturels. La dispersion des familles sur le territoire, la féminisation de l’emploi, la transformation des liens intrafamiliaux et des régimes de solidarité entraînent un risque de « *care deficit* »¹¹ et suppose de développer des dispositifs publics adaptés aux mutations des réalités de l’âge et aux nouvelles problématiques qui lui sont liées.

Repenser les lieux du vieillir dans le contexte du vieillissement de la population

Dans un tel contexte, la question du lieu du vieillir apparaît comme fondamentale. Elle s’inscrit dans le prolongement des enjeux éthiques, culturels, sociaux et politiques du vieillissement de la population. Au-delà d’un pragmatisme gestionnaire et financier, l’hébergement (ou l’habitat) des populations âgées pose des questions d’ordre moral, amorcées dès la publication du rapport Laroque en 1962. Comment soutenir l’intégration des populations vieillissante pour bâtir une « société pour tous les âges » ? Comment favoriser le « Bien vieillir » ? Comment organiser un accompagnement respectueux des droits et des libertés fondamentales des personnes âgées ?

Aujourd’hui structurés autour des deux pôles du maintien à domicile et de l’hébergement institutionnel, les équipements gérontologiques se sont considérablement transformés. D’un côté, le développement des services de maintien à domicile a permis de différer l’institutionnalisation d’une partie de la population âgée. De l’autre côté, dans une distanciation avec le modèle hospicial, vivement critiqué depuis les années 1950, le processus d’humanisation des établissements de prise en charge a conduit à la modernisation des

⁸ Judith MOLLARD-PALACIOS et Valéry LECHENET, « Les peurs suscitées par la maladie d’Alzheimer », *Gérontologie et société*, 2016, vol. 2, 38 / n° 150, p. 32.

⁹ Judith MOLLARD-PALACIOS et Valéry LECHENET, « Les peurs suscitées par la maladie d’Alzheimer », *op. cit.*

¹⁰ Au nombre de 1, 3 millions en 2007, la France métropolitaine comptabiliserait, d’après les estimations de l’Insee, 11,5 millions de personnes âgées de 85 ans et plus en 2060, <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1281151>

¹¹ Blanche Le BIHAN, « La politique en matière de dépendance. En France et en Europe : des enjeux multiples », *Gérontologie et société*, 2013, vol. 2, n° 145, pp. 13-24.

infrastructures existantes et au développement de nouveaux modèles d'accueil tels que la maison de retraite ou le logement foyer. Puis, les politiques de la « dépendance » ont été vectrices d'une médicalisation des structures, à l'aune d'une standardisation d'un modèle binaire unique EHPA/EHPAD.

Dans le cadre de cette recherche, c'est une « troisième voie » que nous souhaitons explorer, celle de l'alternative gérontologique. Au prisme d'une comparaison critique avec l'existant dont elles visent à dépasser les carences et les limites, des réalisations à contre-courant sont élaborées pour repenser les lieux du vieillir. Ces « champions de l'accueil »¹², tels qu'ils étaient définis par Louis Galard, ont émergé en France à partir de la fin des 1970. Ils ont évolué de manière concomitante aux transformations des politiques vieillesse et des réalités de l'âge. Ils ont connu des succès, ils se sont heurtés à des difficultés et ils se sont renouvelés pour à chaque fois privilégier — sur le mode de l'expérimentation sociale — de nouvelles modalités du faire dans l'accompagnement du grand âge. Nous les avons définis comme des *habitats alternatifs* aux dispositifs *institués*, pour personnes âgées « fragiles » et « dépendantes »¹³.

Enjeux et problématiques de recherche

Centrer cette étude sur les *habitats alternatifs* nous paraît essentiel à plusieurs égards. Premièrement, leur caractère novateur ouvre des pistes de réflexion sur des moyens d'accompagner « autrement » la « dépendance » et la « fragilité » des personnes âgées. Les porteurs de projet apportent des éléments de réponse aux problématiques suscitées par le vieillissement de la population, d'un point de vue financier, dans l'organisation des pratiques et dans l'éthique du prendre soin. Ces formules novatrices constituent des laboratoires d'expérimentation à l'amorce de nouvelles modalités d'habiter et d'accompagnement. Elles apparaissent comme des viviers d'expériences riches en perspective pour les acteurs politiques de terrain, les professionnels du soin, les initiateurs en devenir susceptibles de s'engager dans la conception d'un projet, et pour les personnes âgées elles-mêmes. Aussi, les enquêtes de terrain que nous avons réalisées dans plusieurs formules novatrices, permettront de saisir les dynamiques intrinsèques aux *habitats alternatifs*.

À partir d'une approche comparative et d'une perspective compréhensive, il s'agira de décrire ces modèles innovants, de comprendre les cheminements de l'expérimentation sociale

¹² Louis GALLARD, « Trente ans après... », *Documents-Cleirppa*, 2007, Cahier n°25.

¹³ Dans la suite du texte, par commodité, nous utiliserons le terme d'« habitat alternatif » pour désigner ces formules.

dans ses rapports à l'*institué*, d'analyser les logiques que sous-tendent les différentes formules, de mettre en perspective les similarités et les particularités de cas atypiques et hétérogènes pour répondre aux questions suivantes : qu'est-ce qu'un *habitat alternatif*? À qui s'adressent-ils ? Comment se construisent-ils ? Quels types de méthodologies et de techniques alternatives sont expérimentés dans le quotidien des pratiques ? Dans quel but et par quels biais ces nouveaux modèles d'accompagnement sont-ils mis en application ? Comment les différents espaces sont-ils *vécus* par les usagers ? Quelles sont leurs potentialités et leurs limites ?

Deuxièmement, l'*habitat alternatif* constitue un laboratoire d'observation susceptible d'apporter un éclairage sur le vieillissement, les représentations qui lui sont liées, les normes relatives aux « bonnes pratiques » de soin et leurs effets potentiels sur l'expérience subjective du vieillir. Comme nous le verrons, l'alternative gérontologique a fait l'objet de nombreuses controverses dès son émergence, en raison de l'instabilité supposée du montage financier des différents concepts et de leur caractère tâtonnant par trop expérimental pour être dupliquée à large échelle. Mais l'accueil et l'accompagnement modélisés par les porteurs de projet ont également été — et sont toujours aujourd'hui d'ailleurs — plébiscités. L'alternative gérontologique a parfois été perçue comme exemplaire, si bien qu'elle a pu servir de modèle de référence et généré un renouveau dans l'hébergement et les pratiques soignantes des équipements gérontologiques *institué*s. Contrairement à l'hébergement institutionnel qui fait toujours office de repoussoir, les *habitats alternatifs*, d'hier et d'aujourd'hui, incarnent des valeurs morales jugées plus conformes à une « bonne » philosophie de soin. Aux antipodes du prêt-à-penser déshumanisé, impersonnel et coercitif relatif à « l'institution totale », dépeint par Goffman¹⁴, leurs initiateurs se sont attachés à mettre en application des principes fédérateurs dans les sociétés contemporaines : le « libre choix », la citoyenneté, l'intégration, la responsabilité individuelle ou la reconnaissance de l'individu singulier et autonome.

L'alternative gérontologique s'inscrit en cela dans le prolongement d'un contexte social marqué par la diffusion, renforcée dans les années 1960, des valeurs aujourd'hui prééminentes d'autonomie, d'autoréalisation et d'invention du soi. Ce contexte, caractéristique d'un « esprit social » où nous serions désormais « dressés depuis la plus tendre enfance à devenir nous-mêmes »¹⁵, véhicule des normes et des codes de conduites, jusqu'au

¹⁴ Erving GOFFMAN, *Asiles : études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*, Paris, Les éditions de Minuit, 1968.

¹⁵ Alain EHRENBERG, « L'autonomie n'est pas un problème d'environnement, ou pourquoi il ne faut pas confondre interlocution et institution », in *Comment penser l'autonomie ? Entre compétence et dépendances*, Paris, Presses universitaires de France, 2009, p. 221.

bout de la vie. Ainsi, le vieillissement se définit de plus en plus comme un « épisode expérimental »¹⁶ favorable à l'ébauche de nouveaux projets, tandis que la notion d'« autonomie » occupe une place centrale dans le contenu de l'éthique médicale¹⁷ et des politiques vieillesse. Il tend à placer l'individu-acteur au cœur du système de santé. Reconnu dans sa capacité à délibérer, à décider, il est invité à participer aux décisions qui le concernent. Les rapports entre le pourvoyeur et le bénéficiaire de l'aide s'en trouvent rééquilibrés, là où les pratiques soignantes supposent un travail non plus uniquement « sur autrui », mais « avec autrui »¹⁸.

Le respect de l'autonomie individuelle se traduit par un ensemble de prescriptions légales en faveur du « droit des usagers » et offre ainsi de nouvelles possibilités. Il constitue un principe moteur permettant de lutter contre l'exploitation, la stigmatisation ou l'assujettissement des populations vulnérables, si souvent dénoncés dans l'« institution totale » incarnée par le modèle hospitalier de prise en charge. Cependant, la prééminence d'une « éthique d'autonomie »¹⁹ peut également être vectrice de nouvelles contraintes. Comme le souligne à juste titre Stefano Cavalli, d'un point de vue général, à propos d'une possible ambiguïté de cette valeur : « la souveraineté nouvelle ne rend pas l'homme moderne tout puissant ou libre de faire ce qu'il veut. Ce n'est pas parce qu'aujourd'hui les choses semblent plus personnelles qu'elles sont moins sociales ou institutionnalisées, elles le sont autrement »²⁰.

Dans cette recherche, il s'agira de discuter cette hypothèse en tentant de saisir ce que recoupe cet « autrement » et comment il se décline dans les *habitats alternatifs*.

Il ne s'agit pas ici minorer ou de nier les capacités décisionnelles des populations vieillissantes, mais plutôt de dégager des apories potentielles auxquelles pourrait se heurter l'idée d'autonomie dans ses rapports à la « fragilité » et à la « dépendance ». Cette recherche vise ainsi à questionner le sens des *habitats alternatifs*. La mise en regard du point de vue des différents acteurs nous permettra ainsi de questionner le système de valeur de ces lieux d'un

¹⁶ Jean-François BARTHE, Serge CLEMENT et Marcel DRULHE, « Vieillesse ou vieillissement ? Les processus d'organisation des modes de vie chez les personnes âgées. », *Revue internationale d'action communautaire*, 1990, 23/63, pp. 35-46.

¹⁷ Corine PELLUCHON, *L'autonomie brisée. Bioéthique et philosophie*, Paris, Presses universitaires de France, 2009.

¹⁸ Denis LAFORGUE, « Pour une sociologie des institutions publiques contemporaines », *Socio-logos. Revue de l'association française de sociologie*, 2009, n° 4.

¹⁹ Corine PELLUCHON, *L'autonomie brisée. Bioéthique et philosophie*, op. cit.

²⁰ Stefano CAVALLI, « Modèle de parcours de vie et individualisation », *Gérontologie et société*, 2007, vol. 4, n° 123, p. 66.

genre nouveau, de nous interroger sur les représentations courantes comme sur les difficultés et les craintes relatives à l'« être vieux ».

En conséquence, le cas particulier de l'alternative gérontologique constitue un angle d'approche susceptible d'éclairer une problématique plus large : l'impact et le sens de la diffusion de la valeur de l'autonomie dans le système de soin et de santé. De même, l'*habitat alternatif* peut nous aider à comprendre notre rapport à l'autre vulnérabilisé et à questionner notre perception sans aucun doute en partie « mal-entendue »²¹ de l'expérience du vieillir. Aussi, comme le souligne Corine Pelluchon, « la manière dont nous traitons les personnes âgées n'est pas seulement la marque d'une civilisation, l'occasion de prendre la mesure de notre pouvoir de réserve, de retenir notre pouvoir de contrôle sur le vivant. Elle est aussi et essentiellement notre signature : elle témoigne ce que c'est pour nous que d'être et de nous rapporter à nous-mêmes et à l'autre que nous »²².

Plan de thèse

Pour répondre à la problématique et aux questionnements soulevés, nous reviendrons tout d'abord sur les étapes majeures qui ont marqué l'histoire des vieillesse. En suivant, dans ses grandes lignes, les évolutions des politiques publiques, nous montrerons comment la vieillesse s'est progressivement socialisée et singularisée par sa position dans le cycle de l'existence. Dès lors, il s'agira de mettre en regard les différents visages emblématiques de la vieillesse qui se sont succédés, du « vieillard » au « retraité », du « retraité actif » au « dépendant », du « troisième » au « quatrième âge ». À partir d'une analyse critique du référentiel de la prévention, nous nous attacherons également à penser les vieillesse contemporaines, dans la continuité de leur histoire et des valeurs qu'elles partagent (Chapitre 1). La progressive socialisation de la vieillesse est concomitante à l'évolution des équipements gérontologiques *institués* et alternatifs. Il s'agira d'une part de mettre en perspective le processus d'humanisation et de modernisation des établissements de prise en charge jusqu'à la standardisation de l'EHPAD. D'autre part, nous étudierons l'émergence et le développement du mouvement à contre-courant de l'alternative gérontologique (Chapitre 2). Ce retour sociohistorique nous permettra de cibler l'objet d'étude aux *habitats alternatifs* que nous définirons. Nous présenterons également les différents terrains

²¹ Vladimir JANKELEVITCH, *Le-je-ne-sais-quoi et le Presque-rien. 2. La méconnaissance, Le malentendu*, Paris, Seuil, 1980.

²² Corine PELLUCHON, « Résister aux représentations négatives de la vieillesse : un enjeu médical et philosophique », *Éthique publique. Revue internationale d'éthique sociétale et gouvernementale*, 2008, vol. 10, n° 2, p. 13.

« principaux » et « secondaires » de notre champ d’investigation, classés en trois catégories idéales-typiques, comme les méthodologies employées pour en décrypter le sens, les valeurs intrinsèques et les logiques de fonctionnement (Chapitre 3).

Une seconde partie sera l’occasion d’aborder le cœur du sujet et de restituer le matériel empirique issu du terrain. Ainsi, nous étudierons la trajectoire des *habitats alternatifs*, le cheminement de l’expérimentation dans son rapport à l’*institué*, des lieux *théoriques* aux lieux *modélisés*. Nous évoquerons les différentes stratégies de création mises en œuvre par les initiateurs pour sortir les projets dont ils sont les porteurs de la terre glaise et pour faciliter leur reconnaissance et si possible leur duplication à plus large échelle sur un territoire (Chapitre 4). Nous avons défini les *habitats alternatifs* comme des laboratoires d’expérimentation du vieillissement. Les porteurs de projet imaginent de nouveaux concepts d’hébergement et de nouvelles technologies de soin que nous nous efforcerons de décrire. À cette fin, trois thématiques inhérentes à l’alternative gérontologique seront abordées : la reproduction du « chez-soi », la familiarisation des relations entre professionnels et usagers, la solidarité et le lien social (Chapitre 5). Un dernier chapitre permettra de questionner le sens et la fonction de l’alternative. Dans un premier temps, le croisement des discours et la prise en compte du point de vue des usagers serviront à relever les points de tension et les contradictions entre le lieu *modélisé* et le lieu *vécu*. À partir d’une mise en regard de l’approche des personnes âgées atteintes de troubles cognitifs dans les *habitats alternatifs*, nous montrerons ensuite comment les méthodologies expérimentales mobilisées, au-delà de leur caractère alternatif, permettent de répondre à une exigence pratique. En vue d’harmoniser le « commun » et pour répondre aux impératifs de liberté et de sécurité, de nouvelles modalités de contrôles d’inspiration domestique, discrètes et implicites se développent. Enfin, un dernier point centré sur la tendance de ces formules à « fabriquer » de l’autonomie permettra de s’interroger sur la place de la « dépendance » et de la « fragilité » dans les sociétés contemporaines (Chapitre 6).

**PARTIE I : ÉTAT DE LA
QUESTION, OBJET DE LA
RECHERCHE**

CHAPITRE 1 : PENSER LES VIEILLESSES A L'AUNE DES POLITIQUES PUBLIQUES, D'HIER A AUJOURD'HUI

INTRODUCTION

« En France comme dans l'ensemble des pays occidentaux, les mécanismes distributifs de l'État-providence et les politiques publiques ont été au cœur de la définition de la vieillesse : les systèmes de retraite ont transformé les “vieillards” en “retraités” ; les interventions publiques ont joué un rôle moteur dans la partition de la vieillesse en deux âges, le “troisième” et les “personnes âgées dépendantes” »²³, écrit Vincent Caradec. L'objet de ce chapitre sera de revenir sur les principaux jalons qui ont marqué l'histoire de la vieillesse, du début du XXe siècle jusqu'à aujourd'hui. Nous reviendrons dans une première section sur le processus de socialisation de la vieillesse. La mise en perspective des fondements de la retraite moderne, des politiques du « mode de vie »²⁴ et de la « dépendance » permettra de saisir leur impact sur la construction sociale des réalités de l'âge. Dans une deuxième section, nous nous intéresserons aux marqueurs contemporains du vieillissement. À partir d'une analyse critique des politiques préventives, véhiculées dans les années 2000, il s'agira de comprendre les mécanismes par lesquelles elles sont susceptibles de générer de nouvelles contraintes normatives. À cette fin, nous reviendrons sur la dynamique des parcours déstandardisés des vieillesse contemporaines comme sur leur ancrage historique et axiologique.

²³ Vincent CARADEC, *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement*, Paris, Armand Colin, 2010, p. 41.

²⁴ Anne-Marie GUILLEMARD, *Le déclin du social : formation et crise des politiques de la vieillesse*, Paris, Presses universitaires de France, 1986.

I. VIEILLISSEMENT(S) ENTRE SCIENCE ET POLITIQUE²⁵

1. Du « vieillard » au « retraité »

1.1. *Le « vieillissement de la population », vers une « pédagogie de l'inquiétude »²⁶*

La France est le premier pays au sein duquel s'opère le processus de transition démographique. À la fin du XIXe, elle comptabilise une proportion importante de personnes âgées de plus de 60 ans, qui augmente sensiblement plus que les autres classes d'âge. Cette augmentation s'accompagne d'une stagnation des effectifs de naissance qui s'intensifie au lendemain de la Grande Guerre de 1914-1918. Le taux de mortalité explose chez les jeunes adultes tandis que le taux de fécondité diminue considérablement. Cette situation alarme les responsables politiques, et de nombreux débats sont engagés par les législateurs, les administrateurs et les experts. Tout d'abord interprété comme un progrès de longévité, le vieillissement est alors identifié comme « une menace qu'il faut repousser »²⁷. Les démographes et les statisticiens attribuent les effets présumés du vieillissement biologique individuel (sénescence, sclérose, faiblesse) à la population globale qualifiée alors toute entière, de population sénile²⁸. Plus encore, l'augmentation du nombre de « vieillards » est appréhendée comme le principal facteur de la baisse de natalité enregistrée dans la société française.

En chef de file de ce courant de pensée, Jacques Bertillon, président du cercle savant de la *Société statistique de Paris* défend l'idée d'un lien de causalité entre la proportion du nombre de naissances et la proportion du nombre de décès dans une population donnée. Associant, dans son raisonnement, une société humaine à une forêt, il soutient que la conservation des vieux arbres par le forestier ne laisse pas de place à la prolifération des jeunes pousses. Ce dernier ne parvient qu'à « vieillir sa futaie », et tend alors à contrarier le processus de « renouvellement perpétuel des êtres »²⁹. Autrement dit, la forte proportion de

²⁵ Le titre de cette partie est emprunté au titre d'un colloque organisé le 15 mars 2015 par l'Université du Luxembourg.

²⁶ Patrice BOURDELAIS, *L'âge de la vieillesse : histoire du vieillissement de la population*, Paris, Odile Jacob, 1997.

²⁷ Elise FELLER, *Histoire de la vieillesse en France, 1900-1960: du vieillard au retraité*, Paris, Seli Arslan, 2005, p. 12.

²⁸ Elise FELLER, *Histoire de la vieillesse en France, 1900-1960*, *op. cit.*

²⁹ « On peut comparer encore une société humaine à une forêt d'une étendue déterminée. Dès que le bûcheron fait des clairières dans la forêt, les rejets et les stolons bourgeonnent de toutes parts, et la forêt se reconstitue, sans qu'on ait à s'occuper de son peuplement. S'il en est autrement, c'est qu'il y a quelque vice, quelque germe malfaisant qui contrarie l'effet bienfaisant de la nature. Il faut alors que le forestier recherche cette cause de stérilité et la détruise ; qu'il écarte la dent dévastatrice des chèvres et des autres animaux nuisibles qui détruisent les jeunes pousses de sa forêt. Mais que dire de celui qui, contre pareil malheur, n'imaginerait autre chose que

personnes âgées dans une société serait néfaste au renouvellement de la population et vecteur de sa ruine. Il s'agit alors de contrebalancer la situation déséquilibrée entre naissance et mortalité. L'accent est mis sur la moralisation des comportements procréateurs des Français et en 1896 et, à l'initiative de Jaques Bertillon, est créée l'Alliance nationale pour l'accroissement de la population française.

La métaphore de Jacques Bertillon, au-delà de son caractère idéologique, introduit l'idée qu'une population donnée peut vieillir, être plus âgée qu'une autre. C'est en ces termes que la notion de « vieillissement de la population » sera employée pour la première fois par Alfred Sauvy en 1929. Elle est alors utilisée comme un instrument technique permettant de caractériser en un seul terme l'évolution de la structure de la population. Dans son acception scientifique, elle répond à un ensemble de lois statistiques qui peuvent être calculées, mesurées. Mais le terme est réapproprié par l'Alliance qui l'utilise comme « une arme de propagande nataliste inavouée »³⁰. La récupération de la notion de « vieillissement de la population » conduit ainsi, selon Patrice Bourdelais, à installer « durablement dans les esprits l'idée que la vieillesse est une décadence individuelle et collective »³¹. Pour l'auteur en effet, « le vieillissement joue un rôle essentiel dans la mise en place et la diffusion d'une sorte de pédagogie de l'inquiétude »³², suivant laquelle l'accroissement du nombre de « vieillards » dans la population française constitue un risque pour l'équilibre de la structure sociale.

1.2. L'institutionnalisation de la retraite moderne, émergence de la catégorie du retraité

Au-delà des évolutions démographiques et des craintes suscitées par le « vieillissement de la population », un autre événement majeur va participer à la construction sociale de l'âge. L'institutionnalisation progressive des systèmes de retraite en France, jusqu'à sa généralisation en 1945, va engendrer une nouvelle structuration des rapports entre vieillesse et société³³. Aujourd'hui considérée comme une évidence, la retraite moderne, envisagée comme un nouveau droit social du Travail, constitue une réalité récente résultant de l'interaction concomitante de plusieurs facteurs. Lors de sa consolidation, elle est, comme le souligne Didier Renard, un « lieu de conflit et de compromis intellectuel et politique, où se rencontrent

d'écarter la hache du bucheron et de conserver ses arbres indéfiniment ! Il n'arriverait qu'à vieillir inutilement sa futaie, et, finalement, serait vaincu dans cette lutte contre la mort ; car, la loi des sociétés vivantes, des forêts comme des nations, c'est le renouvellement perpétuel des êtres. », Jacques Bertillon « de la dépopulation en France », *Journal de la société de statistique de Paris*, n°12, décembre 1895, p 433.

³⁰ Patrice BOURDELAIS, *L'âge de la vieillesse*, *op. cit.*, p. 174.

³¹ *Ibid.*

³² *Ibid.*

³³ Anne-Marie GUILLEMARD, *Le déclin du social*, *op. cit.*

des conceptions diverses de ce qu'est socialement la vieillesse et de ce que pourraient être les moyens d'y remédier »³⁴.

À la fin du XIXe, la retraite se définit encore majoritairement comme une forme d'invalidité. Pour Didier Renard, « la condition d'âge lorsqu'elle existe n'est le plus souvent qu'une manière commode de rapporter à un caractère objectif et indiscutable l'incapacité physique au travail »³⁵. L'idée selon laquelle la retraite constitue une récompense légitime aux services rendus à la collectivité s'impose ensuite progressivement. Elle participe à l'affirmation et à la diffusion d'une conception d'un âge de la vie envisagé pour lui-même, « indépendamment des circonstances qui peuvent l'accompagner, et que l'on estime de plus en plus légitime de protéger socialement en tant que tel »³⁶, plutôt que comme une présomption d'inaptitude au travail.

Corrélativement, la diffusion de la figure du vieux travailleur usé et déchu contribue à l'identification de la vieillesse comme problématique sociale et à la mise en œuvre de mesures politiques permettant d'apporter des réponses à ce problème. Centrées d'abord sur l'idéologie libérale de prévoyance, selon laquelle il revient à chacun de se prémunir contre les aléas de l'existence, les solutions envisagées s'appuient ensuite sur la notion de responsabilité collective au fondement du « solidarisme » théorisé par Léon Bourgeois³⁷. Cette doctrine, favorable à l'intervention de l'État, met en avant l'idée d'une dette sociale de l'individu à l'égard de la collectivité et du devoir de solidarité qui en découle. Elle conduit à l'adoption de la loi de 1905 instaurant l'assistance aux vieillards, aux infirmes et aux incurables, puis à la loi des retraites ouvrières et paysannes de 1910 instaurant l'obligation de cotisations pour l'ensemble des travailleurs français situés en dessous du seuil de salaire de 3000 francs annuels³⁸.

L'émergence de la retraite moderne est également liée à l'histoire des retraites ouvrières. Son origine est déterminée par le « jeu dialectique »³⁹ entre les intérêts du patronat et les revendications du mouvement ouvrier. Selon Anne-Marie Guillemard en effet, le droit social à la retraite est né « d'un mouvement de va-et-vient entre les aspirations et revendications ouvrières et les nouveaux impératifs de gestion liés à la naissance de la grande

³⁴ Didier RENARD, « Une vieillesse républicaine ? L'état et la protection sociale de la vieillesse de l'assistance aux assurances sociales (1880-1914) », *Sociétés contemporaines*, 1992, vol. 10, n° 1, p. 9.

³⁵ *Ibid.*, p. 11.

³⁶ *Ibid.*, p. 10.

³⁷ Vincent CARADEC, *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement*, op. cit.

³⁸ Bruno DUMONS et Gilles POLLET, *L'État et les retraites. Genèse d'une politique*, Paris, Belin, 1994.

³⁹ Anne-Marie GUILLEMARD, *Le déclin du social*, op. cit., p. 39.

industrie»⁴⁰. Comme l'explique l'auteure, le patronat et de la petite entreprise souscrivait à la doctrine libérale de la prévoyance libre. Mais l'avènement de la grande entreprise va générer une transformation du régime de responsabilité de la sécurité. Les grands patrons recherchent « une nouvelle race de travailleur »⁴¹ susceptible de se conformer aux transformations des méthodes de production relatives à l'organisation scientifique du travail « désormais intégré, divisé, spécialisé » et exigeant « de la régularité, de la ponctualité, de la fidélité »⁴². Dans cette perspective, le développement de caisses de retraite dans la grande industrie, gérées par patronat, constitue d'une part un « instrument de discipline »⁴³ permettant d'assurer la stabilisation et le contrôle de la main-d'œuvre ouvrière. D'autre part, ces caisses permettent d'accroître la productivité en facilitant le remplacement des vieux travailleurs, dont le rendement est jugé plus faible. L'utilisation de la retraite vise à contrôler la main-d'œuvre ouvrière dans le souci d'une meilleure rationalisation du travail, mais elle introduit également une forme de sécurité non plus issue de la prévoyance individuelle, mais « à la charge d'autrui, en l'occurrence de l'employeur »⁴⁴.

Dans le monde du travail, la question des retraites ne constitue pas, à la fin du XIXe, une préoccupation majeure et le mouvement ouvrier est initialement divisé à ce sujet⁴⁵. Anne-Marie Guillemard remarque cependant qu'en dépit des désaccords, une nouvelle revendication en faveur d'un « droit au repos » posé « comme la contrepartie de l'aliénation et de l'usure au travail »⁴⁶ s'affirme. Par ailleurs, le mouvement ouvrier s'oppose à la gestion patronale des caisses de retraite. Les mobilisations ouvrières qui découlent de cette opposition visent à un transfert de responsabilité de ces caisses vers l'État. Ainsi « l'ouvrier de la grande industrie appelle de ses vœux un système de retraite fondé sur des règles légales et impersonnelles qui offrirait une garanti réelle aux éléments âgés de la force de travail et constituerait une protection contre l'arbitraire patronal »⁴⁷.

Si les exigences du patronat et du mouvement ouvrier sont dissemblables, il apparaît que la retraite est désormais envisagée comme une institution souhaitable pour ces deux

⁴⁰ *Ibid.*, p. 45.

⁴¹ *Ibid.*, p. 46.

⁴² *Ibid.*

⁴³ *Ibid.*

⁴⁴ *Ibid.*, p. 51.

⁴⁵ Les acteurs de la gauche révolutionnaire (socialiste révolutionnaire, marxistes, anarchistes, et surtout la CGT) s'opposent notamment à la loi de 1910 portant sur les retraites ouvrières et paysanne. Associée à une « retraite pour les morts » la loi est perçue comme une « escroquerie capitaliste » risquant d'intégrer les ouvriers à l'idéologie bourgeoise et d'affaiblir sa capacité révolutionnaire, Bruno DUMONS et Gilles POLLET, *L'État et les retraites. Genèse d'une politique*, op. cit.

⁴⁶ Anne-Marie GUILLEMARD, *Le déclin du social*, op. cit., p. 44.

⁴⁷ *Ibid.*, p. 53.

parties. Un compromis est devenu possible. Il conduit à la mise en application de plusieurs lois. Outre la loi de 1910 sur les retraites ouvrières et paysannes qui suscitent l'hostilité d'une fraction des forces de gauche, de la « constellation libérale »⁴⁸ et du mouvement ouvrier, la loi de 1930 portant sur les Assurances sociales instituant un droit social à la retraite en faveur de la classe ouvrière trouve une adhésion plus conséquente de la part de ces différents acteurs. Bien que « vieillesse et retraite sont des situations qui sont encore loin de se superposer »⁴⁹, l'adoption de la loi et les débats qui précèdent son instauration montrent que « le principe d'un droit des ouvriers à la survie et au repos en fin de vie a fait son chemin »⁵⁰.

Ce n'est qu'avec la fondation de la Sécurité sociale que le droit à la retraite devient un droit universel du Travail. Dès lors « une véritable solidarité entre tous les travailleurs, indépendamment de leur catégorie ou de leur statut, est instituée en regard du risque vieillesse, ainsi que d'un ensemble d'autres risques »⁵¹. Instaurée dans le contexte particulier de la Libération, la Sécurité sociale, et par-delà la reconnaissance légale d'un « droit à l'existence dans la vieillesse » et d'un « droit au repos en fin de vie »⁵², est liée à la prépondérance des forces de gauche et à la faible influence politique du patronat⁵³. Pour Anne-Marie Guillemard, elle peut se comprendre comme « l'expression de la puissance du mouvement ouvrier se traduisant tant au niveau syndical que politique, associée à un État qui doit restaurer son autorité et rassembler la nation »⁵⁴. Mais la nouvelle conjoncture sociopolitique de 1947 conduit à une fragmentation du système de retraite. La division du mouvement syndical, la montée des particularismes professionnels et la résurgence des forces patronales débouchent sur le développement des régimes spéciaux et des retraites complémentaires. Il en découle « une mosaïque de régimes de retraite et de droits, à plusieurs vitesses selon l'opulence des secteurs économiques »⁵⁵ au profit des classes moyennes et du patronat et au détriment du mouvement ouvrier.

⁴⁸ Bruno DUMONS et Gilles POLLET, *L'État et les retraites. Genèse d'une politique*, op. cit.

⁴⁹ Anne-Marie GUILLEMARD, *Le déclin du social*, op. cit., p. 57.

⁵⁰ *Ibid.*

⁵¹ *Ibid.*, p. 59.

⁵² *Ibid.*

⁵³ Jean-Daniel Reynaud souligne que la sécurité sociale s'est faite « sinon contre le patronat, du moins, en son absence », Jean-Daniel REYNAUD, *Les syndicats en France. Tome 1*, Paris, Seuil, 1975, p. 56.

⁵⁴ Dans la période d'immédiate après-guerre, pour assoir sa légitimité et rétablir l'ordre social, l'État se consolide comme « l'agent d'une profonde transformation sociale ». L'élaboration d'un nouveau pacte social au fondement de l'État-Providence moderne permet de répondre aux revendications de la classe ouvrière et par-delà d'assurer son concours à la reconstruction du pays. Anne-Marie GUILLEMARD, *Le déclin du social*, op. cit., p. 59. En effet, selon l'auteure, la classe ouvrière « suspend sa lutte pour l'abolition du salariat, et même pour l'amélioration des conditions de travail, en échange d'un État redistributif qui transfère en sa faveur le privilège de la sécurité », *Ibid.*, p. 63.

⁵⁵ Anne-Marie GUILLEMARD, *Le déclin du social*, op. cit., p. 108.

L'histoire des retraites permet d'éclairer les transformations dans la définition de la vieillesse, laquelle est désormais « identifiée »⁵⁶ comme une « situation commune d'inactivité pensionnée »⁵⁷. La retraite apparaît comme « l'opérateur principal d'un nouveau découpage des âges de la vie, qui fait de la vieillesse un monde unifié »⁵⁸. Pour Bruno Dumons et Gilles Pollet, il en émane « une catégorie sociale et une population nouvelle, les retraités »⁵⁹. Dès lors, l'image du vieil indigent placé sous la protection de l'assistance publique ou celle de l'invalide inapte au travail se délite au profit de la figure du vieux travailleur, qui bénéficie désormais d'un « droit au repos ». Auparavant limitées à l'assistanat pour les fractions les plus pauvres de la population sans distinction d'âge, les interventions publiques lui confèrent une sécurité assurantielle universelle. En dépit des inégalités qui subsistent, la pauvreté relative à cette classe d'âge diminue et la vieillesse sort progressivement de sa condition misérable⁶⁰. Elle se définit toujours comme une catégorie de l'indigence, mais, comme le remarque Anne-Marie Guillemard, « la grande nouveauté est [...] que, pour la première fois, les vieillards ne se confondent plus avec les autres catégories d'assistés, puisque s'élabore une aide sociale s'adressant spécifiquement aux personnes âgées »⁶¹.

1.3. Les politiques du « mode de vie », l'« invention du troisième âge » ou le renouveau d'une conception cicéronienne de la vieillesse

L'industrialisation de la société et l'émergence massive de la catégorie du salariat ont conduit à placer la question des conditions d'existence des travailleurs âgés au cœur des débats politiques. Suite à cette première période des politiques vieillesse axée sur le « niveau de vie », les années 1960 marquent l'émergence d'une seconde impulsion politique centrée sur le « mode de vie »⁶² des populations âgées. La Commission d'étude des problèmes de la vieillesse, réunie en avril 1960, publie deux années plus tard le célèbre rapport Laroque, considéré comme l'acte de naissance de la politique vieillesse en France. Au vu de

⁵⁶ Anne-Marie GUILLEMARD, *La vieillesse et l'État*, Paris, Presses universitaires de France.

⁵⁷ *Ibid.*, p. 21.

⁵⁸ *Ibid.*, p. 22.

⁵⁹ Bruno DUMONS et Gilles POLLET, « Le retraité, une identité sociale nouvelle ? », *Ethnologie française*, 1994, vol. 24, n° 4, p. 790.

⁶⁰ D'après une étude réalisée par Christiane Delbès et Joëlle Gaymu, en 1959, plus de la moitié des personnes âgées de plus de 65 ans bénéficiaient du Fond National de Solidarité (FNS), une allocation créée en 1956 visant à assurer un revenu minimum aux populations âgées précaires. Le pourcentage s'abaisse à 35% en 1970, à 25% en 1980 et atteint 20% en 1988, Christiane DELBÈS et Joëlle GAYMU, « Les personnes âgées en France : d'hier à demain », *Espace, populations, sociétés*, 1992, vol. 10, n° 1, pp. 43-58.

⁶¹ Anne-Marie GUILLEMARD, « La production des politiques de la vieillesse. Débats, enjeux, rapports sociaux sous-jacents », *Communications*, 1983, vol. 37, n° 1, p. 109.

⁶² Anne-Marie GUILLEMARD, *Le déclin du social*, op. cit.

« l'AMPLEUR⁶³ des problèmes soulevés par l'accroissement du nombre de personnes âgées en France », les experts de la Commission insistent sur la nécessité d'ajuster « la législation concernant la vieillesse aux réalités démographiques et économiques »⁶⁴ dans les domaines de l'hébergement, du cadre de vie, de l'emploi, de la santé ou encore des ressources des personnes âgées.

Les politiques axées sur le « mode de vie » ne s'adressent plus uniquement aux populations les plus démunies. La particularité du rapport Laroque réside ainsi dans sa finalité éthique, caractéristique, comme le soutient Anne Marie Guillemard d'une « révolution des mentalités »⁶⁵. Pour la première fois, il est entendu de repenser les fondements des rapports entre société et vieillissement en vue d'assurer aux personnes âgées une place dans la collectivité. Les enjeux relatifs au « mode de vie » deviennent centraux. Ils conduisent à l'émergence d'« une nouvelle naturalité de l'âge » et à la prescription d'une nouvelle ligne de conduite. Ainsi, « d'immobile et dépendante, la vieillesse deviendrait active, autonome, responsable. Elle est une nouvelle tranche d'existence vouée aux loisirs, au développement de soi, et non plus phase ultime faite de misère et de déchéance »⁶⁶.

La nouvelle définition de l'âge véhiculée à partir des années 1960 apparaît comme une résurgence plutôt que comme une nouveauté. Les représentations de la vieillesse n'ont en effet cessé d'évoluer au fil des époques oscillant entre vigueur et décadence, sagesse et ridicule. Si comme le souligne à juste titre Vincent Caradec, il faut se garder d'une interprétation monolithique de ces représentations, en raison de l'ambivalence qui fonde notre imaginaire de la vieillesse⁶⁷, il apparaît néanmoins des tendances, des infléchissements dans les définitions qui lui sont associées. Ainsi, jusqu'au début du XVIIIe siècle, elle se définit plutôt par un ensemble de caractéristiques peu flatteuses, et « dans l'héritage de la double perception de la vieillesse, le profil dévalorisé l'emporte »⁶⁸. Puis, le ton change, les perceptions relatives à cet âge de la vie se font plus positives et la place du « vieillard » est redéfinie. Une morale activiste et participante se diffuse alors, non sans similitudes avec la ligne de conduite prescrite à l'occasion des politiques du « mode de vie ».

⁶³ En majuscule dans le rapport Laroque.

⁶⁴ Pierre LAROQUE, *Rapport Laroque. Commission d'étude des problèmes de la vieillesse du Haut comité consultatif de la population et de la famille*, Paris, L'Harmattan, 2014, p. 1.

⁶⁵ Anne-Marie GUILLEMARD, « Préface », in *Commission d'étude des problèmes de la vieillesse du Haut comité consultatif de la population et de la famille. Rapport Laroque*, Paris, L'Harmattan, 2014, p. XVI.

⁶⁶ Anne-Marie GUILLEMARD, « La production des politiques de la vieillesse. Débats, enjeux, rapports sociaux sous-jacents », *op. cit.*, p. 110.

⁶⁷ Vincent CARADEC, *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement*, *op. cit.*

⁶⁸ Patrice BOURDELAIS, *L'âge de la vieillesse*, *op. cit.*, p. 25.

Ces transformations dans les définitions de la vieillesse peuvent être expliquées par plusieurs facteurs. Selon Patrice Bourdelais, la période du XVIIIe est marquée par un gain d'espérance de vie tout particulièrement dans les milieux favorisés, qui ont deux fois plus de chance que les autres d'atteindre leur soixantième anniversaire. Ces changements démographiques s'inscrivent dans le prolongement du mouvement de sensibilité de la philosophie des Lumières et de la promotion de l'individu, de l'enfance, de la tendresse et de l'émotion. Elles s'accompagnent d'une certaine valorisation de la vieillesse perceptible dans la littérature, le théâtre et la peinture⁶⁹. Dès la seconde moitié du XVIIIe, un idéal de vieillesse inspiré des écrits de Cicéron se diffuse. À la conception « augustinienne » d'une vieillesse considérée comme un temps de méditation et de préparation à la mort se substitue une approche centrée sur le maintien dans le monde et la lutte contre la finitude dans une mise à distance de la mort. L'amitié, la sociabilité, l'implication des vieillards dans les rapports entre générations sont valorisées. Ainsi « réinsérés dans la société, et dans la famille, dotés d'un rôle très important parce que la vieillesse n'est plus synonyme de décrépitude, les vieillards commencent à être activement pris en considération »⁷⁰.

En raison notamment des inquiétudes suscitées par le « vieillissement de la population », une vision plus pessimiste de la vieillesse s'affirme au XIXe. Et ce n'est qu'après la Seconde Guerre mondiale que progressivement les représentations de l'âge se modifient à nouveau. Sous l'effet conjugué de la généralisation des systèmes de retraite et des retraites complémentaires⁷¹ comme des préconisations de la Commission Laroque, la conception cicéronienne de la vieillesse se renouvelle. Elle participe à « l'invention du

⁶⁹ D'après Patrice Bourdelais, les classes dirigeantes qui détiennent l'essentiel des formes d'expression auraient favorisés la diffusion de ce nouvel art de vieillir. L'auteur souligne qu'on ne peut imputer l'ensemble de ces changements à ce seul facteur, néanmoins, il aurait amplifié ce mouvement, Patrice BOURDELAIS, *L'âge de la vieillesse*, *op. cit.*

⁷⁰ *Ibid.*, p. 54.

⁷¹ Les caisses de retraite complémentaire, en particulier les caisses de cadres, créés dès 1947, en initiant de nouvelles pratiques telles que des services de loisirs ou de vacances, ont fait du mode de vie le terrain d'investigation des politiques sociales en faveur des personnes âgées, Anne-Marie GUILLEMARD, « La production des politiques de la vieillesse. Débats, enjeux, rapports sociaux sous-jacents », *op. cit.* En effet, les retraites complémentaires ont joué un rôle important dans la diffusion d'un certain art de vieillir. Elles se sont trouvées mises en concurrence pour gérer des fonds très importants en augmentation rapide. Comme le résume Vincent Caradec : « les caisses de retraite complémentaires ont également joué un rôle important dans la diffusion du nouvel art de vivre à la retraite associé au « troisième âge ». Ces caisses se sont en effet trouvées en concurrence pour la collecte et la gestion de fonds très importants et en expansion rapide. Aussi ont-elles développé, par l'intermédiaire de leurs fonds d'action sociale, divers services qui leur ont servi d'argument pour la conquête de nouveaux marchés : des sessions de préparation à la retraite, l'ouverture de centres de vacances, l'organisation de croisières, etc. Elles ont ainsi contribué puissamment à diffuser la représentation du « troisième âge » comme temps de loisir », Vincent CARADEC, *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement*, *op. cit.*, p. 19.

troisième âge »⁷². Diffusée plus largement au cours des années 1970, cette notion popularise un modèle de retraite suivant lequel « l'individu ne doit plus subir passivement son vieillissement, mais prolonger, grâce à des activités physiques et intellectuelles volontaires, le plus longtemps possible son existence normale »⁷³. Les activités d'animation se diversifient, « la “sortie”, la “conférence”, la “visite” se substituent au “canevas”, au “tricot” et au “crochet” »⁷⁴. Les manuels de savoir-vivre, les guides de santé et les cycles de préparation à la retraite se multiplient. Des clubs, des universités ou des services de voyages se développent pour assurer l'animation des retraités et leur permettre d'explorer le nouvel horizon temporel qui s'offre à eux.

La « retraite active » est envisagée comme un véhicule d'intégration conformément aux prescriptions à consonance éthique de la Commission d'étude sur les problèmes de la vieillesse. Comme le souligne Patrice Bourdelais, « les activités d'épanouissement individuel, de bénévolat associatif, de loisirs ou de vacances renforcent son rôle d'acteur social et de consommateur au moment précis où son rôle professionnel s'évanouit. Une telle pratique correspond tout à fait aux nouveaux préceptes activistes de l'art du bien vieillir, et garantissent l'intégration souhaitée par les initiateurs de la politique de la vieillesse »⁷⁵. À l'infléchissement des politiques en faveur de l'intégration du « troisième âge » se combinent une augmentation de l'espérance de vie et une amélioration, se généralisant, de l'état de santé des plus de 60 ans. Pour l'auteur, « ces nouveaux vieux, à qui la généralisation des retraites procure des revenus réguliers et sûrs, peuvent d'autant mieux s'insérer dans la société en développement que leur état de santé, leur aptitude à voyager, à consommer, à participer à la vie sociale, à aider efficacement les enfants, bref, à occuper pleinement leur place dans la société se sont améliorés de façon imprévisible et alors insoupçonnée »⁷⁶.

Depuis le XVIII^e siècle, la durée de vie n'a cessé d'augmenter. Liée dans un premier temps à la réduction de la mortalité infantile, l'augmentation de l'espérance de vie est déterminée à partir des années 1950 par une baisse de mortalité aux âges élevés. Et, il devient de plus en plus banal d'atteindre un jour son soixantième anniversaire⁷⁷. Cependant, comme le

⁷² Rémi LENOIR, « L'invention du « troisième âge » : constitution du champ des agents de gestion de la vieillesse », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 1979, vol. 26, n° 1, pp. 57-82.

⁷³ Patrice BOURDELAIS, *L'âge de la vieillesse*, *op. cit.*, p. 417.

⁷⁴ Rémi LENOIR, « L'invention du « troisième âge » », *op. cit.*, p. 68.

⁷⁵ Patrice BOURDELAIS, *L'âge de la vieillesse*, *op. cit.*, p. 419.

⁷⁶ *Ibid.*, p. 407.

⁷⁷ En 1900, la proportion de français ayant célébré leur soixantième anniversaire était de 42%, elle atteint 67% en 1947, 73% en 1957 et 80% en 1980, Patrice BOURDELAIS, *L'âge de la vieillesse*, *op. cit.* De même, selon les estimations de France Meslé l'augmentation de l'espérance de vie à 70 ans, visible dès début des années 1950

remarque Guy Desplanques, « la vie n'a pas la même durée pour tous »⁷⁸ et les bouleversements démographiques qui s'opèrent se répartissent inégalement. On relève notamment une surmortalité masculine liée à une divergence de mode de vie entre les sexes⁷⁹. La fragilité biologique des hommes, leur surconsommation d'alcool et de tabac, leur moindre sensibilisation à l'hygiène et aux soins médicaux comme leur forte exposition aux risques professionnels et aux accidents du travail constituent des déterminants de la plus faible longévité masculine⁸⁰. La discrimination entre les sexes est accompagnée d'une discrimination suivant le milieu social. Si entre 1955 et 1980, l'abaissement de la mortalité des adultes est visible pour toutes les catégories socioprofessionnelles, surtout à partir des années 1970, l'écart se creuse entre le groupe des instituteurs, cadres supérieurs et professions libérales et celui des ouvriers spécialisés, salariés agricoles et manœuvres, au désavantage du second groupe⁸¹.

La progression de l'allongement de la vie sans incapacités suit un mouvement similaire. Entre 1980 et 1991, l'état de santé des personnes âgées s'améliore pour toutes les catégories sociales, aussi bien pour les hommes que pour les femmes. On constate néanmoins la subsistance de certaines inégalités. Emanuelle Cambois et Jean-Marie Robine, à partir de l'élaboration puis de l'étude de trois groupes (cadres, groupe intermédiaire, ouvrier) relèvent une progression générale de l'espérance de vie sans incapacités à 60 ans : les cadres gagnent 2,3 années d'espérance de vie sans incapacités, le groupe intermédiaire gagne 2,4 ans tandis que les ouvriers gagnent 2,8 ans. Cependant, les écarts entre les groupes se maintiennent. Les ouvriers constituent la catégorie qui comprend l'espérance de vie sans incapacités à 60 ans la plus faible (13 ans) contre 15 ans pour le groupe intermédiaire et 17 ans pour les cadres⁸².

Les trajectoires individuelles, la catégorie sociale ou le revenu constituent des éléments qui influent sur le vieillir. On peut constater cependant une tendance positive à l'allongement de la durée de vie et à l'augmentation de l'espérance de vie sans incapacités. Le temps de la vieillesse s'allonge. Il devient, pour une proportion croissante d'individus, un

s'accélère au milieu des années 1970. Entre 1950 et 1975, elle passe ainsi de 10,4 ans à 12,1 ans, France MESLE, « La mortalité en France : le recul se poursuit », *Population (French Edition)*, 1995, vol. 50, n° 3, p. 745.

⁷⁸ Guy DESPLANQUES, « L'inégalité sociale devant la mort », *Economie et statistique*, 1984, vol. 162, n° 1, p. 29.

⁷⁹ Comme le montre Patrice Bourdelais, en 1947 l'espérance de vie à 60 ans était de 15,5 ans pour hommes et 18,2 ans pour les femmes. L'écart entre les deux sexes s'est ensuite creusé en défaveur des hommes. Il était 4,1 ans en 1965 de 4,8 ans en 1975 et de 5,2 ans en 1985, Patrice BOURDELAIS, *L'âge de la vieillesse*, *op. cit.*

⁸⁰ Christiane DELBES et Joëlle GAYMU, « Les personnes âgées en France », *op. cit.*

⁸¹ Entre 1955 et 1980, l'indice de mortalité des instituteurs, cadres supérieurs et professions libérales passe de 12,6 à 9,3, pour les ouvriers spécialisés, salariés agricoles et les manœuvres s'abaisse seulement de 23,9 à 20,9, Guy DESPLANQUES, « L'inégalité sociale devant la mort », *op. cit.*

⁸² Emmanuelle CAMBOIS et Jean-Marie ROBINE, « Apport des indicateurs d'espérance de vie sans incapacité à l'étude des inégalités sociales de santé », *Santé Publique*, 2001, vol. 13, n° 2, pp. 137-149.

nouvel âge de la vie et peu à peu « tout change : l'état de santé des sexagénaires, leur place et leur rôle dans la succession des générations, leurs ressources économiques et leur genre de vie »⁸³.

2. Le « dépendant » : nouveau visage de la vieillesse « grabataire »

Les représentations et les modèles culturels de l'âge se sont transformés. Le « retraité » se substitue progressivement au « vieillard », puis « l'invention du troisième âge » marque la diffusion à large échelle d'un nouvel art du vieillir. Cependant la valorisation d'une éthique activiste tend implicitement à la création d'une nouvelle catégorie : le « quatrième âge ». Au cours des évolutions des politiques vieillesse se consolidant toujours davantage autour du prisme de la médicalisation, la « vieillesse grabataire », allégorie d'une vieillesse « reléguée derrière les coulisses de la vie sociale »⁸⁴ se réinvente pour apparaître sous un aspect nouveau caractéristique d'une réalité sociale nouvelle. La figure du « dépendant » s'institue progressivement comme le destinataire d'un nouveau dispositif de politique sociale.

2.1. La naissance de la gériatrie, évolution d'une nouvelle spécialité médicale

La construction de la catégorie du « dépendant » est liée à l'essor de la gériatrie⁸⁵ et à son institutionnalisation en tant que « profession médicale »⁸⁶. Ce processus suit plusieurs étapes. Dans un premier temps, la découverte progressive de la vieillesse par les sciences médicales au cours du XVIIIe conduit au développement d'une branche de la médecine, axée sur l'étude des pathologies des vieillards. L'émergence de cette spécialité est liée à l'articulation de plusieurs facteurs qui vont favoriser son évolution. Comme l'indique Patrice Bourdelais, le développement de la médecine clinique au XVIIIe siècle est à l'amorce de l'exercice de nouvelles pratiques thérapeutiques. Conjointement, l'expansion démographique aurait été le vecteur d'un gain d'espérance de vie certes relativement faible, mais assez notable pour être relevé. Il se conjugue à un processus d'urbanisation favorisant la concentration importante de « vieillards » isolés dans les hôpitaux et les hospices, ce qui encourage les observations empiriques. Enfin, les transformations dans les représentations de

⁸³ Patrice BOURDELAIS, *L'âge de la vieillesse*, *op. cit.*, p. 432.

⁸⁴ Norbert ELIAS, *La solitude des mourants*, Paris, Christian Bourgois, 1998.

⁸⁵ La gériatrie est un néologisme apparu pour la première fois sous la plume d'Ignaz Nascher en 1909, Patrice BOURDELAIS, *L'âge de la vieillesse*, *op. cit.*

⁸⁶ Pour Eliot Freidson, la médecine devient une « profession » dès lors qu'elle est officiellement reconnue comme la seule institution autorisée à définir les critères de qualification exigée pour soigner. Le médecin est alors doté d'une compétence exclusive pour déterminer la nature de la maladie et la méthode pertinente pour la guérir, Eliot FREIDSON, *La profession médicale*, Paris, France, Payot, 1984.

la vieillesse, dont les images deviennent plus positives, incitent les médecins à se concentrer sur les « vieillards »⁸⁷. Selon Gille Pollet en effet, le « vieillard » « est devenu au début du XXe siècle un malade à part entière et ses spécificités en font un sujet d'étude de plus en plus étudié »⁸⁸. Cependant, s'il est noté un certain intérêt de la médecine à son égard⁸⁹, il demeure un sujet d'étude marginal. La discipline gériatrique décline ensuite. Entre 1912 et 1957 aucune mention d'un traité de gériatrie n'est enregistrée et la question des vieux dans le monde de la médecine est peu abordée jusqu'à la fin de la Seconde Guerre mondiale.

Le déclin de la médecine gériatrique peut être expliqué par le contexte social et politique du début du XXe, peu favorable à son institutionnalisation en tant que « profession médicale ». Pour Eliot Freidson en effet, la constitution d'une « profession consultante »⁹⁰ nécessite le soutien de l'État. Celui-ci contribue à la légitimer et lui permet d'exercer un contrôle social sur ses propres pratiques. Dans cette perspective, le praticien est autonome à l'échelle individuelle lorsqu'un ensemble de mécanismes professionnels officiels et politiques circonscrivent un espace dans lequel l'exercice de cette autonomie est permise et reconnue⁹¹. Or, au cours de cette période, les questions relatives à l'amélioration de la longévité des « vieillards » entrent en contradiction avec les orientations des politiques ; elles sont perçues comme autant de facteurs d'aggravation des déséquilibres démographiques repérée. Ainsi « à partir des années 1890, les initiatives législatives et les débats intellectuels portent d'abord sur les moyens de redresser la fécondité et de sauver le plus grand nombre possible de nouveau-nés, de jeunes enfants et de mères. Les statisticiens s'efforcent de montrer le faible impact de la diminution de la mortalité sur l'avenir de la population, qu'ils admettent toutefois lorsque l'amélioration concerne les jeunes mères et les jeunes enfants »⁹². Aux recherches amorcées portant sur la lutte contre la mortalité se substitue un panel d'études, jugées prioritaires, sur les nourrissons et les jeunes mères, qui contrairement au « vieillard » considéré comme un fardeau sans espoir, représentent un investissement.

⁸⁷ Patrice BOURDELAIS, *L'âge de la vieillesse*, *op. cit.*

⁸⁸ Gilles POLLET, « La vieillesse dans la littérature, la médecine et le droit au XIXème siècle : sociogenèse d'un nouvel âge de la vie », *Retraite et société*, 2001, no 34, n° 3, p. 44.

⁸⁹ Au XIXème, une douzaine d'ouvrages médicaux sont consacré aux pathologies des sujets âgés. Patrice Bourdelais note également la publication d'un nombre relativement important de travaux dans plusieurs revues d'audience nationale et internationale, de même 69 thèses concernant directement les maladies des populations âgées sont recensées entre 1884 et 1914, Patrice BOURDELAIS, *L'âge de la vieillesse*, *op. cit.*, Gilles POLLET, « La vieillesse dans la littérature, la médecine et le droit au XIXème siècle », *op. cit.*

⁹⁰ Eliot Freidson fait la distinction entre la « profession consultante » et les « professions de recherche ou de savoir ». La médecine est une « profession consultante » dans la mesure elle peut fournir « à une clientèle profane des services grâce auxquels celle-ci pourra résoudre des problèmes pratiques. En revanche, les « professions de recherche ou de savoir » ont pour « mission » de « séparer l'authentique du faux ». Eliot FREIDSON, *La profession médicale*, *op. cit.*, p. 31.

⁹¹ Eliot FREIDSON, *La profession médicale*, *op. cit.*

⁹² Patrice BOURDELAIS, *L'âge de la vieillesse*, *op. cit.*, p. 387.

Par ailleurs, les travaux gériatriques auraient en eux-mêmes contribué à la dévaluation de la discipline. La première phase de développement de la spécialité gériatrique, qui débute au XVIIIe jusqu'au début du XXe, s'appuie sur des observations empiriques menées dans les hospices et les asiles. Ainsi, les premières recherches d'envergure portant sur les pathologies du vieillissement sont circonscrites au monde de la misère et de la folie⁹³. Si ces recherches ont conduit à des avancées sur le plan scientifique et thérapeutique et si l'idée de fond consistait à mieux comprendre les causes du vieillissement physiologique, les descriptions cliniques axées principalement sur la déchéance physique auraient contribué à véhiculer une vision déficitaire de la vieillesse⁹⁴.

2.2. Résurgence de la gériatrie et constitution d'une « profession médicale »

Les politiques du « mode de vie » vont donner une nouvelle impulsion à la gériatrie. Selon Nicole Benoit-Lapierre : « l'importance idéologique du discours social sur cette classe d'âge a fondé la légitimité d'un discours médical sur cette classe d'âge, dont la revalorisation a induit la revalorisation progressive d'une médecine à son usage »⁹⁵. La gériatrie dépréciée par le groupe corporatif des médecins trouve alors « la base logistique permettant une stratégie de promotion »⁹⁶. Conjointement, le renouvellement de la gériatrie s'inscrit dans un mouvement général de remise en cause du fatalisme associé à la vieillesse. À côté de cette acception accusée de naturaliser l'ensemble des processus d'invalidation de la vieillesse se développe un autre courant de pensée véhiculant l'idée selon laquelle la vieillesse n'est pas un mal incurable. Dans un même mouvement, il convient alors d'identifier l'ensemble des maladies qui l'affectent et d'opérer une distinction entre vieillissement normal et pathologique. La voie, déjà frayée par les écoles cliniciennes de la fin du XIXe siècle, se systématisait. De plus, aux études portant sur des pathologies physiques se combinent des approches centrées sur les pathologies psychiatriques liées à l'avancée en âge, ce qui permet de les distinguer de la sénescence considérée jusqu'alors comme un processus naturel du vieillissement. Aussi, « le nouveau regard posé sur le patient âgé est moins une découverte qu'une reconnaissance »⁹⁷. Pourtant, si la gériatrie connaît un nouvel essor au moment où la vieillesse est publiquement revalorisée, on peut observer en filigrane et de façon concomitante un nouveau processus de dépréciation des vieux.

⁹³ Gilles POLLET, « La vieillesse dans la littérature, la médecine et le droit au XIXème siècle », *op. cit.*

⁹⁴ Patrice BOURDELAIS, *L'âge de la vieillesse*, *op. cit.*, p. 389.

⁹⁵ Nicole BENOIT-LAPIERRE, « Guérir de vieillesse », *Communications*, 1983, vol. 37, n° 1, p. 156.

⁹⁶ *Ibid.*

⁹⁷ *Ibid.*, p. 158.

Lorsque la gériatrie se renouvelle, deux tendances s'expriment. La première, traditionnelle et dominante, est centrée sur le traitement de la maladie et la valorisation de l'exploit thérapeutique. Dans cette perspective, le médecin poursuit l'objectif de favoriser la guérison. Le second courant revendique une approche sociale de la gériatrie : le malade n'est pas perçu uniquement comme un objet de soin, il est question de l'appréhender dans sa globalité. Nicole Benoit-Lapierre soutient que la gériatrie dans son essor promotionnel s'exprime au travers de ces deux lignes de force : «récusant l'idéologie médicale selon laquelle le vieillard est un malade incurable, elle valorise, promeut, diffuse les succès thérapeutiques. Elles s'insèrent en même temps dans la perspective moderniste qui veut dépasser ces notions alternatives du curable et de l'incurable en développant une pratique médicale qui ne viserait plus la seule guérison, mais aussi la prévention, le dépistage, la réadaptation, et qui n'appréhenderait pas le malade comme une entité isolable, mais prendrait en compte son histoire, son environnement»⁹⁸. Dès lors, la nouvelle approche de l'individu âgé aurait été le vecteur d'un nouveau type de contrôle social. Certes, la gériatrie s'appuie sur un discours à consonance éthique relayée par les politiques d'intégration de la vieillesse, certes elle emprunte à d'autres disciplines telles que la sociologie, la psychiatrie, la psychologie ou la psychanalyse des outils permettant d'appréhender la vieillesse comme un «phénomène total», mais «l'éventuel apport des autres disciplines reste (...) subordonné au diagnostic médical de pathologie»⁹⁹.

Alors même que la gériatrie reconnaît que «le patient âgé, considéré auparavant comme incurable, mérite désormais d'être soigné, traité, rééduqué»¹⁰⁰, sa biologisation effectuée par l'identification méticuleuse des maladies de l'âge est le vecteur, une nouvelle fois, d'une pathologisation du vieillissement. La multiplication des congrès et des conférences publiques portant sur le vieillissement, le foisonnement des publications traitant des «vieillards» et l'essor des sociétés de gérontologie ont certifié sur le plan institutionnel, l'approche d'une vieillesse incapacitaire. Ainsi, «la gériatrie hospitalière s'est progressivement affirmée en adoptant, au fur et à mesure de sa reconnaissance au sein de la médecine universitaire, les tendances dominantes de celle-ci, sélectionniste et techniciste, en pratiquant une médecine réparatrice spécialisée, axée prioritairement sur les pathologies somatiques du troisième âge. Elle laisse derrière elle une perspective globalisante et

⁹⁸ *Ibid.*, p. 159.

⁹⁹ *Ibid.*, p. 160.

¹⁰⁰ *Ibid.*, p. 162.

humaniste sur laquelle elle aurait fondé initialement sa spécificité »¹⁰¹. En s'instituant comme une discipline de renom au sein de la médecine universitaire la gériatrie est devenue une « profession médicale » spécialisée et a conduit à véhiculer une conception du vieillissement défini comme une accumulation de polypathologies s'intensifiant et s'accroissant avec l'avancée en âge.

2.3. La gériatrie, une « entreprise morale »¹⁰² ?

En tant que « profession médicale », la gériatrie bénéficie de l'estime et de la confiance de l'opinion publique. Elle détient « le monopole officiellement reconnu de dire ce que sont la santé et la maladie et de soigner »¹⁰³. Et dans la mesure où elle a pour particularité d'être fondée sur des faits scientifiques, il est difficile de remettre en cause son « objectivisme ». Or, pour Eliot Freidson, au-delà de ses traits biologiques, la maladie, appréhendée par la médecine comme une catégorie de la déviance, est dotée d'un caractère social. Si pour l'auteur, « le médecin a raison de considérer que la maladie est une “déviance biologique” », « par rapport à un ensemble de normes qui représentent la santé et la normalité »¹⁰⁴, il convient également — et c'est là le rôle du sociologue — de l'appréhender comme une « déviance sociale ». Elle n'est alors plus à considérer uniquement comme un état naturel et objectif, mais comme la résultante des effets sociaux relatifs à la signification donnée à cet état.

Selon Freidson, le diagnostic médical appliqué à la « déviance biologique » a conditionné l'étiquetage d'une multitude de comportements jugés indésirables : « ce qu'on nommait crime, folie, dégénérescence, péché et même pauvreté aujourd'hui se définit sur le mode de la maladie, et la politique sociale s'est mise à adopter une perspective appropriée à cette imputation. On a fait tomber les chaînes et, partout, on a mis en avant le professionnalisme médical pour légitimer la nécessité d'un traitement de la déviance par des professionnels qualifiés et responsables »¹⁰⁵. Or, l'« objectivisme » associé au savoir technique génère une forme de contrôle social sur les malades, là où la médecine apparaît comme une « entreprise morale ». Comme le note l'auteur, « la désignation d'une maladie comme telle comporte (...) un jugement moral irréductible, un jugement dont, souvent, on ne remarque pas

¹⁰¹ *Ibid.*, p. 163.

¹⁰² Eliot FREIDSON, *La profession médicale*, *op. cit.*

¹⁰³ *Ibid.*

¹⁰⁴ *Ibid.*

¹⁰⁵ *Ibid.*, p. 252.

le caractère parce qu'il existe un consensus pratiquement universel sur le fait qu'une bonne partie de ce qui porte l'étiquette de malade est indésirable »¹⁰⁶.

Concernant le vieillissement, la « professionnalisation » de la gériatrie a conduit à « étiqueter » comme « dépendant » les vieux qui « vieillissent mal ». L'appellation donnée à cette nouvelle « maladie » jugée « indésirable » s'est progressivement substituée aux notions d'« invalides » et de « grabataire ». À partir des années 1980, le terme « dépendance » est ainsi devenu le qualificatif officiel utilisé pour désigner les personnes âgées nécessitant de l'aide pour les actes essentiels de la vie quotidienne¹⁰⁷.

Selon Eliot Freidson, la médecine « est une profession qui utilise des critères normatifs pour choisir ce qui est de son ressort »¹⁰⁸. Dès lors on peut considérer la généralisation et la diffusion à large échelle de la notion de « dépendance » comme caractéristique de la « mission » du gériatre. Cette mission consiste à « étiqueter avec autorité comme maladie ce qu'une personne souffrante imagine être une maladie, et aussi à étiqueter ce qui ne portait pas encore d'étiquette, ou ce qui portait quelques autres étiquettes, sous la juridiction de quelque autre institution »¹⁰⁹. La « dépendance » repose en cela sur une définition institutionnelle permettant aux professionnels d'identifier ce qui est « dépendant » et ce qui ne l'est pas, mais aussi de délimiter leur champ d'intervention, les techniques et les instruments nécessaires à l'application de leurs pratiques. Comme le souligne Thomas Frinault, « en médicalisant la vieillesse, les gériatres en font une pathologie exigeant un savoir-faire spécifique et médical dont ils sont les dépositaires légitimes »¹¹⁰.

Les signes de cette spécialisation sont perceptibles notamment dans l'« exception française » de faire la distinction entre le domaine du handicap et celui de la « dépendance ». Ce démarquage sémantique, opéré à partir du critère de l'âge¹¹¹, a permis aux gériatres de

¹⁰⁶ *Ibid.*, p. 263.

¹⁰⁷ Bernard ENNUYER, « La construction du champ de la dépendance : de la définition du mot au débat sur le cinquième risque », in *Vieillesse et vieillissements, regards sociologique*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2014, pp. 111-127.

¹⁰⁸ Eliot FREIDSON, *La profession médicale, op. cit.*, p. 212.

¹⁰⁹ *Ibid.*, p. 263.

¹¹⁰ Thomas FRINAULT, « La dépendance ou la consécration française d'une approche ségrégative du handicap », *Politix*, 2005, vol. 4, n° 72, p. 20.

¹¹¹ Cette segmentation par le critère de l'âge est une particularité française. Contrairement à des pays comme l'Allemagne, les Pays-Bas ou le Luxembourg, la France opère une distinction entre handicap et dépendance, en dépit des recommandations internationales formulées par le conseil de l'Europe ou le Comité des ministres européens. Comme il l'est stipulé dans la recommandation n°98 (9) du Comité des ministres aux états membres : « la dépendance est un état dans lequel se trouvent des personnes qui, pour des raisons liées au manque ou à la perte d'autonomie physique, psychique ou intellectuelle, ont besoin d'une assistance et/ou d'aides importantes afin d'accomplir les actes courants de la vie. Toutes les sections de la population peuvent se trouver affectées par la dépendance, et pas uniquement les personnes âgées même si les situations de dépendance tendent à s'accroître avec l'âge et si, au grand âge, elle a des spécificités liées à l'augmentation des causes et en particulier à la multimorbidité associée (...) Toutes les personnes dépendantes ou susceptibles de le devenir,

trouver une légitimité au sein du champ médical et de circonscrire leur domaine de compétence. Il a conduit également à la mise en application d'une politique publique spécifique. Si depuis la loi du 30 juin 1975, les personnes âgées pouvaient prétendre à l'allocation compensatrice de tierce personne (ACTP), l'approche médicalisée de la vieillesse « dépendante » s'est ensuite imposée dans les législations. L'intention politique de différencier les handicaps congénitaux et les handicaps résultant d'un accident ou d'une maladie de ceux considérés comme naturellement liée à l'avancée en âge a conditionné la création de la prestation spécifique dépendance (PSD)¹¹² par la loi du 24 janvier 1997, réformée en 2001 pour devenir l'Allocation personnalisée autonomie (APA).

Parallèlement, la consolidation de grilles d'évaluation a permis d'évaluer la « dépendance », et d'ajuster des modalités de prise en charge jugées plus adéquates aux besoins des patients. La pluralité des grilles utilisées jusqu'alors dans les établissements et les services gériatriques ne permettant ni de chiffrer la « dépendance », ni de classer les « malades » dans une catégorie homogène, ni de calculer son coût à l'échelle globale, un nouvel instrument de mesure s'est institué. La grille AGGIR¹¹³, contraction d'« Autonomie Gérontologie » et de « Groupe Iso Ressources » est mise au point par le syndicat national de gérontologie. Depuis l'instauration de la PSD, elle s'est imposée comme un outil d'analyse unique permettant d'harmoniser à l'échelle nationale la gestion de la vieillesse « dépendante » (tarification, montant des aides allouées selon le degré de « dépendance », planification des dispositifs de prise en charge).

2.4. La « dépendance » : un nouveau risque social

L'étiquetage de la catégorie du « dépendant » par les gériatres a conduit à véhiculer une vision déficitaire de la vieillesse. Mais la « profession » gériatrique ne détient pas le

quels que soient leur âge, leur race, leurs convictions et la nature, l'origine et le niveau de sévérité de leur état, doivent avoir droit à l'assistance et à l'aide requises pour pouvoir mener une vie conforme à leurs capacités réelles et potentielles, au niveau le plus élevé possible. Par conséquent, elles doivent avoir accès à des services de bonne qualité et aux technologies les plus adaptées. », p 51

¹¹² La « dépendance » y est définie comme « l'état de la personne qui nonobstant les soins qu'elle est susceptible de recevoir, a besoin d'être aidée pour l'accomplissement des actes essentielles de la vie et requiert une surveillance régulière ». *Journal officiel*, 25 janvier 1997

¹¹³ La grille AGGIR permet d'évaluer la perte d'autonomie à partir du constat des activités effectuées ou non par la personne. ; 10 axes composent cet outil (cohérence, orientation, toilette, habillement, alimentation, élimination, transfert, déplacement à l'intérieur, déplacement à l'extérieur, communication). Six groupes iso-ressources sont définis comme caractéristiques du degré de dépendance des personnes âgées, allant du GIR 1 comme relative à la dépendance totale au GIR 6 relatif à l'autonomie totale. Les personnes âgées dépendantes sont définies comme la réunion des 3 premiers GIR auquel s'adresse la PSD. Depuis la réforme de la PSD et la mise en place de l'APA en 2001, la grille inclue le GIR 4. Les personnes âgées identifiées comme modérément dépendance peuvent ainsi prétendre à l'APA.

monopole de la dépréciation des vieux dans la société. Les représentations de la vieillesse, telles qu'elles ont évolué au cours des dernières décennies, pourraient être liées (entre autres) à l'interaction entre l'univers de la gériatrie et celui de la statistique. On peut considérer que cette rencontre a favorisé l'identification du vieillissement au travers du prisme du « risque ».

Comme le note Patrice Bourdelais, dans un article datant de 1994 : « tout comme la température peut être mesurée en degrés et la distance en mètres, il est entendu que l'évolution d'une population peut être appréciée par son vieillissement. Depuis une vingtaine d'années, chaque mois apporte son lot d'articles de presse sur les périls qui menacent l'avenir de la France à cause du vieillissement de sa population »¹¹⁴. Ainsi, l'essor de la gériatrie s'inscrit dans un contexte démographique nouveau. L'accroissement de la proportion des personnes âgées s'accompagne d'une amélioration de leur état de santé. Les frontières de la « vraie vieillesse », autrefois associée à la vieillesse « grabataire », sont repoussées, et tendent à accentuer l'idée d'un continent gris partitionné en deux sous-catégories. Les « vrais vieux » protagonistes d'un temps de la vie qui renvoie à « la mort, la souffrance et la dépendance pathologiques » constituent les figures antinomiques de « l'idéologie d'un troisième âge de bonheur et de liberté »¹¹⁵. Or, c'est justement la catégorie du « quatrième âge » qui est voué à croître le plus.

On pourrait considérer qu'alors même que la gériatrie *objective* la catégorie du « dépendant », la statistique et la démographie participent à l'objectivation du *risque* « dépendance ». De manière concomitante, la statistique relève l'ampleur démographique de l'accroissement des personnes (très) âgées dans la population totale, tandis que la gériatrie tend à définir la teneur du risque encourue par cette augmentation : l'accroissement de la « dépendance ». Elle attribue à cet état un certain nombre de caractéristiques (la maladie, la dégénérescence) et un mode opératoire qui lui est propre (la médicalisation) corroborée par les politiques publiques.

Dans la lignée de l'invention du concept de « vieillissement de la population », « la pédagogie de l'inquiétude » véhiculée depuis la métaphore de Jacques Bertillon semble avoir persisté. En France, comme dans l'ensemble des pays européens, l'hypothèse d'un accroissement considérable du nombre de personnes âgées avec incapacités est appréhendée comme un risque pour l'équilibre des systèmes de protection sociale. Les évolutions démographiques amènent les politiques publiques à se pencher sur les moyens permettant de

¹¹⁴ Patrice BOURDELAIS, « Le Vieillissement de la population : question d'actualité ou notion obsolète ? », *Le Débat*, 1994, vol. 5, n° 82, p. 1.

¹¹⁵ Bernadette VEYSSET, *Dépendance et vieillissement*, Paris, L'Harmattan, 1989, p. 20.

faire face au coût potentiellement exponentiel des soins de longue durée dans les années à venir. De plus, dans un contexte marqué, comme nous le verrons, par un ensemble de transformations sociétales et culturelles caractéristiques d'une déstandardisation des comportements individuels, d'un désajustement des normes traditionnelles et des liens intrafamiliaux, se posent la question des modalités de prise en charge du « tsunami »¹¹⁶ de « dépendants » voué à s'abattre sur le pays.

II. VIEILLESSES CONTEMPORAINES ET SOCIÉTÉ DE L'AUTONOMIE, L'ECLAIRAGE DES POLITIQUES PREVENTIVES

Suite aux enjeux liés au « niveau de vie » et au « mode de vie » des populations âgées, la « dépendance » s'institue, à partir de la fin des années 1970, comme une nouvelle catégorie de l'âge et passe du statut de « "condition" » à celui de « "problème public" »¹¹⁷. Plus récemment, on peut noter une nouvelle inflexion des politiques vieillesse en faveur de la prévention. Véhiculées à partir des années 2000, les politiques préventives peuvent être appréhendées comme l'autre versant des politiques de la « dépendance ». En plébiscitant une ligne de conduite permettant d'optimiser un « vieillissement réussi », actif, participant et en santé, elles visent en creux à retarder les pathologies et les incapacités susceptibles de survenir au fil de l'avancée en âge. Cette section sera l'occasion d'apporter une réflexion critique sur le référentiel de la prévention et sur le « Bien vieillir ». Elle nous permettra également de questionner l'ambiguïté des valeurs d'autonomie, d'autoréalisation et d'invention de soi, plébiscitées et diffusées à partir des années 1960, qui semblent s'accorder aux nouvelles normes et codes culturels véhiculés.

1. La prévention, un nouveau « système de conviction »¹¹⁸ ?

Si jusque dans les années 1970, les politiques de santé visaient à l'extension de la couverture du risque maladie pour atteindre la part la plus large possible de la population, il s'agit désormais de garantir l'équilibre financier des systèmes de santé. On serait ainsi passé « de la gestion des risques liés à la vieillesse à la prévision de ces risques »¹¹⁹. Dans un

¹¹⁶ Le terme de « tsunami » est emprunté à Alain Parant, dans son article, Alain PARANT, « Le vieillissement démographique. Chronique d'un tsunami annoncé », *Gérontologie et société*, 1 décembre 2008, n° 123, pp. 135-152.

¹¹⁷ Thomas FRINAULT, « La dépendance ou la consécration française d'une approche ségrégative du handicap », *op. cit.*

¹¹⁸ Axel HONNETH, *La société du mépris : vers une nouvelle théorie critique*, Paris, la Découverte, 2008.

¹¹⁹ Catherine DECHAMP-LE ROUX, « La prévention des risques liés au vieillissement : un nouveau pacte social ? », *Gérontologie et société*, 2012, HS n° 1, n° 5, p. 82.

contexte de crise qui fait suite à la période des « Trente Glorieuses », les politiques préventives qui découlent de cet infléchissement s'instituent ainsi comme un nouveau référentiel de l'action gérontologique. Avec Pierre Muller, on peut considérer qu'elles constituent une « matrice cognitive ». Elles tendent dans un même mouvement à construire un nouveau « cadre d'interprétation du monde » et à agir sur celui-ci pour répondre aux problématiques sociales et aux désajustements identifiés¹²⁰.

1.2. Émergence et diffusion du référentiel de la prévention

L'idée de « Bien vieillir », que sous-tendent les politiques préventives, s'appuie sur des travaux scientifiques en gérontologie, centrés sur l'évaluation des conditions favorables au vieillissement en santé. La parution d'un article de John Rowe et Robert Kahn dans la revue *Science* en 1987 marque ainsi un tournant dans les recherches sur le vieillissement. En désaccord avec l'idée de « vieillissement normal », les auteurs le distinguent d'un « vieillissement réussi » qu'ils définissent comme un évitement des pertes typiquement liées à l'avancée en âge. Comme ils le soulignent : « une augmentation révolutionnaire de la durée de vie s'est déjà produite. Une augmentation correspondante de la vie en santé, avec le maintien d'un fonctionnement complet jusqu'aux frontières possibles de la fin de la vie, voilà qui devrait être le prochain but de la gérontologie »¹²¹. Dès lors, le concept de « vieillissement réussi » vient s'intercaler entre les notions usuelles en gériatrie de « vieillissement normal » et de « vieillissement pathologique ». Il tend à « objectiver » l'idée selon laquelle l'environnement et le style de vie ont une incidence sur les chances d'atteindre « une vieillesse idéale ». Aussi, le « vieillissement pathologique » ne serait pas le fruit du hasard. Il serait lié à des facteurs de risque tels qu'une mauvaise nutrition, un exercice physique et un entraînement cognitif insuffisants ainsi qu'à des éléments psychosociaux comme la maîtrise et la participation à son environnement de vie. Comme le résume Jean Marie Robine : « pour J. Rowe et R. Kahn, réussir son vieillissement, c'est vieillir sans être atteint de maladies, en conservant un haut niveau de fonctionnement physique et cognitif comparable à celui des

¹²⁰ Pour Pierre Muller, les politiques publiques constituent en effet « le lieu où une société donnée construit *son rapport au monde*, c'est-à-dire à elle-même : les politiques publiques doivent être analysées comme des processus à travers lesquels sont élaborées les représentations qu'une société se donne pour comprendre et agir sur le réel, tel qu'il est perçu ». Ce cadre d'orientation détermine ainsi la nature des dangers qui menacent une société donnée, il organise la répartition des richesses, et délimite la place et le rôle de l'Etat, Pierre MULLER, *Les politiques publiques*, 2015^e éd., Paris, Presses universitaires de France, coll. « Que sais-je », 2006, p. 51.

¹²¹ John W. ROWE et Robert L. KAHN, « Human aging: usual and successful », *Science*, 1987, vol. 237, n° 4811, p. 149.

jeunes adultes, tout en restant maître de son environnement et de sa destinée. En d'autres termes, comme certains l'ont dit, c'est vieillir en restant jeune ! »¹²².

À partir des années 2000, le thème de la prévention via la promotion d'une éthique du « Bien vieillir » s'intensifie jusqu'à devenir central dans l'agenda politique. En France comme dans les pays d'Europe occidentale et d'Amérique du Nord, on peut observer l'émergence de programmes pour la promotion du « vieillissement actif » (*Active Ageing*) et/ou du « vieillissement en santé » (*Healthy Ageing*). Progressivement, l'idée selon laquelle il serait possible d'optimiser son vieillissement, de retarder les effets de l'âge et de maintenir son autonomie fonctionnelle en adoptant un mode de vie sain et raisonné se diffuse. Analysant un corpus d'une centaine de textes publiés par les cadres d'orientation des organisations transnationales, des plans nationaux et internationaux et des articles scientifiques. Cécile Collinet et de Matthieu Delalandre constatent une forte occurrence du thème du « bien-être ». Selon les auteurs, « le bien-être personnel (...) devient un objectif, et la capacité à rester actif est présentée comme la condition de ce bien-être »¹²³. Aux enjeux politiques axés sur la prise en charge de la « dépendance » se combinent ainsi des orientations centrées sur « le maintien en bonne santé pour aller dans le sens de ce qu'on a pu appeler un “vieillissement réussi”, un “vieillissement actif” (*Active Ageing*) ou encore un “Bien vieillir” »¹²⁴.

Le cadre d'orientation de l'OMS publié en 2002 et intitulé « vieillir en restant actif » s'inscrit dans cette tendance. On peut ainsi lire dans les énoncées du rapport qu'il : « *est important à tous les stades de l'existence d'adopter un mode de vie favorable à la santé et de participer activement à sa propre prise en charge. L'un des mythes de la vieillesse consiste à dire que c'est une période de la vie où il est trop tard pour adopter des modes de vie favorables à la santé. Au contraire, avoir une activité physique adéquate, manger sainement, ne pas fumer, user de l'alcool et des médicaments avec modération peut éviter la maladie et le déclin fonctionnel, accroître la longévité et améliorer la qualité de la vie* »¹²⁵. En France, le Plan national Bien vieillir (2007-2009) véhicule une ligne de conduite similaire. « Dans une conception globale de la personne »¹²⁶, il s'agit de prévenir ou de retarder l'apparition des incapacités liées à l'âge et d'encourager l'exercice de « comportements favorables à la santé

¹²² Jean-Marie ROBINE, « La révolution de la longévité des adultes », *Gérontologie et société*, 2016, vol. 3, 39 / n° 151, p. 26.

¹²³ Cécile COLLINET et Matthieu DELALANDRE, « L'injonction au bien-être dans les programmes de prévention du vieillissement », *L'Année sociologique*, 2014, vol. 64, p. 445.

¹²⁴ *Ibid.*, p. 450.

¹²⁵ OMS, *Vieillir en restant actif. Cadre d'orientation*, Genève, OMS, 2002, p. 22.

¹²⁶ Jean-Pierre AQUINO, « Le plan national « Bien vieillir » », *Retraite et société*, 2007, vol. 3, n° 52, p. 152.

grâce au maintien d'activités physiques sportives, et à une alimentation adaptée »¹²⁷. Afin de faciliter son application, un « Passeport pour la retraite active » est instauré. Ce « document incitatif prévoit des informations générales sur le bénévolat, sur les bénéfices d'un recours à une alimentation saine et diversifiée, sur la nécessité de se maintenir en bonne santé physique dans une optique de prévention. Il apporte une documentation sur les services à la personne (plan de cohésion sociale) et sur les principales associations à contacter pour effectuer une démarche de bénévolat dans le département »¹²⁸.

1.2. Le « Bien vieillir » une « reconnaissance idéologique »¹²⁹ ?

La promotion du « Bien vieillir » et du « vieillissement actif » est associée à la reconnaissance des droits et des libertés individuelles et fondamentales des personnes âgées, en capacité de choisir librement les conditions favorables à leur épanouissement. À l'instar de ce qu'indique le cadre d'orientation de l'OMS, est alors véhiculée à large échelle l'idée selon laquelle l'individu est l'acteur principal de sa santé et de son « bien-être ». Comme le mentionne ledit rapport : « *un vieillissement actif procède d'une reconnaissance des droits de la personne âgée et des principes d'indépendance, de participation, de dignité, d'assistance et d'épanouissement de soi, consacrés par les Nations Unies. Avec elle, la planification des stratégies cesse de se fonder sur les besoins au profit d'une prise en compte des droits des personnes âgées à l'égalité de traitement et de possibilité dans tous les domaines de la vie. Elle soutient le libre exercice de leur participation au processus politique et aux divers aspects de la vie locale* »¹³⁰. Pourtant, s'il s'inscrit dans une valorisation des libertés individuelles des personnes âgées, il peut également être appréhendé comme une forme d'injonction normative. Nous nous proposons de questionner cette hypothèse à partir des considérations critiques formulées par Axel Honneth à l'égard de la « reconnaissance idéologique »¹³¹.

Pour Axel Honneth « l'horizon normatif des sociétés modernes est marqué par l'idée qu'il revient à chacun de se voir conférer une valeur en tant qu'être de besoins, en tant que sujet autonome doté des mêmes droits que ses semblables, et en tant que sujet capable d'accomplir un certain nombre de choses »¹³². Dans cette acception positive, la reconnaissance

¹²⁷ *Ibid.*, p. 153.

¹²⁸ *Ibid.*

¹²⁹ Axel HONNETH, *La société du mépris*, op. cit.

¹³⁰ OMS, *Vieillir en restant actif. Cadre d'orientation*, op. cit., p. 13.

¹³¹ Axel HONNETH, *La société du mépris*, op. cit.

¹³² *Ibid.*, p. 262.

apparaît comme « la condition intersubjective pour pouvoir réaliser de manière autonome des objectifs personnels propres ». Elle permet aux individus de « s'identifier à leurs propres qualités » et de se réaliser en tant que sujet¹³³. Reprenant les doutes et le scepticisme d'Althusser concernant le potentiel émancipatoire de la reconnaissance, Honneth admet cependant que certaines de ses formes peuvent revêtir une dimension idéologique. Comme il le souligne, « le fait d'être officiellement couvert d'éloges pour certaines qualités ou certaines compétences semble être devenu un instrument de politique symbolique, dont la fonction sous-jacente est d'intégrer des individus ou des groupes sociaux dans l'ordre social dominant en leur offrant une image positive d'eux-mêmes »¹³⁴. En cela, la reconnaissance lorsqu'elle répond à des attentes et à des visées sociétales correspondant à « l'ordre de domination existant » ne peut être comprise comme un facteur d'autoréalisation, mais comme une contrainte qui « parvient à créer sans recourir à la contrainte un sentiment d'estime de soi incitant à des formes de soumissions volontaires »¹³⁵.

Pour trouver auprès des acteurs concernés un consentement et une adhésion sans résistance, les « idéologies de la reconnaissance » doivent répondre à plusieurs critères. Premièrement, les « systèmes de conviction » qu'elles véhiculent « doivent forcément offrir la possibilité aux individus de se rapporter à eux-mêmes de manière affirmative, et d'être ainsi encouragés à assumer certaines tâches de leur plein gré »¹³⁶. Deuxièmement, les « systèmes de convictions » se doivent d'être crédibles : « leur performativité est nulle lorsque les destinataires n'ont en soi aucune raison valable de s'identifier avec les énoncés de valeurs faits à leur propos »¹³⁷. Pour être efficaces, ils doivent être ajustés à la période historique dans lequel ils s'inscrivent et correspondre au système de valeurs qui lui est propre. Ils ne peuvent pas fonctionner s'ils renvoient à des qualités discréditées par les personnes à qui ils s'adressent et s'ils les invitent à éprouver ces contraintes comme autant de restriction à leurs marges de liberté et leurs possibilités d'autoréalisation. Troisièmement, pour que la reconnaissance revête une fonction idéologique, ses énoncés « doivent être suffisamment différenciés pour exprimer à chaque fois une valeur nouvelle ou une performance (*Leistung*) particulière (...) Par conséquent, l'énoncé de valeurs qu'ils s'appliquent à eux-mêmes leur permet d'éprouver des distinctions particulières et présente donc quelque contraste en

¹³³ *Ibid.*, p. 254.

¹³⁴ *Ibid.*, p. 245.

¹³⁵ *Ibid.*, p. 248.

¹³⁶ *Ibid.*, p. 262.

¹³⁷ *Ibid.*, p. 263.

comparaison, soit du passé, soit de l'ordre social établi»¹³⁸. Ainsi, « les idéologies de la reconnaissance opèrent dans le “domaine des raisons” historiquement établi : en quelque sorte, elles élargissent uniquement les qualités évaluatives que nous avons appris à percevoir chez d'autres êtres humains en accentuant une signification nouvelle dont le propre est cependant de faire advenir, lorsqu'elle est reprise avec succès, un rapport à soi adapté et fonctionnellement conforme »¹³⁹.

Afin d'explicitier les mécanismes sous-jacents aux « idéologies de la reconnaissance » dans le contexte des sociétés contemporaines, il s'agira de saisir comment et pourquoi les « systèmes de conviction » véhiculés apparaissent à la fois comme crédibles tout en permettant à l'individu de se rapporter à lui-même de manière positive. Plus précisément dans notre cas, nous questionnerons les modalités de contrôle et les injonctions normatives implicites relatives au « Bien vieillir » ou au « vieillissement actif » comme leurs effets sur les représentations de l'âge. Répondre à ces questions suppose en premier chef de revenir sur les transformations structurelles qui ont eu cours dans les dernières décennies, mais aussi d'identifier les réajustements des rapports entre individu et société et le renouvellement des modes de subjectivation. À cette fin, nous commencerons par aborder les évolutions récentes de l'« institution du cours de la vie »¹⁴⁰ pour ensuite analyser leurs effets sur les modes de vie, jusque dans le grand âge.

2. Structuration et déstructuration de l'institution du parcours de vie

2.1. L'« institutionnalisation du cours de la vie »

L'augmentation de la durée de vie, le contrôle des étapes séquentielles du cycle familial (mariage, naissance des enfants, veuvage) et l'instauration de la retraite moderne constituent pour Martin Kohli, les marqueurs de « l'institutionnalisation du cours de la vie ». Ce processus défini comme « un ensemble de règles qui ordonnent une dimension clé de l'existence »¹⁴¹ est lié à l'avènement et à la centration du travail salarié. Ajusté à l'appareil de production économique, il conduit à la partition temporelle de l'existence autour du triptyque : jeunesse, âge adulte et vieillesse, correspondant respectivement au temps de l'apprentissage, à celui du travail salarié, et à celui du retrait de l'individu du système de

¹³⁸ *Ibid.*, p. 265.

¹³⁹ *Ibid.*

¹⁴⁰ Martin KOHLI, « The world we forgot : a historical review of the life course », in *Later life. The social psychology of aging*, Beverly Hills, Sage, 1986, p.

¹⁴¹ « The life course can be conceptualized as a social institution – not in the sense of social grouping (an aggregate of individuals), but a pattern of rules ordering a key dimension of life », *Ibid.*, p. 271.

production. Dans ce contexte, l'individu vit de manière lisible, les étapes successives d'un calendrier délimitant le passage d'un âge à un autre et le statut, les rôles et les fonctions qui lui sont assignés.

Selon la thèse de Martin Kohli, « l'institutionnalisation du parcours de vie » s'inscrit dans un processus plus général d'individualisation propre à la modernisation des sociétés d'Europe occidentale. Il relève d'un « processus structural (...) [d'] une transformation dans laquelle les individus deviennent les unités de base du tissu social »¹⁴². Les règles d'affiliation par le clan, la famille ou la communauté sont remplacées par une normalisation temporelle de l'existence, organisée par un État social prééminent puissant et centralisé. L'auteur fait notamment référence aux travaux de Elias pour mettre en relief les modifications de l'individualité ajustée à l'« institutionnalisation du cours de la vie ». Il nous semble utile de revenir sur sa thèse, qui nous paraît expliciter de manière significative le changement d'attitudes mentales propre à l'émergence de la conception moderne d'individu.

Elias constate une modification profonde de la sensibilité entre le XIIe et le XVIIIe siècle. La monopolisation progressive de la contrainte physique par la force militaire et policière comme la centralisation de l'appareil étatique moderne toutes deux liées au « processus de civilisation » sont vectrices d'une pacification de l'espace social. L'individu n'est plus menacé par l'imminence d'une attaque brutale et subite de son intégrité physique « mais il est aussi forcé de refouler ses propres passions, ses pulsions agressives qui le poussent à faire violence à ses semblables »¹⁴³. Dans ce type de sociétés marquées par une différenciation sociale accrue, la singularisation exacerbée des individus, fortement interdépendants, nécessite un conditionnement différent de leur appareil psychique. Les contraintes extérieures se mutent en autocontraintes ; les gestes contrôlés avec fermeté et régularité, le refoulement continu de ses pulsions permettent d'accorder la variabilité des comportements individuels.

Cette « économie émotionnelle » implique également une considération différente de la temporalité et du déroulement de l'existence. Dans les sociétés guerrières, « c'est toujours le présent, c'est l'événement actuel qui donne l'impulsion. Comme la situation change sans cesse, les manifestations émotionnelles changent avec elle ; si elle apporte du plaisir, on s'y plonge sans arrière-pensée, sans songer aux conséquences possibles dans le futur ; si elle

¹⁴² Martin KOHLI, « Le cours de vie comme institution sociale », *Enquête. Archives de la revue Enquête*, 1989, n° 5.

¹⁴³ Norbert ELIAS, *La dynamique de l'Occident*, Paris, Calmann-Lévy, 1975, p. 189.

apporte la détresse, la captivité, la défaite, on s'y résigne sans la moindre réserve»¹⁴⁴. Au contraire, l'individu « civilisé » évoluant dans un environnement sécurisé, stable et prévisible peut se projeter, évaluer les conséquences de ses actions, dans un retour et un contrôle sur soi permanent. Aussi, « ces contraintes qui se concrétisent dans l'ensemble des fonctions ouvertes à l'individu au sein de la société, l'obligent à dépasser le présent, à tenir compte aussi du passé et de l'avenir, puisque des enchaînements plus longs et plus différenciés suivent automatiquement tout acte et l'insèrent dans un ensemble d'interdépendances. Elles requièrent la maîtrise instantanée des mouvements affectifs et pulsionnels en prévision de leurs prolongements futurs »¹⁴⁵.

2.2. Réduire l'insécurité, anticiper sa vieillesse

Si pour Elias la pacification de l'espace social liée au « processus de civilisation » est le vecteur d'un nouveau type de conditionnement social, d'un nouvel « habitus » et d'une perspective nouvelle du « temps qui passe », nous considérons que les transformations démographiques, sociales, culturelles et politiques opérées au siècle dernier sont le vecteur d'une modification des structures de pensées, d'un nouvel « habitus » dans l'appréhension subjective du vieillissement. En effet, la généralisation des retraites apparaît comme un équipement institutionnel permettant de réduire de manière universelle l'insécurité économique des individus. Progressivement, cette sécurité assurantielle s'accompagne d'une sécurité que l'on pourrait qualifier de *biologique*. L'augmentation de l'espérance de vie et l'amélioration significative des conditions de longévité sont les vecteurs d'un accroissement de la période qui sépare la cessation définitive de l'activité de la mort et plus généralement d'un allongement de l'étape de la vieillesse¹⁴⁶. Ainsi, comme le souligne Jean Philippe Viriot-Durandal, « l'horizon temporel des retraités n'est pas seulement le temps qui sépare la fin d'activité professionnelle du décès. Il exprime aussi un nouvel espace-temps socialement investi au niveau individuel et collectif »¹⁴⁷. Les changements structurels qui se sont opérés et la « dimension psychologique de la projection de soi » qui lui est consubstantielle ont

¹⁴⁴ *Ibid.*, p. 191.

¹⁴⁵ *Ibid.*, p. 196.

¹⁴⁶ Pour les retraités cet accroissement est d'autant plus important qu'il s'accompagne dans les années 1980 d'un abaissement de l'âge légal de la retraite à 60 ans, on deviendrait donc « vieux plus jeune », Bernard ENNUYER, « À quel âge est-on vieux ? La catégorisation des âges : ségrégation sociale et réification des individus », *Gérontologie et société*, 2011, vol. 3, n° 138, pp. 127-142.

¹⁴⁷ Jean-Philippe VIRIOT DURANDAL, *Le pouvoir gris. Sociologie des groupes de pression de retraités*, France, Presses universitaires de France, 2003, p. 99.

« permis progressivement aux individus de se projeter comme des individus vieillissants, d’entrevoir une longévité dans la retraite »¹⁴⁸.

À cela, on peut ajouter que la retraite, en ce qu’elle relève d’« une nouvelle forme de solidarité, non plus domestique ou communautaire, mais bureaucratique et instaurée »¹⁴⁹ est représentative d’une organisation sociale où les fonctions de contrôle et de protection de l’individu, auparavant assumé par la communauté familiale, se transmettent à des organisations étatiques administrées. Pour Elias, l’indépendance de l’individu à l’égard de ses réseaux d’appartenances traditionnelles est vectrice d’isolation et de singularisation. Elle fait naître chez lui « l’impression d’être “intérieurement” quelque chose pour soi tout seul »¹⁵⁰. Comme il le résume : « les individus, une fois adultes, se dégagent de plus en plus des limites étroites de la communauté de naissance et des groupes corporatifs. Leur cohésion se désintègre au fur et à mesure qu’ils perdent leurs fonctions de protection et de contrôle. Et dans le cadre des sociétés étatiques plus larges, hautement centralisées et de plus en plus urbanisées, l’individu se trouve de plus en plus remis à lui-même »¹⁵¹.

Dès lors, l’individu moderne « remis à lui-même » qui bénéficie d’une sécurité matérielle et *biologique* peut se projeter, anticiper sa vieillesse, devenue un nouvel âge de la vie, désormais accessible au plus grand nombre.

2.3. Le tournant des années 1970, vers une « désinstitutionnalisation du parcours de vie » ?

L’« institutionnalisation du parcours de vie » est congruente à l’émergence d’un nouvel ordonnancement du social ajusté à une « société des individus », plus isolés et plus singuliers dans leur rapport les uns avec les autres. Mais à partir de la fin des années 1970, dans un contexte de crise économique, les mutations du système de production économique et de la structure du marché du travail conduisent à un brouillage des transitions majeures : l’entrée sur le marché du travail et le passage à la retraite. Ces transitions « se caractérisent dès lors par une différenciation accrue de leurs modalités et de leurs *timings* comme de leurs effets sur la vie des individus »¹⁵². Et, il semble s’opérer une inversion de la tendance conduisant à une déspecialisation des âges et une déstandardisation des trajectoires individuelles.

¹⁴⁸ *Ibid.*, p. 100.

¹⁴⁹ Anne-Marie GUILLEMARD, *Le déclin du social*, op. cit., p. 32.

¹⁵⁰ Norbert ELIAS, *La société des individus*, Paris, Fayard, 1991, p. 170.

¹⁵¹ *Ibid.*, p. 168.

¹⁵² Christian LALIVE D’EPINAY, Jean-François BICKEL, Stefano CAVALLI et Dario SPINI, « Le parcours de vie : émergence d’un paradigme interdisciplinaire », in *Parcours de vie. Regards croisés sur la construction des biographies contemporaines.*, Liège, Éditions de l’Université, 2005, p. 196.

Anne-Marie Guillemard par exemple, remarque que la chronologisation et la temporalisation tripartite de l'existence se désagrègent au profit d'une « nouvelle flexibilité temporelle ainsi qu'une déconcordance des temps de la vie »¹⁵³. D'une part, la transition entre les âges de la vie apparaît moins évidente que par le passé. Les difficultés d'insertion des jeunes dans l'activité salariée, la hausse des emplois à temps partiel, des préretraites et du chômage fragmentent la seconde phase de l'existence dédiée au travail, désormais marquée par des périodes d'activités, d'inactivité, ou de reconversions professionnelles traversant tous les âges de la vie. D'autre part, les configurations familiales, moins uniformes, tendent à s'écarter du modèle normatif traditionnel ajusté au découpage ternaire du cycle de vie. Des comportements auparavant statistiquement marginaux tels que l'union libre, le divorce, le remariage, la monoparentalité, ou la parentalité tardive s'accroissent et se généralisent.

Stefano Cavalli relève quant à lui un ensemble de facteurs qui tendent à relativiser l'hypothèse d'une inversion potentielle du mouvement « d'institutionnalisation du parcours de vie ». Reprenant les travaux de Christian Lalive d'Épinay, il évoque dans un premier temps une tendance à la « normalisation institutionnalisée »¹⁵⁴ opérée aux âges élevés. En effet, « les moments-clés qui jalonnent les dernières phases de la vie font l'objet d'un travail multiple et complexe de codification »¹⁵⁵. Les politiques de la « dépendance » tendent, comme nous l'avons vu, à circonscrire sur la base du critère de l'âge un champ d'intervention politique, institutionnelle et professionnelle qui leur sont propres.

Deuxièmement, si les itinéraires biographiques se diversifient et se déstandardisent, les transformations repérées sont moins nettes dans le secteur du travail où le parcours de vie préserve l'essentiel de sa fonction de structuration du social. Le retraité ou le préretraité se retirent certes plus tôt du système de production, mais ils restent associés à la troisième étape du découpage ternaire de l'existence : le temps du retrait associé au vieillissement. Pour les femmes le modèle normatif du parcours de vie est même devenu plus prégnant en raison de leur insertion massive sur le marché du travail depuis les années 1970.

Troisièmement, il importe selon Stefano Cavalli de se demander si les transformations repérées constituent une interruption à court terme de l'« institutionnalisation du parcours de vie » ou si elles peuvent être perçues comme les marqueurs d'une nouvelle structuration de l'existence ajustée à la radicalisation et à l'universalisation des conséquences de la

¹⁵³ Anne-Marie GUILLEMARD, « Une nouvelle solidarité entre les âges et les générations dans une société de longévité », in *Repenser la solidarité. L'apport des sciences sociales*, Paris, Presses Universitaires de France, 2011, p. 358.

¹⁵⁴ Christian LALIVE D'EPINAY, « La construction sociale des parcours de vie et de la vieillesse en Suisse au cours du XXe siècle », 1994, pp. 127-150.

¹⁵⁵ Stefano CAVALLI, « Modèle de parcours de vie et individualisation », *op. cit.*, p. 62.

modernité¹⁵⁶. Cette perspective amène l'auteur au dernier point de sa réflexion. Il suggère que l'« institutionnalisation du parcours de vie » résultant d'un processus d'individualisation serait aujourd'hui à l'origine d'une « individualisation des parcours de vie individuels »¹⁵⁷ ? Ces considérations le conduisent à poser la question suivante : « Est-ce qu'une plus grande variabilité des trajectoires individuelles suppose automatiquement un déclin au niveau de la structuration sociale du déroulement de la vie humaine ? Autrement dit, peut-on avoir un parcours de vie institutionnalisé (i.e., normatif), qui serait en même temps individualisé (i.e., déstandardisé) ? »¹⁵⁸

2.4. Les baby-boomers, un point d'observation

Afin de discuter cette hypothèse, nous proposons de questionner l'impact des transformations sociétales des années 1960-1970 sur les modes de vie, à partir d'une analyse de la trajectoire des générations¹⁵⁹ dites du *baby-boom*. Relevant d'un phénomène démographique, défini par une augmentation significative de la natalité à partir de 1945 jusqu'au début des années 1970, les *baby-boomers* ont pour particularité d'avoir vécu ces transformations. C'est dans cette perspective que nous nous proposons de revenir sur leur histoire. Nous considérons en effet que leur parcours constitue le point d'observation privilégié d'un contexte favorable, selon nos considérations, à l'émergence d'une « individualisation des parcours de vie individuels »¹⁶⁰.

Pour Catherine Bonvalet et Jim Ogg, les classes d'âge du *baby-boom*, plus nombreuses que celles des générations antérieures incarnent « l'assurance d'un monde nouveau, d'un monde sans guerre »¹⁶¹ et se révèlent être les témoins d'une véritable « révolution des conditions de vie »¹⁶². S'ils naissent dans une société marquée par l'austérité et la pénurie, ils grandissent dans le contexte favorable de la période des « Trente glorieuses ». Leurs itinéraires individuels sont ainsi marqués par la démocratisation de l'enseignement et de l'éducation, les progrès de la médecine et des équipements sanitaires, la révolution des technologies et du transport, l'amélioration du niveau de vie et l'apparition du temps libre.

¹⁵⁶ Anthony GIDDENS, *Les conséquences de la modernité*, Paris, l'Harmattan, 1994.

¹⁵⁷ Stefano CAVALLI, « Modèle de parcours de vie et individualisation », *op. cit.*, p. 64.

¹⁵⁸ *Ibid.*

¹⁵⁹ La notion de « génération » sera ici employée dans son sens démographique tel qu'il est défini par l'INSEE, comme l'ensemble des personnes nées la même année civile.

¹⁶⁰ Stefano CAVALLI, « Modèle de parcours de vie et individualisation », *op. cit.*, p. 64.

¹⁶¹ Catherine BONVALET, Céline CLEMENT et Jim OGG, *Réinventer la famille : l'histoire des baby-boomers*, Paris, Presses universitaires de France, 2011, p. 57.

¹⁶² *Ibid.*, p. 69.

Les *baby-boomers* apparaissent également comme les instigateurs de modes de vie plus individualisés s'exprimant dans une contestation des règles et des normes sociales traditionnelles. Ces générations ont ainsi pour particularité d'avoir « bouleversé tous les événements démographiques au cours du cycle de vie au fur et à mesure qu'ils franchissaient les étapes »¹⁶³. À cet égard, mai 68 apparaît comme le repère symbolique des mutations sociétales qui se dessinent en filigrane. En instituant une « brèche »¹⁶⁴, la grande rébellion de mai insuffle un vent de liberté et marque la césure entre un avant — conformiste et autoritaire — et un après — propice à l'expression et la diffusion des « valeurs d'autonomie, de liberté, de relations négociées au sein des diverses institutions »¹⁶⁵.

Les *baby-boomers* apparaissent ainsi comme les témoins sinon les acteurs principaux de transformations sociétales se traduisant progressivement par une mutation des modes de conjugalités et des comportements familiaux. Décrits comme des « bouleverseurs de la famille » par Martine Segalen, ces « enfants de la paix, de la société d'abondance et de la consommation »¹⁶⁶ sont à l'amorce d'une déstandardisation des comportements individuels visibles dès 1965 dans les attitudes des parents des *baby-boomers*. Catherine Bonvalet, Céline Clément et Jim Ogg notent notamment une baisse significative de la fécondité, le nombre d'enfants par femmes passe ainsi de 2,9 à 2,1 entre 1965 et 1975. Elle s'accompagne d'une hausse de la divortialité qui double entre 1970 et 1980 et à partir de 1973 d'une baisse significative de la nuptialité. Entre 1972 et 1994, le nombre de mariages passe ainsi de 417 000 à 254 000, soit une baisse de 39 %. À ces mutations démographiques s'ajoute une hausse importante de la proportion de naissances hors mariage. Comprises entre 6 et 9 % dans les années 1950, elles passent à 10 % dans les années 1980 pour atteindre 30 % en 1990.

Les fluctuations démographiques qui s'opèrent tendent à bouleverser les étapes ritualisées du cycle de vie. Le mariage par exemple, « ne forme plus le passage à la vie adulte, ne correspond plus aux premières expériences sexuelles des individus et n'est plus en relation étroite avec les projets de procréation »¹⁶⁷. Il est observé un passage successif à des configurations familiales distinctes, remaniées, et redéfinies tout au long des itinéraires individuels. Les ménages se composent, se décomposent puis se recomposent dans un

¹⁶³ Catherine BONVALET et Jim OGG, *Les baby-boomers : une génération mobile*, La Tour-d'Aigues, Éditions de l'Aube, 2009, p. 15.

¹⁶⁴ Edgar MORIN, Claude LEFORT et Cornelius CASTORIADIS, *Mai 68 : La Brèche, suivi de Ving ans après*, Paris, Librairie Arthème Fayard, 2008, 285 p.

¹⁶⁵ Catherine BONVALET, Céline CLEMENT et Jim OGG, *Réinventer la famille : l'histoire des baby-boomers*, *op. cit.*, p. 15.

¹⁶⁶ Martine SEGALEN, *Sociologie de la famille*, Paris, Armand Colin, 2010, p. 261.

¹⁶⁷ Catherine BONVALET, Céline CLEMENT et Jim OGG, *Réinventer la famille : l'histoire des baby-boomers*, *op. cit.*, p. 102.

contexte de variabilité des comportements conjugaux où se généralise le modèle de la famille plurielle.

Les *baby-boomers* ont évolué dans une société en mutation marquée par des bouleversements culturels, politiques et sociétaux. Pour autant, il ne s'agit pas ici de se demander si les *baby-boomers* sont porteurs de changement social ni s'ils sont animés ou non d'une conscience de génération, ce qui nous amènerait à les définir comme un « ensemble générationnel » au sens de Mannheim¹⁶⁸. Une telle utilisation du concept de génération nous paraît périlleuse et ambiguë à plusieurs égards. D'une part, parce que les générations du *baby-boom* comprennent plusieurs ensembles d'âges distincts et que leur délimitation est sujette à discussion, d'autre part, parce que les mutations repérées dans les comportements et les modes de vie sont visibles chez les générations qui leur sont antérieures.

Si mai 68 peut apparaître *a priori* comme un événement historique cardinal, vecteur d'un processus d'identification propice à l'animation d'une conscience de génération, il constitue selon nous davantage un repère pour la mémoire collective qu'un point de rupture. Il ne doit pas servir à occulter les transformations à l'œuvre avant cette date, charnière, surtout par sa symbolique. En ce sens, nous suivons Jean-Philippe Viriot-Durandal lorsqu'il écrit : « penser les mutations sociales à partir du seul catalyseur de mai 1968 revient à limiter les évolutions de fond à la génération des acteurs de 1968 sans intégrer les mutations silencieuses qui les ont précédées et qui, pourtant, ont marqué les cohortes précédentes »¹⁶⁹. Pour Catherine Bonvalet, Céline Clément et Jim Ogg en effet, les générations nées avant et pendant la guerre ont parfois frayé la voie qui sera empruntée par leurs enfants. La libération des mœurs, le mouvement des femmes, la « culture jeune » ou la révolution sexuelle suivent un processus de maturation qui débute bien avant l'effervescence des années 1960¹⁷⁰. De même, l'émergence de nouveaux types de retraite tels que la « retraite revendication » ou la « retraite solidaire » est visible entre 1960 et 1980¹⁷¹. D'abord minoritaires elles s'accroissent dès les années 1980, soit une vingtaine d'années avant le passage à la retraite des premiers *baby-boomers*.

Plutôt que d'identifier une « génération spécifique », une date repère ou un point nodal de bifurcation, on parlera plutôt d'une dynamique processuelle de transformation. Elle s'opère

¹⁶⁸ Karl MANNHEIM, *Le problème des générations*, Paris, Nathan, (1928) 1990.

¹⁶⁹ Jean-Philippe VIRIOT DURANDAL, *Le pouvoir gris. Sociologie des groupes de pression de retraités*, *op. cit.*, p. 188.

¹⁷⁰ À titre d'exemple, les auteurs relèvent une inflexion des indicateurs démographiques (fécondité, divortialité) dès 1965. Il relève également le phénomène des « blousons noirs » en 1950, tandis que l'ouvrage de Simone de Beauvoir *Le Deuxième Sexe* paraît en 1949.

¹⁷¹ Anne-Marie GUILLEMARD, *La retraite une mort sociale : sociologie des conduites en situation de retraite*, Paris, La Haye, 1973., Anne-Marie GUILLEMARD, « De la retraite mort sociale à la retraite solidaire », *Gérontologie et société*, 2002, vol. 3, n° 102, pp. 53-66.

en continu tout au long du XXe siècle, éclate brusquement¹⁷² au moment des événements de mai, et se poursuit au-delà. Aussi, « ce n'est pas tant mai 68 qui a marqué les *baby-boomers*, que la période qui lui a succédé, celle de la remise en cause de la société avec les idées d'autonomie, de participation, celle de la contestation de la famille et, enfin celle de la conquête de la liberté sexuelle »¹⁷³.

2.5. Vieillesse contemporaines

Dès lors, on peut avancer l'idée selon laquelle les protagonistes des vieillesse contemporaines, incarnées par les *baby-boomers*, ont été impactés par un « effet de période », un contexte particulier dans lequel se sont déroulées leurs trajectoires individuelles. L'« atmosphère particulière où coexistait l'espoir de changer la société, le désir d'instaurer de nouvelles relations au sein de l'entreprise et de la famille avec la possibilité de vivre autrement en transgressant les limites jusque-là imposées »¹⁷⁴ dans lequel elles ont baigné, conditionne l'émergence de nouveaux comportements au moment de la vieillesse. Nous proposons de les mettre en relief au travers de quatre éléments : l'évolution des rapports entre générations¹⁷⁵ et de la place des personnes âgées dans la famille, les pratiques culturelles et de loisirs, la participation sociale, politique et culturelle, l'émergence possible de nouvelles générations de femmes âgées.

2.5.1. Solidarités intergénérationnelles et place dans la famille

L'augmentation de l'espérance de vie combinée à l'amélioration des conditions de la longévité est vectrice de chamboulements démographiques. On observe ainsi la coexistence de quatre, voire de cinq générations dans l'espace sociétal. Les « nouveaux vieux » dont les rôles au sein de la famille se sont démultipliés — selon leur position, ils peuvent être à la fois enfants, parents, et grands-parents — occupent une place intermédiaire dans cet édifice intergénérationnel, à l'intersection des différentes générations. Ils exercent une fonction de

¹⁷² Dans leur analyse comparée des baby-boomers en Grande-Bretagne et en France, Catherine Bonvalet, Céline Clément et Jim Ogg constatent que si l'atmosphère de contestation est largement perceptible au courant des années 1950 pour le cas de la Grande-Bretagne, elle est plus diffuse en France. Les jeunes *baby-boomers* apparaissent comme « dociles », « d'avantage consommateurs que contestataires ». Les auteurs soulignent que personne ne s'attendait à l'explosion culturelle relative à mai 68. Si « dans un cas, les contestations et les manifestations se sont produites au grand jour et étalés sur une décennie, dans l'autre, elles ont surgi brusquement », Catherine BONVALET, Céline CLEMENT et Jim OGG, *Réinventer la famille : l'histoire des baby-boomers*, op. cit., p. 116-117.

¹⁷³ *Ibid.*, p. 119.

¹⁷⁴ Catherine BONVALET et Jim OGG, *Les baby-boomers*, op. cit., p. 223.

¹⁷⁵ Le terme de « génération » sera employé ici comme une position spécifique au sein de la famille.

soutien et de liens à l'égard des générations ascendantes et descendantes qui les entourent, ce qui leur vaut le qualificatif de « génération pivot »¹⁷⁶.

La pluralisation et la déstandardisation des comportements conjugaux ont pu être interprétées comme le symptôme d'une déréliction du lien social ainsi que d'un ébranlement des solidarités familiales, il apparaît toutefois que ces dernières sont toujours effectives. Catherine Bonvalet, Céline Clément et Jim Ogg notent en effet que « malgré la montée de l'individualisme où le “je l'emporte sur le nous”, le poids des injonctions familiales à l'égard des parents âgés, la responsabilité du devenir des enfants demeure prégnante dans nos sociétés »¹⁷⁷. La teneur des liens intrafamiliaux s'est cependant modulée à l'aune d'une transformation de la conception de la famille, de son rôle et de sa fonction. Selon les auteurs « les individus ne sont plus au service de la famille, c'est la famille qui est désormais au service des individus »¹⁷⁸. Pour François de Singly, la famille contemporaine se situe ainsi « au centre de la construction de l'identité individualisée », au cœur d'un « processus de révélation de soi ». Elle assure une « fonction centrale de production identitaire »¹⁷⁹ et veille à l'épanouissement de chacun de ses membres.

Les relations intrafamiliales sont aujourd'hui marquées par une revendication d'indépendance, une volonté de réalisation de soi. Comme le notifient en effet Claudine Attias-Donfut, Nicole Benoît Lapierre et Martine Segalen, la parenté des sociétés contemporaines relève « d'une façon d'être entre soi, tout en restant soi-même, qui s'accommode de la célébration de l'individualisme et de la promotion de l'autonomie (...) tout en assurant liens et continuités »¹⁸⁰. « Le nouvel esprit de famille » qui se dessine est marqué du sceau de la valeur d'autonomie, revendiquée aussi bien par les jeunes générations que par les membres de la « génération pivot ». Si l'individualisation des sociétés contemporaines n'infirmes pas l'entraide et les solidarités familiales, il se traduit néanmoins par des modes de vie moins centrés sur la sphère domestique. Les pivots visent ainsi à répondre aux besoins de leurs parents et de leurs enfants, sans pour autant renoncer à leurs aspirations personnelles. Les rapports intrafamiliaux s'expriment dans une tension entre devoir et affection, tradition et indépendance. L'aide que les pivots apportent à leurs parents âgés est toujours appréhendée comme un devoir, mais cette aide n'est plus considérée comme

¹⁷⁶ Claudine ATTIAS-DONFUT (dir.), *Les solidarités entre générations : vieillesse, familles, État*, Paris, Nathan, 1995.

¹⁷⁷ Catherine BONVALET, Céline CLEMENT et Jim OGG, *Réinventer la famille : l'histoire des baby-boomers*, *op. cit.*, p. 285.

¹⁷⁸ *Ibid.*, p. 6.

¹⁷⁹ François DE SINGLY, *Le soi, le couple et la famille*, Paris, Nathan, 1996, p. 14.

¹⁸⁰ Claudine ATTIAS-DONFUT, Nicole LAPIERRE et Martine SEGALEN, *Le nouvel esprit de famille*, Paris, Odile Jacob, 2002.

un « allant de soi ». Cette génération rejette aujourd'hui l'idée d'avoir recours à leurs propres enfants pour leurs vieux jours « non seulement pour ne pas peser sur eux, mais aussi afin de préserver sa propre indépendance par rapport à la famille (y compris par rapport aux enfants) »¹⁸¹.

2.5.2. Pratiques culturelles et de loisirs

De plus en plus, la vieillesse est appréhendée comme un temps de projet, une « vie à inventer »¹⁸². Le passage à la retraite apparaît moins comme une rupture marquant l'arrêt de toute forme de participation à la vie sociale, que comme une nouvelle étape du cycle de vie libérée des contraintes de l'activité productive. Comme le souligne Vincent Caradec, « la diffusion des valeurs d'épanouissement et de réalisation de soi, au détriment de la croyance exclusive dans le travail, a fait de la retraite une nouvelle étape de la vie, définie de plus en plus souvent comme un moment de reconversion et d'engagement dans de nouvelles activités »¹⁸³. Dans les années 1970, les régimes complémentaires de retraite ont notamment contribué au développement d'un panel d'offre de voyages permettant au « troisième âge » de partir « visiter un monde dont il ignorait presque l'existence dans sa jeunesse »¹⁸⁴. On constate depuis, une augmentation du taux de départ en vacances chez les retraités. En 1965, 32 % des 60-64 ans partaient en vacances. Ce taux de départ passe à 58 % en 1999 et à 66 % en 2004¹⁸⁵. Ce sont en outre les personnes âgées de plus de 65 ans qui en 2004 partent le plus longtemps : 37 jours en moyenne, contre 26 pour l'ensemble de la population vivant en France¹⁸⁶.

Par ailleurs, l'enquête « pseudo-longitudinale » portant sur les pratiques culturelles des Français montre que les *baby-boomers* constituent les premières générations à bénéficier d'un accès facilité à l'enseignement supérieur. Elles sont plus enclines à lire, à participer à la vie culturelle et artistique (cinéma, théâtre, concert) que leurs parents¹⁸⁷.

¹⁸¹ *Ibid.*, p. 131.

¹⁸² Christian LALIVE D'ÉPINAY, *Vieillir ou la vie à inventer*, Paris, L'Harmattan, 1991.

¹⁸³ Vincent CARADEC, « Comportements culturels de la population âgée », *Empan*, 2003, vol. 4, n° 52, p. 56.

¹⁸⁴ Jean VIARD, *Court traité sur les vacances, les voyages et l'hospitalité des lieux*, La Tour d'Aigues, Éditions de l'Aube, 2000, p. 10., Vincent CARADEC et Ségolène PETITE, « Voyages organisés à la retraite et lien social », *Retraite et société*, 2008, n° 56, pp. 139-168.

¹⁸⁵ Céline ROUQUETTE et Catherine TACHE, « Les vacances des Français : résultats de l'enquête « vacances » 1999 », *Insee Résultats*, 2002, n° 4., Thomas LE JEANNIC et José RIBERA, « Hausse des départs en vacances, mais 21 millions de Français ne partent pas », *Insee Première*, 2006, n° 1093.

¹⁸⁶ Laurine DAUPHIN et Frédéric TARDIEU, « Vacances : les générations se suivent et se ressemblent... de plus en plus », *Insee première*, août 2007, n° 1154.

¹⁸⁷ Olivier DONNAT, « Pratiques culturelles, 1973-2008. Dynamiques générationnelles et pesanteurs sociales », *Culture études*, 2011, n° 7, pp. 1-36.

De manière générale, l'augmentation des ressources et des pensions de retraite favorise la consommation de masse tout particulièrement pour ces cohortes. Qualifiées de « générations dorées » par Louis Chauvel, les *baby-boomers* ont pu profiter d'une conjoncture particulièrement favorable au niveau de l'emploi et réalisés pour une partie considérable d'entre eux une carrière professionnelle ascendante¹⁸⁸. Catherine Bonvalet et Jim Ogg estiment quant à eux que les *baby-boomers* se définissent par une propension accrue à la mobilité. Expérimentant plusieurs modalités de résidences au cours de leur parcours, ils ont pu bénéficier d'un accès favorisé à la propriété¹⁸⁹ et sont plus souvent propriétaires d'une double résidence. L'augmentation du pouvoir d'achat comme le développement des transports (mobylette, automobile, avion) et des nouvelles technologies (internet, téléphonie) leur permettent également de dépasser les frontières territoriales de leur lieu d'appartenance de manière effective ou virtuelle, ce qui favorise l'accès aux loisirs et aux voyages au moment de la retraite.

2.5.3. La participation sociale et culturelle

Au-delà de ces modèles de retraite renvoyant à une forme « d'insertion passive »¹⁹⁰ via la consommation et les loisirs, se développent en parallèle d'autres modèles centrés sur la participation sociale. Pour Anne-Marie Guillemard, on peut noter à partir des années 1980 de nouvelles formes d'exclusion pesant sur les populations âgées : « la multiplication des mesures d'âge et des dispositifs de sortie précoce, dans les vingt dernières années, a engendré un mécanisme de discrimination par l'âge dans l'emploi et conduit à une relégation hors du marché du travail des actifs vieillissants »¹⁹¹. Dans ce contexte, de nouvelles pratiques émergent, déterminées par une forte demande d'intégration sociale. L'éviction anticipée des travailleurs du système productif génératrice d'une perception négative de l'âge dans le milieu professionnel serait ainsi à l'origine d'un nouveau type de retraite : la « retraite solidaire ». Définie par l'auteure comme une minorité significative, elle se caractérise par une forte implication des retraités dans les activités bénévoles et dans le milieu associatif.

¹⁸⁸ Louis CHAUVEL, *Le destin des générations : structure sociale et cohortes en France au XXe siècle*, Paris, Presses universitaires de France, 1998.

¹⁸⁹ Selon les auteurs, les générations nées avant 1930 sont les principaux bénéficiaires d'un « âge d'or de la propriété ». Les trajectoires résidentielles des Baby-boomers si elles s'inscrivent dans un contexte moins exceptionnel que celui de leurs parents, ont néanmoins pu bénéficier eux aussi d'une conjoncture favorable à l'acquisition d'une résidence, Catherine BONVALET, Céline CLEMENT et Jim OGG, *Réinventer la famille : l'histoire des baby-boomers*, op. cit.

¹⁹⁰ Jean-Philippe VIRIOT DURANDAL, *Le pouvoir gris. Sociologie des groupes de pression de retraités*, op. cit., p. 119.

¹⁹¹ Anne-Marie GUILLEMARD, « De la retraite mort sociale à la retraite solidaire », op. cit., p. 72.

On constate en effet, un essor considérable de la participation des plus de 60 ans aux associations, principalement dans le domaine de la culture et des loisirs. Selon une étude du Credoc datant de 1999, les quinquagénaires détiennent le monopole de la plus forte progression en matière d'adhésion associative entre 1970 et la fin des années 1990. Un tiers d'entre eux étaient engagés dans une association en 1979, le pourcentage passe à 44 % en 1998. L'augmentation du taux de participation est encore plus prégnante chez les 70 ans et plus, dont la proportion passe de 22 % en 1979 à 40 % en 1998¹⁹². Alors que la durée de vie continue de progresser corrélativement à l'abaissement de l'âge légal de la retraite, les retraités imaginent de nouvelles pratiques dans le but de se forger une identité sociale hors travail. Ainsi, avec Anne-Marie Guillemard, on peut considérer que certains de ces « nouveaux vieux » « revendiquent la polychromie et les investissements multiples dans le travail bénévole, les loisirs, la famille. Ils tentent de démontrer que la retraite n'est pas tant le moment où l'on peut profiter de la vie, que celui où l'on met à profit ses compétences au service non plus seulement d'une entreprise ou d'une administration, mais de toute la collectivité, ce qui en retour permet de "rester dans la vie". »¹⁹³.

Corrélativement à l'avènement de la « retraite solidaire », l'émergence d'un « pouvoir gris » marque une autre évolution dans les comportements des retraités. Il s'inscrit dans le prolongement de la « retraite revendication » mise en relief par Anne-Marie Guillemard, et suppose une plus grande propension à la contestation chez les retraités, pour la défense de leurs droits et de leurs intérêts. Jean-Philippe Viriot-Durandal montre qu'au-delà du contexte historique, l'émergence de groupes de pression de retraités est liée à des bouleversements structurels dans l'organisation du système de production. Ainsi, le modèle de la « retraite active » prescrit depuis 1962 avec la publication du rapport Laroque entre en adéquation avec le « potentiel » et le « savoir-être »¹⁹⁴ des classes moyennes. L'augmentation continue du niveau d'étude, l'explosion du nombre des employés, des professions intermédiaires et des cadres, relatives à la tertiairisation de la société opérée au cours du dernier quart de siècle, ont façonné un type d'acteurs davantage enclin à la protestation. Ainsi « l'essor de la classe

¹⁹² Bertrand CHOKRANE et Georges HATCHUEL, *La dynamique sociale des seniors*, CREDOC, coll. « consommation et modes de vie », 1999.

¹⁹³ Anne-Marie GUILLEMARD, « De la retraite mort sociale à la retraite solidaire », *op. cit.*, p. 65.

¹⁹⁴ Dans la continuité des travaux d'Anne-Marie Guillemard, l'auteur définit le « potentiel » comme « l'ensemble des ressources non élémentaires engagées dans le processus de recomposition durable des rôles, des statuts et des fonctions à la retraite » p 177. Dans son analyse, il propose d'élargir la notion de « potentiel » à l'idée de « savoir-être », défini comme « l'aptitude à s'insérer dans un contexte relationnel donné, à conserver ou à enrichir des liens anciens ou nouveaux avec des individus ou des groupes en respectant leurs règles implicites et explicites d'attitude et de comportement » p 179, comme par exemple l'aptitude à s'intégrer dans un groupe, à tenir une conversation.

moyenne a permis la diffusion du sens de l'autonomie et de la volonté de maîtrise dans le travail »¹⁹⁵ dans un contexte social et politique « où les valeurs individualistes de plus en plus partagées par les retraités légitiment les aspirations à plus de participation, d'autonomisation et d'intégration des citoyens âgés dans leur environnement »¹⁹⁶.

À l'instar de la « retraite solidaire », l'émergence d'un pouvoir gris est déterminée, selon l'auteur, par un sentiment de dévalorisation et d'une « inadéquation entre l'être biologique et l'être social »¹⁹⁷. En effet, l'exclusion du système de production des travailleurs âgés depuis les années 1980, est vecteur d'une volonté de compensation qui se traduit par un engagement politique et citoyen en vue obtenir un « droit à jouer »¹⁹⁸ dans la société. La volonté des retraités de participer au processus décisionnel sur des sujets qui les concernent résulte d'un processus d'*empowerment*. Il se définit comme une « exigence de participation au pouvoir dans la société »¹⁹⁹ propre à la tradition américaine de démocratie plurielle et participative. Les retraités qui se mobilisent aspirent à continuer à jouer un rôle actif dans la société : « il s'agit pour eux de manière individuelle ou à travers leurs organisations d'inventer et de négocier un pouvoir de création et d'intervention dans l'espace public et de s'appropriier ou de se réappropriier des rôles dans la construction sociale »²⁰⁰.

2.5.4. Vers de nouvelles générations de femmes âgées ?

Les travaux portant sur l'émergence de la « retraite solidaire » ou de la « retraite revendication » s'intéressent à l'évolution des pratiques et des comportements des nouvelles cohortes de personnes âgées de manière globale. D'autres études se sont attachées à introduire la notion du genre pour appréhender l'engagement citoyen des femmes âgées. Michèle Charpentier et Anne Quéniart par exemple, visent à l'analyse de l'engagement des femmes âgées dans le milieu associatif et/ou dans des partis politiques²⁰¹. Les enquêtées ont pour particularité d'avoir vécu, pour les plus âgées d'entre elles, les bouleversements liés à la Seconde Guerre mondiale et la crise économique de 1929. Leurs parcours sont profondément

¹⁹⁵ Jean-Philippe VIRIOT DURANDAL, *Le pouvoir gris. Sociologie des groupes de pression de retraités*, *op. cit.*, p. 455.

¹⁹⁶ *Ibid.*, p. 25.

¹⁹⁷ *Ibid.*, p. 120.

¹⁹⁸ Jean-Philippe VIRIOT DURANDAL et Guillaume GUTHLEBEN, « Le pouvoir d'être vieux. Empowerment et police des âges », *Gérontologie et société*, 2002, vol. 3, n° 102, pp. 237-252.

¹⁹⁹ Jean-Philippe VIRIOT DURANDAL, *Le pouvoir gris. Sociologie des groupes de pression de retraités*, *op. cit.*, p. 24.

²⁰⁰ Jean-Philippe VIRIOT DURANDAL et Guillaume GUTHLEBEN, « Le pouvoir d'être vieux. Empowerment et police des âges », *op. cit.*, p. 250.

²⁰¹ Cette étude qualitative réalisée au Canada s'appuie sur 24 entretiens semi-directifs avec des femmes âgées entre 65 et 87 ans.

marqués par l'évolution de la place des femmes dans la société (acquisition de droits civiques, avancée dans le secteur de l'éducation et du travail). Elles ont bénéficié d'un niveau d'instruction important et ont plus souvent occupé une activité rémunérée en comparaison des autres femmes de leurs générations. De plus, elles sont à l'origine de plusieurs innovations sociales et font figure de pionnières dans le domaine de l'éducation, l'accès à la contraception, le droit à l'avortement. Ces pionnières aux antipodes du « stéréotype de la vieillesse qui tricote ou qui se berce sur son balcon »²⁰² expriment une exigence de participation à la vie sociale culturelle et politique et sont porteuses d'une « culture de militance » conditionnée par leur genre et leur génération.

Ces enquêtées appartiennent aux générations nées avant-guerre et comportent des femmes issues des couches les plus aisées de la société canadienne. On pourrait néanmoins suggérer que la « culture de la militance » dont elles se revendiquent pourrait remonter le long des générations. Ainsi, sous couvert de l'émergence de nouvelles générations de personnes âgées on peut se poser la question de l'émergence, se généralisant, de nouvelles générations de femmes âgées. On peut considérer en effet que la voie ouverte par les pionnières entre en adéquation avec les revendications et les particularités de leurs filles, issues de ce que Yvonne Knibiehler définit comme la « génération du refus »²⁰³. Au moment de la jeunesse, le « refus » de certaines d'entre elles se caractérisait par une remise en cause des codes et des normes propres à la tradition représentée par leurs mères. Au prisme d'une contestation de la domination sociale jugée patriarcale et des rôles traditionnellement attribués aux hommes et aux femmes, ce « refus » était le fruit d'un long travail de mise en œuvre pour inventer une manière alternative de penser la maternité, la féminité, la conjugalité. Au moment de la vieillesse, il pourrait se caractériser par une contestation des modalités du vieillir, visible notamment dans le domaine de l'habitat des personnes âgées, comme nous le verrons dans les prochains chapitres.

Si on peut noter aujourd'hui des tendances générales se dessinant dans les pratiques et les modes de vie au moment de la retraite, il convient de rappeler que la catégorie des personnes âgées est loin d'être homogène, comme en témoigne notamment la coexistence dans l'espace social de plusieurs types de retraites (retraite revendication, retraite solidaire, retraite loisir, retraite-retrait...). Liée à l'environnement social et géographique, à la diversité

²⁰² Michèle CHARPENTIER et Anne QUENIART, « Au-delà de la vieillesse. Pratiques et sens de l'engagement des femmes aînées au Québec. », *Gérontologie et société*, 2009, vol. 1, n° 120, p. 196.

²⁰³ Yvonne KNIBIEHLER, *La révolution maternelle : Femmes, maternité, citoyenneté depuis 1945*, Paris, Perrin, 1997.

des itinéraires individuels, professionnels et familiaux, l'hétérogénéité des vieillesse est également induite par la persistance des inégalités sociales. Outre celles qui subsistent dans le domaine de la santé comme nous l'avons évoqué précédemment, on peut constater des divergences dans les parcours professionnels et les possibilités d'ascension sociale. Catherine Bonvalet et Jim Ogg montrent notamment que si certains *baby-boomers* ont « bénéficié des conditions exceptionnelles d'un marché du travail par rapport aux générations suivantes, ce qui leur a permis d'être en position favorable pour vivre les « trente piteuses » d'autres ont « en quelque sorte “raté le train” de la croissance »²⁰⁴. De plus, les disparités entre les sexes sont importantes. Le différentiel entre la retraite des hommes et celles des femmes s'élève à plus de 40 %²⁰⁵. La situation de ces dernières se dégrade tout particulièrement au-delà du seuil de 75 ans sous l'effet du veuvage, synonyme de précarisation et de solitude. Comme le résume ainsi Anne Labit, « les femmes vieillissantes sont donc plus nombreuses, plus pauvres et plus seules »²⁰⁶.

En dépit de l'hétérogénéité qui caractérise les continents de l'âge et des inégalités sociales qui demeurent, on peut déceler une trame commune aux vieillisses contemporaines. Les nouvelles cohortes de personnes âgées ont été impactées par les grandes transformations sociales et culturelles de la seconde moitié du XXe siècle. Les valeurs d'autonomie et d'autoréalisation qui les portent se traduisent au moment du vieillissement par de nouvelles pratiques, habitudes et modes de vie perceptibles dans la famille, les loisirs et la sphère culturelle et politique. Il s'agira maintenant de questionner les effets de ces valeurs.

3. L'hétéronomie de l'autonomie, les nouvelles contraintes de l'individualité

Les nouvelles cohortes de personnes âgées ont évolué dans un contexte favorable au développement des libertés individuelles et collectives. Bénéficiant d'une sécurité matérielle et *biologique*, elles s'approprient ce nouvel âge de la vie pour revendiquer une utilité sociale suite à l'arrêt de l'activité professionnelle ou pour s'épanouir et se réaliser. Mais, on pourrait considérer que ces transformations peuvent également être appréhendées comme les symptômes d'une société où « l'autonomie est l'atmosphère dans laquelle nous baignons tous »²⁰⁷. Elle constituerait la marque d'une « individualisation des parcours de vie

²⁰⁴ Catherine BONVALET et Jim OGG, *Les baby-boomers*, *op. cit.*, p. 185.

²⁰⁵ Carole BONNET et Jean-Michel HOURRIEZ, « Inégalités entre hommes et femmes au moment de la retraite en France », *Insee référence*, 2012.

²⁰⁶ Anne LABIT, « L'habitat solidaire », *Multitudes*, 2009, n° 37-38, n° 2, p. 245.

²⁰⁷ Alain EHRENBURG, « L'autonomie n'est pas un problème d'environnement, ou pourquoi il ne faut pas confondre interlocution et institution », *op. cit.*, p. 220.

individuels » où comme le souligne Martin Kohli, ce qui est désormais institutionnalisé « n'est plus une structure de comportement, mais une structure de réflexion »²⁰⁸.

3.1. Les deux visages de Janus

La période charnière des « Trente Glorieuses » se caractérise par une amélioration généralisée des conditions d'existence. Elle aurait conditionné le passage à un nouveau paysage sociétal favorisant l'apparition de l'individu autonome contemporain. Vectrices d'émancipation, les transformations opérées tendent selon Alain Ehrenberg à faire « de l'homme le propriétaire de lui-même et non le sujet docile du Prince »²⁰⁹. Dans un contexte où les préjugés, les traditions, les entraves et bornes qui structuraient la vie de chacun ne sont plus acceptées, « le droit de choisir la vie qu'on veut mener commence sinon à être la norme de la relation individu-société, du moins à entrer dans les mœurs »²¹⁰.

Sans vouloir dénier les potentialités et les possibilités qu'elle est susceptible d'offrir aux individus, l'autonomie, appréhendée comme une ouverture du champ des possibles, peut également être perçue comme la source de nouvelles contraintes. Ainsi, cette valeur devenue centrale, érigée comme le nouveau totem des individus contemporains, vient dessiner les contours du second visage de Janus. La possibilité pour l'individu « de créer par lui-même sa propre histoire au lieu de subir sa vie comme un destin »²¹¹ rendu possible dans le contexte des années 1960 se retourne contre lui. Si l'on peut admettre que l'individu moins discipliné se libère des contraintes de la tradition pour construire sa propre histoire, il tend également et dans un même mouvement, à devenir son propre souverain. Enjoint à la performance et soumis aux « tables de l'initiative individuelle »²¹², il est ainsi « placé institutionnellement dans la nécessité d'agir à tout prix en s'appuyant sur ses ressorts internes »²¹³.

On peut ainsi observer le passage successif à des formes renouvelées de régulation du social. Dans les sociétés prémodernes à tendance holistiques, elle s'exprimait dans la prééminence des liens de filiation et l'appartenance à des groupes restreints (le clan, la famille) peu propices à l'expression des consciences individuelles. L'avènement d'une « société des individus » s'accompagne ensuite de l'affirmation d'une responsabilité d'État. L'extension des systèmes de protection sociale qui favorise la constance, la prévisibilité, et la

²⁰⁸ Martin KOHLI, « Le cours de vie comme institution sociale », *op. cit.*

²⁰⁹ Alain EHRENBURG, *La fatigue d'être soi : dépression et société*, Paris, Odile Jacob, 2000, p. 14.

²¹⁰ *Ibid.*, p. 136.

²¹¹ *Ibid.*, p. 277.

²¹² *Ibid.*, p. 288.

²¹³ *Ibid.*, p. 276.

sécurité implique en même temps un contrôle des itinéraires individuels. Pour François De Singly, il se traduit notamment par le paradoxe de la famille conjugale : plus privée elle reste néanmoins « sous surveillance », clôturée par des régimes politiques qui cherchent à circonscrire l'individualisation jugée menaçante. La centration sur les personnes, l'émancipation de la famille vis-à-vis de la parenté, la communauté et le voisinage s'accompagne ainsi « d'une logique de plus grande dépendance vis-à-vis de l'État », dont l'« institutionnalisation du cours de la vie » constitue un marqueur. L'État centralisé standardise ainsi une « police des âges »²¹⁴, laquelle fonctionne comme un instrument de contrôle ajusté à l'appareil de production économique (le découpage ternaire de l'existence) et à la structuration des séquences du cycle familial homogène et standardisé.

Dans un troisième temps, les bouleversements culturels, sociaux et politiques des années 1960 dénotent une volonté de briser les interdits qui pèsent sur les parcours idiosyncrasiques. L'idée selon laquelle chacun peut se réaliser et devient le maître de sa destinée se démocratise. L'affirmation de l'autonomie se traduit ainsi par des modèles familiaux plus hétérogènes et moins standardisés, l'apparition de nouvelles pratiques et modes de vie, et une propension accrue à l'*empowerment* notamment (mais pas uniquement) chez les retraités. Les mutations qui ont cours dans le dernier quart du XXe siècle tendent à redéfinir les rapports entre individus et sociétés. Il en découle une nouvelle structuration du social à l'origine également de nouvelles contraintes.

Nous avons posé l'hypothèse selon laquelle les politiques préventives pouvaient être définies comme une « idéologie de la reconnaissance ». Nous pouvons à présent, apporter des éléments de réponse aux questions que nous avons formulées en amont : Comment les « systèmes de conviction » véhiculés peuvent-ils apparaître comme crédibles ? Comment les vieillesse contemporaines peuvent-elles s'y rapporter de manière positive ? En somme, comment les politiques préventives s'accordent-elles aux subjectivités individuelles ?

On peut considérer que le contexte social contemporain marqué par la prééminence des normes d'autonomie individuelle et d'autoréalisation favorise la diffusion du contenu moral relatif au « vieillissement actif ». Pour en comprendre le mécanisme, on peut suggérer qu'il existe une possible « affinité élective » entre les intérêts économiques et financiers propres à l'émergence du référentiel de la prévention et certains des traits typiques des vieillesse contemporaines. Selon cette perspective, le « système de conviction » véhiculé peut se diffuser parce qu'il trouve une adhésion aussi bien chez les responsables politiques, pour qui

²¹⁴ Annick PERCHERON, « Police et gestion des âges », in *Âge et politique*, Economica, 1991, pp. 111-139.

il constitue un instrument de régulation des dépenses publiques, que chez une partie des populations âgées qui se reconnaissent dans des valeurs les enjoignant « à adopter, au travers de processus de reconnaissance mutuelle, un rapport à soi spécifique qui les incite à assumer de leur plein gré des tâches et des devoirs servant la société »²¹⁵.

3.2. *Les Affinités électives*

Le concept d'affinité élective est emprunté à Goethe. Il désigne un processus d'attraction mutuelle par lequel un homme et une femme se recherchent et s'attirent, se saisissent pour resurgir dans une forme renouvelée et imprévue. Dans *L'éthique protestante et l'esprit du capitalisme* Weber, revisite cette métaphore pour expliquer le processus d'attraction réciproque qui s'effectue entre une éthique religieuse et un système économique. L'auteur relève ainsi des congruences entre certains traits typiques du protestantisme (éthique de la prédestination, ascétisme puritain contre « la jouissance spontanée des richesses »²¹⁶) et certaines caractéristiques propres au système de production capitalisme (performance, rentabilité, utilitarisme). De l'attraction réciproque entre ces deux éléments résulte une expansion de la rationalité en finalité conduisant (paradoxalement) à un « désenchantement du monde ». Ainsi, « l'ardeur de la quête du royaume de Dieu commençait à se diluer graduellement dans la froide vertu professionnelle ; la racine religieuse dépérissait, cédant la place à la sécularisation utilitaire »²¹⁷. Dès lors, le capitalisme moderne « dépouillé de son sens éthico-religieux » s'érige dans une forme nouvelle : un « ordre lié aux conditions techniques et économiques de la production mécanique et machiniste qui détermine, avec une force irrésistible, le style de vie de l'ensemble des individus nés dans ce mécanisme — et pas seulement de ceux qui concernent directement l'acquisition économique »²¹⁸. En conséquence de quoi écrit-il : « le puritain *voulait* être un homme besogneux — et nous sommes *forcés* de l'être »²¹⁹.

Dans le cadre de notre recherche, on peut considérer qu'il s'effectue un rapport d'affinités électives entre l'émergence d'un nouveau « cadre d'interprétation du monde », se traduisant (entre autres) par la diffusion des politiques préventives et le système de valeur issu du contexte social et politique des années 1960. Le cadre interprétatif du référentiel global d'inspiration keynésienne — incarné par l'État providence et « l'institutionnalisation du cours

²¹⁵ Axel HONNETH, *La société du mépris*, op. cit., p. 246.

²¹⁶ Max WEBER, *L'éthique protestante et l'esprit du capitalisme*, Paris, Plon, coll. « Pocket », 1964, p. 209.

²¹⁷ *Ibid.*, p. 217.

²¹⁸ *Ibid.*, p. 224.

²¹⁹ *Ibid.*

de la vie » — perd de sa capacité de mise en ordre du monde à partir des années 1960-1970. L'augmentation des compétences critiques des acteurs, la perte de légitimité de l'État se traduisent par une révolution des mœurs, une déstandardisation des comportements, une volonté d'autonomie et d'autoréalisation où, à l'image d'un slogan bien connu de mai 68 : « il est interdit d'interdire ».

Outre la remise en question des modalités de régulation par l'État d'un social « sous contrôle », Pierre Muller remarque une occurrence frappante de l'idée de « perte de sens ». De manière générale, il est constaté que « les recettes du passé ne fonctionnent plus »²²⁰ : le chômage augmente et les systèmes de protection sociale se trouvent dans l'incapacité de faire face à la montée de l'exclusion ainsi qu'à des formes diverses de « disqualification sociale ». Il s'enclenche alors un nouveau mécanisme de mise en ordre du monde. L'émergence du référentiel global de « l'efficacité publique » s'impose à l'ensemble des pays industrialisés. L'objectif est désormais d'« améliorer l'efficacité et surtout l'efficience (le rapport coût/résultats) des politiques publiques ». L'ouverture du marché à la globalisation économique tend à limiter la place et le rôle de l'État pour éviter qu'il ne constitue un frein à la croissance et au développement économique et social.

Ainsi, l'autonomie apparaît comme un point d'union entre l'émergence de cette nouvelle « matrice cognitive » et l'esprit culturel des années 1960. Elle s'institue dans un même mouvement comme un principe libérateur et une forme particulière de domination. Pour Pierre Muller, cette inflexion de l'action publique est en cela vectrice d'une transformation dans les modes de construction de la citoyenneté. En effet : « d'une part, les individus cherchent à échapper aux contraintes des identités imposées qu'elles soient locales, de classe, ou sectorielles, pour s'orienter vers des identités “choisies” avec lesquelles ils vont “négocier” en quelque sorte leur appartenance à la sphère civique ; de l'autre, à travers le modèle néolibéral tel qu'il s'exprime dans les nouvelles politiques des individus sont en quelque sorte “sommées” d'être les “entrepreneurs de leur propre vie” comme le montre de manière emblématique le tournant des politiques sociales vers une logique d'activation »²²¹. À l'image des deux faces d'une même médaille, l'autonomie répond simultanément, comme le souligne François Dubet, « aux principes démocratiques d'un individualisme éthique propres aux droits de l'Homme, et d'un autre côté, aux intérêts purement rationalistes de l'*homo*

²²⁰ Pierre MULLER, « L'analyse cognitive des politiques publiques : vers une sociologie politique de l'action publique », *Revue française de science politique*, 2000, vol. 50, n° 2, p. 157.

²²¹ Pierre MULLER, *Les politiques publiques, op. cit.*, p. 84.

oeconomicus »²²². Le rapport d'affinité élective qui s'effectue conduit à un « désenchantement » de l'idée l'autonomie. Pour Axel Honneth en effet « il faut comprendre le fait étrange que bien des progrès normatifs des décennies passées se sont transformés en leur contraire, en une culture de désolidarisation et de mise sous tutelle, et sont devenus des mécanismes d'intégration sociale sous la pression d'une dé-domestication néolibérale du capitalisme »²²³. En conséquence de quoi, si le libertaire des années 1960 *voulait* être un homme libre et autonome, nous sommes désormais *forcés* de l'être.

3.3. Le « *Bien vieillir* » ou l'échec des « *mauvais* » vieux

On peut considérer dès lors que le « système de conviction » véhiculé par les politiques préventives remplit les conditions préalables à l'effectivité d'une « reconnaissance idéologique ». Les contraintes qui s'imposent aux individus apparaissent moins comme un assujettissement à une loi formelle, « un partage entre le permis et le défendu », que comme un appel à la souplesse, la performance, la flexibilité ou l'adaptabilité, « au profit d'un déchirement entre le possible et l'impossible »²²⁴. Les nouvelles figures de domination qui découlent de ces transformations s'appuient ainsi sur les ressorts internes d'un « acteur-actif » « capable de se “gérer” lui-même (...), capable de se “prendre en charge” »²²⁵ : enjoint à l'autonomie, l'individu ne doit plus dépendre de personne.

Pour Danilo Martuccelli, le « souci d'impliquer les individus en tant qu'acteurs à leur “redressement”, leur “amélioration”, leur “soin”, leur “rattrapage”, leur “épanouissement” ou leur “développement” »²²⁶ s'exprime de manière flagrante dans les orientations des politiques sociales où l'affirmation de l'indépendance de l'individu est le corollaire de l'affaiblissement de ses droits et protections, en somme des « supports divers lui permettant justement d'y faire face »²²⁷. Dans ce contexte, on peut considérer les orientations en faveur du « *Bien vieillir* » comme le reflet d'une volonté politique « d'organiser institutionnellement une prise en charge qui se garde bien d'abandonner les individus à leur seule liberté, mais qui la gère de manière diverse selon les différents secteurs d'activité, tout en renvoyant la responsabilité sur les épaules des seuls individus »²²⁸. On assiste alors à un transfert de responsabilité de l'État vers

²²² François DUBET, *Le déclin de l'institution*, Paris, Seuil, 2002.

²²³ Axel HONNETH, *La société du mépris*, op. cit., p. 276.

²²⁴ Alain EHRENBURG, *La fatigue d'être soi*, op. cit., p. 15.

²²⁵ Danilo MARTUCCELLI, « Figures de la domination », *Revue française de sociologie*, 2004, vol. 45, n° 3, p. 480.

²²⁶ *Ibid.*, p. 485.

²²⁷ *Ibid.*, p. 203.

²²⁸ *Ibid.*, p. 487.

les individus. Le « bon » vieux, de par son activisme, aura réussi son vieillissement s'il n'a pas besoin d'aides extérieures, ne coûte rien en équipements sanitaires, ne pèse ni sur les solidarités familiales et intergénérationnelles ni sur les financements publics, en somme, s'il agit en adéquation des attentes et des enjeux sociétaux l'intimant tacitement à ne pas être une charge.

Au-delà d'une certaine « injonction à l'indépendance », la contrainte qui pèse sur les populations âgées peut être appréhendée à partir du prisme de la culpabilisation ou de la responsabilisation « contrainte ». Cette nouvelle expérience de domination enjoint l'individu à accepter son destin comme la « conséquence de ses actes » en dépit de la distribution inégalitaire des ressources, l'hétérogénéité de ses « potentiels », « savoir-faire » et « savoir-être » selon sa position dans l'environnement social. Pour Honneth, le caractère impératif de ce qu'il définit comme une « responsabilité imposée » tend à s'accroître « dans la mesure où les individus doivent assumer des responsabilités pour des faits desquels ils ne sont *de facto* pas responsables »²²⁹. L'idée défendue par l'auteur selon laquelle « les citoyens et les citoyennes tendent de plus en plus à percevoir leurs performances, leur succès et leurs échecs de manière individuelle, si bien que toute référence à un ensemble plus large ne semble plus guère possible »²³⁰ rejoint l'analyse de Danilo Martuccelli. Comme le souligne en effet l'auteur, la responsabilisation comme nouvelle figure de la domination mène à une « forme inédite d'intériorisation des catégories de l'échec »²³¹.

Ainsi, les politiques préventives bien qu'elles soient officiellement centrées sur les individus ignorent la diversité des itinéraires individuels. La morale du « Bien vieillir » s'applique de manière uniforme à l'hétérogénéité des vieillesses. Les approches et les analyses évaluant les conditions permettant l'accomplissement du « bien-être » des individus sont, comme le notent Cécile Collinet et Matthieu Delalandre, menées à partir d'enquêtes quantitatives. Elles identifient les effets de certaines variables liées aux modes de vie et aux activités des personnes âgées en ignorant la complexité des parcours de vie. Selon les auteurs, « bien que l'autonomie et l'autodétermination soient mises en avant, l'injonction au bien vieillir et au bien-être est assortie de normes comportementales qui doivent s'appliquer à tous indépendamment des parcours de vie »²³².

²²⁹ Axel HONNETH, *La société du mépris*, *op. cit.*, p. 295.

²³⁰ *Ibid.*, p. 296.

²³¹ Danilo MARTUCCELLI, « Figures de la domination », *op. cit.*, p. 492.

²³² Cécile COLLINET et Matthieu DELALANDRE, « L'injonction au bien-être dans les programmes de prévention du vieillissement », *op. cit.*, p. 462.

En conséquence, on peut considérer que le « système de conviction » véhiculé par les politiques préventives peut favoriser la segmentation d'une vieillesse à deux vitesses : le « retraité provisoirement actif »²³³ d'un côté et le « dépendant » de l'autre, aux antipodes d'un idéal de performance, de flexibilité, d'adaptabilité et d'indépendance. L'idée de « bon vieillissement » tend ainsi à radicaliser la scission du continent gris selon le critère de la santé. Comme le souligne en effet Jacqueline Trincaz, Bernadette Pujalon et Cédric Humbert « qui dit vieillissement réussi, sous-entend (c'est un discours implicite) possibilité d'un vieillissement raté. De même qui dit "bien vieillir" sous-entend possibilité de "mal vieillir" »²³⁴. Selon les auteurs, cette polarité dans le vieillissement est réductrice dans la mesure où « elle schématise encore de façon abusive une réalité fonctionnelle complexe »²³⁵.

À l'issue du processus de vieillissement, il y aurait donc des gagnants et des perdants : ceux qui auraient suivi les prescriptions relatives à la réussite de leur vieillissement (manger sainement, suivre une bonne hygiène de vie, prendre raisonnablement des médicaments et consommer modérément de l'alcool et des cigarettes) et ceux qui auraient échoué. La vieillesse devient alors « le fruit d'un coupable relâchement dans lequel ne tombent que les perdants »²³⁶. Ainsi, on peut considérer que les recommandations formulées en faveur du « bon vieillissement » seraient les vecteurs insidieux d'une scission entre les « bons vieux » autonomes d'un côté, et les « mauvais vieux » de l'autre. Ces derniers en viennent à devenir responsables de leur propre échec, accusation tacite dirigée à l'encontre d'une vieillesse coupable d'être *devenue* incapable.

CONCLUSION

Les représentations et la définition des vieillesse se sont considérablement modifiées sous l'effet conjugué de l'allongement de la durée de vie, de l'évolution des politiques publiques et des bouleversements sociaux et culturels des années 1960. Les mutations qui en résultent impactent les rapports intrafamiliaux, les modes de vie et la participation à la vie sociale et culturelle. Elles ont également une incidence sur les institutions de prise en charge de la vieillesse, qui se sont elles aussi considérablement transformées. Aussi, l'évolution des équipements gérontologiques *institués* comme le courant alternatif qui s'institue en contrepoint fera l'objet d'un second chapitre. Il nous permettra également de revenir sur les

²³³ Pascal HINTERMEYER, « L'art du retrait », in *L'automne de la vie. Enjeux éthiques du vieillissement*, Strasbourg, Presses universitaires de Strasbourg, 2012, pp. 393-402.

²³⁴ Jacqueline TRINCAZ, Bernadette PUJALON et Cédric HUMBERT, « La lutte contre le vieillissement », *Gérontologie et société*, 2008, n° 125, n° 2, p. 34.

²³⁵ *Ibid.*

²³⁶ *Ibid.*, p. 36.

conditions d'émergence de l'alternative gérontologique depuis les années 1970 jusqu'à aujourd'hui.

CHAPITRE 2 : LES DISPOSITIFS DE L'ACTION GERONTOLOGIQUE, ENTRE EQUIPEMENTS INSTITUES ET EXPERIMENTATIONS ALTERNATIVES

INTRODUCTION

Les bouleversements sociaux, culturels et démographiques que nous avons mis en perspective ont impacté les modalités d'hébergement et les services dédiés à la vieillesse. Dans ce chapitre, il s'agira de retracer les principales évolutions de l'action gérontologique en France. Deux types d'équipements seront abordés. Une première section sera centrée sur les dispositifs de prise en charge *institués* : les services d'aide à domicile et les institutions sociales et médico-sociales. Ce retour sociohistorique axé sur la mise en forme des « mondes » de la gérontologie *instituée* nous permettra de saisir dans un second temps les conditions d'émergence d'un mouvement à contre-courant. Nous reviendrons alors sur la genèse, les fondements, la dynamique et les valeurs intrinsèques de « deux générations » de formules présumées alternatives : les premières expérimentations des années 1970 auxquelles ont succédé les « habitats intermédiaires » dans les années 2000.

I. LES DISPOSITIFS GERONTOLOGIQUES *INSTITUES*

1. Vers une réformation de l'hospice

« Murs de pierre et grilles sévères, entrée gardée, cour d'honneur imposante, univers séparé et grouillant, source intarissable de légendes et de rumeurs »²³⁷ telles sont les termes employés par Carmen Bernand pour décrire, en introduction de son ouvrage, « l'hospice le plus mal famé de la région parisienne » : la Maison départementale de Nanterre. Son enquête de terrain réalisée au début des années 1970 est une analyse critique d'un « archaïsme sociologique », d'une institution en « voie de disparition ». Vivement critiqué depuis le milieu du XXe siècle, l'hospice « devient socialement intolérable, insoutenable au regard, même distancié que la société lui porte »²³⁸. Il se transforme peu à peu sous l'effet des politiques de

²³⁷ Carmen BERNAND, *Les vieux vont mourir à Nanterre*, Paris, France, le Sagittaire, 1978, p. 8.

²³⁸ Claudine ATTIAS-DONFUT, « La construction sociale de la dépendance », in *La dépendance des personnes âgées*, Éditions Sirey., Paris, 1992, p. 418.

modernisation et d'humanisation de l'hébergement institutionnel, alors que l'action gériatrique, impulsée par les politiques du « mode de vie » tend à redéfinir ses missions.

1.1. L'hospice, lieu d'enfermement de l'indigence

Au tournant du XXe siècle, la vieillesse n'est pas encore clairement identifiée comme une catégorie spécifique de l'action publique. L'obligation générationnelle constitue alors le socle de la cohésion sociale et la prise en charge des vieillards incombe à la sphère communautaire et domestique. Le recours au réseau d'assistance publique demeure exceptionnel et ne s'adresse qu'aux indigents²³⁹. Considérés comme des éléments parasites et dangereux, abandonnés par leur famille, ils ne peuvent se tourner que vers l'hospice.

Dans sa mission disciplinaire, l'hospice vise à la resocialisation et à la moralisation des pensionnaires, principalement issus du monde ouvrier, pour les conformer aux normes des classes dominantes²⁴⁰. Aussi, ce lieu d'enfermement est conçu — notamment par les médecins — comme une « machine à guérir spécialisée dans les maladies sociales »²⁴¹ et a vocation à enrayer les « vices dangereux comme l'alcoolisme, le gaspillage et l'immoralité »²⁴². Les indigents sont isolés de l'espace public pour protéger la société des désordres qu'ils seraient susceptibles de causer. Les dépôts de mendicité, hôpitaux et hospices, comptabilisant des milliers de pensionnaires regroupent des aliénés, des incurables, des vagabonds et des orphelins qui se confondent avec les vieillards, sans distinction de statut.

Dans les années 1920, l'hospice connaît des aménagements en vue d'une modernisation. La guerre et l'inflation conduisent de nouvelles couches sociales jugées plus respectables à faire appel à l'hospice. Comme le remarque Élise Feller, au cours de cette période définie comme un « âge d'or », « ce n'est plus sous l'angle de la discipline sociale et du redressement moral qu'est appréhendée l'entrée à l'hospice. Il n'est question ni de charité ni d'assistance. Il est plutôt question d'assurer une fin de vie aussi digne que possible, de recréer même une certaine qualité de vie, pour des personnes qui ont connu la douceur d'une existence confortable. Sous la pression d'une demande sociale différente, l'hospice doit

²³⁹ À titre indicatif, Carmen Bernard définit l'indigence comme une « solitude sociale » qui se distingue de la notion de pauvreté. Pour l'auteure en effet « l'état de pauvreté (chômeurs et chefs de famille nombreuse) s'oppose point par point à l'état d'abandon ou indigence. Le premier est représenté par des hommes dans la force de l'âge ; le deuxième par des enfants, des vieillards, ou des incurables. L'état de pauvreté résulte si l'on peut dire, d'un excès de famille ; l'état d'abandon, en revanche, provient d'une rupture des liens de parenté », Carmen BERNAND, *Les vieux vont mourir à Nanterre, op. cit.*, p. 199-200.

²⁴⁰ Carmen BERNAND, *Les vieux vont mourir à Nanterre, op. cit.*

²⁴¹ *Ibid.*, p. 219.

²⁴² *Ibid.*

redéfinir ses missions »²⁴³. Mais la crise des années 1930 et la Seconde Guerre mondiale sont les vecteurs d'un amenuisement des efforts entrepris dans les années précédentes.

Pour Jean-Pierre Bois, l'hospice reste à la marge des avancées techniques et de la modernisation que connaît l'hôpital. Il constitue le reflet d'une mise à l'écart de la vieillesse par le corps médical. Dans la préface de l'ouvrage d'Élise Feller, l'auteur note ainsi que les hospices deviennent « de simples structures d'hébergement, miroir de la non-assistance médicale et morale d'une société qui n'a pas cerné les spécificités de l'âge dans les progrès réels de ses travaux médicaux, de ses pratiques thérapeutiques, et de son équipement sanitaire »²⁴⁴. Dès le milieu du XIXe siècle en effet l'hôpital affirme sa vocation soignante au détriment de sa mission d'assistance, d'accueil et d'hébergement des populations vulnérables. Sa fonction asilaire ne disparaît pas pour autant. Comme le remarque en effet Sophie Chaveau, l'hôpital « continue à s'incarner dans une administration, dans des bâtiments, mais aussi dans une fonction qui, au-delà des soins dispensés, participe du contrôle social : on naît et on meurt à l'hôpital »²⁴⁵. Cependant, tandis que l'hôpital se spécialise et développe une médecine de pointe, l'hospice devient un lieu de désencombrement.

1.2. Critique de l'hospice à l'aune d'une société transformée

Dans la période des années 1960-1970, les institutions de prise en charge de la vieillesse se transforment. Le modèle hospicial, vivement critiqué, apparaît comme un anachronisme, manifeste d'une approche ségrégative de l'âge incarné par le « vieillard indigent », notion devenue elle aussi obsolète dans une société transformée. Comme nous l'avons montré dans le chapitre précédent, le processus d'individualisation propre à la modernité est le vecteur d'une « institutionnalisation du parcours de vie »²⁴⁶. C'est désormais l'État plutôt que la communauté d'appartenance qui police les itinéraires individuels. La retraite moderne constitue un marqueur de ces transformations et conduit à une modification des représentations de l'âge. À la figure du vieillard « indigent », se substitue celle du « retraité » qui dispose désormais d'un revenu sûr et régulier lui permettant d'acquérir une indépendance économique vis-à-vis de la parenté.

²⁴³ Elise FELLER, *Histoire de la vieillesse en France, 1900-1960*, op. cit., p. 117.

²⁴⁴ Jean-Pierre BOIS, « Préface », in *Histoire de la vieillesse en France, 1900-1960 : du vieillard au retraité*, Paris, Seli Arslan, 2005, p. 8.

²⁴⁵ Sophie CHAUVÉAU, « Quelle histoire de l'hôpital aux XXe et XXIe siècles ? », *Les Tribunes de la santé*, 2011, vol. 4, n° 33, p. 82.

²⁴⁶ Martin KOHLI, « The world we forgot : a historical review of the life course », op. cit.

Dans ce contexte, le rôle central de l'institution familiale dans la prise en charge de la vieillesse se modifie. Comme il en est fait mention dans le rapport Laroque : « *dans la société contemporaine, et surtout en milieu industriel et urbain, les conditions de la vie professionnelle, du logement, l'éclatement ou, à tout le moins, le relâchement des liens familiaux entre générations successives ont rendu nécessaire la recherche de solutions adaptées aux besoins spécifiques des personnes âgées qui ne peuvent plus trouver leur satisfaction dans un cadre de vie traditionnel. L'intervention des pouvoirs publics dans le domaine de la vieillesse est devenue, dans ces conditions, indispensables*²⁴⁷ ».

Ce qui est alors décrit comme un « *relâchement des liens familiaux* » se traduit notamment par un processus de décohabitation²⁴⁸. De manière générale, le recours à l'hébergement familial est de moins en moins perçu comme une évidence. Le « vieillissement de la population », le processus d'urbanisation et d'industrialisation propre à la modernité amènent de nouvelles couches sociales à rechercher un hébergement au moment de la vieillesse. Dès lors, il ne s'agit plus de répondre à la misère ni de moraliser l'indigence, mais de redéfinir l'institution pour assurer la protection et l'intégration des populations âgées. Il en découle une restructuration du modèle hospicial. Dans un contexte de croissance économique et de profondes mutations sociétales, la logique de modernisation impulsée à partir de la fin de la Seconde Guerre mondiale se traduit par un réaménagement des dispositifs de l'action gérontologique. Les orientations politiques axées sur le maintien à domicile et l'humanisation de l'hébergement institutionnel s'accompagnent du développement d'un nouveau concept immobilier : le logement foyer.

1.3. Les transformations des dispositifs de l'action gérontologique

1.3.1. Développer des services d'aide à domicile

Déjà au XVIIIe siècle, le problème de l'assistance au vieillard se pose en termes d'alternative entre le domicile et l'enfermement. Un projet de décret datant de 1791 énonce ainsi qu'« *il y aura deux espèces de secours pour les vieillards et infirmes : le secours à*

²⁴⁷ Pierre LAROQUE, *Rapport Laroque. Commission d'étude des problèmes de la vieillesse du Haut comité consultatif de la population et de la famille*, op. cit., p. 6.

²⁴⁸ À ce titre, Alain Villez note qu'en 1962, 15% des personnes âgées de 65 et plus cohabitent avec leur famille, ce processus s'intensifie depuis et en 1999, cette proportion passe à 5%, Alain VILLEZ, « EHPAD. La crise des modèles », *Gérontologie et société*, 2007, vol. 4, n° 123, pp. 169-184.

domicile ; le secours dans les asyles publics »²⁴⁹. Cependant le fonctionnement du domicile de secours reste subordonné à l'intervention d'une famille « capable et désireuse d'administrer les soins »²⁵⁰. Dans un contexte où la communauté d'appartenance est au fondement du lien social, le secours à domicile renvoie au « secours ordinaire », et concerne les vieillards intégrés dans un milieu familial. À l'opposé, l'asile se destine aux personnes seules, aux « individus qui ne pourront pas le recevoir, à raison de défaut de famille, d'infirmités graves qui exigeroient des soins particuliers, ou de toute autre cause pareille »²⁵¹.

Bernard Ennuyer note un changement d'attitude des politiques publiques en faveur du développement de l'aide domicile depuis les années 1950. Elle se met en place sous l'impulsion des congrégations religieuses pour éviter l'institutionnalisation des personnes âgées isolées et malades²⁵². Largement plébiscité par le rapport Laroque, le recours au domicile est replacé sur le devant de la scène politique. Il s'agit alors de développer des équipements et des services en complément de l'aide familiale pour limiter les placements en institution. « *L'objectif primordial* » consiste ainsi « à assurer aux personnes âgées, capables de continuer à mener une vie relativement indépendante, une protection efficace et suffisamment souple à leur domicile »²⁵³.

La Commission préconise d'élever le montant des allocations à destination des personnes âgées et de mettre en place un réseau de services d'aide et d'accompagnement. Le développement de l'aide-ménagère, les services de repas à domicile et d'entretien du linge sont pensés pour satisfaire les besoins matériels des personnes âgées, mais aussi pour leur permettre « *établir une liaison humaine entre ces personnes et le milieu local* »²⁵⁴. Les services d'animation collective et culturelle (foyer d'accueil, clubs du troisième âge, organisation de loisirs et de vacances) s'inscrivent dans une logique d'intégration à la vie sociale. L'aménagement de l'ensemble de ces services permettrait ainsi de « *lutter contre l'isolement des personnes âgées ; et à fournir à ces dernières le moyen, non seulement*

²⁴⁹ Cet énoncé d'un projet de décret présenté à l'assemblée nationale par le Comité de mendicité est tiré de l'article de Bernard Ennuyer, Bernard ENNUYER, « 1962-2007 : regards sur les politiques du « maintien à domicile » », *Gérontologie et société*, 2007, vol. 4, n° 123, pp. 153-167.

²⁵⁰ Carmen BERNAND, *Les vieux vont mourir à Nanterre*, op. cit., p. 209.

²⁵¹ Projet de décret présenté à l'assemblée nationale par le Comité de mendicité (1791).

²⁵² Bernard ENNUYER, « Les aides à domicile : une profession qui bouge », *Gérontologie et société*, 2003, n° 104, pp. 135-148.

²⁵³ Pierre LAROQUE, *Rapport Laroque. Commission d'étude des problèmes de la vieillesse du Haut comité consultatif de la population et de la famille*, op. cit., p. 208.

²⁵⁴ *Ibid.*, p. 271.

d'alléger leurs charges, mais aussi d'une part, d'apporter leur concours même désintéressé, aux activités collectives, d'autre part, et en tout cas d'occuper pleinement leur temps »²⁵⁵.

La Commission Laroque insiste sur la nécessité de respecter la volonté de la très grande majorité des personnes âgées qui souhaitent vieillir à domicile. Comme le souligne Bernard Ennuyer, « le rapport Laroque ne fait pas du maintien à domicile un objectif en soi, il le subordonne à une finalité éthique : permettre aux gens âgés de garder une place dans la société »²⁵⁶. Par ce biais, il est question de maintenir les personnes âgées dans leur environnement naturel pour qu'elles conservent leurs habitudes, les liens avec leur famille, leurs voisins, et leur quartier.

1.3.2. Moderniser et humaniser la prise en charge institutionnelle

Le rapport Laroque va impulser le processus d'humanisation de la prise en charge institutionnelle. Si comme le soulignent les auteurs de la Commission « *il ne faut pas dissimuler que le placement collectif de certains vieillards, physiquement ou psychologiquement incapables de mener une vie indépendante, continuera de s'imposer* » il est préconisé « *de faire en sorte que, tant sur le plan de l'équipement que sur celui de l'organisation de la vie quotidienne, les organismes chargés de les accueillir soient adaptés à leur état et qu'y soit ménagée la possibilité, pour les vieillards ainsi placés, de garder le plus de contact possibles avec l'extérieur* »²⁵⁷.

Dans le but de restructurer l'offre d'hébergement, il est recommandé d'une part de stopper la création de nouveaux hospices qui « *sont restés, dans une certaine mesure, des "dépôts de mendicité" dans lesquels les vieillards valides se trouvent aux côtés des infirmes et des malades chroniques* »²⁵⁸ au profit de maisons de retraite jugées plus adaptées à l'accueil des vieillards. D'autre part, la Commission insiste sur la nécessité de repenser l'architecture et les équipements des établissements en construction pour éviter le cloisonnement et améliorer les conditions d'hébergement des pensionnaires. Elle préconise notamment de réduire la taille des locaux, d'aménager des chambres de trois ou quatre lits maximum, d'assouplir les

²⁵⁵ *Ibid.*

²⁵⁶ Bernard ENNUYER, « 1962-2007 », *op. cit.*, p. 156.

²⁵⁷ Pierre LAROQUE, *Rapport Laroque. Commission d'étude des problèmes de la vieillesse du Haut comité consultatif de la population et de la famille*, *op. cit.*, p. 9.

²⁵⁸ *Ibid.*, p. 222.

régimes de visite et de sorties ou encore de favoriser l'implantation des lieux à proximité des zones d'intérêt ou d'activité²⁵⁹.

Les préconisations de la Commission Laroque ne seront mises en application que dans les années 1970 à l'occasion des VI^e (1971-1975) et VII^e Plans (1976-1980) quinquennaux de développement économique, soit 10 années après la publication du rapport. Pour Carmen Bernard, la « campagne d'humanisation » qui en découle se traduit en premier chef par un remaniement de la terminologie employée pour désigner les infrastructures d'assistance publique et leurs usagers. Sont ainsi proscrits des textes officiels les termes de « grabataire », « hospice », « asile », « incurable » « indigent » jugés trop brutaux et inadaptés aux évolutions sociétales²⁶⁰. Dans le secteur de l'hébergement, l'évolution du modèle hospicial témoigne d'une volonté d'État d'adapter l'offre à une population dont le profil s'est transformé. Il s'agit d'homogénéiser et de sectoriser les publics accueillis selon leurs besoins. L'humanisation des établissements conduit au développement des maisons de retraite — au départ réservées exclusivement aux personnes âgées « valides » — comme alternative à l'hospice. De nouveaux bâtiments, plus fonctionnels et de plus petites tailles sont aménagés. Dans les infrastructures existantes, des transformations architecturales sont opérées ; les locaux sont rénovés et modernisés. Concernant les conditions de vie dans les institutions, la création de chambres individuelles où « l'individu concerné (le vieillard-malade) peut s'épanouir »²⁶¹ permet de préserver son intimité.

1.3.3. Favoriser le développement d'un nouveau concept immobilier : le logement foyer

Parallèlement au maintien à domicile et à la refonte de la prise en charge institutionnelle émerge un nouveau concept immobilier : le logement foyer. Son développement s'inscrit dans le prolongement d'une politique interventionniste en faveur de l'amélioration et de la modernisation du parc locatif en France, qui au lendemain de la Seconde Guerre mondiale s'avère catastrophique. 500 000 logements ont été détruits durant la guerre et 1 400 000 ont été endommagés. En outre, d'après le recensement de 1946, 63 % des habitations ne disposaient pas de l'eau courante, en 1954, 27 % n'étaient pas dotés d'un w.c. tandis que seulement 10 % étaient pourvus d'une douche ou d'une baignoire²⁶².

²⁵⁹ Pierre LAROQUE, *Rapport Laroque. Commission d'étude des problèmes de la vieillesse du Haut comité consultatif de la population et de la famille*, op. cit.

²⁶⁰ Carmen BERNAND, *Les vieux vont mourir à Nanterre*, op. cit., p. 188.

²⁶¹ *Ibid.*, p. 189.

²⁶² Catherine BONVALET, Céline CLEMENT et Jim OGG, *Réinventer la famille : l'histoire des baby-boomers*, op. cit.

L'ampleur de crise du logement²⁶³ en France conduit à l'élaboration de mesures législatives en vue d'impulser la création de constructions neuves, et par-delà résoudre le problème du logement populaire posé depuis la fin du XIXe siècle²⁶⁴. Apparue en 1957, le logement foyer est ainsi pensé pour répondre à l'impératif de reloger dans des conditions décentes les populations âgées. Particulièrement touchées par le mal-logement, les personnes âgées constituent alors les « économiquement faibles » d'une société en pleine croissance économique.

Le logement foyer constitue une innovation sur le plan de l'hébergement. Il est un regroupement de logements individuels et privatifs dont les conditions d'accès sont délimitées par le critère de l'âge. Il s'agit en cela d'une « formule intermédiaire située entre le domicile et l'institution puisque le logement foyer constitue un établissement social, mais composé de “domiciles” »²⁶⁵. Les personnes âgées sont des locataires et non des résidents ou des pensionnaires comme c'est le cas dans les hospices ou les maisons de retraite. Ils bénéficient d'un accès à des services collectifs et de sociabilité tels qu'un restaurant, une blanchisserie, une salle de loisir ou des ateliers d'animation. Les logements foyers disposent d'un équipement sanitaire et parfois également d'un centre de soin. L'arrêté du 17 mars 1960, stipule en effet que les logements foyers doivent être pourvus de « *services collectifs ou des locaux communs pour assurer les mêmes fonctions qu'un logement familial et notamment, cuisine, office, salles de restaurant, petites salles de réunions, installations sanitaires, chambres d'isolement et local pour les premiers soins, ainsi qu'un logement pour le directeur et, s'il y a lieu, pour le gardien et l'infirmière* ».

Plébiscité par la Commission Laroque, le concept se développe dans les années 1970 à l'occasion du VIe plan pour le développement économique et social. Il s'inscrit dans le propre des politiques vieillesse alors axées sur le « mode de vie » des personnes âgées. La circulaire du 5 septembre 1974 stipule ainsi que le concept « *convient tout particulièrement aux personnes isolées, aux couples dont les forces déclinent, aux personnes sortant de centres de rééducation fonctionnelle ne pouvant vivre en logements autonomes* ». Les logements foyers, qui ne peuvent excéder 80 locataires comportent « *des services collectifs (locaux nécessaires aux activités, à l'animation et à la gestion)* » et « *doivent être implantés à proximité de moyens de transports et de centres d'activités (commerces, lieux de culture et de réunion)* ».

²⁶³ La prise de conscience de la crise du logement et les mesures législatives élaborées pour y répondre peut être datée à l'appel de l'Abbé Pierre en 1954, *Ibid.*

²⁶⁴ *Ibid.*

²⁶⁵ Dominique ARGOUD, *L'habitat et la gérontologie : deux cultures en voie de rapprochement*, Ministère de l'Ecologie, de l'Energie, du Développement Durable et de l'Aménagement du territoire, PUCA, 2008, p. 21.

Outre leur dimension intégrative, les logements foyers répondent aux logiques d'adaptabilité de l'hébergement gérontologique, qui se sectorise progressivement. Bien qu'ils comportent des équipements sanitaires permettant de sécuriser partiellement les locataires, les logements foyers se destinent lors de leur émergence aux personnes âgées « valides ». L'arrêté du 17 mars insiste sur le caractère non hospitalier du concept et précise : « *les logements foyers se vieillards ne sont pas destinés aux personnes dont l'état de santé nécessite en fait une hospitalisation* »²⁶⁶. Cette directive est confirmée par la circulaire du 5 septembre 1974 stipulant que « *les logements foyers sont destinés aux personnes âgées capables de vivre de manière habituelle dans un logement indépendant, mais ayant besoin occasionnellement d'être aidées* »²⁶⁷.

L'aide à domicile, les maisons de retraite et les logements foyers s'imposent progressivement comme des cadres de vie plus adaptés au vieillissement. Ces dispositifs s'adressent à des catégories de populations identifiées comme « valides » et qui donc ne nécessitent pas de surveillance médicale importante. Mais comme le remarque Carmen Bernard, « l'humanisation implique également la disparition de cette catégorie sociale qu'on peut appeler la vieillesse abandonnée, et son remplacement par une autre, le quatrième âge, regroupant les vieillards dépendants, voire malades, pris en charge par une médecine spécialisée, la gériatrie »²⁶⁸. Dès lors, le problème de la vieillesse « invalide » et « grabataire » en voie de devenir « dépendante » va transformer l'univers institutionnel.

2. Médicalisation institutionnelle de la vieillesse : la consécration de l'EHPAD

La médicalisation des dispositifs de l'action gérontologique comme l'émergence de la catégorie du « dépendant » sont étroitement liées aux évolutions des établissements sociaux et médicaux sociaux. La loi du 30 juin 1975 marque un tournant dans l'évolution des dispositifs de l'action gérontologique. Dans une perspective d'humanisation, elle abroge officiellement les hospices et prévoit leur transformation dans un délai de dix années soit en établissements sociaux (maison de retraite, logement foyer), destinés aux personnes âgées « valides » soit en établissements sanitaires (services de longs séjours²⁶⁹) pour celles qui nécessitent une surveillance médicale constante. Il en découle une spécialisation progressivement des équipements gérontologiques selon l'état de santé des personnes âgées, et la circonscription

²⁶⁶ Journal Officiel du 6 avril 1960.

²⁶⁷ Circulaire du 5 septembre 1974

²⁶⁸ Carmen BERNAND, *Les vieux vont mourir à Nanterre*, op. cit., p. 188.

²⁶⁹ Les longs séjours sont devenus unités de soins de longue durée depuis la loi du 31 juillet 1991

d'un cadre d'intervention professionnelle spécifique. Ces évolutions amorcées dès la publication du rapport Laroque, s'affirment dans un contexte où la gériatrie se consolide comme une « profession médicale »²⁷⁰.

2.1. Différer l'institutionnalisation, homogénéiser les publics

Au-delà de sa finalité éthique visant à porter un regard plus humain sur le vieillissement, les prescriptions du rapport Laroque cherchent à rationaliser la gestion de la vieillesse²⁷¹. La Commission est instituée « *en vue de faire le bilan des charges et des conséquences du vieillissement de la population, et de dégager les lignes directrices d'une politique de la vieillesse* »²⁷². Partant de l'idée selon laquelle « *progressivement, mais d'une manière inéluctable [le vieillissement de la population] grève les conditions d'existence de la collectivité française* »²⁷³, l'enjeu est alors, comme le souligne Anne Marie Guillemard de « réformer la vieillesse, afin qu'elle soit partie prenante et puisse concourir au procès de modernisation du pays »²⁷⁴. En cela, « le nouveau principe d'intégration tient compte de la nouvelle utilité sociale de certaines fractions de la population âgée, en même temps qu'il résout la question du coût croissant de l'hébergement et qu'il confère à la vieillesse une nouvelle image et de nouveaux contours »²⁷⁵. Patrice Bourdelais tire des conclusions similaires. Selon lui c'est « au nom de la rationalité économique et dans une perspective de stabiliser les coûts d'hébergement en institution de la population âgée » qu'une politique d'intégration est instituée dans les années 1960. Son action est dirigée sur les revenus « afin de réinsérer les personnes âgées dans le circuit de la consommation et de prolonger leur indépendance aussi longtemps que possible ». De façon volontariste, il s'agit alors d'agir sur les représentations de la vieillesse ; « on tente de passer de la détérioration à la conservation »²⁷⁶.

On peut ainsi déceler dans les politiques du « mode de vie » les prémisses de l'incitation à la prévention. Le nouvel « art de vieillir » activiste et participant, véhiculé dès

²⁷⁰ Cf. Chapitre 1.

²⁷¹ Rappelons ici que c'est suite à la parution du recensement démographique de 1958 que la présidence de la Commission d'étude des problèmes de la vieillesse est confiée à Pierre Laroque. Recensement qui dévoile l'ampleur de l'augmentation de la part des personnes âgées de plus de 65 ans dans le corps social, qui représentent alors 10% de la population totale en France.

²⁷² Pierre LAROQUE, *Rapport Laroque. Commission d'étude des problèmes de la vieillesse du Haut comité consultatif de la population et de la famille*, op. cit., p. 4.

²⁷³ *Ibid.*, p. 3.

²⁷⁴ Anne-Marie GUILLEMARD, « La production des politiques de la vieillesse. Débats, enjeux, rapports sociaux sous-jacents », op. cit., p. 120.

²⁷⁵ *Ibid.*

²⁷⁶ Patrice BOURDELAIS, *L'âge de la vieillesse*, op. cit., p. 406.

les années 1960, est déjà supposé favoriser la santé, par une action ciblée sur le milieu de vie. Dans l'action gérontologique, la prévention se traduit par une humanisation des établissements d'hébergement et la valorisation du domicile. Ces orientations susceptibles de différer l'institutionnalisation des populations âgées permettraient en sus de retarder l'apparition de handicaps liés à l'avancée en âge. L'aide à domicile se définit ainsi comme une « *solution humaine, tout en demeurant la plus économique* ». Ainsi, « *en assurant aux intéressés la continuité de leurs responsabilités et en leur évitant de glisser progressivement vers la vie végétative qu'entraîne fréquemment l'hébergement en collectivité, cette solution est incontestablement moins onéreuse* »²⁷⁷. Comme le remarque Anne-Marie Guillemard, « la promotion de la vie à domicile passe également par une limitation de son hospitalisation, grâce à la mise en œuvre de thérapeutiques appropriées destinées à retarder certaines manifestations pathologiques du vieillissement »²⁷⁸.

De manière générale, l'humanisation et la modernisation des dispositifs de l'action gérontologique visent au développement de services et d'infrastructures jugés plus ajustés aux besoins des populations âgées. Pour Dominique Argoud « par rapport à l'hospice, il s'agit désormais d'apporter une réponse d'hébergement plus adapté permettant une homogénéisation de la population accueillie et évitant que ne soient mêlés les vieillards valides, les grabataires et les infirmes adultes »²⁷⁹. La Commission Laroque mentionne d'ailleurs très clairement la nécessité de déterminer « *la forme d'intervention adaptée à chacun, du point de vie du logement, de l'aide à domicile, du placement en collectivité* » selon le « *degré de validité, l'état psychologique, l'aptitude ou l'inaptitude à mener une vie relativement indépendante* »²⁸⁰. Il est ainsi stipulé que « *le seul critère valable de l'hébergement doit être tiré de l'état de santé des intéressés* »²⁸¹. Pour les experts de la Commission, le domicile se destine aux personnes âgées « *valides* » dont les liens avec l'extérieur sont assez importants pour le permettre. Dans le cas où le maintien dans le logement ordinaire est impossible, les « *valides* » et les « *semis valides* » pourront être dirigés vers les maisons de retraite, les « *malades aigus* » vers l'hôpital « *sans qu'il n'y ait lieu de*

²⁷⁷ Pierre LAROQUE, *Rapport Laroque. Commission d'étude des problèmes de la vieillesse du Haut comité consultatif de la population et de la famille*, op. cit., p. 208.

²⁷⁸ Anne-Marie GUILLEMARD, *Le déclin du social*, op. cit., p. 133.

²⁷⁹ Dominique ARGOUD, *L'habitat et la gérontologie : deux cultures en voie de rapprochement*, op. cit., p. 18.

²⁸⁰ Pierre LAROQUE, *Rapport Laroque. Commission d'étude des problèmes de la vieillesse du Haut comité consultatif de la population et de la famille*, op. cit., p. 5.

²⁸¹ *Ibid.*, p. 225.

distinguer leur âge » tandis que les « grabataires » devraient être accueillis dans un « *service spécial* »²⁸².

2.2. Le processus de médicalisation des établissements

En vue de réformer le modèle hospicial, les préconisations du rapport Laroque seront mises en application dans les années 1970 par la loi du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière, puis par celle du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales. Elles s'effectuent à l'aune d'une séparation entre le sanitaire et le social, suivant le degré d'« invalidité » des résidents. Cependant la segmentation des publics est rattrapée par le vieillissement de la population hébergée dans les maisons de retraite et les logements foyers. Leurs gestionnaires sont en outre confrontés à une hausse de demande d'admission de personnes de moins en moins « valides ». Afin de répondre à l'évolution des besoins, la création de sections de cure médicale depuis la mise en application des décrets de 1977 et 1978 autorise la médicalisation partielle des établissements sociaux à hauteur de 25 % de leur capacité d'accueil. D'une part, elles permettent aux résidents de demeurer dans les lieux malgré leur « invalidité » d'autre part, elles constituent un moyen d'éviter leur afflux dans les unités de moyen et long séjour²⁸³.

L'homogénéisation des services et des infrastructures d'hébergement est un élément décisif permettant de comprendre le processus de construction de la « dépendance ». L'émergence de cette nouvelle catégorie de l'action gérontologique est étroitement liée à la médicalisation progressive des établissements de prise en charge, elle-même liée à la restructuration du modèle hospicial. Dans la mosaïque institutionnelle, l'hôpital occupe une dimension clé. Comme le souligne en effet Claudine Attias-Donfut « la transformation des structures hospitalières et ses effets en chaîne sur l'ensemble du système médical et médico-social ont créé les conditions d'implantation d'un espace nouveau dans lequel prend place la dépendance et qui tend à donner consistance à cette réalité floue et ambiguë qu'est le champ du médico-social »²⁸⁴.

Orientées par les préconisations du rapport Laroque, les inflexions politiques en faveur d'une gestion financière des populations âgées vulnérables se traduisent notamment par une

²⁸² *Ibid.*

²⁸³ Selon Agnès Caterin-Quivet, le montant du forfait soin en unité de long séjour est alors supérieure de 50% à celui d'une section de cure médicale, Agnès CATHERIN-QUIVET, « Évolution de la population âgée en institution et politiques mises en œuvre (1962-2004) », *Annales de démographie historique*, 2005, vol. 110, n° 2, pp. 185-219.

²⁸⁴ Claudine ATTIAS-DONFUT, « La construction sociale de la dépendance », *op. cit.*, p. 416.

spécialisation de l'hôpital. Elle s'accompagne selon Rémi Lenoir « d'une critique systématique de l'inadaptation et du coût de l'hébergement des vieillards »²⁸⁵. Le système hospitalier s'affirme dans sa fonction soignante dès le milieu du XIXe, mais ce n'est qu'au XXe qu'il devient véritablement « le lieu d'élection d'une médecine spécialisée mettant en œuvre les techniques les plus complexes et les plus récentes »²⁸⁶. Il consacre sa vocation de recherche²⁸⁷, se dote d'appareil de diagnostics plus sophistiqués, de services de soins plus coûteux (IRM, scanners, plateaux techniques) et l'effectif de ses salariés augmente. La gestion des soins est alors aménagée de sorte à contrôler le coût des dépenses de santé tout en favorisant son efficacité technique.

Comme le montre Agnès Catherine-Quivet, l'affirmation de la fonction soignante de l'hôpital sous l'égide du développement d'une médecine de pointe se traduit par une réduction de la durée de présence dans les services actifs²⁸⁸. Le système hospitalier tend ainsi à rejeter hors de ses murs l'hébergement des vieillards. L'irréversibilité de leur état de santé en tant qu'il appelle une action de longue durée, représente un coût important. De plus, les vieillards souffrent de multiples maladies, qui ne justifient pas, selon les législateurs, les médecins et les gestionnaires hospitaliers un suivi dans un service particulier, mais une prise en charge plus globale²⁸⁹.

Selon Claudine Attias-Donfut, la spécialisation de l'hôpital conduit également à un clivage dans la nature des soins dispensés. D'un côté ceux relevant d'une médecine technique sont réservés à l'hôpital. De l'autre côté, les soins dits de *nursing*, qui requièrent une moindre compétence technique sont externalisés dans les établissements d'hébergement à caractère social (maison de retraite, hospices, logement foyers²⁹⁰). Au-delà du rôle joué par les logiques gestionnaires et rationalistes de la prise en charge hospitalière, « la médicalisation des hospices et des maisons de retraite consiste en fait en un renforcement du *nursing* ». Il porte « sur le développement du *personnel secondaire des services médicaux et assimilés*, aide-soignante et agent de service hospitalier, et non pas sur l'implantation d'un plateau technique

²⁸⁵ Rémi LENOIR, « L'invention du « troisième âge » », *op. cit.*, p. 62.

²⁸⁶ Sophie CHAUVEAU, « Quelle histoire de l'hôpital aux XXe et XXIe siècles ? », *op. cit.*, p. 86-87.

²⁸⁷ L'ordonnance de 1958 marque la création des centres hospitaliers universitaires (CHU)

²⁸⁸ Agnès CATHERIN-QUIVET, « Évolution de la population âgée en institution et politiques mises en œuvre (1962-2004) », *op. cit.*

²⁸⁹ Sophie CHAUVEAU, « Quelle histoire de l'hôpital aux XXe et XXIe siècles ? », *op. cit.*

²⁹⁰ L'évolution des établissements vers la médicalisation est même antérieure au développement des sections de cures médicales comme en témoigne la nette augmentation du personnel dans les hospices et les maisons de retraite. Claudine Attias-Donfut note en effet qu'entre 1973 et 1978, le personnel administratif a augmenté de 23% tandis que celui du service médical affichait un accroissement de 78%, Claudine ATTIAS-DONFUT, « La construction sociale de la dépendance », *op. cit.*, p. 419.

sophistiqué ni sur la présence massive d'un personnel médical et paramédical²⁹¹ ». À domicile également, les services auparavant tournés principalement vers l'aide-ménagère élargissent leur champ d'intervention à des actions médico-sociales, et développent des services de soins infirmiers et de garde malade.

Le processus de médicalisation des équipements gérontologiques se voit réaffirmé par le renouvellement et l'affirmation de la médecine gériatrique. Pour asseoir sa légitimité, elle circonscrit un champ d'intervention qui lui est propre. Cette circonscription s'appuie sur une approche médicale et déficitaire de la vieillesse qui s'institutionnalise dans les services hospitaliers. Selon Rémi Lenoir en effet, les hôpitaux rejettent la vieillesse indigente, mais non le soin aux personnes âgées. Ainsi, « la mise en place de services spécialisés en "gériatrie" tend à constituer la vieillesse comme un état quasi pathologique, ce qui permet du même coup de la replacer dans la sphère du traitement médical »²⁹². L'approche médicale de la vieillesse s'institue également dans les nouvelles structures et services de « déchargement » de l'hôpital ; les maisons de retraite, les logements foyers et le domicile dont les actions s'inscrivent dans une « logique de l'alternative à l'hospitalisation, en s'efforçant de recueillir les clientèles et d'assurer les traitements dont se décharge l'hôpital »²⁹³.

2.3. Standardisation d'un modèle binaire EHPA/EHPAD

En dépit des critiques, Thomas Frinault constate que « l'approche gériatrique est sortie "vainqueur" en s'imposant au cours des années 1980 comme prisme central des problèmes de la vieillesse »²⁹⁴. Le Rapport Arreckx publié en 1979²⁹⁵ suivi du rapport *Vieillir demain* en 1980, plus connu sous le nom de rapport Lion²⁹⁶ par exemple, s'inscrivent dans une perspective de médicalisation. Il est question d'humaniser la prise en charge de la « dépendance » via la formation du personnel, l'amélioration des conditions de vie des pensionnaires, la valorisation des liens relationnels. Il est recommandé également de favoriser l'adaptation des établissements aux besoins des résidents hébergés dans des établissements

²⁹¹ *Ibid.*, p. 418.

²⁹² Rémi LENOIR, « L'invention du « troisième âge » », *op. cit.*, p. 63.

²⁹³ Claudine ATTIAS-DONFUT, « La construction sociale de la dépendance », *op. cit.*, p. 419.

²⁹⁴ Thomas FRINAULT, *La dépendance : un nouveau défi pour l'action publique*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2009, p. 15.

²⁹⁵ À noter que le rapport Arreckx entérine la notion de « dépendance » en lui donnant sa première définition officielle. Le qualificatif de « dépendant » est ainsi réservé à « tout vieillard qui, victime d'atteintes à l'intégralité de ses données physiques et psychiques, se trouve dans l'impossibilité de s'assumer pleinement et par là même, doit avoir recours à une tierce personne, pour accomplir les actes ordinaires », Maurice ARRECKX, *L'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées dépendantes*, Mission nationale confiée par le Premier ministre au député maire de Toulon, 1979.

²⁹⁶ Robert LION, *Vieillir demain*, Rapport du groupe "perspective Personnes âgées" préparant le 8e plan 1981-1985, La documentation française, Paris, 1980.

sociaux et médico-sociaux, en supprimant le seuil limitant les places médicalisées à 25 % de leur capacité d'accueil. En outre, la mise en application du décret du 8 mai 1981 permettra aux personnes âgées « dépendantes » d'avoir accès aux sections de cures médicales dès leur admission dans un établissement médico-social²⁹⁷. Le rapport Braun publié en 1988 vient confirmer la tendance. Il est ainsi mentionné que « *tous les experts ayant étudié le problème de la dépendance insistent sur la nécessité de médicaliser le social et de socialiser le sanitaire* »²⁹⁸. Il est également préconisé de poursuivre la création de place en section de cure médicale, d'augmenter les crédits alloués aux établissements médico-sociaux pour accueillir davantage de personnes âgées « dépendantes » et de limiter autant que possible leur institutionnalisation en milieu hospitalier.

Le paradigme de la médicalisation et de la « dépendance » n'ont fait que s'intensifier depuis lors, et à la fin des années 1990 s'opère une nouvelle étape dans la transformation de l'institution. La loi du 24 janvier 1997 instaurant la PSD, complétée par le décret du 26 avril 1999 « relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes » conduisent à une restructuration des institutions gérontologiques. La mosaïque institutionnelle issue de la spécialisation de l'hôpital se standardise dans une logique du tout-en-un. À la tarification binaire (forfait soin et forfait hébergement) se substitue une tarification ternaire introduisant le forfait dépendance qui s'intercale entre le forfait soin et le forfait hébergement²⁹⁹. Le montant des aides allouées n'est plus déterminé par le statut juridique de l'établissement (établissement social/établissement sanitaire), mais par le degré d'incapacité de la population accueillie. La réforme conduit à la création d'une catégorie administrative nouvelle : l'EHPAD³⁰⁰, qui devient l'institution officielle et légitime de prise en charge des personnes âgées « dépendante ». La grille AGGIR qui s'est imposée comme un outil commun de mesure et de gestion de la « dépendance » permet d'estimer les effectifs, la durée de l'aide, le profil des établissements, les subventions et autres allocations attribuées.

Depuis le décret du 26 avril 1999 et celui du 20 novembre 2001, le calcul du niveau moyen de dépendance du public hébergé, le GIR Moyen Pondéré (GMP) permet de définir les

²⁹⁷ Jusqu'au décret du 8 mai 1981, ce n'était officiellement que les personnes hébergées dans un établissement qui pouvait bénéficier d'une place en section de cure médicale.

²⁹⁸ Théo BRAUN et Michel STOURM, *Commission nationale d'étude sur les personnes âgées dépendantes*, rapport remis au secrétaire d'Etat chargé de la Sécurité sociale, 1988, p. 20.

²⁹⁹ L'Assurance maladie prend en charge le tarif relatif aux soins tandis que le résident acquitte les tarifs relatifs à l'hébergement et à la dépendance, partiellement pris en charge par la PSD remplacé par l'APA en 2001.

³⁰⁰ Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

établissements suivant une logique binaire EHPA³⁰¹/EHPAD. Si le GMP n'excède pas 300, l'institution est un EHPA, s'il excède 300, elle devient un EHPAD, tenu de signer une convention tripartite avec l'assurance maladie et le Conseil général³⁰². Depuis les premières signatures de conventions tripartites en 2000, le nombre d'EHPAD s'est considérablement accru. D'après un rapport de la DRESS, au 31 décembre 2007, en application de la réforme de la tarification, près de 6900 établissements ont signé une convention tripartite et sont devenus des EHPAD, soit 88 % des maisons de retraite, 74 % des USLD et 16 % des logements-foyers. En 2007, les EHPAD représentent 67 % de l'ensemble des structures d'accueil pour atteindre 73 % en 2011³⁰³.

Conjointement à la médicalisation, le processus d'humanisation se poursuit. Au-delà de la priorité au maintien à domicile, la rénovation des établissements, la modification de l'architecture des locaux, elle s'effectue via la formation du personnel et la mise en place d'outils (livrets d'accueil, charte et projet d'établissement, contrat de séjour, conseil de la vie sociale, projet de vie) garantissant la participation et le respect des droits et des libertés fondamentales. La notion de « libre choix » s'impose comme une reconnaissance de la capacité de la personne à délibérer et à décider des modalités d'accompagnement dont elle souhaite bénéficier et marque la prééminence de la figure de l'« usager »³⁰⁴. La loi 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale comprend ainsi une section consacrée au « droit des usagers », placés au cœur du système de soin aussi bien à domicile qu'en établissement. Il s'agit de « *promouvoir l'autonomie et la protection des personnes, la cohésion sociale, l'exercice de la citoyenneté, à prévenir l'exclusion et à en corriger les effets* »³⁰⁵.

Concernant plus spécifiquement l'EHPAD, Iris Loffeier montre comment l'humanisation de l'hébergement institutionnel s'inscrit dans une logique d'humanisation des pratiques sous l'égide d'une « culture de la bientraitance ». Dans une volonté de se distinguer de l'image repoussoir du modèle hospicial, la loi 2002-2 entend protéger les résidents contre le caractère jugé trop contraignant des structures de prise en charge. L'Agence d'évaluation des services sociaux et médico-sociaux (Anesm) est créée en 2007 pour consolider

³⁰¹ Établissement d'hébergement pour personnes âgées.

³⁰² À titre indicatif, un établissement dont les résidents seraient tous classés en GIR 1 (le niveau le plus haut de dépendance) comptabiliserait un GMP de 1000.

³⁰³ Julie PREVOT, « L'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007 », *Drees*, mai 2009, n° 689, « Études et résultats ».

³⁰⁴ Dominique ARGOUD, « La prise en compte des nouveaux lieux du vieillir par les politiques publiques françaises », in *Habiter et vieillir. Vers de nouvelles demeures*, Toulouse, Eres, 2013, pp. 213-224.

³⁰⁵ Art.2. de la loi 2002-2.

l'application de la loi de 2002 et favoriser la personnalisation de l'accueil, le respect de la dignité et de la singularité des résidents au prisme d'une « *pédagogisation des relations* »³⁰⁶.

2.4. Les dispositifs contemporains de l'action gériatrique

Le maintien à domicile, et son corollaire, le maintien à domicile le plus longtemps possible s'inscrivent aujourd'hui dans une logique d'économie budgétaire. En plus de répondre au souhait de la très grande majorité des personnes âgées, le maintien à domicile est perçu comme un dispositif moins onéreux que l'établissement médicalisé. Si ce point mérite d'être nuancé, surtout pour les personnes âgées les plus « dépendantes » comme le soulignent Virginie Gimbert et Guillaume Malochet, il n'en demeure pas moins « qu'il est un des principaux arguments avancés dans une période marquée par des contraintes budgétaires particulièrement fortes »³⁰⁷. Le maintien à domicile est notamment réaffirmé comme un objectif prioritaire par la loi d'adaptation de la société au vieillissement entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2016. Outre l'adaptation des logements, l'application de mesures en faveur de l'aide aux aidants et la revalorisation de l'APA, la loi préconise d'améliorer les politiques de prévention de la perte d'autonomie³⁰⁸ : « *la mission de préservation ou de restauration de l'autonomie dans l'exercice des activités de la vie quotidienne des services d'aide et d'accompagnement à domicile intervenant auprès des personnes âgées. [...] Il s'agira de promouvoir des activités de prévention telles que la lutte contre l'isolement, la formation à une alimentation équilibrée ou encore l'aide au déplacement* »³⁰⁹.

Au-delà de sa vocation intégrative, le maintien à domicile apparaît, selon Bernard Ennuyer, comme une « technique parmi d'autres, un instrument de gestion des populations à risque, considérés sous le seul vocable de problème, le “problème des personnes âgées” et ce à moindre coût »³¹⁰. Il contribuerait en outre à la baisse du chômage grâce aux emplois de proximité et de services à la personne qu'il est susceptible de créer. À partir des années 1984-

³⁰⁶ Pour une analyse critique de l'« humanisation » des relations soignantes voir Iris LOFFIER, *Panser des jambes de bois ? : la vieillesse, catégorie d'existence et de travail en maison de retraite*, Paris, Presses universitaires de France, 2015.

³⁰⁷ Virginie GIMBERT et Guillaume MALOCHET, *Les défis de l'accompagnement au grand âge. Perspective internationale pour éclairer le débat national sur la dépendance*, Centre d'analyse stratégique, Rapport & Documents, 2011, p. 78.

³⁰⁸ Concernant les logements foyers la loi d'adaptation de la société au vieillissement prévoit de les réformer pour les transformer en « résidence autonomie ». La création d'un forfait autonomie permettra de développer des actions d'animation « tournées sur un objectif de prévention relatives par exemple à la nutrition, l'accès aux droits ou encore la stimulation cognitive », Projet de loi relatif à l'adaptation de la société et vieillissement, 2 juin 2014, p 10.

³⁰⁹ Projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement, 2 juin 2014, pp 10-11.

³¹⁰ Bernard ENNUYER, « 1962-2007 », *op. cit.*, p. 162.

1985, « les personnes âgées deviennent un “gisement d’emploi” »³¹¹. La mise en application du Plan Borloo en 2004 s’inscrit dans le prolongement de cette logique où, selon l’auteur, ce n’est plus tant « la qualité de l’aide à la personne qui est visée, mais uniquement la mise à l’emploi de personnes au chômage, principalement des femmes non qualifiées »³¹².

L’autre pôle de l’action gérontologique, l’institution incarnée par l’EHPAD, s’institue progressivement comme une alternative au domicile. Si dans les années 1960, les personnes âgées s’installaient en maison de retraite relativement rapidement suite à une cessation d’activité ou lors de la perte du conjoint³¹³, de plus en plus, elles intègrent un établissement médico-social lorsqu’elles sont « dépendantes ». L’enquête EHPA publiée par la Drees montre ainsi que le profil des résidents s’est considérablement transformé. La proportion de résidents classés en GIR 1 à 4 s’est accrue pour l’ensemble des établissements (hors foyer logement³¹⁴) passant de 84 % en 2007 à 89 % en 2011. Les plus « dépendants » sont accueillis dans les EHPAD et les USDL qui comptabilisent un GMP supérieur à la moyenne nationale (575 en 2007 et 606 en 2011). Pour les EHPAD, le GMP passe en moyenne de 663 en 2007 à 700 en 2011 et pour les USDL de 845 à 866³¹⁵. De plus en plus, l’institution médicalisée est envisagée comme un ultime recours lorsque la dégradation de l’état de santé ne permet plus d’être maintenu chez soi.

Une première section nous a permis de restituer les étapes successives de l’évolution des dispositifs de l’action gérontologique. D’un côté, le maintien à domicile constitue toujours une priorité nationale plébiscitée par les usagers comme les acteurs de terrain, tandis que l’établissement cible plutôt les personnes âgées nécessitant une aide importante. En parallèle à l’*institué*, une offre *alternative* émerge à partir des années 1970.

II. L’ALTERNATIVE GERONTOLOGIQUE EN CONTREPOINT

Ni tout à fait des institutions, ni tout à fait des domiciles, des modèles épars et hétérogènes émergent pour proposer une « troisième voie ». Les nouvelles formules résidentielles à destination des populations âgées se situent à la marge des politiques officielles de la vieillesse. Leurs initiateurs visent à dépasser les limites de l’*institué* pour répondre « autrement » aux conséquences de la révolution démographique. Cette section

³¹¹ *Ibid.*

³¹² *Ibid.*, p. 163.

³¹³ Alain VILLEZ, « EHPAD. La crise des modèles », *op. cit.*

³¹⁴ Le changement de profil des hébergés concerne moins les foyers logements qui comptabilisent un GMP inférieur à la moyenne de l’ensemble des établissements. Entre 2007 et 2011 leur GMP moyen a même baissé passant de 225 à 213, Sandrine VOLENT, « L’offre en établissements d’hébergement pour personnes âgées en 2011 », *Drees*, février 2014, n° 877, « Études et résultats ».

³¹⁵ *Ibid.*

permettra d'identifier les « deux générations » successives de structures supposées alternatives qui se sont consolidées depuis la fin des années 1970 ; les premiers domiciles et appartements collectifs auxquels succèdent les « habitats intermédiaires » à partir des années 2000.

1. Les formules de « première génération » : une réponse alternative à la « dépendance »

En France, on peut dater l'apparition des premières formules expérimentales à la fin des années 1970. Elles se caractérisent par leur caractère hybride. Les modèles émergents accueillent des publics « fragilisés » et s'apparentent au domicile ordinaire. Pour Dominique Argoud et Marie-Jo Guisset, elles sont « porteuses d'ambivalence dans la mesure où elles se situent au carrefour de deux logiques : celle du communautaire et celle de l'individuel, celle de l'institution et celle du domicile ». Ainsi, « institution et domicile se rejoignent dans un espace intermédiaire, entre ces deux pôles opposés. L'objectif de la démarche est d'aboutir à la création d'un nouvel espace, fonctionnel et symbolique, qui reposerait sur les avantages procurés par chacun des deux pôles. Dans cet entre-deux, dans cette formule du “troisième type”, chaque projet va ensuite privilégier un des pôles »³¹⁶.

1.1. Critique du « programme institutionnel »³¹⁷

Les formules de « première génération » sont instituées en réaction aux dispositifs gérontologiques existants, dont les porteurs de projet visent à dépasser les limites. C'est tout particulièrement l'hébergement institutionnel qui est visé par les critiques. Comme nous l'avons montré précédemment, les prescriptions de la Commission Laroque, entérinées par la loi du 30 juin 1975, ont conduit à sa modernisation et à son humanisation. Mais, il faudra en réalité plus de vingt-cinq ans pour appliquer les mesures prescrites. De plus, tous les établissements ne bénéficient pas des modernisations architecturales et techniques escomptées. En outre, malgré les efforts entrepris par les politiques publiques pour en améliorer le fonctionnement, l'institution d'hébergement, qu'elle soit figurée par la maison de retraite, le Long séjour hospitalier, ou l'hospice fait toujours l'objet de nombreuses critiques.

Les représentations négatives associées à l'établissement de prise en charge sont symptomatiques d'une remise en cause générale de ce que Dubet définit comme le « programme institutionnel ». Pour l'auteur, il consistait en un « mode de socialisation » et un « *type de relation à autrui*, celui que l'instituteur, le prêtre ou le médecin pouvaient mettre en

³¹⁶ Dominique ARGOUD et Marie-Jo GUISSSET, « Vivre en petite unité de vie : entre institution et domicile, un accompagnement sur mesure de la vieillesse », *Fondation de France*, p. 40.

³¹⁷ François DUBET, *Le déclin de l'institution*, *op. cit.*

œuvre avec leurs élèves, leurs fidèles, ou leurs malades»³¹⁸ qui permettait de faire la médiation entre les valeurs universelles et les particularités individuelles. « Opposés à la diversité et à l'éclatement du monde »³¹⁹, le « programme institutionnel » reposait sur des principes sacrés. Ceux-ci se sont affirmés avec d'autant plus de force qu'ils se référaient à des principes homogènes et cohérents, permettant de faire croire à la validité d'un « monothéisme de valeurs ». Ainsi, « dans la mesure où la modernité a aimé se représenter sous la forme d'un projet culturel cohérent, universelle et rationnelle, elle n'a cessé de construire des programmes institutionnels, des écoles, des églises, des tribunaux, des institutions charitables et scientifiques susceptibles de produire des individus eux aussi universels à côté et "au-dessus" de leur croyance et de leurs mœurs particulières »³²⁰.

Dubet constate une détérioration de l'image de l'institution depuis la fin des années 1970. La pléthore des textes et des études à charge en sont venus selon lui à ne discerner dans cette organisation particulière du « travail sur autrui » que des « machines à conformer et à discipliner, à détruire toute individualité »³²¹. Pour les générations de mai 68 et celles qui lui sont ultérieures, l'institution est réduite à un « système de pur dressage visant la destruction de toute subjectivité autonome »³²² et renvoie au fonctionnement asilaire dépeint par Goffman et à la figure panoptique de Foucault.

Il apparaît ainsi que les critiques formulées à l'encontre du modèle hospicial, outre la vétusté des bâtiments, l'ennui qui y règne et sa mauvaise réputation, ciblent tout particulièrement l'approche de la personne et la prise en charge collective. Fustigé notamment par Simone de Beauvoir, l'hospice est qualifié de « parfaitement inhumain ». Il est perçu comme un mouvoir : « juste une place pour attendre la mort »³²³. Les vieillards y sont abandonnés à leur sort dans l'indifférence générale. Ils ne disposent d'aucune intimité, sont accablés par l'absence de relations sociales. Apathiques, ils se morfondent et perdent tout intérêt pour l'existence. Leur individualité annihilée est reniée par l'organisation collective de l'institution et la rigidité du règlement intérieur. Ainsi, dans son essai, Simone de Beauvoir souligne : « il n'y a souvent pas de paravent entre les lits, pas de table de chevet *individuelle*, pas d'armoire *individuelle* : le vieillard n'a pas un pouce d'espace à *soi* »³²⁴. Et plus loi

³¹⁸ *Ibid.*, p. 13.

³¹⁹ *Ibid.*, p. 28.

³²⁰ *Ibid.*

³²¹ *Ibid.*, p. 34.

³²² *Ibid.*

³²³ Simone DE BEAUVOIR, *La vieillesse*, Paris, Gallimard, 1970, p. 269. (Nous soulignons)

³²⁴ *Ibid.*, p. 272.

d'ajouter, « le menu est le même pour tout le monde, on ne tient aucun compte des régimes qui seraient souhaitables pour chacun »³²⁵.

De même, Carmen Bernard utilise la rhétorique goffmanienne pour décrire les rituels dépersonnalisant de « déculturation » subis par le « reclus ». Lorsqu'il franchit le seuil de sa nouvelle demeure, sa « carrière morale » débute par un « bain purificateur » suivant la logique hygiéniste de l'établissement. Il est dépossédé de son identité civile, abandonne ses effets personnels, est soumis au port de l'uniforme. Le fossé infranchissable entre le personnel et les « reclus » constitue un autre des traits typiques de la mécanique jugée intrinsèquement « totalitaire » de l'hospice : « celui qui exerce une fonction importante, même s'il s'agit d'un hébergé — se présente toujours comme un individu séparé en quelque sorte de l'institution »³²⁶. Il creuse une scission entre ceux qui dominent et disciplinent en vue de moraliser et détourner du vice, et les « vaincus », « les autres (...) désignés par des termes généraux : les vieux, les gars, ou plus couramment, “ça” »³²⁷. À l'instar de Simone de Beauvoir, Carmen Bernard dénonce la domination institutionnelle consistant en une « mortification de la personnalité », une dépossession de soi, une négation de son individualité et de son intimité. « À Nanterre, écrit-elle, le pouvoir est avant tout celui de disposer du corps de l'autre. Certes le fait de pouvoir enfermer quelqu'un dans une cellule en est l'exemple le plus typique. Mais dans la maison, cette forme de domination est en quelque sorte secondaire. Ce qui compte c'est moins de pouvoir enfermer que celui de découvrir et de manipuler un corps, lui refusant ainsi toute intimité. Un corps dépouillé d'identité, un “ça” réduit à sa lamentable nudité »³²⁸.

Sous couvert de la dénonciation du modèle hospicial, c'est toute une vision du monde qui semble être remise en cause. Cette transformation se traduit par le « déclin du programme institutionnel » et le rejet des normes qui régissaient les conditions et la nature « du travail sur autrui ». Le processus d'humanisation des maisons de retraite et l'affirmation du « droit des usagers » s'inscrivent dans ce mouvement. Il en est de même pour le contre-courant critique de l'alternative gérontologique.

1.2. Répondre à une exigence pratique et morale

La condamnation des modalités (jusque-là) légitimes d'exercice du pouvoir, la valorisation de l'« autonomie », de la préservation de l'individualité et de l'intimité

³²⁵ *Ibid.*

³²⁶ Carmen BERNAND, *Les vieux vont mourir à Nanterre*, op. cit., p. 80.

³²⁷ *Ibid.*

³²⁸ *Ibid.*, p. 88.

s'expriment très largement dans les revendications des défenseurs de l'alternative gérontologique de la fin des années 1970. En dépit des orientations politiques en faveur de leur amélioration, les institutions de prise en charge traditionnelles ont toujours mauvaise réputation. Les expérimentations de « première génération » répondent en cela à une exigence morale, celle de proposer aux personnes âgées des formules plus démocratiques, affranchies du caractère jugé déshumanisant et disciplinaire de l'institution.

Au travers des formules émergentes transparaît également une dénonciation des politiques de la dépendance et du processus de médicalisation du grand âge. Pour Claudie Paugam notamment, « les C.A.N.T.O.U et les appartements regroupés n'ont cessé de dénoncer l'erreur de croire que la solution du problème serait à attendre des médecins et de ce qui se mettait en place alors sous le nom de la médicalisation »³²⁹.

Les initiateurs de « première génération » ont également pointé du doigt les limites du maintien à domicile. Largement plébiscité par les acteurs de terrain, les politiques publiques, et les personnes âgées, il est considéré comme favorable à un vieillissement de meilleure qualité. Cependant, la montée des incapacités pose la question de l'« après ». De plus, la restriction des mouvements et des déplacements liée à l'apparition d'une « fragilisation » physique et/ou cognitive peut être un facteur d'isolement et de solitude.

Dans un rapport d'étude réalisée par la Fondation de France³³⁰ les premières structures innovantes sont définies comme des formules qui « tirant parti des erreurs commises (...) répondent réellement à un besoin non satisfait »³³¹. De même, pour Dominique Argoud, Serge Caussanel et Louis Gallard, si les formules des petites unités de vie ont connu un certain engouement lors de leur apparition, c'est parce qu'elles « révélaient, en y répondant, des attentes jusqu'alors généralement méconnues »³³². Au-delà de la critique du modèle institutionnel invitant à repenser l'accueil des populations âgées d'un point de vue moral, il est question pour les initiateurs de répondre à une exigence pratique. Émergeant dans un contexte où les services à domicile sont débordés et où ni les hospices, ni les hôpitaux, ni les maisons de retraite, ni les foyers-logements n'apparaissent pour les porteurs de projet comme

³²⁹ Claudie PAUGAM, « Domicile collectif: du maintien à domicile au maintien sur le lieu de vie », *Revue générale de gérontologie*, 1982, n° 4, p. 14.

³³⁰ La Fondation de France constitue le premier réseau philanthropique de France. Créée en 1969, elle est un organisme privé et indépendant qui aide à la concrétisation de projet à caractère éducatif, scientifique, social et culturel. Bénéficiant d'une aura incontestable en gérontologie, elle a depuis l'émergence des premières structures innovantes d'accueil, apporté un appui moral et financier à leurs promoteurs. Voir le site officiel de la Fondation : <http://www.fondationdefrance.org/article/qui-sommes-nous>

³³¹ Marie-Jo GUISSSET, Bernadette VEYSSET et Alain VILLEZ, *Grand âge dépendance et lieux de vie*, Paris, Fondation de France, 1990, p. 9.

³³² Dominique ARGOUD, Serge CAUSSANEL et Louis GALLARD, *Les petites structures et leur place dans l'accompagnement de la vieillesse : de l'innovation à la pérennisation*, Cleirppa, 1997, p. 37.

des solutions d'hébergement adéquates, les expérimentations princeps de l'alternative gérontologique auraient contribué à mettre en évidence le problème de la « dépendance » des personnes âgées, auquel elles aspirent à répondre, mais « autrement ».

1.3. Des formules hétérogènes

Les expérimentations de « première génération » sont caractérisées par leurs hétérogénéités. Elles ont des appellations variées (domicile collectif, petites structures d'accueil, petites unités de vie, appartements communautaires³³³), des conceptions architecturales distinctes et elles s'adressent à des publics différenciés. Les modèles consolidés peuvent être spécialisés dans l'accueil et l'hébergement de publics spécifiques (personnes âgées atteintes de troubles démentiels, personnes âgées à faibles revenus, personnes âgées manifestant des incapacités physiques) ou s'adresser à tout type de publics sans discrimination³³⁴.

Parmi les expérimentations consolidées, les accueils de jour, les centres de jour, les placements temporaires, sont pensés comme des formules ponctuelles d'accueil³³⁵. Un placement en Long séjour hospitalier, en hospice ou en maison de retraite étant souvent irréversible, il s'agit alors de combler le fossé entre domicile et institution pour permettre la circulation et les allées et venues entre les deux dispositifs. Amédée Thévenet soutient que les différentes formules d'hébergement temporaire constituent des « lieux de passage », qui permettent d'évaluer les besoins et les attentes des personnes âgées, mais également d'« encourager des comportements d'adaptation, provoquer des stratégies de transition, d'attente, de réhabilitation »³³⁶.

D'autres formules proposent de nouveaux modes d'hébergement permanent au sein de communautés de vie de petite taille. Plusieurs initiatives se développent quasi simultanément en France. La résidence de la Jonquière s'institue en 1979 dans le 17^e arrondissement de Paris, portée par l'association caritative des Petits Frères des Pauvres. Les Domiciles collectifs de Grenoble émergent en 1981 à l'initiative d'un service de soin à domicile rattaché

³³³ Ces formules sont aujourd'hui regroupées sous l'appellation générique de « petites unités de vie ».

³³⁴ Au moment où ces formules expérimentales émergent, l'évaluation de la « dépendance » ne fait pas encore l'objet d'un consensus national comme c'est le cas à partir de 1997 avec la consolidation de la grille AGGIR. Mais les rapports visant à détailler le fonctionnement des espaces notent une certaine homogénéité des types de handicaps rencontrés. Certaines structures expliquent accueillir des personnes soumises à des « handicaps dus à l'âge », d'autres précisent accueillir des personnes atteintes de troubles psychiques et physiques (hémiplégie, amputation, parkinson, insuffisance cardiaque, difficultés respiratoires, démence)

³³⁵ Les deux premiers centres de jours d'accueil temporaire sont créés en 1965 et 1967 dans le 13^{ème} arrondissement de Paris.

³³⁶ Amédée THEVENET, *Le quatrième âge*, Paris, Presses universitaires de France, 1992, p. 97.

au CCAS de la ville. Au sein de ces deux formules expérimentales, des appartements sont restructurés au rez-de-chaussée d'immeubles ordinaires. L'objectif étant de regrouper un ensemble de logements autour d'un palier. Les habitants disposent de chambres individuelles et d'espaces communs qu'ils partagent (un séjour, une cuisine, un bureau d'accueil).

D'autres initiatives émergent, non pas à partir du domicile, mais au sein d'établissements « classiques ». C'est le cas du Cantou³³⁷ de Rueil-Malmaison créé en 1979, sous l'impulsion de Serge Caussanel et de Louis Gallard, respectivement directeur et psychologue de l'établissement³³⁸. Le modèle est au départ un centre de jour accueillant des personnes âgées désorientées durant la journée, il devient ensuite un lieu de vie lorsque les initiateurs ajoutent des chambres et ouvrent ses portes aux familles des résidents. S'il relève de l'institution et non du domicile comme c'est le cas des expérimentations de Grenoble et de Paris, le Cantou de Rueil-Malmaison fonctionne comme une entité indépendante de la maison de retraite dont il est issu.

Dans les années 1980, le mouvement à contre-courant de l'alternative gérontologique se diversifie, se modélise et se développe à l'échelle nationale. Il touche à la fois les établissements classiques conscients des limites du modèle hospitalier de prise en charge et le secteur du maintien à domicile qui s'attache à trouver une alternative à l'institutionnalisation dès lors que la dégradation de l'état de santé se fait plus manifeste. Ainsi sont élaborés les domiciles protégés de Dijon, les résidences marguerite à Roanne, les maisons d'accueil rurales pour personnes âgées (MARPA), les béguinages de Saint Quentin, les domiciles partagés de Vannes ou encore l'appartement d'accueil du XIII^e arrondissement de Paris.

La multiplicité des formes de structures innovantes d'accueil fait écho à leur originalité et à la volonté des initiateurs de s'adapter aux réalités d'un territoire. Les expérimentations naissent à partir d'un contexte local et sont issues de rencontres et d'une dynamique de groupe. Les aménagements mis en place sont élaborés non pas à partir des organismes d'aide et de soin, mais à partir des bénéficiaires de ces services d'aide et de soin ; il est question de passer d'une logique du prêt-à-porter à une logique du sur-mesure³³⁹. Ainsi, la réponse apportée est « multiforme » en cela qu'elle vise à « construire des projets de vie

³³⁷ Centre d'Animation Naturelle Tirée d'Occupations Utiles.

³³⁸ Il est intéressant de noter ici que le Cantou de Rueil Malmaison est mis en place sur les ruines d'un hospice de 15 places, ouvert pour d'anciens domestiques démunis, par la femme d'un ministre de Napoléon III, Dominique ARGOUD, Serge CAUSSANEL et Louis GALLARD, *Les petites structures et leur place dans l'accompagnement de la vieillesse : de l'innovation à la pérennisation*, op. cit.

³³⁹ Amédée THEVENET, *Le quatrième âge*, op. cit.

non pas pour la personne âgée, mais avec la personne âgée »³⁴⁰. Le caractère hétérogène des aménagements opérés est significatif de la volonté des acteurs de répondre aux besoins des personnes âgées ainsi qu'à la diversité des formes du vieillir. Ce faisant, si les porteurs de projet s'inspirent de modèles existants, ils tendent à les adapter à l'environnement dans lequel il s'implante, à ses spécificités culturelles, démographiques, géographiques et historiques.

Des réseaux sont constitués dans le but de fédérer les initiatives autour d'une même philosophie, d'« utopies fondatrices » similaires permettant de faire le plaidoyer de ces initiatives innovantes. La Fondation de France, qui a soutenu le mouvement des petites unités d'accueil dès son émergence s'est largement impliquée dans la promotion de ces formules. Elle a notamment proposé la mise en place d'un guide de gestion comme outil d'aide à la mise en forme. Ce guide est pensé pour être un « indicateur du champ des possibles »³⁴¹. Il renvoie à une volonté forte de respecter l'originalité de chaque initiative. Dès lors, il ne s'agit pas de constituer un modèle unique qui briderait la richesse des différents projets élaborés, mais de construire un réseau souple. Sous l'égide d'une liberté encadrée, une réflexion et une interconnaissance entre les différents porteurs de projet permettraient de tirer profit des erreurs rencontrées et de mettre en commun les solutions apportées.

1.4. Vers une nouvelle approche du soin

En dépit de leur hétérogénéité, les formules de « première génération » présentent des caractéristiques relativement similaires, tout particulièrement du point de vue de la philosophie du soin. De manière générale, il s'agit de « penser autrement le lieu où se déroule la fin de vie »³⁴². Beaucoup d'expérimentations s'adressent à des personnes âgées présentant des incapacités physiques et cognitives importantes et sont conçues pour être viables, dans la mesure du possible, « jusqu'à la mort »³⁴³. Les espaces sont généralement de petite taille, en réaction aux structures de grande envergure. Les porteurs de projet visent à lutter contre la taylorisation de la prise en charge en consolidant des environnements propices à une approche individualisée de la personne, permettant de tenir compte des goûts, des désirs et des besoins des personnes accueillies. Les lieux de vie sont élaborés pour être familiers et chaleureux. Le terme de « Cantou » par exemple n'a pas été choisi au hasard. Il désigne en langue d'oc le

³⁴⁰ Dominique ARGOUË et Marie-Jo GUISSSET, « Vivre en petite unité de vie : entre institution et domicile, un accompagnement sur mesure de la vieillesse », *op. cit.*, p. 40.

³⁴¹ Marie-Jo GUISSSET, Patrick ROTHKEGEL et Alain VILLEZ, *La viabilité économique des petites unités de vie*, Fondation de France, 1997.

³⁴² Marie-Jo GUISSSET, Bernadette VEYSSET et Alain VILLEZ, *Grand âge dépendance et lieux de vie*, *op. cit.*

³⁴³ Claudette COLLOT, *Des lieux de vie jusqu'à la mort*, Paris, Fondation de France, 1984.

« petit coin », l'autre près du feu. Pour Louis Gallard « aucun mot français n'eût pu traduire aussi suggestivement la convivialité intime et chaleureuse dont on rêvait pour ces personnes dans ces lieux-là »³⁴⁴.

Ces expérimentations sont pensées pour être des « “annexes” du maintien à domicile », « ou le complément indispensable destiné à reculer, voire à empêcher un départ en hospice »³⁴⁵. L'idée du « chez-soi » est fortement valorisée par les promoteurs de ces formules, elle renvoie à la maîtrise de son espace en même temps qu'elle permet d'empêcher la ghettoïsation des personnes et leur déracinement. Selon Louis Gallard « au lieu d'arracher à grands risques les personnes fragilisées à leur réseau de soutien pour les confiner contre leurs vœux dans des systèmes institutionnels fonctionnellement efficaces, mais étrangers, la gageure pour les petites structures est de les maintenir dans leur milieu familial et, en renforçant et remobilisant les réseaux, de leur assurer un accompagnement de vie sans rupture »³⁴⁶.

Si les structures de « première génération » s'apparentent par certains de leurs traits au domicile ordinaire, elles s'en distinguent par la consolidation d'une articulation entre espace privé et espaces communautaires. Elles peuvent ainsi se définir comme un « chez-soi » possible à plusieurs. Dans ces lieux de vie, les personnes accueillies disposent de leur propre chambre, ce qui leur permet de s'extraire de la communauté et de préserver leur intimité. Elles ont également accès à des espaces partagés qui leur permettent de participer à la vie collective en apportant leur aide pour les tâches du quotidien (ménage, la préparation du linge ou des repas).

Les initiateurs de ces formules visent à développer une thérapeutique alternative se traduisant notamment par modification du langage utilisé pour dire le soin. Certaines notions sont proscrites du vocabulaire et remplacées par de nouveaux termes. À celui de « prise en charge », relatif à l'institution d'hébergement classique et perçu comme un assujettissement, se substituent les notions d'« hospitalité » et d'« accompagnement ». Ces notions correspondent à la matrice de sens de ces nouveaux modèles. Elles supposent une réciprocité dans la relation à autrui et la reconnaissance de l'autonomie individuelle des personnes hébergées. Ainsi, pour Serge Caussanel « accompagner c'est marcher à côté de l'autre en veillant sur lui et en l'aidant »³⁴⁷. De même, selon Louis Gallard : « ce que les “lieux de vie”

³⁴⁴ Louis GALLARD, « Trente ans après... », *op. cit.*, p. 12.

³⁴⁵ Claudie PAUGAM, « Domicile collectif: du maintien à domicile au maintien sur le lieu de vie », *op. cit.*

³⁴⁶ Louis GALLARD, « Trente ans après... », *op. cit.*, p. 15.

³⁴⁷ Valentine CHARLOT et Caroline GUFFENS, *Où vivre entouré ? L'accueil des personnes âgées atteintes de démence dans les lieux de vie résidentiels collectifs*, Namur, Fondation Roi Baudoin, 2007.

veulent inventer ce n'est pas une nouvelle forme de prise en charge, c'est le contraire d'une prise en charge : c'est l'aide à ce qui reste de liberté et de vie »³⁴⁸.

1.5. Des modèles « hors-la-loi » et controversés

Dès leur émergence, les nouvelles structures d'accueil et d'hébergement ont été confrontées au scepticisme des politiques locales. Beaucoup de formules sont nées « hors-la-loi ». Leurs promoteurs prétendant que leurs projets ne constituent pas à proprement parler des institutions d'hébergement traditionnelles visent à se soustraire aux procédures administratives et juridiques applicables à celles-ci³⁴⁹. Certains projets ont ainsi pu profiter du flou de la loi du 30 juin 1975. En effet, les formules de « première génération » n'étaient pas explicitement intégrées à la législation propre aux institutions sociales et médico-sociales parce qu'elles n'existaient pas encore lors de son entrée en vigueur. Pour ces raisons, il fut parfois possible de faire l'impasse sur les démarches administratives, et notamment de contourner les autorisations d'ouverture par les conseils généraux. D'autres formules ont, quant à elles, respecté les procédures. Dans ce cas, certaines opérations ont été confrontées à des retards importants dus à l'absence de détermination des conseils généraux. D'autres formules encore n'ont pu bénéficier que d'un accord provisoire de fonctionnement³⁵⁰. Mais de manière générale, les acteurs politiques locaux se sont montrés méfiants à l'égard de ces formules.

Ce scepticisme peut être expliqué par le caractère hétérogène des petites structures d'accueil ainsi que par l'aspect inédit de chaque projet. En effet, les promoteurs adaptent un montage financier, un partenariat et une solvabilisation propre à son environnement d'implantation, en fonction des forces vives de la région. Ces « initiatives empiriques »³⁵¹ sont le fruit d'une aventure collective. Elles naissent du constat d'un besoin local non satisfait où il s'agit d'adapter un modèle de prise en charge à un contexte social particulier. Comme le souligne Dominique Argoud : « un projet a d'abord été élaboré pour définir un "contenu", et c'est ensuite qu'ont été pris en compte les impératifs gestionnaires pour que la structure soit viable. Dans ces conditions, il ne s'est pas agi d'appliquer des normes, mais de bâtir un projet répondant à des besoins repérés localement. La diversité de la taille des petites structures, les

³⁴⁸ Louis GALLARD, « Trente ans après... », *op. cit.*, p. 24.

³⁴⁹ Dominique ARGOUD, Serge CAUSSANEL et Louis GALLARD, *Les petites structures et leur place dans l'accompagnement de la vieillesse : de l'innovation à la pérennisation*, *op. cit.*

³⁵⁰ Marie-Jo GUISSSET, Bernadette VEYSSET et Alain VILLEZ, *Grand âge dépendance et lieux de vie*, *op. cit.*

³⁵¹ Dominique ARGOUD, « Les nouvelles formes d'habitat pour personnes âgées : approche socio-historique d'une innovation », in *Vieillir chez soi. Les nouvelles formes du maintien à domicile*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2014, p. 50.

modes différents de fonctionnement, les clientèles accueillies sont autant d'indicateurs qui témoignent d'une volonté des promoteurs de s'inscrire dans une politique locale »³⁵².

En l'absence d'une modélisation claire élaborée à partir d'un programme précis et d'une ligne de financement rigoureuse, les projets peuvent apparaître au législateur comme des approximations ou des petits bricolages peu fiables à lourde charge financière³⁵³. Marie-Jo Guisset remarque qu'il faut en effet « une dose d'audace pour faire confiance à des acteurs de terrain qui s'aventurent sur le chemin de pratiques d'un type nouveau. Malgré les contraintes, ceux que nous qualifierons volontiers de pionniers se risquent à prendre une certaine distance avec des cadres d'intervention ou des modèles bien connus qui peuvent paraître rassurants à d'autres. S'inscrivant dans un processus et non dans l'application d'un programme, ils se donnent la capacité d'explorer des confins et d'imaginer des réponses parfois plus adaptées à la complexité des situations individuelles et à l'évolution du contexte social et institutionnel »³⁵⁴.

Ainsi ces formules ont peiné à s'imposer comme de nouveaux dispositifs d'accueil et d'hébergement pour les populations âgées. Le Cantou mis à part, qui s'est institué comme un modèle de référence à destination des personnes âgées présentant des troubles cognitifs dans l'hébergement institutionnel « classique »³⁵⁵, les formules de « première génération » n'ont pas véritablement convaincu les législateurs. Et si elles ont bénéficié d'un succès d'estime, du soutien d'organismes nationaux³⁵⁶ et d'acteurs de terrain, elles sont généralement restées « enfermées dans le carcan statutaire des innovations »³⁵⁷ et n'ont jamais été une priorité des politiques vieillesse³⁵⁸.

³⁵² Dominique ARGOUD, « Des grandes établissements aux petites unités de vie. L'hébergement collectif pour personnes âgées », *Générations*, 1997, n° 10-11-12, p. 4.

³⁵³ Cette critique est formulée en dépit des rapports d'études réalisés pour évaluer l'équilibre financier des nouvelles formes d'accueil et d'hébergement, Marie-Jo GUISET, Patrick ROTHKEGEL et Alain VILLEZ, *La viabilité économique des petites unités de vie*, op. cit.

³⁵⁴ Marie-Jo GUISET, « Peut-on innover en matière d'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ? », *Gérontologie et société*, 2008, vol. 3, n° 126, p. 88.

³⁵⁵ Le modèle Cantou a été plébiscité par les politiques publiques et s'est imposé comme une référence au moment où le problème de l'accueil et de l'hébergement des personnes âgées présentant des troubles cognitifs s'est posé avec plus d'acuité. Les Cantous se sont développés dans les établissements d'hébergement « classiques » à l'occasion du programme Maison d'accueil pour personnes âgées dépendantes (MAPAD) en 1986. Ils ont par ailleurs inspirés les « unités protégées » actuelles, Marion VILLEZ, *Le spécifique comme norme, l'invention comme pratique. L'accompagnement des personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou de maladie apparentée en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes*, Thèse pour l'obtention du grade de Docteur en sciences humaines et sociales, Université de Lille 3, Lille, 2015.

³⁵⁶ Par exemple, la Fondation de France et la MSA à l'origine du projet MARPA.

³⁵⁷ Alain VILLEZ, « Développement et médicalisation des petites unités de vie : un sentiment d'inachevé », *Documents-Cleirppa*, 2007, cahier n°26, p. 20.

³⁵⁸ La loi du 20 juillet 2001 a néanmoins reconnue l'existence juridique des structures innovantes de « première génération ». Les « petites unités de vie » se définissent ainsi par le critère de leur taille (leur capacité d'accueil ne peut pas excéder les 25 places).

1.6. L'impact de la normalisation de l'EHPAD

Au-delà de leur difficulté à faire reconnaître leur viabilité, les structures de « première génération » ont été affectées par les politiques de gestion de la « dépendance » et plus spécifiquement par la normalisation des établissements d'hébergement. Ainsi, « sous la pression de la dépendance accrue de la population âgée accueillie en établissement, les règles du jeu ont été définies, rendant plus fragiles les initiatives pionnières »³⁵⁹. La réforme de la tarification des EHPAD a, comme nous l'avons souligné, contribué à standardiser les institutions d'hébergement par un durcissement des règles concernant la sécurité, l'hygiène et l'accueil des publics « dépendants ». L'évaluation du niveau d'incapacité via la grille AGGIR a permis d'établir des profils types d'établissements et contraint les acteurs gérontologiques à prendre position entre une logique binaire séparant les EHPA des EHPAD³⁶⁰.

Les structures innovantes d'accueil progressivement réintégrées au champ législatif et réglementaire de l'action sociale et médico-sociale perturbent ce schéma en raison de leur caractère hybride et « hors normes »³⁶¹. Beaucoup d'entre elles accueillent une proportion importante de personnes identifiées comme « dépendantes » et comptabilisent un GMP qui excède souvent le seuil de 300 alors qu'elles souhaitent conserver une logique domiciliaire. L'injonction au placement EHPA/EHPAD tend ainsi à les compromettre. Un changement de statut juridique suppose en effet une redéfinition du concept tant du point de vue de l'approche du soin que de celui du montage administratif et financier. Dans la mesure où une transformation en EHPAD implique un processus de médicalisation et le respect d'un cahier des charges spécifique, comment éviter de dénaturer le projet ? D'un autre côté, si la formule devient un EHPA, comment organiser l'« accompagnement » des habitants « dépendants » sachant que le GMP ne pourra plus légalement dépasser le seuil de 300 ?³⁶²

Les initiateurs de « première génération » visent à se soustraire aux modes de fonctionnement des institutions sociales et médico-sociales, dans un processus de distanciation critique avec l'*institué*. Pour ces raisons, la réforme de la tarification des EHPAD constitue une entrave à leurs objectifs et aux valeurs qui les portent, mais également

³⁵⁹ Dominique ARGOUD, *L'habitat et la gérontologie : deux cultures en voie de rapprochement*, op. cit., p. 29.

³⁶⁰ Dominique ARGOUD, « De nouvelles formes d'habitat pour personnes âgées : d'hier à aujourd'hui. Du point de vue de la Fondation de France », *Gérontologie et société*, 2006, n° 119, pp. 85-92.

³⁶¹ Dominique ARGOUD, « La prise en compte des nouveaux lieux du vieillir par les politiques publiques françaises », op. cit.

³⁶² Dominique Argoud rappelle néanmoins que les formules de « première génération » ont pu bénéficier de dérogations et, par le biais d'action de *lobbying*, d'aménagements réglementaires (décret du 17 février 2006), Dominique ARGOUD, « Les nouvelles formes d'habitat pour personnes âgées : approche socio-historique d'une innovation », op. cit.

à leur possibilité de développement sur le territoire. Dès lors, comme le remarque Marie-Jo Guisset : « après une quinzaine d'années de développement régulier, la machine à broyer l'innovation s'est attaquée aux petites unités de vie. Réforme de la tarification avec un cahier des charges unique pour les EHPAD, critiques récurrentes sur leur non-viabilité économique, veto de plusieurs conseils généraux ou injonction des autorités de contrôle à adopter le statut classique d'EHPAD, sont autant de freins qui se sont mis en œuvre et qui ont sérieusement menacé ce type de formule d'hébergement et de soins »³⁶³.

2. Une « seconde génération » de formules : les « habitats intermédiaires »

2.1. Les « habitats intermédiaires »

Les expérimentations de « première génération » ont été mises en difficulté par les politiques de la « dépendance ». Mais, d'autres modèles ont émergé en France à partir des années 2000. Variés et multiformes, ils sont désignés par l'appellation d'« habitats intermédiaires ». Dans un ouvrage collectif, Laurent Nowik et Alain Thalineau s'attachent à en préciser les caractéristiques. L'« habitat intermédiaire » se définit comme « une offre résidentielle, apparemment proche des logements ordinaires, et pourtant différente³⁶⁴ » et répond dans sa logique à trois critères. Il constitue un logement fonctionnel adapté au handicap³⁶⁵ « pérennisant le sentiment du “chez-soi” »³⁶⁶. Il facilite l'accès aux services : « vivre en habitat intermédiaire, c'est avoir un meilleur accès à certains services, soit parce qu'ils sont présents à proximité de la résidence, soit parce qu'ils sont proposés en leur sein »³⁶⁷. Enfin, il est un domicile individuel inséré dans un collectif et vise à favoriser le lien social entre les habitants et à lutter contre le sentiment de solitude des personnes âgées. Les modèles les plus connus et les plus prisés sont les résidences services. Mais d'autres types d'« habitats intermédiaires » émergent également ; les habitats groupés, les habitats participatifs, les colocations seniors, les habitats autogérés, les villages retraite, les

³⁶³ Marie-Jo GUISET, « Peut-on innover en matière d'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ? », *op. cit.*, p. 86.

³⁶⁴ Laurent NOWIK et Alain THALINEAU (dirs.), *Vieillir chez soi : les nouvelles formes du maintien à domicile*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2014, p. 26.

³⁶⁵ Pour les constructions récentes cette dimension est incluse depuis l'arrêté du 1^{er} aout 2006 au Code de la construction et de l'habitation relative à l'accessibilité des personnes en situation de handicap à leur domicile individuel ou collectif.

³⁶⁶ Laurent NOWIK et Alain THALINEAU (dirs.), *Vieillir chez soi, op. cit.*, p. 37.

³⁶⁷ Laurent NOWIK, « Habitats intermédiaires : de quoi parle-t-on ? », in *Vieillir chez soi. Les nouvelles formes du maintien à domicile*, Presses universitaires de Rennes., Rennes, 2014, p. 37.

béguinages, les habitats intergénérationnels sont autant de dénominations figurant de nouvelles formules résidentielles situées entre le domicile et d'établissement³⁶⁸.

Les « habitats intermédiaires » sont définis par Dominique Argoud comme des formules de « seconde génération ». À l'instar des expérimentations pionnières des années 1970, les « habitats intermédiaires » visent à étoffer l'offre d'hébergement entre le domicile et l'institution. Mais ils s'en distinguent en cela qu'ils s'inscrivent dans un paysage législatif différent. Comme le remarque l'auteur, « tout semble se passer comme si les nouvelles règles du jeu voulues par les pouvoirs publics que symbolisent la réforme de la tarification des établissements et la rénovation de l'action sociale et médico-sociale avaient généré une génération "spontanée" d'initiatives se situant moins à l'intersection des politiques sectorielles qu'en dehors d'elles »³⁶⁹.

En effet, les initiateurs d'« habitats intermédiaires » se placent généralement en dehors du cadre de la loi 2002-2³⁷⁰ rénovant l'action sociale et médico-sociale pour se positionner dans le champ du domicile et donc sous la même juridiction que le logement ordinaire. De plus, les formules ne renvoient pas systématiquement aux personnes âgées ou à la « dépendance ». Dans l'intention de décloisonner les âges de la vie, les initiateurs proposent des lieux de vie mixtes et non stigmatisants favorisant la solidarité intergénérationnelle. En outre, les porteurs de projets ne sont généralement pas des professionnels issus du champ de la gérontologie comme ce fut le cas dans formules de « première génération ». Ce sont de nouveaux acteurs tels que les offices HLM, des sociétés commerciales ou encore des personnes âgées elles-mêmes qui se lancent dans la consolidation de nouveaux modèles³⁷¹.

2.2. Les « habitats intermédiaires » des formules en adéquation avec les attentes des vieillesses contemporaines ?

Les habitats autogérés³⁷² occupent une place particulière dans la nébuleuse des « habitats intermédiaires ». Peu visibles sur le territoire, ils constituent une réalité statistique

³⁶⁸ Dominique Argoud a construit une typologie des « habitats intermédiaires » en excluant de son échantillon les initiatives qui sont intégrées à la loi 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Il comptabilise cinq idéaux types : l'habitat adapté, l'habitat service, l'habitat intergénérationnel, l'habitat groupé et l'habitat autogéré, Dominique ARGOUD, « Les nouvelles formes d'habitat pour personnes âgées : approche socio-historique d'une innovation », *op. cit.*

³⁶⁹ *Ibid.*, p. 54.

³⁷⁰ Bien qu'ils s'inscrivent dans le cadre des institutions sociales et médico-sociales, les foyers-logements et les MARPA sont considérés comme des « habitats intermédiaires ».

³⁷¹ Dominique ARGOUD, *L'habitat et la gérontologie : deux cultures en voie de rapprochement*, *op. cit.*

³⁷² Suivant les auteurs qui traitent de la question, l'habitats autogéré est parfois également désigné par l'appellation d'« habitat groupé », d'« habitat solidaire » ou d'« habitat participatif ». En France, ces formules ont été reconnus par la loi ALUR adoptée le 24 mars 2014, qui les définit par l'appellation d'« habitat

mineure³⁷³. Cependant, lors de l'émergence de certaines expérimentations emblématiques en France, l'habitat autogéré a le vent en poupe dans le milieu académique, chez les acteurs de terrain, auprès de certains élus politiques et dans le grand public, comme en témoigne la multiplication de rapports³⁷⁴ et de recherches³⁷⁵, d'articles de presse et de textes scientifiques³⁷⁶ publiés sur le sujet.

Les habitats autogérés sont perçus comme l'expression d'un renouveau dans les pratiques résidentielles des personnes âgées et comme un moyen permettant de « mieux vieillir »³⁷⁷. Surtout, ils renvoient de manière incantatoire à l'expression du « pouvoir d'être vieux »³⁷⁸ dans une société qui depuis le rapport Laroque est orientée en faveur de l'intégration et de la redéfinition de la place des personnes âgées dans la société. Dans sa typologie Dominique Argoud définit ainsi cette formule « intermédiaire » comme correspondant à des « initiatives prises par des personnes vieillissantes pour inventer un lieu et un mode de vie, et surtout en pour en garder la maîtrise malgré la survenue de handicaps liés à l'âge »³⁷⁹.

En France, la « Maison des Babayagas » a contribué à populariser le modèle. Dans le processus qui l'a vu naître comme dans les valeurs qu'il porte, ce projet constitue une illustration typique d'une prise de pouvoir des personnes âgées. Le lieu est réservé aux femmes à faibles revenus. Cette dimension discriminatoire a fait l'objet de critiques lors de

participatif ». Nous choisissons quant à nous d'utiliser le terme d' « habitat autogéré », qui nous semble illustrer de manière plus signifiante les caractéristiques de ce modèle innovant. Dans le corps du texte, le terme d' « habitat autogéré » sera remplacé par le sigle HA.

³⁷³ À noter que les habitats autogérés sont difficilement quantifiables. Pour la plupart, ils ne sont pas médiatisés et relèvent d'initiatives privées, ce qui rend leur recensement difficile. D'autre part, beaucoup de modèles au vu de leur caractère expérimental et innovant sont toujours à l'état de projet.

³⁷⁴ Muriel BOULMIER, *Bien vieillir à domicile : enjeux de l'habitat, enjeux de territoires. Rapport au secrétaire d'Etat au logement et à l'urbanisme*, Paris, La documentation française, 2010., Luc BROUSSY, *L'adaptation de la société au vieillissement de sa population. France : ANNEE ZERO !*, Rapport remis à Michèle Delaunay, Ministre déléguée aux Personnes âgées et à l'Autonomie, 2013.

³⁷⁵ Hélène LEENHARDT, *La vie en appartement communautaire (group living) pour les personnes âgées qui ont besoin d'aide et de soin. Document de travail*, Paris, Association Monsieur Vincent, 2010., Dominique ARGOUD, « L'habitat groupé, une alternative à la maison de retraite ? », *Hors série Cleirppa*, 2011., Laurent NOWIK, Anne LABIT, Alain THALINEAU et Laurine HERPIN, *L'habitat de demain : les habitats intermédiaires pour personnes âgées*, Université de Tours François-Rabelais UMR 7324 CITERE - Université d'Orléans EA CEDETE 1210, 2013. En Belgique on pourra noter la publication des rapports : Alexandre CARLSON, *Où vivre vieux ? Quel éventail de cadres de vie pour quelles personnes vieillissantes ?*, Namur, Fondation Roi Baudoin, 1998., Valentine CHARLOT et Caroline GUFFENS, *Où vivre mieux ? Le choix de l'habitat groupé pour personnes âgées*, Namur, Fondation Roi Baudoin, 2006.

³⁷⁶ Voir notamment l'ensemble des travaux d'Anne Labit.

³⁷⁷ Anne LABIT, « Habiter en citoyenneté et solidarité pour mieux vieillir », *Gérontologie et société*, 7 juin 2016, 38 / n° 149, n° 1, pp. 141-154.

³⁷⁸ Jean-Philippe VIRIOT DURANDAL et Guillaume GUTHLEBEN, « Le pouvoir d'être vieux. Empowerment et police des âges », *op. cit.*

³⁷⁹ Dominique ARGOUD, « Les nouvelles formes d'habitat pour personnes âgées : approche socio-historique d'une innovation », *op. cit.*, p. 56.

l'émergence du projet. Et malgré le soutien du maire communiste³⁸⁰ de Montreuil³⁸¹, ville d'implantation de la Maison des Babayagas, la réalisation du modèle a été le fruit de dix années de luttes et de négociations avec les pouvoirs publics.

Dans le but de défendre leurs intérêts, les Babayagas ont utilisé l'arme de la médiatisation comme ressource de l'action collective. Le personnage public de Thérèse Clerc³⁸² a été fortement mis en avant. Véritable icône d'une vieillesse subversive et révoltée, elle est invitée à communiquer sur les radios nationales à de nombreuses reprises. De même la Maison des Babayagas a fait l'objet de plusieurs films documentaires et de nombreux articles de presse. L'objectif était ici d'attirer l'attention de la société civile et de légitimer la nécessité d'un tel projet qui n'aurait pu, on peut le supposer, aboutir sans cette médiatisation.

Le projet qui finira par ouvrir ses portes au centre-ville de Montreuil en 2013 relève d'une action citoyenne. Leurs initiatrices visent à créer un modèle « par le bas », qui ne soit pas imposé par les politiques publiques, comme le note dans cet extrait une habitante :

« L'idée c'est que ça démarre vraiment du citoyen, d'habitude les collectivités imposent par le haut, ben là c'est les citoyens qui se regroupent, qui font un projet »

(Dorothée, 63 ans, habitante d'un habitat autogéré, France, octobre 2013)

De plus, les Babayagas militent pour changer les regards de la société sur la vieillesse. Thérèse Clerc notamment explique avoir imaginé le projet « *pour les vieux* » dans le but de défendre leurs intérêts et de transformer les représentations jugées stigmatisantes qui leur sont attribuées :

« Vraiment le concept c'est que moi je veux changer l'image de la vieillesse ; non la vieillesse c'est pas une pathologie, c'est même un bon moment de la vie. Donc je veux changer le regard des vieux sur eux-mêmes, le regard des vieux sur la société, mais surtout le regard de la société sur les vieux. Lequel regard est assez lamentable parce qu'aussitôt la retraite, on a l'impression qu'on n'appartient pas au même univers. On a l'impression qu'on est des gens à abattre des gens à cacher, des gens à n'importe quoi, mais pas à vivre

³⁸⁰ Jean Pierre Brard, membre du PCF est maire de Montreuil jusqu'en 2008 où il est remplacé par Dominique Voynet.

³⁸¹ Il convient de préciser ici que le lieu d'implantation de la « Maison des Babayagas » n'est pas anodin. La ville de Montreuil est définie par Thérèse Clerc comme un foyer de l'alternative, propice au développement d'expérimentations innovantes.

³⁸² Thérèse Clerc est décédée de 16 février 2016.

ensemble. » (Thérèse Clerc, 86 ans, fondatrice de la Maison des Babayagas, France, septembre 2013)

Si les habitats autogérés sont particulièrement représentatifs d'un modèle de vieillesse actif et participant, ils ne constituent que la face immergée de l'iceberg. On peut considérer l'émergence des « habitats intermédiaires » comme l'un des signes évocateurs des transformations qui touchent les formes du vieillir. Les formules de « seconde génération » sont imaginées pour être des lieux de vie propices à la participation à la vie de la cité et à l'expression de la socialité³⁸³. Elles répondent aux valeurs de « libre choix », de citoyenneté, d'indépendance, d'autonomie, de solidarités propres à la consolidation d'une société intégrative « pour tous les âges »³⁸⁴. En proposant, selon les formules, des services à la carte, en offrant la possibilité aux habitants de se réapproprier leur espace de vie tout en favorisant le lien social, les « habitats intermédiaires » apparaissent comme « l'anti-modèle de l'institution collective »³⁸⁵. Les nouvelles cohortes de personnes âgées, dont nous avons décrit certains des traits dans le chapitre précédent adhèrent à ces valeurs. Les formules résidentielles auxquelles ils peuvent désormais avoir accès semblent correspondre à leur mode de vie comme à leur intention d'obtenir un « droit à jouer »³⁸⁶ dans la société.

2.3. Les « habitats intermédiaires », une alternative ?

La multiplication des formules innovantes de « seconde génération » reflète la montée en puissance de la thématique de l'habitat. Elle tendrait à devenir selon Dominique Argoud, un référentiel structurant de l'action publique, un axe central « de la manière dont la société envisage de faire face au vieillissement de la population »³⁸⁷. Notons ici avec l'auteur qu'un référentiel peut se diffuser et impacter la structure sociale lorsqu'il est en mesure d'épouser le consensus des différents acteurs concernés qui partagent « une certaine vision de la question à traiter »³⁸⁸. C'est le cas de l'habitat puisqu'il rassemble « aussi bien les personnes âgées, élus et promoteurs autour d'une même approche de la réponse à apporter au vieillissement »³⁸⁹.

³⁸³ Dominique ARGOUD, « De nouvelles formes d'habitat pour personnes âgées : d'hier à aujourd'hui. Du point de vue de la Fondation de France », *op. cit.*

³⁸⁴ Le thème de l'année internationale des personnes âgées en 1999 était : « Vers une société pour tous les âges »

³⁸⁵ Dominique ARGOUD, « De nouvelles formes d'habitat pour personnes âgées : d'hier à aujourd'hui. Du point de vue de la Fondation de France », *op. cit.*, p. 88.

³⁸⁶ Jean-Philippe VIRIOT DURANDAL, *Le pouvoir gris. Sociologie des groupes de pression de retraités*, *op. cit.*

³⁸⁷ Dominique ARGOUD, « De l'hébergement à l'habitat : une évolution ambiguë », *Gérontologie et société*, 2011, vol. 1, n° 136, p. 22.

³⁸⁸ *Ibid.*

³⁸⁹ *Ibid.*

Aussi, les « habitats intermédiaires » sont envisagés lors de leur émergence comme une troisième possibilité aux formes diverses, située, tout comme les formules de « première génération », entre le domicile et l'institution.

Néanmoins la question se pose de leur capacité à faire face à la « dépendance » et à répondre aux besoins d'aide et de soin des résidents, lorsque le besoin se fait sentir. Dominique Argoud affiche à ce sujet un scepticisme de circonstance. Pour l'auteur, si les « habitats intermédiaires » bénéficient d'un engouement relatif c'est parce qu'ils prennent appui sur une représentation positive du vieillissement. Comme il le souligne, « à l'image de la personne âgée dépendante prise en charge dans une structure spécialisée se substitue celle d'un retraité faisant le choix de garder la maîtrise de sa vie et de ses réseaux sociaux habituels »³⁹⁰. Mais dans ces formules, les dépenses de l'aide à la vie quotidienne sont laissées au « libre choix » des usagers. En effet : « la plupart des structures mettent en avant le principe de libre décision des occupants et affirment que le domicile de la personne âgée est le siège de la vie privée comme pour n'importe quel logement ordinaire »³⁹¹. Contrairement aux expérimentations des années 1970, les acteurs sociaux et médico-sociaux sont les grands absents des projets d'« habitats intermédiaires ». Or, l'absence de réflexion gérontologique dans ces formules « risque de compromettre la viabilité de beaucoup de projets qui ne pourront être “des lieux de vie jusqu'à la mort” »³⁹² ».

Les porteurs de projet se situent à dessein en dehors du cadre de la loi 2002-2. Cette opération de contournement peut être mue par des intérêts d'ordre pratiques et idéologiques permettant d'une part de se soustraire à la réglementation régissant les institutions sociales et médico-sociales, et d'autre part de proposer aux usagers des lieux de vie moins contraignants. Cependant, comme le remarque Dominique Argoud, les initiateurs de « seconde génération », en privilégiant des réponses beaucoup plus proches du secteur du domicile ordinaire que de celui de la gérontologie, répondent aussi à un objectif qui « est aujourd'hui beaucoup plus de développer une logique immobilière, à travers des produits habitat *ad hoc*, afin de capter une nouvelle demande sociale »³⁹³. Les bailleurs sociaux et les promoteurs immobiliers privés, particulièrement actifs dans le développement de l'« habitat intermédiaire » s'inscrivent ainsi dans une logique marchande et commerciale. Les stratégies mises en œuvre visent dans un même mouvement, à séduire une clientèle émergente, celle de la figure typique du « retraité

³⁹⁰ *Ibid.*, p. 24.

³⁹¹ Laurent NOWIK, « Habitats intermédiaires : de quoi parle-t-on ? », *op. cit.*, p. 31.

³⁹² Dominique ARGOUD, « De l'hébergement à l'habitat », *op. cit.*, p. 25.

³⁹³ Dominique ARGOUD, « Les nouvelles formes d'habitat pour personnes âgées : approche socio-historique d'une innovation », *op. cit.*, p. 57.

actif», souhaitant participer à la vie de la cité en toute autonomie et solidarité, et à « préserver leur marge de liberté d'action à tout prix pour ne pas risquer d'obérer la rentabilité de leur investissement »³⁹⁴.

2.4. Les « habitats intermédiaires » un maillon des politiques préventives ?

Dans un contexte où la gérontocroissance est appréhendée comme un *risque* économique par les responsables politiques et un défi pour les systèmes de protection sociale, les « habitats intermédiaires » apparaissent comme des solutions « légères » aux problématiques du vieillissement, permettant de soulager les budgets publics³⁹⁵. Le renforcement de la médicalisation des établissements a conduit au développement de l'EHPAD. Ce dernier constitue un « ultime recours » et privilégie les personnes âgées « dépendantes ». En ciblant ce profil type de résident, il s'agit d'éviter que l'institution médicalisée au coût élevé pour les familles et pour la collectivité ne se multiplie³⁹⁶. Dans cette perspective de rationalisation et de gestion des publics vulnérables, le référentiel de l'habitat semble s'instituer en contrepoint des politiques institutionnelles de la « dépendance ». Moins onéreux que les expérimentations de la fin des années 1970, les « habitats intermédiaires » permettent de répondre à un double objectif. Au travers des valeurs qui les portent, ils s'inscrivent d'une part dans la lignée des orientations politiques en faveur de la primauté de l'individu et du « libre choix ». D'autre part, à l'instar du domicile, ils sont appréhendés comme un « atout de prévention »³⁹⁷.

Pour Alain Thalineau notamment, les « habitats intermédiaires » peuvent être considérés comme « l'une des réponses politiques à apporter pour contribuer au "bien vieillir" des populations dans un contexte de réduction des dépenses publiques »³⁹⁸. S'ils sont destinés aux personnes âgées à « l'autonomie maîtrisée », les porteurs de projet ne sont pas pour autant désintéressés de la « fragilisation » des usagers puisque comme le remarque Laurent Nowik « les habitats intermédiaires ont (...) pour ambition de limiter autant que faire se peut la perte d'autonomie ». Et si, selon l'auteur, « cet objectif s'avérait parfaitement validé, on mesure

³⁹⁴ *Ibid.*, p. 59.

³⁹⁵ Ce n'est d'ailleurs pas un hasard si les expérimentations de « première génération » ont été compromises par le renforcement de la médicalisation des établissements. Si elles correspondent à une philosophie du soin aujourd'hui fortement mise en avant, elles sont également jugées trop approximatives, mais surtout trop onéreuses dans un contexte où les politiques publiques sont orientées par une logique de rationalisation des coûts.

³⁹⁶ Laurent NOWIK, « Habitats intermédiaires : de quoi parle-t-on ? », *op. cit.*

³⁹⁷ La formule est employée dans le dossier de presse publié en mars 2015 par le Ministère des Affaires Sociales de la Santé et des Droits des Femmes dans la section « faire du domicile un atout de prévention », p 7

³⁹⁸ Alain THALINEAU, « Vieillir « chez soi », un enjeu individuel, social et politique », in *Vieillir chez soi. Les nouvelles formes du maintien à domicile*, Presses universitaires de Rennes., Rennes, 2014, p. 15.

l'intérêt qu'il y aurait à les promouvoir plus massivement, compte tenu du coût que représentent les dépenses liées à la perte d'autonomie et à l'augmentation à venir du nombre de personnes très âgées »³⁹⁹. Mais, comme nous pouvons le voir, il est question ici de retarder les effets de l'âge et de contrer certaines des manifestations pathologiques du vieillissement par une action sur le lieu de vie, et non pas de proposer une prise en charge adaptée à la « dépendance » ou à la fragilisation potentielle des personnes hébergées.

Les « habitats intermédiaires » peuvent être porteurs de renouveau dans l'hébergement des personnes âgées à « l'autonomie maîtrisée » en favorisant leur intégration et leur participation à la vie de la cité. Cependant, ils sont également susceptibles d'être les vecteurs d'une construction du champ de la « dépendance ». Sous l'égide d'une approche préventive du vieillissement, les « habitats intermédiaires » peuvent avoir pour effets non intentionnels de mettre à distance la fragilisation en niant la vulnérabilité susceptible de survenir dans le grand âge. En balisant le fossé entre les personnes âgées « autonomes » et les personnes âgées « dépendantes », résidant, selon leur état de santé et la nature de leurs incapacités dans des établissements dédiés, la thématique de l'habitat risque de renforcer la dichotomie entre deux types de vieillesse. « En devenant un référentiel de plus en plus structurant de l'action publique, elle accroît une représentation sociale duale entre, d'un côté, le logement ordinaire correspondant à une population âgée encore autonome, et de l'autre côté, l'hébergement collectif réservé à une population dépendante. Une telle représentation binaire, qui occulte le processus complexe et non linéaire du vieillissement, revient à diffuser une vision manichéenne de la vieillesse et des lieux de vie correspondants »⁴⁰⁰.

Le caractère préventif de l'habitat est perceptible également dans les habitats autogérés. Ainsi, tout porte à croire que le projet expérimental d'un lieu de vie construit sur mesure, portée par le principe popularisé d'un « *Do It Yourself* » collectif, participatif et solidaire, serait synonyme d'une meilleure « qualité de vie » et d'une « plus grande vitalité » dans la vieillesse⁴⁰¹. Selon Valentine Charlot et Caroline Guffens par exemple, les habitats où l'autogestion est la plus poussée seraient « particulièrement préventifs ». En vertu de leurs capacités à favoriser l'action et l'implication de soi dans la gestion d'un lieu de vie, ils

³⁹⁹ Laurent NOWIK, « Habitats intermédiaires : de quoi parle-t-on ? », *op. cit.*, p. 45.

⁴⁰⁰ Dominique ARGOU, « De l'hébergement à l'habitat », *op. cit.*, p. 26.

⁴⁰¹ Alexandre CARLSON, *Où vivre vieux ? Quel éventail de cadres de vie pour quelles personnes vieillissantes ?*, *op. cit.*

constitueraient des « environnement [s] positif [s] pour la santé physique et mentale des habitants »⁴⁰².

Cette approche du vieillir qui se rapproche de l'idéal normatif véhiculé par les politiques préventives se retrouve également dans les philosophies directrices de la Maison des Babayagas. Le paradoxe est d'autant plus significatif que cette initiative citoyenne au caractère très militant vise à transformer les représentations de la vieillesse. S'il est question de redorer le blason des vieux et des vieilles dans la société, on peut se demander si le projet ne tend pas plutôt à confirmer la scission entre « bonne » et « mauvaise » vieillesse, engagement dans la cité et militantisme vecteurs de bonne santé et retrait du monde symptomatique d'un laisser-aller, voire d'une faiblesse de caractère.

Ainsi, comme le souligne Thérèse Clerc :

« Je pense que la manière dont nous allons rester intelligentes, va quand même nous laisser en bonne santé, pour moi intelligente c'est la vie passionnante, ça fonctionne avec la bonne santé alors c'est un pari que j'aimerais aussi que des sociologues viennent travailler avec nous, des sociologues de santé publique viennent travailler avec nous. Moi je fréquente... je suis une vieille militante. J'ai toujours milité... et je m'aperçois que tous les vieux militants qu'ils soient vieux syndicalistes, vieux de parties, des féministes, ce sont des gens qui dans le vieil âge tiennent encore le choc. » (Thérèse Clerc, 86 ans, fondatrice de la Maison des Babayagas, France, septembre 2013).

Elle explique également dans une émission diffusée sur une radio nationale :

*« Les vieux doivent prendre leur destin en main, afficher leur autonomie, la dire, moi j'ai bientôt 86 ans, dire que je suis une femme libre, j'entends le rester, et je me force à rester autonome de manière à ne pas peser ni sur les miens, ni sur l'État. Et là, c'est une nouvelle citoyenneté. »*⁴⁰³

Mais qu'en est-il de ceux qui ne peuvent pas « se forcer à rester autonomes » ?

⁴⁰² Valentine CHARLOT et Caroline GUFFENS, *Où vivre mieux ? Le choix de l'habitat groupé pour personnes âgées*, op. cit., p. 153.

⁴⁰³ Émission « partir avec », diffusée sur France Inter le 14 octobre 2013.

CONCLUSION

C'est tout précisément sur ceux qui ne peuvent pas se « forcer à rester autonomes » que nous avons choisi de nous centrer dans cette recherche. L'expérimentation sociale à destination des personnes âgées en situation de « dépendance » ne s'est pas éteinte avec la réforme de la tarification des EHPAD. Et malgré les difficultés, des formules « hybrides » initiées dans la lignée des pionniers des années 1970 ont pu se développer lorsque le contexte leur a été favorable. De même, si les « habitats intermédiaires » apparaissent généralement comme de « nouvelles formes du maintien à domicile »⁴⁰⁴ destinées aux personnes âgées les plus valides plutôt que comme des alternatives à l'institution médicalisée, certains initiateurs se sont néanmoins attachés à développer des modèles dont l'objectif est de se substituer à l'EHPAD. Nous considérons en outre que l'expérimentation gérontologique n'est pas cantonnée à l'espace intermédiaire qui sépare les deux pôles structurés de l'action gérontologique, le domicile et l'établissement, et nous verrons qu'elle peut émerger au sein même de l'institution, à l'instar du premier Cantous de George Caussanel. Le prochain chapitre sera ainsi l'occasion de cibler plus précisément l'objet central de cette recherche et *in fine* de définir le *sens*, la dynamique et les contours de ce que nous avons défini comme des *habitats alternatifs* pour personnes âgées.

⁴⁰⁴ Laurent NOWIK et Alain THALINEAU (dirs.), *Vieillir chez soi*, *op. cit.*

CHAPITRE 3 : DEFINITIONS ET METHODOLOGIES

INTRODUCTION

Cette recherche se propose d'évaluer le potentiel alternatif de nouveaux équipements gérontologiques destinés aux personnes âgées « fragiles » et « dépendantes ». Dans ce chapitre, nous présenterons l'objet de cette recherche, l'*habitat alternatif*, ainsi que les méthodologies mobilisées pour l'analyse. Dans une première section, nous définirons le sujet, nous présenterons les terrains « principaux » et « secondaires » de notre champ d'investigation ainsi qu'une typologie élaborée autour de trois catégories : les habitats autogérés (HA), les habitats communautaires accompagnés (HCA) et les habitats médicalisés (HM). Nous reviendrons dans une seconde section sur la posture théorique qui fut la nôtre pour appréhender le matériel empirique.

I. ÉLÉMENTS DE DEFINITIONS ET TERRAINS D'ENQUETE

1. L'habitat alternatif : de quoi parle-t-on ?

1.1. Aller au-delà de l'« habitat intermédiaire »

Le chapitre précédent nous a permis d'appréhender l'histoire, les objectifs et la portée de l'alternative gérontologique en France. Le développement, dans les années 2000, d'une « seconde génération » de formules innovantes témoigne d'un renouveau dans les modalités résidentielles proposées aux personnes âgées. Comme nous l'avons souligné, le foisonnement des « habitats intermédiaires » et l'engouement médiatique qu'ils suscitent sont le fruit d'un consensus entre différents types d'acteurs. Il résulte d'une « alliance conjoncturelle entre les promoteurs soucieux de préserver leur marge de liberté, des élus préoccupés d'apporter des réponses au vieillissement sans alourdir les dépenses publiques, et des personnes âgées recherchant des alternatives au modèle institutionnel de la maison de retraite »⁴⁰⁵.

Mais, il apparaît que les « habitats intermédiaires » s'adressent à des personnes âgées à « l'autonomie maîtrisée », dotées d'un capital santé suffisamment important pour pouvoir prétendre à ces formules résidentielles. Les autres vieux, plus « fragiles » et plus

⁴⁰⁵ Dominique ARGOUD, « De l'hébergement à l'habitat », *op. cit.*, p. 26.

« dépendants », sont redirigés vers l'EHPAD, établissement repoussoir, dont la mauvaise réputation se trouve de surcroît réaffirmée par le référentiel de l'habitat. Comme le souligne Dominique Argoud, les initiatives « jouent sur une vision dichotomique opposant l'hébergement, comme lieu d'enfermement spécialisé et ségréatif, à l'habitat, entendu comme un lieu ouvert et intégré à la vie sociale ordinaire »⁴⁰⁶.

En s'appuyant sur une définition plus positive du vieillissement, les « habitats intermédiaires » impactent les représentations de la vieillesse : ils tendent à confirmer la scission du continent gris en deux catégories arbitraires, la vieillesse active à laquelle s'oppose une « mauvaise vieillesse » identifiée comme « dépendante ». Les formules de « seconde génération » peuvent également influencer les itinéraires individuels lorsque se pose la question de « l'après ». En raison d'une absence de connexion avec le secteur gérontologique, les résidents de ces formules se verront souvent dans l'obligation de s'installer dans un établissement plus adapté, dans le cas où ils manifesteraient des signes de « fragilités » trop importants. En cela, les « habitats intermédiaires » sont susceptibles de générer une rupture dans les parcours biographiques.

Il ne s'agit pas ici de déterminer si les « habitats intermédiaires » doivent ou non accompagner la « dépendance » ni s'ils auraient raison ou tort d'empiéter sur le champ d'intervention des EHPAD, mais plutôt de mettre en perspective les potentialités alternatives de l'expérimentation gérontologique. La majorité des travaux portant sur les « habitats intermédiaires », dont nous avons évoqué certains des apports dans le chapitre précédent, se sont attachés à en définir les traits caractéristiques et les conditions d'émergence⁴⁰⁷. D'autres recherches ont permis d'identifier les raisons qui poussent les personnes âgées à s'y installer⁴⁰⁸. Certains auteurs encore ont axé leur réflexion sur le cas particulier des habitats participatifs dans leur dimension citoyenne et solidaire en France et en Europe⁴⁰⁹. Mais rares sont les recherches qui se sont penchées sur les habitats, dont l'enjeu consiste à proposer des formules alternatives de soin pour des personnes âgées en situation de « fragilité » ou de

⁴⁰⁶ Dominique ARGOUD, « Les nouvelles formes d'habitat pour personnes âgées : approche socio-historique d'une innovation », *op. cit.*, p. 58.

⁴⁰⁷ L'ensemble des travaux de Dominique Argoud auxquels nous avons déjà fait référence.

⁴⁰⁸ Laurent NOWIK, Anne LABIT, Alain THALINEAU et Laurine HERPIN, *L'habitat de demain : les habitats intermédiaires pour personnes âgées*, *op. cit.*, Laurent NOWIK et Alain THALINEAU (dirs.), *Vieillir chez soi*, *op. cit.*

⁴⁰⁹ Anne LABIT, « Habiter en citoyenneté et solidarité pour mieux vieillir », *op. cit.*, Anne LABIT, « Habiter et vieillir en citoyens actifs : regards croisés France-Suède », *Retraite et société*, 2013, vol. 2, n° 65, pp. 101-120., Anne LABIT, « L'habitat solidaire intergénérationnel : mythe et réalité en France et en Allemagne », in *Habiter et vieillir. Vers de nouvelles demeures*, Toulouse, Érès, 2013, pp. 245-260., Anne LABIT, « Self-managed co-housing in the context of an ageing population in Europe », *Urban Research & Practice*, 2015, vol. 8, n° 1, pp. 32-45.

« dépendance ». Outre les rapports et recherches sur les innovations de « première génération », la question de la prise en charge de la « perte d'autonomie » n'est évoquée que pour pointer les limites des « habitats intermédiaires ». Ce faisant, si l'ensemble de ces travaux nous permettent en partie de comprendre les rapports entre société et vieillissement, ils nous invitent également à nous poser les questions suivantes : que reste-t-il des expérimentations de « première génération » ? Existe-t-il aujourd'hui des formules « intermédiaires » qui tout en proposant des modalités résidentielles particulières visent à se substituer à l'EHPAD ?

Suite à ces réflexions préliminaires, nous avons choisi d'axer notre recherche sur des expérimentations gérontologiques destinées à des personnes âgées « fragiles » et « dépendantes ».

1.2. Des habitats qui abordent les questions de « fragilité » et de « dépendance »

La « dépendance » ou la « fragilité » des personnes âgées sont des sujets qui interrogent. La thématique permet tantôt de mesurer l'impact normatif des politiques publiques sur les subjectivités, tantôt d'approcher le vieillir, cette étape mystérieuse de l'existence qui « se vit, se voit, s'éprouve » et qui relève « du registre de l'expérience, non du raisonnement »⁴¹⁰. Ainsi tandis que certains auteurs ont révélé les effets stigmatisant de l'institutionnalisation de la « dépendance » sur les populations âgées⁴¹¹, d'autres travaux se sont attachés à comprendre les caractéristiques typiques, l'« épreuve »⁴¹² ou les expériences subjectives propres au « grand âge » ou au « quatrième âge ».

Pour Christian Lalive d'Épinay et Stefano Cavalli par exemple, la notion de « quatrième âge », popularisée dans les années 1980, apparaît comme la traduction dans le langage courant d'une « réalité aussi ancienne que l'être humain, à savoir ce stade de la vie marquée par le déclin biologique »⁴¹³. Mais pour les auteurs, cette dernière étape des vies longues n'est pas pour autant à envisager comme un âge noir marqué par de fortes incapacités motrices et cognitives. Le « quatrième âge » signe l'émergence des « années fragiles »⁴¹⁴. Il est

⁴¹⁰ Dominique ARGOUD et Bernadette PUIJALON, « Enjeux et limites d'une prise en compte de la parole des vieux », *Gérontologie et société*, 2003, n° 106, p. 26.

⁴¹¹ Bernard ENNUYER, « Histoire d'une catégorie : « personnes âgées dépendantes » », in *La dépendance des personnes âgées. Quelles politiques en Europe ?*, Presses universitaires de Rennes., Rennes, 2003.

⁴¹² Vincent CARADEC, « L'épreuve du grand âge », *op. cit.*

⁴¹³ Christian LALIVE D'ÉPINAY et Stefano CAVALLI, *Le quatrième âge : ou la dernière étape de la vie*, Lausanne, Presses polytechniques et universitaires romandes, 2013, p. 10.

⁴¹⁴ Christian LALIVE D'ÉPINAY et Dario SPINI, *Les années fragiles : la vie au-delà de quatre-vingts ans*, Québec, Presses de l'Université Laval, 2008.

« l'âge de l'expérience vitale » quasi inévitable « d'un processus d'affaiblissement des facultés physiques et/ou psychiques »⁴¹⁵.

Aussi, l'expérience du vieillir n'est pas unilatéralement déterminée par des facteurs extérieurs comme le regard des autres, l'orientation des politiques vieillesse, où l'assignation à une ligne de conduite déterminée par sa place dans le cycle de l'existence. Autrement dit, le vieillissement n'est pas qu'une construction sociale. Comme le souligne Vincent Caradec et Thomas Vannienwenhove, il s'éprouve également de l'« intérieur », et peut se comprendre comme l'expérience subjective d'un affaiblissement du corps⁴¹⁶, au cours duquel le « coefficient d'adversité des choses »⁴¹⁷ peut s'accroître. Le vieillissement peut altérer les possibilités de prises sur le monde et se traduit par une impression parfois douloureuse de ne « plus pouvoir ». Rosaline par exemple, ancienne couturière dont la vue a considérablement baissé ne « *peut plus coudre du tout, même pas un bouton* »⁴¹⁸, tandis que Jules associe le vieillissement à une accumulation de limitations, qui correspond, selon lui, à « *la maladie, ne plus pouvoir se trainer, ne plus pouvoir manger n'importe quoi* »⁴¹⁹.

C'est au cours de ce processus de « fragilisation », plus ou moins avancé, que se pose la question d'un déménagement dans un lieu de vie plus adapté, mais c'est aussi le moment où l'individu court un risque accru d'entrée en « dépendance ». Aussi, les formules que nous avons choisi d'investiguer s'adressent à ces personnes « fragiles » qui risquent de devenir « dépendantes » et à des personnes identifiées comme « dépendantes » par la grille AGGIR (GIR 1,2,3,4). Plutôt que d'opérer une rupture, les *habitats alternatifs* semblent ainsi s'inscrire, autant que faire se peut, dans la continuité de l'expérience du vieillissement.

1.3. Définition de l'habitat alternatif

Afin de délimiter l'objet d'étude, le prisme de la « fragilité » — « dépendance », croisé à celui de l'expérimentation a permis de cadrer le terrain. Toutes les formules que nous avons prises en compte répondent, par certains de leurs aspects, aux critères de l'« habitat intermédiaire ». Les espaces fonctionnels aménagés sont imaginés pour être familiers et chaleureux. Ils s'apparentent au domicile ordinaire et ont vocation à atténuer le retranchement, favoriser la réappropriation de l'espace et la participation des usagers dans le

⁴¹⁵ Christian LALIVE D'ÉPINAY et Stefano CAVALLI, *Le quatrième âge*, op. cit., p. 27.

⁴¹⁶ Vincent CARADEC et Thomas VANNIENWENHOVE, « L'expérience corporelle du vieillissement », *Gérontologie et société*, 2015, vol. 37, n° 148, pp. 83-94.

⁴¹⁷ Simone DE BEAUVOIR, *La vieillesse*, op. cit., p. 323.

⁴¹⁸ Rosaline, 82 ans, aidante familiale, habitante d'un HCA, France.

⁴¹⁹ Jules, 83 ans, habitant d'un HCA, France

cadre d'une éthique du « vivre ensemble ». Mais, les formules investiguées ne sont pas que des « habitats intermédiaires », ce qui nous invite à nous détacher de cette appellation. Elles s'en distinguent par leur dimension alternative et expérimentale. Si, comme les « habitats intermédiaires », les modèles s'attachent à proposer d'autres modalités d'*habiter* la vieillesse, dans une comparaison critique avec l'institution d'hébergement « classique », ils ont vocation également à être des « lieux de vie jusqu'à la mort »⁴²⁰. En cela, ils ne visent pas uniquement à « contrer les effets du vieillissement »⁴²¹, ils proposent également de nouvelles méthodologies pour des personnes âgées « fragiles » et/ou « dépendantes ». Nous les définissons ainsi comme des laboratoires d'expérimentation. Ils se consolident sur la base d'un imaginaire de prise en charge jugé plus adapté et concurrent ou complémentaire de celui des institutions médicalisées, dont ils visent à dépasser les limites.

Cette dimension expérimentale et alternative peut se comprendre comme une volonté des initiateurs de transformer les modalités *instituées* d'« accompagnement » du vieillissement. À l'instar des formules de « première génération », il s'agit pour eux de répondre « autrement » aux enjeux et aux problématiques posées par le vieillissement démographique, et plus spécifiquement au traitement institutionnel « classique » de la « dépendance » ou de la « fragilité ». Les initiateurs proposent à des usagers atteints dans leur autonomie et en situation de « fragilisation » diverses, des espaces qui ont vocation à être non seulement des *lieux de vie*, mais également des *lieux de soin* et dans la mesure du possible également des *lieux de mort* alternatifs. Nous choisissons donc de les désigner par l'appellation d'*habitats alternatifs* aux dispositifs gérontologiques *institués*.

2. Trois ensembles d'*habitats alternatifs*

« Étudier la société, c'est faire des allers-retours incessants : observer le monde, penser ce que l'on a vu et retourner observer le monde »⁴²² écrit Becker. Dans le cadre de cette étude, nous avons suivi la « ficelle » de l'auteur en articulant par phases successives travail de recensement, travail théorique et travail de terrain.

⁴²⁰ Claudette COLLOT, *Des lieux de vie jusqu'à la mort*, op. cit.

⁴²¹ Laurent NOWIK, Anne LABIT, Alain THALINEAU et Laurine HERPIN, *L'habitat de demain : les habitats intermédiaires pour personnes âgées*, op. cit., p. 120.

⁴²² Howard Saul BECKER, *Les ficelles du métier : comment conduire sa recherche en sciences sociales*, Paris, La Découverte, 2002, p. 234.

Afin d'avoir un aperçu des initiatives existantes, nous avons procédé à l'examen de la littérature gérontologique, de rapports d'étude et de recherche⁴²³, portant sur les nouvelles formes d'habitat pour personnes âgées. Nous avons également consulté les sites internet⁴²⁴ et les articles de presse en rapport avec cette thématique et participé à des colloques, des journées d'étude, des séminaires⁴²⁵ et un groupe de travail⁴²⁶, lesquels nous ont permis de rencontrer des personnes ressources. Il ne s'agissait pas ici d'identifier de manière exhaustive⁴²⁷ l'ensemble des initiatives existantes, mais plutôt d'avoir une vue d'ensemble, diversifiée et actualisée de l'*habitat alternatif* pour personnes âgées. Au cours de ces phases de recensement articulées d'opérations de classification, il est apparu trois ensembles de modélisations ainsi que des réalisations représentatives de ces trois ensembles.

2.1. Le cas particulier de l'habitat autogéré, entre « habitat intermédiaire » et habitat alternatif

Nous nous sommes tout d'abord centrés sur le modèle de l'habitat autogéré. Apparus en France dans les années 2000, les habitats autogérés sont initiés non pas par des acteurs gérontologiques de terrain, comme ce fut le cas des formules de « première génération », mais par des acteurs de la société civile. Leur aspect novateur semble ouvrir le champ des possibles en cela qu'il dénote une prise de pouvoir des personnes âgées elles-mêmes. Si cet ensemble d'*habitats* présupposé *alternatif* se situe principalement dans le registre privé, on peut se poser la question de son devenir et de son impact sur les modalités d'« accompagnement » du grand âge. Pour Dominique Argoud, « soit il s'agit d'une formule destinée à rester marginale, réservée aux milieux sociaux plutôt sensibles à une telle approche “autogérée” du

⁴²³ Muriel BOULMIER, *Bien vieillir à domicile : enjeux de l'habitat, enjeux de territoires. Rapport au secrétaire d'Etat au logement et à l'urbanisme, op. cit.*, Luc BROUSSY, *L'adaptation de la société au vieillissement de sa population. France : ANNEE ZERO !, op. cit.*

⁴²⁴ <http://www.habiter-autrement.org/06.generation/genca.htm>, <http://www.or-gris.org/>
<http://www.agevillage.com/>, <http://cocon3s.lebonforum.com/>, <http://halage.info/>

⁴²⁵ Le colloque international et transdisciplinaire : « Vieillir chez-soi – vivre entre soi ? Les habitats intermédiaires en question », organisé à l'Université de Tours le 22 mai 2013, le séminaire du Réseau Français « Recherche-Habitat-Logement » (REHAL) « L'habitat participatif peut-il être solidaire ? La question du genre et la question des âges dans les projets actuels en France et ailleurs » organisé à Paris le 28 mars 2014, le cycle de journée d'étude sur l'habitat organisé par le réseau de jeunes chercheurs *Vieillesse & Société* du 24 février 2015 « L'intermédialité des habitats intermédiaires : la question de la perte d'autonomie », du 22 octobre 2015 « Vive ensemble en habitat intermédiaire » et du 22 juin « Habitats intermédiaires et politiques publiques ».

⁴²⁶ Depuis mars 2015, nous participons au groupe de travail « Habiter autrement » piloté par l'Association Monsieur Vincent et par les Petits frères des Pauvres. Ce groupe réunit, depuis mai 2015, divers acteurs (bailleurs, gestionnaires, chercheurs, doctorants, entrepreneurs) afin d'échanger sur les nouvelles formes d'habitat pour personnes âgées (hors secteur médico-social).

⁴²⁷ Il n'existe pas de bases de données permettant de repérer l'ensemble des modèles existants. De plus, les formules ne sont pas toujours visibles. Certaines d'entre elles relèvent du registre privé et n'ont pas été médiatisées, ce qui rend leur identification difficile.

vieillesse, soit on peut penser qu'en prenant de l'importance, par taches d'huile successives, elles deviennent le fer de lance de ces nouveaux "lieux du vieillir" qui restent à inventer »⁴²⁸.

Partant de ce questionnement, il s'agissait au départ de discerner si les projets consolidés pouvaient constituer une réponse alternative à l'institution médicalisée, et, si tel était le cas, de dégager les traits typiques des aménagements opérés. Pour ce faire, nous sommes allées visiter un certain nombre d'habitats autogérés, dans lesquels nous avons pu recueillir une série d'entretiens. Ce matériau d'analyse nous a permis de relever toute l'ambiguïté relative aux questions de la « fragilisation » et de « dépendance » telles qu'elles sont abordées dans ces formules. Dans certains cas, la question n'avait jamais véritablement été abordée par le collectif d'habitants, la formule n'étant pas envisagée comme un substitut potentiel à l'institutionnalisation en structure médicalisée. Le modèle s'apparente alors à l'« habitat intermédiaire » plutôt qu'à l'*habitat alternatif*. Parfois, les discours divergeaient d'un habitant à l'autre. Si certains d'entre eux envisageaient de pouvoir finir leur jour dans les lieux, et si certains ont effectivement pu y demeurer en dépit de leur handicap, d'autres habitants projetaient plutôt d'intégrer une maison de retraite, dès qu'ils l'auront jugé nécessaire. Le maintien dans les lieux dépend alors du degré de « dépendance » des personnes concernées et du degré d'implication du groupe en faveur des personnes « fragilisées », lequel varie significativement d'un collectif à l'autre et d'un habitant à l'autre. Ici on peut considérer que la formule se situe à l'intersection de l'*habitat alternatif* et de « l'habitat intermédiaire ». D'autres habitats autogérés encore se sont attachés très explicitement à répondre à cette problématique et se sont institués comme des expérimentations alternatives à la maison de retraite.

Aussi, nous avons pris le parti d'inclure ce modèle spécifique à notre champ d'investigation. Si les rapports à la « fragilité » divergent d'un collectif à l'autre et d'un habitant à l'autre, il n'en demeure pas moins que les habitats autogérés constituent par certains de leurs traits des laboratoires d'expérimentation. D'une part, ces formules ne sont pas figées. Elles peuvent évoluer et se transformer pour être plus ajustées à l'évolution de l'état de santé des habitants. D'autre part, la mise en perspective de ces réalisations, plus ou moins *alternatives*, permet de décrypter le processus par lequel le « vivre ensemble » peut constituer un palliatif à la prise en charge institutionnelle. L'exercice de la solidarité, plus ou moins efficace selon ces *habitats alternatifs*, peut ainsi s'instituer comme une méthodologie

⁴²⁸ Dominique ARGOUD, « La prise en compte des nouveaux lieux du vieillir par les politiques publiques françaises », *op. cit.*, p. 224.

alternative de soin permettant de répondre à la « fragilisation » et à la « dépendance », comme nous le verrons plus loin⁴²⁹.

2.2. L'héritage des expérimentations de « première génération »

Un deuxième ensemble de modélisations a retenu notre attention. Elles s'apparentent aux formules de « première génération » nées hors institution, tant par les valeurs véhiculées et les modalités d'« accompagnement » qu'au niveau de leur conception architecturale (espace de petite taille, nombre restreint d'habitants, logique domiciliaire, volonté des initiateurs de créer des lieux de vie « jusqu'à la mort »⁴³⁰). Les réalisations identifiées s'inscrivent dans le prolongement du mouvement à contre-courant de l'alternative gérontologique de la fin des années 1970. Une formule que nous avons recensée, située en Belgique, appartenait ainsi au groupe transnational Saumon⁴³¹. Nous avons également recensé une structure en France, qui était parvenue à résister au processus de normalisation des EHPAD et à préserver sa spécificité administrative et juridique. Non médicalisée, elle se situe en dehors de la logique binaire EHPA/EHPAD et constitue un format de colocation accueillant, depuis l'ouverture d'une première structure expérimentale au début des années 1990, des personnes âgées atteintes de troubles cognitifs.

Plus récemment, d'autres formules ont émergé sur le territoire français comme le concept des Maisons Âges & Vie dans les années 2000 et la « colocation à responsabilité partagée », portée par les Petits Frères de Pauvres en 2015⁴³².

Il est apparu également que le modèle des « petites unités de vie » avait parfois inspiré des réalisations étrangères à l'instar des « Demenz WG » allemandes. Ce type d'appartements communautaires pour personnes âgées atteintes de troubles cognitifs s'est développé en Allemagne à partir de 1995 à l'initiative de la branche allemande des petits frères⁴³³. Selon Hélène Leenhardt, il existerait aujourd'hui 500 à 600 « Demenz-WG » en Allemagne (dont plus de 200 à Berlin)⁴³⁴.

⁴²⁹ Cf. Chapitre 5.

⁴³⁰ Claudette COLLOT, *Des lieux de vie jusqu'à la mort*, op. cit.

⁴³¹ Le groupe transnational Saumon, soutenu par la Fondation de France qui en a assuré l'animation et le secrétariat, a regroupé entre 1993 et 2000 cinq expérimentations locales de petites unités de vie dans quatre Pays européens (France, Pays-Bas, Angleterre, Belgique).

⁴³² <http://fondation.petitsfreresdespauvres.fr/les-projets-soutenus/colocation-pour-malades-d-alzheimer.html>

⁴³³ Hélène LEENHARDT, *La vie en appartement communautaire (group living) pour les personnes âgées qui ont besoin d'aide et de soin*. Document de travail, op. cit.

⁴³⁴ Hélène LEENHARDT, *La petite unité de vie : du Cantou français à la « Wohnpflegegemeinschaft » allemande. Lieu de vie et de soin ? Autre mode d'accompagnement des accompagnants ?*, European Master of Gerontology Module Health Gerontology Santé Publique et Vieillesse, , 2009.

Malgré les contraintes réglementaires et juridiques, certains concepts se sont ainsi développés à l'échelle d'un territoire et se sont imposés comme de nouveaux dispositifs gérontologiques pour personnes âgées « fragiles » et « dépendantes ». Dès lors, au-delà de notre intention de mettre en perspective les méthodologies d'hébergement et de soin expérimentées, il s'agit de se demander comment ces formules « hybrides » ont pu évoluer dans le temps et dans l'espace.

2.3. Penser ensemble l'institution et l'habitat

En dépit des orientations politiques en faveur de son humanisation, l'EHPAD est généralement défini comme une antithèse de l'« l'habitat »⁴³⁵. Mais, nous nous sommes demandé s'il convenait de les opposer systématiquement. Ne peut-on pas « habiter » un établissement qui juridiquement est une institution ? De même l'expérimentation gérontologique s'exprime-t-elle toujours en dehors du cadre législatif régissant le secteur social et médico-social ?

Les études portant les établissements d'hébergement « classiques » se situent généralement dans le prolongement des travaux de Goffman et de Foucault. Gérard Rimbert par exemple, sur la base théorique de l'approche goffmanienne, s'attache à montrer les tensions entre les injonctions institutionnelles d'humanisation des pratiques amorcées dès la publication du rapport Laroque et les « reclus » aujourd'hui en situation de grande dépendance⁴³⁶. D'autres recherches visent à complexifier sinon à dépasser le « cadre cognitif » de « l'institution totale », pour apporter un regard neuf sur les maisons de retraite, sans pour autant dénier les contraintes et les formes de domination qui pèsent sur les acteurs. Isabelle Mallon propose notamment de décentrer le regard habituellement porté sur ces établissements pour évaluer les capacités du résident, considéré comme un acteur de sa vie et de son vieillissement, à se réapproprié ou non son « dernier chez-soi »⁴³⁷. Dans une autre perspective, Iris Loffeier évoque les mutations de l'institution et les modifications de la nature du « travail sur autrui » vecteurs de contradictions et de nouvelles contraintes normatives de tous à l'égard de tous⁴³⁸. Mais, dans une étude comme dans l'autre, la maison de retraite est appréhendée comme une institution standardisée par les différentes logiques qui la parcourent

⁴³⁵ L'habitat est entendu ici dans le sens du « référentiel de l'habitat » défini par l'ensemble des traits et des valeurs qui le caractérise (libre choix, citoyenneté, autonomie, lien social).

⁴³⁶ Gérard RIMBERT, *Vieillards sous bonne garde : réparer l'irréparable en maison de retraite*, Broissieux, Éditions du Croquant, 2010.

⁴³⁷ Isabelle MALLON, *Vivre en maison de retraite : le dernier « chez-soi »*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2004.

⁴³⁸ Iris LOFFEIER, *Panser des jambes de bois ?*, op. cit.

et, malgré les orientations humanistes des politiques publiques visant à en améliorer le fonctionnement, comme un espace qui peine à s'instituer comme un véritable « lieu de vie » pour les usagers.

Il ne s'agit pas ici de remettre en question la dimension critique de ces travaux, mais de s'interroger sur les possibilités d'expérimentation et d'innovation d'institutions homogénéisées par un cadre juridique et organisationnel. Les recherches exploratoires et documentaires effectuées dans le cadre de notre étude ont en effet montré un autre aspect de certains établissements sociaux et médico-sociaux, et il est apparu que la frontière entre l'« habitat » et l'hébergement pouvait être moins hermétique qu'il n'y paraissait *a priori*. Valentine Charlot et Caroline Guffens, dans un rapport d'étude réalisé en Belgique, avancent notamment des pistes de réflexion sur les innovations destinées aux personnes âgées atteintes de troubles cognitifs. Parmi les sept lieux de vie investigués, six sont des établissements de type MR, MRS⁴³⁹. On peut également évoquer le cas du premier Cantou fondé par Serge Caussanel dans l'enceinte d'une maison de retraite, ou l'initiative, moins célèbre, portée par Philippe Leroux en 1985 dans le Long séjour d'un hôpital de Saint Nazaire⁴⁴⁰. De même, une résidence médicalisée située à Sartrouville œuvre actuellement à développer un concept d'EHPAD à domicile. Ce dispositif, qui sera effectif en 2017, permettra à 25 personnes âgées de rester chez elles et de bénéficier des prestations offertes par la résidence (permanence de soins, participation aux activités proposées dans les lieux)⁴⁴¹.

En conséquence, il semblerait que l'*institué* lui-même soit en mesure de se réinventer. L'alternative gériatologique, qu'elle émerge dans ou en dehors du cadre de l'institution « classique », apparaît, nous en formulons l'hypothèse, comme un foyer d'expérimentation productrice de nouvelles méthodologies thérapeutiques. Aussi, nous avons pris le parti de penser ensemble l'habitat et l'institution pour en faire un troisième ensemble d'*habitats alternatifs*.

Plusieurs expérimentations ont été choisies pour faire l'objet d'une investigation. Elles nous ont permis d'affiner les traits caractéristiques des trois ensembles que nous avons mis en

⁴³⁹ Valentine CHARLOT et Caroline GUFFENS, *Où vivre entouré ? L'accueil des personnes âgées atteintes de démence dans les lieux de vie résidentiels collectifs*, *op. cit.*

⁴⁴⁰ Philippe Leroux alors chef du service de gériatologie clinique du centre hospitalier de Saint Nazaire porte en 1985 le projet d'une restructuration du secteur Long Séjour pour le transformer en plusieurs « lieux de vie ». Dans les années 1990 treize maisons comptant douze à quinze personnes âgées sont créées dans la ville et sur le site de l'hôpital, l'idée étant, selon Philippe Leroux, d'éclater les lieux pour « sortir l'hôpital de ses murs », Philippe LEROUX, « Un autre « Long séjour ». Des principes - une aventure », *Gérontologie et société*, 1995, n° 73, p. 159.

⁴⁴¹ <http://www.leparisien.fr/sartrouville-78500/sartrouville-la-maison-de-retraite-a-domicile-c-est-pour-2017-06-12-2016-6420906.php>

perspective, pour *in fine* esquisser une typologie descriptive de l'*habitat alternatif*. Nous présenterons tout d'abord nos terrains d'enquête. Ils nous permettront d'illustrer les trois catégories de la typologie que nous avons élaborée : les habitats autogérés (HA), les habitats communautaires accompagnés (HCA), et les habitats médicalisés (HM).

3. Présentations des terrains

Nos enquêtes de terrain se sont déroulées entre octobre 2012 et octobre 2015 dans des réalisations effectives d'*habitats alternatifs* pour personnes âgées⁴⁴² à l'aune d'une méthodologie que l'on pourrait qualifier « d'itérative »⁴⁴³. Pour Jean-Pierre Olivier de Sardan, cette démarche à la fois concrète et abstraite témoigne du caractère non linéaire et imprévisible de l'enquête de terrain qui « suscite son propre cheminement »⁴⁴⁴. Dans sa forme concrète, l'itération suppose que le choix des interlocuteurs est opéré par « “buissonnement” ou “arborescence” »⁴⁴⁵. Ainsi, le travail de recensement effectué tout au long du travail de recherche, la rencontre de personnes ressources, les visites et les entretiens réalisés dans certains *habitats alternatifs* nous ont permis d'explorer de nouvelles pistes et de trouver de nouveaux interlocuteurs. Dans sa forme abstraite, le procédé itératif se traduit par « va-et-vient entre problématique et données, interprétation et résultat »⁴⁴⁶. Ainsi, les entretiens et les observations réalisés, l'investigation de nouveaux modèles d'*habitats alternatifs*, nous ont permis de repenser et de reconceptualiser la problématique, l'objet d'étude, le cadre analytique ainsi que la typologie.

Au total, nos enquêtes de terrain ont été réalisées dans onze formules d'*habitats alternatifs*. La majeure partie des données empiriques a été recueillie dans des terrains que nous désignons comme « principaux ». Les sept « terrains principaux » de cette recherche ont été choisis à la fois pour leur accessibilité — et donc sur la base d'un critère de faisabilité⁴⁴⁷ — et parce qu'ils apparaissaient comme particulièrement représentatifs des trois ensembles d'*habitats alternatifs* que nous avons dégagés. Ils ont été complétés par des données de seconde main, dans des « terrains » que nous nommons « secondaires ». Les quatre « terrains secondaires » de notre champ d'investigation ont été abordés de manière moins approfondie.

⁴⁴² Nous avons pris le parti d'exclure de notre champ d'investigation les projets en devenir qui n'avaient pas encore été réalisés.

⁴⁴³ Jean-Pierre Olivier DE SARDAN, « La politique du terrain », *Enquête. Archives de la revue Enquête*, 1 octobre 1995, n° 1, pp. 71 - 109. <https://enquete.revues.org/263>, consulté de 8 avril 2014.

⁴⁴⁴ *Ibid.*

⁴⁴⁵ Jean-Pierre Olivier DE SARDAN, « La politique du terrain », *op. cit.*, p. § 61.

⁴⁴⁶ *Ibid.*, p. § 62.

⁴⁴⁷ Nous avions au départ envisagé d'inclure le modèle des « Demenz WG » à nos « terrains principaux », mais la barrière de la langue et les difficultés logistiques nous ont conduit à abandonner cette option.

Dans certains cas cette limitation était délibérée, les modèles investigués ne nous paraissant pas suffisamment représentatifs de notre définition de l'*habitat alternatif*. Dans d'autres cas, nous avons eu un accès plus restreint aux terrains et n'avons pu effectuer des visites, des observations et des entretiens qu'en nombre limité. Nous avons néanmoins pris le parti d'inclure les « terrains secondaires » à l'analyse afin de compléter les données recueillies dans les « terrains principaux », d'éclairer avec plus d'acuité les trois catégories de notre typologie et parce qu'ils nous ont permis de penser et de repenser l'objet d'étude.

3.1. Les terrains « principaux »

3.1.1. La maison communautaire des Sœurs Aînées de l'Institut des Sœurs de Saint François d'Assise⁴⁴⁸ (Normandie, France)

La maison communautaire des Sœurs Aînées, située dans une station balnéaire normande de 3725 habitants, est issue d'un réaménagement de plusieurs congrégations franciscaines⁴⁴⁹ visant à répondre au vieillissement de leurs membres. Les Sœurs rencontrées évoquent ainsi une baisse d'effectif significative⁴⁵⁰ et des situations de fragilisation de plus en plus importantes (handicaps physiques liés à l'âge, troubles cognitifs, fin de vie), qui, au vu de l'insuffisance du renouvellement des vocations, ne leur permettent plus de gérer en interne la prise en charge de leurs consœurs en situation de « dépendance »⁴⁵¹. Ainsi, certaines communautés comptabilisant un indice de dépendance trop élevé ont été confrontées aux pressions des conseils généraux qui souhaitaient les intégrer au cadre de la loi 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Elles décident alors de repenser leur mode de fonctionnement pour éviter que leurs lieux de vie ne se transforment en EHPAD.

Le processus d'adaptation des Sœurs suit plusieurs étapes. En 2005 sept congrégations se regroupent au sein d'une union pour former un nouvel institut. Cette union permet de rassembler les Sœurs vieillissantes dans trois maisons communautaires accueillant chacune entre 40 et 45 religieuses, et de laisser les jeunes Sœurs poursuivre leurs œuvres et missions apostoliques sans être limitées par la prise en charge des plus fragiles d'entre elles. En 2008,

⁴⁴⁸ Dans le corps du texte, ce modèle sera désignée par l'appellation « maison communautaire de Sœurs Aînées ».

⁴⁴⁹ Une « congrégation » ou un « institut » est un état d'esprit particulier, un projet commun au sein d'une spiritualité religieuse (dans ce cas, la spiritualité franciscaine), tandis que les « maisons communautaires », les « communautés » et les « fraternités » constituent les lieux de vie des religieuses d'une congrégation.

⁴⁵⁰ Dans la maison communautaire où nous avons effectué nos enquêtes de terrain, l'effectif est passé de 145 à 40 Sœurs en une trentaine d'années.

⁴⁵¹ À noter que cette situation est commune à l'ensemble des communautés religieuses catholiques dont les stratégies de remaniement varient (fusion, adaptation, transformation en EHPAD...), Annick ANCHISI, Laurent AMIOTTE-SUCHET et Kevin TOFFEL, « Vieillir au couvent : stratégies des congrégations et paradoxe des laïcités », *Social Compass*, 2015, pp. 1-17.

elles élaborent un partenariat avec une association extérieure qui va leur permettre de repenser la gestion du personnel, l'organisation administrative, juridique et financière nécessaire à l'adaptation des maisons communautaires au vieillissement des Sœurs. Il est notamment décidé de déléguer certains services nécessaires au fonctionnement du lieu à des « *laïcs* » (restauration, ménage, soin) de mutualiser les moyens de l'APA, d'en faciliter l'exercice par une modalité de gestion en réseau permettant de procéder à des économies d'échelle et d'aboutir à un équilibre financier viable sur le long terme. Enfin, après la vente de leur ancien couvent trop difficile à entretenir et en partie inoccupée, les sœurs de la maison communautaire que nous avons pu visiter s'installent en 2010 dans de nouveaux locaux situés dans l'ancien jardin potager du bâtiment initial⁴⁵². L'espace est segmenté en deux parties. Le rez-de-chaussée comprend l'ensemble des lieux communs ainsi que les chambres privées des Sœurs « *valides* », le premier étage, transformé en unité de soin, est dédié à l'accompagnement des Sœurs « *malades* »⁴⁵³.

3.1.2. L'association A2MG⁴⁵⁴ (Grand-Est, France)

L'expérimentation A2MG, située dans une commune rurale de 1893 habitants, est issue de la société civile. Le projet débute en 2006 lorsque des médecins diagnostiquent chez Suzanne, une institutrice à la retraite, un début d'Alzheimer. La maladie s'aggravant, la question d'un placement en institution s'impose à la famille. Martine l'une des filles de Suzanne, Robert, un cousin par alliance ainsi que Camille, une amie de la famille, décident de se mobiliser pour permettre à Suzanne de rester à domicile. L'expérimentation A2MG débute ainsi par une série de travaux d'aménagements à domicile pour répondre à l'évolution de l'état de santé de Suzanne. Un « accompagnement » mixte articulant aide-bénévole (amis et voisins), aide professionnelle et aide familiale est ensuite mis en place.

En 2009, l'arrivée de Caroline marque une nouvelle étape dans la structuration du projet. Elle est accueillie la journée, durant une année, jusqu'à la mort de Suzanne en décembre 2010. Le domicile réaménagé de Suzanne devient pour Caroline un « accueil de jour » lui permettant d'éviter un placement en institution médicalisée, de partager les frais de l'aide à la vie quotidienne et de soulager l'aide apportée par la famille. Suite au décès de Suzanne, les initiateurs souhaitent poursuivre leur projet, mais ils se heurtent au refus des compagnies

⁴⁵² Le lieu que nous avons visité se distingue ici des autres maisons communautaires de Sœurs Aînées, dans lesquelles les Sœurs sont restées dans leurs anciens bâtiments.

⁴⁵³ Les dénominations de Sœurs « valides » et de Sœurs « malades » sont énoncées comme telles dans les entretiens réalisés.

⁴⁵⁴ A2MG est l'acronyme d'Agir Multi-Générationnel.

d'assurance qui ne souhaitent plus couvrir le domicile de Suzanne. Le personnel est alors congédié et le projet momentanément interrompu. Caroline accepte ensuite qu'on aménage un nouveau lieu de vie chez elle. Elle accueille alors sporadiquement Michelle avec qui elle cohabite durant plusieurs mois.

Parallèlement l'association A2MG se consolide en 2010, soit quatre années après l'élaboration du projet pilote. Elle délimite plus clairement ses objectifs. A2MG cible les personnes âgées « fragiles » et « dépendantes » de la commune dans le but de leur éviter un placement en institution médicalisée. Elle offre une aide à la création de « *microstructures* »⁴⁵⁵ chez l'habitant et vise à favoriser les rencontres intergénérationnelles via l'organisation d'ateliers, de journées thématiques et de discussions.

3.1.3. Le jardin du béguinage (Bruxelles, Belgique)

Le Jardin du béguinage est initié en 1999 dans un quartier de la ville de Bruxelles. Il est situé dans une ancienne cité rénovée par les politiques locales et le secteur associatif. Trois associations se partagent les trente-deux maisonnées de la cité. Elles sont aménagées autour d'un grand jardin ouvert au public de 9 h à 19 h. Une association accueille des personnes fragilisées (notamment des mères célibataires), une autre est spécialisée dans l'hospitalisation à domicile pour des patients atteints du Sida. Enfin, le Jardin du Béguinage est destiné aux personnes âgées de plus de 60 ans à faible revenu. Les trois associations sont autonomes les unes des autres, et les contacts entre elles sont restreints.

Le collectif du Jardin du béguinage est composé de huit personnes⁴⁵⁶. Chacun des membres du groupe dispose de son habitation personnelle : une maison avec étage de 47 mètres carrés. Les huit maisonnées de l'habitat groupé sont reliées les unes aux autres par un petit jardin et par des cours partagées par couple de maisons. Le lieu est autogéré par les habitants. Ils se réunissent toutes les semaines à l'occasion d'un petit-déjeuner hebdomadaire dans chacune des maisons, à tour de rôle, pour réfléchir ensemble au projet collaboratif. Ils sont suivis par une psychologue et par un groupe d'accompagnement composé de personnes extérieures au projet, que le collectif a décidé d'introduire pour faciliter l'harmonisation de la vie collective, et apporter une aide à la gestion des situations de « crise » (deuil, maladie, installation d'un nouvel habitant).

⁴⁵⁵ Le terme de « *microstructure* » est énoncé comme tel dans les entretiens et les chartes du projet. Il désigne à la fois l'habitat réaménagé, la cohabitation entre les personnes et le lieu de socialité (organisation d'ateliers et d'événements ouverts au public).

⁴⁵⁶ Sur les huit habitants actuels, trois faisaient partie du collectif originel, installé dans les lieux en 1999.

Le Jardin du béguinage n'est pas spécifiquement prévu pour accompagner la « dépendance ». Cependant trois des membres du collectif ont pu finir leur jour à domicile. Nous considérons ainsi qu'il se situe à l'entrecroisement de l'« habitat intermédiaire » et de l'*habitat alternatif*.

3.1.4. L'Antenne Andromède (Région Bruxelles-Capitale, Belgique)

L'Antenne Andromède est une extension d'une maison de retraite traditionnelle. Le projet est mis en place au début des années 1980 à la suite d'une analyse des besoins des personnes âgées d'une commune de la Région de Bruxelles-Capitale. Les acteurs institutionnels relèvent alors une constante : les personnes âgées expriment la peur de devoir affronter seules une situation pouvant les fragiliser. L'institutionnalisation dans un établissement constitue la seule possibilité qui leur est offerte pour se sécuriser. Il s'agit alors pour les initiateurs de différer cette institutionnalisation et de proposer aux personnes âgées de 60 ans souffrant de solitude, et à revenu modeste, un cadre de vie qu'ils jugent plus adapté à ce public, dans des habitations « banalisées », « comme à domicile ».

L'Antenne Andromède est constituée de six appartements, à proximité les uns des autres, inclus dans les immeubles d'un quartier. Ils accueillent chacun cinq personnes. De pleins pieds, situés au rez-de-chaussée, les logements comportent cinq chambres privatives, les autres espaces — deux w.c., deux salles de bain, la salle à manger, la cuisine, le corridor et le jardin — sont partagés par les habitants. Le CPAS⁴⁵⁷ s'occupe de la gestion administrative des habitats, il tient un bilan comptable des frais nécessaires à l'organisation du quotidien (location, charges, alimentation, personnel). La sélection des nouveaux colocataires est effectuée dans chacun des appartements, par le groupe lui-même, en concertation avec le CPAS, qui prérecrute les candidats potentiels.

Lors de sa création, l'Antenne Andromède se destine aux personnes âgées encore « autonomes ». Mais rapidement, les porteurs de projet insistent sur la nécessité d'ajuster les lieux à l'évolution de l'état de santé des habitants. Aujourd'hui, l'« accompagnement » des personnes s'effectue dans une articulation entre aide professionnelle (intervention d'aides familiales⁴⁵⁸ et d'un service de soin infirmier) et solidarité inter-habitants.

⁴⁵⁷ Centre public d'action social.

⁴⁵⁸ Auxiliaires de vie.

3.1.5. Les domiciles partagés (Morbihan, France)

Le premier domicile partagé est issu de la société civile. Il est initié en 1992 par des familles et une fédération de clubs de retraités du Morbihan. Ces deux entités décident de s'associer pour réfléchir à une modalité d'accueil et d'hébergement alternative à la maison de retraite pour des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Le projet a ensuite été soutenu par le conseil général et les mairies, qui ont favorisé son développement et sa reproduction sur le territoire. Il existe aujourd'hui quarante domiciles partagés dans le département.

Une multiplicité d'acteurs participe aujourd'hui au fonctionnement des domiciles partagés. La fédération des clubs de retraités s'occupe de la gestion des comptes, une association d'aide à domicile mandataire fait le lien entre les différents acteurs. Elle met notamment en relation les auxiliaires de vie qu'elle prérecrute et les usagers (les familles, qui ne sont plus au cœur de l'organisation du fonctionnement de la formule, et les habitants des colocations). Les mairies louent les bâtiments, construits par un office HLM, et supportent les risques financiers dans le cas de l'inoccupation d'une chambre dans une colocation, enfin, le CCAS gère les demandes d'admission.

Les domiciles partagés constituent une spécificité locale propre au Morbihan. Ils ne sont juridiquement ni des EHPAD ni des EHPA, mais des colocations. Non médicalisés, les domiciles partagés, situés pour la plupart en milieu rural, accueillent chacun huit colocataires de plus de 60 ans atteints de la maladie d'Alzheimer. Chaque domicile partagé se compose de deux T5 jumelés entre lesquels est aménagé le centre de la vie collective : la cuisine ouverte sur la salle à manger et le séjour. Les colocataires disposent d'une chambre individuelle avec salle de bain, et partagent tous les autres espaces (le séjour, le jardin extérieur clôturé, la cuisine, la salle à manger).

Le personnel d'accompagnement est présent 24 h/24 sur les lieux. Il est polyvalent, au-delà des soins à la personne, il s'occupe des tâches domestiques du quotidien (linge, course, préparation des repas, animations). Sept auxiliaires de vie officient dans un domicile partagé. Il n'y a pas de roulement entre le personnel de jour et de nuit ni entre le personnel des différentes colocations. Cinq auxiliaires de vie sont présents durant la journée. Ils sont relayés par le personnel de nuit (deux personnes).

3.1.6. Les Maisons Âges & Vie (Bourgogne–Franche-Comté, France)

Samuel était au départ ingénieur en aménagement du territoire jusqu'à ce qu'une opportunité se présente à lui. Il intègre alors le cabinet d'une secrétaire d'État aux personnes âgées, en tant que conseiller. Il y fait la connaissance de son premier associé. Amenés à visiter des maisons de retraite en France, Samuel et son associé imaginent un nouveau concept, moins contraignant pour les personnes âgées que l'institution d'hébergement « classique ». Le principe moteur de ce concept est de permettre aux habitants de vivre le plus « *normalement* »⁴⁵⁹ possible et donnera naissance aux Maisons Âges & Vie.

Le projet débute en 2003. Il est un dispositif de colocations pour sept personnes en situation de « dépendance » variable (GIR 2, 3, 4)⁴⁶⁰. Chacun des colocataires dispose d'un logement individuel, un studio dont la superficie varie de 25 à 40 mètres carrés. Il est pourvu d'une salle de bain et donne accès à une terrasse privative. Les résidents partagent les autres espaces (le séjour, la cuisine ouverte sur la salle à manger). Ils sont accompagnés au quotidien par six auxiliaires de vie qui se relayent. Ils sont polyvalents et s'occupent des soins à la personne et des tâches domestiques (course, linge, préparation des repas).

Les logements et les espaces communs des sept colocataires sont situés au rez-de-chaussée, tandis que quatre des six soignants qui officient sur les lieux sont logés avec leur famille dans des T4 situés au premier étage des Maisons Âges & Vie. Cette configuration de l'espace, outre sa dimension intergénérationnelle, permet également d'aménager l'organisation du temps de travail. Les salariés travaillent 32 heures par semaine, et sont d'astreinte, chez eux, à l'étage, à raison d'une nuit sur quatre. Ils peuvent alors être sollicités par les colocataires en cas de nécessité.

Il existe aujourd'hui une trentaine de maisons Âges & Vie dans plusieurs départements de la région Bourgogne–Franche-Comté. Elles sont gérées par deux organismes ; une association à but non lucratif qui s'occupe des prestations d'aide à domicile, et la société Âges & Vie qui tient le rôle de syndic. Elle entretient les locaux, loue les bâtiments et perçoit les loyers qui sont reversés aux propriétaires des appartements.

⁴⁵⁹ L'idée de permettre aux personnes âgées de vivre le plus « *normalement* » possible est énoncé comme tel dans les discours et le livret d'accueil de la formule.

⁴⁶⁰ Les premières maisons comprenaient sept studios chacun pour personnes seules ou en couple. Les réalisations les plus récentes regroupent sur un même site deux maisons Ages & vie.

3.1.7. Le village de Mariemont (Wallonie, Belgique)

Le village de Mariemont, situé au centre d'une commune wallonne de 19 009 habitants, est une institution médicalisée gérée par une ASBL⁴⁶¹. Le projet débute en 1985. Il est construit sur les vestiges d'un ancien hôpital de mineur menacé de fermeture. Un juriste de formation est amené à reprendre le projet. Il est question alors de le transformer en établissements pour personnes âgées. Avec son équipe, il prend comme point de départ la structure hospitalière des bâtiments pour élaborer un projet original.

En vue de répondre à la demande croissante d'hébergement émanant de personnes âgées désorientées et à la carence des dispositifs existant sur le territoire pour ce type de public, les initiateurs développent le projet Cantous. Les Cantous se définissent comme des lieux de vie communautaire à taille humaine, d'une capacité de 15 résidents. Ils fonctionnent en autonomie les uns par rapport aux autres et répondent chacun à un projet de vie particulier (« *la mobilité* », « *les cinq sens* », « *la re-socialisation* », « *la relaxation* », « *le contact avec la nature et le monde animal* », « *la réminiscence* », « *les soins du corps et le bien-être* »⁴⁶²). Ils sont également ajustés à l'état de santé des personnes accueillies (personnes en fin de vie, personnes « *agitées* », personnes présentant des troubles cognitifs légers, « *grabataires* », « *semi-grabataires* »⁴⁶³, personnes âgées présentant des troubles psychiatriques).

Le village de Mariemont n'est pas spécifiquement dédié à l'accueil des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Ils proposent un « *éventail de possibilités* »⁴⁶⁴ destinées à l'accueil, l'hébergement l'« accompagnement » de l'ensemble de la catégorie contrastée des personnes âgées de plus de 60 ans. Outre des structures plus « classiques » de type MR/MRS⁴⁶⁵, il existe aujourd'hui huit Cantous dans le village de Mariemont. L'établissement propose également un service d'accueil de jour, un court séjour et une résidence service. Un projet de service de convalescence et un espace *wellness*-bien-être, sont en cours d'acheminement.

Le potentiel d'accueil de départ était de 70 résidents, il permet aujourd'hui d'accueillir plus de 300 résidents dans l'ensemble des services proposés.

⁴⁶¹ Association à but non lucratif en Belgique.

⁴⁶² Livret d'accueil « *mariemontvillage* » (en gras dans le livret d'accueil).

⁴⁶³ Les termes de « *grabataires* », « *semi-grabataire* », « *agités* » sont énoncés comme tels dans les discours et le projet de vie de l'établissement.

⁴⁶⁴ Brice, 35 ans, directeur d'un HM, Belgique

⁴⁶⁵ Équivalent EHPA/EHPAD

3.2. Les terrains « secondaires »

3.2.1. La Maison des Babayagas (Montreuil, France)

Thérèse Clerc⁴⁶⁶ déclare avoir écrit le projet de la Maison des Babayagas en 1995, soit presque 20 années avant son ouverture en 2013 dans le centre-ville de Montreuil. Le projet tire son origine de l'expérience intime de la convalescence et du décès de la mère de la fondatrice qui souhaite consolider un lieu de vie d'un genre nouveau, alternatif à la maison de retraite et au domicile. Elle imagine alors un projet d'habitat fonctionnant en autogestion, destiné aux femmes âgées de plus de 60 ans uniquement et sur critère social.

La maison des Babayagas est un immeuble comprenant 21 appartements pourvus d'une cuisine et d'une salle de bain. Le lieu comporte également des espaces collectifs (un jardin, une salle commune vouée à l'organisation d'événements). Dans la première charte du projet, les questions relatives à l'évolution de l'état de santé des habitantes et donc de leur potentielle « fragilisation » ont été évoquées. On pouvait par exemple y lire que « *projet innovant nous (vous) permettra, même jusqu'à un âge avancé, de poursuivre et finir notre vie dans nos murs, entourées de compagnes ayant fait le même choix de vie* »⁴⁶⁷. Il est sous-entendu ici que les habitantes vieillissantes se chargeront grâce à l'entraide et la solidarité du groupe de s'accompagner mutuellement dans le vieillissement et les « fragilités » qui lui sont liées.

La « Maison des Babayagas » a été secouée par plusieurs crises au cours de ces dix premières années de gestation de projets et par au moins deux vagues de démissions. Les mésententes et les désaccords concernant l'administration de l'association, ses modalités de direction et l'organisation de la vie commune ont dissous le groupe et remis en cause le projet collaboratif. Il est en cela difficile d'identifier clairement ses logiques de fonctionnement et ses potentialités en termes d'accompagnement de la « fragilité » et de la « dépendance ».

3.2.2. Un « cocon » rattaché à l'association Cocon 3S (Île-de-France, France)

L'association « la Trame », renommée « Cocon 3S »⁴⁶⁸ est fondée par une psychosociologue à la retraite suite à la canicule de 2003. Elle vise à faciliter la mise en relation de groupes de « seniors »⁴⁶⁹ souhaitant vivre en colocation dans des habitations appelées des « cocons ».

⁴⁶⁶ Thérèse Clerc, est décédée en le 16 février 2016 à l'âge de 88 ans.

⁴⁶⁷ Charte du projet, ancien site internet de la « Maison des Babayagas ».

⁴⁶⁸ Les 3 S renvoie à « Solidaire, Senior, Solo ».

⁴⁶⁹ <https://www.location-logement-senior.fr/colocation-seniors/colocation-entre-seniors-presentation-de-lassociation-cocon-3s-developpement/>

Le « cocon » de notre champ d'investigation est inauguré en 2010 dans une commune d'Île-de-France de 93 509 habitants. Il est une grande maison de 250 m² composée de sept chambres et de deux salles de bain. À l'origine, le collectif se compose de cinq personnes, un homme, également propriétaire de la maison et quatre femmes, qui sont locataires. Mais les tensions et les dissensions permanentes conduisent trois habitants sur cinq à quitter le « cocon ». Ils sont remplacés par de nouveaux colocataires, plus jeunes, encore engagés dans la vie active, ce qui a vocation à transformer la nature et le sens du projet, initialement imaginé pour des personnes âgées de plus de 60 ans.

Ce « cocon » compte aujourd'hui deux « seniors » issus du groupe initial, parmi lequel le propriétaire de la maison. Le lieu se destine exclusivement à des personnes âgées à l'« autonomie maîtrisée », les questions relatives à l'accompagnement de la « fragilité » et de la « dépendance » n'ayant jamais été abordées par le collectif. Aussi, cette formule se définit comme un « habitat intermédiaire » plutôt que comme un *habitat alternatif*.

3.2.3. Les domiciles protégés (Dijon, France)

Initié en 1988, les domiciles protégés, situés à Dijon, s'inscrivent dans le mouvement à contre-courant des premières structures innovantes d'hébergement et d'accueil de la fin des années 1970. Suite à la loi de 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, les domiciles protégés passent d'un statut de structures expérimentales à un statut d'EHPAD. En dépit de ce changement de statut, les initiateurs et gestionnaires ont pris le parti de pérenniser une approche de la « fragilité » et de la « dépendance » alternative. Ils ont en outre étendu le modèle en développant de nouvelles infrastructures en annexe. En 1997 est ainsi créé le quartier « Génération » dans une commune située dans l'agglomération dijonnaise. Ce nouveau quartier est pensé comme un ensemble intergénérationnel comprenant des logements sociaux attribués à des retraités, et à des jeunes couples avec enfant de moins de 5 ans, une halte-garderie, un relais assistance maternelle, un restaurant scolaire, une salle de quartier et un espace socioculturel de rencontre.

Ces services, gérés par une association, sont aujourd'hui constitués de services d'aide, de soin et d'hospitalisation à domicile, de neuf domiciles protégés de cinq à sept places destinées à des personnes âgées présentant des troubles cognitifs, d'un EHPAD de soixante-deux places, d'un domicile collectif de quatorze places pour des personnes en situation de dépendance physique, et d'un accueil de jour de treize places⁴⁷⁰.

⁴⁷⁰ <http://www.fedosad.fr/>

3.2.4. Le village De Hogeweyk (Pays bas)

Également appelé le « village de la démence », De Hogeweyk est une institution médicalisée destinée aux personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer situé aux Pays-Bas dans une commune de 17 352 habitants. Inauguré en 2009, le lieu a la forme d'un quartier résidentiel comprenant des ruelles, un supermarché, un théâtre, des restaurants et des cafés. Il accueille 152 résidents logés dans 23 habitations divisées en sept sections et imprégnées d'une ambiance particulière. Chacune de ces sections correspond à des « styles de vie », directement inspirés de modes de vie identifiés dans la société néerlandaise. Le style « Gooi » s'adresse aux résidents qui travaillaient dans le secteur des médias, le style « chrétien » est dédié à ceux pour qui la foi est un élément central, le style « casanier » est élaboré pour des personnes introverties particulièrement sensibles à l'entretien et à la propreté de leur maison, le style « indépendant » est destiné principalement à des hommes fiers de leur carrière et de leurs entreprises passées, le style « urbain » est pensé pour se conformer aux habitudes de personnes qui habitaient dans une grande ville, avaient une vie sociale riche et aimaient sortir, le style « cultuel » est dédié aux amateurs de littérature, d'art et de théâtre, enfin le style « indonésien » est prévu pour les Néerlandais d'origine indonésienne. Après avoir rempli une fiche de renseignement avec l'aide de leurs familles, les résidents - — sont installés dans ces différentes « habitations styles de vie ». Ils cohabitent alors avec sept autres personnes qui partagent leurs intérêts et leurs valeurs passées⁴⁷¹.

4. Typologie descriptive des *habitats alternatifs*

L'ensemble de ces onze expérimentations peuvent être regroupées en trois catégories idéales typiques : les habitats autogérés (HA), les habitats communautaires accompagnés (HCA), et les habitats médicalisés (HM). Cette typologie descriptive vise à réduire la complexité relative à l'hétérogénéité de nos terrains d'enquête, mais sans l'anéantir, afin d'en dégager une meilleure intelligibilité⁴⁷². Elle comprend dans son ambition classificatoire cinq critères : le statut de la formule, ses objectifs, ses modalités de fonctionnements, ses valeurs, et ses limites.

⁴⁷¹ <http://hogeweyk.dementiavillage.com/en/concept/>, consulté le 14 juin 2016.

⁴⁷² Didier DEMAZIERE, « Typologie et description. À propos de l'intelligibilité des expériences vécues », *Sociologie*, 2013, vol. 4, n° 3, pp. 333-347.

4.1. Les habitats autogérés (HA)

La maison communautaire des Sœurs Aînées, l'association A2MG, le Jardin du béguinage, la maison des Babayagas et le « cocon » rattaché à l'association cocon3S constituent des habitats autogérés (HA). Ils sont issus de la société civile et se singularisent par leur caractère autogestionnaire impliquant une forte mobilisation des habitants. Ceux-ci peuvent prendre part à la conception du lieu en partenariat ou non avec d'autres acteurs (architectes, consultants, bailleurs sociaux, associations, collectivités territoriales). Ils définissent également les règles de la vie collective et quotidienne. Les habitants d'HA se rejoignent autour d'utopies fondatrices, délimitant les contours d'un projet construit ensemble, dont ils assurent la continuité par des moments d'échanges et de convivialité, plus ou moins accessibles à un public extérieur (animations, réunions, journée thématique, conférences, repas de quartier).

Les HA se caractérisent par leur hétérogénéité. Situés tantôt en milieu rural, tantôt en milieu urbain, ils ont des formes variées (immeuble, appartement ou maison partagés, regroupement de plusieurs habitations individuelles). Dans les lieux, les habitants disposent d'un espace privé (chambre, appartement, maison individuelle selon les modèles) — inclus dans un collectif à dimension variable. Les modèles consolidés sont parfois réservés aux femmes, mais peuvent également être mixtes ou intergénérationnels. Si certains projets sont portés par des groupes militants qui souhaitent transformer le regard de la société sur le vieillissement (la maison des Babayagas), dans d'autres cas, il est plutôt question d'expérimenter dans les pratiques quotidiennes d'un projet collaboratif, d'autres modalités d'habiter pour « vieillir autrement » (le jardin du béguinage, le « cocon » rattaché à l'association cocon3S).

Parfois encore, il s'agit de préserver ses habitudes et son mode de vie, dans la continuité des itinéraires individuels. C'est le cas de la maison communautaire des Sœurs Aînées. Le modèle apparaît comme un HA particulier porté par un engagement religieux partagé. Les habitantes manifestent une volonté de conservation pour « *tenir le coup* »⁴⁷³ et protéger ce qui les relie :

« C'est ce qui nous a fait prendre une décision, puisqu'on ne voulait pas mourir. On détient un charisme qu'on doit communiquer. Donc en se rassemblant, on continue à faire

⁴⁷³ Mado, 80 ans, Sœur Supérieure et habitante d'un HA, France, octobre 2015.

vivre ce charisme de Saint François. » (Mado, 80 ans, Sœur Supérieure et habitante d'un HA, France, octobre 2015)

Outre leur intention de « *continuer à faire vivre* » l'œuvre qui les rassemble, le modèle est aménagé par les Sœurs pour leur permettre de « *garder leur vie religieuse* »⁴⁷⁴ dans des lieux de vie communautaire où, comme le notifie Sœur Marie-Chantal, il est possible de « *suivre la règle, comme si on était jeunes : on va aux offices, on fait le chant, on fait le réfectoire* »⁴⁷⁵.

L'association A2MG peut quant à elle être définie comme une variation d'HA. Ce n'est dans ce cas précis pas les habitants eux-mêmes qui sont à l'initiative du modèle, mais des aidants (famille, voisin, amie) *pour* leurs proches fragilisés. Au-delà de l'« accompagnement » alternatif qu'elle propose, A2MG renvoie à une logique d'anticipation. Les initiateurs de projet visent à consolider des espaces pour leurs proches, mais aussi pour eux-mêmes au regard de leurs fragilités futures. Comme le notifie en effet Martine, à l'initiative du projet :

« Je veux pas être prise en charge, moi je veux créer... en fait moi mon rêve c'est d'avoir plusieurs lieux qui tournent, et pouvoir passer dans l'un dans l'autre aussi longtemps que je peux bouger... et puis le jour où je peux plus bouger je reste dans l'un d'entre eux et j'y finis ma vie, dans un endroit chaleureux que j'ai préparé. C'est pour ça je commence maintenant quoi. Je fais des lieux » (Martine, 61 ans, cofondatrice d'un HA, Grand-Est, France, octobre 2012)

Dans chacun des modèles d'HA, en dépit de l'hétérogénéité des projets, l'autonomie apparaît comme une valeur centrale. Elle est envisagée comme une volonté des personnes impliquées de garder la maîtrise des conditions de leur vieillissement et/ou de celui de leurs proches. À cette valeur s'articulent celles de la solidarité, définie comme une entraide réciproque permettant de sécuriser l'existence et d'« accompagner » le vieillissement. L'articulation des valeurs de l'autonomie et de la solidarité conditionne la nature spécifique du « vivre ensemble », plus ou moins communautaire, et dont les objectifs varient. La spécificité du « vivre ensemble » figure des communautés d'appartenance par habitat. Elles sont consolidées sur la base d'intérêts communs et partagés. Ceux-ci se doivent être assez proches pour cimenter le groupe. Aussi, le processus de sélection plus ou moins officiel,

⁴⁷⁴ Mado, 80 ans, Sœur Supérieure dans un HA, France, octobre 2015.

⁴⁷⁵ Sœur Marie-Chantal, 93 ans, habitante d'un HA, France, octobre 2015.

défini en amont par les habitants, permet de trier sur le volet les individus compatibles ou non avec un collectif. Les projets élaborés sont mouvants et changeants. Ils ont régulièrement redéfini suivant l'évolution des besoins et des attentes respectives des habitants.

Les HA présentent plusieurs limites. Outre les difficultés relatives à leur mise en œuvre, liées au caractère hors normes et expérimental des différents projets⁴⁷⁶, l'ambiguïté relative à la question de l'accompagnement de la « fragilisation » et de la « dépendance », ils sont confrontés à de nombreux conflits internes qui peuvent entraver les projets. Il apparaît en effet que l'articulation entre autonomie et solidarité, et par-delà, la consolidation du « vivre ensemble » est rarement évidente⁴⁷⁷. Dans bien des cas, les tensions relatives au renouvellement des habitants, à l'équilibre entre individuel et collectif, au partage des valeurs ou aux attentes différenciées de chacun reflètent la complexité d'inscrire le projet collectif dans la durée et dans les réalités de la vie quotidienne⁴⁷⁸.

4.2. Les habitats communautaires accompagnés (HCA)⁴⁷⁹

L'Antenne Andromède, les domiciles partagés et les Maisons Âges & Vie correspondent au type de l'habitat communautaire accompagné (HCA). Non médicalisées, ces formules qui ne sont ni des EHPA ni des EHPAD, sont diversifiées. Leur statut juridique est variable. Les domiciles partagés par exemple, sont juridiquement des colocations, tandis que les Maisons Âges & Vie et l'Antenne Andromède constituent des domiciles. Les HCA peuvent être initiés par acteurs divers. Les Maisons Âges & Vie ont été fondées par des entrepreneurs privés, le modèle de l'Antenne Andromède est imagé par des professionnels du secteur social et médico-social, le concept de domiciles partagés est quant à lui issu de la société civile⁴⁸⁰.

Les habitants des HCA vivent en colocation. Ils disposent d'un espace privé et partagent des espaces collectifs. Ils partagent également les frais de l'aide à la vie quotidienne, dont la gestion est assurée en amont par un organisme institutionnel de médiation

⁴⁷⁶ Anne LABIT, « Habiter en citoyenneté et solidarité pour mieux vieillir », *op. cit.*

⁴⁷⁷ La maison communautaire de Sœur Aînées mise à part, ce qui ressort des enquêtes de terrain est la prééminence des conflits entre les habitants.

⁴⁷⁸ Anne LABIT, « Habiter et vieillir en citoyens actifs », *op. cit.*

⁴⁷⁹ Afin de clarifier notre propos, nous nous distinguons ici de la notion de « petites unités de vie ». Ce terme générique recoupe une réalité très hétérogène. Reconnu par la loi APA comme des structures spécifiques, les « petites unités de vie » se définissent juridiquement par le seul critère de leur taille (moins de 25 places). Aussi, le terme d'« habitat communautaire accompagné » permet d'éviter toute ambiguïté. Il nous semble en outre illustrer de manière plus convaincante les spécificités propres à ces formules.

⁴⁸⁰ Certaines HCA répondaient au départ au type de l'HA. Les domiciles partagés par exemple ont été initiés par des familles à destination de leurs proches atteints de la maladie d'Alzheimer avant d'être dupliqués sur le territoire et d'être gérés par une pluralité d'acteurs.

et de coordination. Ce type d'*habitat alternatif* implique dans son fonctionnement une pluralité d'acteurs. Les gestionnaires et les équipes de coordination organisent la prise en charge (recrutement et/ou gestion du personnel soignant, gestion des frais, médiation), les mairies peuvent faire office de bailleurs des logements mis à disposition des personnes⁴⁸¹, les familles sont plus ou moins impliquées, enfin les usagers sont invités à participer plus ou moins intensément à l'organisation du quotidien.

Les HCA sont généralement de petite taille⁴⁸². Les porteurs de projet valorisent une approche individualisée de la personne, la reconnaissance de ses droits et libertés fondamentales et l'implication des usagers. Mais, la marge de liberté et le pouvoir de décisions dont disposent les personnes hébergées sont variables. Dans l'Antenne Andromède, l'approche autogestionnaire, accompagnée en amont par un groupe de médiation, est au fondement de la formule. La gestion de la vie quotidienne est assurée par les habitants eux-mêmes et il leur est possible de choisir leurs futurs colocataires⁴⁸³. Dans d'autres modèles, les habitants n'ont pas d'impact sur la sélection d'un nouvel arrivant. Le pouvoir d'agir s'exprime alors différemment. Dans les maisons Âges & Vie, les habitants disposent de la clé de leur chambre et de la porte-fenêtre donnant sur la terrasse. Ils peuvent choisir les repas hebdomadaires en concertation avec les autres habitants et les auxiliaires de vie, apporter des éléments décoratifs pour aménager leur chambre selon leurs souhaits. Les domiciles partagés sont traversés par les mêmes logiques et offrent des possibilités similaires aux habitants. De plus, l'organisation du soin selon un service à domicile mandataire permet aux usagers d'avoir un droit de regard sur le personnel, dont ils sont légalement les employeurs⁴⁸⁴.

Les HCA ont vocation à accueillir des personnes âgées « fragiles » et « dépendantes » qui ne peuvent plus demeurer à domicile. Les types de public à qui elles s'adressent varient d'un modèle à l'autre. Certaines formules sont plutôt destinées à tous types de publics « fragiles » et « dépendants » comme c'est le cas des Maisons Âges & Vie et de l'Antenne

⁴⁸¹ Dans le cas des Maisons Âges & Vie, c'est la société Âges & Vie Gestion qui tient le rôle de syndic'. Elle entretient et loue les bâtiments, perçoit les loyers pour les reverser aux propriétaires des appartements de la formule.

⁴⁸² Par exemple, un « Domicile partagé » compte huit habitants, une Maison Âges & Vie entre six et sept, les habitats de l'Antenne Andromède comptent chacun cinq habitants.

⁴⁸³ La décision s'effectue en concertation avec l'institut gestionnaire qui présélectionne plusieurs candidatures. Le candidat potentiel rencontre ensuite à tour de rôle les membres du collectif qui décide ou non de le prendre à l'essai durant un mois. Si le candidat réussit sa période d'essai, il devient un habitant permanent de l'Antenne Andromède.

⁴⁸⁴ L'organisation des domiciles partagés selon un service mandataire est justifiée dans les discours par une intention d'impliquer les familles et les habitants à l'organisation de la vie quotidienne. Mais c'est aussi dans une logique financière que ce mode de gestion est choisi. Le service mandataire permet ainsi l'exonération de la totalité des charges patronales de sécurité sociale, selon le décret du 27 janvier 1987, sous réserve que les personnes âgées sont les employeurs directs de leur aide à domicile.

Andromède tandis que d'autres, à l'instar des domiciles partagés, sont spécialisées dans l'accueil de personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer. L'aménagement de l'« accompagnement » est lui aussi variable. Les soignants sont parfois présents 24/24 sur les lieux (les domiciles partagés), de manière quasi permanente (les maisons Âges & Vie) ou sporadiquement comme un service d'aide à domicile classique (l'Antenne Andromède).

Les limites des HCA résident dans leur capacité à « accompagner » les habitants jusqu'au bout de la vie. S'ils ont vocation à être des lieux de vie « jusqu'à la mort », il apparaît que le maintien dans l'habitat ne peut pas toujours être assuré. Cette limite avait déjà été évoquée pour le cas des expérimentations de « première génération ». Il est ainsi mentionné dans un rapport d'étude réalisé par la Fondation de France que : « *les petites unités de vie qui innovent sur bien des points et proposent des solutions à des problèmes difficiles ne paraissent pas avoir trouvé de solution satisfaisante pour la fin de vie* »⁴⁸⁵.

À l'instar des premières structures des années 1970, l'accompagnement « jusqu'à la mort » dans les HCA varie selon l'évolution de l'état de santé des personnes accueillies. Les domiciles partagés par exemple permettent en théorie à 60 % des résidents⁴⁸⁶ de finir leurs jours dans l'enceinte des lieux. Le manque de structures ambulatoires en soins palliatifs dans le département est décrit par l'équipe de coordination comme un facteur limitant. Dans le cas de l'Antenne Andromède, s'il nous est rapporté qu'une faible proportion d'habitants est amenée à quitter le lieu pour s'installer en maison de repos, certains d'entre eux sont néanmoins hospitalisés lorsque « *c'est vraiment la fin* » comme le montre cet extrait :

« *Quand on fait les bilans et qu'on voit en fin d'année qui est parti l'année précédente, il y en a peu qui partent en maison de repos. Donc soit ils partent et ils sont hospitalisés et deux trois jours après ils sont décédés parce que c'était vraiment la fin, soit ils partent vivre seuls, ça ça arrive aussi. Il y en a l'un ou l'autre qui va en maison de repos, mais ce n'est pas la majorité (...). Ça varie d'une personne à l'autre.* » (Christine, 59 ans, référente pour la démence dans une MRS, responsable de coordination et cofondatrice d'un HCA, Belgique, août 2014)

⁴⁸⁵ Marie-Jo GUISSSET, Bernadette VEYSSET et Alain VILLEZ, *Grand âge dépendance et lieux de vie*, op. cit., p. 30.

⁴⁸⁶ Ce pourcentage est issue d'une discussion informelle avec un membre de l'équipe de coordination.

4.3. Les habitats médicalisés (HM)

Le village de Mariemont, les domiciles protégés de Dijon et le village de Hogeweyk constituent des habitats médicalisés (HM). Ils s'inscrivent dans le cadre réglementaire et législatif régissant les établissements d'hébergement « classiques » et sont juridiquement des institutions médicalisées. Spécifiquement destinés à l'accueil des personnes âgées « dépendantes » ils sont des *lieux de vie*, des *lieux de soin* et des *lieux de mort*. Les HM se caractérisent parfois par leur envergure architecturale comme c'est le cas par exemple du village de Mariemont et de De Hegeweyk⁴⁸⁷. Ils peuvent alors avoir la forme d'un village ou d'un quartier résidentiel.

Les HM se singularisent par leur dimension expérimentale. S'ils constituent juridiquement des institutions agréées, leurs gestionnaires et porteurs de projet ont pris le parti de développer un modèle d'hébergement et d'« accompagnement » alternatif. De manière générale, les espaces consolidés répondent aux valeurs d'ouverture, de lien et de mixité sociale, de citoyenneté ou encore de solidarité caractéristiques de la notion d'« habitat ». On pourrait ainsi définir les HM comme le fruit d'un entrecroisement entre une *culture* gérontologique *instituée* et une *culture* expérimentale. Ces formules ne visent pas spécifiquement à se substituer à l'*institué* puisque par certains de leurs traits elles en font partie. Elles en constituent plutôt le prolongement, on pourrait ainsi les considérer comme des relectures de l'institution d'hébergement médicalisé « classique ».

Les HM peuvent, selon les modèles, se spécialiser dans l'hébergement et l'« accompagnement » de populations cibles. Le village de De Hogeweyk par exemple, est destiné aux personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer uniquement. Mais, ils peuvent également proposer, à l'instar du village de Mariemont, « *un éventail de possibilités* »⁴⁸⁸ aux usagers. Ainsi, ce lieu a vocation à répondre aux besoins identifiés de l'ensemble de la population âgée de plus de 60 ans, que celle-ci soit « fragile », « dépendante », ou physiquement et/ou cognitivement « autonome ». Le concept dijonnais des domiciles protégés et son extension, le quartier « Génération », correspondent quant à eux à un modèle décloisonné de prise en charge. L'EHPAD est éclaté en plusieurs entités distinctes réparties dans les différents quartiers d'une ville. L'enjeu est ici de prendre en compte, de manière globale, l'ensemble des habitants d'un quartier (retraités, personnes âgées « fragiles » et « dépendante », jeunes couples avec enfant) et non pas uniquement des personnes âgées. Le

⁴⁸⁷ Les domiciles protégés constituent au contraire des petites unités de vie médicalisée disséminée sur le territoire.

⁴⁸⁸ Brice, directeur d'un habitat médicalisé, Belgique

territoire est ici pensé comme un point d’ancrage permettant de favoriser l’intégration, la solidarité et la mixité intergénérationnelle dans un espace non stigmatisant⁴⁸⁹.

Les limites des HM résident parfois dans la difficile articulation entre les normes juridiques et administratives enjoignant les gestionnaires et le personnel à respecter un cahier des charges comprenant « *plus de normes qu’une banque* »⁴⁹⁰ et l’intention de développer des modalités d’accueil et d’accompagnement alternatives. On peut citer par exemple le cas du village de Mariemont, modèle dans lequel les initiateurs ont été enjoins de se conformer aux normes d’hygiène pour le projet Cantou. Comme le souligne Benoît dans cet extrait :

« Alors, on a tenu jusqu’à il y a deux ans, sans avoir de problèmes, et puis ils sont quand même arrivés ici (...) Le grand organisme qui est venu contrôler (...) C’était fini évidemment, il fallait se mettre aux normes HICCP, il fallait se mettre à ces normes-là, donc il faut mettre un petit évier complémentaire, avec un robinet automatique pour vous laver les mains, et votre tablier, il faut le tablier, quelque chose sur les cheveux... donc on s’est dit : “ça, ça va vraiment casser notre image de maison de cuisine”, mais on s’est adapté, on a mis le petit évier, et puis bon, pour le moment ça passe comme ça quoi. D’un autre côté c’est vrai qu’on a un peu plus de sécurité qu’avant (...) On sait jamais s’il y a une maladie. On surveille la température avec des thermomètres. Bon... donc ça force à bien garder les températures. Il y a des bons côtés et des moins bons côtés. Mais le moins bon côté c’est qu’on perd l’aspect familial de la cuisine. » (Benoît, 63 ans, initiateur d’un HM, Belgique, février 2015)

L’enjeu de ce type de formule consiste alors à « *tenir* »⁴⁹¹ l’alternative, autrement dit à trouver des moyens permettant d’ajuster un modèle, sans le dénaturer, aux normes et aux réglementations d’une *culture* gérontologique *instituée*.

II. CADRE METHODOLOGIQUE

Les *habitats alternatifs* sont caractérisés par leur hétérogénéité, aussi, ils apparaissent comme des terrains d’enquête complexes dont il s’agit maintenant de préciser les moyens d’approche. Cette seconde section vise ainsi à expliciter les méthodologies d’enquête

⁴⁸⁹ Dominique ARGOUD, Gisèle BESSAC et Pierre-Henri DAURE, « Territoires et vieillissement. L’invention au quotidien », *L’avancée en âge dans la ville*, 2006, n° 100, p. 29-32.

⁴⁹⁰ Brice, 35 ans, directeur d’un HM, Belgique

⁴⁹¹ Comme le souligne Benoît dans l’extrait cité plus haut : « *on a tenu jusqu’à il y a deux ans* ».

mobilisées pour analyser les données de premières et de seconde main de notre champ d'investigation.

1. Une démarche comparative

1.1. Comparer des terrains hétérogènes

Les *habitats alternatifs* sont des lieux multiformes et hétéroclites. Leurs histoires, leur matrice de sens, leur état d'avancement, l'architecture des locaux, leur territoire d'implantation, le profil de leurs habitants, leur date et leur contexte d'apparition, sont considérablement distincts d'une formule à l'autre. Afin de décrypter les logiques intrinsèques de ces lieux singuliers, nous nous sommes inscrits dans une démarche comparative. Partant de l'idée, avec Durkheim, que « la sociologie comparée n'est pas une branche particulière de la sociologie, c'est la sociologie même, en tant qu'elle cesse d'être purement descriptive et aspire à rendre compte des faits »⁴⁹² nous considérons cette méthode comme un fondement de la démarche scientifique en sciences sociales.

La démarche comparative s'inscrit dans un double mouvement, pour Laure de Verdalle, Cécile Vigour et Thomas le Bianic en effet « elle vise avant tout (...) à dégager des régularités sociales, tout en faisant émerger toute la singularité des cas étudiés »⁴⁹³ elle constitue par-delà un moyen de conceptualisation et de problématisation. À partir d'un critère spécifique défini au préalable, d'un angle particulier, elle permet de relever les points de convergence et de divergence d'un objet d'étude. L'approche sociohistorique mobilisée par Dominique Argoud par exemple, a permis à de mettre en regard les particularités et les similarités de « deux générations » d'innovation gérontologique : les expérimentations de la fin des années 1970 et les « habitats intermédiaires »⁴⁹⁴. De même Anne Labit s'est appuyée sur une comparaison spatiale, entre plusieurs pays européens, pour analyser l'impact du contexte politique sur l'émergence et le développement de l'habitat participatif. L'approche comparative lui a permis également d'explorer ce modèle peu développé en France et d'en dégager les caractéristiques typiques.

Notre recherche cible les *habitats alternatifs*. En raison de leur caractère multiforme, notre démarche qui implique de comparer des cas très divers et atypiques en revient à « comparer

⁴⁹² Émile DURKHEIM, *Les règles de la méthode sociologique*, Paris, Presses universitaires de France, 1986, p. 169.

⁴⁹³ Laure de VERDALLE, Cécile VIGOUR et Thomas Le BIANIC, « S'inscrire dans une démarche comparative », *Terrains & travaux*, 2012, vol. 2, n° 21, p. 13.

⁴⁹⁴ Dominique ARGOUD, *L'habitat et la gérontologie : deux cultures en voie de rapprochement*, op. cit.

l'incomparable »⁴⁹⁵. Comment en effet envisager que des expérimentations issues de la société civile comme les HA puissent présenter quelques similarités avec d'autres formules issues d'institutions plus « classiques » ? De même, qu'est-ce qui relie l'accompagnement alternatif destiné à des personnes âgées présentant des troubles cognitifs de type Alzheimer à d'autres formules destinés à d'autres types de public ? On peut également s'interroger sur la pertinence et la légitimité de comparer une communauté de religieuses vieillissantes à un collectif de femmes âgées militantes et féministes comme c'est le cas des Babayagas. En somme la question qui se pose est la suivante : comment construire du comparable ?

Par-delà la mise en perspective d'une variation de cas distincts, il s'agit de dégager des logiques sociales qui reposent sur des ressorts similaires, d'évaluer comment un problème, un enjeu commun à l'ensemble des univers étudiés se décline dans différents modèles et prototypes expérimentaux. Aussi dans l'ensemble des *habitats alternatifs*, il s'agit pour les initiateurs de se distancier du modèle de l'EHPAD pour répondre « autrement » aux conséquences du vieillissement de la population, et plus spécifiquement aux besoins en termes d'accueil, d'hébergement et de prise en charge des personnes âgées « dépendantes » et « fragiles ». Cette première constatation nous invite à nous demander comment ces expérimentations se consolident, ce qui fait leur singularité, quels types de méthodologies alternatives sont imaginés et expérimentés, mais aussi ce qui relie l'ensemble de ces modèles en dépit de leur hétérogénéité. Aussi, s'intéresser aux similarités de cas très différents, atypiques et *a priori* « incomparables » c'est rechercher les régularités sociales qui les parcourent pour en comprendre le sens, les enjeux et les perspectives d'un point de vue plus général et dans un contexte social donné. Comme le souligne en effet Michel Lallement et Jan Spurk « la comparaison nous place d'emblée sur le registre d'une épistémologie fondamentalement dialectique en vertu de laquelle la négation du Soi par confrontation à l'Autre reste un moyen privilégié de la connaissance du Même »⁴⁹⁶.

À cela, on peut ajouter que la comparaison apparaît comme un moyen de décentrer le regard, de rompre avec les prénotions. Pour Cécile Vigour, elle « rend plus nécessaire et plus visible ce travail de rupture épistémologique que le chercheur doit accomplir »⁴⁹⁷ et tend à susciter chez lui l'étonnement. Ce qui s'applique à la comparaison spatiale (entre différents pays) et temporelle (entre périodes historiques), comme le montre l'auteure, s'applique

⁴⁹⁵ Marcel DETIENNE, *Comparer l'incomparable : oser expérimenter et construire*, Paris, Seuil, 2009, 188 p.

⁴⁹⁶ Michel LALLEMENT et Jan SPURK, *Stratégies de la comparaison internationale*, Paris, CNRS éditions, 2003, p. 9.

⁴⁹⁷ Cécile VIGOUR, *La comparaison dans les sciences sociales : pratiques et méthodes*, Paris, La Découverte, 2005, p. 100.

également dans notre cas. Si l'étude de terrains inconnus tels que celui de l'*habitat alternatif*, ou celui, plus général, de la vieillesse constitue de fait un « dépaysement », nous considérons que l'hétérogénéité des terrains nous permet de cultiver cette posture. Systématiquement, elle nous incite à nous distancier de notre objet, à redéfinir les problématiques soulevées, à reconsidérer les schèmes analytiques et la pertinence des catégories compréhensives mobilisées. Autrement dit, elle permet de transformer en atout heuristique ce qui se présente *a priori* comme une contrainte.

1.2. Comparer des données dissymétriques

La démarche comparative n'est pas exempte de complexité. Au-delà de la difficulté à « construire du comparable » nous avons été confrontés à une autre complication : l'accès différencié aux terrains et le recueil inégal du matériel exploitable. Autrement dit, il a fallu réfléchir à la question de l'asymétrie du terrain. Comment procéder dans ce cas ? D'une part, avec Laure de Verdalle, Cécile Vigour et Thomas le Bianic nous considérons qu'il peut être « dommage de se priver d'étudier des données plus abondantes dans un cas que dans l'autre »⁴⁹⁸. Aussi, nous avons pris le parti d'inclure des « terrains secondaires ». Ils nous ont permis, comme nous en avons fait mention plus haut, de compléter les enquêtes de terrains en éclairant avec plus d'acuité des modèles correspondant à la même catégorie idéaltype.

D'autre part, « l'asymétrie des données peut être révélatrice de différences significatives entre les divers terrains »⁴⁹⁹. En effet, s'il fut possible dans certains cas de résider dans un habitat durant quelques jours, nous n'avons, dans d'autres cas, eu accès au terrain que sporadiquement, au moment de la passation d'entretiens, ou lors des animations organisées occasionnellement dans certains lieux. D'autre fois encore, les entretiens se sont déroulés en dehors de l'espace et nous n'avons pas été autorisés à y entrer. Ces divergences dans l'accessibilité aux terrains constituent des « scènes d'observation », comme le souligne Stéphane Beaud, permettant de contextualiser le matériel d'enquête accumulé au cours de la recherche⁵⁰⁰. Dans ce cas précis, elles témoignent de la matrice de sens de la formule, plus ou moins ouverte sur l'environnement qui lui est extérieur, mais aussi de la définition et des valeurs données au « chez-soi ». Elles donnent des indications sur les frontières qui se dessinent entre les espaces privés, les espaces collectifs et ceux qui sont ouverts au public.

⁴⁹⁸ Laure de VERDALLE, Cécile VIGOUR et Thomas Le BIANIC, « S'inscrire dans une démarche comparative », *op. cit.*, p. 16.

⁴⁹⁹ *Ibid.*

⁵⁰⁰ Stéphane BEAUD, « L'usage de l'entretien en sciences sociales. Plaidoyer pour l'« entretien ethnographique » », *Politix*, 1996, vol. 9, n° 35, p. 236.

Elles nous renseignent également sur la position particulière de l'acteur à son habitat, plus ou moins libre d'y contrôler les allées et venues.

Par ailleurs, nous n'avons pas pu interroger uniformément ni la même proportion ni le même type d'acteurs selon les différents modèles. En effet, le cadre de l'interaction comme ses protagonistes diverge d'un *habitat alternatif* à l'autre. Leur présence ou leur absence sur les lieux dépend intrinsèquement du *modus operandi* de la formule, du public à qui il s'adresse, de ses objectifs et des choix des porteurs de projet. Par exemple, certains modèles comme les HA constituent des initiatives privées et ne sont pas gérés par un directeur d'établissement, mais par les habitants eux-mêmes (la maison communautaire des Sœurs Aînées) ou par des familles (A2MG), tandis que les logiques de fonctionnement des HM sont plus « classiques ». De même, les familles et les aidants professionnels sont diversement impliqués selon les *habitats alternatifs* et donc plus ou moins présents sur les lieux. En outre, si dans certains cas les usagers d'une formule en sont également les initiateurs, dans d'autres cas, ils bénéficient d'une modalité d'accueil, d'hébergement et d'accompagnement construite en amont, *pour* eux. Dès lors, l'asymétrie intrinsèque au terrain nécessite d'ajuster le protocole d'enquête à ses spécificités. Elle donne également des pistes sur ses logiques de fonctionnement comme sur la place et le rôle de chacun dans les différents modèles.

1.3. Comparer des habitats alternatifs en France et à l'étranger

Nous avons choisi d'inclure des formules situées en dehors du territoire français (principalement en Belgique) à notre champ d'investigation. Il convient ici de clarifier ce choix et d'explicitier dans quel cadre la comparaison d'*habitats alternatifs* issus de contextes nationaux distincts s'inscrit. L'enjeu de cette recherche n'est pas de comparer les politiques sociales de différents pays européens pour déterminer comment des expérimentations gérontologiques alternatives ont pu émerger dans leurs spécificités nationales ni d'éclairer le cas français à partir d'une perspective européenne. L'ouverture du terrain à certains modèles élaborés en Belgique (Le Jardin du béguinage, le village de Mariemont, l'Antenne Andromède) ou aux Pays-Bas (le village de Hogeweik) nous permet plutôt de compléter les données à disposition, de donner une perspective plus vaste à la comparaison d'*habitats alternatifs*. Il s'agit ainsi de mettre en regard les valeurs, les matrices de sens, les représentations, les logiques de fonctionnement qui se recoupent et s'entrecroisent dans différents modèles hétérogènes.

Une telle perspective nous paraît pertinente à plusieurs égards. Premièrement, le contexte de « vieillissement de la population », les enjeux et les problématiques qu'il soulève, comme les inquiétudes qu'il suscite sont partagés par l'ensemble des pays européens. L'objectif de maîtrise des dépenses sociales et de santé s'est imposé de manière générale comme un enjeu des politiques publiques au niveau européen et international. On peut noter également une certaine similitude dans la planification des équipements gérontologiques, structurés autour du maintien à domicile, si possible le plus longtemps possible, et de l'institution médicalisée. Comme le mentionne Vincent Chriqui en introduction d'un rapport d'étude portant l'accompagnement du grand âge à l'échelle internationale⁵⁰¹, « deux défis majeurs pèsent donc sur l'ensemble des pays. Le premier défi est financier : il s'agit de concilier l'objectif de maîtrise des dépenses publiques avec les exigences de protection dont doivent bénéficier les personnes âgées en perte d'autonomie. Le second défi est organisationnel : permettre une meilleure couverture des besoins de soins des personnes âgées dépendantes, en assurant à celles qui le souhaitent les conditions nécessaires à leur maintien à domicile, et, aux autres, un accueil de qualité dans des structures adaptées »⁵⁰².

De même les analyses de Blanche Le Bihan montrent une certaine convergence des politiques européennes à l'égard des personnes nécessitant « des soins de longue durée ». Elles s'inscrivent de plus en plus dans une logique articulant interventions publiques et aides familiales (*Welfare Mix*). Au cœur des transformations du système de prise en charge, cette articulation vise à répondre au problème de *care deficit*⁵⁰³. Conjointement, se généralisent des systèmes de prestations monétaires (*cash for care*) à l'aune d'une valorisation du « libre choix ». Il revient de plus en plus à la famille et à la personne âgée de décider, en vertu des principes d'autonomie et de responsabilisation, des conditions et de la nature de la prise en charge à domicile⁵⁰⁴. On pourrait également évoquer les inflexions politiques en faveur de la prévention, véhiculées par les cadres d'orientation d'organisation transnationales et les plans internationaux en faveur d'un « vieillissement actif »⁵⁰⁵.

Deuxièmement, il apparaît que les promoteurs d'*habitats alternatifs* s'inspirent d'expérimentations nationales et étrangères pour consolider leurs propres projets. Comme

⁵⁰¹ Ce rapport d'étude est axé sur les pays de l'Organisation de Coopération et de Développement Economique (OCDE).

⁵⁰² Virginie GIMBERT et Guillaume MALOCHET, *Les défis de l'accompagnement au grand âge. Perspective internationale pour éclairer le débat national sur la dépendance*, op. cit., p. 3.

⁵⁰³ Blanche Le BIHAN, « La politique en matière de dépendance. En France et en Europe », op. cit.

⁵⁰⁴ Blanche LE BIHAN-YOUIYOU, « La généralisation des « prestations monétaires » en Europe. Quel impact sur l'organisation de l'aide quotidienne aux personnes âgées en perte d'autonomie ? », *Gérontologie et société*, 2011, vol. 3, n° 138, pp. 83-97.

⁵⁰⁵ Cf. Chapitre 1.

nous le verrons dans le chapitre suivant, il s'agit pour eux de « regarder comment font les autres »⁵⁰⁶ pour ensuite réajuster un *habitat alternatif* aux spécificités d'un territoire. Aussi les formules investiguées à l'étranger n'ont pas été choisies au hasard. Au-delà du Jardin du béguinage dont l'étude nous apporte des éléments de définition sur le type de l'HA, le village de Mariemont est directement inspiré du premier Cantous de George Caussanel et le concept du village De Hogeweyk a donné lieu à de nouveaux projets en construction notamment en Suisse⁵⁰⁷.

De même, l'Antenne Andromède appartenait au groupe transnational Saumon. En dépit des différences nationales, les projets qui entre 1993 et 2000 composaient ce groupe de travail étaient solidaires de valeurs communes. Comme le remarque en effet Robin Currie, Nieck De Boer et Marie-Jo Guisset, « dès leurs premiers échanges, les membres du Groupe Saumon, dont les pratiques s'avéraient semblables dans des pays aux contextes culturels et réglementaires différents, **se sont reconnus une large identité de vue** »⁵⁰⁸. Positionné à contre-courant des méthodes de prise en charge propres aux établissements d'hébergement « classiques », il défendait l'idée d'une vie « normale » dans la vieillesse. Il s'agissait alors d'œuvrer en faveur d'une reconnaissance du sujet âgé, responsable de sa vie et de ses choix, d'une personnalisation de l'accueil et de l'hébergement des personnes âgées « fragiles » et « dépendantes », d'une prise en charge plus souple ou encore d'une l'implication plus conséquente des familles⁵⁰⁹.

2. Une perspective compréhensive d'inspiration phénoménologique

Si comme nous l'avons souligné, la comparaison des *habitats alternatifs* nous permet de problématiser l'objet d'étude, de saisir ce qui les rapproche et les distingue dans un contexte social donné, il s'agit maintenant de préciser quelle est la posture dans laquelle nous nous situons pour interpréter les matériaux d'enquête. Comment *comprendre* les données issues du terrain ? Quelles ressources sont mobilisées pour analyser les matrices de sens véhiculées ?

⁵⁰⁶ Patrick HASSENTEUFEL, « De la comparaison internationale à la comparaison transnationale », *Revue française de science politique*, 2005, vol. 55, n° 1, p. 113.

⁵⁰⁷ « Le village Alzheimer s'importe en Suisse », <https://www.letemps.ch/economie/2013/03/05/village-alzheimer-s-importe-suisse>

⁵⁰⁸ En gras dans le texte, Robin CURRIE, Nicolas DE BOER et Marie-Jo GUISET, « Petites unités de vie : défis éthiques et économiques », *Gérontologie et société*, 1995, n° 73, p. 137.

⁵⁰⁹ Robin CURRIE, Nicolas DE BOER et Marie-Jo GUISET, « Petites unités de vie : défis éthiques et économiques », *op. cit.*

2.1. Une démarche compréhensive : l'attitude « désintéressée » du chercheur à l'égard du quotidien

L'approche compréhensive dans laquelle nous nous situons suppose un savoir d'être socialisé et le partage d'un savoir d'arrière-plan. Comme le souligne Patrick Watier « lorsque nous parlons de compréhension, nous sommes amenés à supposer l'existence d'un savoir ordinaire des uns et des autres, savoir qui repose sur des typifications et des attributions »⁵¹⁰. Avant d'être une méthode en sciences sociales, la compréhension apparaît comme une condition de la société. La connaissance que nous avons du monde social nous permet, par interprétation, anticipation et imagination, d'interagir avec autrui et de nous orienter dans l'existence. Ainsi, « l'appartenance au genre humain nous fournit des éléments d'arrière-plan à partir desquels une interprétation et une compréhension sont possibles »⁵¹¹ et c'est parce que nous partageons un univers de significations que nous pouvons entrer en relation et « faire société ». Partant de ce postulat, il nous est possible d'imputer à autrui des dispositions, des motifs et des sentiments qui nous sont compréhensibles parce que nous sommes nous-mêmes en mesure de les éprouver ou de nous les figurer.

Nous pouvons par exemple imaginer comment une personne âgée, dont l'état de santé se dégrade, pourrait être amenée à s'inscrire sur la liste d'attente d'une maison de retraite. Nous *comprendons* non seulement le sentiment psychosocial à l'origine de son action (l'angoisse, véhiculée dans son cas par la dégradation de son état de santé), la solution employée pour répondre à cette angoisse (le choix de l'inscription sur la liste d'attente d'une maison de retraite), mais nous *comprendons* aussi quelle est la nature et la fonction de l'institution à qui elle s'adresse (la maison de retraite, incarnée aujourd'hui par l'EHPAD, spécialisée dans la prise en charge de la « dépendance »). De même, dans le cadre de cette recherche, nous sommes amenés à comprendre comment une personne âgée « fragile » ou « dépendante » décide de s'installer dans un *habitat alternatif* plutôt que dans une institution d'hébergement plus « classique ». Dans cette perspective, il s'agit à la fois de saisir le sens de l'impulsion qui a motivé son action, de retracer son déroulement, mais aussi de saisir la nature particulière, la définition et la fonction de l'*habitat alternatif*.

La démarche compréhensive en science sociale s'appuie sur le postulat selon lequel le chercheur et l'individu procèdent de la même manière. Pour Schütz en effet, « toute notre

⁵¹⁰ Patrick WATIER, « Les ressources de l'interprétation sociologique », *L'Année sociologique*, 2007, vol. 57, n° 1, p. 85.

⁵¹¹ *Ibid.*, p. 87.

connaissance du monde, qu'elle s'exprime dans la pensée courante ou dans la pensée scientifique, comprend des constructions, par exemple, un ensemble d'abstraction, de généralisations, de formalisations et d'idéalisation spécifiques au niveau spécifique d'organisation de la pensée où l'on se trouve »⁵¹². L'interprétation de la pensée scientifique et l'interprétation de la pensée courante s'appuient toutes deux sur une « réserve d'expérience », un « stock de connaissance » socialement disponible et distribué qui rendent plus ou moins intelligibles et donc compréhensibles les comportements d'autrui.

Mais si le processus de modélisation du monde est similaire pour l'individu et le chercheur, et si certaines des connaissances issues de la société sont intelligibles pour tous, les motifs qui conditionnent l'action, les points de vue sur les réalités du monde objectivé, et les interprétations qui en sont faites divergent d'un individu à l'autre. Comme le soulignent en effet Peter Berger et Thomas Luckmann, « je ne partage pas ma connaissance de la même manière avec tous mes semblables, et une partie de cette connaissance peut ne pas être partagée du tout »⁵¹³. Dans le cas typique du rapport entre le chercheur et son terrain d'enquête, l'individu observé en situation est impliqué dans le monde social, tandis que le chercheur agit comme un observateur « désintéressé »⁵¹⁴. La situation sociale dont il tente de saisir le sens n'a pas d'intérêt pratique pour lui, mais un intérêt cognitif. Elle n'est pas « le théâtre de ses activités, mais seulement l'objet de sa contemplation »⁵¹⁵. Elle constitue pour lui un laboratoire d'observation qu'il s'efforce de décrire, de classifier aussi précisément que possible dans des termes « bien ordonnés en accord avec les idéaux scientifiques de cohérence, de consistance et de rigueur analytique »⁵¹⁶. En tant que « sociologie et non comme l'homme parmi ses semblables », il observe ainsi la scène depuis les coulisses et « s'empêche intentionnellement de participer à l'ensemble des plans, aux relations entre moyens et fins, aux motifs et aux chances, aux espoirs et aux craintes que l'acteur utilise dans le monde social pour interpréter l'expérience qu'il en prend »⁵¹⁷.

Le « système de pertinence » du chercheur diffère de celui de l'individu qu'il observe : ce qu'il est pertinent d'interpréter pour l'un n'est pas pertinent pour l'autre. Pour le chercheur, la réserve de connaissance à disposition est « le corpus de sa science »⁵¹⁸. C'est à partir de ce

⁵¹² Alfred SCHÜTZ, *Le chercheur et le quotidien*, Paris, Klincksieck, 1987, p. 9.

⁵¹³ Peter BERGER et Luckmann THOMAS, *La construction sociale de la réalité*, Paris, Armand Colin, 2014, p. 98.

⁵¹⁴ Cette attitude « désintéressé » n'est pas effective lorsqu'il entre comme « consocié » dans une situation donnée comme c'est le cas par exemple du chercheur engagé. Il ne s'agit pas ici de comparer ces attitudes et méthodologies d'approche, mais de décrire la posture qui fut la nôtre.

⁵¹⁵ Alfred SCHÜTZ, *Le chercheur et le quotidien*, *op. cit.*, p. 45.

⁵¹⁶ *Ibid.*, p. 219.

⁵¹⁷ *Ibid.*

⁵¹⁸ *Ibid.*, p. 48.

corpus qu'il choisit son problème et les outils qu'il juge adéquats pour y répondre. Il reste attentif à une ligne de conduite et à des impératifs méthodologiques qui lui permettent de filtrer l'information et de délimiter les contours de ses modélisations théoriques du monde. Le problème scientifique apparaît alors comme « le "locus" de toutes les constructions possibles concourant à sa résolution »⁵¹⁹.

2.2. *Le chercheur, un étranger « entre-deux » monde*

Contrairement au participant à l'action qui considère ses motifs comme imbriqués dans ceux de ses partenaires d'interaction, les objets de pensée construits par le chercheur se fondent sur les objets de pensées construits par la pensée courante. Ils constituent des « constructions de constructions édifiées par les acteurs sur la scène sociale »⁵²⁰. Bien qu'ils procèdent d'un processus similaire pour comprendre et interpréter le social, le « système de pertinence » du chercheur, son « stock de connaissance », autrement dit son point de vue sur le monde diffère de celui des participants au monde social qu'il observe. Aussi, l'attitude scientifique du chercheur par définition « désintéressée » implique de fait une certaine distance avec son terrain d'enquête dont il ne pourra saisir que des fragments.

La posture du chercheur sur le terrain s'apparente à la situation d'« entre-deux » de l'étranger telle qu'elle est décrite par Simmel. À la fois proche et lointaine, sa position dans le groupe est conditionnée par le fait qu'il n'est pas issu de ce groupe. Il s'en situe à l'écart, dans une « combinaison particulière de la proximité et de la distance, de l'attention et de l'indifférence »⁵²¹. Cette posture lui permet de porter un regard relativement plus objectif, relativement plus libre sur le monde qu'il observe et dont il vise de saisir le *sens*.

Dans *Le chercheur et le quotidien*, Schütz reprend ce thème pour décrire l'expérience typiquement vécue par l'étranger pour interpréter un « modèle culturel » inconnu et pour s'orienter dans celui-ci. Le rapport à l'étrangeté et à la familiarité n'est pas l'apanage de l'étranger au sens propre, pour Schütz, il constitue une « catégorie cognitive » propice à l'interprétation et la compréhension des typicalités du social. Ainsi, quels que soient notre « système de pertinence » et notre positionnement devant un modèle culturel *étrange*, nous entamons une investigation ; « nous commençons par définir le fait nouveau, nous tentons d'en saisir la signification ; nous transformons ensuite petit à petit notre schème général

⁵¹⁹ *Ibid.*, p. 47.

⁵²⁰ *Ibid.*, p. 11.

⁵²¹ Georg SIMMEL, *Sociologie : étude sur les formes de la socialisation*, Paris, Presses universitaires de France, 1999, p. 55.

d'interprétation du monde de telle manière que le fait étranger ainsi que sa signification deviennent compatibles et consistants à l'égard de tous les autres faits de notre expérience, ainsi que leurs significations »⁵²².

Le chercheur lors d'une enquête de terrain et l'étranger fraîchement arrivé dans un nouvel environnement social font tous deux l'expérience de l'altérité. Ils sont confrontés à des problèmes qui ne font pas partie de leurs habitudes quotidiennes. Ils s'attachent à comprendre les valeurs, les systèmes d'orientation, les conduites typifiées, les us et des coutumes d'un « modèle culturel de vie de groupe » qu'ils ne connaissent pas de près et qu'ils découvrent. Mais cette investigation est, pour le cas du chercheur, conditionnée par sa problématique de départ et « le corpus de sa science », non pas par une intention éventuelle de devenir un membre actif du modèle culturel en question. Sa méthodologie d'enquête est une carte d'orientation dans un « champ d'aventure ». Ses modélisations scientifiques lui permettent d'*expliquer* en théorie la nature et le sens des « recettes efficaces » utilisés pour obtenir les « résultats typiques » dans des « situations typiques ». La « crise » qui le conduit à « mettre en question presque tout ce qui semble aller de soi »⁵²³ se traduit chez lui par une « rupture épistémologique » qui altère ses certitudes et agrmente son « stock de connaissance ». La traduction qu'il opère a vocation à restituer les connaissances d'un environnement social inconnu en des termes intelligibles pour la communauté (scientifique) dont il est issu. Aussi comme le souligne Daniel Cefaï « mener une enquête de terrain, c'est accomplir des opérations très semblables à celles de l'immigrant, mais sur un mode expérimental. Il faut être capable de se mouvoir à la frontière de plusieurs mondes, comme un déclassé ou un déraciné professionnel, de s'y immerger avec le plus grand naturel et d'avoir ce pouvoir de dénaturalisation qui est le propre de l'exilé ou du migrant, de vivre en perpétuel décalage à soi et aux autres et d'en faire une source de compréhension et de traduction »⁵²⁴.

2.3. Enquête qualitative et analyse compréhensive des discours

Au cours de nos enquêtes effectuées dans les terrains « principaux » et « secondaires », nous avons réalisé 49 entretiens : 44 entretiens individuels, 4 entretiens avec deux personnes et un entretien avec l'ensemble du groupe d'un HA composé de 8 personnes⁵²⁵.

⁵²² Alfred SCHÜTZ, *Le chercheur et le quotidien*, op. cit., p. 234.

⁵²³ *Ibid.*, p. 224.

⁵²⁴ Daniel CÉFAÏ, « Postface : l'enquête de terrain en sciences sociales », in *L'enquête de terrain*, Paris, La Découverte, 2003, p. 476.

⁵²⁵ Voir tableau des entretiens Annexe 1.

Plusieurs types d'acteurs évoluant dans des *habitats alternatifs* ont été interviewés. Leurs rôles peuvent être multiples et s'entrecroiser suivant les modèles, de même chacun des modèles ne comporte pas les mêmes types d'acteurs. Nous avons cependant relevé plusieurs catégories de protagonistes évoluant dans les mondes de l'alternative gérontologique :

- Les initiateurs de projet comprennent les fondateurs ou les cofondateurs d'un *habitat alternatif*
- Les équipes de coordination et les gestionnaires comprennent les directeurs d'établissement, les personnes mobilisées pour apporter leur aide à la création d'un *habitat alternatif*, ou le personnel d'accompagnement et de médiation d'une formule.
- Les aidants professionnels regroupent le personnel soignant (auxiliaires de vie, infirmiers)
- Les aidants familiaux et les aidants familiaux comprennent l'ensemble des personnes qui apportent une aide non professionnelle à des personnes âgées « fragiles » et « dépendantes ». Ils regroupent les membres de la famille, proche ou élargie, les amis et les voisins, autrement dit, l'entourage de proximité impliqué dans l'« accompagnement » de la personne aidée.
- Les usagers sont ceux à qui se destinent les formules d'*habitats alternatifs*, ils comprennent les habitants des lieux, et dans certains cas les familles.

Dans le but de respecter l'anonymat des personnes interrogées, mis à part Thérèse Clerc, que nous considérons comme une personnalité publique, nous avons pris soin de remplacer les noms de ces différents acteurs par des pseudonymes. En revanche, afin de clarifier notre propos, nous avons choisi de ne pas modifier les appellations réelles des différentes formules d'*habitats alternatifs*. De plus, nous considérons que leur dénomination est chargée de significations, et nous ne souhaitons pas les travestir en les rebaptisant d'une nomination fictive.

Afin de saisir les logiques, les expériences et les pratiques vécues dans les « mondes culturels » de l'*habitat alternatif*, nous nous sommes appuyés sur une analyse compréhensive des discours. Comme le souligne Schütz, « le moyen typifié par excellence par lequel la connaissance issue de la société est transmise est le vocabulaire ainsi que la syntaxe du langage vernaculaire »⁵²⁶. Dans cette perspective, le discours apparaît comme un outil d'analyse compréhensif privilégié.

⁵²⁶ Alfred SCHÜTZ, *Le chercheur et le quotidien*, op. cit., p. 20.

Ce présupposé est partagé par Didier Demazière pour qui « le social est indissociable du langage. Il est toujours mis en mots, il prend forme dans et par le langage, et c'est par la parole que les sujets humains se socialisent en s'appropriant ces formes. De véhicule d'une description, plus ou moins fidèle de faits "extérieurs", le langage devient un moyen de construction du monde, qui acquiert consistance et signification dans le langage »⁵²⁷. Les discours constituent des faisceaux de sens, plus ou moins objectifs dont il s'agit de restituer la cohérence dans un contexte social situé. Pour l'auteur, l'articulation entre les dimensions objectives et subjectives du langage, interne et externe « soutient la fonction signifiante de la parole »⁵²⁸.

Aussi, les faits relatés lors des entretiens peuvent être des événements ou des faits « externes » objectivés. Dans ce cas, le locuteur donne des indications sur sa condition sociale, son genre, son âge. Suivant les questions qui lui sont posées, il décrit également un statut, des pratiques, des usages et des logiques de fonctionnement « allant de soi » sur le « monde social » auquel il appartient et sur les personnes avec qui il le partage. L'ensemble de ces éléments constituent des « univers de vie » que le chercheur croise et confronte à d'autres discours pour y trouver des similitudes et des particularités. Elles lui permettent d'« aboutir à la description organisée d'un monde social conçu comme un monde objectif, ou du moins objectivé »⁵²⁹. Le locuteur véhicule également des « univers de sens ». Il adopte alors une posture, un point de vue. Il exprime des croyances, une perception « interne » et subjective de la situation. Il produit des « discours étranges »⁵³⁰, des lignes démarcation (« eux »/« nous »), il s'appuie sur un jargon issu de son arrière-fond culturel, chargé de représentations. Dans ce cas, l'enjeu consiste à « reconstruire la cohérence de chaque interprétation subjective, pour les comparer, pour identifier des univers de croyances contrastées et partagées, et aboutir à l'explication de mondes sociaux, qui sont aussi des mondes personnels, et sont conçus comme des mondes subjectifs »⁵³¹.

Les données empiriques ont été recueillies à l'aide d'une grille d'entretien thématique permettant d'articuler les « univers de sens » et les « univers de vie » de chacune des personnes rencontrées. Bien que des ajustements aient été opérés selon les formules et la typologie des acteurs, la grille d'entretien comporte trois volets généraux. Le premier porte sur les trajectoires individuelles (parcours professionnel, parcours familial, événements

⁵²⁷ Didier DEMAZIERE, « À qui peut-on se fier ? Les sociologues et la parole des interviewés », *Langage et société*, 2007, n° 121-122, p. 95.

⁵²⁸ *Ibid.*, p. 96.

⁵²⁹ *Ibid.*

⁵³⁰ Howard Saul BECKER, *Les ficelles du métier*, *op. cit.*, p. 239.

⁵³¹ Didier DEMAZIERE, « À qui peut-on se fier ? », *op. cit.*, p. 96.

marquants, passage à la retraite, perception subjective de la vieillesse). Le second volet aborde la genèse de l'expérimentation, l'impulsion qui l'a vu naître, les difficultés rencontrées, les valeurs qui la portent et la place de l'enquêté dans son processus de construction. Centrés sur l'*habitat alternatif* en lui-même, les matériaux recueillis dans ce volet peuvent être définis comme des *récits de projet*. Enfin un troisième volet traite de la perception subjective de l'espace (motifs d'installation, pratiques collectives et privatives, perception de la vie collective, conflits), des pratiques qui y ont cours et de l'aménagement du quotidien.

Les différents points de vue ont été croisés et comparés dans le but de restituer la cohérence et les logiques des « mondes culturels » étudiés. Ils ont été agrémentés de matériaux divers : observations directes et sporadiques des locaux et du quotidien, compte rendu de réunions, livrets d'accueil, charte d'établissements et de projet, discussions informelles, articles de presse, documentaires télévisuels, émissions radiophoniques.

La démarche qualitative sur laquelle nous nous appuyons ne vise pas à produire des données quantifiées, elle n'a donc pas prétention à la représentativité. Il s'agit plutôt de saisir, dans une démarche compréhensive, les logiques de fonctionnement des lieux investigués, les perceptions subjectives des acteurs et les valeurs intrinsèques aux *habitats alternatifs*. Ainsi, l'analyse croisée des récits des pratiques quotidiennes, des projets, du quotidien, de la perception subjective de l'espace et de l'usage nous ont permis de restituer les typicalités des *habitats alternatifs*.

2.4. Les limites de la compréhension

L'enquête de terrain et l'analyse qui en est issue comportent certaines limites. Les « constructions de constructions »⁵³² élaborées ne peuvent pas totalement se départir de la subjectivité du chercheur. Au-delà de sa position de sociologue et en dépit de ses incursions précautionneusement distancées sur le terrain, il demeure un « homme parmi ses semblables » avec une situation biographique et une histoire. Aussi le type pur de l'« observateur désintéressé » apparaît comme la modélisation théorique d'une éthique de recherche. Il est, pour reprendre la terminologie schützienne, un *homonculus*, une « conscience factice » utilisés pour « traiter avec objectivité la signification subjective de l'action humaine »⁵³³ et dans ce cas particulier, du rapport du chercheur avec le quotidien. Mais, dans les réalités concrètes des « mondes culturels » de l'enquête de terrain, il serait plus

⁵³² Alfred SCHÜTZ, *Le chercheur et le quotidien*, op. cit.

⁵³³ *Ibid.*, p. 52.

juste de reconnaître que le chercheur se situe plutôt dans une position d'équilibriste, entre « engagement et distanciation »⁵³⁴. À noter que pour Elias, l'engagement, dans une perspective compréhensive peut devenir un atout pour les chercheurs en sciences sociales et conditionne « leur intelligence des problèmes qu'ils ont à résoudre en leur qualité de scientifiques. Car, si pour comprendre la structure d'une molécule on n'a pas besoin de savoir ce que signifie se ressentir comme l'un de ses atomes, il est indispensable, pour comprendre le mode de fonctionnement des groupes humains, d'avoir accès aussi de l'intérieur à l'expérience que les hommes ont de leur propre groupe ; or on ne peut pas le savoir sans participation et engagement actifs »⁵³⁵.

De même, la relation d'enquête qui se négocie est loin d'être neutre. Elle résulte d'un « pacte d'entretien »⁵³⁶ où les rôles des deux parties engagés dans l'interaction s'inscrivent dans une situation d'enquête qui revêt elle aussi un *sens* particulier. Certaines de ces relations se sont en outre révélées problématiques. En tant que sociologique, l'objectif de ma recherche consiste à restituer une connaissance sur un *habitat alternatif*, formules atypiques dont les porteurs de projets sont les initiateurs et par conséquent les défenseurs. Aussi, ce sont dans certains cas ses aspects les plus flatteurs, et ses innovations les plus manifestes qui me sont présentés dans les discours comme lors des visites des lieux. Dans cette perspective, il s'agit de voiler leurs aspects négatifs. S'ils sont évoqués, c'est avec une certaine réserve, sous la forme d'un aveu ou d'une confession.

Ces situations où l'information est délibérément filtrée s'apparentent à ce que Becker définit comme la « hiérarchie de la crédibilité »⁵³⁷. Pour dépasser le problème, on peut notamment inclure un certain « doute méthodique » à notre « système de pertinence » et s'attacher à « soupçonner le pire et le traquer »⁵³⁸. On peut également diversifier les points de vue par le croisement des discours, cumuler les matériaux d'enquête (observation de séquences de la vie quotidienne, discussion informelle, analyse des chartes et projets d'établissement...). Mais c'est aussi l'interprétation en elle-même du rapport entre le chercheur et son terrain qui permet de contextualiser les entretiens réalisés. Ainsi, le relatif contrôle de l'enquête effectué en amont par certains porteurs de projet et la dissimulation du négatif revêtent quand on les analyse une dimension heuristique. Ils s'inscrivent en effet dans

⁵³⁴ Norbert ELIAS, *Engagement et distanciation. Contributions à la sociologie de la connaissance*, Paris, Fayard, 1993.

⁵³⁵ *Ibid.*, p. 29.

⁵³⁶ Stéphane BEAUD et Florence WEBER, *Guide de l'enquête de terrain : produire et analyser des données ethnographiques*, Paris, La Découverte, 2010, p. 165.

⁵³⁷ Howard Saul BECKER, *Les ficelles du métier*, *op. cit.*, p. 152.

⁵³⁸ *Ibid.*, p. 154.

un contexte plus général, où comme nous l'avons signifié les personnes hébergées sont des « usagers » ou des « clients » et où les dispositifs de l'action gérontologique, alternatifs ou *institués* sont soumis à des injonctions rationalistes et gestionnaires. Aussi, on peut par exemple analyser ces situations comme une volonté des initiateurs de maîtriser l'image de la formule et du concept dont ils sont les porteurs, d'éviter l'éventualité d'une « gaffe » pour préserver la réputation de l'*habitat alternatif* auprès d'un public potentiellement intéressé.

Une autre des difficultés auxquelles nous avons été confrontés peut-être évoquée. Dans le cadre de cette recherche, nous nous sommes intéressés à la vieillesse, à ses représentations et aux vécus subjectifs des personnes qui en font l'expérience. Aussi, il nous a paru indispensable de porter une attention soutenue aux discours des usagers des équipements gérontologiques alternatifs ; les familles, mais également les personnes âgées identifiées comme « fragiles » et « dépendantes ». Nous nous sommes attachés à comprendre leur vécu, dans la continuité de leurs histoires, à saisir les étapes et les ruptures qui ont marqué leurs parcours, à appréhender les significations subjectives de leur « être » ou de leur non « être vieux ». Mais il fut parfois difficile de mettre en pratique le principe d'écoute compréhensive des discours. Ainsi, comment procéder lorsque les enquêtés ne parlent plus ou lorsque leurs propos sont incohérents, comme c'est le cas de certaines personnes âgées désorientées ? Dans le cas où l'enquêté présentait des troubles cognitifs légers, il nous fut possible de réaliser des entretiens. Mais si la maladie était avancée, nous n'avons pu nous centrer que sur des séquences d'observation et sur les entretiens réalisés avec les familles ou le personnel soignant. Nous considérons cependant qu'une immersion plus poussée dans les lieux, nous aurait sans doute permis de décrypter plus précisément le sens de la parole parfois incohérente et silencieuse des vieux⁵³⁹.

En définitive, le travail théorique et analytique du chercheur apparaît toujours comme lacunaire. Il est partiellement incomplet et lui permet de restituer un puzzle théoriquement typifié dont certaines des pièces lui font irrémédiablement défaut. Mais, s'il ne peut être totalement objectif ni restituer le social dans toutes ses dimensions, nous considérons qu'il peut néanmoins prétendre à la plausibilité, et qu'à l'instar l'« œuvre scientifique “achevée” » évoquée par Max Weber, il « n'a d'autre sens que celui de faire naître de nouvelles “questions” »⁵⁴⁰.

⁵³⁹ Dominique ARGOUD et Bernadette PUIJALON, « Enjeux et limites d'une prise en compte de la parole des vieux », *op. cit.*

⁵⁴⁰ Max WEBER, *Le savant et le politique*, Paris, Librairie Plon, coll. « 10/18 », 1963, p. 87.

CONCLUSION

Après avoir défini les *habitats alternatifs*, décrit les différents terrains et précisé la méthodologie employée pour analyser le matériel empirique recueilli, il s'agira dans un prochain chapitre de suivre la trajectoire de l'alternative gérontologique dans son processus de construction, d'explicitier les différentes étapes qui ont conditionné l'émergence des différents projets, d'analyser les stratégies de création mises en œuvre par leurs initiateurs pour passer de la théorie à la pratique. Aussi, comme le souligne Howard Becker, un phénomène étudié « n'est pas le résultat de causes, mais le résultat d'une histoire, d'un récit, de quelque chose comme "d'abord ceci s'est produit, puis cela, puis cela encore, et c'est comme ça qu'on en est arrivé là" »⁵⁴¹. Dans cette perspective, il s'agit « d'élaborer des histoires typiques, des histoires qui fonctionnent à peu près de la même manière à chaque fois qu'elles se produisent »⁵⁴² et ainsi de restituer la dynamique du « processus d'habitation »⁵⁴³, les étapes successives conduisant à l'institutionnalisation des modèles en construction.

⁵⁴¹ Howard Saul BECKER, *Les ficelles du métier*, *op. cit.*, p. 109.

⁵⁴² *Ibid.*

⁵⁴³ Peter BERGER et Luckmann THOMAS, *La construction sociale de la réalité*, *op. cit.*

**PARTIE II : LES LABORATOIRES
D'EXPERIMENTATIONS DU
VIEILLISSEMENT**

CHAPITRE 4 : LA TRAJECTOIRE DE L'ALTERNATIVE

INTRODUCTION

Les HA, HCA et les HM sont consolidés dans le but de répondre « autrement » aux problématiques et aux enjeux sociaux, politiques, économiques et culturels posés par le vieillissement de la population. Dans la continuité des innovations de « première génération » de la fin des années 1970, les porteurs de projet d'*habitats alternatifs* visent à dépasser ce qu'ils considèrent comme des carences et des limites des équipements gérontologiques existants. L'enjeu consiste alors à repenser ou à se substituer à l'*institué*. Au prisme d'une impulsion créatrice préfigurant la mise en place d'un laboratoire d'expérimentation, il est question de formaliser de nouvelles méthodologies d'accueils, d'hébergement et d'accompagnement pour des personnes âgées atteintes dans leur autonomie.

Dans ce chapitre, il s'agira d'élaborer des *récits de projets*, autrement dit de tracer le chemin de l'expérimentation pour identifier les différentes étapes de sa construction jusqu'à sa concrétisation. Quels sont les fondements de l'alternative ? Comment se consolident les modèles émergents ? Quels types de stratégies sont mises en œuvre par les initiateurs pour réaliser et pérenniser leurs projets ? Les *habitats alternatifs* peuvent-ils devenir des dispositifs gérontologiques *institué*s ? Auquel cas, quels sont les effets de leur institutionnalisation et de leur « percé » sur un territoire ?

Nous nous attacherons dans un premier temps à mettre en perspective le processus de consolidation de l'alternative. Nous évoquerons ensuite les conséquences de l'institutionnalisation de certains projets pour *in fine* appréhender la dialectique des modes opératoires de l'expérimentation et de l'acte de création, dans son rapport avec l'*institué*.

I. LE PROCESSUS DE CONSTRUCTION DE L'ALTERNATIVE

1. Identification de besoins jugés insatisfaits ou mal satisfaits

L'impulsion à l'origine de la consolidation d'un *habitat alternatif* tire son origine de la « nécessité » de « trouver des solutions » pour répondre à une situation sociale considérée comme insatisfaisante :

- « *Et devant la nécessité de faire autre chose, on en est arrivé à créer l'Antenne Andromède* » (Christine, 59 ans, référente pour la démence dans une MRS, responsable de coordination et cofondatrice d'un HCA, Région Bruxelles-Capitale, Belgique, août 2014).
- « *La société va être obligée de trouver des solutions* » (Robert, 73 ans, cofondateur et président de l'association d'un HA, Grand-Est, France, février 2013)
- « *Y'a un déficit d'offres aussi, du coup les gens sont bien contents de trouver une solution* » (Samuel, 43 ans, cofondateur et cogérant d'un HCA, Bourgogne-Franche-Comté, France, septembre 2013)

Ainsi, il apparaît que c'est l'identification de besoins, jugés insatisfaits ou *mal* satisfaits, des personnes âgées, sur un territoire donné, qui constitue le point de départ d'un *habitat alternatif*⁵⁴⁴. Ces besoins multiples dépassent le seul cadre de l'accompagnement de la « fragilité » et de la « dépendance » et peuvent se chevaucher selon les projets réalisés.

1.1. Répondre à un besoin d'indépendance dans une comparaison critique avec l'institution « classique »

Depuis les premières structures innovantes d'accueil et d'hébergement de la fin des années 1970, l'alternative se consolide sur la base d'une critique de l'institution. Figurée par l'hôpital, la maison de retraite ou l'hospice, elle est accusée de réifier les individus en leur imposant une mécanique gestionnaire et uniformisée, limitant l'exercice de leurs libertés individuelles. Les *habitats alternatifs* étudiés dans cette recherche ne dérogent pas à la règle. L'institution est définie par les porteurs de projet et certains habitants tantôt comme un « *milieu carcéral* »⁵⁴⁵, un lieu « *sinistre parce que c'est des regroupements de vieux* »⁵⁴⁶, un espace dans lequel « *on rencontre tout le monde, mais on ne rencontre personne* »⁵⁴⁷ ou encore comme « *peut être nécessaire, mais lamentables parce qu'on infantilise les vieux* »⁵⁴⁸.

Si, les critiques sont particulièrement virulentes dans le cas des HA, elles sont perceptibles également dans les autres types d'*habitats alternatifs*. Pour Samuel notamment, le projet des Maisons Âges & Vie est né d'une volonté de se détacher des contraintes

⁵⁴⁴ À noter que l'intention des porteurs de projet de répondre aux besoins diversifiés de personnes âgées sur un territoire donné, est un des éléments permettant d'expliquer la grande diversité des formules émergentes, leur caractère hétérogène et polymorphe comme la diversité des modes opératoire des différents projets.

⁵⁴⁵ Robert, 73 ans, cofondateur et président de l'association d'un HA, Grand-Est, France, février 2013.

⁵⁴⁶ Martine, 61 ans, cofondatrice d'un HA, Grand-Est, France, octobre 2012.

⁵⁴⁷ Doris, 80 ans, habitante d'un HA, Bruxelles, Belgique, janvier 2014.

⁵⁴⁸ Thérèse Clerc, 86 ans, fondatrice de la Maison des Babayagas, France, septembre 2013.

réglementaires propres aux institutions définies par « *ce tronc commun qu'ont toutes les maisons de retraite, qui est le respect des normes* ». Ces environnements jugés trop réglementés, dans lesquels la standardisation a conduit à produire des espaces où « *tout se ressemble* », s'ils sont mis en place « *officiellement pour protéger les gens* » se révèlent être « *dans la pratique, une restriction de liberté absolument formidable* ». Jugés trop sécuritaires, les établissements d'hébergement médicalisés sont ici aussi définis comme des espaces portant atteinte aux libertés des usagers et plus spécifiquement à leur droit au risque.

« C'est complètement fou, ils ne peuvent pas sortir ! Et on leur explique que via la réglementation, si on les empêche de sortir c'est pour leur bien. Chez nous, ils ont tous une porte-fenêtre, ils sortent. Après il faut, évidemment, accepter une notion de risque qui est sous-jacente. » (Samuel, 43 ans, cofondateur et cogérant d'un HCA, Bourgogne-Franche-Comté, France, septembre 2013)

De même, Christine regrette que les institutions « *s'administrent des droits qu'elles n'ont pas* ». La nature de l'organisation interne au sein de ces institutions ne permet pas d'être à l'écoute des personnes accueillies et ne reconnaît pas aux usagers « *le droit de décider* ».

« Dans les traditionnelles, on n'est pas à l'écoute des gens... Ou pas assez et on ne leur reconnaît pas le droit de décider, on a un besoin d'organiser de contrôler et de prendre des dispositions pour. Alors qu'ici on accompagne la personne selon comment elle vit, les choses se font quand même, ce sont des gens de bon sens les personnes âgées, il faut y croire à ça. » (Christine, 59 ans, référente pour la démence dans une MRS, responsable de coordination et initiatrice d'un HCA, Région Bruxelles-Capitale, Belgique, août 2014).

Dans le village de Mariemont, les avis sont plus modérés. Néanmoins, dans cet HM les porteurs de projet visent à se distancier du prisme de la médicalisation, pourtant inhérent au lieu, dans l'idée de procéder à une approche pluridimensionnelle du soin comme le montre cet extrait :

« On m'a toujours dit, la santé c'est un tout biopsychosocial, c'est une définition de l'OMS, donc si on se cantonne uniquement sur le médical, ben on loupe tous les autres aspects. On peut être en bonne santé en fumant, on peut être en mauvaise santé si on arrête de fumer, si on le gère mal. C'est un peu ça notre philosophie, il n'y a pas que le soin qui est important. Après, il ne faut pas qu'on ait des infections, il faut qu'ils soient bien soignés, mais

c'est aussi important qu'ils mangent bien, que l'institution n'ait pas d'odeur, que les couloirs soient propres, et qu'ils aient envie d'accueillir leur famille dans leur chambre. » (Brice, 35 ans, directeur d'un HM, Wallonie, Belgique, janvier 2014)

De plus, malgré l'ensemble des normes qui codifient l'organisation de l'espace, Brice insiste sur la nécessité d'éviter de contraindre les résidents. Selon lui, *« on ne peut pas les restreindre plus qu'une personne qui est dans la société normale »* et un peu plus loin d'ajouter, *« en termes de mobilité ou autre, on ne peut pas contraindre un résident, on leur dit toujours on n'est pas une prison »*⁵⁴⁹. La valeur de la citoyenneté, propre au projet de vie de l'établissement, comme *« l'éventail de possibilités »* proposées aux usagers, est appréhendée comme un élément permettant aux résidents de disposer d'un pouvoir de décision.

« Quand on parle de citoyenneté, il faut pouvoir laisser le choix. C'est ça à la base, c'est le choix, le respect des idées, et donc on essaie de créer sur notre site un éventail, un panel de possibilités qui est le plus grand possible. » (Brice, 35 ans, directeur d'un HM, Wallonie, Belgique, janvier 2014)

On peut considérer ici que la critique ou, dans le cas du village de Mariemont, la distance prise à l'égard de l'institution, est manifeste d'une intention généralisée des porteurs de projet d'élaborer des espaces répondant à ce qui est identifié comme un besoin de liberté ou d'indépendance des personnes âgées.

1.2. Répondre au besoin d'être entouré

Les *habitats alternatifs* visent également à répondre au problème de la solitude des personnes âgées. L'HCA de l'Antenne Andromède par exemple est issu de l'évolution d'une institution « classique ». Leurs initiateurs cherchent à différer l'institutionnalisation en maison de retraite pour proposer à des personnes âgées en situation d'isolement, mais *« encore capable de faire des choses »*, un lieu de vie jugé plus adapté :

« Ca m'a interpellé moi, mais ça a interpellé aussi les gens qui étaient responsables de la maison de repos à ce moment-là et on s'est dit : “de toute façon on a là une catégorie de personnes qui sont encore capables de faire des choses, qui s'ils entrent dans la maison de repos ont de grandes chances de perdre cette autonomie, comment est-ce qu'on peut faire

⁵⁴⁹ Brice, 35 ans, directeur d'un HM, Wallonie, Belgique, janvier 2014.

pour répondre au problème de la solitude sans mettre en place une grosse structure, comme celle-ci et en répondant aux questions de la solitude et en maintenant leur autonomie” ça, c’était l’objectif de départ. Et ça reste les objectifs actuels d’ailleurs. » (Christine, 59 ans, référente pour la démence dans une MRS, responsable de coordination et initiatrice d’un HCA, Région Bruxelles-Capitale, Belgique, août 2014)

Le besoin d’être entouré transparaît également dans les entretiens réalisés avec les habitants de l’Antenne Andromède, où le groupe est envisagé comme une soupape de sécurité. Danielle par exemple, après avoir été contrainte de déménager suite à la revente de l’appartement dont elle était locataire, s’adresse au CCAS de sa commune qui l’oriente vers l’Antenne Andromède. Si elle regrette avoir dû quitter son domicile, Danielle évoque le sentiment de sécurité que lui procure l’habitat :

« J’aurais bien aimé rester là [à son ancien domicile], mais enfin, seule c’est seule. Par contre ici, quand on se sent pas bien, il y a quelqu’un toujours ici pour le médecin ou quoi, pour téléphoner ou quoi » (Danielle, 84 ans, habitante d’un HCA, Région Bruxelles-Capitale, Belgique, août 2014).

De même, Marthe, partie vivre en Espagne au moment de la retraite de son mari, décide de rentrer en Belgique lorsque celui-ci décède. Sur les conseils de sa sœur, elle propose sa candidature pour s’installer à l’Antenne Andromède. Au départ très hésitante à l’idée de cohabiter avec des inconnus, principalement masculins, elle s’accommode finalement à ses nouveaux colocataires.

« Et puis, je crois qu’on est mieux avec trois hommes, les femmes sont plus ou moins envieuses, l’un à côté de l’autre, je sais pas si je le suis aussi, sûrement un petit peu, alors je suis restée. Sinon je devais retourner en Espagne. » (Marthe, 89 ans, habitante d’un HCA, Région Bruxelles-Capitale, Belgique, août 2014)

Marthe explique aujourd’hui ne plus avoir envie de déménager pour vivre « toute seule », le groupe dont elle fait partie constitue pour elle une sécurité, une réponse à la vie solitaire.

« Maintenant je pourrais louer par exemple chez des particuliers un petit appartement, ne fût-ce qu’un studio, alors je suis toute seule, tandis qu’ici il y a quelque

chose, si on n'est pas bien ou si... on s'aide... et ça passe bien. » (Marthe, 89 ans, habitante d'une HCA, Région Bruxelles-Capitale, Belgique, août 2014)

D'autres types *habitats alternatifs* visent à répondre au problème de la solitude des personnes âgées. Les porteurs de projet de l'association A2MG, outre l'aide à l'aménagement de cohabitation chez l'habitant, œuvrent à « *organiser des animations pour les personnes qui sont dans un village, qui sont seules, qui souffrent de solitude* »⁵⁵⁰. Pour Thérèse Clerc la Maison des Babayagas a vocation à devenir « *un lieu de vie où en même temps on aurait la sécurité du nombre* »⁵⁵¹. Tandis que pour Doris, l'habitat dans lequel elle vit depuis maintenant 17 années, lui permet « *un partage de vie* » avec les autres habitants :

« Je crois essentiel de garder entre nous le lien social dans la vie. Parce que c'est ça le drame des personnes âgées : avec l'âge, moi toutes mes copines elles meurent ! Moi je suis toujours là. Mais ce qui est vrai pour moi est vrai pour tout le monde (...) Moi je dois dire, mes filles, elles tiennent à moi comme c'est pas possible, mais tout le monde ne peut pas en dire autant. Et donc je crois que la première chose c'est ça, c'est créer le lien social » (Doris, 80 ans, habitante d'un HA, Bruxelles, Belgique, janvier 2014).

Si les raisons qui poussent à l'élaboration d'un HA sont déterminées par une volonté des acteurs de garder la maîtrise des conditions de leur vieillissement, ils visent également à se sécuriser en choisissant un groupe de pair pour éviter de finir leurs jours en solitaire. Dominique Argoud note en effet que « si l'enthousiasme que génère le fait d'être en train d'expérimenter un nouveau mode de vie plus libre et plus social, voire d'inventer un nouveau mode d'habiter pour ses vieux jours, est bien réel, il ne doit pas occulter deux autres motivations plus angoissantes : la peur de l'isolement et la peur de la maison de retraite »⁵⁵².

1.3. Répondre à un besoin de domicile (et si possible à moindre coût)

Partant de l'idée selon laquelle la grande majorité des personnes âgées souhaitent rester à domicile, les porteurs de projet d'*habitats alternatifs* s'attachent à créer des environnements qui s'en approchent. Ils répondent en cela à ce qu'on pourrait appeler un besoin de domicile. Dans la mesure où le maintien au domicile ordinaire pour des personnes présentant des fragilités importantes est onéreux, les initiateurs d'*habitats*

⁵⁵⁰ Robert, 73 ans, cofondateur et président de l'association d'un HA, Grand-Est, France, février 2013.

⁵⁵¹ Thérèse Clerc, 86 ans, fondatrice de la Maison des Babayagas, Montreuil, France, septembre 2013.

⁵⁵² Dominique ARGOUD, « L'habitat groupé, une alternative à la maison de retraite ? », *op. cit.*, p. 15.

alternatifs sont nombreux à se poser la question du coût du projet dont ils sont les porteurs. Dès lors, il s'agit pour eux de proposer des formules de compromis. La dimension « groupée » ou « partagée » des HA et des HCA peut être appréhendée comme l'expression d'un accommodement. Dans le cadre d'espace impliquant la nécessité d'une vie collective, les frais de la prise en charge sont mis en communs, ce qui permet aux usagers d'avoir accès à des services abordables et de bénéficier d'un cadre de vie qui s'apparente au domicile classique, sans en être tout à fait un. C'est par exemple l'objectif des Maisons Âges & Vie, comme le montre cet extrait :

« L'immense majorité des gens qui sont autonomes restent chez eux... donc nous on a voulu répondre à cette demande de : "je veux rester chez moi, mais je suis en perte d'autonomie". Donc partant de là, il faut pouvoir amener le service. Donc je réponds à votre question initiale, soit le service je me le paye tout seul et ça coûte très cher, soit je me le paye avec d'autres et je mutualise les coûts. La maison Âges & Vie c'est ni plus ni moins ça, c'est ; "on est 6 ou 7 et à 6 ou 7 on se paye un service qui coûte à peu près, 6000 euros par mois". »

(Samuel, 43 ans, cofondateur et cogérant d'un HCA, Bourgogne–Franche-Comté, France, septembre 2013)

Comme le note Samuel, le choix du nombre de colocataires dans les maisons Âges & Vie n'est pas un critère anodin. Il permet d'aboutir à un équilibre économique tout en répondant au compromis mentionné précédemment. On peut ici noter que la taille de la formule est une dimension importante du projet. En réaction aux structures institutionnelles de grande envergure, les porteurs de projet visent à consolider des espaces de faible étendue regroupant un nombre restreint de colocataires. La petite taille est ici identifiée comme un des traits caractéristiques du domicile classique. Il s'agit alors de croiser, au prisme d'un calcul rationnel, l'économiquement viable à l'humainement supportable⁵⁵³.

« Et pourquoi nous on a choisi ce chiffre de six ou sept ? Parce que c'était le plus petit auquel économiquement c'était faisable. » (Samuel, 43 ans, cofondateur et cogérant d'un HCA, Bourgogne–Franche-Comté, France, septembre 2013)

⁵⁵³ L'importance donnée au « petit » est visible dans d'autres expérimentations, les premières expérimentations d'accueil et d'hébergement sont aujourd'hui désignées par l'appellation de « petites » unités de vie et les porteurs du projet A2MG consolident des « micro » lieux de vie chez l'habitant.

La question du coût de la prise en charge par les bénéficiaires d'un projet d'*habitats alternatifs* est prégnante. Elle est à l'origine de l'aménagement particulier des espaces comme de sa gestion, et vise à permettre à des personnes âgées issues des classes moyennes et populaires d'avoir accès à des modalités de prise en charge qui tout en étant novatrices sont abordables. La maison des Babayagas par exemple est consolidée dans une étroite collaboration avec un bailleur social. La sélection des habitantes s'effectue sur critères sociaux, elle permet d'accueillir dans un *habitat alternatif* et en milieu urbain des femmes âgées en situation de vulnérabilité économique.

« On en a sept qui sont en dessous du seuil de pauvreté. Donc les HLM sont une solution pour que les femmes puissent habiter » (Thérèse Clerc, 86 ans, fondatrice de la Maison des Babayagas, Montreuil, France, septembre 2013).

Un autre modèle encore est marqué par une volonté de proposer des services de qualité sans tirer parti du potentiel économique d'usagers en situation de dépendance. Pour Fernand, un des porteurs du projet du village de Mariemont, « l'idée c'est que personne ne roule en Porsche ». Le projet, privé, est géré par une association à but non lucratif, ce qui permet aux gestionnaires de se situer dans « quelque chose d'abordable, de non marchand dans le sens noble du terme... et de montrer qu'il y a moyen de faire des choses ».

« Évidemment, les gens qui viennent ici doivent payer. Mais le but n'est pas de faire beaucoup d'argent, c'est de pouvoir faire en sorte qu'on puisse payer le personnel, mais surtout que les gens soient bien et qu'on puisse réinvestir au maximum. Ça montre qu'il y a aussi moyen de faire aussi bien et mieux que dans le privé/privé, parce que dans le privé/privé, on peut gagner beaucoup de sous avec les maisons de repos... il suffit de laisser les petits vieux crever dans leur coin, ils vont être de plus en plus dépendants, l'INAMI va donner de plus en plus. » (Fernand, 63 ans, cofondateur d'un HM, Wallonie, Belgique, février 2015)

1.4. Répondre aux mutations de la famille traditionnelle

Dans un contexte social où les rapports intrafamiliaux se sont considérablement transformés⁵⁵⁴, il semblerait que les *habitats alternatifs* visent à répondre aux conséquences sur la prise en charge des personnes âgées de la généralisation d'un « nouvel esprit de

⁵⁵⁴ Cf. Chapitre 1.

famille⁵⁵⁵ ». Thérèse Clerc explique ainsi que « La maison des Babayagas » tire son origine de l'expérience de la convalescence et des conditions du décès de sa mère :

« L'historique c'est parce que j'ai eu ma vieille maman qui a été grabataire pendant cinq ans avec une insuffisance respiratoire sévère, et à l'époque, je travaillais encore (...) Quand elle était là je sentais qu'elle était heureuse (...) alors j'ai passé 5 ans absolument infernaux, par après, je me suis dit : "je peux pas offrir ça à mes enfants" » (Thérèse Clerc, 86 ans, fondatrice de la Maison des Babayagas, Montreuil, France, septembre 2013).

Comme on peut le voir dans cet extrait, sa position d'aidante familiale est décrite comme particulièrement difficile, et elle refuse de reproduire le schéma avec ses propres enfants, ce qui l'a conduit à imaginer le projet d'un HA permettant aux femmes accueillies, comme à leur descendance, de garder leur indépendance.

Dans un contexte où la prise en charge familiale n'est plus considérée comme un allant de soi, les HA peuvent relever d'une « stratégie d'anticipation » conjuguée à une stratégie d'adaptation. Le projet A2MG par exemple est né d'une volonté d'aidants familiaux et familiers de proposer un mode d'accompagnement alternatif à la maison de retraite pour un proche atteint de la maladie d'Alzheimer. La consolidation d'un premier lieu de vie constitue une première pierre à l'édifice du projet. Cette première incursion dans les mondes *vécus* de la vieillesse invite les porteurs du projet à identifier un certain nombre de besoins chez les personnes vieillissantes de l'ensemble de la commune. Elle les conduit à sortir d'un cas relativement classique d'adaptation d'un domicile privé pour agir sur l'ensemble de la communauté villageoise. Constatant que les grandes maisons du village qui accueillait auparavant des familles nombreuses sont désertées, laissant les personnes vieillissantes seules dans des habitations mal adaptées, ils décident de se centrer sur leur (ré) intégration, d'une part via la création de micros lieux de vie chez l'habitant et d'autre part en organisant des animations et des ateliers permettant aux habitants du village de se rencontrer. Il est question d'adapter un mode de prise en charge adaptée à une structure sociale décrite comme « entièrement chamboulée » :

« Alors ce qu'on a constaté aussi c'est qu'avant les personnes âgées dans la société, elles restaient chez elles, les grands-pères, les grands-pères habitaient encore chez les enfants, les petits-enfants ; la structure sociale était faite que les gens y restaient sur place, y

⁵⁵⁵ Claudine ATTIAS-DONFUT, Nicole LAPIERRE et Martine SEGALLEN, *Le nouvel esprit de famille*, op. cit.

trouvaient du travail sur place, il y avait beaucoup d'agriculture aussi. Donc il y avait une structure qui faisait que la famille elle s'occupait des personnes âgées, et ça tenait bien. Avec le modernisme, y'a de plus en plus de vieux, y'a de moins en moins d'enfants. Les jeunes ils partent parce qu'ils trouvent plus assez de boulot sur place, y'a plus assez de boulot sur place pour tous les jeunes qui sont là, bon y'a aussi de moins en moins de jeunes, ça aussi ça commence à venir, y'a une histoire des familles décomposées, ça avant ça n'existait pas non plus hein... pas sous cette forme-là disons, et c'est ça qui a fait que la structure de la société est entièrement chamboulée » (Robert, 73 ans, cofondateur et président de l'association d'un HA, Grand-Est, France, février 2013)

1.5. Répondre aux besoins d'accueil et d'hébergement des personnes âgées désorientées

De manière générale, les d'*habitats alternatifs* sont consolidés pour répondre aux besoins de soin de longue durée des personnes âgées en situation de perte d'autonomie. Certains modèles se sont cependant spécialisés dans l'accueil de publics désorientés, en raison d'une inadaptation des infrastructures existantes et d'une carence de l'offre disponible sur les territoires. Lorsque Benoît prend la direction d'un ancien hôpital de mineur en 1985 pour consolider ce qui deviendra Mariemont Village, peu d'institutions se disposent à prendre en charge ce type de public. La formule, qui comprend aujourd'hui un « *éventail de possibilités* »⁵⁵⁶ destinées à l'ensemble de la catégorie contrastée des plus de 60 ans doit alors faire face à la difficulté d'accueillir une proportion importante de personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer.

« La majorité des demandes c'était des personnes âgées désorientées dans le temps et dans l'espace, alors, au début ça nous embêtait pas du tout, au contraire, comme je le dis toujours, c'est comme le fou du village, quand il y en a peu, il crée la vie, les autres vont le conduire où il faut s'il est perdu. Tout se passe bien, et puis petit à petit, cette proportion de fous de village a augmenté, et c'était plus vivable. Donc on s'est dit, il faut scinder la population. La population lucide d'un côté, la population désorientée, d'un autre côté. »
(Benoît, 63 ans, cofondateur d'un HM, Wallonie, Belgique, février 2015)

Suite au constat de la gêne et des complications occasionnées par la cohabitation des personnes désorientées et des autres résidents, de l'insatisfaction des familles et des soignants, des réflexions sont amorcées pour concevoir d'autres aménagements jugés plus adaptés à la

⁵⁵⁶ Brice, 35 ans, directeur d'un HM, Wallonie, Belgique, janvier 2014.

population accueillie. De ces réflexions naîtra le projet « Cantou ». Selon le directeur actuel de la structure, le lieu défini comme « *spécialement dédié* »⁵⁵⁷ à l'accueil des personnes âgées désorientées répondrait aux enjeux, aux besoins et aux « *défis* »⁵⁵⁸ posés par le vieillissement de la population sur le territoire de la Région wallonne.

Nos enquêtes de terrain mettent également en relief les besoins des aidants familiaux dans l'accompagnement d'un proche âgé atteint de la maladie d'Alzheimer. Ainsi, les domiciles partagés étaient au départ une expérimentation autogérée, imaginée par un groupe de familles démunies face à la maladie de leurs proches. Comme le notifie une responsable de secteur interrogé dans le cadre de la recherche :

« C'était des gens relativement jeunes et ils étaient touchés par la maladie d'Alzheimer, soit leur conjoint soit leur parent et du coup ils ont tenté de les garder à domicile et c'est compliqué pour les personnes désorientées. Ils ont tenté de les mettre en établissements et ils ont constaté que ça n'allait pas du tout au niveau du maintien de l'autonomie. Du coup, ils ont réfléchi ensemble (...) et ils ont eu l'idée de mettre leurs parents en colocation, pour profiter à la fois d'un environnement convivial familial et ne pas être tout seul chez soi, parce que c'est lourd pour l'aidant. » (Astrid, 35 ans, responsable de secteur d'un HCA, Morbihan, France, mai 2014)

Les domiciles partagés sont aujourd'hui institutionnalisés. Le dispositif n'est plus géré par les familles elles-mêmes, mais par une multitude d'acteurs distincts. Dupliqués sur l'ensemble du territoire du Morbihan qui en compte actuellement une quarantaine, ils semblent toujours aujourd'hui répondre aux difficultés sinon à l'impossibilité rencontrée par les familles de maintenir leur proche à domicile.

- « On peut pas accueillir ses aînés à la maison. Les maladies dégénératives font que humainement, enfin de mon point de vue, ce n'est pas possible. Je ne me sentais pas en mesure personnellement d'assumer ça. » (Mirta, 66 ans, usagère-aidante familiale d'un HCA, Morbihan, France, mai 2014)

- « Elle avait vraiment besoin d'être accueillie, chez elle, elle était déjà entourée par des assistantes de vie et puis une assistante de nuit, mais c'était trop lourd et il y avait un suivi qui n'était pas assez... donc, il fallait quelque chose de mieux » (Francine, 70 ans, usagère-aidante familiale d'un HCA, Morbihan, France, 2014)

⁵⁵⁷ Brice, 35 ans, directeur d'un HM, Wallonie, Belgique, janvier 2014.

⁵⁵⁸ Brice, 35 ans, directeur d'un HM, Wallonie, Belgique, janvier 2014.

Comme on peut le voir dans ces deux extraits, Mirta ne se « *sent pas* » en capacité d'« *assumer* » la prise en charge de sa mère. De même, malgré l'intervention d'aides extérieures, Francine fait part de « *lourdeur* » de la tâche pour le personnel des services d'aide à domicile. Dans un cas comme dans l'autre, l'accompagnement est signe d'épuisement. Séduites par le concept des domiciles partagés, Mirta et Francine font alors part, *a posteriori*, du soulagement qu'elles ont ressenti d'avoir pu installer leurs proches dans un lieu conforme à leurs attentes et à leurs besoins.

Le cas de Rosaline est lui aussi évocateur. Âgée de 82 ans, elle décide de s'installer dans une Maison Âges & Vie en raison de l'état de santé de son mari atteint de la maladie d'Alzheimer. Si cette formule n'est pas pensée ni conçue « *spécifiquement pour les personnes atteintes de pathologies de type Alzheimer à un stade avancé* »⁵⁵⁹, elle offre cependant la possibilité de venir s'installer en couple. Cela permet à Rosaline d'assouplir son rôle d'aidante familiale en déléguant certaines tâches aux soignants sur les lieux, mais aussi d'éviter d'être « *séparé* » de son mari, dont elle partage la vie depuis 58 ans :

« Si on était parti dans une maison de retraite ça n'aurait pas du tout été la même chose, lui, en tant qu'Alzheimer aurait été dans un service spécialisé et moi j'aurai été séparé alors c'est ce que je ne voulais pas, je souhaitais qu'on puisse, disons finir notre vie ensemble, on a 58 ans de mariage, donc... » (Rosaline, 82 ans, habitante d'un HCA, Bourgogne–Franche-Comté, France, octobre 2013)

Après avoir identifié les raisons qui poussent les porteurs de projets à imaginer des initiatives novatrices, nous tenterons de comprendre comment leurs réalisations se concrétisent. Dans sa trajectoire, l'alternative mobilise l'imagination créatrice des acteurs. Ces derniers formalisent des hypothèses dans le but de trouver des réponses concrètes à l'ensemble des besoins qu'ils identifient.

⁵⁵⁹ Livret d'accueil. *Répondre à vos questions, connaître le fonctionnement des maisons Ages&Vie*, Septembre 2013

2. «Soyez réaliste, demandez l'impossible» : la composante utopique des *habitats alternatifs*

Les porteurs de projet d'*habitats alternatifs* qualifient généralement leur projet de « hors norme » et se définissent tour à tour comme des « missionnaires », des « pionniers », ou encore des « précurseurs », qui se heurtent à l'incompréhension générale.

Ainsi, Martine explique avoir dû « *vraiment jouer les défricheurs* ». Son idée de consolider au domicile de sa mère atteinte de la maladie d'Alzheimer un modèle de prise en charge alternatif s'est heurtée au scepticisme des membres de sa famille. En l'absence d'un modèle préétabli, il lui a fallu batailler pour les convaincre de la viabilité du projet :

« Ça a été surtout difficile de convaincre les autres membres de la famille parce qu'y avait pas de modèle y pensaient que ce n'était pas possible. Les gens ne pensent pas que ce soit possible. » (Martine, 61 ans, cofondatrice d'un HA, Grand-Est, France, octobre 2012)

De même, Christine évoque le scepticisme des acteurs institutionnels de la maison de retraite et des politiques à l'idée de créer en annexe de la structure, un lieu de vie en partie autogéré par les habitants :

« C'était hors norme, ça l'est toujours... voilà, il y avait pas de directeur, c'est les gens qui allaient décider, "est-ce possible que les gens décident ?" haha, donc voilà ça c'est risqué, dans la tête des politiques » (Christine, 59 ans, référente pour la démence dans une MRS, responsable de coordination et cofondatrice d'un HCA, Région Bruxelles-Capitale, Belgique, août 2014)

Astrid, actuellement responsable de secteur dans un HCA qualifié, quant à elle, l'initiative princeps et originelle des domiciles partagés comme « *même pas cadré* » et « *complètement expérimental* ». L'histoire du projet tient presque de la légende et les fondateurs sont jugés « *inconscients* » :

« Quand je suis arrivée dans les domiciles partagés je me suis dit : « ah super idée ! » et en fait maintenant, après 4 ans, je me dis : « il faut être inconscient ». Déjà, je trouve inconscients les gens qui ont démarré le projet à la base. Maintenant, surtout ces dernières années, notamment avec les certifications qualité tout ça, où on a monté d'un cran en termes de sécurisation de dispositif, je me dis : « mais, ils ont travaillé pendant 20 ans sans filet ! »

C'est incroyable ! » (Astrid, 35 ans, responsable de secteur d'un HCA, Morbihan, France, mai 2014)

Samuel encore explique s'être heurté à la frilosité du système administratif français et des politiques locales « *pas programmées* » pour accueillir la nouveauté. Loin d'avoir été considérés comme des « *apporteurs de solutions* », les initiateurs du projet ont, selon lui, été perçus comme « *des acteurs de trucs qui leur plaisent pas* » :

« Il faut quand même s'accrocher, parce qu'on est quand même dans un pays qui est très administratif, et l'administration si y'a bien un truc qu'elle supporte pas c'est la nouveauté. Ça, elle supporte pas. Donc, quand on crée quelque chose de nouveau il faut être capable de lutter contre toute la force administrative qui, par principe, va vous regarder de travers. Donc il faut juridiquement trouver des arguments, ce qui est compliqué. » (Samuel, 43 ans, cofondateur et cogérant d'un HCA, Bourgogne–Franche-Comté, France, septembre 2013)

Le caractère hybride des Maisons Âges & Vie a selon lui pour effet de « *contrecarrer les politiques en place* » organisées autour des deux pôles du maintien à domicile et de l'hébergement institutionnel.

« Leur rationalité d'acteur c'est de faire de l'EHPAD et de l'aide à domicile parce qu'ils savent ce que c'est, ils maîtrisent. Quand je dis "maîtrisent" y'a aussi une notion de pouvoir, parce que le conseil général du coin il est toujours président du Conseil d'administration d'une maison de retraite, donc y'a une notion de pouvoir. Il maîtrise. Nous, personne nous maîtrise, on est des entrepreneurs, et ça, ça leur plait pas. » (Samuel, 43 ans, cofondateur et cogérant d'un HCA, Bourgogne–Franche-Comté, France, septembre 2013)

Et si aujourd'hui, il bénéficie d'une certaine estime due au succès de la formule qui se cesse de s'agrandir, Samuel estime qu'« *il a vraiment fallu faire ses preuves* ».

Les initiateurs belges du village de Mariemont sont plus modérés quant à la difficulté de mettre en place une initiative. Cependant, Benoît notifie que « *ça paraissait un peu bizarre pour les gens qui ne connaissaient pas les choses* » et explique avoir dû convaincre le Conseil d'administration de son ASBL pour élaborer le projet Cantou.

La position de dissident des porteurs de projet est conditionnée par leur intention de bousculer les conventions concernant l'« accompagnement » du grand âge. Les modèles qui émergent semblent être teintés d'une composante utopique, non pas au sens d'une impossibilité de mise en œuvre, mais dans celui d'une ouverture des possibles, permettant d'envisager des solutions radicalement autres. Dès lors, il s'agira de comprendre quel sens est donné à l'utopie dans les *habitats alternatifs*, mais surtout quelle est sa fonction dans la trajectoire et la mise en œuvre d'un projet. Pour ce faire, nous proposons de revenir sur l'évolution de la notion d'utopie et sur les caractéristiques de ses manifestations actuelles.

2.1. De l'utopie de texte à un « imaginaire des brèches »⁵⁶⁰

Le néologisme « utopie » apparaît sous la plume de Thomas More dans son ouvrage célèbre *Utopia* publié en 1516. Il désigne conjointement un « lieu de nulle part » et un « lieu de bonheur ». Cette notion verra émerger tout un genre littéraire et une myriade d'auteurs qui, lui emboitant le pas, dépeindront avec minutie leurs rêveries d'une cité parfaite⁵⁶¹. Depuis ses premiers penseurs, l'utopie s'institue dans un acte de rupture fondateur, par lequel s'exprime une volonté subversive de se séparer du vieux monde. Elle est également un imaginaire du refuge dans lequel l'homme aliéné peut vivre en paix et briser les chaînes qui le mutilent. Mais si le premier acte de l'utopie vise à la création d'une scène vide, « le problème est maintenant d'y établir un monde parfait »⁵⁶².

Les textes des utopistes classiques laissent entrevoir chez leurs auteurs une obsession démesurée de l'ordre. La construction de la cité idéale est soumise à une mathématique rigoureuse, où la vie est répétitive et monotone. L'utopiste est, dans ses textes, l'instigateur d'un bonheur objectif et ses personnages sont programmés pour se fondre dans l'épure mathématiquement conditionnée de la modélisation théorique d'une cité parfaite. « Rien n'était plus libre que la pensée du départ », écrit Alain Pessin, « rien au terme n'est plus contraignant que le système de la vie idéale, quand toute existence doit venir s'inscrire exactement dans un modèle prévu d'avance, quand la rigoureuse monotonie de tout ce qui est vécu est considérée comme la clé du bonheur commun »⁵⁶³. Le récit utopique est l'expression d'un paradoxe, en contredisant ses principes originels sur l'autel de l'ordre et de la mesure, il abolit les principes qui l'ont vu naître. Ainsi, « née de l'hérésie, l'utopie travaille alors sans

⁵⁶⁰ Alain PESSIN, *L'imaginaire utopique aujourd'hui*, Paris, Presses universitaires de France, 2000.

⁵⁶¹ Parmi les plus connus, on peut citer Francis Bacon (*La Nouvelle Atlantide*), Tommaso Campanella (*La Cité du Soleil*), Étienne Cabet (*Voyage en Icarie*).

⁵⁶² Alain PESSIN, « Approche critique de la notion d'utopie », *Économie & Humanisme*, 2000, p. 16.

⁵⁶³ *Ibid.*, p. 17.

relâche à la réduction de l'hérésie »⁵⁶⁴. Dans la construction utopique, l'idéal est poussé à l'extrême, elle ignore les forces dynamiques inhérentes à la condition de l'homme, celles-ci sont amputées, limées et polies jusqu'à se conformer à l'idéal subjectif de son auteur⁵⁶⁵.

Mais l'utopie ne se résume pas à un genre littéraire, pour Alain Pessin, elle « est un continent immense, tant dans le domaine de la littérature que dans celui des réalisations pratiques »⁵⁶⁶. Si jusqu'à la fin du 18^e siècle, l'utopie n'est pas imaginée pour se réaliser, Julien Freund souligne qu'elle devient comme ensuite « une pensée d'action⁵⁶⁷ ». Le sens qui définissait l'utopie jusqu'alors est modifié, et même opposé à sa signification première d'irréalisation puisqu'elle devient « un imaginaire supposé réalisable »⁵⁶⁸. Mais l'« utopie vécue »⁵⁶⁹ n'échappe pas à l'obsession scientifique de la maîtrise et de la mesure. Quand bien même Fourier tente d'introduire la spontanéité dans l'organisation du Phalanstère en misant sur le pouvoir salvateur des passions naturelles de l'homme, la structuration de la vie quotidienne y est délimitée « avec la minutie d'un fonctionnaire »⁵⁷⁰.

Freund évoque, dans une perspective critique, les dérives meurtrières de certaines variations de « l'utopie vécue ». L'« utopisme » tel qu'il le définit, préfigure la fin de l'histoire et le bonheur universel des peuples. Comme le souligne l'auteur, cette déclinaison de l'utopie est en réalité totalitaire et meurtrière. Les activistes de l'« utopisme » tentent de concrétiser leurs aspirations à la liberté en convertissant la totalité des êtres au dogme, par la voie de la contrainte et de la violence. Détenteurs d'une vérité unique, ils anéantissent l'opposition qui constitue pour eux une hérésie, un blasphème. Dans une « utopie » où la fin justifie les moyens, la croyance en des présupposés chimériques débouche alors sur l'extrémisme⁵⁷¹. Selon l'auteur, « l'utopie classique se donnait d'emblée, en imagination, une population d'humains, qui ne connaissait ni l'avarice ni la jalousie, qui méprisait le luxe et avait des goûts simples. La violence était inutile, puisqu'il n'y avait aucune raison de transformer ces

⁵⁶⁴ Alain PESSIN, *L'imaginaire utopique aujourd'hui*, op. cit., p. 58.

⁵⁶⁵ Le genre littéraire des contre-utopies constitue ainsi des réponses moqueuses aux utopies, dont ils pointent les dérives et les paradoxes, poussées à l'extrême de leur potentiel totalitaire.

⁵⁶⁶ Alain PESSIN, « Approche critique de la notion d'utopie », op. cit., p. 15.

⁵⁶⁷ Julien FREUND, *Utopie et violence*, Paris, Éditions Marcel Rivière, 1978, p. 18.

⁵⁶⁸ *Ibid.*, p. 15.

⁵⁶⁹ Ronald CREAGH, *Utopies américaines : expériences libertaires du XIXe siècle à nos jours*, Marseille, Agone, 2009.

⁵⁷⁰ Julien FREUND, *Utopie et violence*, op. cit., p. 77.

⁵⁷¹ À titre d'exemple, on peut citer les activistes d'extrême gauche de la Bande à Baader en Allemagne ou d'Action directe en France. Le versant « terroriste » de l'utopie est également une thématique traitée par Dostoïevski dans *Les possédés*.

êtres imaginaires. L'utopisme au contraire se donne pour projet de transformer l'homme historique et concret en cet être imaginaire »⁵⁷².

Mais, comme le souligne Edgar Morin, « le renoncement au meilleur des mondes n'est nullement le renoncement à un monde meilleur »⁵⁷³. Alain Pessin rejoint cette idée dans ses descriptions des « rêveries alternatives » contemporaines. Malgré les échecs de libertaires aventureux décidés à construire des communautés idéales⁵⁷⁴ et en dépit de l'impact meurtrier des dérives totalitaires de l'« utopisme », l'utopie persiste à travers les âges. Consubstantielle à son époque, elle réapparaît aujourd'hui pour s'imposer, une nouvelle fois, comme une « ressource de l'espérance »⁵⁷⁵. L'auteur remarque ainsi, à partir des années 1970, une transformation de l'imaginaire utopique à l'aune de l'émergence de la notion d'alternative. Celle-ci recouvre un ensemble de pratiques quotidiennes, dont les finalités visent à transformer la vie « ici et maintenant », sans attendre une destitution de l'organe politique, une destruction du pouvoir ou l'éclatement d'un système. Plutôt que d'imposer un projet global d'émancipation, il consiste « à se glisser dans le monde »⁵⁷⁶. Les espaces que l'« utopiste d'aujourd'hui » s'approprie sont propices à l'expression de la socialité et constituent l'expression d'un « imaginaire des brèches »⁵⁷⁷.

2.2. Les habitats alternatifs : utopies résidentielles, utopies féministes, utopies thérapeutiques ?

Pour Alain Pessin, l'« imaginaire utopique aujourd'hui » se définit comme un « imaginaire de l'instituant ». La notion d'alternative qui le caractérise autorise une forme de « spontanéité créatrice des hommes et des idées », un « chaos créateur »⁵⁷⁸. Dans ces « utopies d'aventures »⁵⁷⁹, moins englobantes, s'inventent et se réinventent des « brèches nouvelles » qui réaffirment « avec une vigueur toute nouvelle ces dernières années, la capacité et la responsabilité de l'individu. C'est lui qui est maintenant désigné comme le levier du

⁵⁷² Julien FREUND, *Utopie et violence*, op. cit., p. 255.

⁵⁷³ Edgar MORIN, *Pour et contre Marx*, Paris, Flammarion, 2012.

⁵⁷⁴ Pour plus de précisions sur les tentatives d'« utopies pratiquées » et les communautés libertaires du XIX^{ème} voir l'ouvrage : Ronald CREAGH, *Utopies américaines : expériences libertaires du XIX^{ème} siècle à nos jours*, op. cit.

⁵⁷⁵ Alain PESSIN, *L'imaginaire utopique aujourd'hui*, op. cit., p. 4.

⁵⁷⁶ Alain PESSIN, « Approche critique de la notion d'utopie », op. cit., p. 19.

⁵⁷⁷ *Ibid.*

⁵⁷⁸ Alain PESSIN, *L'imaginaire utopique aujourd'hui*, op. cit., p. 181.

⁵⁷⁹ *Ibid.*, p. 216.

changement de la vie, alors que les structures, les formes de l'organisation collective ont longtemps été chargées de ce rôle »⁵⁸⁰.

Les considérations de l'auteur renvoient à certains des traits typiques des *habitats alternatifs*. La composante utopique de ces espaces est visible notamment dans les HA, caractérisés par leur dimension autogestionnaire, solidaire et participative. Aussi, malgré le militantisme fortement affiché par certains groupes, il ne s'agit pas de réformer la société tout entière ni d'organiser un projet d'émancipation des vieux par l'éclatement de l'institution gérontologique dans son intégralité. Les porteurs de projets et les habitants des HA se proposent plutôt de réinventer les lieux de vieillir dans la pratique quotidienne d'un projet collaboratif et de repenser les modalités du « vivre ensemble » dans le grand âge pour se réapproprier les conditions de leur vieillissement.

Pierre Huvelle notamment, avait initié un HA ouvert en Belgique en 1995 : le petit béguinage de Louvain-La-Neuve⁵⁸¹. Invité à faire part de son expérience dans un colloque portant sur les habitats groupés en 2000, Pierre Huvelle évoque les possibilités offertes par cette formule résidentielle. Pour lui, « l'habitat groupé mérite d'être encouragé par une politique qui stimule les citoyens à s'associer pour construire les cités de demain ». Il souligne en conclusion de son intervention : « Une utopie me direz-vous ? Oui, mais elle peut s'apprendre dans des initiatives citoyennes à taille humaine, où se pratique chaque jour l'hospitalité de l'autre »⁵⁸².

Par ailleurs, pour Rémi Gallou et Stéphanie Vermeersch, la Maison des Babayagas rejoint les utopies féministes visant à offrir aux femmes, ici vieillissantes, une place sécurisée dans la cité. Les auteurs évoquent les similarités entre cet HA avec Herland, une société utopique composée uniquement de femmes, imaginée par Charlotte Perkins Gillman en 1915⁵⁸³. À l'instar des habitantes de Herland, les Babayagas développent — au moins dans les principes à l'origine du projet — une « éthique du dévouement mutuelle »⁵⁸⁴. Par le biais de l'entraide réciproque et de l'exercice de la solidarité, elles espèrent vieillir et mourir en accord avec les valeurs qui les portent, sans avoir à s'occuper de leurs homologues masculins.

⁵⁸⁰ *Ibid.*, p. 193.

⁵⁸¹ Pierre Huvelle, aujourd'hui décédé avait également participé à la création de l'HA du jardin du béguinage que nous avons eu l'occasion d'étudier au cours de nos enquêtes de terrain.

⁵⁸² Pierre HUVELLE, *Le béguinage, un art de vivre ensemble ?*, http://www.habiter-autrement.org/35_colloque-lln-2000/08_coll.htm.

⁵⁸³ Charlotte PERKINS GILLMAN, *Herland*, Dover Publications, 1999.

⁵⁸⁴ Rémi GALLOU et Stéphanie VERMEERSCH, « Autogestion et recohobitation, deux formes de bien vieillir. Les enseignements d'une mise en perspective », *Écarts d'identité*, 2011, vol. 1, n° 118, p. 38.

Plus généralement, on peut considérer que les habitantes des HA s'apparentent à la « génération du refus »⁵⁸⁵. Nous avons déjà montré que ce type de formules étaient appréhendées comme l'expression d'un processus d'*empowerment* des vieux dans la société. En réalité, c'est surtout des vieilles dont il est question. Les femmes sont à l'avant-garde du mouvement des HA, modèle qui se caractérise par sa dimension genrée⁵⁸⁶. Tous les projets d'HA ne sont pas réservés aux femmes. Mais si certains collectifs d'habitants sont mixtes, les différentes études réalisées sur la thématique de l'HA en France et à l'étranger⁵⁸⁷, comme les enquêtes de terrain effectuées dans le cadre de cette recherche, montrent que les personnes impliquées dans ces formules sont dans leur grande majorité des femmes.

La maison communautaire des Sœurs Aînées mise à part, il apparaît que les habitantes d'HA que nous avons pu rencontrer ont été profondément marquées par les transformations culturelles et sociales des années 1960. Elles s'inscrivent dans une logique de transformation visant à imaginer un nouveau mode d'accueil et d'hébergement qui leur correspond. Mai 68 constitue pour une partie d'entre elles une date charnière. Thérèse Clerc par exemple se voit comme « *un produit de mai 68* », quand Martine se définit comme un « *enfant de mai 68* » et soutient avoir « *suivi au corps* »⁵⁸⁸ toutes les idées issues du mouvement. Diane, évoque quant à elle le « *raz de marée* » qu'ont provoqué chez elle les profondes transformations qui se sont opérées :

« Ça a été surtout un événement pour moi, intellectuel, ça a été... une explosion (...) J'avais besoin comme d'un raz de marée comme ça qui fasse exploser des choses comme ça qui étaient renfermées. » (Diane, 73 ans, habitante d'un HA, Île-de-France, France, octobre 2013)

Au cours de cette période, ces femmes ont pu adhérer à des valeurs d'émancipation en rupture avec le modèle familial traditionnel. L'utopie féministe s'exprime alors dans l'expérimentation d'une nouvelle formule résidentielle permettant à ces femmes d'habiter

⁵⁸⁵ Yvonne KNIBIEHLER, *La révolution maternelle*, *op. cit.*

⁵⁸⁶ En Suède par exemple, l'HA est promu par le mouvement féministe dans les années 1970 dans le but de collectiviser le travail domestique pour une meilleure répartition des tâches entre hommes et femmes. Ces féministes entreprennent aujourd'hui de répondre aux problématiques du vieillissement selon les mêmes logiques. De même, en Allemagne, on voit apparaître des projets de lieu de vie intergénérationnel réservé aux femmes. Ces dernières souhaitent favoriser l'entraide réciproque entre celles qui élèvent seules leurs enfants et celles qui sont vieillissantes, Anne LABIT, « Habiter autrement pour vieillir autrement : motivations et engagements de femmes retraitées européennes », *Revue de Socio-Anthropologie*, 2015, n° 32, pp. 55-69.

⁵⁸⁷ Pour plus de précisions, voir notamment Dominique ARGOUD, « L'habitat groupé, une alternative à la maison de retraite ? », *op. cit.*, ainsi que les travaux d'Anne Labit, précédemment cités.

⁵⁸⁸ Martine, 61 ans, cofondatrice d'un HA, Grand-Est, France, octobre 2012.

« autrement » leur vieillesse, pour *in fine*, comme le remarque Dominique Argoud, « continuer à être libres... mais ensemble »⁵⁸⁹.

La dimension utopique des *habitats alternatifs* n'est pas l'apanage des HA. En effet, la thématique est récurrente depuis la « première génération » d'innovations gérontologiques de la fin des années 1970. Appréhendées comme des annexes du domicile classique et consolidées contre l'institution d'hébergement classique, ces formules sont définies comme partageant « les mêmes utopies directrices sinon les mêmes projets »⁵⁹⁰. Colette Eynard par exemple, relate dans son dernier ouvrage, l'expérience collaborative de domicile collectif à laquelle elle a participé. Nourri par l'intention de réaliser des lieux nouveaux « comme chez soi », le projet a permis, selon l'auteure, de « relever le défi de l'utopie, en essayant de créer une autre façon d'être chez soi dans le grand âge, ni tout à fait le logement individuel, ni tout à fait l'établissement dont nous récusons le poids institutionnel »⁵⁹¹. Le texte de Colette Eynard résonne comme un manifeste. Dans la préface de son ouvrage, Kevin Charras définit l'objectif de son auteure comme suit : « Je gage que ceux qui le lise aient envie de se lancer dans l'aventure à laquelle elle les incite, elle est sa parole, sa petite musique intérieure, et découvrir comment perpétuer la magie de l'utopie pour que la leur devienne *supercalifragilisticexpialidocious* »⁵⁹².

De manière générale, on peut dire que les porteurs de projet rencontrés dans le cadre de cette étude se glissent dans l'espace qui sépare le maintien à domicile et l'institution d'hébergement classique pour déployer son potentiel alternatif. Il est question pour eux de réaliser de nouvelles modalités résidentielles et de transformer la nature du « travail sur autrui » pour permettre aux usagers de vieillir « mieux », c'est-à-dire « autrement ».

2.3. Du « pas de côté » comme acte de rupture au laboratoire d'expérimentation

Outre le potentiel alternatif propre à l'intermédiation des projets expérimentaux, les manifestations de l'imaginaire utopique des porteurs de projet tirent leur origine de la préfiguration d'un « nulle part ». Il n'est pas à considérer comme une « scène vide » à remplir de l'affabulation d'une cité idéale, définie en amont par un auteur unique, comme c'est le cas dans les utopies classiques. Pour Ricœur, il est à comprendre comme la fonction

⁵⁸⁹ Dominique Argoud reprend ici le titre d'un ouvrage de François de Singly, François DE SINGLY, *Libres ensemble : l'individualisme dans la vie commune*, Paris, Armand Colin, 2016., Dominique ARGOUD, « L'habitat groupé, une alternative à la maison de retraite ? », *op. cit.*, p. 15.

⁵⁹⁰ Louis GALLARD, Dominique ARGOUD et Serge CAUSSANEL, *Les petites structures et leur place dans l'accompagnement de la vieillesse : de l'innovation à la pérennisation*, Cleirppa, 1997.

⁵⁹¹ Colette EYNARD, *Le parcours résidentiel au grand âge. De l'utopie à l'expérience*, Paris, L'Harmattan, 2016.

⁵⁹² *Ibid.*, p. 10.

commune de toutes les utopies. Le « nulle part » constitue le bénéfice apporté par la dimension extraterritoriale de l'utopie : « de ce non-lieu, une lueur extérieure est jetée sur notre réalité, qui devient soudain étrange, plus rien n'étant désormais établi. Le champ des possibles s'ouvre largement au-delà de l'existant et permet d'envisager des manières de vivre radicalement autres »⁵⁹³. La figuration d'un « nulle part », consubstantiel de l'utopie, incite à faire un « pas de côté », permettant alors de « mettre le système culturel à distance »⁵⁹⁴. Il serait dès lors possible de développer des « variations imaginaires » conduisant au « développement de perspectives nouvelles, alternatives » à partir desquelles nous pourrions « radicalement repenser ce qu'est la famille, ce qu'est la consommation, ce qu'est l'autorité, ce qu'est la religion »⁵⁹⁵, institutions auxquelles nous ajoutons la vieillesse.

On pourrait considérer que les porteurs de projets sont soumis à une forme de crise au cours de laquelle ils font immersion dans les « mondes vécus » du grand âge. On pourrait associer cette crise à « l'acte de rupture » propre aux utopies classiques. Il apparaît à un moment clé de la « carrière »⁵⁹⁶ des initiateurs de projet. Dans le cadre de l'association A2MG comme dans celui de la maison des Babayagas par exemple, on a montré comment l'expérience intime de l'accompagnement d'un proche dans la maladie se transforme en un engagement public, visant à répondre à certains des enjeux et des problématiques posées par le vieillissement de la population. De manière générale, c'est l'identification de besoins et d'attentes, combinée à la mise en perspective d'« anomalies » dans les dispositifs gérontologiques *institués*, qui conduisent les porteurs de projet à faire un « pas de côté » pour imaginer quelque chose de différent. Ce « pas de côté » correspond à ce qu'Alain Pessin désigne comme une « expérience de désocialisation » elle est un « mouvement de l'imaginaire qui ouvre à une aventure nouvelle »⁵⁹⁷. Elle place ainsi l'initiateur dans la posture ambiguë de « l'étranger ». Il s'imprègne d'un nouveau « modèle culturel » et réactualise par-delà sa « réserve d'expérience »⁵⁹⁸.

L'acte de rupture figure une brèche où le projet prend la direction de l'« autrement ». Si comme le dit Alain Pessin « le premier acte de l'utopie est de créer une scène vide », il est question ensuite d'y « établir un monde parfait ». La définition d'Alain Pessin est caractéristique des utopies littéraires classiques, mais elle renvoie également à la fonction

⁵⁹³ Paul RICŒUR, *L'idéologie et l'utopie*, Paris, Seuil, 1997, p. 36.

⁵⁹⁴ *Ibid.*, p. 37.

⁵⁹⁵ *Ibid.*

⁵⁹⁶ Howard Saul BECKER, *Outsiders : études de sociologie de la déviance*, Paris, Métailié, 1998.

⁵⁹⁷ Alain PESSIN, *L'imaginaire utopique aujourd'hui*, *op. cit.*, p. 39.

⁵⁹⁸ Alfred SCHÜTZ, *Le chercheur et le quotidien*, *op. cit.*

première de l'utopie : le « pas de côté » qui, selon Ricœur, permet aux acteurs de considérer un « nulle part », qu'ils vont tenter dans un second temps de mettre en forme.

Les fondements utopiques et les philosophies directrices des projets d'*habitats alternatifs* conduisent à la création de ce que nous appelons un laboratoire d'expérimentation comme ouverture du champ des possibles. L'expérimentateur, à la découverte d'un monde qu'il ne connaît pas ou peu, s'insinue dans l'émulation chaotique d'un désordre. Défini comme « ce qui fait irruption en bousculant l'ordre des choses, des êtres, des idées »⁵⁹⁹, le désordre constitue selon Balandier « une parcelle dans la continuité infinie de l'espace ». Le « défricheur », le « pionnier », le « précurseur », l'explorateur tâtonnant de cet inconnu devient le « détective en quête des ordres partiels qu'il recèle »⁶⁰⁰. Ainsi, le laboratoire d'expérimentation peut être défini comme un instrument de ritualisation. Il est une oreille attentive à l'écoute du mouvement et fonctionne comme un filtre dans le chaos, par lequel les initiateurs trouvent de nouvelles « typification » à ritualiser dans le quotidien des pratiques. Dès lors, les laboratoires d'expérimentation du vieillissement, comme manifestation de l'imaginaire utopique des acteurs, peuvent être saisis dans leur dialectique à la fois comme un désordre et comme une « tentative de remise en ordre du monde »⁶⁰¹.

3. Les processus et les stratégies de création

Au cours de leurs trajectoires, les *habitats alternatifs* se heurtent à de nombreuses difficultés symptomatiques du passage de la théorie à la pratique. La concrétisation d'un projet au vu de son caractère « hors cadre », « hors normes » et intrinsèquement expérimental suppose de se confronter à l'*institué*. Associé à un « combat à mener »⁶⁰² pour Luc, à un « challenge terrible »⁶⁰³ pour Mona, le processus de conceptualisation nécessite parfois de « casser toutes les barrières »⁶⁰⁴ comme le remarque Dorothée.

Aux difficultés logistiques de conceptualisation qui se posent aux initiateurs, pas toujours familiers des procédures administratives, juridiques et financières nécessaires à la réalisation d'un projet⁶⁰⁵, peut se combiner une incertitude, une instabilité relatives à la fragilité du nouveau concept en cours de réalisations. Martine par exemple, évoque dans cet

⁵⁹⁹ Georges BALANDIER, *Le désordre : éloge du mouvement*, Paris, Fayard, 1988, p. 184.

⁶⁰⁰ *Ibid.*, p. 58.

⁶⁰¹ Alain PESSIN, *L'imaginaire utopique aujourd'hui*, op. cit., p. 32.

⁶⁰² Luc, chargé de mission pour le développement d'*habitats alternatifs*, Paris, juin 2015.

⁶⁰³ Mona, 77 ans, cofondatrice et habitante d'un HA, Bruxelles, Belgique, janvier 2014.

⁶⁰⁴ Dorothée, 63 ans, habitante d'un habitat autogéré, France, octobre 2013.

⁶⁰⁵ C'est le cas notamment dans les HA, élaborés par des acteurs issus de la société civile.

extrait la nécessité constante d'inventer des solutions pour soulever les obstacles rencontrés et permettre la poursuite du projet :

« C'était difficile. Mais régulièrement, tout le long à chaque étape heu... chaque étape, on pensait qu'on n'allait pas pouvoir aller plus loin et que ça allait s'arrêter quoi... par exemple, chaque étape où ça s'est aggravé pour maman, quand on a eu du service jour et nuit, avant qu'on ait mis en place tout ce truc-là y a eu chaque fois des aggravations où on s'est dit "mais comment on va faire quoi" et à chaque fois, on a inventé autre chose. »

(Martine, 61 ans, cofondatrice d'un HA, Grand-Est, France, octobre 2012)

De manière générale, on peut considérer que les initiateurs se trouvent en position de tâtonnement qui les amène à avancer pas à pas, par étapes successives, à l'instar de ce que souligne Samuel :

« C'est pas comme Newton et sa pomme, c'est pas d'un coup "BIM !" on a l'illumination, ça s'est fait petit à petit » (Samuel, 43 ans, cofondateur et cogérant d'un HCA, Bourgogne–Franche-Comté, France, septembre 2013)

Afin de faire face aux difficultés, plusieurs stratégies de créations peuvent être adoptées pour faciliter la concrétisation des utopies fondatrices.

3.1. « Regarder comment font les autres »⁶⁰⁶

Nos recherches documentaires et nos enquêtes de terrain ont montré que, pour réaliser leur projet, les initiateurs d'*habitats alternatifs* s'inspiraient souvent de modèles existants, parfois suite à des voyages d'études. Après avoir identifié et visité un certain nombre de formules, ils peuvent procéder à une évaluation comparative qui pourrait s'apparenter à une forme de *benchmarking*. Il est question pour eux de « regarder comment font les autres »⁶⁰⁷ afin d'estimer le potentiel de concepts et de « bonnes pratiques » novatrices mises en place ailleurs, pour ensuite (re) consolider des modèles qui s'en inspirent, adaptés aux réalités démographiques, sociales, culturelles et politiques du contexte local dans lequel est fondée leur initiative.

⁶⁰⁶ Patrick HASSENTEUFEL, « De la comparaison internationale à la comparaison transnationale », *op. cit.*

⁶⁰⁷ *Ibid.*

Ainsi, les « Demenz WG » allemandes sont en partie inspirés des expérimentations françaises de « première génération ». L'idée des domiciles protégés de Dijon s'apparente au concept d'appartements thérapeutiques pour adultes handicapés mentaux. Les entrepreneurs des Maisons Âges & Vie ont, quant à eux, tiré profit de leurs expériences professionnelles de conseillers au cabinet d'une ancienne secrétaire d'État déléguée aux personnes âgées. Dans le cadre de leur mission, ils sont amenés à visiter une série de maisons de retraite en France. Ces visites constituent le mécanisme déclencheur à partir duquel ces entrepreneurs ont nourri « l'intuition » selon laquelle il était nécessaire de proposer « *autre chose* »⁶⁰⁸. Plus tard, avant de se lancer dans le projet « Âges & Vie », Samuel explique avoir visité avec son associé, de nombreuses expérimentations qui lui « *paraissaient pas mal* » avant de créer un projet qui « *n'a pas d'équivalent. Ni en France ni même à l'étranger* »⁶⁰⁹. De même, lorsque Benoît devient le directeur général du village de Mariemont en 1986, il s'inspire à la fois du Cantou élaboré par Serge Caussanel en France et des concepts de villages seniors américains. On peut constater dans le lieu l'influence de ces deux modèles au travers de l'envergure du projet Cantous destiné aux personnes âgées désorientées et de la dimension citoyenne de l'ensemble de l'espace.

3.2. La collaboration

Contrairement aux dérives de l'« utopisme » décrit par Freund ou à la géométrie mathématique déterminant l'architecture et la vie quotidienne du lieu idéal des utopies classiques, les *habitats alternatifs* constituent une entreprise collaborative qui se construit dans l'interaction entre différents acteurs. Elle n'est pas une « scène vide » à proprement parler, définie unilatéralement par un auteur unique. La stratégie de création des acteurs implique en effet la participation de tiers et suppose une entraide réciproque. À l'instar des utopies actuelles décrites par Alain Pessin, « ce qui unit désormais, et qui compose la trame de la vie collective, ajoutant à la valeur d'autonomie celles de la solidarité et de construction d'un monde commun, n'est rien que le jeu organisé des différences »⁶¹⁰.

Dans le cas du Jardin du béguinage par exemple, le projet se construit dans un compromis collectif et un apprentissage à l'« être-ensemble ». La définition du projet s'effectue dans le consensus entre plusieurs individualités. Pour Maurice, il est un « *travail de chacun pour essayer de rester équilibré, harmonieux* », qui implique de savoir « *se remettre*

⁶⁰⁸ Samuel, 43 ans, cofondateur et cogérant d'un HCA, Bourgogne-Franche-Comté, France, septembre 2013.

⁶⁰⁹ Samuel, 43 ans, cofondateur et cogérant d'un HCA, Bourgogne-Franche-Comté, France, septembre 2013.

⁶¹⁰ Alain PESSIN, *L'imaginaire utopique aujourd'hui*, op. cit., p. 169.

en jeu »⁶¹¹, au prisme d’articulation parfois difficile parce que conflictuelle entre le « je » et le « nous ». Pour Martine « *l’idéal c’est de se prendre en main, discuter, s’organiser pour trouver des solutions ensemble à plusieurs* ». Le projet A2MG dont elle est l’une des fondatrices est décrit comme le fruit d’une « *aventure humaine* » intrinsèquement collective, au cours de laquelle « *chacun qui est passé a mis sa trace* »⁶¹².

Si les HA se caractérisent par leur dimension autogestionnaire et participative, les porteurs de projets peuvent également avoir recours à des instances extérieures pour faciliter le processus de conceptualisation. C’est le cas notamment des maisons communautaires des Sœurs Aînées. Dans le but de repenser le fonctionnement logistique du lieu, les religieuses font appel à Luc, chargé de mission pour le développement d’habitats alternatifs⁶¹³. Il va les accompagner dans les réorganisations administratives, juridiques et financières nécessaires à l’adaptation du lieu au vieillissement des Sœurs.

Suivant le même type de logique, les familles pionnières à l’origine de l’expérimentation princeps des domiciles partagés du Morbihan⁶¹⁴ se sont lancées dans une aventure collective en étroite collaboration avec le CLARPA, une fédération de club de retraités. Dans ce cas également, l’association et la collaboration entre plusieurs entités ont permis d’une part d’imaginer un modèle innovant et d’autre part de procéder aux aménagements nécessaires à la prise en charge de leurs proches aînés fragilisés.

3.3. « *Prendre le truc à l’envers* »⁶¹⁵

La collaboration opérée par les initiateurs pour conceptualiser leurs projets s’exprime également dans leur volonté d’inverser la dynamique du processus de réalisation. Il s’agit pour eux de se distancier du *modus operandi* des institutions classiques en partant des attentes et des besoins jugés insatisfaits ou *mal* satisfaits des personnes âgées. Cela leur permet d’éviter d’imposer une formule déjà bien rodée aux habitants et d’œuvrer à ce qu’ils s’y adaptent, pour proposer des formules adaptées aux habitants.

⁶¹¹ Maurice, 76 ans, habitant d’un HA, Bruxelles, Belgique, janvier 2014.

⁶¹² Martine, 61 ans, cofondatrice d’un HA, Grand-Est, France, octobre 2012.

⁶¹³ Luc est un membre salarié d’une association visant à l’accompagnement des adultes âgées de plus de 60 ans ou handicapées. L’association s’occupe de la gestion d’établissement pour personnes âgées (EHPA) et pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Elle propose également des services d’accompagnement à domicile. Enfin, un des pôles de l’association vise à développer des modèles innovants d’habitat pour personnes âgées.

⁶¹⁴ Rappelons ici que la première expérimentation de domicile partagé relevait de la définition propre à l’HA. Ce sont les familles en collaboration avec une fédération de club de retraité qui ont initié le modèle. Celui-ci a ensuite été soutenu par le conseil général qui a permis son développement sur l’ensemble du territoire.

⁶¹⁵ Samuel, 43 ans, cofondateur et cogérant d’un HCA, Bourgogne-Franche-Comté, France, septembre 2013.

- « *Nous on s'est dit qu'on veut prendre le truc à l'envers. On veut partir pas des normes, qui est quelque part le souhait du législateur, on va partir des gens, des attentes des gens.* » (Samuel, 43 ans, cofondateur et cogérant d'un HCA, Bourgogne–Franche-Comté, France, septembre 2013)
- « *Tout va dans l'autre sens. C'est pas : "tiens, on va faire une institution, on va mettre des gens dedans et on va essayer de faire quelque chose de bien" ça va dans l'autre sens, c'est "y'a des gens, et comment on peut s'organiser au mieux autour pour les aider".* » (Astrid, 35 ans, responsable de secteur d'un HCA, Morbihan, France, mai 2014)

L'idée de partir « *dans l'autre sens* »⁶¹⁶ ou de « *prendre le truc à l'envers* »⁶¹⁷ permet également, on peut le considérer, d'orienter la trajectoire de l'alternative dans l'interaction avec les usagers. Les initiateurs apprennent des bénéficiaires de leur projet comment les penser et comment organiser des modalités de prise en charge alternatives conformes à leurs attentes.

Au moment des entretiens réalisés avec les membres de l'association A2MG par exemple, l'initiative est toujours en cours de conceptualisation et les initiateurs procèdent à ce qu'on pourrait appeler une étude de cas.

« L'idée c'est de voir au cas par cas, quand on a des problèmes qui se présentent, comment on peut organiser quelque chose » (Robert, 73 ans, cofondateur et président de l'association d'un HA, Grand-Est, France, février 2013)

Robert évoque dans son discours la situation singulière de certaines personnes vieillissantes de la commune, qui appelle à chaque fois, une réponse spécifique.

« Le diagnostic, il est évident, mais la réalisation ça, ça reste encore... la faisabilité réelle... ça... on a deux cas qu'on a faits, mais ce qu'on voit c'est que chacun est différent, et on bute, disons qu'il y a des problèmes qui se présentent qu'il faut pratiquement résoudre au cas par cas » (Robert, 73 ans, cofondateur et président de l'association d'un HA, Grand-Est, France, février 2013)

Après avoir identifié les problématiques des personnes âgées fragilisées du village, un ensemble d'hypothèses sont formalisées pour tenter d'y répondre. Les bénéficiaires du projet

⁶¹⁶ Astrid, 35 ans, responsable de secteur d'un HCA, Morbihan, France, mai 2014.

⁶¹⁷ Samuel, 43 ans, cofondateur et cogérant d'une HCA, Bourgogne–Franche-Comté, France, septembre 2013.

constituent des « sujets d'expérimentation » qui viennent confirmer ou non des hypothèses de recherche préliminaire. Plus généralement, les bénéficiaires participent à la définition des espaces et de la forme particulière du projet et des espaces consolidés. L'interaction avec les usagers, dans les réalités du terrain, permet de cadrer la formule, son orientation comme la nature des aménagements à opérer.

Cette situation se vérifie également dans l'HCA de l'« Antenne Andromède ». Le lieu est au départ prévu pour accueillir des personnes âgées autonomes souffrant de solitude, mais progressivement l'évolution du projet laisse émerger une nouvelle problématique : la question du maintien dans l'habitat des personnes âgées manifestant des signes de fragilités physiques et cognitives. L'équipe d'accompagnement décide alors d'ajouter des services et des aides à domicile :

« Au départ, on partait avec l'idée, c'est pour les personnes âgées autonomes... mais relativement vite... on a avancé vers l'accompagnement. Pourquoi est-ce que ce n'est plus possible ? Pourquoi est-ce que ce ne serait plus possible que les gens restent là ? Comment faire pour introduire les soins à domicile un peu plus ? L'aide à domicile et de fil en aiguille, on a développé, donc on a nos aides familiales qui sont ici et puis on a développé une convention avec les services de soins à domicile, qui pouvait venir les week-ends qui pouvaient venir les soirées. » (Christine, 59 ans, référente pour la démence dans une MRS, responsable de coordination et cofondatrice d'un HCA, Région Bruxelles-Capitale, Belgique, août 2014)

Les aménagements opérés nécessitent d'être « *au fait de la situation* » pour « *enclencher un processus d'aide* » si la nécessité s'en fait sentir. Il s'agit donc là aussi de « *partir de l'autre sens* », celui des usagers, afin de formaliser et d'orienter les réponses nécessaires à l'évolution de leur situation, de leurs attentes et de leurs besoins.

« On a affaire à des personnes âgées fragiles, qui peuvent avoir des problèmes de santé physiques ou psychiques et pour lesquelles on est prêt à mettre place l'aide nécessaire au moment où ça se passe. Et donc ça suppose qu'on ait une attention particulière sur ces éléments-là et que donc les relations que les habitants ont soient suffisamment fortes aussi avec les professionnels. Je vais plutôt dire l'inverse, que les professionnels psychosociaux qui accompagnent puissent développer une relation assez solide avec les habitants pour être au fait de la situation et enclencher un processus d'aide si c'est nécessaire » (Christine, 59 ans,

référente pour la démence dans une MRS, responsable de coordination et cofondatrice d'un HCA, Région Bruxelles-Capitale, Belgique, août 2014)

3.4. L'anticipation d'un soi vieillissant

Afin de s'orienter dans la réalisation des projets dont ils sont les porteurs, les initiateurs expliquent parfois procéder par anticipation. Ils se projettent dans l'avenir pour préfigurer quelles seraient leurs attentes et leurs besoins s'ils se trouvaient eux-mêmes fragilisés par l'âge. C'est le cas, comme nous l'avons déjà mentionné, des fondateurs de l'association A2MG ; le projet s'adresse aux personnes vieillissantes du village, mais également aux initiateurs eux-mêmes au regard de leurs fragilités futures⁶¹⁸.

L'anticipation d'un soi vieillissant est perceptible également chez d'autres porteurs de projet. Cette posture selon laquelle ce qui — hypothétiquement — est bénéfique pour soi est bénéfique pour les usagers, peut participer à l'élaboration d'un nouveau concept. Pierre Henri Daure souligne par exemple : « Je me pose toujours la même question lorsque dans mon association on imagine une nouvelle structure ; “est-ce que j'aimerais y vivre plus tard ?” Et bien oui, dans les domiciles protégés j'aimerais bien vivre »⁶¹⁹. De même, l'idée des Maisons Âges & Vie est en partie déterminée par un refus de la maison de retraite, établissement dans lequel Samuel explique qu'il « n'accepterait pas de vivre ». La stratégie de création utilisée ici consiste à partir « d'une réflexion un peu individuelle », issue d'une projection anticipée de soi et ses propres envies au moment de l'« épreuve » du vieillissement :

« Moi si je l'ai fait, c'est parce que c'est un endroit où moi j'accepterai de vivre, alors que la plupart des maisons de retraite que j'ai visitées, je n'accepterai pas d'y vivre. »

(Samuel, 43 ans, cofondateur et cogérant d'un HCA, Bourgogne-Franche-Comté, France, septembre 2013)

3.5. La fonction sociale de l'erreur

Outre l'inspiration d'expérimentations élaborées ailleurs, la collaboration, l'intention de « partir dans l'autre sens » ou la projection anticipée d'un soi vieillissant, on peut relever un dernier élément favorisant la création d'un *habitat alternatif*. L'élaboration d'un laboratoire d'expérimentation figure, comme nous l'avons évoqué, l'émulation d'un « chaos

⁶¹⁸ Cf. Chapitre 3.

⁶¹⁹ Pierre-Henri DAURE, « L'histoire des domiciles protégés de Dijon », *Documents-Cleirppa*, 2007, cahier n°25, p. 17.

créateur » incertain, imprévisible et désordonné. Il suppose une ouverture du champ des possibles qui se heurte aux réalités du terrain. Cette confrontation permet aux porteurs de projets tâtonnants, nous en formulons l'hypothèse, de se repérer dans l'univers encore instable qu'ils aspirent à créer, d'actualiser le cadrage et les modalités de fonctionnement d'un concept en devenir, de reconfigurer et de réorienter la trajectoire d'un nouvel ordre à tester dans les pratiques quotidiennes. Les désajustements, les désarticulations et les déstructurations qui découlent de cette confrontation trouvent leur intérêt dans ce que nous avons défini comme la fonction sociale de l'erreur.

L'erreur s'exprime dans le passage du lieu théorique au lieu modélisé. Elle n'est pas directement recherchée par les porteurs de projet, mais elle a une utilité non négligeable dans la concrétisation d'une « utopie ». Souvent considérée comme un gâchis, une perte de temps ou même un échec, son acception positive permet d'en dévoiler tout le potentiel. L'erreur constitue un excédent de matière expérimentale nécessaire à la réalisation d'un projet. Pour Jankélévitch, « tout ce passe comme si il y avait dans l'œuvre des hommes un surplus inerte de matière, quelque chose de lourd et d'indifférent qui ne sert à rien, qui ne figurera pas dans l'œuvre achevée, et dont il faut pourtant bien accepter l'encombrante présence si l'on veut aboutir »⁶²⁰. L'auteur donne un aperçu de l'importance du gaspillage en prenant l'exemple d'une chaudière. Il écrit : « La quantité de chaleur fournie par une chaudière ne sera pas tout entière transformée en travail mécanique, mais une portion s'en perdra nécessairement, et ce qui est paradoxal c'est qu'il faille admettre ce gaspillage pour que le moteur fonctionne⁶²¹ ». S'il faut admettre un gaspillage de chaleur pour qu'un moteur de chaudière fonctionne, nous considérons qu'il faut aussi admettre la nécessité de l'erreur pour voir un projet d'*habitat alternatif* aboutir. Ainsi, « les à-coups, les fausses manœuvres, les tâtonnements font (...) tout le dynamisme vivant de la pensée heuristique, toute l'humanité de la recherche »⁶²².

3.5.1. Le cas particulier des Maisons Âges & Vie :

Samuel, à l'initiative des Maisons Âges & Vie par exemple, explique avoir appris des « *bêtises* » faites lors de la réalisation de son projet. Il les définit comme inévitables dès lors qu'un projet est innovant.

⁶²⁰ Vladimir JANKELEVITCH, *L'alternative*, Paris, Librairie Félix Alcan, 1938, p. 98.

⁶²¹ *Ibid.*

⁶²² *Ibid.*, p. 79.

« On a fait toutes les conneries qu'on pouvait faire et on a appris de nos bêtises. Non, mais c'est un peu ça, on a appris sur le terrain. Quand on a commencé, on était les premiers à faire ça, donc on a fait des erreurs ! » (Samuel, 43 ans, cofondateur et cogérant d'un HCA, Bourgogne–Franche-Comté, France, septembre 2013)

Dans le cas spécifique des Maisons Âges & Vie, les erreurs commises ont induit une réglementation des rapports entre salariés et usagers. Ainsi, cette formule se distingue par l'aménagement particulier de l'espace. Il implique une promiscuité spatiale entre les salariés — qui habitent à l'étage de leur lieu de travail dans des T4 prévus pour les accueillir avec leurs familles — et les résidents. L'intention des promoteurs en aménageant l'espace était de favoriser la solidarité intergénérationnelle⁶²³. Ils supposaient que la présence des enfants des salariés dans les Maisons Âges & Vie pourrait être bénéfique pour la socialité des personnes âgées. Mais les promoteurs ont invalidé cette hypothèse préliminaire en raison de la confusion et des frictions qu'elle a causées dans la pratique. Les résidents se sont parfois plaints de l'agitation provoquée par la présence des enfants des salariés dans leur espace privé. D'autres résidents ont été peïnés de la baisse de fréquence des visites de certains enfants. De plus, il est apparu qu'un engagement émotionnel trop important provoqué par leur proximité spatiale avec les usagers a conduit certains membres du personnel à démissionner.

Si les porteurs de projet se situent au départ dans une logique que Samuel qualifie d'« *autogestionnaire* », les promoteurs décident finalement de cadrer le modèle.

« On est moins autogestionnaire que comme on l'était au début. C'est-à-dire qu'au début, on avait imaginé un cadre beaucoup plus fluctuant et on s'est aperçu que les gens ont besoin d'un cadre plus rigide. Les personnes âgées, elles en ont besoin parce que ça rassure, et puis parce que ça fait un espèce de tronc commun auquel tout le monde va se rattacher, et puis les salariés en ont besoin parce que ça les stabilise. » (Samuel, 43 ans, cofondateur et cogérant d'un HCA, Bourgogne–Franche-Comté, France, septembre 2013)

Dans le but de répondre aux désorganisations causées par un « *cadre beaucoup plus fluctuant* », ils décident de codifier l'équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle, espace privé et espace domestique. Des journées de formations sont organisées permettant de (*re*) socialiser les salariés et de les conformer à la matrice idéologique de l'espace. Un

⁶²³ Cette promiscuité répond également à une organisation spécifique du temps de travail comme nous l'avons déjà évoqué (Cf. Chapitre 3).

« Cahier des bonnes Attitudes Professionnelles » est également consolidé. Défini par Samuel comme « les *tables de la loi qu'on impose aux salariés* », le « Cahier des bonnes Attitudes professionnelles » constitue un manuel de convenance et de « savoir-être » prescripteur de bonnes manières. Il a vocation à délimiter un cadre d'interaction par la promulgation de « bonnes » attitudes à adopter sur son lieu de travail.

La rubrique « respecter les règles de base » du manuel, édicte les conventions concernant les limites entre les différents espaces du lieu, entre vie personnelle et vie professionnelle. Il est ainsi noté :

« – Durant mes heures de repos, je ne me rends pas sur mon lieu de travail (colocation).

- Si je suis sollicité en dehors de mes horaires de travail, j'oriente la personne vers mes collègues en poste ou d'astreinte.

- Je n'aborde le sujet de l'accompagnement des personnes aidées que sur mon lieu et durant mes heures de travail (si je rencontre une personne aidée ou sa famille en dehors de mes heures de travail, je m'abstiens d'aborder le sujet).

- Je ne reçois à mon propre domicile ni les personnes aidées ni leur famille.

- Je n'invite sur mon lieu de travail mes enfants ou tout autre membre de ma famille que de façon exceptionnelle, pour une courte durée, dans le cadre d'une démarche professionnelle (animation intergénérationnelle par exemple) et avec l'accord de ma hiérarchie ainsi que des colocataires intéressés. (Idem pour tout objet personnel, animal domestique) »⁶²⁴

« *Le terrain* » est doté d'une valeur heuristique pour les porteurs du projet. Les désorganisations causées par le passage de la théorie à la pratique permettent dans ce cas d'identifier des erreurs vectrices de désordre. La réponse apportée à ces erreurs a une fonction de formalisation du modèle émergent, elle permet de ritualiser les interactions et de distribuer les rôles de chacun des protagonistes, mais également de définir la matrice de l'espace. De l'ouverture du champ des possibles, il ressort ici « *le besoin d'un cadre plus rigide* », la nécessité de légiférer pour faire advenir « *des choses qui sont calées* ». En d'autres termes, il est question ici d'organiser la circulation désordonnée des flux induite par l'ouverture du laboratoire au champ des possibles, de tracer la frontière entre ce qui doit être

⁶²⁴ Le CAP Cahier des bonnes Attitudes Professionnelles. Connaître et respecter le cadre de travail des maisons Ages&Vie, Septembre 2013, p 5.

et ce qui ne doit pas être, pour *in fine*, consolider l'unité du concept et assurer la « survie » d'un système symbolique constitué, formellement sanctionné.

« On s'est dit : “nos salariés, ça va être des adultes intelligents, autonomes, qui vont gérer de façon autonome et intelligente leur lieu de travail, et du coup ils vont organiser ça intelligemment”, et puis nous, patrons de gauche : “très cool, ça va être génial, ça, ça va être le rêve” et puis après y'a la réalité. La réalité c'est qu'ils sont des salariés pas forcément tous très adultes, pas forcément tous très au clair sur les limites, pas forcément tous au clair sur ce qu'il faut faire et ne pas faire. Donc maintenant, voilà ce qu'on a élaboré. Ce que je dis n'est pas péjoratif, après on travaille avec les gens tels qu'ils sont. Ce qu'on a élaboré c'est un cadre, on a fixé le cadre, le cadre des Maisons Âges & Vie c'est ça (...) Je sais dire quand je suis dans le cadre et quand j'y suis pas. Et nous on peut dire aux salariés : “Tant que vous êtes dans le cadre allez-y, génial, lâchez-vous, faites-vous plaisir, soyez autonomes, pas de problèmes, mais vous restez dans le cadre”. » (Samuel, 43 ans, cofondateur et cogérant d'un HCA, Bourgogne–Franche-Comté, France, septembre 2013)

3.5.2. Le cas particulier du village de Mariemont :

Le village de Mariemont est un espace dynamique en évolution permanente. Depuis son ouverture en 1986, le lieu s'est considérablement agrandi. Les porteurs du projet ont fait l'acquisition de nouveaux espaces et de nouveaux bâtiments leur permettant de développer de nouveaux services⁶²⁵. Dans le cas de cet *habitat alternatif*, la dimension heuristique de l'erreur, l'ouverture du champ des possibles dans son interaction avec les réalités du terrain est particulièrement visible dans l'acheminement du projet Cantou. Le projet pilote appelé alors « la petite maison » débute dans un local situé à la cave de l'institution où différentes tentatives, mises à l'épreuve, ont conduit à « faire évoluer le concept plusieurs fois »⁶²⁶.

Le concept se concrétise pas à pas et le projet tâtonnant prend forme à mesure qu'il se heurte aux multiples obstacles rencontrés. Benoît fait état des étapes successives qui ont permis sa réalisation et son amélioration. Les porteurs du projet décident au départ d'installer une cuisine contre un des murs de la pièce du projet pilote. Mais cette configuration de l'espace limite la visibilité du personnel qui tourne le dos aux résidents. Les tables sont alors éclatées autour d'une cuisine placée cette fois-ci au centre de la pièce. L'architecture de

⁶²⁵ Cf. Chapitre 3 : présentation des terrains.

⁶²⁶ Brice, 35 ans, directeur d'un HM, Wallonie, Belgique, janvier 2014.

l'espace est étudiée pour faciliter les mouvements des résidents désorientés comme on peut le voir dans cet extrait :

« On avait bien étudié les choses dans les détails, les distances entre le meuble et la cuisine et les éléments des tables, pour que le personnel puisse passer, donner à manger en face de la personne c'était quand même beaucoup plus facile. Mais également pour que les résidents puissent venir tourner autour des éléments de cuisine, pour venir tourner dans la soupe, faire ceci cela. Et donc on avait pensé qu'on était arrivé à quelque chose... » (Benoît, 63 ans, cofondateur d'un HM, Wallonie, Belgique, février 2015)

Cependant, les porteurs du projet relèvent une autre erreur dans l'aménagement de l'espace princeps qui pose une nouvelle problématique de recherche. En effet, le lieu qui comporte un couloir sans issues amène, d'une part, les résidents désorientés à buter contre ses murs, d'autre part, à limiter la visibilité des soignants, mis en difficulté dans leur tâche de surveillances et de supervisions.

« Mais quand on a refait le dernier bâtiment... on a dit "reprenons, qu'est-ce qu'on a fait comme essai ici ?", on avait mis trois chambres qui donnaient immédiatement dans le lieu de vie. Et le reste... sont sur le côté dans un petit couloir, sont sans issues, comme ça... eh ben un couloir sans issues c'était une erreur totale quoi... parce que les gens allaient buter contre le fond, on ne savait pas voir quand ils allaient dans leur chambre et dans celles des autres, donc on a tout fermé à clé... là aussi il est question de contention, on enferme les gens. » (Benoît, 63 ans, cofondateur d'un HM, Wallonie, Belgique, février 2015)

Soumis à l'obligation d'« enfermer les gens » comme le note Benoît, les porteurs de projet entament des réflexions leur permettant de pallier le problème. La solution « *trouvée sur le terrain* » les conduit à supprimer les couloirs des espaces Cantous et, en concertation avec des architectes, à installer des puits de lumière permettant de répondre à une autre problématique soulevée : le manque de luminosité.

« Où est la solution ? Finalement, on l'a trouvée sur le terrain (...), on met les chambres tout autour, c'est une institution sans couloirs, c'est déjà exceptionnel d'entrer dans une institution où il n'y a pas de couloirs. On met les chambres tout autour et on met la vie au milieu, la cuisine au milieu, tout ce qui peut se passer au milieu. Évidemment quand on

fait ça, on n'a pas beaucoup de lumière, parce qu'on a les chambres qui sont tout autour, donc il faut chercher avec les architectes comment mettre un maximum d'éclairage naturel parce que c'est bon pour tout le monde, mais c'est surtout bon pour la personne âgée désorientée d'être bien éclairée tout ça. Donc on a cherché, on a mis des puits de lumière. Ça, c'était un peu l'évolution des Cantous » (Benoît, 63 ans, cofondateur d'un HM, Wallonie, Belgique, février 2015)

Aussi, c'est « *par ces erreurs* » comme le note Brice, directeur actuel de l'établissement, que les porteurs du projet « *sont arrivés à la structure Cantou* »⁶²⁷.

Comme pour le cas des Maisons Âges & Vie, le caractère « hors norme » de la structure nécessite de procéder à une (re) socialisation des usagers à la matrice de l'espace et par-delà à codifier le cadre des interactions qui s'y jouent. Lorsque Benoît prend la direction du Village de Mariemont, il est encore un hôpital de mineur. Au cours de l'évolution du lieu, il explique avoir dû réajuster les pratiques du personnel soignant, employé auparavant dans l'ancien hôpital, perçu comme « *un peu déformé au soin* ».

« Dans les conversations, c'était toujours l'hôpital. Donc il a fallu tout un temps pour qu'on abandonne l'hôpital » (Benoît, 63 ans, cofondateur d'un HM, Wallonie, Belgique, février 2015).

Mais les soignants ne sont pas les seuls à avoir dû s'accommoder aux nouvelles normes et valeurs du village de Mariemont. Benoît évoque ainsi la nécessité de (re) socialisation des familles au mode opératoire des Cantous :

« On a construit ces Cantous, on a eu peut-être une autre difficulté, c'est par rapport aux familles. Premier coup, les familles qui pensaient les déposer dans une maison de repos, ben non on les dépose pas, dans un Cantou la famille, elle s'implique, elle participe à la vie d'une manière ou d'une autre. » (Benoît, 63 ans, cofondateur d'un HM, Wallonie, Belgique, février 2015)

Dans le cas du village de Mariemont, les erreurs identifiées correspondent à des anomalies et à des disjonctions entre la définition et le sens donné à l'espace et sa modalisation sur le terrain. La création du modèle théorique du Cantou, défini comme un espace communautaire à taille humaine, dans lequel les personnes âgées désorientées peuvent

⁶²⁷ Brice, 35 ans, directeur d'un HM, Wallonie, Belgique, janvier 2014.

participer à la vie quotidienne, se doit ainsi de répondre à l'exigence des valeurs qu'il porte dans sa réalisation pratique.

II. LE PROCESSUS D'INSTITUTIONNALISATION DES *HABITATS ALTERNATIFS* :

L'« utopie », au départ indéterminée, se consolide dans le rapport singulier avec l'environnement dans lequel elle s'inscrit et les concepts émergents se définissent au travers des stratégies de création que nous avons pu relever. « Exister c'est choisir le choix » parmi toutes les orientations possibles, écrit Jankélévitch, ainsi, on peut considérer qu'il est question pour les initiateurs de passer de « l'impuissance spéculative » à la « brutalité du fait »⁶²⁸. Aussi, les *habitats alternatifs* cessent d'être utopiques, au sens d'un « non-lieu », dès lors qu'ils deviennent des dispositifs de prise en charge effectifs, praticables, traversés par les acteurs qui participent à son fonctionnement. Ils passent alors de l'état de projet, d'« anticipation du futur menée sur le mode de l'imagination »⁶²⁹ à celui de modèle typifié par l'action quotidienne et routinière. Il s'opère ainsi une institutionnalisation progressive des modèles expérimentaux et par-delà une typification des pratiques, des attitudes et des rôles de chacun. En dépit de l'hétérogénéité des modèles et d'un état d'avancement différent selon les projets, on peut considérer que le processus d'institutionnalisation d'un *habitat alternatif* suit une trajectoire dont les étapes peuvent être similaires. Dans cette section, il s'agira de revenir sur ces étapes « d'habituation ». Dans un premier temps, les *habitats alternatifs* tentent de s'imposer et de percer dans les « mondes » de la gérontologie « intégrée »⁶³⁰. S'ils y parviennent, ils peuvent alors se dupliquer, se perfectionner, se techniciser dans un rapport étroit et dialectique à l'*institué*.

1. Les initiateurs de projet : des « francs-tireurs »

Les modèles expérimentaux, dans leur rapport aux dispositifs gérontologiques *institué*s, comme la trajectoire de l'alternative, épousent certaines similarités avec les modalités de création de l'œuvre artistique telle qu'elles sont identifiées par Becker. Dans son ouvrage, l'auteur fait l'étude des réseaux de coopération par et dans lesquels une œuvre émerge. Nous considérons ici que les « mondes » de la gérontologie à l'instar des « mondes de l'art » délimitent les frontières du possible et de l'impossible, de ce qui peut être admis et

⁶²⁸ Vladimir JANKELEVITCH, *L'alternative*, op. cit., p. 12.

⁶²⁹ Pour Schütz, « ce n'est pas le processus de l'action au moment où il se déroule mais l'acte imaginaire comme s'il s'était réalisé qui est au point de départ de tous les projets que l'on peut faire » Alfred SCHÜTZ, *Le chercheur et le quotidien*, op. cit., p. 26.

⁶³⁰ Howard Saul BECKER, *Les mondes de l'art*, Paris, Flammarion, 2010.

reconnu ou non, en excluant de leur champ d'intervention les modèles et les créations qui ne peuvent pas s'y conformer. Pour illustrer la dynamique propre aux « mondes de l'art », Becker élabore une typologie d'artiste, il en compte quatre : les professionnels intégrés, les francs-tireurs, les artistes populaires et les naïfs. Dans le cadre de notre étude, deux types d'artistes sont représentatifs du processus dialectique de consolidation de l'alternative : les professionnels intégrés et les francs-tireurs.

1.1. « 4'33 »⁶³¹

Pour Becker les professionnels intégrés sont « comparables aux chercheurs qui travaillent à une science “normale” dans les périodes non révolutionnaires »⁶³². Évoluant dans un cadre fixé et rigide, ils « se contentent des possibilités d'expression qu'offrent les formes convenues »⁶³³. Dans le cadre de notre recherche, ils correspondent aux acteurs des dispositifs gérontologiques « classiques », et aux agents des institutions sociales et médico-sociales ou des services de maintien à domicile. Par définition conventionnels, ils évoluent dans un univers normé dans lequel tout le monde sait ce qu'il doit faire. Ils rencontrent un vaste public homogénéisé par la construction de catégories cognitives — le « dépendant » dont le seuil d'incapacité varie du GIR 4 au GIR 1, ou la personne âgée présentant des troubles cognitifs — avec qui ils ont l'habitude d'interagir selon des règles préétablies. Si les « professionnels intégrés » des dispositifs de prise en charge officiels effectuent leurs tâches quotidiennes avec un certain automatisme protocolaire et routinier, ils n'en sont pas moins en capacité d'invention. La double casquette de Christine, à la fois initiatrice de l'Antenne Andromède et référente pour la démence dans une maison de retraite traditionnelle, est une illustration des possibilités d'invention dans le cadre d'un système intégré. Imprégnée de la philosophie de l'*habitat alternatif* dont elle est à l'origine, elle explique ainsi s'« introduire » dans les « brèches » de l'institution classique dans laquelle elle travaille :

« Maintenant j'en suis revenue dans l'institution avec la casquette de référent pour la démence, et où là, j'essaie d'introduire le fait que ce sont des êtres humains dignes de respect, d'écoute, d'empathie, et du coup j'essaie d'introduire ça comme je peux, là où je trouve des brèches. » (Christine, 59 ans, référente pour la démence dans une MRS,

⁶³¹ « 4'33 » est un clin d'œil à la performance du « franc-tireur » John Cage. Au cours de cette performance, devant un public, il reste assis devant un piano, ne joue pas et reste silencieux durant « quatre minutes trente-trois », durée correspondant au format classique d'un morceau de musique standard.

⁶³² Howard Saul BECKER, *Les mondes de l'art*, op. cit., p. 296.

⁶³³ *Ibid.*

responsable de coordination et cofondatrice d'un HCA, Région Bruxelles-Capitale, Belgique,
août 2014)

À l'instar du professionnel intégré, elle admet les conventions même s'il est question ici de « manipuler les matériaux courants pour créer des effets artistiques et susciter des émotions »⁶³⁴.

Les initiateurs de projet d'HM pourraient en principe s'apparenter eux aussi aux professionnels intégrés, dans la mesure où ils développent dans le cadre conventionnel d'une institution, un projet innovant, dans une articulation entre une *culture* de prise en charge *instituée* et une *culture* de prise en charge expérimentale. Cependant, les porteurs de projets ne se contentent pas d'un cadre d'intervention donné en soi, dans lequel ils pourraient être à même de créer des « effets artistiques » sporadiques. Ils s'émancipent de la « science normale » et provoquent dans les « mondes » de la prise en charge gérontologique des petites révolutions, ou pour reprendre la formulation de Kuhn, un changement de paradigme⁶³⁵. En modulant et en transformant les formes d'expression offerte par la convention, ils définissent de nouveaux cadres et produisent un « autrement ».

La posture transgressive des porteurs de projet d'*habitat alternatif* dans leur rapport conflictuel avec l'*institué* s'apparente à la position des « francs-tireurs » dans les mondes de l'art intégrés. Définis par Becker comme des « artistes qui ont appartenu au monde officiel de leur discipline, mais n'ont pu se plier à ses contraintes, ils apportent des innovations que le monde de l'art ne peut accepter parce qu'elles sortent du cadre de sa production habituelle⁶³⁶ ». Les francs-tireurs, bien qu'ils baignent dans les mêmes conventions que les professionnels intégrés, manifestent un « goût de l'expérimentation »⁶³⁷. Élaborant des *habitats alternatifs*, ou des œuvres dans le cas de l'artiste, jugés parfois inacceptables, ils se heurtent à l'hostilité, à l'incrédulité ou à l'incompréhension des autres membres du « système intégré » qu'ils mettent en question par leurs découvertes et leurs inventions.

Ainsi, les premières structures innovantes d'accueil et d'hébergement des années 1970 ont été mises en place, comme nous l'avons montré, par des agents désabusés des dispositifs gérontologiques traditionnels⁶³⁸. De même, dans le cas des initiatives appréhendées dans le

⁶³⁴ *Ibid.*, p. 240.

⁶³⁵ Thomas Samuel KUHN, *La structure des révolutions scientifiques*, Paris, Flammarion, 1972.

⁶³⁶ Howard Saul BECKER, *Les mondes de l'art*, *op. cit.*, p. 242.

⁶³⁷ *Ibid.*, p. 243.

⁶³⁸ Pour ne citer qu'eux : Claudie Paugam à l'initiative des domiciles collectifs de Grenoble était directrice d'un service d'aide à domicile, Georges Caussanel initiateur des Cantous de Reuil Malmaison avec Louis Gallard étaient respectivement directeur et psychologue d'une maison de retraite classique.

cadre de cette recherche, les instigateurs d'expérimentations sociales ont eux aussi baigné dans les mondes de la « gérontologie intégrée ». Les Maisons Âges & Vie sont consolidées par des entrepreneurs employés dans le cabinet d'étude d'une ancienne secrétaire d'État aux personnes âgées, les HCA de l'Antenne Andromède ont été imaginés par des acteurs institutionnels d'une maison de retraite, et le projet Cantou du village de Mariemont est initié par un juriste de formation, sollicité initialement pour transformer un ancien hôpital de mineur en maison de retraite. La position des initiateurs d'HA est plus ambiguë. S'ils ne sont pas des acteurs à proprement parler du secteur social et médico-social et s'ils sont souvent dépourvus de formation dans le montage et l'ingénierie de projet — ce qui nous inviterait *a priori* à les classer dans la catégorie de « naïfs » — ils sont néanmoins des usagers des dispositifs gérontologiques « intégrés » dont ils rejettent vivement les conventions. Confrontés à leur propre vieillissement ou à celui de leurs proches âgés fragilisés, il leur faut alors surmonter les habitudes prises au cours de leur socialisation aux dispositifs gérontologiques *institués* pour créer des modalités résidentielles et de soin alternatives.

1.2. Une œuvre dissidente, mais présentable

L'innovation pour les francs-tireurs est symptomatique d'une ouverture du champ des possibles, leur « goût de l'expérimentation » leur permet « d'imaginer des choses inconcevables pour les professionnels »⁶³⁹. Mais s'ils innovent en transgressant les conventions d'un monde intégré, ils respectent également d'autres normes permettant aux modèles d'être approuvés. De manière générale, un projet d'*habitat alternatif* vise à une habitation, il a vocation à être viable pour les initiateurs qui le mettent en place, ils visent à répondre aux besoins des usagers qui vont pouvoir habiter le lieu, le pratiquer, l'utiliser.

Généralement, les porteurs de projet aspirent également à dupliquer le modèle consolidé. L'association A2MG, formalisée initialement pour répondre à la perte d'autonomie d'un proche, vise à s'étendre à l'ensemble de la commune pour créer des « *microstructures* » chez l'habitant. Samuel, à l'initiative des Maisons Âges & Vie, souligne : « *l'espoir c'est qu'il y en ait un jour 300 en France* » et explique s'intéresser à « *ce qui parle à 99 % de la population* ». De même, les méthodologies issues du laboratoire d'expérimentation dans le cas des maisons communautaires des Sœurs aînées correspondent à ce qu'on pourrait appeler un prototype de fonctionnement. Il peut être réutilisé et réajusté à d'autres communautés mues

⁶³⁹ Howard Saul BECKER, *Les mondes de l'art*, op. cit., p. 249.

par des intérêts et des objectifs analogues à ceux des religieuses. Aussi Luc⁶⁴⁰ explique être aujourd'hui sollicité pour aider à la réorganisation et au fonctionnement interne d'autres congrégations religieuses :

« Non seulement ça marche, mais ça se multiplie, c'est-à-dire qu'en 2008, quand j'ai commencé cette activité, nous étions assez originaux dans ce choix-là (...) Ce choix aujourd'hui intéresse un certain nombre de congrégations qui nous sollicitent. Nous sommes sollicités très régulièrement par d'autres congrégations pour réfléchir, les aider sur l'organisation qu'elles peuvent mettre en place pour s'organiser dans ce type de fonctionnement. » (Luc, chargé de mission pour le développement d'*habitats alternatifs*, Paris, juin 2015)

À l'instar de l'œuvre artistique, le modèle alternatif, dans la mesure où il vise à être utilisé par des usagers et reconnu à large échelle, porte l'empreinte du système de prise en charge dans lequel il s'inscrit. Aussi, les initiateurs de projets alternatifs, parce qu'ils visent à diffuser de ce qu'ils produisent, s'attachent à trouver dans le compromis, des compatibilités avec celui-ci. Le « pas de côté » propre à la pensée originelle de l'utopiste, l'ouverture du champ des possibles induits par le laboratoire d'expérimentation et la recherche des potentialités de l'intermédialité, sont certes figuratifs d'une « déclaration d'indépendance mentale », pour reprendre la formulation éloquente de Robert Owen⁶⁴¹, mais dans son entreprise, l'initiateur ne perd pas de vue ce que le « système » est en mesure d'approuver ou non. En résumé, les initiateurs de projet innovant, au même titre que les « francs-tireurs », donnent à leur œuvre une « forme présentable ». Par un mouvement de conformité dans l'excentricité, le porteur de projet « signale par des moyens conventionnels qu'il souhaite la voir prendre en compte »⁶⁴².

Comme nous l'avons montré, les initiateurs de projet identifient des besoins auxquels ils visent à répondre : le besoin d'indépendance, le besoin de domicile, le besoin de vivre entouré, le besoin d'accueil et d'hébergement pour personnes atteintes de troubles cognitifs, le besoin pour les familles d'être soutenues dans leurs tâches d'aidants. Mais ces besoins ne sont pas neutres ; les notions de « sollicitude », de « droit », de « liberté » et de « dignité » des

⁶⁴⁰ Pour rappel Luc, chargé de mission pour le développement d'*habitats alternatifs* a été sollicité par l'Institut des Sœurs de Saint François d'Assise afin de procéder aux aménagements nécessaires à la transformations des maisons communautaire de Sœurs Aînées, leur permettant de se substituer à une requalification en EHPAD et donc de rester dans une logique communautaire et religieuse.

⁶⁴¹ Robert Owen, cité par Alain Pessin, Alain PESSIN, « Approche critique de la notion d'utopie », *op. cit.*

⁶⁴² Howard Saul BECKER, *Les mondes de l'art*, *op. cit.*, p. 246.

personnes âgées, comme les catégories de « dépendants » ou de « personnes désorientées dans le temps et dans l'espace » s'inscrivent dans le prolongement de l'histoire de la vieillesse et de ses institutions. Depuis les prescriptions de la Commission Laroque en 1962, l'inculcation d'un modèle de prise en charge jugé unanimement néfaste pour les usagers a conduit à prescrire dans la législation la reconnaissance d'un sujet âgé libre, citoyen et autonome. L'évolution des institutions médicalisées s'inscrit dans ce même mouvement. Iris Loffeier montre notamment que la prééminence des réflexions de Foucault et Goffman mobilisées pour décrire l'institution tend à intégrer dans sa définition même l'idée de domination exercée sur les usagers. C'est ainsi dans une volonté politique de réhabilitation des établissements d'hébergement destinés à la vieillesse, que les modifications légales, au sein de ces structures, reposent aujourd'hui sur l'idée de respect et de dignité des usagers et que de nouvelles normes concernant le « travail sur autrui » sont édictées⁶⁴³.

De même, si les *habitats alternatifs* se développent au prisme d'un affrontement avec l'*institué*, les porteurs de projet s'appuient sur des valeurs conventionnelles et unanimement reconnues. Ce faisant, ils visent à légitimer l'intérêt du modèle auprès du public à qui ils s'adressent, composé de familles, de décideurs politiques, de soignants, et de personnes âgées. L'imaginaire utopique propre à chaque projet se décline alors de sorte à favoriser la reconnaissance de l'expérimentation gérontologique sur le plan moral. Les initiateurs développent une grammaire de l'alternative : ils font appel à des valeurs de référence tels que la Liberté, l'Autonomie, l'Intégration, la Solidarité ou plus récemment l'Intergénérationnel pour définir leur concept novateur. Comme le notifie Iris Loffeier pour les EHPAD privés, « non seulement le spectre de l'institution totale est omniprésent sur le terrain, mais les établissements ont même appris à s'en servir pour mieux se vendre »⁶⁴⁴. Il en est de même pour les *habitats alternatifs*. Les porteurs de projet se glissent dans le « spectre des critiques » et en dehors du « cadre cognitif » de l'institution pour légitimer leur modélisation. Ainsi, les *habitats alternatifs* n'impulsent pas de renouveau dans les valeurs prônées, à ce titre, ils apparaissent même comme particulièrement conventionnels. Les formules visent à s'imposer comme des modèles exemplaires en termes de « bientraitance » et de respect de la dignité et de la liberté des usagers. Et contrairement à l'institution, qui dans les représentations fait toujours office de repoussoir, elles s'attachent à convaincre que ces pratiques « humanistes » peuvent effectivement être mise en application, dès lors qu'on laisse à l'alternative la possibilité d'exprimer concrètement un « autrement ».

⁶⁴³ Iris LOFFEIER, *Panser des jambes de bois ?*, op. cit.

⁶⁴⁴ *Ibid.*, p. 30.

1.3. Les stratégies pour percer, l'espoir d'une pérennisation

À l'instar des francs-tireurs, les initiateurs de projet *d'habitats alternatifs* « transgressent les conventions du monde de l'art, mais sur certains points seulement, et ils respectent en fait la plupart d'entre elles »⁶⁴⁵. Malgré leur conformité de valeurs, ils se heurtent à l'hostilité des autres membres des « mondes » de la gérontologie, lorsqu'ils présentent leur innovation. Ainsi, « la nouveauté des œuvres inhabituelles exige un plus grand effort d'attention »⁶⁴⁶, et les initiateurs peuvent produire des œuvres si difficiles à assimiler que les mondes intégrés peuvent renoncer à relever le défi. Il leur faut alors « *faire leur preuve* »⁶⁴⁷ et surtout trouver des modes de diffusion et d'exposition parallèles permettant d'aboutir à une reconnaissance et, dans le meilleur des cas, à une diffusion du modèle à plus large échelle.

Nous avons déjà montré dans le chapitre précédent comment la Maison des Babayagas avait usé de la médiatisation comme mode de revendication collective pour légitimer auprès du public, l'intérêt de l'initiative malgré les controverses. D'autres stratégies peuvent également être mises en place par les porteurs de projet. Au-delà d'un processus général de distinction du modèle par rapport à la maison de retraite « classique », ils peuvent par exemple se réunir et former des groupes de travail. À l'instar du Groupe Saumon, le groupe de travail « habiter autrement » initié en 2015 par les associations « Monsieur Vincent » et « Les petits frères des pauvres » œuvrent à favoriser le développement d'*habitats alternatifs*. Il réunit des porteurs de projet qui partagent leurs expériences et réfléchissent ensemble aux moyens pratiques permettant de concrétiser et de promouvoir l'alternative. Le partage d'expérience entre les « francs-tireurs » de l'alternative gérontologique permet de comparer les modèles, d'évaluer leur coût et leur viabilité, de relever les difficultés et les limites auxquelles ils sont susceptibles d'être confrontés.

Les porteurs de projet peuvent également être soutenus par des organismes privés, comme la Fondation de France. Cette dernière soutient en effet « des actions en faveur de la dignité et des droits des personnes âgées ainsi que sur les possibilités d'exercice de la citoyenneté ». L'un de ses objectifs est de faire la promotion de « nouvelles formes d'habitat participatif » destinées aux personnes âgées⁶⁴⁸. La Fondation de France a soutenu l'alternative gérontologique dès son émergence en France, à la fin des années 1970. Elle a notamment

⁶⁴⁵ Howard Saul BECKER, *Les mondes de l'art*, op. cit., p. 251.

⁶⁴⁶ *Ibid.*

⁶⁴⁷ Samuel, 43 ans, cofondateur et cogérant d'une HCA, Bourgogne-Franche-Comté, France, septembre 2013.

⁶⁴⁸ Cf. le site internet de la Fondation de France : <http://www.fondationdefrance.org/>

financé des études et des rapports de recherche visant à évaluer les premiers modèles émergents. Ces rapports ont permis de répondre aux critiques en démontrant le potentiel des expérimentations de « première génération » en termes de qualité de vie et en attestant de leur viabilité économique. Les évaluations effectuées ont notamment révélé que les innovations repérées apparaissaient certes plus onéreuses que le maintien au domicile, au vu d'une présence constante de personnel soignant, mais étaient équivalentes financièrement au Long Séjour hospitalier. À l'instar des établissements d'hébergement classique de grande envergure, il leur serait notamment possible de faire des économies d'échelle, dans le cas où elles seraient intégrées à un même réseau de gestion et de régulation fédéré autour d'une association « mère ». De plus le bénévolat et la participation des familles à la vie collective, largement favorisée dans les formules alternatives, constitueraient une « plus-value sociale » permettant d'alléger le coût de la prise en charge par rapport à l'hôpital⁶⁴⁹.

On voit ici comment des rapports d'expertises peuvent faire office de « passe-droit » en vue de légitimer scientifiquement un projet innovant, contre les critiques et pour leur déploiement. La stratégie de Christine est similaire. Elle regrette que l'HCA de l'Antenne Andromède demeure une expérimentation isolée en Belgique, malgré ses 35 ans d'existence.

« On reste alternatif, on reste un projet, la preuve c'est qu'on est resté dans un processus de location de logement, qu'on n'a pas acheté, qu'on n'a pas étendu » (Christine, 59 ans, référente pour la démence dans une MRS, responsable de coordination et cofondatrice d'un HCA, Région Bruxelles-Capitale, Belgique, août 2014)

Aujourd'hui en fin de carrière, elle espère pérenniser le concept alternatif qu'elle défend. En 2010, l'Antenne Andromède fait l'objet d'une étude universitaire⁶⁵⁰, visant à évaluer le modèle et notamment sa capacité à accueillir des personnes âgées « fragiles ». Christine espère que la légitimation scientifique apportée par cette étude permette à cet habitat de bénéficier d'un soutien de la région Bruxelloise. Autrement dit, elle vise à faire reconnaître la viabilité du modèle par les politiques pour aboutir à une pérennisation.

« Disons que si on passe le cap de l'étude interuniversitaire, en fait on arrive à un niveau où notre formule peut être applicable comme elle est, donc ça veut dire que ce qu'on fait ici peut être reproduit. » (Christine, 59 ans, référente pour la démence dans une MRS,

⁶⁴⁹ Marie-Jo GUISET, Patrick ROTHKEGEL et Alain VILLEZ, *La viabilité économique des petites unités de vie*, op. cit.

⁶⁵⁰ L'étude universitaire était en cours lorsque nous avons réalisé nos enquêtes de terrain.

responsable de coordination et cofondatrice d'un HCA, Région Bruxelles-Capitale, Belgique,
août 2014)

2. Les effets de l'inscription des *habitats alternatifs* dans les « mondes » de la gérontologie intégrée

2.1. L'impact de la percée de l'alternative sur l'institué

Becker met en lumière la capacité de résistance au changement que connaissent les « mondes de l'art », leur faculté à écarter les « francs-tireurs » pour éviter qu'ils ne remettent en question les pratiques conventionnelles. Dans certains cas néanmoins, l'œuvre des « francs-tireurs » peut être avalisée par un système intégré. Elle tend alors à redéfinir les normes de l'*institué* et une forme de resocialisation s'effectue dans l'interaction entre l'ensemble des acteurs impliqués dans un « monde de l'art ».

Dans le cadre de notre recherche, nous avons vu comment le mouvement des structures alternatives s'est consolidé en un contre-courant critique depuis la fin des années 1970. Au travers de plaidoyers portés par des manifestes et des travaux d'expertise à valeur scientifique, de soutien par des organismes privés et parfois aussi des politiques locales, de collaboration dans des groupes de travail nationaux et transnationaux, l'expérimentation gérontologique tend à s'imposer comme une nouvelle *culture* de prise en charge, parallèle aux dispositifs gérontologiques intégrés. Cette percée dans l'*institué* a en partie impacté le fonctionnement et les logiques des institutions d'hébergement classique. Les « unités protégées » dans les EHPAD par exemple, sont directement inspirées du premier Cantou de George Caussanel⁶⁵¹. De même, les réflexions amorcées par les défenseurs des expérimentations de « première génération » ont dépassé le seul cadre de ces formules au travers de la notion de « projet de vie », méconnue du champ gérontologique jusque dans les années 1990. L'importance du « projet de vie » a ensuite été réaffirmée comme prioritaire par les politiques publiques. Depuis la loi 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale, il s'est imposé comme une nouvelle norme dans les établissements d'hébergement classique au travers de la notion de « projet d'établissement »⁶⁵².

⁶⁵¹ Marion VILLEZ, *Le spécifique comme norme, l'invention comme pratique. L'accompagnement des personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou de maladie apparentée en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes*, *op. cit.*

⁶⁵² Dominique ARGOU, « De nouvelles formes d'habitat pour personnes âgées : d'hier à aujourd'hui. Du point de vue de la Fondation de France », *op. cit.*

On pourrait également citer le cas de l'Allemagne où la percée de l'expérimentation gérontologique a favorisé, comme le montre Hélène Leenardt, le passage à des générations successives d'établissements institutionnels. Selon l'auteure, la première génération de maison de retraite témoignait d'une prise en charge perçue en termes de gardiennage des corps, fortement critiquée par le KDA⁶⁵³, un conseil indépendant qui depuis sa création en 1962 veille à défendre les intérêts des retraités et des personnes âgées. La seconde génération, teintée d'une logique hospitalière a transformé l'institution en lieu de soin. Dans les années 1980, une troisième génération a introduit la notion de « résident » et la nécessité d'appréhender la personne soignée dans sa globalité. L'auteure remarque ensuite un nouveau tournant dans les pratiques. La notion d'« habitat » prend de l'importance et marque l'apparition d'une quatrième génération de maison de retraite en Allemagne. Il en résulte une tendance à la réorganisation des établissements en petites unités fonctionnant de manière autonome les unes des autres, à l'image d'une grande famille. La cinquième génération d'établissement qui émerge actuellement va encore plus loin. La familiarisation de la prise en charge et la notion d'« habiter », s'accompagnent de nouveaux principes moteurs telles que la préservation de l'espace privé et la participation à la vie publique. Il s'agit de favoriser l'intégration des personnes accueillies par un ancrage de l'institution dans le territoire. La maison de retraite de cinquième génération se définit ainsi comme une « maison de quartier » sur lequel elle est délibérément ouverte. Elle peut par exemple mettre ses locaux à dispositions d'associations extérieures pour leur permettre d'organiser des manifestations ou des ateliers. Elle tend également à devenir un « cœur de soin »⁶⁵⁴ à disposition de l'ensemble du quartier.

Les évolutions de l'établissement institutionnel relatives à la quatrième et la cinquième génération de maison de retraite en Allemagne sont liées, selon l'auteure, à l'émergence du concept des « Demenz-WG ». Pour rappel, ces formules se définissent comme des appartements partagés ou des colocations pour personnes âgées atteintes de démence. Le KDA, intéressé par le concept depuis son émergence, s'est engagé en faveur de sa promotion. Au début des années 2000, il a notamment réalisé un rapport d'expertise et relevé les

⁶⁵³ La création du KDA en Allemagne est contemporaine de la publication du rapport Laroque en France en 1962. Il est parrainé par le président de la république fédérale. Des membres très divers le compose : des fédérations des œuvres sociales en Allemagne comme des chercheurs et des universitaires. La démarche du KFA s'appuie sur la pluridisciplinarité. Ce conseil indépendant met son expertise à disposition des décideurs politiques et des professionnels de terrain, il participe également au repérage à la diffusion, et à l'institutionnalisation de modèles innovants et alternatifs d'accueil et d'hébergement à destination des populations âgées.

⁶⁵⁴ Hélène LEENHARDT, « Déjà la cinquième génération d'établissement en Allemagne », *Documents-Cleirppa*, 2013, Cahier n°49, p. 24.

bénéfices apportés par le concept des « Demenz-WG » en matière d'accueil et d'hébergement des personnes âgées « fragiles » et « dépendantes ». Il a également délivré un ensemble de recommandations pour impulser une transformation des pratiques et des normes architecturales de l'institution pour penser la maison de retraite de demain⁶⁵⁵.

Que les logiques et les valeurs propres à l'expérimentation gérontologique se diffusent dans le territoire national ou qu'elles transitent à l'étranger, il apparaît qu'elles impactent les équipements gérontologiques *institués*. Mais ce processus de transformation n'est pas unilatéral et touche également les concepts expérimentaux. On peut considérer que l'instituant et l'*institué* fonctionnent de concert et évoluent dans un rapport dynamique selon des logiques qui s'entrecroisent. En effet, nos enquêtes de terrain ont montré que certains modèles d'*habitats alternatifs* sont parfois parvenus à s'imposer, au niveau local, dans les mondes de la gérontologie intégrée. En se développant sur leur territoire, ils sont passés de l'état « d'originalité », de « bizarrerie » ou de « projet expérimental » à celui de concept *institué*. Cependant, comme nous le verrons dans cette sous-section, ce changement de statut n'est pas sans conséquence sur les expérimentations originelles.

2.2. Quand un concept novateur se diffuse dans l'institué : le risques d'une dénaturation et d'une perte de sens de l'alternative

2.2.1. Les domiciles partagés du Morbihan, technisation d'une formule alternative et changement d'attitude des familles

Le cas des domiciles partagés du Morbihan est particulièrement éclairant pour analyser les mutations induites par la percée d'un *habitat alternatif* sur la matrice de sens qui l'a vu naître. Pour rappel, la formule est initiée en 1992 par des familles et une fédération d'un club de retraités du département. Ces deux entités visaient d'une part à répondre à une carence d'offre d'accueil pour personnes âgées désorientées sur le territoire, et d'autre part à éviter l'installation de leur proche en établissement d'hébergement, là où « *maison de retraite était inconcevable* »⁶⁵⁶. Les fondateurs s'engagent alors dans ce qui est décrit par une auxiliaire de vie, présente dès la consolidation de l'expérimentation princeps, comme une « *aventure* » collaborative et « *expérimentale* »⁶⁵⁷. Ils imaginent un nouveau concept d'habitat

⁶⁵⁵ Hélène LEENHARDT, « Déjà la cinquième génération d'établissement en Allemagne », *op. cit.*

⁶⁵⁶ Agnès, 67 ans, auxiliaire de vie dans HCA, Morbihan, France, mai 2014.

⁶⁵⁷ Agnès, 67 ans, auxiliaire de vie dans HCA, Morbihan, France, mai 2014.

dans un « *milieu rassurant* »⁶⁵⁸ jugé plus respectueux des libertés et de la dignité des personnes âgées. L'objectif est alors de mutualiser le coût de l'aide à la vie quotidienne, de favoriser le maintien de l'autonomie des habitants, de leur permettre de demeurer à proximité de leur commune d'appartenance et de garder la maîtrise du fonctionnement et des modalités d'accompagnement prodiguées dans le lieu.

Le projet expérimental est ensuite soutenu par le conseil général et les mairies. Ils favorisent sa duplication sur le territoire, ce qui conduit à son institutionnalisation et par-delà à sa transformation. Les domiciles partagés, au nombre de quarante aujourd'hui, ne sont plus gérés par les familles elles-mêmes, mais par une pluralité d'acteurs. Outre les transformations dans les modalités de gestion du dispositif, les responsables associatifs notent un changement d'attitude des familles, jugée plus distanciée. Contrairement aux pionniers, très impliqués dans le fonctionnement de l'expérimentation originelle, ils constatent que les aidants familiaux actuels agissent en clients et « *installent leurs parents en domiciles partagés comme ils les auraient installés en maison de retraite* ». Astrid souligne ainsi dans cet extrait :

« À l'origine du projet, il n'y en avait pas des gens comme ça. Et aujourd'hui ça devient un "phénomène de masse", et du coup, pour pouvoir avoir des domiciles partagés qui ne sont pas inoccupés, c'est tout type de familles, tous types de gens, y compris des gens qui sont pas du tout.... qui s'en foutent à la limite de la dignité de leur parent, et qui arrivent là par hasard. Qui trouvent une solution, n'importe laquelle. Alors après... je pense pas qu'il y ait des familles qui s'investissent dans les domiciles partagés pour des raisons... comment dire... de convictions par exemple. Pas du tout... je pense... ils pensent sincèrement que leurs parents va être mieux, ou alors c'est moins cher, ou alors c'est plus près, des raisons froides, basiques... Y'a pas de raisons militantes du tout du tout. » (Astrid, 35 ans, responsable de secteur d'un HCA, Morbihan, France, mai 2014)

Pour Astrid, cette attitude distanciée se traduit notamment par un manque d'anticipation de leur part :

« Quand la personne ne peut plus rester à domicile, y'a pas d'anticipation. C'est-à-dire qu'elle est à domicile, elle vieillit, point. Il se passe rien, on est là dans le présent. Et ils ne réfléchissent à rien du tout, et quand à un moment donné la personne tombe, elle se trouve à l'hôpital, et à l'hôpital on lui dit que le retour à domicile est impossible, ou alors, retour à

⁶⁵⁸ Agnès, 67 ans, auxiliaire de vie dans HCA, Morbihan, France, mai 2014.

domicile possible, mais ils [les proches aidants] sont dérangés toutes les deux minutes... c'est souvent comme ça (...), mais s'il y a pas des coups de stress y'a pas d'anticipation » (Astrid, 35 ans, responsable de secteur d'un HCA, Morbihan, France, mai 2014).

Ce manque d'anticipation se vérifie dans le discours des aidants familiaux. Nos enquêtes de terrain révèlent en effet que la démarche d'installation dans un domicile partagé répond souvent à une situation d'urgence. Ainsi, « *le coup de stress* » évoqué par Astrid peut être mis en relief par le discours de Pierrette. Elle évoque, au cours de l'entretien, la situation « *vraiment stressante* » qui l'enjoint à trouver un lieu d'hébergement pour sa mère, hospitalisée suite à un malaise :

« Une assistante sociale a dit : “Mais vous savez votre maman, elle pourra plus rentrer chez elle”. J'ai été saisie quand même, parce que je ne m'attendais pas à ça du tout... » (Pierrette, 76 ans, usagère-aidante familiale d'un HCA, Morbihan, France, mai 2014)

Après avoir prospecté dans plusieurs établissements et essuyé de nombreux refus, elle exprime son soulagement d'avoir pu trouver une place dans un domicile partagé, formule dont elle entend parler par hasard dans un article de presse paru dans un journal local.

Cette situation se vérifie pour Francine. Devant l'impossibilité de maintenir sa mère à domicile, Francine tente de trouver une solution d'hébergement dans une institution. Sa recherche est qualifiée de « *mission impossible* ». Selon elle, « *c'était très compliqué de trouver une maison de retraite qui puisse l'accueillir* ». Elle prend alors connaissance du modèle des domiciles partagés par le « *bouche-à-oreille* ». Comme le montre cet extrait, c'est ensuite par la « *ruse* » que la mère de Francine est incitée à déménager dans ce modèle alternatif, situé à une centaine de kilomètres de son lieu de résidence :

« On lui a menti... on lui a dit : “bon tu vas aller visiter des maisons avec la possibilité de retourner chez toi peut être après”. En fait, on savait bien que ça allait pas être possible... et l'accueil a été très sympa dans le domicile partagé (...) ça s'est fait comme ça en douceur, dire qu'elle y allait de gaité de cœur non, toutes ces personnes-là n'y vont pas de gaité de cœur, il faut quitter son chez-soi, sa maison, ses habitudes, ses amis, c'est toujours difficile. » (Francine, 70 ans, aidante familiale, usagère d'un HCA, Morbihan, France, mai 2014)

L'attitude distanciée des familles est perceptible également dans leurs difficultés à se positionner en tant qu'employeurs des auxiliaires de vie. Elles tendent à déléguer aux gestionnaires associatifs l'organisation de la prise en charge des personnes accueillies :

« Ils n'osent pas non plus juger souvent, parce qu'on les incite, on leur rappelle le rôle d'employeur pour qu'ils s'en rendent compte parce que psychologiquement ils ont vraiment du mal à se positionner en tant qu'employeur. Donc on leur redit régulièrement et ça les gêne. » (Astrid, 35 ans, responsable de secteur d'un HCA, Morbihan, France, mai 2014)

De plus, elles ne comprennent pas toujours le fonctionnement du dispositif. Les responsables associatifs se trouvent alors dans l'obligation de le clarifier en insistant sur le caractère original et particulier de la formule *par rapport* à l'institution d'hébergement « classique ». Bien que l'objectif des familles pionnières était de se distancier du mode opératoire de ces établissements, Astrid évoque la nécessité aujourd'hui d'*institutionnaliser* cette différence auprès des familles et du personnel soignant :

« Le mot "résident" n'existe pas par exemple, c'est "colocataire". Alors vous entendrez encore des familles et des salariés dire ce mot là, mais j'espère qu'année après année, on l'entendra plus. Ce ne sont pas des "résidents", c'est pas le "foyer", c'est pas la "structure" non plus. Y'a des mots qui doivent pas exister et c'est des mots qui ont existé pendant trop longtemps et qui du coup nuisent à la bonne compréhension du dispositif. »

(Astrid, 35 ans, responsable de secteur d'un HCA, Morbihan, France, mai 2014)

Pour Astrid, l'attitude distanciée des familles à l'égard des domiciles partagés serait due à la rigidification des normes concernant la prise en charge de public vulnérable et au déploiement de la formule sur le territoire. En devenant un « *phénomène de masse* », où « *il y a plus ces consciences de personnes qui sont investies pour des raisons militantes* », un cadrage réglementaire du dispositif est apparu comme nécessaire pour le protéger contre « *des gens potentiellement nocifs, nuisibles* » et assurer sa pérennité. La tâche des responsables associatifs consiste alors, à « *régir pour prévoir tout ce qu'un esprit tordu pourrait essayer d'emprunter comme chemin pour tout foutre par terre* » :

« Au départ les familles se sont dit : "on veut obtenir ça, allez on se lance, on est fou soyons fou on se lance". Et puis après, au fur et à mesure, avec la complexité des lois qui sont sorties, etc., et avec le fait qu'un projet quand il est petit, vous craignez pas grand-chose,

parce que les gens que vous intégrez dans votre projet sont des gens de confiance qui sont contents d'y être. Plus le projet grossit, plus vous intégrez des gens potentiellement nocifs, nuisibles. » (Astrid, 35 ans, responsable de secteur d'un HCA, Morbihan, France, mai 2014)

On peut constater ici que les valeurs directrices qui ont permis la consolidation des domiciles partagés bien qu'elles n'aient pas disparu se sont délitées. Le développement de la formule a induit la mise en application d'un dispositif assimilé aux « mondes » de la gérontologie intégrée. Ouvert à « *Monsieur et Madame Tout-le-Monde* »⁶⁵⁹, l'expansion du modèle expérimental a conduit à sa complexification, à la rigidification des règles de son fonctionnement, à son perfectionnement et par-delà à sa technicisation. Autrement dit, on peut considérer que le modèle s'est bureaucratisé. Initialement maîtrisé par les initiateurs du projet, on peut considérer qu'il repose aujourd'hui sur une « domination légale rationnelle »⁶⁶⁰ générée par la rationalisation des connaissances issue de la « *bonne idée* »⁶⁶¹ des familles pionnières. Les termes employés pour décrire le fonctionnement de l'espace sont significatifs de ces transformations. Les philosophies directrices du projet initial sont traduites en des termes institutionnels et gestionnaires : la mise en commun des ressources des familles et de leurs proches âgés fragilisés permettant de réduire les coûts de la prise en charge devient un « *service d'aide à domicile mandataire* », l'intention initiale d'avoir une prise sur les conditions de l'aide quotidienne devient une brochure d'« *aide aux fonctions et aux rôles d'employeurs* », l'expérimentation témoin devient un « *dispositif* » dont la mise en place dépend du « *projet social des mairies* », et les initiateurs et habitants de l'expérimentation deviennent des « *clients* ».

2.2.2. Les petites unités de vie pour personnes atteintes de troubles cognitifs aux Pays-Bas, institutionnalisation et réappropriation

Marion Villez et WAARDE Hugo ont relevé dans un article sur les petites unités de vie pour personnes atteintes de troubles cognitifs aux Pays-Bas, les risques et les dérives induites par l'institutionnalisation d'une expérimentation. Inspirées de l'expérience pionnière *Anton Pieck Hoffjei* à Haarlem initié en 1986, les petites unités de vie aux Pays-Bas ont connu un essor important dans le pays. En 2005, 10 % de l'offre d'hébergement pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées était couverte par des petites

⁶⁵⁹ Astrid, 35 ans, responsable de secteur d'un HCA, Morbihan, France, mai 2014.

⁶⁶⁰ Max WEBER, *Économie et société/1*, Paris, Librairie Plon, coll. « Pocket », 1995.

⁶⁶¹ Astrid, 35 ans, responsable de secteur d'un HCA, Morbihan, France, mai 2014.

unités de vie, ce pourcentage passe à 22,2 % en 2010⁶⁶². Selon les auteurs, les pionniers souhaitaient offrir la possibilité d'un « accompagnement » adapté, dans lequel les personnes atteintes de troubles cognitifs pouvaient s'émanciper du carcan institutionnel au prisme d'une approche thérapeutique alternative.

Cependant, le modèle des petites unités de vie a été réapproprié par des gestionnaires du secteur sanitaire et social, des promoteurs qui ont développé des initiatives privées à but lucratif, ou encore des politiques. Ils ont adopté le concept pour l'inscrire comme leur priorité, mais sans ajuster les pratiques soignantes et l'approche des personnes âgées. En surfant sur un « créneau porteur », la modélisation du concept de petites unités de vie s'est effectuée sans réflexions ni appropriation d'une conception alternative de l'accompagnement des personnes. Elle a conduit à reproduire le mode opératoire de l'hébergement institutionnel classique pourtant critiqué par les initiateurs. Comme le notent les auteurs, « Si les petites unités sont largement reconnues comme “la bonne chose à faire”, certaines ne sont ni le résultat ni l'occasion de ce changement de paradigme, mais sont la simple reproduction d'un modèle sans réflexion ni appropriation d'une conception autre de l'accompagnement des personnes malades. La vie est certes organisée en petit groupe, mais rien ne change. Elles deviennent alors une sorte d'“institution totalitaire” pour 6 résidents »⁶⁶³. Comme pour le cas des domiciles partagés, la systématisation et l'institutionnalisation de la formule pionnière ont eu pour conséquence de la dénaturer, d'en travestir les valeurs et les utopies directrices.

2.2.3. Labellisation du concept Cantou, un frein au développement de modèles alternatifs ?

Parfois encore, il apparaît que la reconnaissance d'une initiative innovante peut paradoxalement freiner son développement sur un territoire. C'est le cas du concept des Cantous initié dans le village de Mariemont. Lorsqu'ils inaugurent leur projet, les initiateurs sont des pionniers en Belgique. S'il leur est au départ difficile de convaincre le Conseil d'Administration de leur ASBL⁶⁶⁴ qui trouve leur idée insolite, et s'ils expliquent avoir mis un certain temps avant de faire accepter ce nouveau mode de fonctionnement auprès des soignants et des familles, le dispositif connaît rapidement un succès d'estime auprès de certains acteurs du champ de la gérontologie. Les porteurs du projet acquièrent une renommée

⁶⁶² Hugo VAN WAARDE et Marion VILLEZ, « Les petites unités de vie pour personnes atteintes de troubles cognitifs aux Pays-Bas », *Documents-Cleirppa*, 2007, Cahier n° 26, p. 26.

⁶⁶³ *Ibid.*

⁶⁶⁴ Association à but non lucratif en Belgique

qui va dépasser les frontières nationales et ils sont invités à communiquer sur le modèle des Cantous dans plusieurs pays.

Face à ce succès, les initiateurs décident de certifier le concept, ils achètent les droits sur le nom « Cantou » dans le Benelux pour éviter que « *tout le monde utilise le mot Cantou en faisant n'importe quoi* »⁶⁶⁵. Et si l'expérimentation princeps se consolide dans le tâtonnement, l'institutionnalisation du concept conduit à la formalisation d'un ensemble de critères suivant un cadre figé rigoureusement délimité (normes architecturales, nombre limité de résidents, formation spécifique du personnel, mise en application des principes de communauté, de subsidiarité et de participation). Par ce biais, les initiateurs entendent protéger le concept expérimental, ses valeurs comme ses modalités fonctionnement, contre une éventuelle réappropriation abusive. Mais cette protection est vectrice de limitations. D'autres initiateurs qui souhaitaient s'en inspirer se sont heurtés à un panel de nouvelles normes à respecter, comme le souligne Benoit dans cet extrait⁶⁶⁶ :

« On a essayé de certifier ce nom, et donc on a acheté avec mon collègue personnellement, on a acheté les droits sur le nom pour le Benelux, ce qui est déjà très cher. Et voilà, c'était quelque part, un frein au développement de beaucoup de Cantous ici, parce que c'était à nous, et parce qu'on a dit : "Si vous voulez faire des Cantous, il va falloir respecter comment on fait, pas plus de 15 personnes âgées... vous devez faire, ça vous devez faire ça et pas mettre les soignants dans un local à côté, même s'il est vitré, vous devez pas, etc.". On était peut-être un peu trop exigeant. » (Benoît, 63 ans, cofondateur d'un HM, Wallonie, Belgique, février 2015)

3. Dialectique de la création

La reconnaissance d'une alternative et son assimilation au « système intégré » peuvent conduire au travestissement des valeurs qui ont généré sa mise en œuvre. L'expérimentation originelle, si elle est amorcée par un « pas de côté » plaçant les porteurs de projet dans une position de dissidence, semble se figer lorsqu'elle s'institutionnalise. De manière générale, on peut considérer que l'imaginaire utopique des initiateurs est ajusté aux réalités du terrain, à l'environnement social dans lequel le projet s'inscrit. Vecteur de sa technicisation, l'institutionnalisation d'une alternative marque, dans sa trajectoire, le passage d'une « attitude

⁶⁶⁵ Benoit, 63 ans, cofondateur du village de Mariemont, Belgique.

⁶⁶⁶ Mariemont village ne détient plus aujourd'hui le monopole sur le terme, ce qui a permis l'ouverture de nouvelles structures inspirées du modèle initial.

heuristique » de recherche et d'invention à une « attitude didactique » figurative de ce que Jankélévitch définit comme l'« économie close », mais les réalisations peuvent également maintenir une ouverture pour suivre l'évolution des besoins.

3.1. De l'heuristique à la didactique, l'« économie paresseuse »⁶⁶⁷

Nous avons défini le laboratoire d'expérimentation comme une ouverture du champ des possibles conduisant le porteur de projet à se frotter au désordre et à la circulation désordonnée des flux qui le parcourent. Le laboratoire préfigure ainsi un acte d'invention consistant alors à « descendre dans l'épaisseur des choses »⁶⁶⁸. Le porteur de projet peut être associé à un explorateur. Au cours de l'étape de création, il tâtonne, se trompe, recommence et redéfinit sans arrêt la nature d'un projet en devenir. En cela, il se situe dans le propre de ce que Jankélévitch définit comme une « attitude heuristique ». Cette posture, caractéristique de la démarche scientifique est « celle qui à chaque pas sollicite un effort nouveau, parce que chaque pas est une initiative, une aventure, parce que chaque étape nouvelle représente un problème résolu, une exigence d'intuition, un triomphe de notre vigilance ; c'est une enquête où chaque progrès a coûté quelque chose, dont chaque station, chaque épisode ont leur valeur propre, résultant d'une tension perpétuelle de notre vouloir, d'une lucidité toujours égale de notre esprit »⁶⁶⁹.

Le porteur de projet vise ensuite à mettre en pratique le résultat de sa recherche, à ritualiser le quotidien, autrement dit, à l'institutionnaliser. Pour en faire « l'empire de la pérennité »⁶⁷⁰, il passe à la deuxième dimension de la démarche de création. Elle consiste en une économie paresseuse permettant l'application sans effort de ce qui a été produit. Selon Jankélévitch, les mécanismes économiques de l'intelligence constituent « l'organe de la certitude, plutôt que la source des évidences jaillissantes »⁶⁷¹. Ils sont des instruments de simplification permettant la rationalisation des connaissances et ont vocation à nous convaincre sans nous éclairer pour nous épargner les douleurs, les difficultés et le courage intrinsèque à « l'attitude *heuristique* ». Ainsi, « grâce à la mémoire et à l'apprentissage, nous retrouvons le même dans l'autre et faisons face à des situations variées par des réactions uniformes »⁶⁷².

⁶⁶⁷ Vladimir JANKÉLEVITCH, *L'alternative*, op. cit.

⁶⁶⁸ *Ibid.*

⁶⁶⁹ *Ibid.*, p. 81.

⁶⁷⁰ *Ibid.*, p. 73.

⁶⁷¹ *Ibid.*, p. 84.

⁶⁷² *Ibid.*, p. 73.

Jankélévitch illustre son propos en prenant l'exemple d'un physicien de laboratoire. Son rôle consiste à appliquer un protocole préétabli dont il ne fait que lire puis appliquer la formule. Ces démarches impliquent certes une bonne connaissance des instruments utilisés et une dextérité dans la pratique, mais « loin de représenter un progrès, une conquête, elles ne sont que la répétition de plus en plus facile d'un procédé dont la découverte supposait pourtant un effort d'invention »⁶⁷³.

Dans notre recherche, le physicien peut être comparé à un membre du personnel de l'équipe soignante d'un *habitat alternatif*. Prenons l'exemple des Maisons Âges & Vie. Si l'idée initiale des porteurs de projet était de se distancier de « *ce tronc commun qu'ont toutes les institutions qui est le respect des normes* »⁶⁷⁴, ils consolident à leur tour, dans le rapport aux complications posées par les réalités du terrain un « *espèce de tronc commun auquel tout le monde va se rattacher* »⁶⁷⁵. Si celui-ci est issu d'un effort dispendieux propre à l'acte de création, il n'en est pas moins révélateur dans sa finalité d'une distinction entre « *apprendre* » et « *comprendre* » élaborée par Jankélévitch. Le « Cahier des bonnes Attitudes professionnelles » défini comme « *les tables de la loi qu'on impose aux salariés* » implique, comme nous l'avons montré, une (re) socialisation des salariés à la matrice idéologique de l'habitat. Il laisse peu de place à la désorganisation que pourrait être à même de causer une improvisation, ou, pour reprendre les termes de Samuel, « *un cadre trop fluctuant* »⁶⁷⁶. Il est synonyme d'*apprentissage*, permet à ses auteurs de se développer à large échelle et de gérer « *avec beaucoup plus de facilité 22 maisons que à la limite les 3, 4 premières où on était parti un peu la fleur au fusil* »⁶⁷⁷. Mais il ne permet pas d'aboutir à la *compréhension* du dispositif, de sortir d'une pratique systématique d'une formule qui n'est ici qu'appliquée. Aussi, « le menu travail quotidien de l'intelligence consiste de la sorte en démarches extensives, par lesquels nous nous bornons à "appliquer" ou développer des intuitions créées une fois pour toutes »⁶⁷⁸.

De même, on peut considérer que l'attitude distanciée des familles dans les domiciles partagés peut être induite par la complexification, la technicisation, la spécialisation d'un dispositif dont la maîtrise leur échappe. Les réflexions de Jankélévitch font ici écho aux considérations de Weber. Aussi l'intellectualisation et la rationalisation croissantes propres à la modernité ne signifient pas un accroissement des connaissances des conditions de vie dans

⁶⁷³ *Ibid.*, p. 76.

⁶⁷⁴

⁶⁷⁵ Samuel, 43 ans, cofondateur et cogérant d'un HCA, Bourgogne-Franche-Comté, France, septembre 2013.

⁶⁷⁶ Samuel, 43 ans, cofondateur et cogérant d'un HCA, Bourgogne-Franche-Comté, France, septembre 2013.

⁶⁷⁷ Samuel, 43 ans, cofondateur et cogérant d'un HCA, Bourgogne-Franche-Comté, France, septembre 2013.

⁶⁷⁸ Vladimir JANKELEVITCH, *L'alternative*, *op. cit.*, p. 75.

lesquelles nous vivons. En effet, l'acteur rationnel « ne peut jamais saisir qu'une infime partie de tout ce que la vie de l'esprit produit sans cesse de nouveau »⁶⁷⁹. Ainsi « celui d'entre nous qui prend le tramway n'a aucune notion du mécanisme qui permet à la voiture de se mettre en marche — à moins d'être un physicien de métier. Nous n'avons d'ailleurs pas besoin de le savoir. Il nous suffit de pouvoir compter sur le tramway et d'orienter en conséquence notre comportement ; mais nous ne savons pas comment se construit une telle machine en état de rouler »⁶⁸⁰. À l'instar de l'usager du tramway, selon l'exemple de Weber, les familles actuelles des domiciles partagés sont définies comme des « clients ». Contrairement aux pionniers, elles n'ont ni participé au processus de consolidation du modèle ni imaginé pour leurs proches une nouvelle forme de prise en charge. Les familles actuelles ne se sont pas immergées dans le cœur du dispositif pour en *comprendre* les rouages, elles ne font qu'*apprendre* à se servir d'un modèle de prise en charge certes alternatif, mais déjà construit pour elles.

La création de cadres d'interaction est une mise en ordre. En ritualisant les rôles et les pratiques routinières, il permet de « résoudre chaque question à son heure, d'après un plan préétabli, et en évitant aussi bien les omissions que les redites »⁶⁸¹. Cet « instinct de symétrie » est hostile aux originalités et aux improvisations individuelles. Pour Jankélévitch, il « représente à la fois le rationnel de l'esthétique et l'esthétique du rationnel ; et nous savons maintenant qu'il s'agit, au fond, dans les deux cas, d'une simple économie d'effort. C'est ce dont témoignent les sentiments bien connus d'insatisfaction, de malaise et, pour tout dire, d'inquiétude intellectuelle que nous éprouvons en présence d'un système boiteux ou asymétrique, en présence d'une construction à laquelle il manque une case ou qui, au contraire, présente une lacune choquante. Dans la symétrie au contraire il y a comme une présomption rassurante d'intelligibilité qui plaide irrésistiblement en faveur des grandes architectures idéologiques »⁶⁸². On peut ainsi considérer qu'au cours de son processus d'institutionnalisation, un projet d'*habitat alternatif* s'érige comme un « système instrumental d'opération »⁶⁸³ lui permettant de devenir « une machinerie qui dès qu'elle est montée marche toute seule ». Son institutionnalisation peut donc être appréhendée comme le propre de l'« attitude didactique ». Celle-ci « ramasse en quelque sorte toute sa vertu créatrice dans un moment initial, lequel n'est précisément fait que des conquêtes accumulées de l'investigation ; la suite des déductions proprement dites se trouve donc vidée de toute

⁶⁷⁹ Max WEBER, *Le savant et le politique*, op. cit., p. 91.

⁶⁸⁰ *Ibid.*, p. 89.

⁶⁸¹ Vladimir JANKELEVITCH, *L'alternative*, op. cit., p. 78.

⁶⁸² *Ibid.*, p. 94.

⁶⁸³ Vladimir JANKELEVITCH, *L'alternative*, op. cit.

efficacité interne et développe avec une sorte d'automatisme inconscient ce que le rythme de la recherche avait fait surgir, au contraire, à force de clairvoyance aiguë et de féconde vigilance »⁶⁸⁴.

3.2. *L'expérimentation ouverte*

La remise en ordre de l'alternative permet de rationaliser les découvertes et les résultats issus du laboratoire pour permettre leur effectivité. Déterminée par un ensemble de choix opérés au cours du processus de conceptualisation, la technicisation d'un projet innovant, dès lors qu'il prend une existence propre, débouche invariablement sur un « massacre des possibles »⁶⁸⁵. Aussi, l'habitude, comme étape de l'institutionnalisation implique pour Peter Berger et Thomas Luckmann, « l'important gain psychologique du rétrécissement des choix »⁶⁸⁶.

Mais bien que les cadres d'interaction soient fixés, ritualisés et donc « typifiés », certains porteurs de projet évoquent la nécessité de ne pas figer totalement un modèle expérimental. Dans le cas des Maisons Âges & Vie, pourtant clairement délimitées par un cadre strict, Samuel fait part de l'ambiguïté relative au cloisonnement d'un projet dont l'inertie ne permettrait pas de s'accommoder à l'évolution des besoins et des demandes :

« Il est figé, enfin j'aime pas le mot "figé" parce qu'il faut savoir évoluer en fonction des besoins, mais il est cadré, à 95 % » (Samuel, 43 ans, cofondateur et cogérant d'un HCA, Bourgogne–Franche-Comté, France, septembre 2013)

D'autres modèles comme les HA sont déterminés par un mouvement permanent. Les habitants sont soumis à de nombreuses difficultés pour mettre en place une routine une fois le projet concrétisé. Intrinsèquement évolutifs, ces types particuliers d'*habitats alternatifs* sont définis par leur aspect collaboratif et autogéré. Le « *travail de chacun* »⁶⁸⁷ évoqué par Maurice, visant à harmoniser la vie collective, est vecteur de nombreux conflits et nécessite un effort constant de consensus et de redéfinition du collectif. On peut considérer ici que le caractère autogestionnaire des HA implique une remise en question incessante invitant les membres d'un collectif « à pénétrer par eux-mêmes au cœur du mystère de l'invention »⁶⁸⁸.

⁶⁸⁴ *Ibid.*, p. 81.

⁶⁸⁵ *Ibid.*, p. 52.

⁶⁸⁶ Peter BERGER et Luckmann THOMAS, *La construction sociale de la réalité*, *op. cit.*, p. 111.

⁶⁸⁷ Maurice, 76 ans, habitant d'un HA, Bruxelles, Belgique, janvier 2014.

⁶⁸⁸ Vladimir JANKELEVITCH, *L'alternative*, *op. cit.*, p. 83.

3.2.1. Le village de Mariemont, une « recherche perpétuelle »⁶⁸⁹ :

Le cas du village de Mariemont est significatif dans son évolution d'une ouverture à l'expérimentation. Le lieu est toujours en phase de construction, il n'a pas cessé d'évoluer et de s'agrandir depuis son inauguration. Pour Danie, orthophoniste dans le village de Mariemont, le lieu « bouge quand même » dans la mesure où « il y a encore des choses à faire ». Elle évoque dans cet extrait l'inclination des porteurs de projet à la « recherche perpétuelle » :

« De toute façon on est ici dans un cadre où la direction n'aime pas les choses qui sont figées, donc ils sont toujours en perpétuelle recherche de... bon avec des choses qui fonctionnent et des choses qui ne fonctionnent pas, mais non... » (Danie, 40 ans, soignante dans un HM, Wallonie, Belgique, janvier 2014)

Dans une articulation entre mise en ordre et ouverture au désordre, l'expérimentation permet de procéder à des réajustements et des transformations. Le modèle dynamique et fluctuant est en évolution constante. Fernand insiste ainsi sur la nécessité de « s'accrocher à un futur parce que le monde change »⁶⁹⁰. De même pour Benoit :

« Il faut diversifier son produit. Parce qu'un produit n'est pas bon définitivement »
(Benoît, 63 ans, cofondateur d'un HM, Wallonie, Belgique, février 2015)

Outre les projets qui sont mis en place par la direction, l'impulsion de recherche et d'invention est perceptible dans les possibilités qui sont offertes aux soignants d'expérimenter dans l'espace Cantou. Organisés par thématiques et par projets de vie propres, les Cantous sont relativement indépendants de la structure et sont autonomes les uns par rapport aux autres. Ces espaces peuvent être appréhendés, en eux-mêmes, comme des laboratoires d'expérimentation, en témoigne l'expérience de Madeline, coordinatrice de quatre des huit Cantous du village. Chargée lors de son arrivée sur les lieux de les « activer », elle explique avoir pu « apporter sa touche personnelle » dans des espaces « pleins de potentiel » :

⁶⁸⁹ Danie, 40 ans, soignante dans un HM, Wallonie, Belgique, janvier 2014.

⁶⁹⁰ Fernand, 63 ans, initiateur d'un HM, Wallonie, Belgique, février 2015.

« J'avais quand même quartier libre, ils avaient besoin de redynamiser et j'étais probablement la personne qui leur fallait parce que j'avais la motivation, j'avais vraiment envie de faire quelque chose » (Madeline, 40 ans infirmière-coordinatrice dans un HM, Wallonie, Belgique, janvier 2014)

Pour Madeline, les membres de la direction, décrits comme de « *grands malades* », lui laissent la possibilité de gérer de manière indépendante ses projets dans les différents Cantous :

« C'est des grands malades. Ils ne savent pas toujours vers quoi je vais. Au départ j'ai prévenu de tout ce que je faisais ; les petites animations, les projets, mais ils m'ont laissé carte blanche parce que ça fonctionnait toujours bien. Maintenant attention je suis pas non plus une tête brûlée, les choses professionnelles vraiment qui nécessitent des autorisations... Je veux pas me mettre en danger ni mettre le personnel et mes résidents encore moins en danger. Donc ça, j'avertis la direction de ce que je fais, j'ai toujours le feu vert, ça, ils le savent. » (Madeline, 40 ans infirmière-coordinatrice dans un HM, Wallonie, Belgique, janvier 2014)

Cet extrait est figuratif de l'espace de latitude à disposition des membres du personnel. Une des dimensions du travail de soin de Madeline consiste ainsi à rechercher, en collaboration avec son équipe, des idées neuves permettant d'améliorer les conditions de prise en charge des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer, usagers des Cantous. Les soignants bénéficient d'une marge de liberté, ils peuvent élaborer des méthodologies de soin expérimentales qui, si elles « *bousculent un peu les conventions* », sont admises dès lors qu'elles servent « *l'intérêt du patient* ».

« À partir du moment où c'est dans l'intérêt du patient et que ça lui procure du bien-être, oui, c'est justifié médicalement, je ne mets pas le patient en danger parce que je fais autrement » (Madeline, 40 ans infirmière-coordinatrice dans un HM, Wallonie, Belgique, janvier 2014)

Des toilettes dans le noir ont notamment été expérimentées. Définies comme « *nécessaires* », elles sont élaborées pour pallier le sentiment d'agression ressenti par les usagers, pour procéder par des gestes moins brutaux aux soins d'hygiène quotidiens.

« C'était vraiment nécessaire, des toilettes dans le noir, on l'a fait quand c'était nécessaire, parce qu'on avait des résidents qui se sentaient agressés le matin, et voilà avec de la musique douce. » (Madeline, 40 ans infirmière-coordinatrice dans un HM, Wallonie, Belgique, janvier 2014)

De même, une réflexion autour de l'alimentation a permis d'élaborer des stratagèmes permettant de réalimenter des personnes qui refusaient de se nourrir.

« On essaie des trucs aussi farfelus : quelqu'un qui voulait plus manger, on a rajouté pendant deux mois de la mayonnaise dans tous les aliments, ça passait super bien, ça a marché. Après finalement la confusion a évolué, on a retiré et la personne a retrouvé une alimentation normale. Mais il fallait vraiment y penser, ils ont testé, c'est vraiment des alchimistes dans le domaine c'est rigolo » (Madeline, 40 ans infirmière-coordinatrice dans un HM, Wallonie, Belgique, janvier 2014)

Les soignants sont ici associés à des « alchimistes ». Ils formalisent des hypothèses qu'ils testent ensuite dans les pratiques quotidiennes. Bien que les idées « farfelues » qui émergent soient élaborées dans la difficulté, elles peuvent parfois porter leurs fruits. Aussi, pour Madeline, certaines des méthodologies issues du laboratoire des Cantous, « marchent super bien » et ont permis de « fait des miracles »⁶⁹¹.

3.3. Le principe de « économie ouverte », la dialectique de la création

Pour Jankélévitch, le principe d'économie est « ce qu'on peut faire de mieux »⁶⁹² pour répondre à la multitude des solutions offertes par l'ouverture du champ des possibles. Il constitue l'expression d'une « sorte de fatalité inhérente à toute œuvre humaine »⁶⁹³. Les choix effectués par les initiateurs lors du montage d'un projet, les ajustements opérés lors de son institutionnalisation conduisent à la cristallisation de l'alternative en un « arrière-plan » partagé et fait de routines⁶⁹⁴. Ils permettent la mise en application des projets et des concepts originels, à la racine du processus d'institutionnalisation. L'expérimentation se définit en se figeant et permet d'élaborer un modèle d'action où les différents acteurs impliqués dans son

⁶⁹¹ Madeline, 40 ans infirmière-coordinatrice dans un HM, Belgique.

⁶⁹² Vladimir JANKELEVITCH, *L'alternative*, op. cit., p. 10.

⁶⁹³ *Ibid.*, p. 99.

⁶⁹⁴ Peter BERGER et Luckmann THOMAS, *La construction sociale de la réalité*, op. cit.

fonctionnement peuvent apprendre et appliquer les « méthodes pour s'orienter dans l'environnement, les recettes efficaces pour utiliser les moyens typiques pour obtenir les résultats typiques dans des situations typiques »⁶⁹⁵.

Cependant pour Jankélévitch, l'invention caractéristique de l'attitude heuristique est consubstantielle du principe d'économie propre de l'attitude didactique. Ces deux éléments inhérents à l'acte de création peuvent être appréhendés comme des deux faces d'une même médaille. Ainsi « sans préexistence mentale, il n'est pas de pensée possible, — et pas plus d'invention que de technique ; l'acte de penser les objets n'est concevable que par relation avec un certain passé intellectuel (...). La vie de l'esprit n'est donc faite, en un mot, que d'un va-et-vient incessant entre l'un et le divers, puisque nous ne pouvons penser qu'en prenant appui sur des “thèmes” solides » ; et que ces thèmes eux-mêmes, nous ne pouvons les développer que grâce à l'intervention continue d'un effort novateur »⁶⁹⁶.

Weber dans sa description de la vocation du savant évoque lui aussi les conditions déterminant les rapports entre instituant et *institué* dans leur dynamique de création dialectique. Aussi, pour l'auteur, si la science tend à se définir comme « une opération de calcul qui se fabriquerait dans les laboratoires et les bureaux de statistique avec le seul secours du froid entendement et non avec toute “l'âme”, un peu comme un travail dans une usine »⁶⁹⁷, il est nécessaire que « quelque chose *viene à l'esprit* du travailleur » sans quoi il ne pourra pas « produire quelque chose de valable »⁶⁹⁸. Pour Weber, l'intuition joue un rôle tout aussi important dans l'art que dans la science. Il est certes nécessaire pour le savant de maîtriser les techniques de son activité. Rigoureusement, il effectue dans son travail quotidien une multitude de tâches triviales et mécaniques, mais l'inspiration « seule est décisive »⁶⁹⁹. Selon l'auteur, « c'est une idée puérile de croire qu'un mathématicien assis à sa table de travail pourrait parvenir à un résultat quelconque utile pour la science en manipulant simplement une règle ou une mécanique telle qu'une machine à calculer. L'imagination mathématique d'un Weierstrass est évidemment orientée, dans son sens et dans son résultat, tout autrement que celle d'un artiste, dont elle est également radicalement distincte du point de vue de la qualité : mais le processus psychologique est le même dans les deux cas. Les deux ne sont qu'ivresse (au sens de Platon) et “inspiration” »⁷⁰⁰.

⁶⁹⁵ Alfred SCHÜTZ, *Le chercheur et le quotidien*, op. cit., p. 20.

⁶⁹⁶ Vladimir JANKELEVITCH, *L'alternative*, op. cit., p. 122.

⁶⁹⁷ Max WEBER, *Le savant et le politique*, op. cit., p. 83.

⁶⁹⁸ *Ibid.*

⁶⁹⁹ *Ibid.*, p. 82.

⁷⁰⁰ *Ibid.*, p. 85.

Dans un processus inversé, c'est également ce que constate Becker lorsqu'il décrit le travail de l'artiste. Dans *Les mondes de l'art*, il commence son analyse en relativisant la figure mythifiée d'un génie artistique prétendument isolé et possédant des qualités exceptionnelles. Pour l'auteur, l'art qui présuppose l'inventivité de ceux qui le produisent se définit également comme un travail méthodique et rigoureux. Ainsi, « les compositeurs qui écrivent tant de mesures par jour et les peintres qui travaillent à heures fixes, quelle que soit leur humeur du moment, font planer un doute sur les talents surhumains qu'ils sont supposés exercés »⁷⁰¹. De plus, l'œuvre d'art constitue le fruit d'une collaboration impliquant une pluralité d'acteurs qui vont permettre aux créateurs de disposer d'outils et de matériaux nécessaires à sa réalisation, puis à sa diffusion.

On peut considérer dès lors, que le « froid calcul » du savant, le « comportement méthodique “anti-artistique” »⁷⁰² du compositeur, « les lisières de la symétrie et les rassurantes antithèses de la rhétorique »⁷⁰³ du philosophe et le « cadre figé » de l'expérimentateur de projet d'*habitat alternatif* sont nécessaires au va et viens propre à l'acte de création. La technique et l'invention, respectivement identifiées par Jankélévitch comme « l'intelligence » et « l'intuition » travaillent de concert et permettent de penser l'économie non plus close, mais ouverte. Le principe d'« économie ouverte » permet alors de trouver dans l'intelligence de la technique quelque chose qui n'y figure pas déjà. Elle favorise le réaménagement des formes antérieures préexistantes à chaque avancée, au « monde qui change »⁷⁰⁴. Elle est une capacité de réajustement du passé dans le présent et correspond à ce qu'on pourrait appeler une *intelligence intuitive*. En effet, « Notre pensée est prisonnière de l'ordre, et cela veut dire au fond qu'étant un rapport elle ne saurait aller de rien à quelque chose, opérer dans le vide, sans l'appui d'aucun ordre déjà constitué, si faible qu'en soit par ailleurs la cohérence ou si souple qu'en soit l'autorité »⁷⁰⁵.

CONCLUSION

Ce chapitre nous a permis de retracer certaines des étapes de la trajectoire de l'alternative, de l'imagination d'un projet jusqu'à son institutionnalisation, et parfois, à sa diffusion. Après avoir identifié des besoins jugés non satisfaits ou *mal* satisfaits auxquels ils visent à répondre, les initiateurs d'*habitats alternatifs* formalisent une idée, impulsée par le

⁷⁰¹ Howard Saul BECKER, *Les mondes de l'art*, op. cit., p. 43.

⁷⁰² *Ibid.*

⁷⁰³ Vladimir JANKELEVITCH, *L'alternative*, op. cit., p. 125.

⁷⁰⁴ Fernand, 63 ans, initiateur d'un HM, Wallonie, Belgique, février 2015.

⁷⁰⁵ Vladimir JANKELEVITCH, *L'alternative*, op. cit., p. 124.

principe moteur de l'utopie son « extraterritorialité » conduisant à faire un « pas de côté ». Cette « extraterritorialité » suppose une mise à distance de l'*institué*, nécessaire pour imaginer des modalités résidentielles et de prise en charge « radicalement autres ». Elle conduit à la formalisation d'un laboratoire d'expérimentation. Défini comme une ouverture du champ des possibles, le laboratoire de l'alternative va permettre aux porteurs de projet, au travers de diverses stratégies de création mises en œuvre, et dans le rapport au terrain, à donner une forme concrète aux « utopies » fondatrices, de cadrer un concept, d'en définir le sens et les orientations.

Nous avons défini les explorateurs tâtonnants du laboratoire d'expérimentation comme des « francs-tireurs » suivant la terminologie de Becker. Si la posture de ces francs-tireurs est transgressive, dissidente, s'ils explorent les continents de l'imaginaire pour imaginer un « autrement », ils visent également à assurer la pérennité de leur réalisation. L'effort dispendieux propre à l'« attitude heuristique » de recherche cristallise un modèle figé, permettant, suivant les principes économiques de l'intelligence « d'utiliser un minimum de moyens en vue d'obtenir un maximum de résultats »⁷⁰⁶. Aussi, l'alternative en s'instituant, procède d'un processus de typification se formalisant dans le rapport entre la théorie et la pratique. Il devient une « réalité objectivée », un cadre d'interaction ritualisé dans lequel se déploient de nouvelles méthodologies de soin, de nouveaux « modèles culturels » de prise en charge, dont l'analyse fera l'objet du prochain chapitre.

⁷⁰⁶ *Ibid.*, p. 97.

CHAPITRE 5 : THERAPEUTIQUES ALTERNATIVES ET TECHNIQUES EXPERIMENTALES DANS L'APPROCHE DE LA « FRAGILITE » ET DE LA « DEPENDANCE »

INTRODUCTION

Les habitats alternatifs se rejoignent dans une intention commune de leurs initiateurs, de repenser le « dernier chez-soi »⁷⁰⁷. Les porteurs de projet et/ou les gestionnaires visent à se démarquer du « spectre de l'institution totale »⁷⁰⁸ incarné par le modèle repoussoir de la maison de retraite. Cette distinction s'exprime dans une approche renouvelée de la personne âgée « fragile » et « dépendante ». Elle est perceptible dans les valeurs véhiculées, dans l'architecture des espaces, dans la formalisation du cadre routinier des interactions quotidiennes et dans les pratiques soignantes.

Dans ce chapitre, il s'agira de restituer les méthodologies et les techniques expérimentées dans l'alternative gérontologique. Nous avons pu relever trois thématiques significatives. Dans une première section, nous montrerons comment les espaces, inspirés du domicile ordinaire, sont aménagés pour recréer un « espace aimé »⁷⁰⁹ et favoriser la reconstitution d'un « chez-soi ». Une seconde section nous permettra de décrypter les ritualités et l'aménagement du travail de soin orienté vers la familiarité, la convivialité, une approche globale et personnalisée de la personne aidée. Enfin, dans une troisième section, nous verrons comment l'activation du lien social et de la solidarité a permis, dans certaines formules, d'instituer une nouvelle technologie alternative d'« accompagnement » de la « fragilité » et de la « dépendance ».

⁷⁰⁷ Isabelle MALLON, *Vivre en maison de retraite*, op. cit.

⁷⁰⁸ Iris LOFFEIER, *Panser des jambes de bois ?*, op. cit.

⁷⁰⁹ Gaston BACHELARD, *La poétique de l'espace*, Paris, Presses universitaires de France, 2012.

I. RECONSTITUTION D'UNE POÉTIQUE DU DOMICILE

1. Le « chez-soi »

1.1. La poétique de « l'habiter »

Dans la *Poétique de l'espace*, Bachelard examine la valeur symbolique de la maison comme « espace aimé », « espaces heureux ». Au-delà des mesures froides et symétriques de son architecture, rationalisée par le géomètre, l'urbaniste ou l'architecte, elle est vécue dans l'imaginaire, qui lui confère une dimension de protection. Ainsi « un tel objet géométrique devrait résister à des métaphores qui accueillent le corps humain, l'âme humaine. Mais la transposition à l'humain se fait tout de suite, dès qu'on prend la maison comme espace de réconfort et d'intimité, comme un espace qui doit condenser et défendre l'intimité »⁷¹⁰. Dans sa poétique, elle « est une des plus grandes puissances d'intégration pour les pensées, les souvenirs et les rêves de l'homme »⁷¹¹. Protectrice, elle est la coquille initiale, le berceau de l'homme, qui trouve en elle un refuge contre l'hostilité du monde extérieur. La maison se définit alors comme un « instrument à affronter le cosmos ». « Envers et contre tout » elle « nous aide à dire : je serai un habitant du monde, malgré le monde »⁷¹².

Mais, la maison n'est pas qu'un abri. Elle est aussi un espace dans lequel on circule. On peut la traverser, verticalement, de la cave au grenier. On peut la quitter, y revenir. On peut également en faire un lieu d'hospitalité, dans un mouvement continu d'ouverture et de fermeture. La porte symbolise ce mouvement, elle est une métaphore d'« entrouverture ». Pour Simmel, elle figure, dans sa dialectique, le lien et la séparation, et permet à l'homme « de se donner lui-même des limites, mais librement, c'est-à-dire de telle sorte qu'il puisse de nouveau supprimer ces limites et se placer en dehors d'elles »⁷¹³.

Les recherches portant sur les significations subjectives du « chez-soi » dans le vieillissement s'inscrivent dans la continuité des réflexions de Bachelard. Le « chez-soi » se définit comme un « territoire de l'intimité »⁷¹⁴. Il constitue un repaire, une stabilité, dans lequel il est possible de préserver son identité et d'effectuer le travail du vieillir⁷¹⁵. Incarné par le domicile ordinaire, il est un lieu à soi, dont les coffres et les tiroirs abritent les souvenirs,

⁷¹⁰ *Ibid.*, p. 59.

⁷¹¹ *Ibid.*, p. 26.

⁷¹² *Ibid.*, p. 58.

⁷¹³ Georg SIMMEL, « Pont et porte », in *La tragédie de la culture*, Paris, Éditions Rivages, 1988, p. 164.

⁷¹⁴ Perla SERFATY-GARZON, *Chez soi : Les territoires de l'intimité*, Paris, Armand Colin, 2003.

⁷¹⁵ Monique MEMBRADO, Serge CLEMENT, Marcel DRULHE, Karla GRIERSON, Jean MANTOVANI, Anastasia MEIDANI, Alice ROUYER, Tristan SALORD, Nicole THATCHER, Philippe VIDAL et Monique GARNUNG, *Habiter et vieillir : les âges du « chez soi »*, Toulouse, Université de Toulouse-Le Mirail/CNRS-LISST, 2008.

dont les photographies et les bibelots témoignent d'une histoire. Le « chez-soi » à domicile est aussi le fruit d'une appropriation, signe de la maîtrise de l'occupant sur son lieu de vie. Comme l'écrit Bernadette Veysset, la maison est « travaillée », elle « subit » les aménagements et les transformations « qui ont permis à ses habitants de se sentir chez eux au fur et à mesure de leurs âges »⁷¹⁶. Le « chez-soi » constitue également un instrument de médiation avec l'extérieur, entre soi et les autres. Ainsi, « les lieux sont des liens »⁷¹⁷ où « la possibilité de l'extériorité, de sortir au-dehors, se réalise à partir de l'assurance d'une intimité »⁷¹⁸.

1.2. Le « chez-soi » à l'épreuve de la fragilisation

Au cours du processus de vieillissement, les valeurs d'intimité, de protection, de repères et de liens du domicile peuvent être compromises par les accidents de santé, les deuils et les séparations. La maison peut alors « prendre le pouvoir »⁷¹⁹, restreindre l'espace d'activité de la personne, l'enfermer dans les limites d'un territoire qui lui devient alors hostile. Bachelard remarque que « la *maison* se creuse aussi d'elle-même, s'enracine au sol, elle nous sollicite pour une descente ; elle donne à l'homme un sens du secret, du caché. Puis le drame vient, la maison est non seulement une cachette, mais aussi un cachot »⁷²⁰.

Confrontées à la « fragilisation », les personnes âgées élaborent des stratégies d'adaptation à l'aide de « bouts de ficelles » et de « petits bricolages » pour se maintenir chez elles et garder leur indépendance⁷²¹. La multiplicité des aménagements à domicile comme l'introduction d'objets techniques pour faciliter les mouvements et les déplacements, le recours à la domotique, les transformations ou le réagencement de certaines pièces⁷²² révèlent la plasticité des modes d'habiter et dénote de l'ingéniosité, du potentiel créatif et des capacités

⁷¹⁶ Bernadette VEYSSET, *Dépendance et vieillissement*, op. cit., p. 54.

⁷¹⁷ Monique MEMBRADO, Serge CLEMENT, Marcel DRULHE, Karla GRIERSON, Jean MANTOVANI, Anastasia MEIDANI, Alice ROUYER, Tristan SALORD, Nicole THATCHER, Philippe VIDAL et Monique GARNUNG, *Habiter et vieillir : les âges du « chez soi »*, op. cit., p. 80.

⁷¹⁸ Monique MEMBRADO, « Introduction », in *Habiter et vieillir. Vers de nouvelles demeures*, Érès., Toulouse, 2013, p. 10.

⁷¹⁹ Bernadette VEYSSET, *Dépendance et vieillissement*, op. cit.

⁷²⁰ Gaston BACHELARD, *La Terre et les rêveries du repos*, Paris, Librairie José Corti, 1948, p. 257.

⁷²¹ Bernard ENNUYER, « La construction du champ de la dépendance : de la définition du mot au débat sur le cinquième risque », op. cit.

⁷²² Pour plus de précision concernant sur les techniques d'aménagement du domicile voir : Françoise LE BORGNE-UEN, Simone PENNEC et Florence DOUGUET, *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*, Brest, Université Bretagne Occidentale, 2000.

d'adaptabilité des personnes pour « investir, désinvestir et réengager de nouvelles pratiques dans leur(s) logement(s) et leur(s) environnement(s) »⁷²³.

Le maintien à domicile suppose parfois d'être accompagné par des intervenants professionnels ou familiaux, qui peuvent apparaître à l'habitant comme des intrus. Ils peuvent alors en partie briser la signification symbolique de l'« espace aimé », et les habitants de ces lieux « à soi » peuvent alors se sentir de moins en moins chez eux. De plus, la notion de « libre choix » associée à la possibilité du maintien à domicile, régulièrement affirmée comme une priorité des politiques publiques, est altérée par les inégalités de ressources humaines et financières à disposition des personnes. Pour Bernard Ennuyer en effet, « dans le choix de rester à domicile, les personnes qui ont de l'argent, de la famille, de l'information, seront les plus à même de garder un maximum de choix dans leur mode de vie, par contre les plus isolées, les plus pauvres, les plus malades n'auront elles aussi de marge de choix à domicile que pour autant que les politiques publiques mettront à leur disposition des structures et intervenants professionnels capables de respecter l'autonomie restante de ces personnes »⁷²⁴.

Lorsque les possibilités de maintien au domicile sont limitées par l'apparition de handicaps physiques et cognitifs, un réseau d'entraide réduit ou des situations d'isolement social, arrive un moment où les personnes peuvent décider, dans la négociation avec leurs proches, de déménager en maison de retraite. La mauvaise réputation qui lui est associée et la rupture provoquée par l'installation de ce qui apparaît souvent comme « l'ultime demeure » pose la question des possibilités d'y reconstruire un « chez-soi ».

Les travaux d'Isabelle Mallon montrent que la réappropriation de l'institution par les résidents dépend des trajectoires individuelles et du cheminement jusqu'au déménagement dans les lieux. Aussi, l'entrée en maison de retraite n'est pas toujours vécue comme une rupture biographique, elle est parfois choisie et perçue comme une continuité dans l'histoire de vie. L'auteure remarque ainsi que « les individus qui ont anticipé leur vieillissement jusqu'à imaginer un schéma de vie où l'institution a sa place parviennent à se dérober à ce rite d'institution qu'est l'entrée en établissement. Mais pour ceux qui ont vécu sans penser à leur vieillesse, le séisme de l'entrée est tel qu'il remet en question les identités établies »⁷²⁵. Cependant, en dépit des orientations politiques en faveur de l'humanisation des institutions et de la valorisation du consentement des personnes âgées dans les prises de décisions, pour

⁷²³ Simone PENNEC, « Manières d'habiter et transitions biographiques à la vieillesse », in *Habiter et vieillir. Vers de nouvelles demeures*, Toulouse, Érès, 2013, p. 85.

⁷²⁴ Bernard ENNUYER, « Quelles marges de choix au quotidien. Quand on a choisi de rester dans son domicile ? », *Gérontologie et société*, 2009, vol. 4, n° 131, pp. 63-79.

⁷²⁵ Isabelle MALLON, *Vivre en maison de retraite: le dernier chez-soi*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2004, p. 221.

Simone Pennec, « l'entrée en établissement reste souvent vécue comme un placement (par autrui et par défaut), un départ pour un non domicile, un non-lieu personnel dans lequel le sentiment "d'être chez soi" est à la peine »⁷²⁶.

2. L'*habitat alternatif*, modélisation d'une « poétique de l'habiter »

À l'instar des maisons de retraite traditionnelles, les *habitats alternatifs* se définissent comme des lieux de vie. Mais dans ces formules, la recreation d'un « chez-soi » s'inscrit dans un processus de distinction avec l'institution d'hébergement classique. Il s'agit de répondre « autrement » au besoin de domicile des personnes âgées. Malgré l'hétérogénéité des *habitats alternatifs*, on peut ainsi noter une tendance similaire dans l'intention des porteurs de projets de transplanter le domicile ordinaire, l'« espace aimé » dans les espaces expérimentaux consolidés.

2.1. Les *habitats alternatifs* des lieux de vie « comme chez soi »

Les *habitats alternatifs* sont imaginés pour figurer le « chez-soi » dont la symbolique est ancrée par un ensemble de signes caractéristiques. On peut considérer notamment, que les appellations de « maison » Âges & Vie, de « domiciles » partagés, ou encore de « village » de Mariemont permettent d'imprégner les lieux de la valeur propre au logement ou à l'environnement ordinaire. De même, dans certains modèles, l'usage de termes rappelant l'institution est proscrit. Pour Astrid, l'utilisation d'une taxonomie appropriée au domicile partagé facilite la compréhension du dispositif auprès des usagers, et permet d'éviter qu'il ne soit associé à l'hébergement collectif « classique ». Ainsi, « le mot "résident" n'existe pas, c'est colocataire », il en est de même pour le terme de « transfert » auquel se substitue celui de « déménagement » :

« Pas des transferts c'est comme si vous vous dites : "je déménage" après vous êtes pas transféré quand vous arrivez dans un nouvel appart. Qui vous transfère ? C'est pas possible, le mot n'existe pas » (Astrid, 35 ans, responsable de secteur d'un HCA, Morbihan, France, mai 2014)

Il apparaît que les porteurs de projet d'*habitat alternatif* visent à créer des lieux de vie « comme à la maison ». Cependant, les espaces sont traversés par une pluralité d'acteurs

⁷²⁶ Isabelle MALLON, *Vivre en maison de retraite*, op. cit., p. 221.

présents parfois continuellement sur les lieux. Dans les HA et les HCA, le statut des soignants et leur marge d'action sont cadrés. Les Demenz-WG de Berlin notamment sont définis comme des *ambulant betreute Wohngemeinschaft für Menschen mit Demenz*. Cette dénomination indique que l'aide à la vie quotidienne est opérée par un service de soin « ambulatoire » — (*ambulant*) — comme à domicile. La précision « ambulatoire » constitue le marqueur de l'instauration d'une volonté de maîtrise des lieux de vie par les usagers eux-mêmes, et permet d'ancrer l'idée du « chez-soi » ; le personnel soignant est en visite chez l'habitant et non l'inverse.

Le principe d'un soin en « ambulatoire » est appliqué dans les formules de notre champ d'investigation. Dans la maison communautaire des Sœurs âgées par exemple, ce sont des Sœurs « *soignantes* » qui œuvrent à la prise en charge des Sœurs « *malades* », elles sont responsables des équipes de soin composées en partie de laïcs. Le personnel laïc est piloté par les religieuses, il a une fonction d'assistance complémentaire, intervient en « ambulatoire » comme il le ferait à domicile, il est donc « chez elles ».

De même pour Samuel, les Maisons Âges & vie ne sont juridiquement pas des établissements. Selon lui, cette distinction qui « *importe un peu sur tout* » est « *déjà en soi une particularité. Importante. Peut-être même leur principale* », parce qu'elle sous-entend l'idée que « *les gens habitent chez eux* ». Bien qu'ils soient « *à disposition de leurs employeurs* » 24 h/24, et présent quasi continuellement sur les lieux, Samuel soutient que les membres du personnel sont « *des aides à domicile qui interviennent au domicile des personnes âgées* »⁷²⁷.

Les acteurs institutionnels de l'Antenne Andromède insistent eux aussi sur le caractère domiciliaire du modèle, qui permet aux habitants « *de vivre comme à la maison et de décider* »⁷²⁸. La charte du projet indique en effet que le CPAS organise « *l'encadrement de manière souple afin de rencontrer les besoins de sécurité et de soutien de la vie quotidienne sans prendre totalement en charge les différents aspects de la vie* »⁷²⁹. L'intervention d'un réseau d'entraide souple « *confirme le fait que les habitants vivent dans leur propre domicile à Andromède et ne sont pas hébergés en maison de repos* »⁷³⁰. Aussi, « *plutôt que d'être pensionnaires d'une maison de retraite, les seniors sont des habitants d'appartements* »⁷³¹.

Dans les pratiques soignantes effectuées dans les *habitats alternatifs*, le cadrage de la position du personnel se traduit par une attitude spécifique envers l'espace privé des

⁷²⁷ Samuel, 43 ans, cofondateur et cogérant d'un HCA, Bourgogne-Franche-Comté, France, septembre 2013.

⁷²⁸ Christine, 59 ans, référente pour la démence dans une MRS, responsable de coordination et cofondatrice d'un HCA, Région Bruxelles-Capitale, Belgique, août 2014.

⁷²⁹ Charte de l'Antenne Andromède, p 5.

⁷³⁰ Charte de l'Antenne Andromède, p 5.

⁷³¹ *Ibid.*, p 4

personnes accueillies. Il s'agit de ne pas s'imposer, de respecter l'aménagement des chambres individuelles malgré le désordre qui peut y régner. Comme le souligne notamment Yvonne :

« C'est donc des chambres, ils sont en location ici, c'est donc chez eux, leur chambre, leurs meubles. Par exemple, s'ils décident de laisser un bouquet de fleurs fané et que ça leur plait, on ne touche pas... C'est leur logement. » (Yvonne, 53 ans, responsable auxiliaire de vie dans un HCA, Bourgogne-Franche-Comté, France, octobre 2013)

De même, Gwen, auxiliaire de vie dans un domicile partagé, exprime son refus de porter une tenue de travail à connotation soignante, pour éviter de s'« imposer » auprès des personnes qui, selon elle, sont « chez elles » :

« Vous êtes peut-être allée dans certains domiciles partagés où ils ont des uniformes... y'a des domiciles partagés où y'en a, mais moi je suis pas pour. On est... et on est à la maison on n'est pas chez nous en plus, on est chez eux. On n'a pas à imposer. » (Gwen, 35 ans, auxiliaire de vie dans un HCA, Morbihan, France, mai 2014)

2.2. Familiariser les lieux

Pour ancrer le sentiment du « chez-soi » dans l'*habitat alternatif* et limiter l'impact des ruptures causées par un déménagement, les porteurs de projet visent à familiariser les lieux. Pour ce faire, les formules sont parfois consolidées à proximité des communes ou du quartier d'origine des résidents⁷³². Par-delà, il est question de leur éviter une installation dans une institution d'hébergement, géographiquement trop éloignée de leur ancien domicile. Dans le cas de l'association A2MG, l'initiative est mise en place dans un village alsacien, au sein même des habitations privées des bénéficiaires du projet⁷³³. Selon Robert, le maintien des personnes vieillissantes dans un cadre de vie familial, routinier et ordinaire permet d'éviter les déracinements comme il l'explique dans cet extrait :

« Au lieu de leur permettre une fin de vie normale, dans la famille, dans le lieu de vie où elle habite... avec l'environnement qu'elle connaît qu'elle a dans la tête depuis longtemps,

⁷³² Les domiciles partagés et les maisons Ages & vie notamment privilégient les demandes issues de personnes résidents dans le territoire d'implantation de la formule.

⁷³³ Pour rappel, le premier lieu de vie est aménagé au domicile de Suzanne, la mère de la fondatrice du projet. Lorsque celle-ci décède, un second lieu de vie est consolidé au domicile de Caroline, une autre des habitantes du village.

avec les enfants, les petits enfants ou même s'ils sont pas là les voisins, les voisines, le maire, je sais pas quoi. Et bien on la prend, c'est comme une fleur hein, elle pousse bien, vous la prenez et vous la mettez dans, vous prenez une fleur dans un potager je sais pas où et vous la mettez dans la forêt, vous avez des fleurs, là, qui poussent, (j'image un peu le truc), mais c'est ça. Et avec notre système on évite aussi ça. On permet aux gens de rester chez eux, dans leur environnement aussi bien social, que physique, que géographique ; la rue elle la connaît, les toits de la maison d'en face elle les connaît, les bruits, les oiseaux et tout... Dans une maison de retraite, c'est plus ça. » (Robert, 73 ans, cofondateur et président de l'association d'un HA, Grand-Est, France, février 2013)

Parfois, la création d'une atmosphère de familiarité s'établit, non pas dans la proximité géographique entre l'*habitat alternatif* et le domicile ordinaire, mais par le regroupement dans un même espace de personnes partageant des valeurs ou une histoire en commun. Ainsi, l'union des sept congrégations franciscaines, qui conduisit à la création des trois maisons communautaires des Sœurs Aînées, permit aux religieuses de demeurer dans un modèle d'habitat conforme à leurs habitudes antérieures. On peut considérer alors que les lieux réaménagés ont une fonction de refuge. Ils permettent aux habitantes de préserver leur identité spirituelle et communautaire « jusqu'à la mort »⁷³⁴. Le « chez-soi », qui tend ici à se fondre dans un « chez nous », se définit par la croyance partagée des Sœurs, en témoigne cet extrait d'entretien, évoquant l'importance d'un esprit commun comme élément de définition du « chez-soi » :

« Même si nos Sœurs sont déracinées de leurs lieux de vie, parce qu'elles nous arrivent de tous les côtés, elles nous arrivent de Nantes... donc, mais elles sont chez elles, il y a le même esprit, qui nous convient, qui nous fait cheminer. » (Sœur Marie-Annick, 73 ans, habitante d'un HA, Normandie, France, octobre 2015)

On retrouve une intention similaire dans le village de « Hogeweyk ». La section « concept » sur le site internet de cet HM indique en effet : « vivre un mode de vie, comme c'était le cas avant, les résidents se rejoignent autour des activités, des expériences de vie et des intérêts qu'ils ont en commun »⁷³⁵. Les résidents sont regroupés par « habitations style de

⁷³⁴ Claudette COLLOT, *Des lieux de vie jusqu'à la mort?*, Fondation de France., Paris, 1984.

⁷³⁵ « living a lifestyle, just like before. Residents recognize each other based on their activities, life experiences and interest », source : site internet du projet, <http://hogeweyk.dementiavillage.com/en/concept/>, consulté le 14 juin 2016.

vie », imprégnées d'une ambiance particulière et correspondant aux différents modes de vie identifiés de la société néerlandaise (« *Gooi* », « *chrétien* », « *casanier* », « *indépendant* », « *urbain* », « *culturel* », « *indonésien* »)⁷³⁶.

2.3. Normaliser le lieu

L'évocation du domicile est perceptible également dans l'intention des porteurs de projet de « normaliser » les espaces de vie. Dans le cas des HA et des HCA par exemple, les habitations se fondent dans le décor et s'apparentent à des maisonnées ordinaires. De l'extérieur rien ne laisse présager que réside dans les lieux un regroupement de personnes âgées de plus de 60 ans « fragiles » et « dépendantes ». La figuration de l'ordinaire, utilisée comme un moyen de symboliser le domicile, se traduit parfois aussi par une volonté de certains porteurs de projets de banaliser les espaces intérieurs et l'aménagement de la vie quotidienne. Comme le souligne Samuel :

« Les meubles sont des meubles normaux, la cuisine est une cuisine normale, les horaires sont normaux. C'est tout bête, mais ils mangent à un horaire normal, ils mangent pas à cinq heures et demie le soir. Je veux dire tout découle de ça. Une fois qu'on a posé ça comme principe, on tire les ficelles dans cette direction-là. Mais le cœur du projet c'est ça, c'est : "je vis le plus normalement possible". » (Samuel, 43 ans, cofondateur et cogérant d'un HCA, Bourgogne–Franche-Comté, France, septembre 2013)

Pour Samuel, la possibilité de « *vivre le plus normalement possible* » induit la possibilité de « *vivre comme si on vivait chez soi* », dans une chambre « *normale* » conduisant par des couloirs « *normaux* » à une pièce commune aménagée avec des meubles ordinaires. Outre la consolidation d'espaces « *comme chez vous ou chez moi* », figurant « *le plus possible un intérieur qui ressemble à l'intérieur de monsieur Tout-le-Monde* », l'organisation de la vie quotidienne a vocation à être elle aussi « normalisée ». Ainsi, les repas sont préparés avec des « *denrées de base non préparées (pas de plats préparés, de soupe en boîte, de purée toute faite, etc.)* »⁷³⁷, et les habitants ne « *mangent pas à cinq heures et demie le soir* » comme le stipule le CAP. Ces aménagements permettent, selon Samuel, de répondre aux objectifs des

⁷³⁶ Voir présentations des terrains, Chapitre 3.

⁷³⁷ Le CAP. Cahier des bonnes attitudes professionnelles. Connaître et respecter le cadre de travail des maisons Ages & Vie, p 6.

Maisons Âges & Vie, dont le « *fil rouge* » consiste « *précisément d'arriver à un rythme de vie normale* »⁷³⁸.

Dans le cas des HM de grande envergure, qui s'apparentent dans leur forme architecturale à des institutions d'hébergement « classiques », il apparaît que les espaces sont aménagés de sorte à figurer un « village » ou un « quartier » résidentiel. Dans le village de Mariemont notamment, les traits à connotation hospitalière sont délibérément gommés. Pour Danie, « *on n'a pas l'impression d'être dans une maison de repos, on peut pas dire que ça sente mauvais ou que le cadre soit sévère* ». Une telle structuration de l'espace est élaborée « *pour que les gens se sentent bien* »⁷³⁹. Comme le souligne Brice en effet, l'architecture banalisée permet aux résidents de « *rester positifs et de ne pas attendre que le temps passe* »⁷⁴⁰. Il s'agit de « *ne pas avoir l'image d'un petit hôpital* »⁷⁴¹ afin de « *démédicaliser* » le lieu de vie. Comme le stipule le livret d'accueil de la structure : « *la nécessité d'un "chez-soi" est largement reconnue à Mariemont Village. Ce concept concerne tant l'environnement extérieur que l'architecture et le design du bâtiment. Notre architecture est de type hôtelier et non de type hospitalier, démédicalisant ainsi notre accompagnement (...) Nos résidents retrouvent parmi nous un hébergement adapté rappelant le domicile* »⁷⁴².

2.4. La maison « intelligente »

La maison, dans sa poétique, est comme nous l'avons souligné un repaire, un espace familial que l'on maîtrise, mais elle est également un lieu dans lequel on circule. Il apparaît ainsi que les initiateurs d'*habitats alternatifs* visent généralement à répondre à la « fragilité » des personnes accueillies, en aménageant des espaces adaptés dans lesquels les déplacements et les mouvements sont facilités. Pour reprendre la formulation de Bernadette Veysset, on peut considérer que ces lieux de vie ont vocation à libérer l'habitant de « l'immobilisme des murs qui l'enserrent »⁷⁴³. L'aménagement d'un « chez-soi » fonctionnel renvoie à la maison personnifiée de Bachelard. Adaptée aux handicaps physiques et cognitifs des habitants « fragiles » et « dépendants », elle vient leur donner des « conseils de résistance »⁷⁴⁴. Elle « bombe le torse », elle « raidit les reins », elle « plie quand il faut plier, sûre de se redresser à

⁷³⁸ Samuel, 43 ans, cofondateur et cogérant d'un HCA, Bourgogne-Franche-Comté, France, septembre 2013.

⁷³⁹ Danie, 40 ans, soignante dans un HM, Wallonie, Belgique, janvier 2014.

⁷⁴⁰ Brice, 35 ans, directeur d'un HM, Wallonie, Belgique, janvier 2014.

⁷⁴¹ Benoît, 63 ans, cofondateur d'un HM, Wallonie, Belgique, février 2015.

⁷⁴² Livret d'accueil Mariemont village.

⁷⁴³ Bernadette VEYSSET, *Dépendance et vieillissement, op. cit.*, p. 54.

⁷⁴⁴ Gaston BACHELARD, *La poétique de l'espace, op. cit.*, p. 57.

temps en niant toujours les défaites passagères ». Elle (re) devient un « instrument à affronter le cosmos »⁷⁴⁵.

La valeur protectrice de la maison et les capacités renouvelées de maîtrise de son « domicile » s'incarnent dans l'accessibilité des espaces vécus. Elles correspondent notamment aux « habitats adaptés » identifiés par Dominique Argoud dans sa typologie des « habitats intermédiaires ». Dans ces formules, le recours à la domotisation et aux nouvelles technologies (téléphonie interne, commandes aux volets, fermeture automatique des portes...) permet d'architecturer une « maison intelligente »⁷⁴⁶. De même, dans les *habitats alternatifs*, les logements de plain-pied, se situent généralement au rez-de-chaussée et sont accessibles aux fauteuils roulants. Les salles de bain équipées de douches à l'italienne facilitent l'accessibilité des habitants. Certains porteurs de projet ont même aménagé des espaces ergonomiques, permettant de compenser les pertes liées aux handicaps. Les initiateurs du village de Mariemont par exemple, ont développé ce qu'ils définissent comme un « environnement prothétique ». Dans certaines chambres, des rails ont été installés au plafond pour tracter les résidents en situation de handicaps physiques. Le mobilier y est amovible. Les parois des salles de bain peuvent se décomposer et s'ouvrir sur l'ensemble de la pièce. Les tuyaux de douche ont une large amplitude et les lavabos peuvent être tirés de la salle d'eau jusqu'au lit des résidents. C'est ici le mobilier qui circule et se déplace jusqu'à la personne et non l'inverse, ce qui permet en outre de faciliter le travail de soin des professionnels.

Les modèles alternatifs accueillant des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer semblent, quant à eux, être pensés pour être ajustés aux pertes de repères liés aux troubles de désorientation. Comme le souligne Astrid :

« En fait une personne désorientée, elle peut plus prendre de repères, donc arrivés dans un établissement par exemple avec des étages, des ascenseurs, des... ben c'est difficile de lui mettre plus de bâtons dans les roues quoi. Heu... c'est tout des choses qu'elle va pas savoir intégrer, c'est trop nouveau. Le Domicile partagé, y'a pas un milliard de trucs à repérer. » (Astrid, 35 ans, responsable de secteur d'un HCA, Morbihan, France, mai 2014)

Centralisés autour d'une grande salle commune dont l'amplitude favorise les déambulations, les lieux épurés et de petite taille des domiciles partagés simplifient les rapports entre la personne et son environnement matériel.

⁷⁴⁵ *Ibid.*, p. 58.

⁷⁴⁶ Dominique ARGOUD, « Les nouvelles formes d'habitat pour personnes âgées : approche socio-historique d'une innovation », *op. cit.*, p. 54.

Dans le cas du village de « Hogeweyk », les porteurs de projet ont dépassé les limites de la simple habitation en aménageant un « quartier » d'une superficie de 1,5 hectare. Les portes qui séparent les différents espaces sont automatisées. Sensibles aux mouvements du corps, elles s'ouvrent spontanément, à chaque passage. Pour accéder aux espaces situés à l'étage, il suffit de se diriger vers l'ascenseur, qui s'ouvre automatiquement. Une fois à l'intérieur, il n'est pas nécessaire de composer un code d'accès ou un numéro d'étage. L'ascenseur s'enclenche intuitivement. L'environnement « intelligent », consolidé dans le village de « Hogeweyk », permet ainsi aux résidents de circuler « librement », à pied ou à vélo et de profiter des différentes infrastructures construites pour eux. Ils peuvent ainsi faire leurs courses au « supermarché » ou à l'« épicerie » du coin, boire un verre dans un « bar », aller voir une pièce de théâtre ou un film au « cinéma », ou encore manger au « restaurant ».

2.5. La maison citoyenne

De manière générale, les porteurs de projet insistent sur la nécessité de valoriser les libertés individuelles, le « libre choix » et les capacités décisionnaires des personnes pour les impliquer dans le fonctionnement de leur « chez-soi ». L'exercice des libertés individuelles des habitants s'incarne dans le principe de citoyenneté, ancrée dans les pratiques quotidiennes. Outre le cas des HA, dont il constitue un des principes moteurs, la participation des habitants à la vie du « village », du « domicile » ou de la « maison » est promue et valorisée dans les discours des porteurs de projet. Elle s'accorde à une exigence aujourd'hui considérée comme au fondement des droits et des libertés des personnes âgées, prescrits par un ensemble de textes législatifs en France⁷⁴⁷ comme en Europe⁷⁴⁸ et récemment réaffirmés dans les recommandations de l'Anesm, qui préconise l'« obligation pour les professionnels d'inviter la personne à participer aux décisions qui vont émailler son séjour »⁷⁴⁹.

Pour Samuel notamment, cofondateur des maisons Âges & Vie, la valeur de la citoyenneté « offre une autre vision des choses ». Cette « vision » se traduit par « un discours de responsabilisation », qui suppose de reconnaître les droits des personnes accueillies : elles « font leurs choix » et « assument leurs risques »⁷⁵⁰. À titre d'exemple, Samuel évoque le cas d'un ancien résident qui, lors d'un trajet en automobile, provoque un accident au cours duquel

⁷⁴⁷ « Charte des droits et des libertés des personnes âgées vivant en établissements médico-sociaux » de 2003.

⁷⁴⁸ « Chartes européennes des droits et des responsabilités des personnes âgées nécessitant des soins et une assistance de longue durée »

⁷⁴⁹ Anesm – Qualité de vie en EHPAD (volet 1) – De l'accueil de la personne à son accompagnement, décembre 2010, p 46

⁷⁵⁰ Samuel, 43 ans, cofondateur et cogérant d'un HCA, Bourgogne-Franche-Comté, France, septembre 2013.

il décède, et provoque la mort de trois autres personnes. Pour lui, le tragique de l'accident ne doit pas être une raison pour retirer aux personnes âgées leur droit de conduire.

*« À la “Maison Âges & Vies” de la ***, on avait une personne qui était octogénaire et qui conduisait — ça, c’est rare les gens qui conduisent chez nous, mais pour le coup lui, il était plutôt autonome si vous voulez, et lui il conduisait, à sa façon hein. Il a pris sa bagnole, il est allé sur la nationale, il s’est tué et il a tué trois personnes. Qu’est-ce que vous voulez que je vous dise ? C’est la vie ! Enfin évidemment c’est dramatique pour les gens qui sont morts, ça on est bien d’accord, je suis pas indifférent par rapport à, ça, mais, est-ce que pour autant on peut dire que toutes les personnes de 80/90 ans n’ont plus le droit de conduire ? Et, derrière une notion de vivre ensemble, et de vivre, jusqu’au bout, en vivant sa vie de citoyen, c’est-à-dire : “J’ai du plaisir, je vis normalement, je prends des risques et aussi j’en fais prendre aux autres”, mais quelque part, c’est une acceptation ou pas, enfin ça renvoie à quelque chose de plus profond qui est la place de la personne âgée dans la société » (Samuel, 43 ans, cofondateur et cogérant d’un HCA, Bourgogne–Franche-Comté, France, septembre 2013)*

Dans l’HCA de l’Antenne Andromède, la citoyenneté s’exprime dans le fonctionnement autogestionnaire de l’espace. Partant de l’idée selon laquelle *« ce sont des gens de bon sens les personnes âgées, il faut y croire à ça »*, il s’agit pour Christine d’offrir aux habitants *« l’occasion de s’exprimer, de dire ce qu’ils veulent »*⁷⁵¹, autrement dit de leur reconnaître un droit de décider. *« Responsables de leurs manières de vivre »*⁷⁵², comme le stipule la charte de la formule, les usagers de l’Antenne Andromède organisent eux-mêmes leur vie quotidienne, contribuent à la sélection de leurs futurs colocataires et sont inclus dans un comité d’habitant, ce qui leur permet de formuler des requêtes et de participer aux éventuelles restructurations de leur lieu de vie, suivant l’évolution de leurs besoins.

Dans le village de Mariemont, la citoyenneté est au cœur de la matrice de sens du modèle. Comme le mentionne la brochure de présentation de l’établissement : *« venir à Mariemont village, c’est rester citoyen et choisir de se libérer des petits tracas quotidiens tout en gardant son indépendance, sa dignité et la satisfaction d’avoir une vie sociale riche et épanouissante »*⁷⁵³. On peut considérer que l’importance donnée à cette valeur est liée à la

⁷⁵¹ Christine, 59 ans, référente pour la démence dans une MRS, responsable de coordination et cofondatrice d’un HCA, Région Bruxelles-Capitale, Belgique, août 2014.

⁷⁵² Charte de l’Antenne Andromède, p 4.

⁷⁵³ Livret d’accueil « Mariemont village »

trajectoire de Benoît, cofondateur du projet et ancien directeur général de l'établissement. Juriste de formation, il explique avoir un « *esprit* » l'intimant à considérer que « *quelqu'un, c'est un citoyen d'abord* ». Pour Benoît, les résidents « *doivent rester acteur de leur propre vécu, c'est ça la citoyenneté* »⁷⁵⁴. Influencé par les modèles qu'il visite aux États-Unis lors de ces voyages d'études, il prend le parti de se distinguer d'une architecture hospitalière pour transformer le lieu en un « *village* ». L'établissement comprend ainsi un guichet d'accueil, une boutique, un bar, un auditorium et une « *place de village* » propices aux rencontres entre les résidents. Outre sa forme, le modèle propose un ensemble de services (Cantous, Résidences services, service de convalescence, MR, MRS). Ce « *panel de possibilité* » est appréhendé par Brice, directeur actuel de la structure, comme une condition de la citoyenneté dans la mesure où « *quand on parle de citoyenneté, il faut pouvoir laisser le choix. C'est ça à la base, c'est le choix, le respect des idées* »⁷⁵⁵.

Dans les pratiques quotidiennes, de « *petites astuces* »⁷⁵⁶ permettent d'ancrer la valeur de la citoyenneté dans cet HM. La création d'un journal mensuel, baptisé « *Mon village* », participe à l'instauration d'une ambiance de microsociété. Il a vocation à informer les habitants de la structure des événements qui y ont cours⁷⁵⁷ et de mettre certains d'entre eux à l'honneur⁷⁵⁸. Des boîtes aux lettres, installées dans les espaces communs, permettent aux résidents de faire part de leurs remarques, critiques et plaintes. Un conseil des résidents⁷⁵⁹ est élu tous les quatre ans. Au cours de ce que les acteurs institutionnels appellent une « *période électorale* », les différents candidats partent en campagne. Ils élaborent des « *listes* » de représentants soumis aux votes des résidents. Des « *isoloirs* » installés dans l'enceinte de l'établissement permettent d'imprégner le lieu d'une atmosphère électorale. Le conseil des résidents élus se réunit ensuite, tous les trois mois, pour faire le point, débattre et répondre

⁷⁵⁴ Benoît, 63 ans, cofondateur d'un HM, Wallonie, Belgique, février 2015.

⁷⁵⁵ Brice, 35 ans, directeur d'un HM, Wallonie, Belgique, janvier 2014.

⁷⁵⁶ Brice, 35 ans, directeur d'un HM, Wallonie, Belgique, janvier 2014.

⁷⁵⁷ Certains articles traitent des animations qui se déroulent dans les lieux (fêtes d'anniversaire, jeux olympiques, jardinages, fêtes nationales, activités intergénérationnelles). D'autres rubriques font mention des anniversaires mensuels, des arrivées de nouveaux résidents ou de membres du personnel, et des décès. Ils sont illustrés par des photographies.

⁷⁵⁸ Certaines chroniques du journal sont rédigées par les résidents eux-mêmes où ils traitent de sujet divers et variés qui les intéressent. D'autres articles, publiés sous forme d'interviews sont prévus pour présenter des résidents - dixit la rubrique « *Et si on parlait de vous ?* » - ou des membres du personnel - « *focus sur un membre du personnel* ». Ils sont illustrés par la photographie du ou de la principal(e) intéressé(e).

⁷⁵⁹ Deux représentants par service siègent au conseil des résidents, pour les espaces Cantous, ce sont les familles qui représentent les personnes âgées.

aux attentes et aux demandes « *assez pointues quand même* »⁷⁶⁰, tournées principalement sur l'animation et l'alimentation, considérées comme « *l'intérêt principal* »⁷⁶¹ des résidents.

II. TRAVAIL DE SOIN ET TECHNIQUES RELATIONNELLES DANS L'APPROCHE DES PERSONNES AGEES « FRAGILES » ET « DEPENDANTES »

Dans les *habitats alternatifs*, l'élaboration d'un environnement « comme chez soi » est congruente à l'intention des porteurs de projet de créer des lieux de convivialité. Comme nous le verrons dans cette section, les pratiques soignantes, qui tendent à réaffirmer la symbolique du domicile ordinaire, sont orientées vers une personnalisation de l'accueil, une approche « alternative » de la personne âgée, appréhendée dans la continuité de son histoire.

1. La familiarité dans le soin

1.1. Des lieux de vie « communautaires » : créer une atmosphère de familiarité et de convivialité

L'analyse du discours des porteurs de projet et des soignants des *habitats alternatifs* montre une forte occurrence du thème de la famille :

– « *Comme dit, le projet citoyen, la manière de s'occuper de chaque résident, un peu comme s'il était chez lui, un peu comme s'il faisait partie d'un groupe famille... c'est vraiment important.* » (Fernand, 63 ans, initiateur d'un HM, Wallonie, Belgique, février 2015)

- « *Les familles se connaissent tout le monde se fait la bise. Je vous dis c'est une grande famille. C'est ça qui est bien.* » (Agnès, 67 ans, auxiliaire de vie dans HCA, Morbihan, France, mai 2014)

- « *L'idée c'est de... ça correspond à ça. C'est-à-dire recréer un peu les conditions de vie familiale qu'on avait dans le temps, quand il y avait encore une vie familiale fournie avec des enfants et des petits-enfants en quantité (...) on remplace un peu la famille* » (Robert, 73 ans, cofondateur et président de l'association d'un HA, Grand-Est, France, février 2013)

Ainsi, dans des espaces « comme chez soi », il est question d'accompagner les habitants « comme dans une famille ». À l'instar de la symbolique du domicile, l'atmosphère de convivialité des *habitats alternatifs* est ancrée dans la structuration des lieux,

⁷⁶⁰ Brice, 35 ans, directeur d'un HM, Wallonie, Belgique, janvier 2014.

⁷⁶¹ Brice, 35 ans, directeur d'un HM, Wallonie, Belgique, janvier 2014.

l'aménagement du quotidien et les pratiques d'aides à la vie quotidienne, par un ensemble de signes distinctifs. En premier lieu, elle est conditionnée par le choix des porteurs de projet de créer des lieux de vie pour des groupes restreints de résidents. Les quarante domiciles partagés du Morbihan accueillent chacun huit personnes âgées désorientées, les Maisons Âges & Vie ont une capacité de six ou sept résidents, les quarante-sept places en domiciles protégés de Dijon sont réparties en huit appartements jumelés : deux unités d'accueil, qui fonctionnent de manière autonome l'une par rapport à l'autre, et qui accueillent chacune de cinq à sept personnes âgées désorientées. Dans le cas des HM, les espaces de grandes amplitudes sont segmentés : les huit Cantous du village de Mariemont ont une capacité de 15 personnes, tandis que les 152 résidents du village de Hogeweyk sont répartis dans vingt-trois habitations, par groupes de six à huit personnes âgées désorientées.

Pour Samuel, limiter le nombre de personnes accueillies à six ou sept personnes, entre en cohérence avec la matrice de sens des Maisons Âges & Vie, à savoir, offrir la possibilité aux usagers d'évoluer dans un « *habitat comme normal* », dans un cadre plus communautaire que collectiviste :

« Six, ça nous allait encore bien parce que ça reste une échelle où on est encore dans un habitat comme normal. Si vous êtes à six ou sept à table, vous êtes encore dans une table normale. Une famille nombreuse avec quatre gamins, le papa, la maman et les quatre enfants, vous êtes six. Y'a un stade, je sais pas si c'est huit, neuf, dix, onze, douze, je sais pas, mais je sais qu'il y a un stade où la collectivité l'emporte. » (Samuel, 43 ans, cofondateur et cogérant d'un HCA, Bourgogne–Franche-Comté, France, septembre 2013)

L'aménagement d'une routine autour du thème de la famille est perceptible également dans l'organisation du travail de soin. Nos enquêtes de terrain ont montré que le personnel soignant des *habitats alternatifs* était dans bien des cas stabilisés. Souvent, il intervient dans le même lieu, au cours des mêmes horaires, auprès des mêmes résidents. Pour Astrid notamment, l'organisation de la prise en charge des domiciles partagés, suivant un service à domicile mandataire, est un moyen permettant d'instaurer un climat de « *durabilité* » :

« Certaines associations d'aide à domicile, ils essaient d'occuper les gens un maximum et du coup potentiellement tous les jours vous avez une nouvelle personne qui débarque parce que l'autre a été mise ailleurs. Là c'est pas possible. Vous avez signé un contrat de travail, vous restez au même endroit, sauf si la salariée décide de s'en aller. Ça, on

peut pas le maîtriser. En tout cas l'association elle peut pas faire n'importe quoi. Dans la personne qui vous accompagne y'a un côté durabilité. » (Astrid, 35 ans, responsable de secteur d'un HCA, Morbihan, France, mai 2014)

L'absence de rotation dans les équipes de soin s'accompagne d'une polyvalence dans les tâches réalisées. Si dans les maisons de retraite « classiques », les membres du personnel assurent généralement, pour chacun d'entre eux, une fonction spécifique suivant une division scrupuleuse et morcelée du travail, dans les *habitats alternatifs* les équipes de soin s'occupent de l'aide aux actes essentiels de la vie quotidienne, mais également de l'entretien du linge et des locaux, des courses hebdomadaires, et de la préparation des repas.

Les repas occupent une place centrale dans la structuration du quotidien. Pour Samuel notamment, la qualité de la nourriture en comparaison de l'hôpital permet ainsi de (re) normaliser l'existence conformément à la matrice de sens du projet, et de « *redonner du sens aux choses* » dans un climat de familiarité :

« C'est tout con, mais le steak que vous mettez dans la poêle et que vous servez, il a pas le même goût s'il passe de la poêle à votre assiette que s'il est passé sous le blister pendant une demi-heure puis ramené sur un chariot. Je sais pas, on a tous été hospitalisés une fois au moins dans notre vie, c'est quand même triste à mourir. On est français quand même, je veux dire la bouffe ! Vous allez voir, ils vont vous parler de quoi les personnes âgées ? Ils vont vous parler de la bouffe. Nan, mais c'est fondamental ! (...) Le simple fait d'avoir un repas, d'être à plusieurs, avec quelqu'un qui vous sert... à ben je sais pas vous, mais moi quand je suis tout seul, je grignote, je prends deux trois trucs, mais j'ai pas faim.

Quand on est en famille, y'a le côté festif... enfin festif, y'a le côté stimulant. Donc en redonnant du sens aux choses et on en faisant quelque chose de normal, je pense qu'on aborde la vie différemment. Enfin en tout cas moi, c'est mon ambition. » (Samuel, 43 ans, cofondateur et cogérant d'un HCA, Bourgogne-Franche-Comté, France, septembre 2013)

Les temps du repas apparaissent généralement comme des moments privilégiés de convivialité. Comme le souligne par exemple Pierre Henri Daure, dans un article portant sur les domiciles protégés de Dijon, « les repas prennent une place considérable dans la vie quotidienne. Ils sont à la fois centre d'intérêt et d'activité, sujet de “conversation” et support

de convivialité. Les activités culinaires et les odeurs qui les accompagnent rythment la vie, et contribuent grandement à recréer un mode de vie “familial” »⁷⁶².

1.2. Familiariser les relations entre soignants et résidents

L'élaboration de communautés restreintes de vie chaleureuses et conviviales incite à l'instauration de relations de proximité entre les professionnels et les personnes aidées. Samuel par exemple, « exige que les salariés mangent avec les personnes âgées ». Selon lui, la prise des repas en commun tend à minorer la différence de statut entre les soignants et les personnes aidées :

« “Je mange avec vous” ça veut dire que : “je suis comme vous, je partage votre repas”. Par exemple la personne âgée qui dit : “Ah c'est dégueulasse !”, “c'est peut-être dégueulasse, mais moi je le mange aussi”. (...) » je mange aussi », et « je suis parmi vous, je suis pas votre serviteur ». C'est important aussi : « Je mange à votre table ». Un peu comme une maîtresse de maison. Une pension de famille un peu... extrêmement important ça ! »
(Samuel, 43 ans, cofondateur et cogérant d'un HCA, Bourgogne-Franche-Comté, France, septembre 2013)

L'idée d'« être parmi » les usagers, de partager leur table lors des repas comme dans une « pension de famille » implique ici l'idée d'un rapprochement entre le professionnel et la personne aidée, à l'aune d'une familiarisation de la relation de soin.

De même pour Danie, le climat de convivialité des Cantous du village de Mariemont l'incite à tutoyer les résidents parce que, « c'est tellement plus familial, y'a plus de proximité » :

« En Cantou, j'ai plus tendance à les tutoyer, par exemple si je vais en MR et en MRS, je vais les vouvoyer même si je dis par exemple je vais dire “Ah Georgette vous savez que...” tu vois, mais dans les structures Cantous je trouve que c'est tellement plus familial, y'a plus de proximité je vais dire. Même eux qui ne te connaissent pas, ils vont arriver et ils vont te toucher les cheveux, ils vont t'embrasser. » (Danie, 40 ans, soignante dans un HM, Wallonie, Belgique, janvier 2014)

⁷⁶² Pierre-Henri DAURE, « Domiciles protégés pour déments séniles », in *Situations européennes de l'hébergement thérapeutique*, Érès., Toulouse, 1992, p. 117.

Cette proximité s'exprime également dans l'esthétique des tenus de travail. Dans certains *habitats alternatifs* en effet, aucun code couleur ne permet de déterminer si l'intervenant est infirmier, auxiliaire de vie, ou agent d'entretien, comme cela peut être le cas en maison de retraite. Les soignants qui interviennent sur les lieux ne portent pas de blouses caractéristiques des uniformes hospitaliers, mais des vêtements ordinaires. Gwen, auxiliaire de vie dans un domicile partagé, estime qu'en plus d'être « *beaucoup plus agréable* » pour les habitants, porter une tenue de tous les jours sur son lieu de travail tend à gommer les « *limites* » qui peuvent séparer le soignant de la personne aidée :

« *C'est quand même beaucoup plus agréable pour les personnes âgées de nous voir habillés tels quel. Déjà ça ne met pas de limites entre nous et la personne, donc...* » (Gwen, 35 ans, auxiliaire de vie dans un HCA, Morbihan, France, mai 2014)

Sarah, auxiliaire vie dans une Maison Âges & Vie partage le même avis :

« *C'est pas comme une maison de retraite, ça n'a rien à voir hein... quand tu vois que tout le monde.... Déjà c'est un petit... y'a pas beaucoup de personnes, t'apprends mieux à les connaître, t'es vite fait plus à l'aise que dans une maison de retraite, tu vois pas tout le monde en blanc. Déjà on n'a pas de tablier blanc... c'est plus convivial* » (Sarah, 23 ans, auxiliaire de vie dans un HCA, Bourgogne–Franche-Comté, France, octobre 2013)

2. « Individualiser la personne »

Dans un « chez-soi » imaginé pour figurer une communauté domestique, il s'agit d'« *individualiser la personne* ». Ce pléonasme, employé à plusieurs reprises par les porteurs de projet et les soignants des *habitats alternatifs*, indique une tendance à la prise en compte de la singularité de chacun des habitants. Centrées sur les usagers, les pratiques soignantes sont aménagées de sorte à tenir compte de leurs besoins, pour éviter de « *passer à côté des gens* »⁷⁶³, comme le souligne Astrid, et pour être adaptées à leurs rythmes singuliers.

2.1. Passer du « chronomètre » au « carillon »

Les soins administrés et l'aide à la vie ont vocation à être individualisés. La petite taille des espaces et le choix d'accueillir un groupe restreint de colocataires sont parfois

⁷⁶³ Astrid, 35 ans, responsable de secteur d'un HCA, Morbihan, France, mai 2014.

envisagés comme des moyens permettant de personnaliser la prise en charge. Comme le note par exemple Samuel, cogérant et cofondateur des Maisons Âges & Vie dans cet extrait :

« L'échelle qu'on a choisie c'est justement une échelle où on est encore dans quelque chose de suffisamment petit pour qu'on soit encore dans une approche individuelle. »

(Samuel, 43 ans, cofondateur et cogérant d'un HCA, Bourgogne–Franche-Comté, France, septembre 2013)

Cette « *approche individuelle* » s'incarne dans une organisation du temps de travail moins précipité, adapté aux rythmes individuels des personnes accueillies. On pourrait considérer, reprenant les réflexions de Gérard Rimbert, qu'il s'agit là de dépasser les tensions et les antagonismes entre les temporalités du « chronomètre » et du « carillon »⁷⁶⁴. La petite taille des espaces, la polyvalence des tâches et l'absence de rotation entre les équipes de soin permettent en effet de modéliser un environnement favorable à l'expression des temporalités singulières des usagers. Pour Yvonne notamment, « *la maison de retraite c'est plus la chaîne* » tandis que sur son lieu de travail, elle « *a quand même le temps* » et ne « *regarde pas l'heure qu'il est* » :

« J'ai travaillé en maison de retraite. Le matin on faisait 20 toilettes, et on n'avait pas le temps de faire les douches... Moi, je suis arrivée au mois de juillet, il y avait des personnes qui n'avaient pas été douchées pendant 3 mois hein... c'était horrible. Parce que là, on a quand même le temps, on n'est pas pris par le temps, s'il faut qu'on douche toutes les personnes, on les douche. C'est pas... on regarde pas l'heure qu'il est. » (Yvonne, 53 ans responsable auxiliaire de vie dans un HCA, Bourgogne–Franche-Comté, France, octobre 2013)

Gwen quant à elle, évoque la « *grosse différence entre l'hôpital et ici* ». Le travail de soin en milieu hospitalier est associé à la cadence industrielle de l'usine, tandis que le fonctionnement propre au domicile partagé lui permet d'évoluer « *au rythme de chaque personne* », ce qui en outre lui donne « *l'impression de prendre plus soin de la personne* » :

⁷⁶⁴ Dans une recherche portant sur un établissement d'hébergement collectif pour personnes âgées, Gérard Rimbert relève un antagonisme entre deux ordres temporels, correspondant à deux types d'exigences, qui se contredisent dans les pratiques quotidiennes. La cadence industrielle de l'exécution des tâches de soin (aide au lever, toilette, administration des repas) est symbolisée par le chronomètre, tandis que le rythme singulier du résident est symbolisé par le « carillon », Gérard RIMBERT, « Le chronomètre et le carillon. Temps rationalisé et temps domestique en maison de retraite », *Lien social et Politiques*, 2005, n° 54, pp. 93-104.

« L'hôpital c'est bête à dire, mais c'est l'usine quoi... on a tant de temps pour faire la toilette, le ménage de la chambre, le lit. Là, on prend notre temps. Enfin, je veux dire... on bouscule personne. On vit au rythme de chaque personne. Et du coup nous on se sent mieux dans notre travail aussi. On a l'impression de prendre plus soin de la personne. Y'a une grosse différence entre l'hôpital et ici. Mais même en maison de retraite, même si je n'y ai pas travaillé, j'entends des échos comme tout le monde. C'est pareil, c'est tant de temps pour faire telle toilette. Et la chance qu'on a ici, c'est une petite, on peut accueillir que 8 personnes maximum. Donc on est deux auxiliaires de vie, on a le temps de s'occuper de chaque personne. » (Gwen, 35 ans, auxiliaire de vie dans un HCA, Morbihan, France, mai 2014)

De même, Agnès, soignante dans un autre domicile partagé explique « *prendre son temps* » et « *être là pour la personne* » en priorité, même si cela implique de repousser à plus tard les tâches d'entretien du logement :

« Nous on prend le temps, c'est ça... je le dis quelquefois, pas de priorité au ménage. S'il y a une personne qui est en souffrance, qui a besoin de parler, on est là pour la personne. Le ménage on le fera après, on le fera l'après-midi s'il faut, mais en priorité la personne, que dans une maison de retraite, je pense qu'ils ont un planning qu'il faut respecter. » (Agnès, 67 ans, responsable auxiliaire de vie dans un HCA, Morbihan, France, mai 2014)

Le fonctionnement des Cantous dans le village de Mariemont suit une logique similaire. La volonté des initiateurs de créer des espaces familiers et chaleureux induit une autre organisation du temps de travail, qui a vocation à favoriser une approche du soin individualisé, comme le souligne Madeline :

« C'est beaucoup plus familial, plus chaleureux, c'est pas juste des toilettes, des soins, voilà, on passe au suivant. Y'a tout le temps une continuité (...). C'est ça qui est très chouette par rapport à d'autres maisons de repos, pour avoir fait des stages. On a la chambre c'est fermé, le patient on passe au suivant, parce que la structure ne permet pas, je pense pas que les soignants ne veulent pas le faire parce que toutes les infirmières se plaignent de la rapidité de l'exécution, mais la configuration ne le permet pas. » (Madeline, 40 ans infirmière-coordinatrice dans un HM, Wallonie, Belgique, janvier 2014)

À titre d'exemple, Madeline, évoque le cas d'un ancien boulanger qui, depuis son installation dans un des Cantous de Mariemont Village, se réveille régulièrement à deux heures du matin. Si les réveils nocturnes de ce résident sont vecteurs de désorganisations dans les plannings des soignants, ils les conduisent à réfléchir à un aménagement du soin qui soit respectueux de son rythme individuel :

« Ici on a un très bon exemple, on a un boulanger, à deux heures du matin il se lève. C'est difficile. (...) C'est l'équipe de nuit qui doit gérer, moi je ne suis pas là la nuit, mais on essaie de faire en sorte qu'ils acceptent la nuit. Le jour vers 2 heures de l'après-midi, quand il a vraiment son coup de pompe, il dérange pas, on lui met un fauteuil, des couvertures, pour qu'il dorme. Parce qu'il l'a fait toute sa vie, on va pas changer 35 ans de carrière en rentrant en maison de repos, ça c'est pas possible ! C'est vraiment ici de respecter le citoyen, essayé d'apporter par le biais de travail en équipe. Des réunions d'équipe une fois par mois, et on met un projet propre au résident. On fait un état des lieux, chacun y apporte un peu sa patte, et on se dit voilà ce qu'on peut mettre en place : voilà l'état des lieux, est-ce que ça ça a fonctionné ? Ça moins bien, et on avance comme ça. » (Madeline, 40 ans infirmière-coordinatrice dans un HM, Wallonie, Belgique, janvier 2014)

2.2. Connaître pour soigner, comprendre pour agir

De manière générale, le travail de soin se définit (également) comme un « travail émotionnel »⁷⁶⁵. Pour Marcel Drulhe en effet, au-delà de l'application des gestes d'expertise techniques, la relation soignante professionnelle demande « une implication “maternante” (tact, générosité, gentillesse, compréhension, réconfort, soutien...) »⁷⁶⁶. La relation à autrui nécessite un savoir-faire émotionnel, un « art domestique »⁷⁶⁷ et suppose de prendre soin de l'utilisateur « comme » on ferait en famille. Ce « travail émotionnel » correspond, dans le cadre de nos terrains, à une approche de la personne que l'on pourrait qualifier de compréhensive. Particulièrement effective dans le rapport aux personnes âgées désorientées, elle est vouée à rassurer, faciliter l'intégration dans un nouvel univers, décrypter et comprendre le sens de l'aide à apporter, pour répondre à leurs besoins parfois difficilement déchiffrables.

⁷⁶⁵ Marcel DRULHE, « Le travail émotionnel dans la relation soignante professionnelle. Un point de vue au carrefour du travail infirmier », in *Professions et institutions de santé face à l'organisation du travail. Aspects sociologiques*, Rennes, Editions ENSP, 2000, pp. 15-29.

⁷⁶⁶ *Ibid.*, p. 19.

⁷⁶⁷ *Ibid.*, p. 18.

L'exécution du « travail émotionnel » dans les *habitats alternatifs* est encouragée par la structuration et le fonctionnement des lieux de vie. L'atmosphère de familiarité et de convivialité, la proximité entre les professionnels et le groupe restreint de résidents qu'ils accompagnent quotidiennement ont vocation à favoriser l'édification de repères. Ces points d'ancrage visent, dans une certaine mesure on peut le considérer, à réorienter le désorienté. Les lieux de vie et les soignants peuvent être perçus comme des marqueurs spatiaux et humains. Ils offrent la possibilité aux résidents de prendre leur marque dans un environnement qui se veut accessible et coutumier, de vivre une quotidienneté avec des personnes qui se comportent comme des familiers et avec qui ils ont pour habitude d'interagir. Comme le remarque Madeline dans cet extrait :

« Il y en a qui retournent en famille, ils sont perdus, ils sont infernaux, ils disent : “Rentrons à la maison”, mais c'était leur maison ! Ils rentrent ici et ils retrouvent leurs repères et leurs pairs, c'est vraiment ça. Ça les sécurise et : “ah tu es là”. Ou parfois en animation ils sont avec d'autres personnes qu'ils ne côtoient pas d'habitude, une animation extérieure ou avec des éducateurs, et l'animation ça ne va pas du tout, et puis, on va les chercher : “Ah tu es là” et ils nous suivent. Ils nous identifient, on est leur point de repère, on les rassure à ce moment-là. » (Madeline, 40 ans infirmière-coordinatrice dans un HM, Wallonie, Belgique, janvier 2014)

Dans cet extrait, Madeline associe le Cantou à un « repère », les équipes de soins à des « points de repère » et le groupe d'habitants à des « pairs ». Selon elle, ces points d'ancrage que l'on pourrait qualifier d'éléments de « familiarisation » ou de « réorientation », permettent de rassurer et de sécuriser les personnes.

De même pour Danie, orthophoniste dans le même HM, l'usage de la répétition — « faire toujours la même chose » — permet de ritualiser le quotidien.

« Souvent j'installe des rituels sans faire exprès. Donc je vais les toucher, je vais dire “Bonjour c'est Danie”, et le fait comme ça de rentrer et de faire toujours les mêmes choses, ben ça induit une reconnaissance » (Danie, 37 ans, orthophoniste dans un HM, Wallonie, Belgique, janvier 2014)

On peut considérer ici que l'habitude, l'automatisme du geste ou la présentation répétée de soi à la personne favorisent la compréhension réciproque dans des environnements

imaginés pour être stabilisés suivant une mécanique du « même » : mêmes colocataires, mêmes soignants, mêmes rituels quotidiens, mêmes modalités d'interaction.

De plus, la personnalisation de la prise en charge permet d'engranger un savoir, une réserve de connaissance où « individualiser la personne » permet d'ajuster les pratiques pour répondre à ses besoins. De manière générale, la connaissance des personnes aidées est induite par la reconnaissance de leurs besoins identifiés, et sous-tend l'idée de « *partir dans l'autre sens* » pour consolider des espaces « sur-mesure ». Elle s'exprime parfois dans la souplesse de l'« accompagnement » proposé, à l'instar de la méthode employée par l'association A2MG. En effet, les aménagements mis en place ont pris des formes distinctes selon les personnes aidées. L'adaptation du logement de Suzanne lui a permis d'éviter un placement en institution malgré les perturbations causées par la maladie d'Alzheimer. Pour Caroline, il a pris la forme d'un accueil de jour jusqu'au décès de Suzanne. Ensuite, lorsqu'il est décidé qu'un nouveau lieu de vie serait aménagé chez Caroline, il devient un lieu de transition pour Michelle, le temps que les habitants de la commune se mobilisent pour participer à la réhabilitation de son domicile.

Pour Samuel, la connaissance engrangée par des salariés des Maisons Âges & Vie sur les résidents, est une condition de l'individualisation de la prise en charge, comme il le souligne dans cet extrait :

« Nos salariées, elles connaissent individuellement très bien sûr le bout des ongles, toutes les personnes, elles peuvent les accompagner individuellement par rapport à leurs attentes, à leurs besoins individuels. En maison de retraite, c'est pas possible ça. » (Samuel, 43 ans, cofondateur et cogérant d'un HCA, Bourgogne–Franche-Comté, France, septembre 2013)

Aussi, le « stock de connaissance » des soignants apparaît comme un vecteur de personnalisation. Cette posture est particulièrement visible dans l'approche des personnes âgées présentant des troubles démentiels. Lorsque la maladie d'Alzheimer tend à altérer les typicalités traditionnelles des rites d'interaction, la connaissance de l'autre peut être utilisée comme une technique permettant de comprendre les significations de certains gestes et de certaines paroles. Elle permet de repérer les attitudes qui nécessitent une intervention et d'ajuster les pratiques soignantes. Autrement dit, il s'agit « *d'entrer en communication* »⁷⁶⁸ comme le note Madeline. On peut considérer que le travail émotionnel des soignants suit une

⁷⁶⁸ Madeline, 40 ans infirmière-coordinatrice dans un HM, Wallonie, Belgique, janvier 2014.

logique selon laquelle il s'agit de connaître pour soigner et de comprendre pour agir, dans un environnement où l'attention à l'autre est favorisée sinon conditionnée par la proximité quotidienne entre soignants et soignés.

L'attention portée aux résidents, l'approche compréhensive mobilisée par les soignants, est parfois utilisée comme un moyen permettant de favoriser l'intégration des personnes lors de leur installation dans les lieux. Madeline relate ainsi le processus d'adaptation d'une résidente de l'espace Cantous, venue d'une maison de retraite « classique », établissement dans lequel elle aurait été « *traumatisée des soins* » :

« Ils avaient mis leur maman qui venait d'une autre maison de repos, ils étaient traumatisés des soins, et la maman était traumatisée elle aussi, elle était violente, apeurée, il a fallu l'apprivoiser, et elle nous griffait au départ, et donc il a vraiment fallu y aller en douceur, toujours les mêmes personnes, avec la même manière de fonctionner. Puis il y a eu confiance, à la fin, elle nous a attrapé la main, elle nous faisait des bisous sur la main, chose qu'au départ... c'était dingue, il fallait y aller avec un bouclier. Ça a mis du temps, on ne pouvait pas la doucher, on avait l'impression qu'on la traumatisait sous la douche. Donc on est passé vraiment par des stades, on a mis des plans de soin en équipe, on a dit : "Comment on va procéder ?", on a dit : "On va faire comme ça ?", faire sentir l'eau peut être commencer par les pieds et les jambes avant le visage. C'est ce qu'on a fait avec elle. »

(Madeline, 40 ans infirmière-coordinatrice dans un HM, Wallonie, Belgique, janvier 2014)

On retrouve dans cet extrait l'importance donnée aux repères comme véhicule d'acclimatation. L'interaction avec la personne est au départ associé à une lutte, un combat : « *il fallait y aller au bouclier* ». Comme le précise Madeline, la douceur et la patience des professionnels, la répétition des gestes exécutée rituellement par les mêmes soignants, ont progressivement permis de gagner la confiance de la résidente, de l'apprivoiser. L'espace de latitude et d'expérimentation laissé aux professionnels des Cantous pour « inventer le quotidien »⁷⁶⁹ permet d'ajuster les techniques d'accompagnement. Les « *plans d'équipe* », formalisés au cours des interactions quotidiennes de proximité, sont susceptibles alors de reconfigurer les manières de procéder pour aborder les personnes âgées désorientées.

⁷⁶⁹ Michel DE CERTEAU, *L'invention du quotidien*, Paris, Gallimard, 1990.

2.3. Tenir compte des trajectoires individuelles...

L'analyse des discours montre également une tendance des aidants professionnels ou familiaux à tenir compte des trajectoires individuelles des personnes aidées, tout particulièrement dans le cas où elles sont désorientées. Ils évoquent en effet leur intention d'appréhender les personnes dans leur globalité, de porter une attention soutenue sur ce qu'elles étaient, sur ce qu'elles sont et sur ce qu'elles sont susceptibles de devenir. On peut considérer par exemple, que la division du village de Hogewey en sept sections correspondant à des « styles de vie » particuliers, en plus d'impulser l'idée du « chez-soi », répond à cette logique. La fiche de renseignement complétée par les familles, avec la participation des (futurs) résidents, permet de réunir des informations sur leurs valeurs, leurs habitudes, leurs goûts. Ce faisant, il est possible de proposer aux usagers désorientés une modalité d'accueil et d'accompagnement en rapport avec l'une des sept catégories (les « styles de vie ») à laquelle ils sont supposés appartenir.

On peut constater une orientation similaire dans d'autres *habitats alternatifs*. Appréhender la personne âgée dans la continuité de son histoire de vie, malgré l'apparition de la maladie, suppose dans certains cas de reconnaître son identité, sa singularité. Ainsi, Madeline par exemple souligne :

« Pour moi c'est un citoyen [le résident], il est bien dans sa vie active et puis la maladie arrive, mais c'est pas parce qu'il est malade qu'il n'est plus ce qu'il a été. Donc il faut pouvoir évoluer avec la maladie, en respectant le citoyen qu'il a été auparavant, toute sa vie, son parcours, son éducation, ses valeurs. Bon... il faut respecter la personne et pas imposer parce qu'elle est malade. » (Madeline, 40 ans infirmière-coordinatrice dans un HM, Wallonie, Belgique, janvier 2014)

L'intention de saisir la personne dans sa globalité est, dans le discours de Madeline, intrinsèquement liée au principe de citoyenneté qui régit le village de Mariemont. Le respect de l'identité de l'utilisateur apparaît ici comme le corollaire du respect de ses droits fondamentaux. À titre d'exemple, Madeline évoque, avec une pointe d'humour, la nécessité de tenir compte des goûts culinaires des résidents d'origine étrangère. Elle même d'origine italienne, elle trouve inconcevable de leur imposer des pâtes au sucre, une spécialité belge qu'elle trouve bien excentrique :

« Ce qui est très Belge c'est de faire des pâtes au sucre. C'est à vomir c'est pas possible ! Culturellement je peux pas. Si vous dites ça, mettons dans le sud de l'Italie, ils vont vous rire au nez. Donc les Italiennes ici qu'on a par exemple, on va leur mettre des pâtes au sucre, elles vont pas les manger. Donc il faut respecter ça le citoyen qu'ils ont été, respecter leurs valeurs, faire un petit bouillon, un truc. Mais on peut pas imposer ça. » (Madeline, 40 ans infirmière-coordinatrice dans un HM, Wallonie, Belgique, janvier 2014)

Par ailleurs, la prise en compte global de la personne, l'ambition de Madeline de ne *« pas uniquement soigner la démence, mais soigner ce qu'ils étaient avant »* implique de *« comprendre le tracé de vie des résidents et peut être essayer de raccrocher des choses »*⁷⁷⁰. Cette idée d'*« essayer de raccroche des choses »* est perceptible également dans le projet A2MG. Ainsi, l'accompagnement de Suzanne, au cours de l'élaboration du projet, est orienté par la *« réserve de connaissance »* accumulée de longue date par ses aidants familiaux. Comme l'explique notamment Camille :

« J'ai connu la personne avant et que je savais comment elle fonctionnait parce que je restais avec elle au quotidien, même après quand elle rentrait dans la maladie, on a rien changé, ce qu'elle aimait faire on a continué à le faire » (Camille, 42 ans, soignante, aidante familiale et cofondatrice d'un HA, Grand-Est, France, février 2013)

Très proche de Suzanne depuis plusieurs années, Camille connaît ses goûts, ses activités journalières, ce qu'elle apprécie, ce qu'elle réprouve, et c'est ainsi dans la continuité des habitudes identifiées de Suzanne que son quotidien est organisé. Il s'agit alors de procéder *« comme elle avait l'habitude de faire, on continue »*⁷⁷¹.

De même, pour Astrid, l'objectif des domiciles partagés est de *« vraiment coller à la personne, à ce qu'elle était, à ce qu'elle est »*, ce qui implique d'acquérir des connaissances sur l'histoire de vie des personnes accueillies :

« On veut vraiment coller à la personne, à ce qu'elle était, à ce qu'elle est, on a un peu d'info sur l'histoire de vie des gens quand même. Ou même, s'ils arrivent, ils sont encore capables de se faire connaître parce qu'ils sont pas trop désorientés, ou s'ils arrivent et qu'ils

⁷⁷⁰ Madeline, 40 ans infirmière-coordinatrice dans un HM, Wallonie, Belgique, janvier 2014.

⁷⁷¹ Camille, 42 ans, soignante, aidante familiale et cofondatrice d'un HA, Grand-Est, France, février 2013.

sont déjà bien désorientés, il faut que la famille apporte des éléments. » (Astrid, 35 ans, responsable de secteur dans un HCA, Morbihan, France, mai 2014)

Maryline, auxiliaire de vie dans un domicile partagé, explique quant à elle effectuer des visites au domicile des futurs résidents avant leur installation dans les lieux. Pour elle, « voir un petit peu sa vie au quotidien » permet de « mieux comprendre la personne », mais également de compléter les informations données par la famille du résident qui « ne sait pas toujours tout » :

« Bien souvent, quand il y a... on va voir la personne à son domicile, ou alors... si quelquefois elle est à l'hôpital, en attente, donc à ce moment-là on va voir un peu à domicile, voir un petit peu sa vie au quotidien. Et je trouve que c'est bien parce que ça permet aussi un petit peu de mieux comprendre la personne. Bien souvent quand la personne va à l'hôpital, on va la voir à l'hôpital, on voit la famille, on voit les soignants aussi, c'est important aussi, parce que la famille ne sait pas toujours tout. » (Marilyne, 67 ans, responsable auxiliaire de vie dans un HCA, Morbihan, France, mai 2014)

L'acquisition d'une « réserve de connaissances » propice à la personnalisation de l'accueil est induite par la proximité entre soignants et soignée et la prise en compte des personnes dans la singularité de leurs parcours. La structuration des espaces favorise la création de repères aussi bien pour la personne aidée que pour le soignant, dans un processus continu et bilatéral de construction des savoirs. L'attention et la sollicitude des aidants peuvent ainsi jouer un rôle éducatif. Elles permettent d'apprendre comment comprendre les besoins de la personne aidée et comment agir. À l'instar de ce que note Nathalie Rigaux, on pourrait considérer que l'approche du sujet dément consiste ici à le considérer comme un partenaire d'interaction ; un « alter ego (...) dont il va falloir trouver les codes »⁷⁷². Plus généralement, on pourrait l'associer, dans une certaine mesure, à l'éthique du *care*, où le rapport à autrui dans la relation de soin s'effectue à l'aune de la réciprocité⁷⁷³. Ainsi, bien que la personne âgée désorientée modifie parfois le cadre des interactions classiques, elle impulse la création de nouvelles ritualités communicationnelles, élaborées dans la proximité des

⁷⁷² Natalie RIGAUX, « Représentations médicales et sociales de la maladie d'Alzheimer », *Études*, 2012, Tome 416, n° 6, p. 764.

⁷⁷³ Joan Tronto délimite quatre phases distinctes mais reliées l'une à l'autre dans le processus dynamique du *care* : l'identification du besoin, l'ensemble des moyens déployés pour répondre à ce besoin, l'exécution des tâches du prendre soin et enfin la réception du soin, impliquant une réponse permettant aux pourvoyeur du *care* d'évaluer la manière dont le soin dispensé est perçu par celui qui le reçoit, Joan C. TRONTO, *Un monde vulnérable : pour une politique du « care »*, Paris, La découverte, 2009.

relations quotidiennes. La dynamique relationnelle qui se tisse oriente le pourvoyeur de soin. Et, comme le remarque Agathe Zielinski, « c'est à force d'erreur ou d'inadéquations corrigées, de mots ou de gestes maladroits que l'on nous aura fait remarquer... que la réponse s'affine »⁷⁷⁴.

2,4.... « Jusqu'à la mort » ?

La tendance observée des *habitats alternatifs* à appréhender les personnes accueillies dans leur globalité ne s'exprime pas uniquement dans la prise en compte des histoires individuelles. Elle peut être le vecteur d'une réflexion autour de l'évolution de la personne dans son rapport avec la maladie d'Alzheimer. Ainsi, il est question de permettre aux personnes désorientées de résider dans les lieux, jusqu'au bout de la vie⁷⁷⁵. Dans le cas des domiciles partagés par exemple, le maintien dans l'habitat est défini par Agnès comme un « *contrat moral* » :

« S'il n'y a pas de soins particuliers on les garde, c'est un contrat moral, je trouve qu'on n'a pas... au contraire, qu'ils soient accompagnés jusqu'à la fin c'est important, pour le résident pour qu'il soit apaisé, pour sa famille, et pour nous » (Agnès, 67 ans, auxiliaire de vie dans HCA, Morbihan, France, mai 2014)

Cependant, comme on peut le voir dans cet extrait, Agnès souligne que le maintien dans l'habitat est possible « *s'il n'y a pas de soins particuliers* ». De même, les acteurs institutionnels rencontrés dans le cadre de nos enquêtes de terrain reconnaissent que les « déménagements » des personnes accueillies « avant la mort » sont parfois inévitables. Ils peuvent être induits par une volonté des familles, par une contre-indication du médecin traitant, ou jugés nécessaires lorsque le domicile partagé est implanté dans un secteur faiblement desservi en services de soins infirmiers, limitant ainsi les possibilités de prise en charge des personnes âgées désorientées présentant des handicaps physiques trop importants. Dans un document de travail portant sur les « habitants communautaires », Hélène Leenhardt constate ainsi qu'en 2008 sur les 221 résidents des domiciles partagés, 44 ont quitté les lieux :

⁷⁷⁴ Agata ZIELINSKI, « L'éthique du care », *Études*, 2010, Tome 413, n° 12, p. 639.

⁷⁷⁵ Cette dimension n'est pas propre aux structures qui sont spécialisées dans l'accueil des personnes âgées atteintes de troubles cognitifs. Cependant, la question de l'« accompagnement » des personnes âgées atteintes de troubles démentiels jusqu'au bout de la vie, se pose avec d'autant plus d'acuité dans ces formules. En effet, elles ont d'abord été consolidées pour améliorer les conditions d'hébergement des personnes et leur permettre de participer au quotidien, malgré la maladie. Mais, dans ce cas précis, se pose la question du maintien dans les lieux. En effet, comment procéder dès lors que l'état de santé cognitifs et/ou physiques d'une personne se dégradent, et comment alors lui éviter un transfert dans une structure spécialisée ?

20 pour cause de décès, 4 en raison d'une hospitalisation de longues durées, 5 en vue d'un placement en EHPAD, 3 pour un changement de domicile partagé et 4 pour un retour en famille⁷⁷⁶.

De manière générale, les formules alternatives destinées aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer présentent des limites dans l'« accompagnement » jusqu'au bout de la vie. Certains modèles, à l'instar du premier Cantou de George Caussanel, ont été pensés pour favoriser la participation de résidents atteints de troubles cognitifs aux activités de la vie quotidienne. Dès lors, celui qui n'est plus en mesure d'y prendre part ne correspond plus à la matrice de sens du projet et se trouve dans l'obligation de quitter le lieu, pour intégrer une structure plus adaptée à son handicap. Le départ de la personne pour un établissement d'hébergement collectif (EHPAD, service gériatrique) génère une perte de repères et une rupture dans son parcours résidentiel, que l'instauration d'une structure alternative avait pourtant pour objectif de compenser.

En outre, au fur et à mesure de l'avancée dans la maladie, les groupes d'habitants par formules peuvent évoluer de manière disparate. L'évolution de l'état de santé des personnes désorientées est dissymétrique. Au-delà de la surcharge de travail que l'accentuation de la « dépendance » implique pour les membres du personnel, la présence dans un groupe d'une ou de plusieurs personnes présentant des troubles physiques et/ou cognitifs trop importants peut déstabiliser sa dynamique. Ainsi, dans un rapport d'étude réalisée par la Fondation de France sur les expérimentations de « première génération », les auteurs notent que « pour certains responsables, la limite principale [des structures expérimentales] vient du seuil de tolérance du groupe qui vit quelquefois très mal la réorganisation et les changements de rythme qu'implique la prise en charge d'un cas très lourd »⁷⁷⁷.

Les porteurs de projet du village de Mariemont semblent avoir réfléchi à ces facteurs limitants. Partant de l'idée selon laquelle « *pour pouvoir être toujours le plus adapté à l'état de la personne, il faut travailler dans les services avec des gens qui se ressemblent* »⁷⁷⁸, les espaces Cantous regroupent des personnes aux profils homogènes. La catégorisation des résidents et leur installation dans un lieu communautaire sont déterminées par leur état de santé physique et cognitif (personnes en fin de vie, personnes « agitées », personnes présentant des troubles cognitifs légers, « grabataires », « semi-grabataires », personnes

⁷⁷⁶ Hélène LEENHARDT, *La vie en appartement communautaire (group living) pour les personnes âgées qui ont besoin d'aide et de soin. Document de travail, op. cit.*

⁷⁷⁷ Marie-Jo GUISSSET, Bernadette VEYSSET et Alain VILLEZ, *Grand âge dépendance et lieux de vie, op. cit.*, p. 29.

⁷⁷⁸ Brice, 35 ans, directeur d'un HM, Wallonie, Belgique, janvier 2014.

âgées présentant des troubles psychiatriques)⁷⁷⁹. Chaque Cantou fonctionne de manière autonome et se distingue par un projet de vie qui lui est propre. Celui-ci est élaboré par l'équipe de soin en fonction des spécificités du groupe de résidents.⁷⁸⁰

Si l'atmosphère et la trame de la vie quotidienne sont sensiblement différentes d'un Cantou à l'autre, dans leur ensemble, ces lieux de vie ont vocation à ancrer les résidents dans la communauté, quel que soit leur degré de « fragilité » et de « dépendance ». La participation au quotidien est ajustée à la nature des troubles des personnes et peut varier d'un « dynamisme actif » à un « *dynamisme passif* ». Comme le remarque Brice dans cet extrait :

« Dans les Cantous, tout le monde ne participe pas. Mais c'est pas pour ça que nous on va les remettre dans une structure traditionnelle. Une fois qu'on est en Cantou, on y reste. Et on a créé des structures homogènes, pour pouvoir évoluer avec le résident tout au long de sa vie. Dans certains Cantous, y'aura beaucoup de participation, dans d'autres y'en aura plus du tout, ben le personnel va continuer à faire à manger et va continuer à rester dans les odeurs, et de manière passive, dans de l'activité. Pour nous, la citoyenneté c'est ça aussi, c'est de pouvoir rester dans un certain dynamisme, même si au bout du compte, ce dynamisme il est passif. On va rester dans une ambiance, dans une activité naturelle, dans des sonorités dans un mouvement, qui vont leur permettre de rester le plus alerte possible. »

(Brice, 35 ans, directeur d'un HM, Wallonie, Belgique, janvier 2014)

Ainsi, contrairement aux Cantous d'« *agités* », les résidents en « fin de vie » ne déambulent pas dans les espaces communs et ne participent pas aux tâches domestiques de la vie courante. Généralement alités dans leurs chambres individuelles, ils bénéficient néanmoins d'un point de vue sur la cuisine ouverte, via une grande fenêtre vitrée installée en face de leur lit. Selon les acteurs institutionnels, la présence de cette grande fenêtre permet aux résidents alités d'éprouver la vie communautaire, même s'ils ne peuvent plus y participer de manière « active ».

⁷⁷⁹ Ces qualificatifs sont énoncés comme tels dans les discours et le projet d'établissement.

⁷⁸⁰ Précisions cependant que l'homogénéisation des Cantous ne permet pas d'éviter les déménagements. Une personne « *agitée* » qui devient « *grabataire* » sera en effet transférée dans un Cantou plus adapté à l'évolution de sa condition physique. Ainsi, quand bien même les résidents peuvent évoluer dans l'espace Cantou jusqu'au bout de la vie, ils peuvent, tout comme leurs familles d'ailleurs, être confrontés à une perte de repère généré par un changement de lieu de vie.

III. RESEAUX SOLIDAIRES ET ESPACES COMMUNAUTAIRES

Au-delà de la consolidation de lieux « comme chez soi » et de l'aménagement d'une approche thérapeutique « alternative » centrée sur la personne, on peut relever une autre thématique récurrente dans les « mondes culturels » de l'expérimentation gérontologique : le lien social. Dans cette section, il s'agira de revenir sur les moyens employés par les porteurs de projet pour favoriser l'exercice de la socialité dans les *habitats alternatifs*. Nous proposons également de mettre en lumière trois formules qui ont axé leur méthodologie d'« accompagnement » sur l'exercice de la solidarité et de l'entraide réciproque : la maison communautaire des Sœurs Aînées, l'association A2MG et l'HCA de l'Antenne Andromède.

1. Les habitats alternatifs, entre retranchement inclusif et regroupement solidaire

1.1. Le retranchement inclusif : faire venir la société à soi

Une installation dans un *habitat alternatif* implique une cohabitation avec d'autres personnes âgées. Au-delà de son intérêt financier permettant aux usagers de bénéficier d'un « accompagnement » « comme chez soi », moins onéreux qu'à domicile, l'aménagement du collectif est pensé pour favoriser l'exercice de la socialité. Aussi, le choix des porteurs de projet de privilégier l'accueil et l'hébergement de groupes restreints d'habitants, l'articulation entre espaces privée et espaces communs, l'instauration d'un climat de familiarité ou encore l'organisation d'animations permettant de rythmer le quotidien, encouragent les liens et les rencontres. Parfois encore, le collectif est pensé comme un support thérapeutique d'assistance. C'est le cas notamment des Cantous du village de Mariemont. Comme il l'est mentionné dans le projet d'établissement : « *les personnes âgées en perte d'autonomie trouvent un espace où la communication, l'entraide et les relations sont favorisées par la participation aux actes de la vie quotidienne* ». Par ce biais, il s'agit de « *rendre à ces personnes âgées, une autonomie collective face à la perte d'autonomie individuelle et ce, dans un environnement adapté et protégé* »⁷⁸¹.

Les porteurs de projet s'attachent également à ouvrir le lieu sur son environnement extérieur. Bien que l'on observe un certain retranchement par catégories cibles de personnes âgées — elles ont « plus de 60 ans », sont identifiées comme « dépendantes », « fragiles » ou souffrent de solitude — ils visent néanmoins à favoriser leur ancrage sur le territoire. Ainsi, les *habitats alternatifs* portent en eux une dimension intégrative. Les porteurs de projet visent

⁷⁸¹ « Mon village » : Projet d'établissement, La maison de Mariemont ASBL, p 8.

à éviter la ghettoïsation des personnes âgées. Par-delà, ils semblent vouloir rompre avec l'idée selon laquelle les vieux « vivent parmi nous, et non avec nous »⁷⁸². Ce que l'on nommera ici un *retranchement inclusif* permet alors d'encourager les entrecroisements et les circulations entre intérieur et extérieur.

Nos enquêtes de terrains ont montré en effet, que les *habitats alternatifs* se situent généralement en centre-ville à proximité des commerces, des services de transports en commun, ou en centre bourg, au cœur de la vie du village. Dans l'intention de favoriser les liens et les passages, l'organisation d'animations et d'ateliers, ouverts au public, permet de faire venir la société jusqu'à soi. Thérèse Clerc par exemple envisageait la « Maison des Babayagas » comme une « *maison vivante* » où seraient organisés des repas de quartier et des cycles de conférences ouverts au public. Le village de Mariemont est quant à lui « *une institution qui veut être résolument ouverte* »⁷⁸³. Le lieu propose des services et des activités (minigolf, le bar ou le restaurant) accessibles à un public extérieur. De même, une garderie d'enfant est aménagée en été pour une période de trois semaines, à l'attention des membres du personnel. Les résidents peuvent y apporter leur aide, ce qui permet selon Brice, de « *faire de l'intergénérationnel* »⁷⁸⁴. Dans le but de répondre au projet citoyen précédemment mentionné, les porteurs de projet ont également pris le parti d'installer, au moment des élections fédérales et locales, des bureaux de vote dans l'enceinte de l'institution⁷⁸⁵. Cet aménagement est pensé pour encourager les résidents à participer à la vie publique, mais aussi pour inciter les habitants de la commune à pénétrer dans les lieux « *parce que parfois c'est une porte difficile à passer, les maisons de repos* »⁷⁸⁶.

Il est parfois explicitement question de favoriser les visites des proches. Le village de Mariemont par exemple, est pourvu d'un auditorium, accessible aux familles qui souhaiteraient louer la salle pour y organiser des événements festifs tels que des anniversaires, des communions et même des mariages. On peut constater une intention similaire dans d'autres *habitats alternatifs*. Ainsi pour Astrid, il « *est bien plus agréable de venir au domicile partagé que de venir en maison de retraite* »⁷⁸⁷. L'aspect chaleureux du lieu et la disponibilité des soignants permettent, selon elle, de faciliter les interactions entre les habitants et leurs proches. Comme elle le souligne dans cet extrait :

⁷⁸² Corine PELLUCHON, « La vieillesse et l'amour du monde », *Esprit*, 2010, Juillet, n° 7, p. 177.

⁷⁸³ Brice, 35 ans, directeur d'un HM, Wallonie, Belgique, janvier 2014.

⁷⁸⁴ Brice, 35 ans, directeur d'un HM, Wallonie, Belgique, janvier 2014.

⁷⁸⁵ À noter que le vote est obligatoire en Belgique.

⁷⁸⁶ Benoît, 63 ans, cofondateur d'un HM, Wallonie, Belgique, février 2015.

⁷⁸⁷ Astrid, 35 ans, responsable de secteur d'un HCA, Morbihan, France, mai 2014.

« Ils [les proches] sont bien accueillis, ils se sentent rassurés. S'ils savent pas trop quoi dire à leurs parents, ça peut arriver, avec la montée en dépendance, l'auxiliaire de vie va toujours être là pour les aider, enfin... c'est tout simplement ça, parce que le café, ça va être plus sympa de le partager avec tout le monde. » (Astrid, 35 ans, responsable de secteur d'un HCA, Morbihan, France, mai 2014)

Pour Samuel également, le cadre de vie « normal » des maisons Âges & Vie permet d'inciter les familles à venir visiter leurs proches, accompagnés de leurs enfants :

« Emmener les gosses dans une chambre d'hôpital c'est l'horreur. Donc là, par exemple, on fait tout pour qu'ils soient bien. Si y'en a un qui vient dans la maison, ils sont dans une maison normale. À la limite ils se foutent dans le canapé devant la télé, voilà, ils sont devant la télé, ils jouent dehors, une fois qu'ils ont vu la grand-mère une demi-heure ils vivent leur vie, mais, c'est plus agréable. C'est comme ça qu'on va essayer le plus possible d'aller dans ce qui est notre projet. Après, les gens choisissent, les amèneront peut-être pas leur gamin, en tout cas, chez nous ce sera plus facile que dans une maison de retraite. » (Samuel, 43 ans, cofondateur et cogérant d'un HCA, Bourgogne-Franche-Comté, France, septembre 2013)

1.2. Le regroupement solidaire, une nouvelle méthodologie d'accompagnement ?

Le retranchement par catégorie cible peut également relever d'un *regroupement solidaire*, généralement visible dans le type des HA. Comme nous l'avons mentionné, ces formules d'*habitats alternatifs* se consolident sur la base des valeurs de l'autonomie et de la solidarité, au fondement de la matrice de sens des différents projets. Les habitants visent à garder la maîtrise des conditions de leur vieillissement. Ils *choisissent* de venir s'installer dans un HA. Ils *choisissent* également de participer, dans la collaboration, à un projet commun. Il s'agit pour eux de vivre entourés le temps de la vieillesse et de « vieillir autrement », dans un processus de distanciation avec la maison de retraite traditionnelle perçue comme un environnement coercitif. Dans ce cadre, la solidarité et l'entraide réciproque s'expriment (en théorie) dans l'établissement de bons rapports de voisinage, dans les services rendus entre habitants et dans la sécurité apportée par la présence attentive d'un groupe de pairs, réunis autour d'un projet commun.

Néanmoins, nos enquêtes de terrain ont montré que les HA étaient souvent marqués par une tension de valeur et une difficile articulation entre autonomie et solidarité, qui rend

parfois difficile l'exercice de la vie collective. Aussi, nous avons déjà souligné que les HA étaient des lieux de conflits à l'instar de la « Maison des Babayagas », secouée par une vague de démissions. Dans le cas du Jardin du béguinage, si la définition du collectif implique les difficultés d'un « *travail de chacun pour rester équilibré, harmonieux* »⁷⁸⁸, les habitants sont parvenus à créer un « *esprit de solidarité et d'autonomie continue* »⁷⁸⁹. Pourtant, si un « *fond commun*⁷⁹⁰ » relie les membres du groupe, il apparaît que la définition du « vivre ensemble » varie considérablement d'un habitant à l'autre. Mona, la fondatrice de l'habitat, regrette notamment que l'autonomie supplante parfois la solidarité pour tendre vers le « *chacun pour soi* »⁷⁹¹. Norbert, un des premiers habitants du Jardin du Béguinage, exprime quant à lui sa déception de la tournure prise par le projet au cours de son évolution. Il note un « *retrait* » de sa dimension collaborative et une « *très nette division* » entre les personnes qui souhaiteraient investir davantage la vie communautaire et celles qui aspirent à plus d'autonomie. De même, pour Jacky, installées il y a quatre années dans le lieu, les attentes de certains des membres du groupe se sont révélées trop contraignantes. Son intention de « *vieillir la plus heureuse possible et d'enquiquiner le monde le moins possible* » se heurte aux ambitions plus communautaires de certains des autres membres du collectif. Comme elle le souligne en effet :

« Quand je suis arrivée ici, j'étais prête à investir plus que ce que je fais maintenant, puis je me suis rendu compte que c'était pas très malin de ma part, parce que les attentes étaient énormes. J'étais infirmière, et un jour à une réunion, j'ai dit que je ne commençais pas une deuxième carrière professionnelle, je l'ai dit clairement, j'ai dit : "non moi une carrière ça m'a largement suffi, maintenant, je veux profiter de la vie être heureux, et je veux un peu souffler. » (Jacky, 75 ans, habitante d'un HA, Bruxelles, Belgique, janvier 2014)

Aléatoires, la dynamique et la portée du *regroupement solidaire* dans les HA dépendent des relations affectives qui se tissent ou non entre les habitants. L'aménagement de la solidarité n'est pas donné en soi. Il se définit dans un consensus fragile entre plusieurs individualités et se construit dans un apprentissage et une négociation de l'"être ensemble".

⁷⁸⁸ Maurice, 76 ans, habitant d'un HA, Bruxelles, Belgique, janvier 2014.

⁷⁸⁹ Jacky, 75 ans, habitante d'un HA, Bruxelles, Belgique, janvier 2014.

⁷⁹⁰ Mona, 77 ans, cofondatrice et habitante d'un HA, Bruxelles, Belgique, janvier 2014.

⁷⁹¹ Mona, 77 ans, cofondatrice et habitante d'un HA, Bruxelles, Belgique, janvier 2014.

Le *retranchement inclusif* et le *regroupement solidaire* ont tous deux vocation à favoriser l'exercice de la socialité dans les *habitats alternatifs*. Dans le premier cas, cette dimension est incluse dans la matrice de sens, les logiques de fonctionnement et les pratiques de certains modèles. Le *regroupement solidaire* peut quant à lui être appréhendé comme le germe d'une nouvelle approche de l'âge axée sur l'entraide et la solidarité. Le type de formule dans lequel s'exprime généralement le *regroupement solidaire*, les HA, sont néanmoins confrontés à une tension de valeurs dans l'exercice de la vie collective, une définition différenciée du "vivre ensemble" générant des conflits. Pour ces raisons, il peut être difficile d'envisager la possibilité d'un "accompagnement" jusqu'au bout de la vie. Dans d'autres *habitats alternatifs* néanmoins, il semble que le *regroupement solidaire* se soit érigé comme un véritable "modèle culturel" alternatif, au prisme de l'activation d'une éthique du "vivre ensemble".

2. La solidarité comme instrument de l'alternative

2.1. La maison communautaire de Sœurs Aînées : une solidarité spiritualiste

La maison communautaire des Sœurs Aînées constitue un modèle typique de *regroupement solidaire*. L'entraide fraternelle et la solidarité de groupe sont au fondement de l'habitat. Elles permettent aux religieuses de garder la maîtrise des conditions de leur vieillissement, de s'offrir la possibilité du "libre choix" dans un "espace aimé" ⁷⁹² jusque dans la grande "dépendance". Autrement dit, le *regroupement solidaire* apparaît comme la condition de l'indépendance des Sœurs ⁷⁹³. En se regroupant pour créer une nouvelle congrégation, ouverte à des religieuses issues de courants franciscains distincts, mais partageant une base spirituelle et axiologique commune, il leur est possible de « tenir le coup » ⁷⁹⁴, de « continuer à faire vivre » ⁷⁹⁵ l'œuvre qui les rassemble, dans un processus qui consiste, comme le résume Sœur Marie Claudine à « regrouper nos forces pour tenir la mission » ⁷⁹⁶. À cette volonté de conservation, émanant de l'ensemble des 500 religieuses de l'institut des Sœurs de Saint François d'Assise, est combinée l'aspiration des Sœurs

⁷⁹² Gaston BACHELARD, *La poétique de l'espace*, op. cit.

⁷⁹³ Il ne s'agit pas ici de dire que les Sœurs ne sont soumises à aucune contrainte dans la vie quotidienne, mais de souligner comment l'exercice de la solidarité, effectuée dans le compromis, peut apparaître dans ce cas comme une condition de l'autonomie décisionnelle dans la vieillesse, et plus spécifiquement dans le choix négocié du lieu où vieillir et mourir.

⁷⁹⁴ Sœur Mado, 80 ans, Sœur Supérieure, habitante d'un HA, Normandie, France, octobre 2015.

⁷⁹⁵ Sœur Mado, 80 ans, Sœur Supérieure, habitante d'un HA, Normandie, France, octobre 2015.

⁷⁹⁶ Sœur Marie Claudine, 50 ans, habitante d'un HA, France (conversation téléphonique, août 2016)

vieillissantes à “garder leur vie religieuse”⁷⁹⁷ à “suivre la règle, comme si on était jeunes”⁷⁹⁸ », à demeurer dans une organisation de type communautaire, puisque, comme le souligne Sœur Marie Claudine, « être religieuse, c’est vivre en communauté »⁷⁹⁹. Aussi, la maison communautaire des Sœurs Aînées peut être définie comme un lieu de vie « jusqu’à la mort »⁸⁰⁰, qui relève d’une stratégie collaborative d’anticipation, d’adaptation et de réaménagement, permettant de répondre à la « dépendance » et à la « fragilité » des Sœurs Aînées vieillissantes.

C’est ainsi d’un commun accord, et suite à un vote spécial, que les religieuses décident de vendre leur patrimoine immobilier, en partie inoccupé, trop difficile à entretenir et mal ajusté à l’avancée en âge, pour construire un nouveau bâtiment dans le jardin potager de leur ancien couvent. Les nouveaux locaux, issus d’une réflexion entre des architectes et les religieuses, sont pensés pour être fonctionnels, et adaptés aux handicaps physiques. Ils ne comptent aucun escalier, sont accessibles aux fauteuils roulants et comprennent deux niveaux. Au rez-de-chaussée ont été agencés l’ensemble des espaces communs ainsi que les chambres des Sœurs « valides ». Le premier étage, transformé en unité de soin est dédié à l’accompagnement des Sœurs « malades ».

Les chambres individuelles du premier étage ont été ajustées aux besoins des Sœurs les plus « dépendantes ». Elles sont pourvues de lits médicalisés. Et contrairement à l’ancien couvent, dans lequel les salles de bain et le w.c. étaient partagés, elles comprennent une douche à l’italienne et un cabinet de toilette privatifs, en vue de faciliter le travail de soin. Une salle à manger de petite taille est aménagée au premier étage, à l’attention des Sœurs Aînées qui ne peuvent plus se déplacer jusqu’au réfectoire situé au rez-de-chaussée, et qui ont besoin d’une aide individualisée pour prendre leurs repas. La nouvelle chapelle, construite dans le nouveau bâtiment, est accessible sur les deux niveaux, ce qui permet aux Sœurs « malades » de participer au temps de prières, dont les horaires ont été adaptés : la prière du matin est fixée à 7 h 40 pour les Sœurs « valides », elle a lieu à 10 h pour les résidentes du premier étage. Cet aménagement permet d’éviter que la prière n’empiète sur le temps nécessaire au lever et à la toilette.

Le quotidien des Sœurs Aînées est marqué par la prégnance de la vie communautaire et l’exercice de la solidarité. Ces dimensions intrinsèques au lieu sont visibles dans le choix des religieuses, pensé en amont, de structurer un espace adapté à l’état de santé de l’ensemble

⁷⁹⁷ Sœur Mado, 80 ans, Sœur Supérieure, habitante d’un HA, Normandie, France, octobre 2015.

⁷⁹⁸ Sœur Marie-Chantal, 93 ans, habitante d’un HA, Normandie, France, octobre 2015.

⁷⁹⁹ Sœur Marie-Claudine, 50 ans, habitante d’un HA, France (Conversation téléphonique, août 2016)

⁸⁰⁰ Claudette COLLOT, *Des lieux de vie jusqu’à la mort*, op. cit.

de la communauté, dans l'aménagement des locaux comprenant un nombre important d'espaces partagés (accueil, salle à manger, séjours, salle de lecture ou d'activité, infirmerie, lieux de prière, parloir, jardin), dans l'organisation financière des congrégations⁸⁰¹, mais aussi dans l'aménagement du soin destiné aux Sœurs « *malades* ». Aussi, l'ensemble des ressources financières et humaines de l'Institut des Sœurs de Saint François d'Assise sont partagées entre les différentes fraternités de la congrégation. Des Sœurs « *soignantes* »⁸⁰² sont nommées par l'Institut pour coordonner et dispenser les soins aux Sœurs « *malades* », dans les trois maisons communautaires de Sœurs Aînées. Leur intervention bénévole est définie par elles comme un « *service* » ou une « *mission* » rendus à la communauté, à l'instar des rôles de chacune des religieuses dans l'organisation de la vie quotidienne⁸⁰³. Elle est complétée par l'intervention d'un personnel laïque de renfort, financée par la mise en commun des moyens de l'APA⁸⁰⁴.

Les Sœurs « *soignantes* » ne sont pas les seules à prodiguer des soins. L'entraide et la solidarité sont pratiquées par l'ensemble des habitantes de la maison communautaire, selon leurs moyens physiques et leur disponibilité. Sœur Mado par exemple, exerçait le métier d'infirmière. Bien qu'elle soit aujourd'hui mandatée pour veiller sur la communauté conformément à son rôle de Sœur Supérieure, elle explique se proposer parfois « *comme bouche-trou quand elles [les Sœurs soignantes] ont besoin de quelqu'un* »⁸⁰⁵.

De même, les Sœurs « *valides* » se rendent régulièrement au premier étage pour visiter leurs consœurs, participer à l'administration des repas, préparer leurs livrets d'office au moment des temps de prière ou épauler celles qui souhaitent descendre au rez-de-chaussée pour prendre leurs repas dans le réfectoire. Certaines Sœurs proposent également des activités de préparation au vieillissement. Un soignant d'une maison de retraite est ainsi intervenu pour leur apprendre « *les bons gestes quand on prend de l'âge, comment savoir s'habiller, se chausser, se tenir sur une chaise* »⁸⁰⁶. D'autres Sœurs encore mettent à profit les compétences qu'elles ont acquises au cours de leurs parcours professionnels, à l'instar de Sœur Marie Andrée, qui explique organiser des ateliers de gymnastique lente et des séances de relaxation.

⁸⁰¹ Les sœurs reversent l'intégralité de leurs ressources financières à l'institut (retraite, salaire, aide sociale). Cette mise en commun permet notamment de compléter la mutualisation des moyens de l'APA pour procéder à la prise en charge des sœurs malades.

⁸⁰² Les Sœurs « *soignantes* » sont désignées comme telles par les enquêtées. Elles sont d'anciennes infirmières ou aides-soignantes aujourd'hui retraitées.

⁸⁰³ La participation des Sœurs à l'organisation du quotidien est définie par elles comme une « *mission* ». Par exemple, Sœur Marie-Andrée explique : « *ma mission c'est de m'occuper de l'accueil* ».

⁸⁰⁴ Le personnel extérieur intervient alors pour l'ensemble de la maison communautaire de Sœurs Aînées, ce qui permet aux religieuses de disposer d'un quotas d'heures d'aides plus important que si l'APA était perçue individuellement, comme c'est le cas habituellement pour une aide à domicile classique.

⁸⁰⁵ Sœur Mado, 80 ans, Sœur Supérieure, habitante d'un HA, Normandie, France, octobre 2015.

⁸⁰⁶ Sœur Mado, 80 ans, Sœur Supérieure, habitante d'un HA, Normandie, France, octobre 2015.

L'esprit de solidarité qui règne dans la maison communautaire est conditionné par la croyance partagée des Sœurs et par une expérience antérieure de vie communautaire dans d'autres lieux. Ainsi, depuis l'union des congrégations, des Sœurs arrivent de toute la France pour vieillir dans la maison communautaire. En dépit de leurs trajectoires diversifiées⁸⁰⁷, les parcours individuels s'homogénéisent dans leur cheminement respectif au sein de la spiritualité franciscaine :

« C'est toujours des Sœurs franciscaines, donc on n'a pas changé tellement, on a changé les formes, parce qu'on vivait pas la même chose : une Alsacienne, elle s'habille pas comme une personne du midi, comme une Espagnole, comme une Marocaine, mais on s'adapte, on essaie. Maintenant on se connaît. Au début c'était difficile, tu vois, parce qu'on savait pas à qui on avait affaire, mais on s'était vu déjà dans des réunions préalables, puis on a appris à se connaître progressivement. Et maintenant on se connaît bien, on s'entend bien. Alors tantôt tu manges une paella, tantôt tu manges une choucroute, tu vois, tu t'adaptes. C'est ça qui est bien ! » (Sœur Marie-Chantal, 93 ans, habitante d'un HA, Normandie, France, octobre 2015)

De même, contrairement aux HA évoqués précédemment, que nous désignerons ici comme « ordinaires », il apparaît que les tensions et les conflits n'ont pas le même impact sur la vie collective. Si on ne peut minorer leur existence, ceux-ci sont décrits comme peu importants dans l'ensemble des entretiens que nous avons réalisés. Ainsi, s'il existe des « frottements » selon Sœur Marie-Andrée, « ce n'est pas quelque chose sur quoi on reste, on vit quand même à nouveau ensemble »⁸⁰⁸. Il en est de même pour Sœur Mado, comme on peut le voir dans cet extrait :

« J'aime bien vivre avec les gens qui sont autour de moi, même si on se crêpe le chignon de temps en temps, comme dans une famille, c'est comme ça qu'on s'entend bien. » (Sœur Mado, 80 ans, Sœur Supérieure, habitante d'un HA, Normandie, France, octobre 2015)

Le caractère dérisoire de ces « frottements » et « crêpages de chignon » tels qu'ils sont énoncés dans les discours, nous incite à penser que les religieuses cohabitent dans une

⁸⁰⁷ Les Sœurs venues s'installer dans la maison communautaire partagent un lieu de vie avec d'autres Sœurs qui ont toujours habité les lieux. De plus, elles ont eu des parcours professionnels distincts, se sont investies dans des œuvres variables et sont issues de milieux sociaux différents.

⁸⁰⁸ Sœur Marie-Andrée, 81 ans, habitante d'un HA, Normandie, France, octobre 2015.

organisation du « vivre ensemble » stabilisée, institutionnalisée, où contrairement aux HA ordinaires, l'« être ensemble » n'est pas remis en question par les tensions individuelles. Dans la maison communautaire des Sœurs aînées, la vie communautaire et l'exercice de la solidarité découlent d'un devoir d'attention, d'un « *service* » ou d'une « *mission* » à remplir envers un groupe défini par ses membres comme une grande famille, comme le montrent ces deux extraits d'entretien :

- « *On est plus qu'ami on est Sœurs, c'est pas pareil, on vit ensemble. C'est comme t'as des cousins, des cousines, c'est un peu pareil quoi.* » (Marie-Chantal, 93 ans, habitante d'un HA, Normandie, France, octobre 2015)

- « *On a quand même l'impression d'être en famille ici... on se connaît toutes, ça fait maintenant 10 ans, et on vit en famille, même quand on est en communauté. C'est devenu notre famille.* » (Marie-Andrée, 81 ans, habitante d'un HA, Normandie, France, octobre 2015)

La vie communautaire et la solidarité se réalisent dans l'adhésion des membres de la congrégation à un certain nombre de règles institutionnalisées. L'entraide et la solidarité apparaissent ainsi comme des dispositions acquises au cours de leur « carrière »⁸⁰⁹ dans la vie religieuse. Elle induit des dispositions, des aptitudes dans l'exercice de la vie collective, qui pour reprendre les termes de Luc⁸¹⁰ sont « *inscrites dans les gènes* »⁸¹¹ des religieuses⁸¹².

Pour ces raisons, la maison communautaire des Sœurs Aînées peut apparaître comme un cas trop singulier pour être reproduit dans un cadre non religieux. Néanmoins, le modèle est appréhendé comme exemplaire pour Luc, chargé de projet pour le développement d'habitat alternatif. S'il estime que « *le choix radical des Sœurs de tout mettre en commun* » est difficilement transposable dans un contexte social teinté d'un « *certain individualisme* ». Luc le considère néanmoins comme une source d'inspiration pour élaborer de nouveaux concepts d'hébergement et d'« accompagnement ». Pour lui, « *le fait d'être ensemble* » peut

⁸⁰⁹ Howard Saul BECKER, *Outsiders, op. cit.*

⁸¹⁰ Pour rappel Luc, chargé de mission pour le développement d'habitats alternatifs a été sollicité par l'Institut des Sœur de Saint François d'Assise afin de procéder aux aménagements nécessaires à la transformations des maisons communautaire de Sœurs Aînées, leur permettant de se substituer à une requalification en EHPAD et donc de rester dans une logique communautaire et religieuse.

⁸¹¹ Luc, chargé de mission pour le développement d'*habitats alternatifs*, Paris, juin 2015.

⁸¹² On pourrait penser a priori que la maison communautaire de Sœurs Aînées se rattache aux espaces de réclusion décrit par Goffman. En effet, l'auteur inclut les communautés religieuses à la définition qu'il donne des « institutions totales ». La maison communautaire des Sœurs Aînées s'en distinguent sur plusieurs aspects. Les règles de la vie quotidienne demeurent souples. Il n'est pas observé de fossé infranchissable entre le groupe restreint de dirigeants et la masse des personnes dirigées. De même, la spiritualité franciscaine implique une ouverture au monde et à autrui, elle s'exprime dans des interactions importantes entre les religieuses et l'environnement qui leur est extérieur.

générer « *une certaine sécurité et surtout si on met du service à côté* ». Le modèle de « *domicile communautaire* » qu'il vise à mettre en œuvre dans le cadre de sa mission associative lui apparaît comme une réponse adaptée aux problématiques du vieillissement, qui, suppose-t-il, « *sera très souhaité par la population* » :

« Je crois que ce type de modèle où on a un petit “chez-soi” à côté d'un un grand chez les autres, ou dans un grand chez les autres, ce modèle-là sera très souhaité par la population. C'est-à-dire qu'on aura à la fois un espace privatif et on apporte à cet espace privatif la sécurité d'un collectif, et on est animé par des valeurs et un projet commun. Je crois beaucoup à ce modèle. » (Luc, chargé de mission pour le développement d'*habitats alternatifs*, Paris, juin 2015)

2.2. A2MG, l'activation de la communauté émotionnelle d'un village

D'autres modèles s'inscrivent dans une logique similaire. C'est le cas de l'association A2MG. L'intention des initiateurs de cette expérimentation consiste à tirer profit des ressources solidaires d'un village alsacien, en milieu rural. La sociogenèse du projet montre ainsi comment se consolide progressivement une méthodologie alternative d'« accompagnement » autour du principe moteur de la solidarité.

Le projet débute au domicile de Suzanne, la mère de la fondatrice, par des travaux d'aménagement. L'habitation est réagencée pour être ajustée à l'avancée en âge. Un w.c. adaptés aux handicaps et une douche à l'italienne sont installés. Des murs sont abattus, des portes sont retirées, certaines pièces sont transformées en salle d'activités. Les pièces de vie sont intégralement repeintes avec des couleurs vives, selon les goûts des participants au projet. Les travaux effectués ont une valeur symbolique, le réaménagement marque la distinction entre « avant » et « maintenant ». À l'instar de la ménagère qui, chez Bachelard, « réveille les meubles endormis »⁸¹³ et dont les soins ménagers « tissent des liens qui unissent un très ancien passé à un jour nouveau »⁸¹⁴, les porteurs de projet donnent une nouvelle dimension aux espaces réaménagés : « ils propagent une nouvelle réalité d'être »⁸¹⁵, vécu « autrement ».

⁸¹³ Gaston BACHELARD, *La poétique de l'espace*, op. cit., p. 74.

⁸¹⁴ *Ibid.*

⁸¹⁵ *Ibid.*

Les porteurs de projet décident ensuite d'ouvrir l'espace à la collectivité du village dans le but de « *recréer une vie* »⁸¹⁶. Et le domicile de Suzanne, auparavant décrit comme « *sinistre* », et mal adapté devient peu à peu « *chouette* », « *agréable* » et « *chaleureux* »⁸¹⁷. La valeur symbolique de l'espace se transforme. Il n'est plus qu'une simple habitation, un domicile « ordinaire », il devient une « *microstructure* ». Ce concept, issu du laboratoire d'expérimentation de l'association est défini comme suit par les porteurs de projet, dans un rapport d'évaluation : « *Nous considérons qu'à l'instar du microcrédit, la microstructure (intégrée au tissu social du village ou du quartier) est une solution d'avenir. Elle permet à des personnes de se regrouper pour partager des services et des équipements tout en continuant à vivre en interaction avec leur milieu géographique et social* », et plus loin d'ajouter, « *comme une cellule vitale dans un corps vivant, il s'agit de pouvoir s'appuyer sur un groupe dans un environnement familial* »⁸¹⁸.

Ainsi, le projet collaboratif d'A2MG s'appuie sur l'activation de la communauté émotionnelle d'un village rural, dans l'objectif d'instaurer une « *dynamique locale de solidarité* »⁸¹⁹. Elle se consolide progressivement dans le projet pilote, au domicile de Suzanne, à mesure que son état de santé se dégrade. Alors que l'avancée dans la maladie nécessite une présence continue, et pour pallier le coût jugé trop onéreux d'une intervention à domicile classique, il s'agit pour Martine de « *trouver un mix (...) un ensemble de circonstances qui faisaient qu'il y avait du monde autour d'elle* »⁸²⁰.

Camille, très active dans le projet, est alors chargée de monter une équipe de soin. Cinq personnes salariées sont recrutées. Si aucune d'entre elles n'a de qualification, toutes habitent le village. Le choix de Camille d'éviter d'avoir recours à des anonymes s'articule avec la matrice idéologique du projet : préserver l'aspect familial et chaleureux du lieu, favoriser l'entraide et la solidarité locale. De petits arrangements et échanges de bons procédés viennent compléter l'intervention des salariés. Des amis ou des membres de la famille élargie sont hébergés, gratuitement, quelques nuits par semaine au domicile de Suzanne. En échange, ils assurent une surveillance de nuit. De même, certains habitants de la commune viennent prendre leur repas avec leurs enfants ou petits-enfants en compagnie de Suzanne. En échange, ils bénéficient d'un repas gratuit. On peut considérer ici que le

⁸¹⁶ Martine, 61 ans, cofondatrice d'un HA, Grand-Est, France, octobre 2012.

⁸¹⁷ Propos issus du carnet de terrain, Martine, 61 ans, cofondatrice d'un HA, Grand-Est, France, octobre 2012.

⁸¹⁸ « Rapport intermédiaire », A2MG, 2012, p 2.

⁸¹⁹ *Ibid.*

⁸²⁰ Martine, 61 ans, cofondatrice d'un HA, Grand-Est, France, octobre 2012.

bénévolat constitue une « plus-value sociale »⁸²¹, permettant de compléter l'intervention des professionnelles et l'aide familiale et d'aménager une aide à domicile plus économique.

Outre les soins quotidiens, la vie quotidienne est rythmée par les activités hebdomadaires organisées chez Suzanne. Les intéressés peuvent se réunir pour participer aux ateliers de Yoga, de piano, de broderie, aux après-midis et journées thématiques, ou se rendre avec leurs enfants au domicile de Suzanne pour y manger un morceau de gâteau :

« On avait pris le parti d'avoir une maison ouverte. C'était chouette, c'était agréable, c'était chaleureux donc les gens venaient "Ah bonjour wie geht's ?" et puis hop. Et puis y avait toujours un gâteau... par exemple le samedi soir, le vendredi soir y avait toujours des gâteaux, donc les gens savaient qu'y avaient des gâteaux qu'on pouvait toujours manger un gâteau ou un dessert ici. Et ça, c'était chouette ! » (Martine, 61 ans, cofondatrice d'un HA, Grand-Est, France, octobre 2012)

Camille use de son « *bon relationnel* »⁸²² et de son ancrage dans la communauté villageoise pour faciliter les rencontres, et tisser les liens entre la « *microstructure* » et les habitants du village. Peu à peu, grâce au « *oui-dire* »⁸²³, certains d'entre eux viennent se greffer au projet, pour apporter leur aide et participer aux événements organisés. C'est d'ailleurs par le biais de ces rencontres que Caroline intégrera le projet. Durant une année, jusqu'au décès de Suzanne en 2010, elle passera toutes ces après-midis chez Suzanne. Le lieu devient pour elle un accueil de jour et permet de partager les frais de services et d'accompagnement quotidien.

L'exercice de la solidarité et de l'entraide réciproque aménagée dans le projet A2MG « *a fait qu'il y avait du mouvement autour d'elle [Suzanne]. Elle n'a plus jamais été seule* »⁸²⁴. Mais pour Martine, l'« être ensemble » consolidé autour de Suzanne a également une fonction d'apprentissage. Ainsi, le personnel employé dans la première « *microstructure* », au domicile de Suzanne, n'a pas de qualification, et la consolidation d'une « réserve d'expérience » s'effectue « *sur le tas* »⁸²⁵. De même, l'« être ensemble » a permis d'amorcer une réflexion sur

⁸²¹ Dans un rapport d'étude portant sur la viabilité économique de certaines des expérimentations de « première génération », les auteurs notent que l'intervention des familles peut constituer une « plus-value » social. Nous empruntons ici ce terme pour désigner l'apport que peut constituer la solidarité en terme de coût, telle qu'elle est mobilisée dans le cas du projet A2MG, Marie-Jo GUISSSET, Patrick ROTHKEGEL et Alain VILLEZ, *La viabilité économique des petites unités de vie*, op. cit.

⁸²² Martine, 61 ans, cofondatrice d'un HA, Grand-Est, France, octobre 2012.

⁸²³ Martine, 61 ans, cofondatrice d'un HA, Grand-Est, France, octobre 2012.

⁸²⁴ Martine, 61 ans, cofondatrice d'un HA, Grand-Est, France, octobre 2012.

⁸²⁵ Martine, 61 ans, cofondatrice d'un HA, Grand-Est, France, octobre 2012.

les moyens permettant de gérer les manifestations imprévisibles de la maladie, vecteur de désorganisation dans les habitudes quotidiennes. Les intervenants, bénévoles et salariés du projet A2MG, ont par exemple élaboré un cahier de liaison, utilisé pour faire le bilan des journées passées au domicile de Suzanne. Ils y ont noté ses moments d'angoisse, les facteurs favorisant son stress ainsi que les différents moyens employés pour y faire face.

« Ce qui est difficile c'est les moments de panique. Elle avait des moments de panique vers 4 heures, entre chiens en loups (...) donc elle fermait tous les volets... elle répétait une question à l'infini, à l'infini quoi... mais bon ça c'était un peu difficile quoi. Mais bon c'est justement, c'est ça, le groupe, le fait que ça bouge... y'a toujours quelqu'un qui trouvait une solution pour calmer l'angoisse et qui le disait aux autres. On a des cahiers, chacun écrivait ce qui s'était passé, elle-même [Suzanne] parfois elle écrivait encore un peu. » (Martine, 61 ans, cofondatrice d'un HA, Grand-Est, France, octobre 2012.).

De plus, les journées thématiques organisées par l'association ont permis d'entamer des réflexions collaboratives concernant l'« accompagnement » de la maladie d'Alzheimer, et de manière plus générale, concernant les problématiques du vieillissement et de la « dépendance » des personnes âgées. Elles sont l'occasion pour les sympathisants aux projets de proposer des idées, de trouver des solutions aux obstacles rencontrés, d'échanger des expériences.

La dynamique qui naît tout au long de l'élaboration du projet pilote servira de fer-de-lance à la poursuite de l'expérimentation, pour assurer sa continuité après le décès de Suzanne. Les porteurs de projet décident de créer une nouvelle « *microstructure* » au domicile de Caroline. Ils décident également de créer l'association A2MG⁸²⁶, dont ils posent les fondements et définissent les objectifs. Axée sur deux principaux pôles, l'association vise d'une part à « *faire de la cohabitation dans des maisons qui existent et qu'il suffit d'aménager* »⁸²⁷ et d'autre part, de « *développer des lieux qui bougent, enfin des lieux comme ça où les gens prennent l'habitude de se rencontrer, de décider ensemble (...) pour qu'on puisse anticiper* »⁸²⁸. Pensés pour favoriser les rencontres, ces « *lieux qui bougent* » ont vocation à favoriser la création de réseaux solidaires pour éviter aux habitants une institutionnalisation en structure médicalisée et pour harmoniser la prise en charge familiale. Comme le souligne Martine :

⁸²⁶ L'association A2MG se crée en 2010, soit quatre années après l'élaboration du projet pilote.

⁸²⁷ Robert, 73 ans, cofondateur et président de l'association d'un HA, Grand-Est, France, février 2013.

⁸²⁸ Martine, 61 ans, cofondatrice d'un HA, Grand-Est, France, octobre 2012.

« La vieillesse est une phase de vulnérabilité... et... à un moment donné, face à la vulnérabilité on peut pas faire tout seul, et la plupart des gens attendent que ça vienne de la famille, et souvent les familles ne peuvent pas. Et étant donné que ça vient pas tout seul, l'idéal c'est de se prendre en main, discuter s'organiser pour trouver des solutions ensemble à plusieurs. » (Martine, 61 ans, cofondatrice d'un HA, Grand-Est, France, octobre 2012)

2.3. L'Antenne Andromède, favoriser les « relations positives »⁸²⁹ entre les habitants

Une autre formule encore a fait de la solidarité le soubassement de son système d'« accompagnement ». Il ne s'agit pas cette fois-ci d'un HA, mais de l'HCA de l'Antenne Andromède. Élaborée, comme nous l'avons mentionné, pour répondre au sentiment de solitude des personnes âgées, l'expérimentation vise à favoriser les relations entre les cohabitants. Pour Christine en effet, « le home classique stimule l'organisation de masse pour 100 personnes »⁸³⁰. Selon elle, il est difficile pour ces structures d'endiguer l'isolement et de réprimer le sentiment de solitude des résidents puisqu'« on est perdu dans la masse et on se sent seul dans la masse »⁸³¹. À l'inverse, l'Antenne Andromède se fonde sur la « croyance que l'être humain est un être de relation » et vise à « stimuler les relations interpersonnelles »⁸³². Les liens qui se tissent entre les habitants sont impulsés par la mise en application d'une « démarche relationnelle », dont l'aménagement permet de « changer les choses » comme le note Christine :

« Je pense qu'on peut faire changer les choses quand on change l'environnement »
(Christine, 59 ans, référente pour la démence dans une MRS, responsable de coordination et
initiatrice d'un HCA, Belgique)

« Changer l'environnement » et « favoriser les relations avec les gens » se traduit dans le cas de l'Antenne Andromède par la mise à disposition d'espaces partagés de petite taille. Les acteurs institutionnels présument que la « vie en petit groupe (...) suppose une vie

⁸²⁹ Christine, 59 ans, référente pour la démence dans une MRS, responsable de coordination et initiatrice d'un HCA, Région Bruxelles-Capitale, Belgique, août 2014.

⁸³⁰ Christine, 59 ans, référente pour la démence dans une MRS, responsable de coordination et initiatrice d'un HCA, Région Bruxelles-Capitale, Belgique, août 2014.

⁸³¹ Christine, 59 ans, référente pour la démence dans une MRS, responsable de coordination et initiatrice d'un HCA, Région Bruxelles-Capitale, Belgique, août 2014.

⁸³² Christine, 59 ans, référente pour la démence dans une MRS, responsable de coordination et initiatrice d'un HCA, Région Bruxelles-Capitale, Belgique, août 2014.

relationnelle importante »⁸³³. Aussi, le choix d'aménager des collectifs de cinq colocataires par appartements n'a pas été choisi au hasard. Il est issu d'une réflexion sur les dynamiques de groupe, et constitue un moyen de favoriser les interactions entre les habitants :

« *L'idée c'était aussi d'avoir des chiffres impairs, on a un petit peu travaillé sur les dynamiques de groupe : "Comment est-ce que ça se joue ?" Quand on est 2 on est un couple, quand on est 3, on est deux contre 1, quand on est 4 on est 2 contre 2 souvent, à partir de 5, ça se diversifie. Et donc on a parié là-dessus, et je pense qu'on a gagné.* » (Christine, 59 ans, référente pour la démence dans une MRS, responsable de coordination et initiatrice d'un HCA, Belgique)

Les « cinq individualités » réunies dans un espace partagé ont ainsi « *l'occasion de se confronter les unes aux autres et d'éprouver leurs différences* »⁸³⁴.

L'intention des porteurs de projet de favoriser les liens entre habitants est lisible également dans l'architecture des appartements. Les chambres individuelles sont pourvues d'un lit, d'une armoire et d'un fauteuil ou d'une chaise, certains habitants ont parfois également choisi de s'équiper d'un petit réfrigérateur, mais toutes les autres pièces (w.c., salle de bain, cuisine, salon) sont dédiées aux rencontres et à la sociabilité. Ainsi, « *il est rare de se retrouver effectivement seul dans un appartement* »⁸³⁵. L'aménagement des espaces « *rend les relations inévitables* »⁸³⁶, puisque « *dès que l'on sort de sa chambre, on est en contact avec les quatre autres personnes* »⁸³⁷.

Les habitants de l'Antenne Andromède sont guidés et suivis par une équipe d'accompagnement. Son rôle de médiation consiste à « *assurer le suivi individuel des personnes âgées et l'accompagnement des groupes et de la vie communautaire* »⁸³⁸. Elle s'occupe également de la gestion administrative et financière du lieu, « *recadre* » les groupes en cas de conflits et sert d'intermédiaire lorsqu'une requête est formulée. Mais son intervention reste souple. Ainsi, la gestion des lieux est assurée par les habitants eux-mêmes. L'autogestion au fondement de projet, si elle a vocation à favoriser le « libre choix » des habitants, est également pensée pour impulser les interactions. Toutes les négociations qui rythment le quotidien, comme la préparation des repas, l'élaboration des listes de courses

⁸³³ « Antenne Andromède : Charte », 2014, p 2.

⁸³⁴ *Ibid*, p 2.

⁸³⁵ « Antenne Andromède : Charte », 2014, p 2.

⁸³⁶ « Antenne Andromède : Charte », 2014, p 2.

⁸³⁷ *Ibid*

⁸³⁸ *Ibid*, p 5.

communes hebdomadaires ou la répartition des salles de bain « crée un climat tel, que chacun trouve sa place parmi les autres »⁸³⁹.

Contrairement à ce qui est défini comme « une communauté articulée autour d'activités de loisirs »⁸⁴⁰ qui, certes, permet de passer un moment avec d'autres, mais ne résout pas « les problèmes importants de solitude », les actes routiniers du quotidien constituent en eux-mêmes même, selon les acteurs institutionnels, un véhicule de sociabilité. Ainsi, « par la nécessité de les accomplir et parce qu'ils concernent chacun en particulier [ils] suscitent des liens étroits entre les personnes. Chacun a un intérêt direct dans la réalisation de ces actes (cuisine, vaisselle, petit entretien, etc.) et c'est naturellement que les relations s'établissent »⁸⁴¹. Le « vivre ensemble » structuré par l'aménagement des locaux et les interactions quotidiennes est appréhendé d'une part comme une condition de l'authenticité des liens entre habitants et d'autre part comme un moyen permettant de résoudre en profondeur le problème de la solitude des personnes âgées.

Dans un rapport d'étude portant sur les expérimentations innovantes destinées aux personnes âgées atteintes de troubles cognitifs en Belgique, Valentine Charlot et Caroline Guffens valident le concept de l'Antenne Andromède et tirent des conclusions similaires. Les deux auteures stipulent en effet que son « caractère familial » permettant « l'établissement de contacts chaleureux et respectueux » constitue une réponse à « un besoin primordial chez les personnes âgées en perte progressive d'autonomie »⁸⁴². Dans les pratiques, les interactions se traduisent selon elles par « des liens de solidarité et d'entraide quotidiens, ils [les habitants] aiment se retrouver et partager des moments simples de la vie quotidienne »⁸⁴³. Les « communautés articulées autour d'activités et de loisirs » évoqués dans la charte du projet sont définies par Valentine Charlot et Caroline Guffens comme des « communautés artificielles », tandis que le « vivre ensemble » dans les espaces partagés est perçu comme un modèle communautaire authentique, dans la mesure où il « se forme en vivant une vie quotidienne normale »⁸⁴⁴.

Outre l'importance du lien entre habitants, la solidarité est un des maillons de l'organisation de la prise en charge des habitants. Pour rappel, l'« Antenne Andromède » était initialement destinée aux personnes âgées à l'« autonomie maîtrisée ». Dans le but de

⁸³⁹ *Ibid.*, p 2

⁸⁴⁰ *Idem.*

⁸⁴¹ *Idem.*

⁸⁴² Valentine CHARLOT et Caroline GUFFENS, *Où vivre entouré ? L'accueil des personnes âgées atteintes de démence dans les lieux de vie résidentiels collectifs*, op. cit., p. 132.

⁸⁴³ *Ibid.*

⁸⁴⁴ *Ibid.*, p. 131.

répondre à l'évolution de l'état de santé des habitants, cet HCA se dote ensuite de service d'aide à la vie quotidienne. En concertation avec les habitants, qui selon Christine, « *ont clairement décidé de rester dans une logique de solidarité les uns avec les autres* »⁸⁴⁵, il est décidé de créer un panier commun pour financer l'intervention d'un personnel extérieur, malgré les divergences d'état de santé des 30 habitants de l'Antenne Andromède. Le panier solidaire, dont le montant est réévalué chaque année en vue de répondre à l'évolution des besoins, permet selon Christine de rassurer les habitants, qui « *peuvent continuer à vivre sans s'angoisser de devoir payer plus* »⁸⁴⁶. L'accompagnement des personnes âgées s'articule ainsi autour de deux pôles pensés pour retarder sinon éviter une installation en établissement médicalisé. D'une part, les services d'aide à domicile permettent d'assurer les soins de base. D'autre part, le lien social et la solidarité impulsée par les acteurs institutionnels sont supposés favoriser l'entraide entre les groupes de colocataires. Pour Christine en effet, la construction de « *relations positives* » permet aux habitants d'être maintenus dans les lieux :

« Ce qui permet que les gens continuent ensemble, c'est d'une part que les soins soient assurés, mais surtout que les relations entre eux soient positives. Les gens, quand on fait les bilans et qu'on voit en fin d'année qui est parti l'année précédente, il y en a peu qui partent en maison de repos. Donc, soit ils partent et ils sont hospitalisés et deux trois jours après ils sont décédés parce que c'était vraiment la fin, soit ils partent vivre seuls, ça, ça arrive aussi. Il y en a l'un ou l'autre qui va en maison de repos, mais ce n'est pas la majorité et en fait si on examine les raisons qui font que certaines personnes peuvent tenir jusqu'au bout c'est quand les relations restent positives avec les autres. Et ça, ça varie d'une personne à l'autre. » (Christine, 59 ans, référente pour la démence dans une MRS, responsable de coordination et initiatrice d'un HCA, Région Bruxelles-Capitale, Belgique, août 2014)

Au cours de l'entretien, Christine évoque le cas d'une habitante de l'Antenne Andromède, considérée comme le pilier d'un groupe d'habitant. Aujourd'hui fragilisée, elle peut compter sur l'aide, l'attention et le soin prodigué par ses colocataires, qui lui permettent d'être maintenu dans les lieux. Ainsi comme le souligne Christine :

⁸⁴⁵ Christine, 59 ans, référente pour la démence dans une MRS, responsable de coordination et initiatrice d'un HCA, Région Bruxelles-Capitale, Belgique, août 2014.

⁸⁴⁶ Christine, 59 ans, référente pour la démence dans une MRS, responsable de coordination et initiatrice d'un HCA, Région Bruxelles-Capitale, Belgique, août 2014.

« Il y a une forme de solidarité comme ça qui fonctionne et qui fait que la dame peut rester là. Elle serait seule chez elle, elle ne pourrait plus, elle serait placée. Donc même l'aide des professionnelles ne suffit pas quoi ! Donc l'aide des professionnels est indispensable, mais y'a la solidarité du groupe aussi. » (Christine, 59 ans, référente pour la démence dans une MRS, responsable de coordination et initiatrice d'un HCA, Région Bruxelles-Capitale, Belgique, août 2014)

CONCLUSION

Les « cultures » de prise en charge qui se déploient dans les *habitats alternatifs* visent à repenser l'hébergement et l'« accompagnement » des personnes âgées « fragiles » et « dépendantes ». Les lieux sont aménagés pour figurer le domicile ordinaire. L'approche de la personne s'inspire d'une communauté domestique et vise à proposer un modèle de prise de charge plus respectueux de la singularité des habitants, de leur histoire et de leur devenir. La solidarité et le lien social sont des valeurs qui occupent une place centrale dans certains projets, et constituent parfois le vecteur d'une nouvelle technologie de soin. Dans un prochain chapitre, il s'agira de déplacer le curseur pour mettre en regard les rapports entre l'espace modélisé et l'espace *vécu* par les usagers. Nous questionnerons également le sens et la fonction de ces formules, pour *in fine* déterminer ce qu'elles peuvent nous apprendre sur la prise en charge de la vieillesse et sur les perceptions contemporaines de la « dépendance » et de la « fragilité ».

CHAPITRE 6 : « LE ROI EST NU »

INTRODUCTION

Les porteurs de projet d'*habitats alternatifs* s'attachent à faire du « sur-mesure » pour créer des modalités d'hébergements et de soins conformes aux attentes des usagers. Il s'agit alors de retranscrire leurs besoins dans des lieux de vie conçus pour être plus respectueux de leurs droits et des libertés fondamentales. Cependant, l'élaboration d'un projet alternatif, s'il s'inscrit dans le propre d'un travail non plus uniquement « sur autrui », mais « avec autrui »⁸⁴⁷ repose sur une part d'arbitraire que suppose l'interprétation d'un autre « modèle culturel », celui du grand âge.

L'objet de ce chapitre sera de comprendre le sens des *habitats alternatifs*, d'évaluer leur impact sur les représentations du vieillissement, de mettre en perspective leurs potentialités comme les nouvelles contraintes qu'ils peuvent générer dans l'approche des sujets âgés. Dans une première section, le croisement des discours et la prise en compte du point de vue des habitants « fragiles » et « dépendants » nous permettront de relever les points de tensions et les logiques parfois contradictoires qui sous-tendent les rapports entre l'espace modélisé et l'espace *vécu*. Une seconde section sera l'occasion d'appréhender la fonction et les visées des thérapeutiques et des techniques de soin modélisées dans l'alternative. De manière générale, les porteurs de projet visent à restaurer et/ou à maintenir l'autonomie physique et morale des personnes hébergées. Dans une dernière section, il s'agira de discuter l'impact de l'autonomie, valeur devenue cardinale dans les sociétés contemporaines, sur les représentations de l'âge, et sur l'expérience subjective de la « fragilité » et de la « dépendance ».

I. DU LIEU MODELISE AU LIEU *VECU*, LE POINT DE VUE DES USAGERS

Les porteurs de projet visent à se distinguer de l'institution d'hébergement classique jugée impersonnelle, déshumanisante et peu propice à l'expression de la socialité. Les espaces consolidés, de taille restreinte, permettent ainsi de personnaliser l'accueil, d'humaniser et de « normaliser » les lieux pour se rapprocher d'un cadre de vie « comme chez soi » et si possible

⁸⁴⁷ Denis LAFORGUE, « Pour une sociologie des institutions publiques contemporaines », *op. cit.*, <https://socio-logos.revues.org/2317>, consulté le 4 janvier 2015

à moindre coût. Mais en dépit des efforts entrepris pour figurer le domicile, les lieux ne sont pas toujours *vécus* comme de véritables « chez-soi » par les usagers.

1. L'*habitat alternatif*, un nouveau « chez-soi » ?

1.1. L'*installation dans un habitat alternatif* : un « consentement subi »

Nos enquêtes de terrain ont montré que l'installation dans un *habitat alternatif* relevait parfois d'un « consentement subi ». Certains HA mis à part, il apparaît que la démarche d'installation des personnes n'était pas toujours déterminée par une inclination de leur part eu égard du caractère spécifique lieu. Les déménagements répondent souvent à une situation d'urgence, comme nous l'avons déjà évoqué pour le cas des domiciles partagés⁸⁴⁸. Selon Astrid en effet, les usagers sont « *dans le présent* », « *s'il n'y a pas de coup de stress y'a pas d'anticipation* »⁸⁴⁹. De même, Samuel remarque que les « *gens ne se projettent pas* »⁸⁵⁰.

De manière générale, les déménagements sont souvent négociés avec les familles. Déterminés par l'impossibilité du maintien à domicile, en raison de la dégradation de l'état de santé de la personne, d'une insécurité ou d'une solitude trop prégnante, ils constituent des options de moindre mal. Plutôt qu'un véritable « libre choix », l'installation est ainsi vécue dans le compromis, sinon dans le renoncement :

- « *Ma fille avait trouvé ça, elle m'a dit : "tu verras tu seras tranquille" alors j'ai pris ça...* » (Jeanne, 81 ans, habitante d'un HCA, Bourgogne–Franche-Comté, France, octobre 2013)
- « *Je réalise très bien que je suis obligée d'être ici, que je ne peux plus vivre à la maison toute seule par rapport à... la solitude et tout. J'étais dans ma maison, mais mes enfants ont très bien compris que ma place était ici, et moi aussi...* » (Bérénice, 85 ans, habitante d'un HCA, Bourgogne–Franche-Comté, France, octobre 2013)

Certains usagers expriment très clairement leur souhait de ne pas être une charge pour leur famille. Blondie par exemple, explique avoir vécu avec difficultés son implication dans l'« accompagnement » de sa mère âgée. Elle refuse aujourd'hui de reproduire le schéma avec

⁸⁴⁸ Cf. Chapitre 4.

⁸⁴⁹ Astrid, 35 ans, responsable de secteur d'un HCA, Morbihan, France, mai 2014.

⁸⁵⁰ Samuel, 43 ans, cofondateur et cogérant d'un HCA, Bourgogne–Franche-Comté, France, septembre 2013.

sa fille unique. Et, si elle accepte de déménager, c'est « *parce que ça allait diminuer le temps où il fallait qu'on s'occupe de moi* »⁸⁵¹.

De même, Jules évoque les difficultés du rôle d'aidante de sa fille, qui était « *toujours tenu* » avec lui, suite au décès de son épouse :

*« Je vais vous dire ma petite, je suis venu ici parce qu'on était monté, avec ma femme, à *** parce que ma femme avait une leucémie. Elle pouvait plus. Alors ma fille nous aidait. Puis alors après ça, quand ma femme a été à l'hôpital, vous savez qu'elle est décédée, elle a pas été trois mois... Bon... alors ma fille, il fallait qu'elle se lève le matin pour me faire le déjeuner, ceci-cela, et puis, elle était toujours tenue avec moi, s'il y avait quelque chose, n'importe quoi, et rien du tout. Alors mes filles elles ont dit : "y'a une maison de retraite qui est bien là". On m'a fait voir la maison de retraite, alors j'ai dit : "c'est pas mal", mais ça me disait rien du tout. Et puis : "y'a cette chambre-là qui est libre". Je regarde... "Elle est bien cette chambre ?" — "Oui elle est pas mal, pas mal". Et puis en reculant, je regarde sur la porte, il y avait deux marguerites qui sont collées sur la porte. Et mon épouse s'appelait Marguerite, alors j'ai dit oui... c'est pour ça que je suis ici ma petite. C'est drôle parfois des conneries comme ça. »* (Jules, 83 ans, habitant d'un HCA, Bourgogne–Franche-Comté, France, octobre 2013)

Comme le montre cet extrait, il est suggéré à Jules d'emménager dans un lieu de vie plus adapté : « *la maison de retraite* ». On remarquera qu'il ne fait pas de distinction entre l'institution d'hébergement traditionnel et l'*habitat alternatif* qu'il visite avec sa fille. Jules n'est pas séduit par l'architecture banalisée des Maisons Âges & vie ni par l'aspect chaleureux et « *normal* » des bâtiments intérieurs, mais par les marguerites punaisées sur la porte de ce qui deviendra sa chambre : « *C'est quand j'ai vu les Marguerites c'est pour ça que je l'ai pris. Pour rien d'autre* »⁸⁵².

1.2. « Je me sens bien, mais je ne suis pas chez moi »⁸⁵³

Une fois installés, bien qu'ils expliquent s'être acclimatés à leur nouvel habitat, il apparaît que les usagers n'ont pas véritablement le sentiment d'être chez eux. On peut noter un certain décalage entre l'impulsion des porteurs de projets et le lieu *vécu* par les habitants.

⁸⁵¹ Blondie, 89 ans, habitante d'un HCA, Bourgogne–Franche-Comté, France, octobre 2013.

⁸⁵² Jules, 83 ans, habitant d'un HCA, Bourgogne–Franche-Comté, France, octobre 2013.

⁸⁵³ Jules, 83 ans, habitant d'un HCA, Bourgogne–Franche-Comté, France, octobre 2013.

Blondie par exemple, est habituée à changer de domicile, son installation dans une maison Âges & vie constitue son vingt-deuxième déménagement. Mais elle explique ne s'être sentie véritablement chez elle qu'autrefois, dans son ancien chalet, un lieu qu'elle « possédait » et dans lequel elle était « en forme » :

« Je me suis sentie chez moi, chez moi, là où ce que j'étais dans quelque chose qui était à moi, que je possédais, que j'étais en bonne forme, c'était dans la nature, c'était dans les bois, un chalet, le lieu était formidable, donc c'est vrai que là j'ai été particulièrement bien. Mais on ne fait pas toujours ce qu'on veut dans la vie. » (Blondie, 89 ans, habitante d'un HCA, Bourgogne–Franche-Comté, France, octobre 2013)

À l'instar de ce que souligne Bernadette Puijalon, il semble qu'il y ait ici une association entre les termes « “avant, domicile, autonomie” et “maintenant, institution, dépendance” » ; l'ancien domicile devient « ce lieu mythique où on était autonome »⁸⁵⁴.

Pour Jules, le domicile, dans son acceptation symbolique, est étroitement lié à la propriété, et il explique s'être senti chez lui dans un pavillon dont il est fier d'avoir fait l'acquisition :

« La seule chose qui m'a fait plaisir c'est le jour où j'ai pu me payer un petit pavillon. Alors ce jour-là j'ai été heureux, j'ai été chez moi » (Jules, 83 ans, habitant d'un HCA, Bourgogne–Franche-Comté, France, octobre 2013)

Perla Serfaty Garzon remarque ainsi que la propriété constitue un élément constitutif de l'appropriation du « chez-soi », même s'il n'est pas le seul. Il atteste d'une possession juridique, une garantie pour le propriétaire, lui assurant qu'il ne pourra pas être dépossédé de son bien sans être considéré comme injustement traité⁸⁵⁵.

Aujourd'hui installé dans une maison Âges & vie, Jules reconnaît avoir un espace privé à lui, sa chambre individuelle, cependant, il le souligne :

« Oui, c'est ma chambre. C'est ma chambre. Je me sens bien, mais je ne suis pas chez moi. » (Jules, 83 ans, habitant d'un HCA, Bourgogne–Franche-Comté, France, octobre 2013)

⁸⁵⁴ Bernadette PUIJALON, « L'hospitalité dans les institutions pour personnes âgées: l'acte et l'art d'habiter », in *Lieux d'hospitalité, hospices, hôpital, hostellerie*, Clermont-Ferrand, Presses universitaires Blaise Pascal, 2001, p. 320.

⁸⁵⁵ Perla SERFATY-GARZON, *Chez soi : Les territoires de l'intimité*, op. cit.

1.2.1. Le « monde » de Michelle

Certains *habitats alternatifs* sont institués à proximité de l'ancien lieu de résidence des usagers pour les maintenir dans un environnement familial. Les « *microstructures* » du projet A2MG par exemple, sont aménagées au sein même de leur commune d'origine, chez l'habitant. Cependant, les porteurs de projet expliquent se heurter au refus et aux résistances des bénéficiaires potentiels du projet. Ce fut le cas de Michelle. Bien qu'elle « consente » à s'installer temporairement chez Caroline, un habitat situé à deux pas du sien, elle ne se résoudra jamais à quitter définitivement son domicile.

Michelle est âgée de 86 ans. Elle ne s'est pas mariée, n'a pas eu d'enfants, et les membres de sa famille sont aujourd'hui tous décédés. Elle vit seule dans une des maisons de la commune. Suite à une chute, elle est hospitalisée. Au fait de la situation, Camille, membre active de l'association A2MG, va lui rendre visite plusieurs fois par semaine pour lui tenir compagnie et lui apporter des vêtements propres. Une relation amicale se noue entre les deux femmes. Peu à peu, Camille pénètre dans l'intimité quotidienne de Michelle et découvre l'insalubrité de son logement. Son jugement est sans appel. Le domicile de Michelle est décrit comme « *pire qu'une déchetterie* ». Selon elle, « *quelqu'un qui n'a pas vu la maison ne peut même pas se l'imaginer !* »⁸⁵⁶. Camille tente alors de la convaincre de s'installer dans une « *microstructure* » aménagée dans le logement de Caroline, mais se heurte à un refus. Michelle souhaite rentrer chez elle.

Camille, fortement préoccupée par les conditions de vie de Michelle, en parle autour d'elle. Certains habitants de la commune se mobilisent alors pour lui apporter une aide. Un voisin lui tranche des bûches de bois pour lui permettre de se chauffer, une voisine s'occupe d'alimenter son chauffage, tandis que Camille lui apporte tous les soirs une soupe chaude. Puis, Michelle chute à nouveau. Elle est hospitalisée, reconduite à domicile, et quelques semaines plus tard, elle chute encore une fois. À son retour, Camille lui fait une proposition. Pendant que les habitants du village s'occuperont de modifier et de réadapter son domicile, Michelle pourra, au cours des mois d'hiver, résider chez Caroline. Après de longues négociations, Camille parvient à convaincre Michelle.

Installée au domicile de Caroline lorsque nous l'avons rencontré, Michelle explique : « *je suis pas mal, mais je ne suis pas à la maison* »⁸⁵⁷. Très attachée à son domicile, elle insiste pour s'y rendre tous les après-midis. Camille l'y conduit tous les jours de la semaine, à

⁸⁵⁶ Camille, 42 ans, soignante, aidante familiale et cofondatrice d'un HA, Grand-Est, France, février 2013.

⁸⁵⁷ Michelle, 85 ans, habitante temporaire d'un HA, Grand-Est, France, février 2013.

l'exception des week-ends. Tout au long de l'entretien, elle exprimera sa ferme intention de pouvoir y retourner, malgré les tentatives des membres de l'association A2MG pour la pousser à changer d'avis :

« Je suis venue ici parce qu'on a nettoyé chez moi... vous comprenez pas ? Et... on m'a dit : "viens ici". Alors j'étais là pendant tout l'hiver. Je croyais qu'ils le font en deux mois. Au début, ils disaient en deux mois ce sera fait. Parce que moi je voulais pas du tout partir, parce que moi je suis toujours chez moi à la maison. Et je veux de nouveau rester à la maison, c'est tout. » (Michelle, 85 ans, habitante temporaire d'un HA, Grand-Est, France, février 2013)

Si Michelle accepte la proposition de Camille, elle exprime au cours de l'entretien son inquiétude à l'idée de ne pouvoir rentrer chez elle. Michelle tait les fragilisations qui l'accablent. Apeurée à l'idée de subir une énième hospitalisation qui l'éloignerait d'un retour « chez soi », elle refuse notamment de se faire opérer de la cataracte. Mis à part les membres de l'association A2MG, et surtout Camille, qui ont su gagner sa confiance, elle développe une méfiance à l'égard des intervenants extérieurs, son curateur⁸⁵⁸, son médecin et l'assistante sociale. Ils lui apparaissent comme une entrave à un retour à domicile, et représentent pour elle le risque d'une perte de liberté et de maîtrise.

« Je n'ai jamais regretté de ne pas m'être marié, mais maintenant je regrette un peu, parce que maintenant quand on est seul on est vraiment une andouille. Ils font ce qu'ils veulent avec vous. Parce que là, j'avais pas besoin de curatelle, je n'ai pas besoin d'un type de curatelle qui doit seulement regarder mes papiers et il regarde si je peux aller à la maison, ça le regarde pas. Moi je trouve ils font des trucs c'est incroyable ! Ils font ce qu'ils veulent avec les gens plus âgés. Moi je savais pas ça... moi j'étais toujours libre, je faisais ce que je voulais, je me promenais, je faisais des courses, j'avais encore des canards à la maison et tous les jours je donnais à manger aux canards, j'avais toujours du travail moi. Je faisais mon petit ménage, j'avais personne... jusque 80 ans j'avais personne qui me faisait le ménage, personne, j'étais toujours moi-même, maintenant je suis obligée de prendre quelqu'un. » (Michelle, 85 ans, habitante temporaire d'un HA, Grand-Est, France, février 2013)

⁸⁵⁸ Michelle a été mise sous curatelle renforcée suite à l'une de ses hospitalisations.

En dépit de la dégradation de son état de santé, Michelle s'attache à défendre son « territoire », en tentant de convaincre, en vain, son entourage, professionnel et familial qu'elle est apte physiquement à rentrer chez elle.

Le cas de Michelle permet de mettre en perspective un certain achoppement entre des logiques contradictoires qui opposent d'un côté, les intervenants extérieurs professionnels et familiaux, et de l'autre, la personne aidée. D'une part, il s'exprime dans une perception différenciée du « chez-soi », et révèle, dans sa symbolique, les significations subjectives de la poétique de l'habiter. Si pour un visiteur extérieur, le domicile de Michelle est insalubre, souillé et malodorant, il est pour elle un espace dans lequel elle « *était toujours libre* », mais aussi un repaire sécurisant de l'intimité et un lieu de mémoire. Comme le remarque d'ailleurs Bachelard : « Vue intimement, la plus humble des demeures n'est-elle pas belle ? »⁸⁵⁹.

Michelle peut être rattachée à ces « personnes seules qui se savent les dernières de la famille à occuper ce domicile »⁸⁶⁰. Son « monde », tel qu'il est décrit par Camille, peut se définir comme un espace « figé dans l'immobilisme »⁸⁶¹ :

« Elle était jamais mariée, elle vivait avec ses parents, et pour elle y avait que ça, son monde à elle, et une fois qu'elle a perdu ses parents, ses tantes, elle restait là-dedans dans ce cocon familial. Elle a tout gardé ! Elle a gardé les habits de ses parents, les habits de ses tantes, de son neveu, les conserves que maman faisait, elle les a gardées, elle les a même pas utilisées, elle les a pas mangées. Elle n'a plus évolué une fois que son monde a disparu, elle n'a pas évolué. » (Camille, 42 ans, soignante, aidante familiale et cofondatrice d'un HA, France)

Michelle est craintive à l'idée de quitter son domicile, même s'il s'agit de s'installer dans une habitation située à deux pas de chez elle. Le déménagement constitue pour elle un adieu non consenti à son lieu de vie, mais aussi à « son monde » dont elle s'est attachée à préserver le souvenir. L'état de délabrement de son logement, s'il peut choquer le visiteur extérieur, constitue pour elle un ordonnancement qui fait sens, parce qu'il lui permet de maintenir la constance, la durabilité, sinon la réalité d'un « monde » qu'elle a figé dans le temps et dans l'espace.

⁸⁵⁹ Gaston BACHELARD, *La poétique de l'espace*, op. cit., p. 24.

⁸⁶⁰ Monique MEMBRADO, Serge CLEMENT, Marcel DRULHE, Karla GRIERSON, Jean MANTOVANI, Anastasia MEIDANI, Alice ROUYER, Tristan SALORD, Nicole THATCHER, Philippe VIDAL et Monique GARNUNG, *Habiter et vieillir : les âges du « chez soi »*, op. cit., p. 87.

⁸⁶¹ Bernadette VEYSSET, *Dépendance et vieillissement*, op. cit., p. 36.

D'autre part, le cas de Michelle révèle une perception différenciée de la notion de « liberté » et de « libre choix ». Il ne s'agit pas ici de nier les besoins d'hébergement, de protection et de sécurité de Michelle, ni de porter un jugement critique sur les volontés de bien faire de Camille, et de manière générale de l'ensemble des membres l'association A2MG, mais de mettre en perspective les points de tension qui parcourent le cadre des interactions. Les porteurs du projet A2MG visent à se distancier du modèle de la maison de retraite, qu'ils perçoivent comme un environnement coercitif portant atteinte aux libertés des personnes vieillissantes. Ils imaginent un nouveau dispositif, qu'ils jugent plus humain, dans un environnement familial, chez l'habitant. Mais, ils éprouvent des difficultés à « faire entrer dans les mœurs des solutions collectives »⁸⁶² et se heurtent à des refus. Ces refus sont interprétés par les acteurs associatifs comme un « déni de vieillesse » formulé par des personnes qui « occultent », se « cachent », se « braquent » et « refusent une solution simple »⁸⁶³, des personnes qui se retrouvent alors « dans une situation où comme ils n'ont rien prévu, c'est les autres qui prennent les décisions à leur place »⁸⁶⁴.

Pour Michelle, c'est paradoxalement tout le dispositif d'aide solidaire construit autour d'elle qui est perçu comme une entrave à son intimité et à l'exercice de son « libre choix ». La mise en lumière de son cas par Camille a non seulement rendu public, à la collectivité du village, l'état de délabrement de son espace intime, jusqu'alors soustrait au regard et au jugement extérieur. Au-delà des fragilités physiques qui l'accablent et de ses rapports conflictuels avec son médecin et son curateur, il l'enjoint également à défendre avec plus de fermeté encore ce qu'elle souhaite : « rester à domicile » et ce à quoi elle s'oppose : un déménagement dans un autre lieu de vie, que celui-ci ait la forme d'une maison de retraite ou de la « microstructure » d'un *habitat alternatif*.

1.2.2. Les Sœurs Aînées : l'adieu à la pierre

Dans le cas où la formule est un HA géré et initié par les habitants eux-mêmes, la décision collective d'un déménagement ne s'effectue pas non plus sans difficulté. Ainsi, le choix des Sœurs Aînées de s'installer dans de nouveaux bâtiments en 2010 a été le fruit de longues négociations. La question d'une éventuelle délocalisation de la communauté avait déjà été envisagée une trentaine d'années auparavant, mais « personne n'était prêt à ça, donc ça

⁸⁶² Martine, 61 ans, cofondatrice d'un HA, Grand-Est, France, octobre 2012.

⁸⁶³ Martine, 61 ans, cofondatrice d'un HA, Grand-Est, France, octobre 2012.

⁸⁶⁴ Martine, 61 ans, cofondatrice d'un HA, Grand-Est, France, octobre 2012.

n'avancait pas »⁸⁶⁵. La décision, repoussée à plus tard, redevient peu à peu centrale, d'une part, parce qu'il apparaît nécessaire de répondre au vieillissement des membres de la communauté, et d'autre part en raison de la vétusté des bâtiments, qui ne sont plus aux normes et dont les frais de rénovation sont trop onéreux.

Suite à un vote, les Sœurs consentent finalement à vendre leur ancien patrimoine immobilier et s'installent dans un nouveau bâtiment, situé dans le jardin potager de leur ancien couvent. Mais le choix du déménagement s'effectue « *le cœur gros* »⁸⁶⁶. Dans cet extrait, Sœur Mado évoque ainsi les difficultés rencontrées pour convaincre les religieuses :

« *Il fallait faire des réunions et des réunions et des réunions pour décider les Sœurs, une quarantaine que nous étions, certaines ont trainées et qui n'en finissent pas de se décider et qui maintenant encore ronchonnet. C'était mieux par là-bas, c'était ceci cela...* » (Sœur Mado, 80 ans, Sœur supérieure, habitante d'un HA, Normandie, France, octobre 2015)

Ces résistantes évoquées par Sœur Mado sont dues à l'histoire du lieu et des habitantes. Une partie d'entre elles sont d'anciennes orphelines, recueillies au couvent dans leur enfance. Cet espace était pour elles « *leur lieu, leur maison* »⁸⁶⁷, autrement dit leur « chez-soi », et il leur est difficile de quitter leur domicile de toujours. D'autres religieuses résidaient au couvent depuis plusieurs décennies. Elles étaient « *très attachées à la pierre (...) très attachées au lieu* »⁸⁶⁸, comme le souligne Sœur Mado. La rupture provoquée par le déménagement dans un bâtiment neuf, pourtant construit en proximité directe avec leur ancien lieu de vie, constitue pour elles aussi une étape difficile⁸⁶⁹.

La résistance et les difficultés des Sœurs à quitter leur « chez-soi » peuvent également être appréhendées comme une réaction au processus de sécularisation des sociétés contemporaines. En effet, les communautés religieuses catholiques sont, dans leur ensemble, confrontées à une baisse significative des vocations sacerdotales et au vieillissement de leurs membres. C'est ainsi, comme nous l'avons déjà évoqué, pour « *tenir le coup* », « *continuer à*

⁸⁶⁵ Sœur Mado, 80 ans, Sœur Supérieure, habitante d'un HA, Normandie, France, octobre 2015.

⁸⁶⁶ Sœur Marie-Chantal, 93 ans, habitante d'un HA, Sœur supérieure, habitante d'un HA, France.

⁸⁶⁷ Sœur Mado, 80 ans, Sœur supérieure, habitante d'un HA, Normandie, France, octobre 2015.

⁸⁶⁸ Sœur Mado, 80 ans, Sœur supérieure, habitante d'un HA, Normandie, France, octobre 2015.

⁸⁶⁹ Pour rappel, la maison communautaire des Sœurs Aînées est issue d'une union de sept congrégations franciscaines. Par-delà elle accueille aussi des religieuses venues de toutes la France. Les enquêtes de terrain ont montré que pour ces religieuses, issues de communautés différentes, l'installation dans une nouvelle communauté était éprouvée avec une certaine difficulté également. Mais dans ce cas, il ne s'agit pas de prendre la décision de garder ou de vendre un bâtiment historique, qui représente dans sa symbolique, toute une histoire vieille de plusieurs siècles.

faire vivre »⁸⁷⁰ l'œuvre qui les rassemble que les Sœurs Aînées décident de se regrouper pour fonder une nouvelle congrégation. Et si Sœur Mado reconnaît, placide, « *on sait bien que dans la vie les choses changent* »⁸⁷¹, on peut considérer toutefois que la nécessité pour les Sœurs de se séparer de leur bâtiment historique, vieux de plusieurs siècles, peut être vécue douloureusement comme l'un des nombreux symptômes de la fin d'un cycle. Ce n'est d'ailleurs pas un hasard si les Sœurs Aînées consentent à céder leur couvent à la ville, qui souhaite le transformer en centre culturel. Pour Sœur Marie-Chantal, le projet de la mairie entre en adéquation avec les œuvres des Sœurs axées sur le sanitaire et le social, ce qui permet, selon elle, de ne « *pas lâch [er] ce qu'on faisait* », de préserver la mémoire du lieu et la mission des Sœurs.

« On a voulu que ça serve à quelque chose. Parce qu'un pôle culturel, ça nous permet de garder la chapelle, de garder nos bâtiments, ils vont rénover à l'intérieur ça va être très bien, et ils vont mettre des conférences qui serviront au social. Ça servira, il y aura des réunions de religieuses, il y aura des réunions sociales, il y aura des choses de culture, mais ça restera dans le social. Donc, on n'a pas lâché ce qu'on faisait. » (Sœur Marie-Chantal, 93 ans, Normandie, France, octobre 2015)

2. Les obstacles à la recréation d'un « chez-soi »

Les porteurs de projet d'*habitats alternatifs* visent dans un même mouvement à réduire les écarts entre le nouveau lieu de vie et le domicile et à dépasser les limites du logement ordinaire. Ils s'attachent à « normaliser » et individualiser les espaces intérieurs et extérieurs, à favoriser la participation des usagers et à faciliter l'exercice de leur capacité de maîtrise, en ajustant l'environnement matériel et humain aux handicaps liés à l'âge. Cependant, les entretiens réalisés avec les habitants montrent là aussi un certain décalage entre l'objectif du lieu modélisé et l'espace *vécu* par les habitants.

2.1. Des lieux étroits

Afin de favoriser la réappropriation de l'espace et limiter l'impact de la rupture généré par le déménagement, il est notamment possible pour les usagers de personnaliser leurs chambres. Cependant, ils emménagent parfois dans un espace beaucoup plus étroit que celui dans lequel ils évoluaient jusqu'alors, ce qui peut entraver les possibilités d'appropriation

⁸⁷⁰ Sœur Mado, 80 ans, Sœur Supérieure, habitante d'un HA, Normandie, France, octobre 2015.

⁸⁷¹ Sœur Mado, 80 ans, Sœur supérieure, habitante d'un HA, Normandie, France, octobre 2015.

d'un nouveau « chez-soi ». Il leur faut en effet faire des tris, se séparer d'une grande partie de leur mobilier, souvent inadapté à l'exiguïté de leur nouvelle demeure.

Andy et Bethany par exemple, décident de vendre leur logement, une maison de deux étages, avant leur installation dans un appartement de la résidence service du village de Mariemont⁸⁷². Il s'agit pour eux de « *prendre les devants* »⁸⁷³ et de choisir un environnement jugé plus sécurisant pour vieillir. Mais bien que le déménagement soit dans ce cas consenti, il suppose quelques difficultés. Ainsi, Bethany explique avoir « *eu des nœuds à l'estomac (...)* *parce que c'est quand même un changement, déménager* »⁸⁷⁴.

Quitter son domicile pour s'installer dans un nouveau lieu de vie nécessite de choisir quels objets privilégier, et implique de se séparer des artefacts du souvenir, d'une partie de la mémoire accumulée dans l'ancienne demeure. Il apparaît que ce choix n'est pas nécessairement déterminé par la valeur sentimentale attribuée aux objets, bibelots et mobiliers. Il est en partie limité par la superficie des nouveaux espaces, plus ou moins spacieux. Andy et Bethany expliquent ainsi avoir dû « *vider la maison* », « *tout liquider* », « *tout changer* » pour « *reprendre des plus petits meubles* »⁸⁷⁵.

Pour Marthe également, habitante d'une colocation de l'Antenne Andromède, il fut difficile de s'habituer à un nouvel espace « *tellement petit* » :

« Ici j'ai souffert au début, c'était tellement petit. J'ai dit : "Je ne saurais jamais vivre là", "je vais jamais m'habituer", et puis le fait d'être là, il fallait bien s'habituer, et une personne comme moi... je vais pas me jeter des fleurs, mais, je suis facilement contente avec ce que j'ai. » (Marthe, 89 ans, habitante d'une HCA, Région Bruxelles-Capitale, Belgique, août 2014)

Parfois, les limites étroites de l'espace habité sont évoquées pour marquer la distinction avec l'ancienne demeure. C'est le cas de Rosaline, résidant avec son mari atteint de la maladie d'Alzheimer dans une maison Âges & Vie. Rosaline exprime son soulagement d'avoir pu s'installer en couple dans la formule et, par ce biais, éviter à son mari un placement en institution. Elle se dit notamment satisfaite de l'ambiance familiale « *qu'on ne retrouve pas*

⁸⁷² Le lieu n'a pas été choisi au hasard. La mère de Bethany résidait jusqu'à son décès dans un des Cantous du village. Très satisfait de l'accueil et du soin prodigué, le couple décide de s'installer dans la résidence service du « village » lorsqu'un appartement se libère.

⁸⁷³ Bethany, 70 ans, habitante d'une résidence service dans un HM, Wallonie, Belgique, janvier 2014.

⁸⁷⁴ Bethany, 70 ans, habitante d'une résidence service dans un HM, Wallonie, Belgique, janvier 2014.

⁸⁷⁵ Bethany, 70 ans, habitante d'une résidence service dans un HM, Wallonie, Belgique, janvier 2014.

toujours dans les maisons de retraite »⁸⁷⁶. Néanmoins, elle évoque aussi les difficultés relatives à la maladie de son conjoint — « *pour moi la vie est dure* » — avec qui elle partage une proximité quotidienne parfois pesante. Ainsi, lorsqu'ils se disputent, il lui est impossible de se réfugier dans l'intimité d'une autre pièce de la chambre qu'elle partage avec son mari, puisqu'elle n'en compte qu'une seule :

« C'est sûr que c'est pas du tout pareil que quand on était dans notre maison ici, parce que on est 24 h/24 ensembles. Quand j'étais dans la maison, quand il y avait quelque chose qui n'allait pas je pouvais aller faire quelque chose ailleurs, quitter la pièce où il se trouvait. »
(Rosaline, 82 ans, habitante d'un HCA, Bourgogne–Franche-Comté, France, octobre 2013)

2.2. Un espace (presque) à soi

Les *habitats alternatifs* sont souvent traversés par une pluralité d'acteurs, variables selon les modèles, dont les passages sont en outre favorisés par l'intention des porteurs de projet de créer des espaces ouverts. Des soignants, du personnel d'entretien, des agents de maintenance, des directeurs d'établissement, des animateurs, des familles — la sienne ou celle des autres — des voisins, parfois aussi des groupes scolaires, circulent régulièrement dans le nouvel univers théoriquement « ordinaire » des usagers. Et s'il leur est possible de se soustraire à l'agitation environnante en se retirant dans l'intimité de leur espace privé, il n'en demeure pas moins que l'*habitat alternatif* est aussi un lieu en partie public, dont ils ne peuvent pas toujours ni contrôler ni maîtriser les seuils d'entrée et de sorties.

De même, les habitants de certaines formules alternatives disposent de leur propre clé. Elle constitue un signe ostentatoire de libre circulation des usagers, de leur possibilité de maîtriser leur espace de vie. L'habitant peut donc *a priori* se retirer dans l'antre privé de sa chambre individuelle, mais il ne peut jamais y être tout à fait tranquille dans la mesure où il n'est jamais tout à fait le seul à en avoir l'accès. En effet, si l'utilisateur peut choisir ou non de donner un jeu de clé à ses proches, un double est automatiquement restitué à l'équipe de soin qui peut s'en servir si elle le juge nécessaire. Le livre d'accueil des Maisons Âges & vie mentionne en effet : « *vous entrez dans votre studio par une porte dont vous possédez la clé, et vous accédez à la terrasse par une porte-fenêtre dont vous possédez également la clé. Vous seul(e) décidez des personnes qui ont droit ou non de pénétrer dans cet endroit, et à qui vous confiez un double des clés* ». Cependant, cette allégation est immédiatement contredite dans le

⁸⁷⁶ Rosaline, 82 ans, habitante d'un HCA, Bourgogne–Franche-Comté, France, octobre 2013.

but de répondre à des impératifs sécuritaires : « *il est bien entendu indispensable que les salariés d'Âges & Vie disposent d'un double des clés, pour pouvoir intervenir en cas de nécessité* »⁸⁷⁷.

Cette tension entre liberté et sécurité se vérifie dans l'HCA de l'Antenne Andromède. Dans les énoncés de la charte du projet, l'accent est mis sur le statut des usagers qui sont des « *habitants d'appartement (...) responsables de leur manière de vivre* » plutôt que des « *pensionnaires* ». Ce statut leur octroie un droit, celui d'être « *les seuls à disposer de leurs clés de chambre et de porte de rue* ». Il est là aussi en partie relativisé par une parenthèse explicite : (« *à l'exception d'un jeu de clé conservé par le CPAS, à titre de sécurité* »). Ainsi, s'il est exigé du personnel qu'ils interviennent « *comme à domicile* », et s'il est affirmé avec force que les usagers sont les maîtres des lieux, les acteurs extérieurs — les soignants, les familles, ou les travailleurs sociaux — sont les responsables légitimes du contrôle des seuils, du privatif et du collectif. Ils peuvent, pour répondre à un impératif sécuritaire, briser la fonction de refuge des « *territoires de l'intimité* »⁸⁷⁸. Ces éléments affectent la dimension « *ordinaire* » du domicile qui ne peut plus être défini comme cet « *espace inviolable, où l'être n'est entouré que par des êtres et des objets familiers sur lesquels il exerce son emprise de maître et de possesseur* »⁸⁷⁹.

2.3. Possibilité et limites des libertés de circulation

La maison dans sa poétique est, comme nous l'avons mentionné, un lieu d'entrouverture. Pour Bernadette Veysset, « *elle ne joue son rôle de repaire que si elle est ouverte sur le dehors. Il faut que celui qui l'habite puisse en sortir ou que d'autres y entrent, créant ainsi une circulation, une respiration, une alternance entre les moments de convivialité et ceux de solitude* »⁸⁸⁰. Les initiateurs de ces formules d'habitats « *comme chez soi* » visent ainsi à créer ou à recréer une continuité entre le dedans et le dehors, entre l'espace public, l'espace collectif et l'espace privé. Au-delà d'une volonté de faire « *respirer* » les lieux, il s'agit également de favoriser l'ancrage de l'habitant dans son territoire en lui permettant de maintenir ses relations sociales et de conserver ses habitudes⁸⁸¹.

⁸⁷⁷ Livret d'accueil. Répondre à vos questions. Connaître le fonctionnement des maisons Ages & Vie, septembre 2013, p 6.

⁸⁷⁸ Perla SERFATY-GARZON, *Chez soi : Les territoires de l'intimité*, op. cit.

⁸⁷⁹ Bernadette VEYSSET, *Dépendance et vieillissement*, op. cit., p. 40.

⁸⁸⁰ *Ibid.*, p. 41.

⁸⁸¹ Il est par exemple mentionné dans le livret d'accueil des Maisons Ages & Vie qu'en « *tant qu'habitant au sein de la maison Ages & vie, vous pourrez continuer de fréquenter les lieux où vous avez vos habitudes (boulangerie, église, cimetière,...) de pratiquer vos activités régulières (« club », gym douce, loto...) ou tout*

Cependant, la marge de manœuvre dont dispose l'habitant pour circuler « librement », comme ses possibilités de maintenir un lien avec l'extérieur sont à géométrie variable. Elles dépendent de degrés et de la nature de ses fragilités. Les résidents atteints de troubles cognitifs par exemple, évoluent généralement dans l'enceinte d'un espace clôt, sécurisé, et plus ou moins étendu, dont les seuils sont scrupuleusement contrôlés. Ainsi, les sorties ne sont autorisées que lorsque la personne est accompagnée d'un soignant ou d'un proche. Les espaces sont verrouillés par un digicode classique ou par une mesure de contention « banalisée », moins tape-à-l'œil, telle qu'une serrure de porte ordinaire fermée de l'intérieur, comme c'est le cas dans certains domiciles partagés. C'est ainsi dans les limites d'un environnement cloisonné qu'il est (paradoxalement) possible pour les habitants de se déplacer « librement ». L'accessibilité des espaces extérieurs est ici normée spatialement. Elle dessine la frontière entre ce qui est identifié comme une circulation légitime qualifiée de « libre », rendue possible par l'enfermement, et ce qui au-delà du franchissement de cette limite peut se définir comme une fugue, et donc, une circulation illégitime.

Dans d'autres cas, les « fragilités » et les « dépendances » physiques des habitants peuvent faire office de mesures de contention « naturelles » et limiter l'accès aux espaces extérieurs. Les enquêtes de terrain, réalisées auprès des habitants des Maisons Âges & Vie, montrent qu'ils sortent rarement de l'enceinte de leur lieu de vie. Leurs allées et venues se résument souvent à faire le « *tour de la maison* »⁸⁸². Elles sont tributaires du climat et du bon vouloir du corps, de plus en plus incertain, comme le montrent ces deux extraits :

- « *Je fais au moins le tour de la maison. En fonction du temps, en hiver, c'est en fonction de la neige qui est tombée, parce que je peux pas me permettre d'aller me promener lorsque le sol est glissant* » (Blondie, 89 ans, habitante d'un HCA, Bourgogne-Franche-Comté, France, octobre 2013)
- « *Ce matin j'ai pas pu [faire le tour de la maison] j'avais pas mes jambes* » (Jules, 83 ans, habitant d'un HCA, Bourgogne-Franche-Comté, France, octobre 2013)

Les circulations entre intérieur et extérieur peuvent également être limitées par le sentiment de fatigue. C'est le cas de Rosaline, qui n'« *aspire qu'à se reposer* » lorsque l'absence de son mari lui permet de « *souffler* » :

simplement aller visiter vos proches ». De même, la Charte de l'Antenne Andromède mentionne « *la vie à Andromède encourage les habitants à maintenir et à développer leur réseau relationnel et leurs activités personnelles. C'est ainsi que les personnes restent intégrées dans la vie sociale (quartier, commerces, clubs, paroisses, commune, loisir...)* ».

⁸⁸² Blondie, 89 ans, habitante d'un HCA, Bourgogne-Franche-Comté, France, octobre 2013.

« *Quand mon mari s'en va dans l'accueil de jour c'est aussi pour me permettre de souffler un peu, car je prends le bus, je vais à B***, je vais au Cora, je vais voir des gens que je connais. C'est réduit parce que les jours où je devrai normalement, parce que c'est pour me permettre de souffler, je n'aspire qu'à me reposer.* » (Rosaline, 82 ans, aidante familiale, habitante d'un HCA, Blondie, 89 ans, habitante d'un HCA, Bourgogne–Franche-Comté, France, octobre 2013)

C'est parfois dans l'enceinte même des lieux que les pratiques usuelles du quotidien sont limitées par la condition physique des usagers. Les défaillances corporelles s'affirment dans le rapport à l'espace *vécu*. Avec Martine Boyer Weinmann, on peut ainsi associer la vieillesse à un manteau d'Arlequin qui change d'âge selon les postures et les obstacles de l'environnement matériel. À titre illustratif, l'auteure reprend un passage particulièrement explicite de la *Touche étoile*, écrit par Benoite Groult, alors octogénaire : « Assise, j'ai 60 ans. Debout je me tasse un peu, mais ma démarche reste alerte. Je suis insoupçonnable en terrain plat. C'est en descendant un escalier que je deviens septuagénaire. Je le descends avec ma tête, car je ne fais plus confiance à mes jambes »⁸⁸³.

Dans les *habitats alternatifs*, l'exercice des mouvements et des déplacements est déterminé par l'organisation et la structuration des espaces. Si certains porteurs de projet ont développé des espaces ergonomiques et « intelligents » permettant aux usagers de maintenir une certaine prise sur leur environnement, dans d'autres cas, les aménagements intérieurs ne sont pas toujours ajustés à l'évolution des « fragilités » physiques et cognitives des habitants. L'inadéquation du corps avec l'espace *vécu* peut alors complexifier l'expérience quotidienne du vieillissement. Il en résulte des phénomènes de « déprise »⁸⁸⁴ où les usagers réajustent ou abandonnent certains de leurs rituels quotidiens. Ce fut le cas temporairement de Marthe, qui, atteinte de la maladie du zona, dit ne pas avoir pu se doucher durant trois mois. De même, Danielle, explique avoir « *trop peur* » de prendre une douche. Elle souligne : « *je ne me sens plus assez solide sur mes jambes* »⁸⁸⁵.

Les *habitats alternatifs* sont parfois soumis aux mêmes facteurs limitants que le domicile ordinaire. Des espaces mal ajustés aux handicaps peuvent se présenter à l'utilisateur

⁸⁸³ Benoîte GROULT, *La touche étoile*, Paris, Grasset, coll. « Le livre de poche », 2006, p. 24-25.

⁸⁸⁴ La déprise se définit comme un processus de réaménagement de l'existence, se produisant à mesure que les individus vieillissent et sont confrontés à des difficultés croissantes. Il peut être vecteur d'ajustements, mais également de renoncement à certaines activités, Jean-François BARTHE, Serge CLEMENT et Marcel DRULHE, « Vieillesse ou vieillissement ? Les processus d'organisation des modes de vie chez les personnes âgées. », *op. cit.*, Vincent CARADEC, *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement*, *op. cit.*

⁸⁸⁵ Danielle, 84 ans, habitante d'un HCA, Région Bruxelles-Capitale, Belgique, août 2014.

comme des obstacles difficiles à franchir. De plus, au-delà des bouleversements impactés par un déménagement en partie subi, l'absence d'alternance entre intériorité et extériorité est susceptible d'entraver la possibilité de réappropriation de l'espace. Il risque alors d'apparaître pour certains comme un lieu clôt et hostile plutôt que comme un repaire. Dans cette perspective, le *retranchement inclusif*⁸⁸⁶ peut apparaître comme un moyen de pallier le problème, en cela qu'il inverse la dynamique des allées et venues. Ce n'est plus la personne qui se déplace vers l'extérieur, mais l'extériorité, qui, incité à s'introduire dans l'espace, peut produire de la socialité, alterner les circulations et faire « respirer » le lieu.

3. Les autres

Dans les *habitats alternatifs*, les usagers partagent leur espace de vie avec des colocataires. Les habitants des Maisons Âges & Vie par exemple, « acceptent l'idée d'être en toute petite collectivité et donc en colocation »⁸⁸⁷. De même, dans l'HCA de l'Antenne Andromède : « on fait comme à la maison, mais on est cinq à être comme à la maison. Donc la chambre en tout cas on est tout à fait chez soi, dans le living on est chez soi avec les autres qui sont aussi chez eux. Donc il s'agit de composer avec les quatre autres »⁸⁸⁸. Pensée entre autres, comme un moyen de créer du lien social, la petite taille des espaces comptant un nombre restreint de colocataires, peut également apparaître aux yeux des usagers comme une contrainte, altérant le caractère domiciliaire, familial et supposé « normalisé » de l'espace.

3.1. Le « petit » espace, un véhicule de socialité ?

Pour certains porteurs de projet, limiter le nombre de résidents permettrait de « fabriquer » une dynamique relationnelle de groupe et par-delà de lutter contre le sentiment de solitude et d'isolement. Cette idée n'est pas nouvelle. Elle avait déjà été expérimentée dans les formules alternatives de « première génération ». La communauté de vie d'inspiration domestique est ainsi supposée être un véhicule de socialité plus efficace que la collectivité anonyme et impersonnelle de l'institution traditionnelle. Pour Bernadette Veysset en effet, « ce qui s'oppose au sentiment de solitude, ce n'est donc pas le nombre, mais le sentiment

⁸⁸⁶ Cf. Chapitre 5.

⁸⁸⁷ Samuel, 43 ans, cofondateur et cogérant d'un HCA, Bourgogne-Franche-Comté, France, septembre 2013.

⁸⁸⁸ Christine, 59 ans, référente pour la démence dans une MRS, responsable de coordination et cofondatrice d'un HCA, Région Bruxelles-Capitale, Belgique, août 2014.

d'appartenance et celui-ci ne peut naître le plus souvent qu'un sein d'un groupe très restreint »⁸⁸⁹.

Nos enquêtes de terrain confirment en même temps qu'elles nous invitent à relativiser l'hypothèse de l'auteure. Les observations empiriques et l'analyse des discours montrent, d'une part, que le nombre peut effectivement avoir impact mineur sur le sentiment d'appartenance. On pense ici à l'exemple canonique des Sœurs Aînées. En dépit de leurs parcours différenciés, les quarante religieuses de la maison communautaire se rejoignent dans une spiritualité commune. Elle impulse l'exercice de la solidarité et facilite l'harmonisation du « vivre ensemble ».

D'autre part, un environnement social restreint n'est pas nécessairement propice à la consolidation d'un sentiment d'appartenance. Contrairement aux Sœurs Aînées qui, au regard de leur « carrière »⁸⁹⁰ dans l'institution religieuse disposent d'un « savoir-faire » et d'un « savoir-être » pour évoluer dans un collectif, la colocation n'est pas à proprement parler un mode d'hébergement coutumier pour les usagers d'*habitats alternatifs*. De plus, ils ne sont généralement pas réunis dans un même espace par affinités ou par choix, mais parce que leurs handicaps physiques et cognitifs ne leur permettent plus demeurer à domicile et parce qu'ils présentent des signes de « fragilités » similaires, permettant de les regrouper dans différents lieux de vie dédiés. Non seulement, ils passent brusquement du cadre intimiste du domicile à une vie plus communautaire, mais en plus, au-delà des bouleversements générés par le déménagement, ils sont contraints de partager une proximité quotidienne dans un univers inconnu, avec des personnes qui leur sont généralement imposées, qu'ils ne connaissent pas, ou peu, et avec qui ils ne s'entendent pas toujours.

Yvonne, auxiliaire de vie dans une Maison Âges & Vie, remarque ainsi que les habitants ne se mélangent pas beaucoup en dehors du temps des repas, où le collectif leur est imposé⁸⁹¹. Il fut par exemple impossible pour les soignants d'instaurer un goûter commun, comme elle l'explique dans cet extrait :

« Ils ont leur télé, ils regardent ce qu'ils veulent et comme ils sont, la plupart ils sont sourds, ils ont leurs écouteurs, ils sont tranquilles dans leur chambre. Tout au début on les

⁸⁸⁹ Bernadette VEYSSET, *Dépendance et vieillissement*, op. cit., p. 41.

⁸⁹⁰ Howard Saul BECKER, *Outsiders*, op. cit.

⁸⁹¹ Les habitants sont incités à partager les temps du repas ensemble. Comme le mentionne le livret d'accueil : « il n'y a pas de « room-service » en maison Âges & Vie, donc pas de service en chambre sauf pour raison médicale. En théorie rien n'empêche une personne valide d'emmener son repas dans son studio. Ceci est toutefois peu souhaitable et très exceptionnel, car les colocataires dans leur immense majorité apprécient de se retrouver au moment des repas », p 16.

avait tous ici, d'un seul coup ils sont tous partis dans les chambres. On va les chercher, on a essayé de les rechercher, 3 h et demie pour le goûter, on a dit : "on donne plus le goûter dans les chambres". Ça n'a pas marché, une fois ils sont venus, après : "ah non on vient plus goûter", c'est pas la peine ils ne goûtaient pas » (Yvonne, 53 ans, responsable auxiliaire de vie dans un HCA, Bourgogne–Franche-Comté, France, octobre 2013)

Le constat opéré par Yvonne se vérifie dans les observations que nous avons réalisées. Ainsi les espaces partagés sont désertés. Peu impliqués dans la vie de groupe, il est bien rare que les habitants se retrouvent dans le séjour pour discuter ou regarder ensemble une émission de télévision. De même, les temps du repas sont relativement silencieux. Les colocataires bavardent peu. C'est souvent le soignant qui anime la table et interagit avec les habitants pour les inciter à dialoguer. Dans leurs discours, les colocataires des Maisons Âges & Vie expliquent préférer se réfugier dans leur espace privé. Jules par exemple, retrouve les autres « *pour manger, autrement non* ». Il se dit « *plus tranquille* » et « *au calme* »⁸⁹² dans sa chambre. De même Jeanne souligne :

« On ne se fréquente pas beaucoup. On se voit à table. On se voit, on se parle, comme ça, mais pour aller l'un chez l'autre... puis c'est toutes des dames, enfin, nous sommes toutes âgées. Alors, je pense, on aime notre tranquillité, je ne sais pas. Mais... non... on ne se voit pas. » (Jeanne, 81 ans, habitante d'un HCA, Bourgogne–Franche-Comté, France, octobre 2013)

Blondie, quant à elle, n'apprécie pas du tout l'un de ses colocataires : Monsieur B., décrit comme un « *grossier personnage* », un « *homme pas intéressant* », « *sans savoir-vivre* »⁸⁹³. Monsieur B. s'introduisait dans sa chambre, sans son accord, et professait des insultes à son égard. Comme « *pour le faire partir c'était toute une histoire* »⁸⁹⁴, la porte de sa chambre est désormais fermée à clé. Les relations qu'elles nouent avec ses autres colocataires, décrits comme des « *personnes calmes* », si elles sont cordiales, ne sont pas pour autant perçues comme amicales :

« On n'a pas quand même des relations... on ne peut pas dire amicales quoi. C'est pas être ami par exemple avec une personne et puis se voir très souvent. Non, on déjeune, après

⁸⁹² Jules, 83 ans, habitant d'un HCA, Bourgogne–Franche-Comté, France, octobre 2013.

⁸⁹³ Blondie, 89 ans, habitante d'un HCA, Bourgogne–Franche-Comté, France, octobre 2013.

⁸⁹⁴ Blondie, 89 ans, habitante d'un HCA, Bourgogne–Franche-Comté, France, octobre 2013.

les repas tout le monde reprend sa place dans la chambre (...) Apparemment chacun aime être tranquille chez lui. C'est aussi bien... c'est aussi bien. On n'est pas obligé toujours d'être ensemble... C'est pas une obligation. » (Blondie, 89 ans, habitante d'un HCA, Bourgogne-Franche-Comté, France, octobre 2013)

Elle explique notamment qu'il est difficile pour elle de communiquer avec certains de ses colocataires, parce qu'ils sont désorientés. C'est le cas de Jeanne. Décrite comme « *très très gentille* » Jeanne « *parle très très peu, elle n'a pas du tout de mémoire, vous venez lui parler de quelque chose, dans les 2 minutes qui suivent c'est déjà envolé* ». Blondie évoque également la différence d'âge. Âgée de 89 ans, Blondie joue au scrabble tous les lundis après-midi avec Rosaline, de sept années sa cadette et souligne : « *ça compte hein ! sept ans ça compte* ». Mais, c'est surtout les différences de parcours biographiques et de valeurs partagées qui semblent limiter la consolidation de liens d'amitié plus étroits :

« Vous savez (...) quand on vieillit, on se lie beaucoup plus difficilement déjà. Et puis, trouvez quelqu'un qui vous ressemble. Ces personnes, ces dames qui sont ici, je ne pourrai pas être... parce que (...) je suis très différente d'elles. J'ai pas eu la même vie. J'ai beaucoup voyagé. J'ai beaucoup dû déménager. Et j'ai eu une vie, j'ai travaillé. Elles, elles n'ont pas travaillé. (...) Ça fait des différences de manières de vivre. Et puis quand a vécu avec mon mari, une vie bien occupée (...) on est beaucoup sorti, beaucoup être entre amis, on a toujours été des groupes où on se retrouvait, où on sortait chez l'un chez l'autre. C'était une vie assez près des autres. Donc c'était très bien. Alors qu'elles, non, c'est pas du tout ça. Je vois bien (...) je fais des réflexions et ça les choque. (Blondie, 89 ans, habitante d'un HCA, Bourgogne-Franche-Comté, France, octobre 2013)

3.2. L'Antenne Andromède, pudeur et distance dans les « relations positives » interhabitantes

Dans les HCA de l'Antenne Andromède, la solidarité et le lien social ont été structurés en amont. Les relations entre habitants sont véhiculées par le caractère autogestionnaire du lieu incitant des habitants à communiquer, l'aménagement des locaux comptant un nombre important d'espaces partagés propices aux rencontres, le choix d'un nombre restreint de colocataires et l'intervention souple d'une équipe d'« accompagnement ».

Les enquêtes de terrain réalisées dans l'une des colocations de l'Antenne Andromède ont montré qu'une dynamique communautaire pouvait naître dans les lieux. La vie collective

dans ce groupe est jugée satisfaisante par tous ses membres. Pour René, elle est « *une unité où on s'entend bien, et où on se fait plaisir mutuellement, on s'arrange (...), c'est une bonne ambiance, c'est agréable* »⁸⁹⁵. Chacun peut conserver ses habitudes, « *la personne est libre* »⁸⁹⁶. La vie collective est ainsi « *communautaire sans être (...) accaparante* »⁸⁹⁷ et il est toujours possible de se « *réfugier dans sa chambre quand on en a envie* »⁸⁹⁸.

Le groupe peut dans ce cas fonctionner comme un dispositif souple de protection fondée sur les « *relations positives* »⁸⁹⁹ entre habitants, telles qu'elles sont mises en valeur par Christine, fondatrice du projet. La présence rassurante et conviviale engendrée par le collectif favorise l'entraide pour les tâches du quotidien (les courses, la vaisselle, la réception des appels téléphoniques, la gestion de l'ordinateur commun et l'aide à la prise en main). Il peut parfois faire office de soutien, de béquille. Pour Marthe en effet : « *si on n'est pas bien (...) on s'aide... et ça passe bien* »⁹⁰⁰. De même, Danielle éprouve des difficultés pour se déplacer. Elle explique que ses colocataires, attentifs à sa condition physique, l'accompagnent lors de promenades. Comme elle le souligne : « *du moment que j'ai quelqu'un au bras, je me sens plus solide* »⁹⁰¹.

Mais si « *ici il y a quelque chose* »⁹⁰², comme le soutient Marthe, les habitants gardent toutefois une certaine distance et se livrent peu. Pour Gabriel en effet, « *on ne parle pas de nos problèmes privés* », « *on garde chacun un peu de pudeur sur notre passé* »⁹⁰³. Les colocataires ont chacun des parcours biographiques très hétérogènes et ne partagent pas toujours les mêmes points de vue ni les mêmes valeurs. Dès lors, certains sujets de conversation sont tus, afin d'éviter les tensions. De même, les amitiés entre les membres du groupe se créent « *à force d'être ensemble* »⁹⁰⁴, mais elles sont perçues comme « *platoniques* »⁹⁰⁵ et non durables par René.

Les relations entre colocataires ne sont pas toujours évidentes. Au-delà de la difficile articulation entre le « je » et le « nous », nécessitant de « *savoir mettre de l'eau dans son*

⁸⁹⁵ René, 85 ans, habitant d'un HCA, Région Bruxelles-Capitale, Belgique, août 2014.

⁸⁹⁶ Gabriel, 80 ans, habitant d'un HCA, Région Bruxelles-Capitale, Belgique, août 2014.

⁸⁹⁷ René, 85 ans, habitant d'un HCA, Région Bruxelles-Capitale, Belgique, août 2014.

⁸⁹⁸ René, 85 ans, habitant d'un HCA, Région Bruxelles-Capitale, Belgique, août 2014.

⁸⁹⁹ Christine, 59 ans, référente pour la démence dans une MRS, responsable de coordination et cofondatrice d'un HCA, Région Bruxelles-Capitale, Belgique, août 2014.

⁹⁰⁰ Marthe, 89 ans, habitante d'un HCA, Région Bruxelles-Capitale, Belgique, août 2014.

⁹⁰¹ Danielle, 84 ans, habitante d'un HCA, Région Bruxelles-Capitale, Belgique, août 2014.

⁹⁰² Marthe, 89 ans, habitante d'un HCA, Région Bruxelles-Capitale, Belgique, août 2014.

⁹⁰³ Gabriel, 80 ans, habitant d'un HCA, Région Bruxelles-Capitale, Belgique, août 2014.

⁹⁰⁴ René, 85 ans, habitant d'un HCA, Région Bruxelles-Capitale, Belgique, août 2014.

⁹⁰⁵ René, 85 ans, habitant d'un HCA, Région Bruxelles-Capitale, Belgique, août 2014.

vin »⁹⁰⁶ ou « de dire “oui” quand on pense “non” ou l'inverse »⁹⁰⁷, le manque d'implication des autres est parfois vécu comme décevante. Gabriel souligne notamment, « il n'y a pas suffisamment d'aide entre nous »⁹⁰⁸. De même, Marthe se dit « choquée » du manque d'attention du groupe à son égard, lorsqu'elle était atteinte de la maladie du zona :

« Ce que j'ai été vraiment choquée, c'est quand j'ai eu le zona, j'ai été très malade, je ne savais pas que ça se passerait comme ça ! (...) Le matin je me levais pour aller faire le café dans la cuisine, pas une seule fois quelqu'un a fait le café pour moi. Maintenant que Gabriel il est là, il le fait, mais sinon je devais me lever si je voulais du café. Et ça me fâche pas, mais ça me chiffonne quand même qu'on est égoïste à ce point-là je trouve. » (Marthe, 89 ans, habitante d'un HCA, Région Bruxelles-Capitale, Belgique, août 2014)

Contrairement au cas particulier des Sœurs Aînées, dont l'organisation interne se fonde sur un dévouement mutuel à l'égard d'un groupe perçu par ses membres comme une grande famille, la solidarité et l'entraide réciproque entre les habitants de cette colocation de l'Antenne Andromède sont en partie limitées. Les relations qui ne nouent sont, comme nous l'avons souligné, distancées. Le « quelque chose » évoqué par Marthe s'exprime avec une certaine pudeur. Il peut se définir comme une dynamique relationnelle cordiale plutôt que comme le fruit d'une étroite intimité.

La sécurité et l'accompagnement quotidien apporté par le collectif sont ainsi bornés par l'aide que le groupe est prêt à donner aux autres, mais aussi par l'aide que la personne « fragile » est prête à recevoir. Ainsi René par exemple, n'est pas certain de finir ses jours au sein de la colocation. Assez vague sur le sujet, il estime que la question ne se pose pas encore pour lui : « on ne sait pas... on verra, on a encore le temps ». Néanmoins, il se refuse à l'idée d'être « à la charge des autres » et envisage une installation dans un « home »⁹⁰⁹, si son état de santé ne lui permet plus de demeurer dans le lieu :

« Le “home” c'est beaucoup plus drastique, mais il arrive un moment où ça ne va plus ici. On ne veut pas être à charge des autres non plus, alors, il arrive un moment où il y a un “home” où on peut se réfugier et terminer sa vie. » (René, 85 ans, habitant d'un HCA, Région Bruxelles-Capitale, Belgique, août 2014)

⁹⁰⁶ Gabriel, 80 ans, habitant d'un HCA, Région Bruxelles-Capitale, Belgique, août 2014.

⁹⁰⁷ Marthe, 89 ans, habitante d'un HCA, Région Bruxelles-Capitale, Belgique, août 2014.

⁹⁰⁸ Gabriel, 80 ans, habitant d'un HCA, Région Bruxelles-Capitale, Belgique, août 2014.

⁹⁰⁹ Le « home » est un terme employé par les enquêtés belges pour désigner la maison de retraite.

3.3. Le « mauvais » colocataire

La proximité quotidienne structurée en amont dans l'Antenne Andromède peut faire naître un sentiment d'appartenance et une solidarité de groupe, mais elle peut également se révéler pesante. Si les résidents de cet HCA peuvent choisir leurs futurs colocataires, certains d'entre eux considèrent néanmoins que le peu de temps dont ils disposent ne leur permet pas de se faire une idée précise de la personne qui leur est présentée. Marthe notamment, estime que « *c'est pas bien fait* ». Comme elle le souligne, « *qu'est-ce que je peux dire si vous avez bon caractère ou mauvais caractère que ceci, que cela, on sait rien dire sur une heure ou deux qu'ils sont là* »⁹¹⁰. De plus, lorsque le mois d'essai du candidat⁹¹¹ touche à sa fin, les habitants s'opposent rarement à son intégration permanente dans les lieux. Pour Marthe, « *après un mois, c'est difficile de mettre quelqu'un comme ça... presque à la porte* »⁹¹². Ainsi, il arrive que les membres d'un collectif soient contraints de partager leur quotidien avec un « mauvais » colocataire.

Ce fut le cas de Danielle. Son groupe actuel est décrit comme une « *bonne équipe* », mais elle explique avoir également cohabité avec un « *spécial* », « *qui faisait des colères* » ne « *savait pas parler* » et dont l'agressivité l'enjoignait à se confiner dans sa chambre : « *Il tapait comme ça sur les murs, du coup moi j'avais peur, j'ai fermé la porte à clé* »⁹¹³. De même, dans une autre des colocations de l'Antenne Andromède que nous avons pu visiter, les relations entre les habitants sont loin d'être idylliques, si l'on en croit l'expérience de Solange.

Solange est installée dans un des appartements de l'Antenne Andromède depuis environ six mois lorsque nous l'avons rencontrée. Elle explique avoir été enthousiasmée lors de son arrivée dans le lieu. Rassurée par l'accueil chaleureux de ses colocataires, qui lui paraissent au premier abord « *gentils* », elle est également satisfaite de l'organisation de l'« *accompagnement* ». Comme elle le souligne : « *ici on s'occupe de vous quand même (...) quand on a besoin d'aide* ». Et plus loin d'ajouter, « *oui c'est extra, on s'occupe du linge, y'a une machine à laver, et si ça va pas il faut le dire* »⁹¹⁴. Tout se passe bien jusqu'à ce qu'un

⁹¹⁰ Marthe, 89 ans, habitante d'un HCA, Bruxelles-Capitale, Belgique, août 2014.

⁹¹¹ Pour rappel, si un groupe de colocataire accepte une candidature, le nouvel arrivant est à l'essai dans les lieux durant un mois. Les membres du collectif décident ensuite si le candidat peut s'installer ou non de manière permanente dans les lieux.

⁹¹² Marthe, 89 ans, habitante d'un HCA, Bruxelles-Capitale, Belgique, août 2014.

⁹¹³ Danielle, 84 ans, habitante d'un HCA, Bruxelles-Capitale, Belgique, août 2014.

⁹¹⁴ Solange, 83 ans, habitante d'un HCA, Bruxelles-Capitale, Belgique, août 2014.

« *incident* »⁹¹⁵ vienne ternir le quotidien. La montre de Solange disparaît, et lorsqu'elle la voit réapparaître au poignet de Madame V., l'une de ses colocataires, elle la soupçonne de lui avoir volé. Dès lors, les relations entre les deux femmes se dégradent. Madame V. apparaît aux yeux de Solange comme une femme « *méchante comme une teigne* ». Lorsqu'elle « *crie* », « *chahute* », « *fait sa loi* » et « *claque les portes* », il n'y a selon elle, « *personne qui bouge* » : « *on se terre chacun chez soi* ». Au-delà de ses rapports difficiles avec Madame V., Solange exprime sa déception. Elle explique avoir « *cru autre chose en arrivant ici* ». Selon elle, le groupe se mélange rarement, « *il n'y a rien de commun* ». « *Ici, dit-elle, c'est comme ça, on s'occupe de ses fesses* »⁹¹⁶.

La solidarité entre les habitants, si elle peut émerger dans certains groupes comme nous l'avons vu, dépend des relations affectives susceptibles de se nouer entre des personnes qui se connaissent peu, et dont les parcours biographiques, les valeurs et les attentes à l'égard du collectif sont profondément distincts. Dans le cas de Solange, on peut considérer que les tensions et les conflits permanents, trop prégnants pour favoriser la construction de « *relation positive* »⁹¹⁷, limitent les possibilités d'émergence d'un « sentiment d'appartenance ». À l'instar de Danielle, ou de Blondie dans ses rapports avec Monsieur B., Solange partage une proximité quotidienne avec ce qui peut s'apparenter à un « mauvais » colocataire. Cette proximité imposée par la petite taille des espaces, aménagée pour rendre les « *relations inévitables* »⁹¹⁸ peut engendrer de nouvelles contraintes en comparaison de la vie menée à domicile. Le rapport à l'hostilité des autres entrave la réappropriation des espaces partagés et réduit le « chez-soi » aux limites étroites de la chambre individuelle, dans lequel l'usager peut se barricader : « *elle a commencé à m'insulter (...) je suis restée ici, j'ai fermé la porte, et je suis chez moi* »⁹¹⁹. Ainsi, c'est sans doute dans le rapport au groupe que l'espace privé prend toute sa signification de refuge. Il est alors vécu comme un lieu de tranquillité, permettant de se soustraire à l'agitation environnante et d'éviter les relations avec autrui, que les porteurs de projets visent pourtant à favoriser.

⁹¹⁵ Solange, 83 ans, habitante d'un HCA, Bruxelles-Capitale, Belgique, août 2014.

⁹¹⁶ Solange, 83 ans, habitante d'un HCA, Bruxelles-Capitale, Belgique, août 2014.

⁹¹⁷ Christine, 59 ans, référente pour la démence dans une MRS, responsable de coordination et cofondatrice d'un HCA, Région Bruxelles-Capitale, Belgique, août 2014.

⁹¹⁸ « Antenne Andromède : Charte », 2014, p 2.

⁹¹⁹ Solange, 83 ans, habitante d'un HCA, Bruxelles-Capitale, Belgique, août 2014.

II. LA METAPHORE FAMILIALE, TACT ET DELICATESSE DANS LES PRATIQUES SOIGNANTES

Comme nous l'avons montré dans le chapitre précédent, le travail de soin dans les *habitats alternatifs* se définit en partie comme un « travail émotionnel ». Il s'appuie sur les registres de l'affect, de la proximité et de la sensibilité et vise à « familiariser » les interactions entre soignants et soignées. L'individu vieillissant « fragile » ou « dépendant » s'installe dans un lieu qui s'inspire de la poésie du « chez-soi ». Poétique qui constitue un environnement propice à l'organisation d'une relation de soin « comme dans une famille ».

Mais on peut déceler dans la familiarité des pratiques professionnelles une logique à double sens. Si elle vise à créer un environnement chaleureux et convivial pour les usagers, nous supposons qu'elle relève également, d'un point de vue cette fois plus pratique, d'une nouvelle technique de « prise en charge », plus ajustée aux injonctions normatives liées à prééminence de l'autonomie individuelle.

1. Travail émotionnel et « fabrication » de la familiarité

1.1. Simulation des liens de familiarité

Nous avons défini le travail de soin dans les *habitants alternatifs* comme un travail en partie « émotionnel » s'appuyant sur la recreation d'un environnement domestique. Ce « travail émotionnel » peut être appréhendé comme une organisation protocolaire et standardisée permettant d'ancrer, dans les rituels quotidiens, l'idée de la famille, de la tendresse et de l'amour, auquel on peut ajouter l'idée de domicile, lieu de convivialité et de familiarité par excellence. L'exercice du soin et, de manière générale, les modalités d'« accompagnement » modélisé dans les *habitats alternatifs*, sont organisés à partir de ces métaphores à connotation positives. Elles sont performatives, dans le sens où elles contribuent à produire le réel. Ainsi, la « normalisation » du quotidien, et des espaces intérieurs tout comme l'intention des initiateurs d'atténuer les traits à connotations hospitalières des projets dont ils sont les porteurs, contribuent à fabriquer du « domicile ordinaire ». De même, « l'individualisation de la personne » appréhendée dans la continuité de son histoire et la proximité instituée entre les usagers et les professionnels concourent à « fabriquer » de la familiarité et de la tendresse, en simulant l'authenticité des liens qui se nouent dans les rapports interpersonnels. Mais, si l'affection se manifeste par un ensemble de signes, que nous avons mis en perspective dans le chapitre précédent, elle peut n'en conserver que l'apparence. Il n'est pas exclu que les habitants se sentent chez eux dans un *habitat alternatif* ni que les

soignants développent des relations non simulées. Ce qu'il s'agit de montrer ici, c'est comment les bornes de cadrage des différents espaces, les relations soignantes, et plus généralement les ritualités quotidiennes sont structurées par des métaphores à connotation positive.

Premièrement, les manifestations affectives des professionnels ne sont valorisées que dans leur acception « positive ». L'expression des affects « négatifs » que supposerait une relation de proximité relativement authentique tels que la colère, l'aversion, le ressentiment, l'angoisse, le stress, la fatigue ou le « ras-le-bol » est prohibée. Ces émotions s'apparentent à une perte de contrôle et peuvent être associées à une « mauvaise pratique ». Aussi, le travail émotionnel nécessite un savoir-faire spécifique. Comme le souligne Marcel Drulhe, il « opère un contrôle quant à l'opportunité de manifester un affect qui s'éveille dans une situation donnée » et il « met dans une forme culturellement acceptable un “mouvement pulsionnel naturel” »⁹²⁰. Dès lors, les soignants sont contraints de maîtriser les normes de « présentation de soi »⁹²¹ prescrites dans l'exercice de leur métier. La « face »⁹²² qu'il expose en public dans les pratiques routinières constitue la vitrine de la matrice cognitive des lieux axés sur la convivialité et la familiarité. Les affects « négatifs » qui risqueraient de porter atteinte à l'image de la formule sont dissimulés aux usagers et s'expriment à l'abri des regards.

Deuxièmement, les manifestations affectives trop « positives » se doivent elles aussi d'être contrôlées. Les professionnels ne peuvent pas véritablement nouer des liens authentiques avec les usagers sans trahir les normes de leur profession. Cette limite à ne pas franchir se définit comme une « barrière thérapeutique ». Pour Madeline, elle est difficile à maintenir, car la dimension affective des rapports quotidiens peut dépasser le cadre autorisé par le « travail émotionnel » :

« On les soigne, on connaît leur intimité et leur famille, comment voulez-vous garder cette barrière thérapeutique. Finalement y'a de l'affect partout. » (Madeline, 40 ans infirmière-coordinatrice dans un HM, Wallonie, Belgique, janvier 2014)

⁹²⁰ Marcel DRULHE, « Le travail émotionnel dans la relation soignante professionnelle. Un point de vue au carrefour du travail infirmier », *op. cit.*, p. 18.

⁹²¹ Erving GOFFMAN, *La Mise en scène de la vie quotidienne. 1. La présentation de soi*, Paris, Les éditions de Minuit, 1973.

⁹²² La « face » est définie chez Goffman comme « la valeur sociale positive qu'une personne revendique effectivement à travers la ligne d'action que les autres supposent qu'elle a adopté au cours d'un contact particulier. La face est une image du moi délinéé selon certains attributs sociaux approuvés, et néanmoins partageable, puisque par exemple, on peut donner une bonne image de sa profession ou de sa confession en donnant une bonne image de soi », Erving GOFFMAN, *Les rites d'interaction*, Paris, Les éditions de minuit, 1974, p. 9. Dans le cadre de notre recherche, nous avons défini la « face » du soignant comme une vitrine des lieux dans lequel il exerce son métier. L'image qu'il véhicule est étroitement liée à l'image de la formule. Sa « face » est déterminé par la structuration des lieux, et au sens qui est donné à la relation soignante dans l'espace.

Cette « barrière thérapeutique » est d'autant plus difficile à maintenir que les lieux sont structurés pour produire de la familiarité, « comme si » la personne aidée était un membre de sa propre famille. Mais, le caractère chaleureux ancré dans les lieux et les rapports de proximité restent toutefois soumis à une logique rationnelle, protocolaire et standardisée. Ainsi, l'approche de chacun des usagers se doit d'être égalitaire et systématique, même lorsque le professionnel n'éprouve pas réellement de sympathie pour la personne aidée. De même, il lui est nécessaire de contrôler ses pulsions affectives et l'attachement différencié, par définition inavouable, qu'il peut nouer selon ses préférences subjectives, comme l'illustre cet extrait :

« Forcément, on fait tout avec eux. Après y'a des affinités qui se créent, c'est pas bien hein ! Mais c'est comme dans un groupe en dehors, on s'entend plus avec une personne qu'avec certains. Et effectivement, c'est pas évident quand une personne part... voilà. On gère certainement pas la chose de la même façon si on est attaché plus à la personne... c'est pas bien ce que je dis... non après, ce que je veux dire c'est que de toute façon on fait notre travail pour tout le monde, mais forcément on a plus d'affinités avec certaines personnes qu'avec d'autres. » (Gwen, 35 ans, auxiliaire de vie dans un HCA, Morbihan, France, mai 2014)

Troisièmement, les professionnels ne sont pas les seuls à devoir respecter le caractère métaphorique de la familiarité dans les relations quotidiennes. Les usagers — les habitants, mais aussi les familles — sont soumis à un certain nombre de prescriptions. Comme il l'est par exemple mentionné dans le livret d'accueil des maisons Âges & Vie :

« En tant que colocataire, conscient que la maison Âges & Vie est un lieu de liberté qui nécessite néanmoins des règles de vie commune, je m'engage à (...) :

- *les [auxiliaires de vie] vouvoyer, éviter les familiarités, car les salariés sont des professionnels, pas des amis ni des membres de la famille*
- *Respecter leur intimité, ne pas s'immiscer dans leur vie privée*
- *Ne pas leur proposer des dons en argent, ne pas leur faire de cadeau autre que de valeur purement symbolique »*⁹²³

⁹²³ Livret d'accueil « répondre à vos questions, connaître le fonctionnement des maisons Ages&Vie », Septembre 2013, p 23.

De même, les familles sont parfois rappelées à l'ordre lorsqu'elles qu'elles agissent un peu trop comme si elles se sentaient réellement au domicile de leurs proches. Pour Madeline, ces « *familles qui prennent un peu trop de place* » constituent le « *travers des Cantous* ».

« *C'est le travers, elles [les familles] allaient se servir dans les armoires, elles chipotaient à nos réserves alimentaires, elles rangeaient elles-mêmes, alors que j'étais débordée de mon propre rangement que j'impose au personnel soignant, et elle imposait le sien, on devenait dingue, les choses disparaissaient, changeaient de place...* » (Madeline, 40 ans infirmière-coordinatrice dans un HM, Wallonie, Belgique, janvier 2014)

Pour cette soignante, il est alors nécessaire d'intervenir pour éviter que les familles ne désorganisent le quotidien et pour que chacun retrouve la place et le rôle qui lui est dévolu dans le cadre ritualisé des interactions routinières.

1.2. L'« autocontrôle » des affects dans les HA

Le contrôle des affects s'ils concernent tout particulièrement les HCA et les HM, formules alternatives dans lesquelles il est nécessaire pour les gestionnaires de borner le cadrage de l'intervention d'une aide professionnelle *informelle*, sont visibles également dans les HA. Dans le cas de la maison communautaire des Sœurs Aînées notamment, la conciliation entre « engagement » et « distanciation » transparaît dans la relation avec des aidants *familiers*. Sœur Marie-Annick par exemple, est une aide-soignante de profession. Elle travaillait auparavant dans une maison de retraite laïque avant d'être « *missionnée* » par son Institut pour apporter son aide à la prise en charge des Sœurs « *malades* » dans la maison communautaire. Dans son discours, elle évoque ses difficultés pour faire face l'agressivité de certaines Sœurs atteintes de troubles cognitifs. Si, comme elle le souligne, elle accepte plus aisément ce type de « dérive » chez des « *laïcs* », dont elle ne « *connaît pas forcément la vie* »⁹²⁴ il est particulièrement éprouvant pour elle de supporter les comportements agressifs de ses consœurs, avec qui elle partage, de fait, une proximité spirituelle et qu'elle connaît parfois personnellement depuis de nombreuses années.

« *L'agressivité... (...) cette agressivité par rapport à des Sœurs quoi... j'accepte l'agressivité chez des laïcs, mais là... j'ai du mal, provenant des Sœurs, je me dis... (...) ça*

⁹²⁴ Sœur Marie-Annick, 73 ans, aide-soignante et habitante d'un HA, France

me fait mal quelque part. L'agressivité c'est : elles nous pincent, elles nous insultent. Alala ! » (Sœur Marie-Annick, 73 ans, aide-soignante et habitante d'un HA, Normandie, France, octobre 2015)

Pour Sœur Marie-Annick, la prise en charge des Sœurs s'appuie sur un lien d'attachement fort et nécessite « *beaucoup de patience c'est sûr, et beaucoup d'amour* » en vue de répondre au « *besoin de tendresse et d'amour* »⁹²⁵ des Sœurs aidées. Cependant, il paraît indispensable pour elle de prendre un certain recul afin de se soustraire aux risques de comportements maltraitants. Cette prise de recul est d'autant plus difficile à réaliser que Sœur Marie-Annick vit sur son lieu de travail, en « *vase clos* »⁹²⁶ :

« Je m'en vais si c'est trop fort. Je pars, je laisse la malade (...) C'est dur ! C'est très dur ! Il faut partir de toute manière, il faut prendre du recul par rapport à la personne, sinon... on devient... on peut devenir agressive aussi... c'est vite fait la maltraitance... très vite... ça, c'est ce problème d'agressivité... » (Sœur Marie-Annick, 73 ans, aide-soignante et habitante d'un HA, Normandie, France, octobre 2015)

La situation se vérifie dans le cas d'A2MG. La première « *microstructure* » consolidée autour de Suzanne a permis de favoriser l'implication d'un collectif diversifié, comprenant une multiplicité de participants, présents par intermittence sur les lieux et qui pouvaient se relayer. Ce collectif diversifié a permis d'éviter les « *abus* »⁹²⁷ en garantissant le respect de l'autonomie et de la dignité de Suzanne. Il constituait également un « *garde-fou* »⁹²⁸ permettant de se prémunir contre une perte de contrôle génératrice de comportements malveillants, maltraitants :

« Je pense que c'est très malsain qu'un enfant s'occupe à plein temps d'un parent qui devient... c'est presque.... C'est tellement difficile que ça devient presque possible de pas... de rester bien quoi... je pense que... c'est bon de diversifier, c'est bon de mettre des garde-fous quoi... parce que sinon heu.... Sinon c'est trop dur. On parle des aidants qui s'épuisent et c'est vraiment le cas les aidants s'épuisent à la tâche. Parce que la maladie d'Alzheimer c'est difficile et que les personnes elles sont pénibles. Quand elles ont des crises d'angoisse,

⁹²⁵ Sœur Marie-Annick, 73 ans, aide-soignante et habitante d'un HA, Normandie, France, octobre 2015.

⁹²⁶ Sœur Marie-Annick, 73 ans, aide-soignante et habitante d'un HA, Normandie, France, octobre 2015.

⁹²⁷ Martine, cofondatrice d'un HA, Grand-Est, France, octobre 2012

⁹²⁸ Martine, 61 ans, cofondatrice d'un HA, France

c'est pénible à supporter. Mais là du coup... ça passait » (Martine, cofondatrice d'un HA, Grand-Est, France, octobre 2012)

Compte tenu de l'importance de la convivialité et de l'entente réciproque nécessaire à l'harmonisation du « vivre ensemble » dans les HA, ce n'est pas non plus un hasard si le collectif autogéré du Jardin du béguinage a décidé de faire appel à un groupe d'accompagnement extérieur, composé notamment d'une psychologue. Son rôle est d'« aplanir » de « clarifier »⁹²⁹, de faciliter l'écoute pour « mieux communiquer »⁹³⁰. Elle favorise la conciliation parfois difficile entre le « je » et le « nous », apporte son aide au « travail »⁹³¹ que chacun exerce sur soi pour refréner ses pulsions et se penser dans un collectif.

2. La « fabrique » de la familiarité, un dispositif de contrôle alternatif ?

Outre l'intention de favoriser le bien-être des usagers — les familles comme les habitants — et de limiter l'impact des ruptures dès lors qu'un déménagement s'impose à la personne, la simulation de la familiarité peut être perçue comme l'expression d'une modification de l'exercice du contrôle dans le travail de soin. Elle est particulièrement visible dans l'approche des personnes âgées désorientées. C'est donc à partir de l'étude de ce résident « particulier » que nous nous proposons de discuter cette hypothèse.

2.1. Le malade d'Alzheimer, un résident « particulier »

Historiquement, la prise en charge des personnes âgées atteintes de troubles démentiels s'est consolidée à l'aune d'une spécialisation, vecteur d'un remaniement des modalités d'hébergement dans l'institution classique. Ce public qui « perturbe » le quotidien et « gêne » ses partenaires d'interaction peut déstabiliser l'organisation de la vie collective dans les établissements, et rendre la vie « impossible » pour les autres résidents, pour les professionnels, et pour les personnes désorientées elles-mêmes⁹³². Comme le souligne Marion Villez, il s'est longtemps agi de « mettre à part une “population” qui dérangeait pour réguler une tension sociale, c'est-à-dire de répondre aux “problèmes” qu'un groupe déterminé posent

⁹²⁹ Maurice, 76 ans, habitant d'un HA, Bruxelles, Belgique, janvier 2014.

⁹³⁰ Mona, 77 ans, co-fondatrice et habitante d'un HA, Bruxelles, Belgique, janvier 2014.

⁹³¹ Maurice, 76 ans, habitant d'un HA, Bruxelles, Belgique, janvier 2014.

⁹³² Louis GALLARD, « Les cantous, vingt ans après ou le destin d'une innovation », *RESA*, 1998, n° 363.

à l'ensemble d'un collectif que constitue l'établissement »⁹³³. Ces tensions ont conduit, à partir des années 1980, à la montée en visibilité de la « maladie d'Alzheimer ou apparentée » et de la problématique de l'adaptation de l'hébergement institutionnel. Un débat s'est engagé entre le choix d'une approche ségrégative et sectorielle prônant l'homogénéité comme le garant d'un « bon » accompagnement, et l'absence de ségrégation, misant sur l'hétérogénéité au prisme d'une « pensée du commun »⁹³⁴. C'est la première de ces options qui s'est majoritairement imposée.

Ce que Marion Villez identifie comme le « spécifique comme norme » est visible en premier lieu dans la délimitation progressive d'une sous-catégorie de la dépendance, incarnée par le vocable « personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentée ». Il est également spatial. La prise en charge de ce public « spécifique » conduit souvent à l'aménagement d'une enclave fermée — dont l'architecture a été adaptée — dans l'enceinte des institutions d'hébergement. Ainsi, « les unités spécifiques se sont imposées comme “la” forme d'adaptation des établissements “la plus pertinente” pour répondre aux demandes et besoins des personnes atteintes de troubles cognitifs »⁹³⁵. Enfin, le « spécifique comme norme » se traduit par un réajustement des pratiques professionnelles et une formation spécialisée dans l'approche du sujet dément.

Cependant, la prise en charge spécialisée de ce public spécifique conduit à des tensions d'ordre éthique. Elle se construit dans un compromis entre des principes contradictoires : le droit à la liberté de circulation et le droit à la sécurité. Ainsi, le contrôle des seuils combiné à l'enfermement s'apparente à une forme de gardiennage des corps « totalitaire ». L'auteure remarque en effet que les personnes âgées atteintes de troubles cognitifs « subissent de plein fouet une institution contraignante »⁹³⁶ au nom de la protection de leur droit, et donc de leur sécurité. Cependant, l'auteure souligne que ce « régime spécial » recouvre également des avantages relatifs à ce qu'elle décrit comme un « traitement positivement différencié »⁹³⁷, enjoignant les professionnels à repenser leurs pratiques.

Pour Marion Villez en effet, « les caractères chroniques, non linéaires et évolutifs de ces pathologies comptent parmi les principales raisons expliquant qu'elles viennent bousculer

⁹³³ Marion VILLEZ, *Le spécifique comme norme, l'invention comme pratique. L'accompagnement des personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou de maladie apparentée en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes*, op. cit., p. 206.

⁹³⁴ *Ibid.*, p. 209.

⁹³⁵ *Ibid.*, p. 193.

⁹³⁶ *Ibid.*, p. 297.

⁹³⁷ *Ibid.*

nombre de certitudes»⁹³⁸. Elles tendent à favoriser une rupture avec des perceptions dominantes. L'«accompagnement» se définit alors comme une «aventure complexe»⁹³⁹ conduisant à de nouvelles pratiques professionnelles. Ces nouvelles pratiques sont visibles dans un ensemble de procédés visant à contourner l'aspect ségrégatif des unités protégées pour assouplir le régime d'enfermement, dans une «“démédicalisation des conduites” alors qu'elles restent fortement médicalisées pour les autres résidents»⁹⁴⁰, ou dans l'intention de favoriser une modalité d'hébergement convivial d'inspiration domestique plutôt qu'institutionnelle. En conséquence, le «spécifique comme norme» peut être appréhendé comme une contrainte, mais aussi comme un véhicule de créativité. L'auteure formule également l'hypothèse d'une maladie d'Alzheimer qui serait une «maladie pilote». Elle permettrait de «faire école» et contribuerait à «une transformation sociale» dans l'ensemble de l'institution.

On ne pourra ici s'empêcher de relever le paradoxe suivant. Si la personne atteinte de troubles cognitifs constitue, dans les représentations collectives, l'antithèse d'une «bonne» vieillesse active et autonome, elle peut néanmoins être la principale actrice d'une évolution dans la prise en charge qui lui est dédiée. Compte tenu du peu d'impact que peut avoir, sur ce résident «indiscipliné», les réglementations collectives de l'ordre institutionnel en vigueur, il est vecteur de désorganisation et bénéficie par-delà d'un «mouvement dit de “désinstitutionnalisation” ou de “détotalisation”»⁹⁴¹. On pourrait aller jusqu'à le définir comme un révolutionnaire malgré lui. Ce résident «particulier» stigmatisé par ses déviations cognitives peut être un véhicule de l'expérimentation sociale, il est à l'amorce d'un changement de paradigme concernant l'approche du soin. Mais ce changement de paradigme, visible dans certains des *habitats alternatifs* de notre champ d'investigation, implique également un renouvellement du dispositif de contrôle.

2.2. D'un contrôle «totalitaire» à un contrôle délicat

L'évolution de la prise en charge des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer peut être mise en perspective dans une comparaison entre deux types d'approches observés empiriquement. Nous l'avons déjà souligné, tous les *habitats alternatifs* ne sont pas spécifiquement ajustés à ce type de public. Les soignants peuvent alors

⁹³⁸ *Ibid.*

⁹³⁹ *Ibid.*, p. 298.

⁹⁴⁰ *Ibid.*, p. 300.

⁹⁴¹ *Ibid.*, p. 256.

développer des stratégies permettant de gérer les dérangements occasionnés par les malades, dans le but d'harmoniser le « commun ». C'est le cas notamment dans les Maisons Âges & Vie. Comme l'indique le livret d'accueil, le concept « *n'est (...) pas adapté à 100 %* » à l'accompagnement des personnes âgées présentant des troubles cognitifs. Un ajustement aurait nécessité de « *concevoir un bâtiment fermé sur lui-même, ce qui eut été contraire à notre projet de vie ouvert sur l'extérieur* »⁹⁴². Les observations réalisées sur le terrain ont montré que des personnes désorientées résidaient dans les lieux. Mais, en raison de l'inadaptation de la formule, elles sont parfois placées dans une situation « *anormale* », et par-delà contraire à la matrice de sens de la formule. On peut ainsi noter une tension entre les valeurs véhiculées par cet *habitat alternatif* et la nécessité pour les professionnels de rationaliser les pratiques soignantes.

Le cas de Mme F. est significatif de cette tension. Lors de ma visite des lieux, une soignante me demande de la suivre pour me montrer le déroulement du temps du coucher. Il n'est alors que 19 heures. Hésitante, je m'introduis dans la chambre de Mme F. et je questionne la soignante pour savoir si ma présence dans la pièce ne risque pas d'importuner la résidente. Elle vise à me rassurer lorsqu'elle souligne : « *ah, mais tu sais là, ça ne change plus rien* », sous-entendant que les pertes cognitives de cette habitante sont trop importantes pour qu'elle puisse se rendre compte d'une éventuelle gêne occasionnée par ma présence dans la pièce. La soignante retire les vêtements de Mme F. et lui fait revêtir une tenue de nuit. Elle enclenche ensuite les barres latérales de son lit médicalisé pour lui éviter, par mesure de sécurité, une chute durant la nuit, mais également pour éviter qu'elle ne se relève. Mme F. est désormais sous contrôle. Cette habitante, dont l'« accompagnement » nécessite du temps, invariablement soustrait au temps d'« accompagnement » des autres habitants, ne pourra plus désorganiser le déroulement du quotidien. Limiter les circulations de Mme F. en la contenant dans son lit permet ainsi de se prémunir contre d'éventuelles déambulations, de limiter le risque de fugues dans un habitat qui se veut résolument « ouvert » et d'éviter qu'elle ne contrarie les autres usagers par des visites imprévisibles durant la nuit. Cet exemple montre que Mme F. ne bénéficie pas des mêmes droits que ses colocataires. Le « *pouvoir de décider et d'agir sur sa vie* »⁹⁴³ est à géométrie variable et dépend du degré et de la nature des fragilités des habitants.

⁹⁴² Livret d'accueil. Répondre à vos questions. Connaître le fonctionnement des maisons Ages & Vie, septembre 2013, p 20.

⁹⁴³ Samuel, 43 ans, cofondateur et cogérant d'un HCA, Bourgogne-Franche-Comté, France, septembre 2013.

Dans un contexte social marqué par la reconnaissance et la prise en compte du « droit des usagers », la situation que nous venons de décrire est contestable. Aussi, la soignante enfreint à peu près toutes les recommandations formulées par l'Anesm. Elle nie le statut de sujet de Mme F. en ne recherchant pas, par « *empathie* », « *l'expression directe de la participation de la personne* »⁹⁴⁴, elle ne « *permet pas d'assurer protection et liberté de circuler* »⁹⁴⁵. Son approche est certes « *personnalisée* », mais elle n'assure pas à chacun, et donc à Mme F. « *un accès à des soins de qualité, sans discrimination liée à l'âge ou aux handicaps cognitifs* »⁹⁴⁶. En bref, la soignante ne répond pas véritablement aux prescriptions qui définissent ce qui est aujourd'hui considéré comme une « bonne pratique professionnelle ».

C'est pour éviter ce type d'approche, jugée déshumanisante, que des formules expérimentales se sont instituées depuis la fin des années 1970 en France. De même, dans le cadre de notre recherche, les Cantous de Mariemont et les domiciles partagés, apparaissent comme les « bons élèves » d'un « accompagnement » éthique et « bientraitant » du sujet désorienté. Les valeurs véhiculées dans ces formules et les rituels de soin, que nous avons décrits dans le chapitre précédent, entrent en adéquation avec les prescriptions de l'Anesm. Les lieux sont pensés pour être des « repères » et des « repaires ». Dans un « *environnement architectural adapté* » se déploie « *une ambiance familiale, une atmosphère rassurante* »⁹⁴⁷. Les professionnelles portent une attention soutenue à « *l'histoire de vie, les goûts, les habitudes, les centres d'intérêt, la vie effective, les croyances, l'environnement familial et socioculturel de la personne* »⁹⁴⁸, appréhendée dans sa globalité. Ils s'attachent à mettre en place des « *mesures préventives et thérapeutiques* » visant à « *préserver, maintenir et/ou restaurer l'autonomie de la personne* » en les incitant à participer aux tâches domestiques du quotidien. Le « *rythme collectif ne contraint pas les rythmes individuels* »⁹⁴⁹. Et l'implication des familles permet de favoriser « *le maintien du lien affectif et social avec la personne, l'ouverture sur l'extérieur et induit une certaine souplesse de fonctionnement* »⁹⁵⁰.

Ces deux approches posent en creux le dilemme posé par l'« accompagnement » des personnes âgées atteintes de troubles démentiels, qui suppose d'allier autonomie et protection.

⁹⁴⁴ ANESM, « l'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-sociale », Recommandation de bonnes pratiques professionnelles, 2009, p 17.

⁹⁴⁵ *Ibid*, p 22.

⁹⁴⁶ *Ibid*, p 10.

⁹⁴⁷ *Ibid*, p 26

⁹⁴⁸ *Ibid*, p 17

⁹⁴⁹ *Ibid*, p 18

⁹⁵⁰ ANESM, « l'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-sociale », *op. cit.*, p 25

Nous supposons qu'elles correspondent chacune à deux modalités de contrôle exercé sur les usagers. Pour illustrer notre propos, nous nous proposons de reprendre l'analyse réalisée par André Petitat. L'auteur évoque le cas d'une technique expérimentale testée par des infirmières canadiennes à la fin des années 1980 : le protocole de toucher effectif. Dans les services de gériatrie, des vieillards, plus ou moins séniles, peuvent se mettre à crier sans raison évidente. Face à cette situation deux perspectives sont offertes, la première consiste à réprimander, administrer des tranquillisants, ou confiner la personne dans un lieu insonorisé. Elle s'apparente au procédé employé par la soignante à l'égard de Mme F. Le protocole du toucher affectif renvoie à la seconde voie envisagée. Il se fonde sur des observations *in situ*, une approche compréhensive de la personne et la formalisation d'hypothèses permettant d'expliquer les cris et *in fine* de désamorcer les tensions qu'ils sont susceptibles de produire dans le quotidien. Le toucher affectif a ainsi une fonction thérapeutique, au même titre, nous le supposons, que la métaphore familiale et la simulation de l'affection dans la relation d'aide. Dès lors, on peut considérer que le contrôle et l'exercice du pouvoir dans les *habitats alternatifs* s'effectuent avec tact et délicatesse, « comme on ferait en famille ».

2.3. La familiarité, une « pratique de ruse »

Marcel Drulhe défend l'idée selon laquelle le « travail émotionnel » professionnel et le « travail émotionnel » domestique présentent des logiques de fonctionnement similaires. Ainsi, « les familles n'apportent pas seulement soutien et réconfort en toute "gratuité" ; elles font usage des émotions comme de leviers permettant de "soulever" certains obstacles »⁹⁵¹. Pour l'auteur : « "le travail émotionnel", quelle que soit sa sphère d'exercice, associe une fonction maternante (...) et une fonction de contrôle »⁹⁵². Par exemple, nous avons vu que les déménagements dans un *habitat alternatif* étaient souvent négociés avec les familles. Or, comme le soulignait Geneviève Laroque : « on sait bien que ces personnes âgées, presque toujours fragilisées d'une manière ou d'une autre, cèdent beaucoup à "l'amicale pression de leur entourage" »⁹⁵³. » Dans le cadre de la sphère professionnelle, l'exercice du « travail émotionnel », s'appuyant sur la métaphore domestique, permettrait d'orienter les comportements, sans pour autant que les pratiques soignantes n'apparaissent explicitement comme contraignantes.

⁹⁵¹ Marcel DRULHE, « Le travail émotionnel dans la relation soignante professionnelle. Un point de vue au carrefour du travail infirmier », *op. cit.*, p. 20.

⁹⁵² *Ibid.*

⁹⁵³ Geneviève LAROQUE, « Le libre choix du lieu de vie : une utopie nécessaire », *Gérontologie et société*, 2009, n° 131, p. 48.

Le caractère thérapeutique et protocolaire de l'expression des affects dans le « savoir-être » et le « savoir-faire » professionnel marque la distinction avec l'amour et la tendresse dans la sphère familiale. Si tous deux s'appuient sur un modèle d'action similaire, dans une combinaison entre contrôle et maternance, le « système de pertinence » des acteurs, leurs points de vue sur la situation et les motifs qui conditionnent leurs actions diffèrent. Dans l'univers domestique, l'individu est impliqué dans ses relations avec ses proches, tandis que dans la relation soignante, le « travail émotionnel » est (théoriquement) désintéressé. Il ne « conduit à aucun attachement, à aucune “obligation mutuelle” faute de réciprocité ; il s'y est opéré une sorte d'instrumentalisation au second degré qui coupe l'émotion de sa fonction première dans l'univers domestique : produire de la solidarité et du lien »⁹⁵⁴.

2.4. « Faire faire » « ce qu'il convient normalement de faire »⁹⁵⁵

Dans les *habitats alternatifs* destinés aux personnes âgées désorientées, la familiarité et la convivialité incarnent une thérapie dirigée. Et si les liens de proximité vont « parfois (...) un peu trop loin », comme le souligne Benoît, ils sont tolérés parce qu'ils favorisent « beaucoup de choses » :

« Il y a un grand rapport personnel entre la personne âgée qui est désorientée et le membre du personnel qu'elle connaît. Parfois ça devient même un peu trop, ça devient fusionnel. Il y a des liens qui se créent très très forts. Ils vivent ensemble, parfois de longues années, pendant des heures et des heures, tous les jours... et... ça favorise beaucoup de choses, parfois ça va un peu trop loin, mais bon... » (Benoît, 63 ans, cofondateur d'un HM, Wallonie, Belgique, février 2015)

Le « beaucoup de choses » évoqué par Benoît résulte des liens relationnels entre soignants et soignés. Il illustre les modalités de contrôle exercé dans l'alternative et les enjeux du travail de soin. On peut les apparenter aux « pratiques de ruses », mises en perspective par Pierre Vidal-Naquet. Controversées parce qu'elles sont associées à une forme de duperie, les « pratiques de ruse » sont néanmoins banalisées. Pour l'auteur, elles assurent un compromis entre des impératifs contradictoires. Compte tenu des évolutions du droit positif, « il ne saurait être moralement acceptable de faire le bien d'autrui, fût-il vulnérable, sans avoir recueilli au

⁹⁵⁴ Marcel DRULHE, « Le travail émotionnel dans la relation soignante professionnelle. Un point de vue au carrefour du travail infirmier », *op. cit.*, p. 22.

⁹⁵⁵ Pierre VIDAL-NAQUET, « Le care à domicile : tact et tactiques », *Recherche en soins infirmiers*, 2013, vol. 3, n° 114, p. 8.

préalable son consentement »⁹⁵⁶. Le recours à la ruse permet alors de « garantir le pouvoir de décisions des personnes d'une part, et de préserver leur bien-être, leur protection et leur sécurité d'autre part, autrement dit d'articuler principes éthiques et actions stratégiques »⁹⁵⁷.

Dans le cas des *habitats alternatifs*, la familiarité comme « pratique de ruse » contourne le *modus operandi* d'une modalité de prise en charge coercitive, pour exercer le travail de soin sans contraindre explicitement les usagers. Camille, par exemple, relate les débuts de son implication dans l'accompagnement de Suzanne, atteinte de la maladie d'Alzheimer, avant qu'un projet alternatif ne se mette en place autour d'elle. Les liens étroits, qui s'étaient noués de longue date entre les deux femmes, ont permis d'assurer la protection et la sécurité de Suzanne, mais de manière « naturelle », ordinaire, sans que cette aide ne soit véritablement perçue comme une aide.

« Tout s'est fait naturellement (...) Pour Mme D. [Suzanne], c'était pas évident d'accepter qu'il lui faut de l'aide et que cette aide elle devient de plus en plus importante. (...) Au début elle l'a pas pris comme une aide, parce que c'était tout à fait normal que nous deux on soit ensemble. À cause de ça, on est rentrée là-dedans naturellement. (Camille, 42 ans, soignante, aidante familiale et cofondatrice d'un HA, Grand-Est, France, février 2013)

Dans le cas des formules impliquant la présence continue d'un personnel soignant informel, c'est précisément parce que la structuration de l'espace et l'aménagement du soin encouragent les soignants à « rentrer dans l'intimité au-delà du soin typique »⁹⁵⁸ qu'il est possible d'articuler « principes éthiques et actions stratégiques »⁹⁵⁹. La proximité quotidienne, stabilisée par l'absence de roulement entre les équipes, permet d'accumuler un savoir sur la personne aidée et d'agrémenter la « réserve de connaissance » du soignant. Aussi, dans le chapitre précédent, nous avons associé l'accompagnement des personnes désorientées dans les *habitats alternatifs* à une approche compréhensive. Elle s'incarne dans un modèle de prise en charge adaptable, modulable et flexible, élaboré à partir d'une observation de l'utilisateur, et elle s'exprime de manière suggestive, avec tact et délicatesse. Les expérimentations, testées par les soignants des Cantous du village de Mariemont par exemple, sont formalisées dans « l'intérêt du résident »⁹⁶⁰. Il s'agit de contourner son refus et une éventuelle confrontation

⁹⁵⁶ *Ibid.*, p. 11.

⁹⁵⁷ *Ibid.*, p. 9.

⁹⁵⁸ Madeline, 40 ans infirmière-coordinatrice dans un HM, Wallonie, Belgique, janvier 2014.

⁹⁵⁹ Pierre VIDAL-NAQUET, « Le care à domicile », *op. cit.*, p. 8.

⁹⁶⁰ Madeline, 40 ans infirmière-coordinatrice dans un HM, Wallonie, Belgique, janvier 2014.

pour assurer le travail de soin. Dès lors, ces pratiques « moins brutales, plus réfléchies »⁹⁶¹ permettent de « faire faire » ce « qu'il convient normalement de faire », par exemple, se laver, ou s'alimenter, mais par d'autres biais, plus adaptés à ce résident « indiscipliné ».

De même, la prise en compte globale de la personne, dans la continuité de son histoire, et « *l'individualisation de la personne* » s'appuient, entre autre, sur le recueil de données personnelles concernant ses valeurs, ses goûts, ses habitudes, son environnement social, familial et matériel. Ce qui pourrait s'apparenter ici à une forme d'intrusion abusive dans la vie privée, sans que le consentement de la personne ne soit nécessairement recherché, se justifie par son intérêt thérapeutique. Les informations recueillies, rendues publiques à l'équipe de soin, sont utilisées pour ajuster les pratiques professionnelles et répondre au mieux au besoin individualisé des usagers. Autrement dit, elles permettent aux soignants d'exercer leur métier.

2.5. Canaliser le résident « indiscipliné » pour harmoniser le « commun »

À l'instar du « protocole de toucher affectif » décrit par André Petitat, la familiarité et la proximité dans les *habitats alternatifs* permettent de canaliser les usagers et d'harmoniser le « commun ». Le recours au tact et à la délicatesse paraît d'autant plus nécessaire à l'exercice du travail de soin, que les personnes atteintes par la maladie d'Alzheimer peuvent être décrites par les soignants comme « *des vraies éponges* » qui « *ressentent tout* »⁹⁶².

« La vision des choses est tellement différente, je parle des personnes atteintes de la maladie. Tout est, comment dire, les moindres petites choses sont décuplées dans leur façon de voir ou d'agir, donc il faut être super calme, il faut avoir beaucoup de retenue quoi. Il faut déjà savoir nous gérer nous, savoir quelles limites aussi on a. Et je pense qu'ils nous apprennent pas mal de choses sur nous par rapport à ça. » (Gwen, 35 ans, auxiliaire de vie dans un HCA, Morbihan, France, mai 2014)

La « *retenue* » des soignants, l'autocontrôle des pulsions affectives illustrent ici le caractère asymétrique de la relation qui se noue entre soignants et personnes aidées. Si les habitants désorientés sont priés de respecter des règles de bonne conduite, les expressions de leurs pulsions affectives « négatives » ne sont pas soumises aux mêmes injonctions

⁹⁶¹ Pierre VIDAL-NAQUET, « Le care à domicile », *op. cit.*, p. 8.

⁹⁶² Gwen, 35 ans, auxiliaire de vie dans un HCA, Morbihan, France, mai 2014.

normatives. Elles sont « culturellement acceptables »⁹⁶³. Aussi, les soignants ne sont pas épargnés par la mauvaise humeur, les comportements parfois violents, ou l'angoisse des habitants désorientés, qui font partie de leur quotidien. Une partie de leur « travail émotionnel » consiste d'ailleurs à modérer ces éclats affectifs « négatifs », par empathie, compréhension, douceur et tact. Aussi, comme le souligne Marcel Druhle « le travail émotionnel opère la génération et la gestion de ses propres émotions ainsi que la gestion des émotions des autres »⁹⁶⁴.

Les relations de proximité favorisent l'individualisation de l'aide apportée. Elles permettent d'« apprivoiser » ce résident « particulier » qu'il est difficile d'« amener à la raison », de comprendre par interprétation comment prévenir les troubles qu'il serait susceptible de causer, d'apprendre de lui comment le gérer, le contrôler. Comme le remarque Gwen :

« C'est beaucoup de surveillance, de patience, d'explications, après ça dépend aussi de la personne. Les pathologies sont... c'est la maladie d'Alzheimer, mais c'est... il y a tellement de... ils sont tellement tous différents dans cette maladie que voilà, on les connaît donc on sait ce qu'il faut pour chaque personne. On sait comment gérer chaque personne, après je dis pas que c'est tous les jours faciles et qu'on y arrive tout le temps, parce que quand ils sont fixés dans un but, on a beau essayer par tous les moyens d'y arriver, de les amener à la raison, y'a rien qui fait. Et là une vieille dame si elle est en crise, elle est en crise. On n'a rien à y faire. Elle crie, elle hurle, elle va réveiller tout le monde. Mais plus on va aller contre elle, pire ça va être. » (Gwen, 35 ans, auxiliaire de vie dans un HCA, Morbihan, France, mai 2014)

Dans cet extrait, Gwen évoque à la fois le peu d'impact que peut avoir une attitude frontale : « plus on va aller contre elle, pire ça va être », et comment la connaissance sur le malade peut constituer un outil pour « gérer chaque personne » et répondre aux situations de crises.

Cette approche relationnelle de proximité témoigne d'une modification de l'appareil de contrôle. Plutôt que le recours à la contrainte physique, la prise en charge s'appuie sur la capacité du professionnel à maintenir l'harmonie de la vie collective grâce à un « savoir-faire » émotionnel et compréhensif. L'équipe de soin et l'« accompagnement » prodigué sont

⁹⁶³ Marcel DRULHE, « Le travail émotionnel dans la relation soignante professionnelle. Un point de vue au carrefour du travail infirmier », *op. cit.*, p. 18.

⁹⁶⁴ *Ibid.*

ainsi supposés garantir le calme dans les lieux. Pour Astrid notamment, responsable de secteur des domiciles partagés :

« En général l'agressivité c'est juste une réaction de stress et d'angoisse, et normalement quand le cadre et l'accompagnement sont corrects, c'est des choses qui disparaissent ou en tout cas qui s'atténuent et qui permettent la vie en collectivité sans problème. » (Astrid, 35 ans, responsable de secteur dans un HCA, Morbihan, France, mai 2014)

De manière générale, toutes les techniques de soin que nous avons mises en relief, la convivialité, la familiarité, mais également l'aménagement des locaux, l'édification de repères humains et matériels, ou la personnalisation de l'accompagnement permettent de canaliser les usagers et d'assurer leur protection sans les contraindre. On peut ainsi noter la présence, dans certains lieux, d'instruments de contrôles implicites et discrets comme les miroirs disposés à plusieurs endroits stratégiques des Cantous de Mariemont. S'ils apparaissent au visiteur comme de simples éléments décoratifs, ils permettent surtout de garder un œil averti sur les résidents : *« on a mis des miroirs dans différents endroits du Cantou pour toujours avoir un œil sur eux »*⁹⁶⁵.

De même, *« occuper le plus possible »* les résidents, permet, selon Danie, de dériver leur attention et par-delà d'éviter la surmédication. En outre, le respect des rythmes singuliers peut être un moyen de maintenir le calme dans les lieux, d'apaiser les malades et d'éviter qu'ils ne génèrent de l'agitation chez leurs colocataires.

« On essaie de les occuper le plus possible, ou de leur aménager des temps de repos. A., si tu ne vas pas le coucher à un moment donné, il va s'énerver. Comme il s'énerve, il crie. Comme il crie, il énerve les autres. Donc, en respectant ces temps de repos, ça permet [...] qu'il n'embête pas les autres et ça permet aux autres de se reposer et évidemment de ne pas reprendre des médicaments pour les calmer. Tu vois, c'est toute une structure. Donc quand je dis "pour les occuper" ça peut être pour la sieste, ça peut être par une sortie. Par exemple V. elle est fort énervée, si un moment tu la prends dans tes bras et que tu danses avec elle c'est fini. Tu vois elle s'apaise. » (Danie, 37 ans, orthophoniste dans un HM, Wallonie, Belgique, janvier 2014)

⁹⁶⁵ Danie, 37 ans, orthophoniste dans un HM, Wallonie, Belgique, janvier 2014.

III. LE GRAND « MALENTENDU »⁹⁶⁶

Comme nous l'avons souligné, les institutions de relégation de la vieillesse incarnées par l'hospice et l'hôpital ont été fortement remises en question en raison de leur dimension coercitive, impersonnelle et déshumanisante. L'alternative gérontologique, instituée en contrepoint du processus d'humanisation des maisons de retraite, ambitionne alors de repenser l'accueil et l'hébergement des personnes âgées « fragiles » et « dépendantes », en imaginant des modèles soucieux du respect de leur dignité, de leurs droits et libertés. Les critiques formulées à l'encontre de l'institution traditionnelle visaient également à dénoncer les effets pathogènes que l'hospice ou l'hôpital étaient susceptibles de générer chez le « reclus ». Comme le montre Nicole Benoit-Lapierre, la gériatrie dans son effort promotionnel s'est attachée dès les années 1960 à dénoncer l'« hospitalisme », considéré comme un vecteur de « fragilisation ». Ainsi, la dimension « totalitaire » des institutions de relégation de la vieillesse est supposée contribuer à « l'assujettissement, la dépersonnalisation et l'infantilisation des pensionnaires, qui trouvent dans l'invalidité et la maladie un refuge où un ultime symptôme de refus⁹⁶⁷ ». L'hôpital est alors accusé d'être une « fabrique de grabataires »⁹⁶⁸. *A contrario*, on peut considérer que les défenseurs de l'alternative gérontologique, dès les premières expérimentations des années 1970 jusqu'à aujourd'hui, se sont attachés à « fabriquer » de l'autonomie.

1. La « fabrique » de l'« autonomie »

1.1. *L'alternative gérontologique, favoriser une « reconquête de l'autonomie »*

Dans un article publié initialement en 1982, Claudie Paugam décrit le concept des domiciles collectifs de Grenoble. Il est défini comme un moyen permettant d'éviter la « déportation hors de son environnement quotidien dans des lieux où “vivre” ne veut plus dire grand-chose, sinon attendre la mort, et de préférence, en dérangeant le moins possible »⁹⁶⁹. Le domicile collectif constitue ainsi une « réponse nouvelle qui ne soit pas forcément le placement en institution, accélérant toujours d'une manière ou d'une autre, le processus de

⁹⁶⁶ Vladimir JANKOLEVITCH, *Le-je-ne-sais-quoi et le Presque-rien. 2. La méconnaissance, Le malentendu, op. cit.*

⁹⁶⁷ Nicole BENOIT-LAPIERRE, « Guérir de vieillesse », *op. cit.*, p. 157.

⁹⁶⁸ *Ibid.*

⁹⁶⁹ Claudie PAUGAM, « Domicile collectif : du maintien à domicile au maintien sur le lieu de vie », *Documents-Cleirppa*, 2007, cahier n°25, p. 8.

dépendance et quelquefois la démence »⁹⁷⁰. En évitant la « mise à l'écart » de la personne, par le maintien d'une vie sociale dans son environnement ordinaire, le concept favorise la « préservation et la reconquête de l'autonomie »⁹⁷¹. Claudie Paugam évoque deux cas illustrant le potentiel des « domiciles collectifs ». Une personne « dont la désorientation semblait aggravée par de longs mois d'hospitalisation » a pu refaire, après 15 jours d'installation dans les lieux son petit-déjeuner tout seul. Un autre habitant « placé » en psychiatrie a quant à lui pu « améliorer ses capacités relationnelles au point de retrouver une réelle place sociale, ce qui dans les années antérieures, n'était plus envisageable »⁹⁷².

Un appartement d'accueil parisien créé dans les années 1980 s'inscrit dans une logique similaire. Comme le mentionne un rapport d'étude : « *entre le domicile où il faut tout faire et le long séjour où l'assistance est totale* » la formule « *offre la possibilité d'être aidé et accompagné pour être stimulé à se reprendre en charge* »⁹⁷³. L'aide à la « stimulation pour se reprendre en charge » est structurée dans l'aménagement des locaux. Ainsi, « *dans aucune pièce ni dans le couloir, il n'y a de barre d'appui. Volontairement nous avons limité ces services aux seules salles de bains et w.c. Plus il y a d'assistance, plus elle est utilisée et plus on perd son autonomie restante. C'est vrai pour les barres d'appui, les cannes et béquilles qui n'ont d'utilité le plus souvent que lors des périodes de rééducation. Par contre, partout les sols sont mats et antidérapants* »⁹⁷⁴.

Les *habitats alternatifs*, quel que soit le type de public à qui ils s'adressent, s'inscrivent dans le prolongement de ces premières expérimentations. La fabrication de l'« autonomie » physique et morale est visible à plusieurs endroits. En première instance, l'autonomie apparaît comme une valeur centrale dans les discours des porteurs de projet. Elle est au fondement des différents concepts axés sur la participation, la responsabilisation, le respect des libertés individuelles.

Ensuite, l'autonomie est ancrée dans l'aménagement de l'espace qui l'encourage. La reconstitution d'une poétique du « chez-soi » est pensée pour favoriser (théoriquement) le sentiment de maîtrise d'un lieu que l'on possède et qu'il est possible de se réapproprier. La création d'une *maison intelligente* est censée faciliter les mouvements et les déplacements des usagers, dans un environnement sécurisant, adapté aux handicaps physiques et cognitifs. Elle

⁹⁷⁰ *Ibid.*, p. 9.

⁹⁷¹ *Ibid.*

⁹⁷² *Ibid.*

⁹⁷³ Pierre GUILLET, « L'appartement d'accueil de l'Association de Gérontologie du XIIIème arrondissement. », *Logement et habitat, réflexions et études, améliorations et aides Réalisations nouvelles.*, 1986, n° 36, pp. 100-107.

⁹⁷⁴ *Ibid.*, p. 18.

leur permet de recréer des espaces de familiarité avec le monde. La *maison citoyenne* œuvre à intégrer les habitants dans leurs nouveaux lieux de vie. Elle suppose qu'ils prennent part à la vie quotidienne, selon les possibilités qui sont offertes dans les différentes formules.

Enfin, elle s'exprime dans l'approche de la personne. D'une part, les pratiques professionnelles sont cadrées. Comme nous l'avons montré, les soignants interviennent en « ambulatoire » comme ils le feraient à domicile⁹⁷⁵ : ils sont donc en visite chez l'habitant et non l'inverse. D'autre part, nous avons vu que les « pratiques de ruse »⁹⁷⁶ et plus précisément les relations de proximités entre le personnel soignant et les personnes désorientées permettaient de « faire faire (ou empêcher de faire) dans une perspective de protection sans pour autant aller à l'encontre des libertés individuelles »⁹⁷⁷.

La valorisation de l'autonomie s'incarne également dans le principe d'« accompagnement » qui englobe l'ensemble de ces dimensions. Pour reprendre les formulations de Serges Caussanel et de Louis Gallard, on peut considérer que la déclinaison de cette notion dans les *habitats alternatifs* suppose, dans sa dimension relationnelle et réciprocaire, de « marcher à côté de l'autre en veillant sur lui et en l'aidant » à s'approprier « ce qui reste de liberté et de vie »⁹⁷⁸. L'« accompagnement » d'un individu « fragile » et « dépendant » est une aide à la reconquête de l'autonomie ou à la reconquête du soi. Elle est impulsée, comme nous le verrons, par la stimulation ou simulation.

1.2. Stimuler l'autonomie : participer pour être maintenu dans la vie

La *maison intelligente et citoyenne* figurée dans les *habitats alternatifs* se définit parfois également comme une « maison vivante », « une maison qui bouge »⁹⁷⁹ personnifiée dans les discours. Elle permet de dépasser l'apathie présumée des résidents dans l'institution d'hébergement « classique » où « y'a dans les entrées des fauteuils et puis ils [les résidents] se mettent là pour voir passer la vie »⁹⁸⁰. L'espace est ainsi dynamisé par le quotidien d'une communauté d'inspiration domestique ancré dans un « village, un « quartier » une « maison », et par les événements, les projets d'animation et l'organisation d'ateliers.

Dans le cas d'A2MG notamment, la stimulation est induite par l'implication de la communauté émotionnelle du village conduisant à la « vitalisation » du domicile de Suzanne.

⁹⁷⁵ Cf. Chapitre 5.

⁹⁷⁶ Pierre VIDAL-NAQUET, « Le care à domicile », *op. cit.*

⁹⁷⁷ *Ibid.*, p. 9.

⁹⁷⁸ Louis GALLARD, « Trente ans après... », *op. cit.*, p. 24.

⁹⁷⁹ Danie, 37 ans, orthophoniste dans un HM, Wallonie, Belgique, janvier 2014.

⁹⁸⁰ Astrid, 35 ans, responsable de secteur dans un HCA, Morbihan, France, mai 2014.

Elle a permis de « *recréer une vie* » dans un lieu décrit originellement comme « *sinistre* »⁹⁸¹, mais aussi à Suzanne d'« *avoir une vie* » :

« *À vivre surtout, c'était ça, à vivre. À vivre, tu vois avoir une vie, c'est-à-dire, manger des bonnes choses. Elle adorait le monde et y'avait tout le temps du monde, donc elle était contente. Elle aimait chanter, ça chantait tout le temps. Elle aimait faire les pommes, elle aimait se balader, donc ils sortaient faire de grandes balades tous les jours... donc elle avait une vie, elle avait une vraie vie et tous ces gens-là tournaient autour d'elle* » (Martine, 61 ans, cofondatrice d'un HA, Grand-Est, France, octobre 2012)

On peut également mentionner le cas de l'Antenne Andromède, dont l'objectif est d'éviter que des personnes âgées « *encore capables de faire des choses* » ne déclinent lors de leur installation en maison de repos et « *perdent cette autonomie, physiquement aussi* »⁹⁸². Dès lors, la « *stimulation des relations interpersonnelles* »⁹⁸³, la participation et l'implication des habitants à leur communauté de vie permettent *a priori* d'endiguer le sentiment de solitude dans un environnement propice au « *maintien de l'autonomie* »⁹⁸⁴ tant morale que physique.

On remarque ainsi que la stimulation est souvent liée à la participation. Dans la plupart des formules, les soignants invitent les personnes à participer aux tâches domestiques du quotidien. L'aide à la préparation des repas, à la vaisselle ou les travaux de jardinage deviennent des actions dotées d'un contenu thérapeutique. La stimulation permet alors d'œuvrer à ce que les habitants soient toujours en éveil, utiles à la communauté aménagée et finalement, maintenues *dans* la vie.

Dans le village de Mariemont, le fonctionnement du lieu s'appuie, comme nous l'avons mentionné, sur la valeur cardinale de la citoyenneté. Elle se définit pour Brice, directeur de l'établissement, comme « *la façon qu'on a de dire que la vie vaut la peine d'être vécue, parce que si (...) l'on se dit qu'il n'y a plus de participation possible, à quoi ça sert ?* »⁹⁸⁵. L'enjeu est alors de la favoriser et même de la « *forcer* » pour éviter « *d'endormir* » l'institution.

⁹⁸¹ Martine, 61 ans, cofondatrice d'un HA, Grand-Est, France, octobre 2012.

⁹⁸² Christine, 59 ans, référente pour la démence dans une MRS, responsable de coordination et cofondatrice d'un HCA, Région Bruxelles-Capitale, Belgique, août 2014.

⁹⁸³ Christine, 59 ans, référente pour la démence dans une MRS, responsable de coordination et cofondatrice d'un HCA, Région Bruxelles-Capitale, Belgique, août 2014.

⁹⁸⁴ Christine, 59 ans, référente pour la démence dans une MRS, responsable de coordination et cofondatrice d'un HCA, Région Bruxelles-Capitale, Belgique, août 2014.

⁹⁸⁵ Brice, 35 ans, directeur d'un HM, Wallonie, Belgique, janvier 2014.

« On remarque qu'on doit les stimuler énormément, on doit forcer cette citoyenneté par moment, ce qui est un peu contradictoire, mais si on ne le fait pas, il rentre vraiment vite dans un rythme institutionnel qui n'est pas toujours bon ni pour l'institution qui aurait tendance à s'endormir, ni pour le résident qui... moins il en fait, moins il sera demandeur aussi. » (Brice, 35 ans, directeur d'un HM, Wallonie, Belgique, janvier 2014)

De même, l'« accompagnement » dans les Cantous suppose, selon Brice, de *« pouvoir rester dans un certain dynamisme, même si au bout du compte, il est passif »*, ce qui permet aux habitants désorientés de *« rester le plus alertes possible »*⁹⁸⁶. Comme le souligne Madeline, infirmière coordinatrice de quatre des huit Cantous du village de Mariemont :

« C'est vrai qu'ils sont assis, mais c'est de l'animation passive. C'est toujours en mouvement, on les stimule une fois l'un une fois l'autre, une fois l'un une fois celui-là. Et donc ils sont tout le temps en alerte, tout le temps en éveil, ou en mode veille, c'est comme on l'entend. Mais, en mode veille, je trouve que c'est un bon mot, parce qu'à tout instant, hop, on peut les restimuler. Pas tout le temps non plus parce que ça les épuise, mais voilà. » (Madeline, 40 ans infirmière-coordinatrice dans un HM, Wallonie, Belgique, janvier 2014)

Il s'agit parfois également d'inciter au « faire faire ». Plutôt que de *« de faire à la place des résidents »*, il convient *« de stimuler pour qu'ils fassent eux-mêmes »*⁹⁸⁷. Cette logique se retrouve dans les Maisons Âges & Vie, comme en témoigne cet énoncé du cahier des bonnes attitudes professionnelles : *« en tant qu'auxiliaire de vie, j'aide, mais surtout j'aide à faire. C'est un rôle beaucoup plus riche et beaucoup plus compliqué que de simplement "faire à la place de" (...) En me demandant : "Que peut faire cette personne ?", je change mon regard sur la personne aidée. Je concentre mon attention sur ses ressources et sur ce qu'elle est capable de faire, non sur ses pertes »*⁹⁸⁸. L'enjeu du travail des soignants est alors de cibler ce qui est considéré comme *« le véritable besoin de la personne »*, à savoir, *« l'aider à vivre en maintenant son autonomie »*⁹⁸⁹.

⁹⁸⁶ Brice, 35 ans, directeur d'un HM, Wallonie, Belgique, janvier 2014.

⁹⁸⁷ Brice, 35 ans, directeur d'un HM, Wallonie, Belgique, janvier 2014.

⁹⁸⁸ Le CAP. Cahier des bonnes attitudes professionnelles. « Connaître et respecter le cadre de travail des maisons Âges & Vie », septembre 2013.

⁹⁸⁹ *Ibid.*

1.3. Dissimuler la « dépendance », simuler l'autonomie

Au-delà de la stimulation, les discours des porteurs de projets et des agents institutionnels révèlent que parfois, la « fabrication » de l'autonomie repose sur un simulacre. Il est véhiculé par la structuration d'espaces « normaux » et l'aménagement d'un accompagnement « discret », sans contrainte apparente, permettant à l'utilisateur d'oublier les fragilités qui l'accablent ou de faire naître chez lui le sentiment de son autonomie.

Dans le village de Mariemont notamment, le choix des porteurs de projet de privilégier une approche de la « dépendance » se distinguant d'une thérapie axée sur le tout-médical a vocation à faire oublier aux personnes vulnérabilisées leur vulnérabilité. Comme le souligne Brice :

« Si on pouvait gommer tout ce qui est de connotation soignante, c'est le mieux, comme ça ils oublient qu'ils ont une problématique. Ils rentrent dans un projet où ils sont plus en vacances, donc voilà... y'a des clubs de carte, de pétanque, ils boivent un coup au bar, ils sortent, ils vont faire leurs courses au Cora, on les accompagne. » (Brice, 35 ans, directeur d'un HM, Wallonie, Belgique, janvier 2014)

Partant de l'idée selon laquelle *« les personnes ne sont pas malades, ce n'est pas parce qu'ils sont vieux qu'ils sont malades »*, il s'agit de *« jouer au Club Med plutôt qu'au petit hôpital »*⁹⁹⁰.

« Mais j'ai dit, une personne préférerait quand même plus mourir au Club Med plutôt que de mourir à l'hôpital, donc jouons plutôt au Club Med plutôt qu'au petit hôpital. » (Benoît, 63 ans, cofondateur d'un HM, Wallonie, Belgique, février 2015)

La figuration d'un village vacances permet alors de « normaliser » les lieux en camouflant le caractère institutionnel et médicalisé d'une structure dispensant malgré tout des soins. Cette « normalité » factice permet alors de faire oublier aux résidents qu'ils ont été contraints de venir s'installer dans les lieux en raison de fragilisations physiques et cognitives, pour y finir leurs jours. Ainsi, *« jouer au Club Med plutôt qu'au petit hôpital »* permet de modéliser un

⁹⁹⁰ Benoît, 63 ans, cofondateur d'un HM, Belgique.

« chez-soi », qui ne soit pas perçu par l'usager, comme un ultime déménagement dans un « dernier chez-soi »⁹⁹¹.

Dans l'« accompagnement » des personnes âgées désorientées, le simulacre de l'autonomie apparaît parfois de manière flagrante. Dans les domiciles partagés par exemple, la participation aux activités du quotidien, faire « *des choses où on se sent autonome* » comme « *s'occuper de vider de lave-vaisselle par exemple* », permet, selon Astrid, de faire naître chez l'usager le sentiment de son autonomie et par-delà de son utilité maintenue. C'est en ce sens que cette responsable de secteur des domiciles partagés définit l'objectif de la formule. Comme elle le souligne, « *moi je sais que le but dans le domicile partagé, c'est que les personnes aient vraiment l'impression d'être encore autonomes* »⁹⁹². Cet « état d'esprit d'accompagner » la personne « *le plus discrètement possible* » permet de lui faire « *croire qu'elle sait encore tout faire toute seule* » :

« Elle [la personne] s'est tellement sentie utile qu'elle a l'impression qu'elle est crevée de sa journée, c'est super quoi ! Plutôt que de dire : "je m'ennuie je veux mourir", c'est évident. Ben voilà les gens : "J'en peux plus, j'ai pas arrêté" c'est super quoi ! Le but c'est ça en fait, c'est surtout de pas avoir une personne qui dit : "Je m'ennuie, je veux mourir, je sers plus à rien". C'est d'avoir une personne qui a l'impression qu'elle peut encore tout faire. Enfin, bien sûr, la conséquence c'est qu'elle imagine qu'elle pourrait rentrer chez elle et que tout irait bien puisque toute l'aide qui lui est apportée est faite le plus discrètement possible. » (Astrid, 35 ans, responsable de secteur d'un HCA, Morbihan, France, mai 2014)

De même, le village néerlandais de « De Hogeweyk » apparaît comme un exemple canonique de la fabrication d'un simulacre d'autonomie. Dans un article paru en mars 2012, Marco Bertolini retranscrit l'interview qu'il a réalisé avec la directrice de l'établissement. Elle décrit un lieu où « *personne ne passe la journée au lit. Tout le monde se lève le matin, y compris les personnes moins valides* » parce qu'il est « *important que tout le monde participe à la vie générale, que personne ne soit laissé dans son coin* ». Ainsi, « *tout le monde peut circuler librement partout, peut s'affilier à un club, participer à une activité* ». Comme elle le souligne : « *de l'extérieur, nos résidents ont l'air autonomes : ils marchent, font leurs courses, boivent un verre avec leurs amis. Mais, en réalité, ils sont totalement dépendants du*

⁹⁹¹ Isabelle MALLON, *Vivre en maison de retraite, op. cit.*

⁹⁹² Astrid, 35 ans, responsable de secteur d'un HCA, France

personnel que ce soit pour s'habiller, se laver ou d'autres actes de la vie quotidienne ». Pour elle, l'enjeu de « De Hogeweyk » est ainsi d'« aider ces personnes à vivre de la manière la plus normale possible et la moins stigmatisante possible »⁹⁹³. En conclusion de son article, Marco Bertolini souligne : « c'est sans doute cela, le secret de Hogewey : cette normalité accordée à des personnes âgées fragilisées que la société ne voit encore trop souvent que comme des "fous", des gens dérangés qu'il faut enfermer pour oublier »⁹⁹⁴. Dans un article du *Times Magazine*, la correspondante anglaise Janice Turner tire une conclusion similaire. Selon elle, le lieu offre la possibilité aux habitants d'avoir une « seconde vie ». Dans ce « quartier », « ils [les résidents] ne sont des créatures passives, ils sont utiles. Ils sentent que leur "vrai moi" est momentanément restauré »⁹⁹⁵.

2. Le « vieillard » contemporain, ce « méconnu »⁹⁹⁶

2.1. L'« art du retrait »⁹⁹⁷, une nouvelle potentialité du grand âge ?

On peut ici s'interroger sur le *sens* que peut avoir pour les habitants « fragiles » et « dépendants », qu'ils soient ou non désorientés, l'inflexion des porteurs de projet et des soignants en faveur de la stimulation de leur autonomie physique et morale, et lorsqu'elle est en partie affectée, de la mise en scène de son corollaire en partie métaphorique. Ce questionnement nous amène en premier lieu à nous interroger sur le rôle de la fiction dans la relation d'aide et plus particulièrement sur cette « curieuse autonomie par procuration, qui doit être supposée et supportée par les autres pour exister »⁹⁹⁸. S'inspirant de Paul Ricœur, Antoine Hennion, Pierre Vidal-Naquet, Franck Guicher et Léonie Hénault, dans un rapport portant sur les relations d'aide à domicile destinées aux personnes âgées désorientées, soutiennent l'idée d'une fiction d'autonomie comme « outil de production ontologique ». Dans cette perspective, l'autonomie se détache de sa définition kantienne supposant l'indépendance de la volonté, et de la liberté de choisir des valeurs susceptibles d'être

⁹⁹³ BERTOLONI Marco, « Hogewey la quartier de la douce démence », *myeurop*, mars 2012, <http://fr.myeurop.info/2012/03/01/hogewey-le-quartier-de-la-douce-demence-4760>, consulté le 9 mars 2015.

⁹⁹⁴ *Ibid.*

⁹⁹⁵ « *They were not passive creature : they were useful. They felt restored momentarily to their real selve* », TURNER Janice, « Welcome to Europe's dementia village », *The Times Magazine*, Juin 2012, pp 35-41.

⁹⁹⁶ Vladimir JANKLEVITCH, *Le-je-ne-sais-quoi et le Presque-rien. 2. La méconnaissance, Le malentendu, op. cit.*

⁹⁹⁷ Pascal HINTERMEYER, « L'art du retrait », *op. cit.*

⁹⁹⁸ Antoine HENNION, Pierre VIDAL-NAQUET, Franck GUICHET et Léonie HENAUT, *Une ethnographie de la relation d'aide : de la ruse à la fiction, ou comment concilier protection et autonomie*, Centre de Sociologie de l'Innovation i3, Rapport de recherche pour la MiRe (DREES), 2012, p. 3.

universalisées, pour le bien commun. Elle est plutôt à comprendre comme un principe, pour un individu hétéronome de nature.

L'autonomie est alors une hypothèse à vocation performative, elle servirait « à faire la réalité », à la faire advenir. Concernant la pédagogie de l'enfant, les auteurs soulignent, « faire comme si l'enfant est responsable, le voir comme tel l'aide à le devenir »⁹⁹⁹. De même faire comme si la personne âgée « fragilisée » était toujours autonome, même si cela revient à « fabriquer » cette autonomie, permettrait d'aider au maintien de ce principe, par définition hypothétique. Le recours à la ruse, à la fiction, n'est en ce sens pas une simple duperie ou un « art » de jouer avec les images, les espaces ou les mots, il constitue plutôt un modèle d'action éthique permettant de concilier le principe de protection et celui du « libre choix ». Pour Pierre Vidal Naquet en effet, « c'est au moment même où l'autonomie n'est plus vraiment assurée et n'a plus de contenu évident que la fiction et ses effets performatifs deviennent essentiels. En portant les exigences de l'autonomie à la place des personnes vulnérables, en agissant en quelque sorte pour elles par procuration dans une perspective de protection ou encore en les faisant agir par ruse, les aidants maintiennent l'hypothèse de l'autonomie. En agissant ainsi, ils la font exister. Leurs ruses établissent, en situation, une scène fictionnelle où l'autonomie n'est pas pensée sur un mode disjonctif — autonomie versus hétéronomie —, mais conjonctif — autonomie “et” hétéronomie »¹⁰⁰⁰ ». Certes, mais pour qui le maintien de cette hypothèse est-il essentiel ?

Il ne s'agit pas ici de remettre en question l'idée selon laquelle dans le grand âge, la personne « fragile » désorientée ou non est toujours en mesure de faire valoir son « libre choix » et de participer aux décisions qui la concerne, mais de percevoir dans l'épreuve du vieillissement et dans la « fragilisation » qui lui est consubstantielle une autre potentialité, celle d'un certain « art du retrait »¹⁰⁰¹. Pour Pascal Hintermeyer, l'« art du retrait » constitue une forme de rapport au monde qui appelle un changement de perspective dans la manière d'appréhender les notions couramment utilisées pour analyser l'épreuve du vieillissement. Dans les sociétés contemporaines marquées par la valorisation de l'activité, de la maîtrise et de la réinvention perpétuelle du soi, la désaffection, le repli, le manque d'intérêt ou d'envie sont souvent perçus négativement. Or, l'auteur propose de considérer ces attitudes de « retrait » comme les traces ou les signes potentiels d'une aspiration à éprouver d'autres

⁹⁹⁹ *Ibid.*, p. 330.

¹⁰⁰⁰ Pierre VIDAL-NAQUET, « Le care à domicile », *op. cit.*, p. 12.

¹⁰⁰¹ Pascal HINTERMEYER, « L'art du retrait », *op. cit.*

dimensions de l'existence, moins valorisées socialement, mais aussi plus difficiles à saisir : le vécu subjectif et quotidien de l'horizon proche de la mort, et des limites de sa puissance.

Pour Jankélévitch, la mort et plus particulièrement sa « propre mort » apparaît comme un objet privilégié de la « méconnaissance »¹⁰⁰² génératrice de malentendus. La mort est un non-sens où c'est « tout l'être-propre qui est menacé ». On la connaît sans la connaître. Elle est une abstraction qu'on observe du bout des yeux, sans véritablement la prendre au sérieux. Mais la maladie, le danger ou la douleur sont des signes avant-coureurs qui génèrent un changement de perspective. Irrémédiablement, on s'applique à soi-même « la vérité inconcevable, la vérité sanglante du déchirement et de l'arrachement de l'être »¹⁰⁰³. On réalise alors ce que l'on savait sans savoir, et le concept flou de la mort lointaine devient une effectivité qui « advient pour de bon »¹⁰⁰⁴.

Dès lors, celui qui va mourir, le « vivant-mourant », se retrouve en première ligne « sans les délais et glacis protecteurs qui fournissaient des alibis à sa mauvaise foi ». Dans cet instant suprême, écrit Jankélévitch, il « ne sait matériellement rien de plus qu'un homme en pleine santé ; il n'a rien appris de particulier ; mais ce qu'il sait sur la grande banalité universelle de la mort, il le sait dans un autre éclairage »¹⁰⁰⁵. On peut considérer que la conscience de sa finitude véhiculée par la « fragilisation » et la « dépendance » physiologiques d'un corps qui échappe peu à peu à sa maîtrise, l'adieu au domicile comme lieu de mémoire, la disparition de ses « contemporains » et la proximité temporelle avec sa propre mort peuvent araser les « mythes protecteurs » du malentendu. Cet « autre éclairage » génère alors une connaissance qui, nous en formulons l'hypothèse, est inhérente à l'expérience du vieillissement et plus spécifiquement à ceux qui sont confrontés dans le quotidien à l'horizon proche d'une mort de plus en plus certaine.

Frédéric Balard, dans des travaux récents, associe ainsi « les plus âgées des âgées » à une « culture vivante aux portes de la mort » supposant un réaménagement, notamment temporel, qui leur est propre. Le « “surplus” de temps de vie » dont ils disposent constitue, selon lui, un « temps liminal » correspondant à un « état de marge ». Il se traduit par un certain « détachement » où l'individu très âgé se situe « dans un temps suspendu, détaché des

¹⁰⁰² Pour Jankélévitch, la « méconnaissance » correspond au « mystère impalpable de la personne, de l'œuvre ou du message » et consiste à « manquer celui-là en croyant connaître ceux-ci ». Sans en être la seule cause, cette incapacité à saisir l'opacité de l'autre est génératrice de malentendus. Vladimir JANKELEVITCH, *Le-je-ne-sais-quoi et le Presque-rien. 2. La méconnaissance, Le malentendu, op. cit.*, p. 13.

¹⁰⁰³ *Ibid.*, p. 26.

¹⁰⁰⁴ *Ibid.*

¹⁰⁰⁵ *Ibid.*, p. 27.

régulations temporelles »¹⁰⁰⁶, dans un « temps “hors du temps” »¹⁰⁰⁷, un « temps » qui parfois aussi « ne compte plus »¹⁰⁰⁸. Cette « existence séparée (...) constituée de normes temporelles spécifiques »¹⁰⁰⁹ peut dans une certaine mesure être rattachée au « retrait », comme une forme particulière de rapport au monde. S'appuyant sur le concept de l'« *exit* », mis en perspective par Albert Hirschman, Pascal Hintermeyer suppose ainsi que « les différentes variantes de retrait apparaîtraient alors comme une contestation implicite par rapport au fonctionnement et aux valeurs ambiantes, elles représenteraient une forme de défection », qui ne serait pas nécessairement subie ou négociée, mais « peut-être consentie, voire désirée et choisie comme une façon de se soustraire à l'agitation du monde, de se démarquer de normes à l'emprise tyrannique et douloureuse »¹⁰¹⁰.

À l'instar des autres temporalités de l'existence, peut-être faudrait-il alors considérer l'expérience du vieillir comme le propre d'un « âge de la vie » spécifique avec ses mauvais, mais aussi ses bons côtés, comme un « moment de l'existence qui vaut d'être vécu pour lui-même »¹⁰¹¹, une phase de la vie « aussi intéressante que celles qui les ont précédés »¹⁰¹², qui, en outre peut avoir quelque chose à nous apprendre. Pascal Hintermeyer notamment associe les vieillards à « des éclaireurs de contrées où nous devons aller »¹⁰¹³. Ils pourraient, si tant est qu'on les écoute, nous indiquer notre avenir et les « étapes futures de l'existence vers lesquelles nous nous dirigeons inéluctablement sans disposer de beaucoup de repères pour les appréhender ». Mais pour percevoir la vieillesse comme un âge de la vie riche en perspective, et le retrait comme « une condition nécessaire à la connaissance de réalités que les investissements ordinaires empêchent de percevoir »¹⁰¹⁴, encore faut-il pourvoir envisager le « vieillir » autrement que comme un « naufrage » unilatéralement perçu comme une diminution des performances, en somme comme « un temps de la vie en lui-même pathologique »¹⁰¹⁵ dont il est nécessaire de compenser les pertes.

¹⁰⁰⁶ Frédéric BALARD, « La longévité », *op. cit.*, p. 147.

¹⁰⁰⁷ *Ibid.*, p. 138.

¹⁰⁰⁸ *Ibid.*, p. 144.

¹⁰⁰⁹ *Ibid.*, p. 145.

¹⁰¹⁰ Pascal HINTERMEYER, « L'art du retrait », *op. cit.*, p. 397.

¹⁰¹¹ Marie GAILLE, « La longévité : un désir à l'épreuve de la vieillesse ? », *Gérontologie et société*, 2016, vol. 3, 39 / n° 151, p. 155.

¹⁰¹² Corine PELLUCHON, « La vieillesse et l'amour du monde », *op. cit.*, p. 176.

¹⁰¹³ Pascal HINTERMEYER, « L'art du retrait », *op. cit.*, p. 400.

¹⁰¹⁴ *Ibid.*, p. 398.

¹⁰¹⁵ Marie GAILLE, « La longévité », *op. cit.*, p. 154.

2.2. Représentations et expérience vécue du vieillissement

Dans les entretiens que nous avons réalisés auprès des usagers de l'alternative gérontologique, il est bien rare que l'expérience du « vieillir » soit perçue positivement. Les enquêtes empiriques montrent qu'elle renvoie aux deux types de récits de soi dégagés par les études sur le vieillissement : « *devenir vieux sans être vieux* » et « *être vieux* »¹⁰¹⁶. Vécu avec un certain abattement, le vieillissement est associé au déclin. Et, dans cette épreuve, ce sont sans doute les pertes cognitives qui sont appréhendées avec le plus de craintes et d'appréhension.

2.2.1. « Être » ou ne pas « être » vieux...

Le « devenir vieux » correspond à ceux qui éprouvent certaines « fragilités », mais ne ressentent pas de rupture entre ce qu'ils sont aujourd'hui et ce qu'ils étaient.

Sœur Louise par exemple, explique ressentir les effets de l'âge :

« Oh ben je commence à marcher de travers, j'ai du mal à l'escalier, j'ai mal à ma jambe, ah ben on se sent vieillir, je peux plus conduire. Je cours pas comme avant, je peux plus me baisser. Si je tombe par terre je sais pas comment je fais pour me relever... ah oui je le sens... vous verrez quand vous aurez mon âge, ah si on le sent houlala, et puis j'ai plus ma mémoire et puis tout ça. Oui. On n'est pas aussi vivante. On le sent beaucoup » (Sœur Louise, 85 ans, habitante d'un HA, Normandie, France, octobre 2015)

Néanmoins, elle évoque la vieillesse comme un état auquel elle pense, en passe d'advenir, non comme « quelque chose » qui est déjà là :

« Ma vieillesse ? Tous les jours ! Ah oui oui, j'ai pas peur, j'y pense très très souvent, quand j'ai mal à une jambe, quand j'ai quelque chose, je sais que je vais mourir ici, et que si ça va pas j'irais mourir à l'infirmerie, je serai peut-être comme ça comme les Sœurs à perdre la tête, mais c'est comme ça. » (Sœur Louise, 85 ans, habitante d'un HA, Normandie, France, octobre 2015)

¹⁰¹⁶ Vincent CARADEC, *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement*, op. cit., p. 96.

De même, Solange « vit sa vieillesse au jour le jour sans beaucoup se tracasser ». Si elle ne se sent plus « aussi alerte », elle souligne néanmoins : « non je ne me sens pas du tout vieillir »¹⁰¹⁷.

La perception subjective d'un « non-vieillesse » s'exprime parfois dans le décalage entre la fragilisation du corps et l'impression d'être toujours jeune « dans sa tête » :

« Je dis toujours... je ne suis pas vieille, je suis plus âgée... Est vieux qui veut parce qu'il y a des personnes de 20 ans qui peuvent être vieilles dans leur tête... mais voilà, plus âgée bien sûr, des problèmes un peu, mais bon à part ça non... c'est vrai qu'on ne sait plus faire ce qu'on faisait, c'est logique ça. Mais c'est pas pour ça que je me sens vieillir »
(Bethany, 70 ans, habitante d'une résidence service dans un HM, Wallonie, Belgique, janvier 2014)

C'est vrai également pour Garance. Approchée par l'association A2MG pour s'installer dans une colocation, elle ne souhaite pas s'investir dans le projet, estimant que « maintenant c'est trop tard », et être « trop âgée pour dire : « on essaye »¹⁰¹⁸. Lorsque nous l'avons rencontrée, elle envisageait plutôt de s'installer en maison de retraite, dans le but de se soustraire aux tâches du quotidien :

« La vie quotidienne me pèse : faire les courses, faire la cuisine pour moi toute seule, entretenir cet appartement je n'ai envie de ne plus rien faire de matériel, si pour l'esprit oui, mais... pas à la cuisine, les courses, je n'ai plus envie » (Garance, 82 ans, habitante potentielle d'un HA, Grand-Est, France, novembre 2012)

Pourtant, Garance n'a pas l'impression de vieillir :

« On sent son corps qui vieillit, mais quand je me regarde à l'intérieur de moi, je comprends pas mon âge. (...) C'est curieux hein ? On reste le même. » (Garance, 82 ans, habitante potentielle d'un HA, Grand-Est, France, novembre 2012)

On peut constater une certaine ambivalence dans ces discours. Pour Frédéric Balard, elle indique une intention de se distinguer d'une catégorie jugée dévalorisante, appréhendée

¹⁰¹⁷ Solange, 83 ans, habitante d'un HCA, Bruxelles-Capitale, Belgique, août 2014.

¹⁰¹⁸ Bethany, 70 ans, habitante d'une résidence service dans un HM, Wallonie, Belgique, janvier 2014.

comme un stigmaté¹⁰¹⁹. Bérénice, par exemple explique : « *je ne me sens pas vieille* ». Pour elle « *ça ne veut rien dire* ». Elle estime ainsi qu'il est possible d'être « *en égalité avec les jeunes, si on a un raisonnement valable (...)* », et plus loin d'ajouter : « *ça, ça me concerne, moi je regarde les informations vous savez, je m'intéresse un peu à tout* ». À l'inverse, « *être vieux* », « *c'est ne plus s'occuper de rien* ». Les vieux sont pour elle « *un petit peu abattus* », ils « *n'ont pas la réaction comme on devrait l'avoir* », à savoir « *un peu plus pimentée* » et ils donnent à croire « *qu'ils se morfondent* »¹⁰²⁰.

Garance explique quant à elle ne pas « aimer » vieillir, et de pas « vouloir » vieillir

« Je n'aime pas vieillir, je ne voudrais pas vieillir. Mais nous sortons d'une époque de grand jeunisme, n'est-ce pas ? Les valeurs étaient du côté des jeunes, ça change un tout petit peu maintenant peut-être. Mais enfin l'idéal c'était d'être jeune, beau, en bonne santé. »

(Garance, 82 ans, habitante potentielle d'un HA, Grand-Est, France, novembre 2012)

On retrouve cette idée chez Bethany lorsqu'elle souligne « *c'est vrai que c'est l'âge qui arrive, même si ma tête ne veut pas* »¹⁰²¹.

Outre le rapport à un « idéal » de jeunisme auquel le vieillissement peut avoir du mal à correspondre, ou le regard d'autrui qui tend à placer celui qui estime ne pas encore *être* tout à fait vieux dans cette catégorie — « *on sait pas qu'on vieillit c'est les autres qui vous le disent* »¹⁰²² — ne pas « vouloir vieillir » et ne « pas aimer » vieillir peut également être manifeste de la peur de la grande vieillesse, perçue comme une expérience douloureuse correspondant « *tout de même beaucoup à un naufrage* »¹⁰²³. De plus, le vieillissement est parfois associé à la mort. Pour Martine notamment, il est impossible de « bien vieillir » : « *Tu peux pas bien vieillir (...)* Je pense pas qu'on puisse bien vieillir. Le vieillir c'est pas acceptable. Mourir c'est pas acceptable ça va contre la vie »¹⁰²⁴. Dans cette perspective, continuer à vivre, ce qui enjoint inévitablement à vieillir, suppose parfois de ne pas vouloir mourir, comme en témoigne cet extrait :

¹⁰¹⁹ Frédéric BALARD, « Vivre et dire la vieillesse à plus de 90 ans, se sentir vieillir mais ne pas être vieux », *Gérontologie et société*, 2011, vol. 3, n° 138, pp. 231-244.

¹⁰²⁰ Bérénice, 85 ans, habitante d'un HCA, Bourgogne-Franche-Comté, France, octobre 2013.

¹⁰²¹ Bethany, 70 ans, habitante d'une résidence service dans un HM, Wallonie, Belgique, janvier 2014.

¹⁰²² Martine, 61 ans, cofondatrice d'un HA, Grand-Est, France, octobre 2012.

¹⁰²³ Norbert, 84 ans, habitant d'un HA, Bruxelles, Belgique, janvier 2014.

¹⁰²⁴ Martine, 61 ans, cofondatrice d'un HA, Grand-Est, France, octobre 2012.

« Ça me plaît pas [de vieillir], je préfère être jeune, mais que voulez-vous, si on ne veut pas vieillir il faut mourir hein ! Et moi je ne veux pas mourir » (Michelle, 85 ans, habitante temporaire d'un HA, Grand-Est, France, février 2013)

Certaines des personnes interrogées entendent lutter contre le vieillissement. Pour « bien vieillir », souligne René, il convient de ne « pas se laisser aller... être encouragé, voir les autres aussi »¹⁰²⁵. Selon Sœur Marie-Andrée, ceux qui « réagissent positivement vis-à-vis du vieillissement » sont ceux qui « s'efforcent autant que possible de donner le meilleur et de ne pas se replier sur soi-même »¹⁰²⁶. De même, Pierrette souligne : « depuis deux ans je me sens vieillir... c'est difficile à expliquer, mais parce que je fais quand même beaucoup de choses, et je fais des efforts, je me laisse pas aller »¹⁰²⁷.

De l'autre côté, l'« être vieux » correspond à ceux qui ont le « sentiment d'une rupture dans leur existence »¹⁰²⁸. Chez certaines des personnes interrogées, la vieillesse apparaît ainsi comme un « coup de tonnerre »¹⁰²⁹, un événement qui les place brutalement dans un autre état. Maurine par exemple, a l'impression d'« être vieille » depuis « pas tellement longtemps ». Avant qu'elle ne chute et qu'elle ne soit hospitalisée, elle explique avoir été : « toujours bien, j'avais pas de problème de santé ni rien ». Puis, le couperet tombe, « comme ça du jour au lendemain » où « un jour c'est terminé »¹⁰³⁰.

De même, Blondie, explique :

« Je me suis pas sentie vieillir jusqu'à..... 80 ans, même plus de 80 ans... j'étais encore dans une forme éblouissante ! (...) Je marchais pendant des km sans fatigue, j'allais nager encore, j'étais... vieillir j'ai jamais considéré que vieillir c'était terrible. C'est comment on vieillit. Et la preuve c'est que je ne pensais pas que j'allais vieillir comme ça. »
(Blondie, 89 ans, habitante d'un HCA, Bourgogne–Franche-Comté, France, octobre 2013)

Pour elle « la vieillesse, c'est la vieillesse ». Elle constitue une étape de la vie contre lequel la médecine ou les médicaments n'ont que peu d'impact :

¹⁰²⁵ René, 85 ans, habitant d'un HCA, Région Bruxelles-Capitale, Belgique, août 2014.

¹⁰²⁶ Sœur Marie-Andrée, 81 ans, habitante d'un HA, Normandie, France, octobre 2015.

¹⁰²⁷ Pierrette, 76 ans, usager-aidante familiale d'un HCA, Morbihan, France, mai 2014.

¹⁰²⁸ Vincent CARADEC, *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement*, op. cit., p. 96.

¹⁰²⁹ Dominique ARGOUD et Puijalon BERNADETTE, *La parole des vieux*, Paris, Dunod, 1999.

¹⁰³⁰ Maurine, 91 ans, habitante potentielle d'un HA, Grand-Est, France, février 2013.

« Je ne suis pas non plus à suivre ce que la médecine, enfin, la médecine ou certaines publicités de produits fait croire qu'en faisant si on faisait ça, on va vieillir formidablement bien. Non. La vieillesse c'est la vieillesse, le corps est fatigué, y'a un changement complet en soi, et ça c'est pas les médicaments qui vont changer quoi que ce soit. Ils aident peut-être à prolonger un peu, mais de là à changer... pour cette histoire de... comme on en entend parler, de vivre jusqu'à 120 ans, c'est de la folie. » (Blondie, 89 ans, habitante d'un HCA, Bourgogne–Franche-Comté, France, octobre 2013)

L'« être vieux » suppose selon Blondie, « un changement complet en soi », où « les choses qu'on a aimées fut un temps, on ne les aime plus » et où « tout change ». Comme elle le souligne : « je trouve qu'on devient autre, c'est tout ». Cette transition est vécue avec un certain abattement. Ainsi, Blondie évoque les difficultés de ce changement d'état : « c'est dur vous savez quand on a été (...) très indépendante », et son sentiment d'inutilité : « plus personne n'a besoin de moi, je suis inutile, inutile sur toute la ligne, c'est vrai ». Si elle explique profiter de certain « plaisir passager » lorsque sa fille l'emmène manger au restaurant ou visiter ses petits-enfants, elle estime néanmoins qu'« à 89 ans, tout le beau est passé, tout ce qui reste à venir ne peut qu'être désagréable »¹⁰³¹.

2.2.2. « Vaut mieux perdre ses jambes, mais garder sa tête »¹⁰³²

« “Perdre la tête” apparaît comme l'atteinte par excellence de notre humanité »¹⁰³³ écrit Nathalie Rigaux. Ainsi, la démence est toujours aujourd'hui perçue comme une « mort sociale » ou un « anéantissement progressif et inéluctable de la personnalité »¹⁰³⁴. Pierrette, évoquant sa mère atteinte de troubles démentiels, souligne : « c'est quand même bête de continuer à vivre comme ça » tandis que pour Francine, « quand on n'a plus sa tête, c'est pas drôle la vie ». De même selon Robert, la perte de mémoire conduit à une désagrégation du soi, elle suppose un état où « on n'est plus rien, on n'est plus personne » :

« La vieillesse si on est malade, c'est déjà tout à fait autre chose si on garde la santé, moi je me vois bien rester actif jusqu'à la fin d'une certaine manière. Si on n'a pas la santé, alors ça dépend si c'est la santé physique (...) on peut s'arranger. Si c'est dans la tête, si on commence à avoir des pertes de mémoire (...) on maîtrise plus rien. On perd la mémoire, on

¹⁰³¹ Blondie, 89 ans, habitante d'un HCA, Bourgogne–Franche-Comté, France, octobre 2013.

¹⁰³² Francine, 70 ans, usagère-aidante familiale d'un HCA, Morbihan, France, mai 2014.

¹⁰³³ Natalie RIGAUX, « Représentations médicales et sociales de la maladie d'Alzheimer », *op. cit.*, p. 761.

¹⁰³⁴ Lucie LECHEVALIER HURARD, « Être présent auprès des absents », *SociologieS*, 2016.

n'est plus rien, on n'est plus personne, parce qu'on sait plus ce qu'on a fait, on ne sait pas qui on est (...) Et ça, je voudrais pas que ça m'arrive. » (Robert, 73 ans, cofondateur et président de l'association d'un HA, Grand-Est, France, février 2013)

Dans les discours, l'idée d'être potentiellement touché soi-même par la maladie d'Alzheimer est vectrice de crainte. Cette crainte est parfois réaffirmée dans le rapport à l'autre désorienté. L'aidant peut ainsi « se voir », par effet de miroir, dans la maladie d'un proche. Pour Francine notamment « *le fait de voir sa maman dans cet état, ça interpelle* ». Elle souligne :

« Ce qui me fait peur, je voudrais pas finir comme maman, plus avoir ma tête. Je trouve que plus avoir sa tête c'est terrible... vaut mieux perdre ses jambes, mais garder sa tête. »
(Francine, 70 ans, usagère-aidante familiale d'un HCA, Morbihan, France, 2014)

De manière générale, les enquêtes de terrain que nous avons réalisées auprès des proches révèlent leurs difficultés à accepter la maladie. Stigmatisée, elle est parfois « excusée » par les aidants familiaux, à l'instar de Mirta qui souligne que sa mère « *était quelqu'un de très actif, qui n'avait pas du tout envie de perdre son autonomie* ». Au cours de l'entretien, Mirta évoque également l'attitude conquérante de sa mère à l'égard de la maladie : « *elle allait à l'hôpital régulièrement pour faire des exercices de mémoire, elle a fait ses comptes à peu près jusqu'au bout, donc elle s'est bien battue* »¹⁰³⁵. On retrouve le même type de discours chez Pierrette. Lorsque sa mère est hospitalisée et qu'une assistance sociale lui annonce qu'elle ne pourra plus rentrer chez elle, Pierrette est « *saisie* », comme elle le souligne : « *je m'attendais pas à ça du tout... maman c'est une personne très volontaire et courageuse* »¹⁰³⁶.

Au-delà de l'altération des repères interactionnels qui complexifient les modes de communication, le sentiment d'étrangeté ou d'« absence »¹⁰³⁷ que les proches ressentent à leur égard est corroboré par un sentiment de décalage entre l'image qu'ils avaient de leurs parents et celle qui se présente désormais à leurs yeux. Sœur Marie-Annick par exemple, exprime sa difficulté à soigner l'ancienne Sœur Supérieure d'une congrégation dans laquelle elle résidait :

¹⁰³⁵ Mirta, 66 ans, usagère-aidante familiale d'un HCA, Morbihan, France, mai 2014.

¹⁰³⁶ Pierrette, 76 ans, usager-aidante familiale d'un HCA, Morbihan, France, mai 2014.

¹⁰³⁷ Lucie LECHEVALIER HURARD, « Être présent auprès des absents », *op. cit.*

« *C'est dur pour moi de la soigner, l'ayant connu comme je l'ai connu* » » (Sœur Marie-Annick, 73 ans, aide-soignante et habitante d'un HA, Normandie, France, octobre 2015)

De même, il est difficile pour Mirta « *de voir ses parents qui ne sont plus ce qu'ils ont été* ». Selon elle, l'expérience de la maladie d'un proche désorienté nécessite une phase d'acceptation :

« *Moi justement je me dis que c'est la même personne et qu'il faut accepter le fait qu'elle est malade, qu'elle a une maladie qui est celle-là et que cette maladie fait que c'est toujours un être humain à accepter dans sa différence. Mais quand vous avez une mère qui était... bon mon père très amoureux l'appelait "la cheftaine" qui menait son entreprise... elle avait un commerce qu'elle a géré toute seule, elle a élevé ses trois enfants et puis attendez... maman c'était superwoman... voilà, que vous voyez qu'elle est complètement perdue, c'est très très difficile.* » (Mirta, 66 ans, usagère-aidante familiale d'un HCA, Morbihan, France, mai 2014)

Ce sont parfois aussi les manifestations physiques du vieillissement, qui transparaissent lorsque la personne désorientée n'est plus en mesure de les dissimuler elle-même, qui peuvent être vectrices de troubles.

« *Samedi encore, je suis allée la voir, elle n'avait pas de dentier, elle avait pas voulu mettre son dentier. Voilà, enfin bon, maintenant je la laisse, ça me dérange pas. Maman c'était une femme très coquette. Jusqu'au mois de septembre, elle allait encore chez sa coiffeuse faire sa permanente, alors quand elle est devenue blanche complètement de cheveux ça a été dur pour moi. J'aurais pas imaginé ça, jamais j'aurais pensé que maman pourrait avoir les cheveux blancs, c'est rien hein, mais c'est important, et je me suis habituée peu à peu.* » (Pierrette, 76 ans, usagère-aidante familiale d'un HCA, Morbihan, France, mai 2014)

Comme on peut le voir dans cet extrait, l'absence de dentier et les cheveux blancs altèrent l'image que Pierrette avait de sa mère. Et elle expliquera au cours de l'entretien avoir tenté de lui trouver une nouvelle coiffeuse pour qu'elle « *garde toujours son aspect* »¹⁰³⁸. De même, pour Mirta, « *c'est une grande souffrance* » de voir sa mère, qu'elle connaissait « *belle et*

¹⁰³⁸ Pierrette, 76 ans, usagère-aidante familiale d'un HCA, Morbihan, France, mai 2014

élégante », ne plus être en mesure d'associer la couleur de ses vêtements. L'aide apportée dans le domicile partagé permet dans ce cas de maintenir, en partie, l'apparence et par-delà son identité lorsqu'elle se présente à elle : « *Et là, on l'aide et on lui propose des vêtements qui vont avec et on lui met du rouge à lèvres, c'est important aussi* »¹⁰³⁹.

Au-delà du maintien de l'apparence physique, c'est le maintien des capacités courantes qui est parfois revendiqué par les familles. Pierrette par exemple regrette que les auxiliaires de vie ne poussent pas davantage les résidents à écrire : « *ce que je trouve dommage c'est qu'ils les fassent pas écrire de temps en temps, parce qu'elles ne savent plus écrire... maman elle ne sait plus écrire, signer son nom tout simplement* », même si « *c'est pas évident de faire de l'animation avec des personnes comme ça* » ce qu'elle « *voit bien* » parce que « *nous [les familles], on est souvent là* »¹⁰⁴⁰. Le constat opéré par Francine est similaire. Soulignant que « *le point sensible à une époque, c'était le manque d'activités* », elle estime néanmoins qu'il est difficile d'en proposer aux habitants désorientés, parce qu'ils « *ne s'intéressent à rien* », et « *surtout qu'ils ne veulent pas* », parce que « *trouver quelque chose qui les accroche c'est très très compliqué* » et qu'ils « *participent en tant que spectateurs* »¹⁰⁴¹. Ces tensions entre les équipes soignantes et les familles, tout comme les efforts parfois entrepris par les proches pour sauvegarder l'image familière de la personne aimée, témoignent de toute la difficulté à reconfigurer les repères interactionnels, initialement fondés sur la conscience et la maîtrise de soi.

2.3. L'habitat alternatif, un « mythe protecteur »¹⁰⁴²...

Nos enquêtes de terrain montrent que le vieillissement est souvent vécu dans la crainte, l'incertitude, la frustration et l'abattement, tant pour les personnes fragilisées elles-mêmes que pour les familles, qui font l'expérience de la maladie d'un proche. Bien souvent, les aspirations au « Bien vieillir » correspondent à un idéal de « vieillissement réussi », qui suppose en réalité de ne pas vieillir du tout.

« J'ai vu récemment quelque chose qui m'a bluffé complètement, une dame de 91 ans, une américaine, une ancienne danseuse, elle fait de la course à pied, du tennis, du yoga, et elle fait des postures de yoga, je vous garantis que... son coach disait qu'elle était la seule à

¹⁰³⁹ Mirta, 66 ans, usagère-aidante familiale dans un HCA, Morbihan, France, mai 2014.

¹⁰⁴⁰ Pierrette, 76 ans, usagère-aidante familiale dans un HCA, Morbihan, France, mai 2014.

¹⁰⁴¹ Francine, 70 ans, usagère-aidante familiale dans un HCA, Morbihan, France, mai 2014.

¹⁰⁴² Vladimir JANKELEVITCH, *Le-je-ne-sais-quoi et le Presque-rien. 2. La méconnaissance, Le malentendu, op. cit.*

faire certains mouvements que les jeunes ne pouvaient pas faire. Et je l'ai vue, et effectivement c'est hallucinant. Elle a appris le piano à 70 ans, et elle compose. Ah ben ça c'est bien vieillir ! » (Francine, 70 ans, usagère-aidante familiale dans un HCA, Morbihan, France, mai 2014)

Mais, comme le souligne Corine Pelluchon, la vieillesse constitue également un temps de la vie « qui échappe à notre volonté et renvoie à la passivité du vivant »¹⁰⁴³. Elle est en cela une expérience « de la non-maîtrise et de l'opacité »¹⁰⁴⁴. Au cours de cette étape, l'autonomie peut plus ou moins se briser¹⁰⁴⁵ et confronter l'individu à ce qui le dépasse. Il découvre alors avec « cet autre éclairage » ou cette « intuition gnostique »¹⁰⁴⁶ évoquée par Jankélévitch, la fragilité et les limites de la capabilité, de la maîtrise et du pouvoir sur soi, sur son environnement et sur les autres, du dedans. Mais comment appréhender cette épreuve autrement que dans le découragement et l'abattement dans une société où l'idéal de maîtrise et de la performance s'est affirmé comme un principe cardinal ?

Les *habitats alternatifs* semblent avoir contourné plutôt que dépasser le problème. D'une part, nous avons vu que dans les lieux, l'autonomie est fabriquée par la stimulation ou la simulation. Le cadre de vie « normale » des *habitats alternatifs*, le « comme chez soi » constituent un « décor », une « toile de fond », un « appareillage symbolique »¹⁰⁴⁷ permettant d'ancrer par les lieux une fiction de « normalité » qui, si elle peut avoir une vocation performative permettant de faire advenir un principe d'autonomie, n'en constitue pas moins une métaphore permettant de se conformer à un idéal qui peut être vain dans la grande vieillesse. L'inclination au maintien du moi par la sauvegarde d'un aspect familial qui ne soit pas trop altéré par les effets de l'âge comme l'idée d'« avoir l'air autonome », la participation à la vie quotidienne de manière active ou passive comme l'incitation à « faire des choses où on se sent autonome »¹⁰⁴⁸ permettent d'aider les habitants « fragiles » et « dépendants » à se conformer aux cadres typiques des interactions fondées sur la maîtrise de soi. On peut ainsi faire l'hypothèse qu'il s'opère une « déstigmatisation » de la grande vieillesse par sa « re-normalisation ». Dans les *habitats alternatifs*, l'aménagement d'un environnement fictionnel encourageant la reconquête de ce qui a failli semble avoir une valeur intégrative. Par ce biais,

¹⁰⁴³ Corine PELLUCHON, « La vieillesse et l'amour du monde », *op. cit.*, p. 171.

¹⁰⁴⁴ *Ibid.*, p. 176.

¹⁰⁴⁵ Corine PELLUCHON, *l'autonomie brisée. Bioéthique et philosophie*, *op. cit.*

¹⁰⁴⁶ Vladimir JANKELEVITCH, *Le-je-ne-sais-quoi et le Presque-rien. 2. La méconnaissance, Le malentendu*, *op. cit.*

¹⁰⁴⁷ Erving GOFFMAN, *La Mise en scène de la vie quotidienne. 1. La présentation de soi*, *op. cit.*

¹⁰⁴⁸ Astrid, 35 ans, responsable de secteur d'un HCA, Morbihan, France, mai 2014.

les habitants « fragilisé » ou « dépendant » se trouvent, d'une certaine manière, restaurés dans la norme des sociétés contemporaines, fondées sur un idéal d'autonomie, de puissance et de maîtrise et ce, jusque dans les limites de l'existence.

D'autre part, on pourrait considérer l'*habitat alternatif* comme l'un de ces « mythes protecteurs » permettant de cultiver (intentionnellement ou non), le malentendu sur la « fragilité », la « dépendance » et sur la mort. Pour Jankélévitch, le malentendu n'est pas qu'une erreur de traduction, et ne résulte pas que d'une incapacité à saisir l'opacité de l'autre. Il a une fonction sociale, il est « la sociabilité même ; il bourre l'espace qui est entre les individus avec l'ouate et le duvet des mensonges amortisseurs »¹⁰⁴⁹. En exploitant l'équivoque et en maintenant la « méconnaissance », il peut être un créateur d'ordre permettant de faciliter l'interaction. Aussi, des lieux « vivants » qui « bougent » conçus pour évoquer un « village » vacances, une « maison » ou un « quartier » plutôt qu'un hôpital peuvent faire office d'instrument de dérivation.

Le malentendu s'incarne en première instance dans la dissimulation des traits à connotation soignante qui risqueraient de rappeler le « spectre de l'institution totale » autrement dit le mouvoir, et s'adresse en premier chef aux habitants « dépendants » ou « fragilisés ». Son caractère fictionnel permet, ou plutôt, il est pensé pour permettre aux résidents d'« oublier » leur ancien domicile dans un nouvel univers aménagé pour en reproduire l'apparence, d'« oublier » la solitude par leur intégration dans un espace communautaire d'inspiration domestique, d'« oublier » qu'ils sont pris en charge en raison de leur fragilité, d'« oublier » que cet accompagnement n'est pas effectué par leurs familles, d'« oublier » que leur nouvelle résidence est un lieu dans lequel ils vont probablement mourir, et peut-être même par ce biais d'« oublier » qu'ils sont vieux. En ce sens, le malentendu s'appuie ici sur le « *silence*, l'absence des rapports ». Comme le souligne Jankélévitch, « il représente, concerté ou non, les sujets qu'on ne traitera pas, les questions qu'on ne posera pas, les terrains scabreux que la conversation évitera d'aborder : on ne parle pas de poisson dans la maison d'un noyé. Ni de bosses dans celle d'un bossu, ni de cornes dans celle d'un cocu »¹⁰⁵⁰. De même, on ne parle pas de la « dépendance » ou de la mort dans la maison des vieux.

En deuxième instance, on pourrait considérer que le malentendu s'adresse aux familles et plus généralement à l'environnement extérieur à l'*habitat alternatif*. On peut supposer par exemple que la reproduction de l'authenticité d'un mode de vie familiale, s'il permet de

¹⁰⁴⁹ Vladimir JANKÉLEVITCH, *Le-je-ne-sais-quoi et le Presque-rien. 2. La méconnaissance, Le malentendu*, *op. cit.*, p. 212.

¹⁰⁵⁰ *Ibid.*, p. 218.

procéder à un « accompagnement » délicat, respectueux des droits fondamentaux des personnes âgées « fragiles » et « dépendantes », facilite également les rapports entre les personnes aidées et leurs proches. L'*habitat alternatif* apparaît ainsi comme une structure d'aide aux aidants, tout particulièrement lorsqu'il se destine aux personnes âgées atteintes de troubles démentiels. La « *bonne ambiance* »¹⁰⁵¹ des Cantous de Mariemont, « *la chaleur humaine* »¹⁰⁵² qui se dégage des domiciles partagés, « *le fait que ce soit comme une famille ou presque* », la « *participation* » maintenue « *à la vie active* » dans un environnement où « *il y a encore une vie* »¹⁰⁵³, tout comme l'image, même fictive, d'une autonomie ou d'une identité partiellement restaurée, peuvent être rassurants pour les proches.

De même, contrairement à la maison de retraite où « *certaines personnes ne veulent même pas y aller tellement ça prend à la gorge* »¹⁰⁵⁴, la figuration du domicile ordinaire apparaît comme un avatar. Il participe à la « méconnaissance » par le trompe-l'œil. En s'adressant d'abord « à la vue pour éblouir, au voyant pour aveugler » les imageries du « domicile » du « village » ou du « quartier » peuvent « éclipser les vérités invisibles »¹⁰⁵⁵. C'est précisément parce que les signifiants évoquant la « fragilité », la « dépendance », l'hôpital et la mort sont dissimulés par la banalisation des architectures intérieures et extérieures ou par un cadre de vie familial et chaleureux, qu'il est possible de faciliter la circulation dans les lieux, l'implication et les passages des familles, des enfants ou des visiteurs extérieurs. En définitive, on pourrait appréhender l'*habitat alternatif*, comme une manière ritualisée par le simulacre de traiter collectivement des figures du négatif tel que la « dépendance », la « fragilisation », et indirectement la mort.

... « *pour la paix des vivants* »¹⁰⁵⁶

L'inclination des *habitats alternatifs* à dissimuler le négatif rejoignent dans une certaine mesure les rituels funéraires contemporains mis en perspective par Louis Vincent Thomas. Comme il le rappelle, l'exaltation de l'individualisme a favorisé le passage de la « mort apprivoisée » à la « mort inversée »¹⁰⁵⁷ et alimenté nos attitudes de déni face à la mort. Sa dissimulation, son arasement ou son occultation constituent aujourd'hui le propre des

¹⁰⁵¹ Andy, 73 ans, habitant d'une résidence service dans un HM, Wallonie, Belgique, janvier 2014.

¹⁰⁵² Mirta, 66 ans, usagère-aidante familiale d'un HCA, Morbihan, France, mai 2014.

¹⁰⁵³ Andy, 73 ans, habitant d'une résidence service dans un HM, Wallonie, Belgique, janvier 2014.

¹⁰⁵⁴ Mirta, 66 ans, usagère-aidante familiale dans un HCA, Morbihan, France, mai 2014.

¹⁰⁵⁵ Vladimir JANKELEVITCH, *Le-je-ne-sais-quoi et le Presque-rien. 2. La méconnaissance, Le malentendu, op. cit.*, p. 33.

¹⁰⁵⁶ Louis-Vincent THOMAS, *Rites de mort : pour la paix des vivants*, Paris, Fayard, 1985.

¹⁰⁵⁷ Philippe ARIES, *L'homme devant la mort*, Paris, Éditions du Seuil, 1977.

attitudes typiques face à la mort. Les défunts relégués « derrière les coulisses de la vie sociale »¹⁰⁵⁸ sont pris en charge par la technique inodore et hygiéniste de l'institution. Les conduites funéraires modernes s'attachent à magnifier le défunt, à « conserver (...) l'apparence de la vie »¹⁰⁵⁹. Elles s'insèrent de manière générale dans « la logique d'une société qui, niant la mort, fournit les moyens de la faire oublier »¹⁰⁶⁰. Ainsi, « contrairement à la mentalité traditionnelle pour laquelle la promiscuité des morts ne posait pas de problème, c'est dans la mesure où les morts se font invisibles qu'on les tolère dans la cité »¹⁰⁶¹.

La vieillesse n'est pas la mort, et le « dépendant » n'est pas nécessairement en fin de vie. Néanmoins, on peut considérer qu'il en constitue dans les représentations, et dans une certaine mesure, l'allégorie vivante. En effet, la révolution de la longévité des adultes a généré une redéfinition complète de notre rapport au temps et à la mort. Les avancées technologiques et médicales ont permis de la repousser aux confins de la grande vieillesse. Dès lors, « la mort a changé de visage ». Comme le souligne Céline Lafontaine, « elle prend désormais les traits d'un vieillard fragile et malade attendant patiemment que la Grande Faucheuse vienne le prendre à son tour »¹⁰⁶². Au-delà de la médicalisation du grand âge qui a contribué à faire de la vieillesse l'« ultime maladie » contribuant à alimenter l'angoisse de la dégénérescence physique et (surtout) cognitive, l'apparence du vieillard « nous renvoie inconsciemment à l'image de notre propre mort »¹⁰⁶³, elle nous rappelle la proximité, l'effectivité et la réalité « d'une mort déplaisante et insensée »¹⁰⁶⁴.

Aussi, on remarque une analogie entre les rites funéraires contemporains évoqués par Louis Vincent Thomas, et les procédés de dissimulation employés dans les *habitats alternatifs*. La vieillesse comme la mort sont travesties et camouflées sous les apparences de la banalité quotidienne à l'aune d'une certaine « esthétique de la disparition »¹⁰⁶⁵. Tandis que les soins thanatiques et le décor des funérariums cherchent à « maintenir l'illusion de la vie », l'*habitat alternatif* cherche à maintenir chez des résidents « fragiles » et « dépendants », soumis à une diminution inévitable de leurs performances, l'illusion de l'autonomie. De même, « si la mort se réduit à la souillure, supprimer la souillure, c'est au regard de

¹⁰⁵⁸ Norbert ELIAS, *La solitude des mourants*, *op. cit.*

¹⁰⁵⁹ Louis-Vincent THOMAS, *Rites de mort*, *op. cit.*, p. 44.

¹⁰⁶⁰ *Ibid.*, p. 73.

¹⁰⁶¹ *Ibid.*, p. 88.

¹⁰⁶² Céline LAFONTAINE, « La vieillesse, une maladie mortelle », *Revue internationale de soins palliatifs*, 2010, vol. 25, n° 1, p. 5.

¹⁰⁶³ Frédéric BALARD, « Les plus âgés des plus âgés », *une culture vivante aux portes de la mort*, Thèse de doctorat, Université Paul Valéry, Montpellier, 2008, p. 92.

¹⁰⁶⁴ Pascal HINTERMEYER, « L'art du retrait », *op. cit.*, p. 398.

¹⁰⁶⁵ Louis-Vincent THOMAS, *Rites de mort*, *op. cit.*, p. 88.

l'imaginaire supprimer la mort »¹⁰⁶⁶, on pourrait considérer l'exploitation de l'équivoque par la sauvegarde du malentendu dans l'alternative gérontologique comme un moyen, parfois vain, de dédramatiser la vieillesse. Dans ce contexte, le « faire comme si », la fiction à vocation performative, la dissimulation du négatif sont susceptibles de soustraire à notre vue ce que nous connaissons sans connaître, ce qui nous angoisse et que nous nous donnons les moyens d'oublier. La vieillesse escamotée est, au regard de l'imaginaire, éclipsée à l'aune d'un art de la dissimulation, « pour la paix des vivants¹⁰⁶⁷ ».

En cela, si les *habitats alternatifs* préfigurent une remise en question des pratiques de soin *instituées* en faveur de la dignité des personnes âgées et de la reconnaissance de leur « libre choix », on peut se demander si elles ne constituent pas paradoxalement une entrave à l'acceptation de la finitude, dans un processus d'occultation de la vieillesse et de la mort qui peut lui être associée.

¹⁰⁶⁶ *Ibid.*, p. 93.

¹⁰⁶⁷ Louis-Vincent THOMAS, *Rites de mort*, *op. cit.*

CONCLUSION GENERALE

L'ambition de cette recherche était de questionner le potentiel alternatif et expérimental de nouvelles formules d'hébergement destinées aux personnes âgées « fragiles » et « dépendantes » : les *habitats alternatifs*. Ces concepts innovants, parfois controversés, souvent considérés comme exemplaires en termes de « bonnes pratiques », posent en creux des questions éthiques essentielles sous-jacentes à ce travail de recherche : qu'est-ce que le « Bien vieillir » ? Comment repenser le « dernier chez-soi » ? Comment *comprendre* l'épreuve subjective du grand âge ? Quels types d'« accompagnement » privilégier pour la « dépendance » physique et cognitive ? Et plus spécifiquement, comment appréhender la « fragilité » et la « dépendance » dans un contexte social marqué par la prééminence de l'autonomie individuelle ?

Enjeux politiques du vieillissement dans un contexte social en mutation

Pour restituer la cohérence et les logiques de fonctionnement des *habitats alternatifs*, il nous a fallu tout d'abord tracer les grandes lignes de leur contexte d'apparition. Dans une première partie, nous avons abordé le processus historique de socialisation de la vieillesse et les mutations des sociétés contemporaines, marquées par l'émergence de la valeur aujourd'hui cardinale de l'autonomie. Cela nous a permis de situer les transformations des établissements institutionnels de prise en charge et l'évolution de leur versant alternatif depuis la fin des années 1970, pour *in fine* cibler plus spécifiquement l'objet de notre étude.

En premier lieu, nous avons montré comment les réalités et les représentations de l'âge se sont modifiées au cours des dernières décennies. Les populations âgées ont bénéficié d'une amélioration de leur condition d'existence. La généralisation de la retraite leur a permis d'acquérir une sécurité matérielle ainsi qu'une certaine indépendance à l'égard de leur descendance. Ils peuvent d'autant mieux tirer profit du temps de la retraite qu'ils vivent généralement plus longtemps et en meilleure santé. Ces mutations ont conduit à la redéfinition des problématiques et des enjeux politiques de la vieillesse. En contrepoint à l'émergence de la figure emblématique du « retraité actif », impulsé par les politiques du « mode de vie », se circonscrit une nouvelle catégorie de l'action publique, la « dépendance ».

Ce processus d'« étiquetage » a conduit à véhiculer une vision déficitaire de cet âge de la vie. Et, dans un contexte de crise marquant la fin de la période des « Trente glorieuses », la

vieillesse est apparue comme un nouveau *risque* pour l'équilibre des systèmes de protection sociale. Dès lors, les politiques publiques se sont attachées à en limiter l'impact au prisme d'une double approche. La première est médicalisée. La consolidation d'un outil de mesure unique (AGGIR) et d'un type de tarification (APA) spécifique permet de rationaliser la prise en charge des personnes âgées les plus « dépendantes ». La seconde est préventive et sous-tend l'idée qu'une action sur l'environnement et le mode de vie permettraient de « Bien vieillir ». Les politiques préventives véhiculées dans les années 2000 apparaissent ainsi comme un instrument de régulation des dépenses publiques et visent en creux à limiter les coûts potentiels des soins de longues durées. Elles s'appuient sur une vision positive du vieillissement — « vieillir en restant jeune »¹⁰⁶⁸ — et s'articulent aux valeurs et à certaines des caractéristiques typiques des vieillesse contemporaines.

L'analyse critique du référentiel de la prévention nous a conduit, d'une part, à montrer comment les valeurs d'autonomie, d'autodétermination et d'épanouissement personnel se sont diffusées depuis les années 1960. Le parcours des *baby-boomers* nous a servi de point d'observation pour identifier les profonds bouleversements sociaux et culturels qui ont eu cours dans les dernières décennies et leur impact sur les formes contemporaines du vieillir. De plus en plus, la vieillesse, appréhendée comme nouvelle étape de l'existence accessible au plus grand nombre, se définit comme « une vie à inventer »¹⁰⁶⁹. D'autre part, elle nous a permis de discuter les effets de la diffusion de ces valeurs sur les populations âgées. Si la valorisation de l'autonomie offre de nouvelles possibilités, elle peut également vectrice de nouvelles contraintes, à la défaveur des plus « dépendants ». Plutôt que d'aider à bâtir, dans une perspective intégrative, une « société pour tous les âges », elle peut participer à la segmentation d'une vieillesse à deux vitesses : une « bonne vieillesse » active, participante et autonome, à l'opposé de laquelle se dessine une vieillesse déficitaire, « dépendante », sujette à un supposé « mal vieillir ».

Mutation des équipements traditionnels de prise en charge et consolidation de l'alternative gériatrique

¹⁰⁶⁸ Jean-Marie ROBINE, « La révolution de la longévité des adultes », *op. cit.*, p. 26.

¹⁰⁶⁹ Christian LALIVE D'ÉPINAY, *Vieillir ou la vie à inventer*, *op. cit.*

La mise en perspective des évolutions de la structuration du social nous a permis d'examiner, dans un second temps, les transformations successives qui ont marqué l'histoire des dispositifs *institués* de prise en charge, comme celle de leur versant *alternatif*. Alors que la vieillesse se socialise et s'institue comme une nouvelle problématique sociale, les dispositifs de l'action gériatrique se transforment. Au modèle hospitalier centré sur la moralisation de l'indigence se substituent de nouvelles infrastructures, pensées pour être plus humaines, plus modernes et mieux ajustées aux besoins des populations âgées. Historiquement structurées autour des deux pôles du maintien à domicile et de l'hébergement institutionnel, elles s'inscrivent aujourd'hui dans le prolongement des politiques de la « dépendance ». Ainsi, le développement de l'EHPAD résulte d'un processus de médicalisation de la vieillesse. Il répond aux inflexions rationalistes et gestionnaires de l'action publique, dont l'enjeu consiste désormais à contrôler et à limiter les dépenses de santé. En contrepoint du processus d'humanisation des maisons de retraite, l'alternative gériatrique s'est attachée, lors de son émergence à la fin des années 1970, à proposer une troisième voie. Situés à l'entrecroisement du maintien à domicile et de l'institution, les nouveaux modèles d'accueil et d'hébergement qui se consolident visent à dépasser les limites de ces deux dispositifs. Animés par les valeurs d'intégration, de dignité, d'autonomie et de solidarité, leurs initiateurs ambitionnent de créer des environnements plus ajustés à l'avancée en âge, dans lesquelles il serait possible de « mieux vieillir ».

Sur la base des travaux de Dominique Argoud, nous avons dégagé deux générations de formules présumées alternatives. Une « première génération » de formules est apparue en France dès la fin des années 1970. Modélisés par des professionnels issus du champ de la gériatrie, ces concepts novateurs, du point de vue de l'architecture et de l'approche soin, se destinent aux personnes âgées présentant des troubles physiques et/ou cognitifs. Soutenus par des fondations, des associations et des acteurs de terrain, les projets consolidés ont connu un succès d'estime. Ils se sont développés en France jusqu'à ce que les politiques de normalisation des établissements affectent leur déploiement. Une « seconde génération » de formules, regroupées sous l'appellation d'« habitat intermédiaire », est ensuite apparue dans les années 2000. Contrairement aux expérimentations de « première génération », les « habitats intermédiaires » s'adressent généralement à des personnes âgées à l'« autonomie maîtrisée ». Ils ne constituent dans bien des cas qu'une étape de transition dans le parcours résidentiel des usagers, entre le logement ordinaire et l'institution médicalisée. Aussi, nous avons montré qu'il leur était difficile d'apporter une réponse concrète au problème de la « dépendance », pourtant central dans les politiques vieillesse. Plus encore, nous avons

suggéré que ces formules apparaissent comme un des maillons des politiques préventives, susceptibles de confirmer plutôt que de dépasser la scission entre « bon » et « mauvais » vieillissement.

À partir de cette analyse, nous avons choisi de centrer notre attention sur des modèles qui abordent de front le problème de la « fragilité » et de la « dépendance ». À l'instar des formules de « première génération », ils se définissent, au moins dans leurs intentions, comme des « lieux de vie jusqu'à la mort »¹⁰⁷⁰. Les *habitats alternatifs* dont nous avons défini les caractéristiques dans un troisième chapitre s'apparentent par les valeurs qui les portent aux « habitats intermédiaires ». Comme eux, ils valorisent le « libre choix », l'intégration, la socialité et la citoyenneté. Mais s'ils constituent des *lieux de vie* pensée pour permettre aux usagers d'*habiter* « autrement » leur vieillesse, ils sont également des *lieux de soin*, et parfois aussi des *lieux de mort* alternatifs et expérimentaux.

Le travail de recensement, effectué tout au long du travail de recherche, nous a permis d'avoir une vue d'ensemble, actualisée, de l'*habitat alternatif* en France et d'identifier des concepts expérimentaux qui pourraient faire l'objet d'une investigation. Les sept terrains « principaux » et les quatre terrains « secondaires » retenus pour l'analyse nous ont permis, à l'aune d'un « processus itératif »¹⁰⁷¹, d'esquisser une typologie comprenant trois catégories de modèles alternatifs. Les habitats autogérés (HA) sont issus de la société civile et se distinguent par leur fonctionnement autogestionnaire, collaboratif et solidaire. Les habitats communautaires accompagnés (HCA) constituent des petites structures non médicalisées, composées de groupe restreint de colocataires. Dans ce type de formule, les résidents sont « accompagnés » par un organisme gestionnaire de médiation et par une équipe de soin. Enfin, les habitats médicalisés (HM) s'inscrivent dans le cadre juridique des établissements d'hébergement « classiques » (EHPAD, MR/MRS, EMS). Ils relèvent d'une articulation entre une *culture gériatrique instituée* et une *culture expérimentale*.

Afin de saisir le sens, les particularités et les similarités de ces formules atypiques et hétérogènes, nous nous sommes appuyés sur une démarche comparative, combinée à une approche compréhensive d'inspiration phénoménologique. Dans cette perspective, l'analyse croisée des discours, agrémentée d'observations sporadiques sur les lieux et de l'étude des chartes et des livrets d'accueil, nous a permis de restituer les logiques qui sous-tendent les « mondes culturels » de ces laboratoires d'expérimentation du vieillissement.

¹⁰⁷⁰ Claudette COLLOT, *Des lieux de vie jusqu'à la mort*, op. cit.

¹⁰⁷¹ Jean-Pierre Olivier DE SARDAN, « La politique du terrain », op. cit.

Les laboratoires d'expérimentation du vieillissement

La seconde partie de cette recherche est une plongée dans les « mondes » de l'*habitat alternatif*. Dans un premier temps, ce sont les « histoires typiques »¹⁰⁷² des *habitats alternatifs* que nous avons abordées. Elles nous ont permis de décrire le cheminement de l'expérimentation. Nous avons vu que le point de départ de ces formules résidait dans une identification d'un ensemble de besoins, jugés non satisfaits ou *mal* satisfaits (l'indépendance, la sécurité, le lien social, le domicile, l'accueil et l'hébergement de populations désorientées), auxquels les porteurs de projets visent à répondre. Dans une comparaison critique avec le « spectre de l'institution totale »¹⁰⁷³, l'impulsion utopique à l'origine du processus de création incite les initiateurs à faire un « pas de côté »¹⁰⁷⁴. Il s'opère alors une rupture qui ouvre une brèche. Dans cette brèche se consolide un laboratoire d'expérimentation. Il est une ouverture du champ des possibles permettant de créer de nouvelles ritualités de soin, de nouveaux concepts et prototype de fonctionnement, qui se modélisent et se technicisent dans le tâtonnement, les erreurs et les fausses manœuvres.

Nous nous sommes ensuite efforcés de décrire les différentes méthodologies alternatives mises en application. En premier lieu, nous avons montré comment les porteurs de projets s'appliquaient à repenser le cadre de vie. Il s'agit d'évoquer le domicile ordinaire dans des bâtiments banalisés qui s'apparentent dans leurs formes architecturales à des « quartiers », des « appartements », des « maisons » ou des « villages ». L'accent est mis sur l'aspect chaleureux, familial et « normalisé » des différents espaces, ajustés aux handicaps physiques et cognitifs. En cela, on pourrait définir les différents projets comme des environnements prothétiques permettant aux usagers de « préserver des espaces de familiarité avec le monde »¹⁰⁷⁵, mais « sans être dans le vaste monde »¹⁰⁷⁶.

En deuxième lieu, nous avons vu que les initiateurs s'attachaient à reconfigurer les pratiques. Dans les *habitats alternatifs* qui supposent la présence continue de professionnels, les pratiques soignantes sont aménagées de sorte à produire une atmosphère de convivialité « comme dans une famille ». Par ce biais, elles réaffirment le caractère domiciliaire des environnements modélisés. L'approche de la personne aidée est « individualisée », elle s'appuie sur la *compréhension* permettant une co-construction des savoirs, particulièrement

¹⁰⁷² Howard Saul BECKER, *Les ficelles du métier*, *op. cit.*, p. 109.

¹⁰⁷³ Iris LOFFEIER, *Panser des jambes de bois ?*, *op. cit.*

¹⁰⁷⁴ Paul RICEUR, *L'idéologie et l'utopie*, *op. cit.*

¹⁰⁷⁵ Vincent CARADEC, « L'épreuve du grand âge », *op. cit.*, p. 14.

¹⁰⁷⁶ Hugo VAN WAARDE et Marion VILLEZ, « Les petites unités de vie pour personnes atteintes de troubles cognitifs aux Pays-Bas », *op. cit.*, p. 28.

effective dans l'approche des personnes âgées désorientées. L'aménagement des espaces, la structuration spécifique du travail et des ritualités quotidiennes, incitant à la proximité entre soignants et personnes aidées, sont pensés pour répondre aux besoins particuliers des usagers, tenir compte de leur histoire de vie et de leurs rythmes singuliers.

Enfin, nous avons montré comment le *regroupement solidaire* pouvait apparaître, dans certaines formules, comme une technologie expérimentale fondée sur l'activation du lien social et la modélisation d'un « vivre ensemble » sécurisant. La solidarité, la « *stimulation des relations interpersonnelles* »¹⁰⁷⁷ et la collaboration apparaissent ainsi comme des instruments de l'alternative permettant d'éviter un placement en structure médicalisée ou de compléter l'aide apportée par les soignants.

(Re) penser la « fragilité » et la « dépendance » à l'aune de l'habitat alternatif

Un dernier chapitre nous a permis de discuter le sens de l'*habitat alternatif* pour les usagers, de relever les points de tension entre l'espace modélisé et l'espace *vécu*, de déterminer la fonction des thérapeutiques expérimentées, et d'un point de vue plus général d'évaluer ce que ces formules avaient à nous dire sur les rapports entre société et vieillissement. Il nous invite à tirer ici quelques réflexions conclusives.

Premièrement, les méthodologies alternatives mobilisées par les porteurs de projet s'appuient sur des métaphores à connotation positive, comme le « chez-soi » ou la famille. On peut considérer qu'elles visent à limiter l'impact des déménagements, pas toujours pleinement consentis, comme nous l'avons vu, par les usagers « dépendants » et « fragilisés ». Mais pas uniquement. La « fabrication » de la familiarité et l'incitation à la proximité entre les soignants et les personnes aidées semblent témoigner également d'une nouvelle forme de contrôle implicite, « discret » et « délicat », plus ajusté aux injonctions normatives liées à la prééminence de l'autonomie individuelle. Elle constitue une « pratique de ruse »¹⁰⁷⁸ en mesure de combiner des impératifs qui peuvent être contradictoires : le droit à la sécurité et la reconnaissance des droits et des libertés des sujets âgés.

Dans l'analyse, nous avons montré que ces « pratiques de ruse » étaient particulièrement effectives dans l'approche des personnes âgées désorientées. Si elles s'inscrivent dans le prolongement des principes éthiques en faveur du « droit des usagers » et si elles peuvent offrir de nouvelles possibilités à ce résident — ou à cet « habitant » —

¹⁰⁷⁷ Christine, 59 ans, référente pour la démence dans une MRS, responsable de coordination et cofondatrice d'un HCA, Région Bruxelles-Capitale, Belgique, août 2014.

¹⁰⁷⁸ Pierre VIDAL-NAQUET, « Le care à domicile », *op. cit.*

« indiscipliné », nous considérons qu'elles constituent également une technique de prise en charge permettant aux équipes soignantes d'exercer leur métier. Les usagers désorientés peuvent être canalisés dans le but d'harmoniser le « commun ». Par le biais d'une protocolarisation des relations de proximité, il est possible, en partie, de comprendre d'eux comment les penser, et plus aisé de leur « faire faire », « ce qu'il convient normalement de faire »¹⁰⁷⁹, sans les contraindre explicitement.

Deuxièmement, les lieux et l'« accompagnement » prodigué constituent la résultante d'une opération de traduction. C'est « à partir des gens »¹⁰⁸⁰ et pour répondre à leurs « besoins » qu'une expérimentation est consolidée. C'est aussi parce que l'« accompagnement » se fonde sur une connaissance des résidents que le soin peut être « individualisé », « personnalisé ». Mais cette traduction, qui suppose une interprétation, n'est pas neutre. D'une part, nous avons vu que les porteurs de projet, s'ils se situent originellement dans une position de dissident, visent à donner à leur expérimentation une forme présentable. Il s'agit certes de « prendre le truc à l'envers »¹⁰⁸¹, mais la formule s'adresse aussi à des « clients » qu'il faut séduire — les habitants et leurs familles — et aux acteurs politiques, aux professionnels de terrain ou aux associations qu'il faut convaincre pour être diffusé à plus large échelle. De plus, si l'alternative peut en partie contourner les réglementations propres à l'*institué*, au prisme d'un certain « art de faire »¹⁰⁸² autrement, elle se doit néanmoins de répondre à des impératifs et des logiques propres au monde de la gérontologie intégrée. Il s'agit d'assurer une « qualité de vie » aux résidents, ce qui nécessite (entre autres) de concilier le respect des droits et des libertés fondamentales et le respect des droits à la protection et à la sécurité, de répondre à des contraintes budgétaires et à des normes concernant l'accueil et l'hébergement de publics vulnérables. L'*habitat alternatif* apparaît alors comme une synthèse sociale, combinant des « visions du monde » plurielles, des intérêts distincts et des logiques impératives multiples.

D'autre part, quel que soit le moyen utilisé pour transcrire dans une expérimentation alternative, la « parole et le silence des vieux »¹⁰⁸³, il en résulte une interprétation hypothétique et en partie arbitraire de l'*être* vieux et de ses « besoins ». Elle peut être vectrice de décalage, qui s'exprime, comme nous l'avons souligné, entre l'espace modélisé *pour* et l'espace vécu *par*. Il ne suffit pas d'instituer des lieux « normaux », « familiers » et « chaleureux » pour faire

¹⁰⁷⁹ *Ibid.*, p. 8.

¹⁰⁸⁰ Samuel, 43 ans, cofondateur et cogérant d'un HCA, Bourgogne-Franche-Comté, France, septembre 2013.

¹⁰⁸¹ Samuel, 43 ans, cofondateur et cogérant d'un HCA, Bourgogne-Franche-Comté, France, septembre 2013.

¹⁰⁸² Michel DE CERTEAU, *L'invention du quotidien*, *op. cit.*

¹⁰⁸³ Dominique ARGOUUD et Bernadette PUIJALON, « Enjeux et limites d'une prise en compte de la parole des vieux », *op. cit.*

naître chez l'habitant le sentiment du « chez-soi », même si on peut soutenir que ces fictions à vocation performatives peuvent favoriser la réappropriation d'un nouvel univers de vie. De même, un espace de petite taille limité en nombre de colocataires ne suffit pas à lui seul à produire de la socialité et du lien.

Concernant l'approche des personnes âgées atteintes de troubles démentiels, les aidants familiaux, et les professionnels sont mis à l'épreuve d'une altération des repères interactionnels. Lucie Lechevalier Hurard montre, à partir d'une enquête comparative entre plusieurs unités d'accueil pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, que le « travail relationnel » est affecté par le « sentiment d'absence » ressenti par les professionnels. Comme elle le souligne, l'« absence » génère une « épreuve éthique », car elle « prive les soignants de points d'appui essentiels, aujourd'hui requis par les impératifs professionnels : le point de vue, le consentement et la participation du destinataire du soin »¹⁰⁸⁴. Et en dépit des préconisations légales favorisant le « travail avec autrui », il apparaît, dans le quotidien des pratiques, que la relation se rapproche parfois plutôt d'un « travail sans autrui »¹⁰⁸⁵. Si la proximité instituée dans les *habitats alternatifs* permet sans doute de définir de nouveaux repères pour *comprendre* la personne, il n'en demeure pas moins que le « travail relationnel », sur laquelle se fonde l'interprétation des besoins, conserve une part d'inconnu. Il est en outre orienté, comme nous l'avons déjà souligné, pour harmoniser la vie collective et faciliter l'exercice des pratiques soignantes.

Troisièmement, on peut considérer les *habitats alternatifs* comme des concepts porteurs de renouveau dans l'approche des populations vieillissantes vulnérabilisées. Dans les pratiques quotidiennes, ils ouvrent des pistes, par leur caractère expérimental, sur les manières d'aborder « autrement » le grand âge et plus spécifiquement le « lieu où se déroule la fin de vie »¹⁰⁸⁶. Cependant, les principes d'autonomie, d'indépendance, de « libre choix » et de citoyenneté, au fondement des différents projets, s'ils apparaissent comme essentiels au respect de la dignité et des droits fondamentaux des habitants « fragilisés » et « dépendants », peuvent également être vecteur de contraintes.

Le contrôle maintenu de son existence n'est pas pour autant dépourvu de sens pour les personnes âgées. En cela nous suivons Marie Gaille lorsqu'elle souligne : « la critique du modèle du vieux actif et maître de son destin est indispensable, mais insuffisante »¹⁰⁸⁷.

¹⁰⁸⁴ Lucie LECHEVALIER HURARD, « Être présent auprès des absents », *op. cit.*, p. § 10. <https://sociologies.revues.org/5441>, consulté le 9 mars 2015

¹⁰⁸⁵ Lucie LECHEVALIER HURARD, « Être présent auprès des absents », *op. cit.*

¹⁰⁸⁶ Marie-Jo GUISET, Bernadette VEYSSET et Alain VILLEZ, *Grand âge dépendance et lieux de vie*, *op. cit.*

¹⁰⁸⁷ Marie GAILLE, « La longévité », *op. cit.*, p. 160.

Éprouver son autonomie et son indépendance peut être une source de plaisir. Ce plaisir, vécu subjectivement, est propre à l'hétérogénéité des vieillesses. Il peut résider dans les possibilités maintenues de rendre visite à ses voisins grâce à l'ancrage d'un lieu dans un environnement familial, d'avoir des relations « *platoniques* »¹⁰⁸⁸ et même conflictuelles avec une « *bonne équipe* »¹⁰⁸⁹ ou un « mauvais » colocataire, ou encore d'évoluer « librement » dans un environnement « comme chez soi », adapté à ses fragilités physiques et cognitives, « comme une personne autonome ».

Néanmoins, l'« éthique d'autonomie »¹⁰⁹⁰ fondée sur le principe d'autodétermination, de maîtrise et de performance, qu'elle soit « fabriquée » dans l'alternative gérontologique ou véhiculée par les politiques vieillesse, peut participer à la dévalorisation de cet âge de la vie. Plus encore, elle constituerait, pour Corine Pelluchon, « un obstacle épistémologique à l'accompagnement des grands vieillards »¹⁰⁹¹. Comme elle le souligne en effet, « il y a une opposition entre les représentations de la vie qui relèvent de l'éthique d'autonomie, et les traits moraux qu'il s'agit de développer, voire d'acquérir pour bien vieillir »¹⁰⁹². Le « lâcher-prise », l'« art du retrait »¹⁰⁹³, mit en perspective par Pascal Hintermeyer ou le « détachement »¹⁰⁹⁴ temporel évoqué par Frédéric Balard pourrait en faire partie. Aussi, on peut supposer que ces dimensions de l'existence, propre à l'expérience du vieillir, seraient susceptibles de « restituer des espaces de liberté »¹⁰⁹⁵ pour peu qu'elles ne soient pas perçues comme disqualifiantes et appréhendées comme un défaut de socialisation à compenser. Elles nous permettraient également d'apprendre de cette étape de l'existence riche en perspective. Ainsi, les grands vieillards, en tant « qu'éclaireurs de contrées où nous devons aller »¹⁰⁹⁶ peuvent « apporter quelque chose au monde, révéler une part de vérité que notre affairément nous dissimulerait »¹⁰⁹⁷.

Ces considérations nous invitent à nous poser la question suivante : plutôt que d'escamoter la vieillesse en privilégiant un idéal de performance et de maîtrise, ne pourrait-on pas plutôt considérer l'acceptation de la vulnérabilité, l'apprentissage des limites de sa

¹⁰⁸⁸ René, 85 ans, habitant d'un HCA, Région Bruxelles-Capitale, Belgique, août 2014.

¹⁰⁸⁹ Danielle, 84 ans, habitante d'un HCA, Bruxelles-Capitale, Belgique, août 2014.

¹⁰⁹⁰ Corine PELLUCHON, *l'autonomie brisée. Bioéthique et philosophie*, *op. cit.*

¹⁰⁹¹ Corine PELLUCHON, « La vieillesse et l'amour du monde », *op. cit.*, p. 178.

¹⁰⁹² *Ibid.*, p. 176.

¹⁰⁹³ Pascal HINTERMEYER, « L'art du retrait », *op. cit.*

¹⁰⁹⁴ Frédéric BALARD, « La longévité », *op. cit.*

¹⁰⁹⁵ Pascal HINTERMEYER, « L'art du retrait », *op. cit.*, p. 402.

¹⁰⁹⁶ *Ibid.*, p. 400.

¹⁰⁹⁷ Corine PELLUCHON, « La vieillesse et l'amour du monde », *op. cit.*, p. 177.

puissance comme inhérente au « Bien vieillir », pour les vieux eux-mêmes, mais aussi pour nous autres, « provisoirement actifs »¹⁰⁹⁸ ?

« **Journal d'une voisine** »¹⁰⁹⁹

Doris Lessing, dans *Les carnets de Jane Sommers*, fait le récit de l'amitié qui se noue entre Janna, une quinquagénaire rédactrice en chef d'un journal féminin, et de Maudie Fowler, une vieille femme de 90 ans vivant seule. Lorsque les deux femmes se rencontrent dans une pharmacie, Janna décide d'apporter son aide à Maudie en portant ses médicaments jusqu'à son domicile. En la raccompagnant chez elle, elle adapte son rythme à celui, plus lent, de la vieille femme : « J'ai réglé mon pas sur le sien et suis sortie avec elle de la pharmacie. Arrivée sur le trottoir, elle ne m'a pas regardée, mais l'appel était manifeste. Je marchais à côté d'elle, c'était difficile de marcher si lentement. Habituellement, je cours, mais je ne m'en étais jamais rendu compte »¹¹⁰⁰. Janna commence à reconnaître l'existence des autres vieillards du quartier. Et, à ce moment du récit, tout se passe comme si elle découvrait l'altérité d'un « monde culturel » étranger, celui du grand âge : « Je me disais que tous les jours je filais sur ces trottoirs sans n'avoir jamais vu Mrs Fowler qui, pourtant, habitait près de chez moi ; et, tout d'un coup, je me suis mise à observer les rues, et j'ai vu les vieilles femmes. Il y avait aussi des hommes âgés, mais surtout des vieilles femmes qui déambulaient lentement, qui se tenaient debout deux par deux ou par petits groupes pour bavarder, ou assises sur un banc au coin de la rue sous le platane. Je ne les avais jamais vues. C'est parce que j'avais peur de leur ressembler »¹¹⁰¹.

Peu à peu, Janna pénètre dans le quotidien de Maudie. Dans ses rapports avec la vieille femme, elle constate les multiples fragilités qui l'accablent. Aussi, Maudie renonce peu à peu aux gestes qu'elle avait pour habitude d'accomplir naturellement et sans effort. Honteuse de ne plus être en mesure de s'occuper d'elle-même, elle manifeste régulièrement sa mauvaise humeur : « si la pauvre Maudie peine et grogne tout au long de sa journée, c'est parce qu'elle a tant de mal à pourvoir à son propre entretien »¹¹⁰². Mais, en dépit des difficultés, Maudie résiste. Elle continue de se « trainer » en poussant son panier de charbon de bois pour alimenter sa cheminée qu'elle s'escrime à ramoner méthodiquement chaque semaine. Elle dissimule ses fragilités et refuse toutes aides extérieures. Considérés comme des intrus, l'aide-

¹⁰⁹⁸ Pascal HINTERMEYER, « L'art du retrait », *op. cit.*

¹⁰⁹⁹ Doris LESSING, *Journal d'une voisine. Les carnets de Jane Somers I*, Paris, Albin Michel, 1985.

¹¹⁰⁰ *Ibid.*, p. 19.

¹¹⁰¹ *Ibid.*, p. 20.

¹¹⁰² *Ibid.*, p. 194.

ménagère, l'assistance sociale et l'infirmière sont régulièrement rabroués et congédiés sans ménagement. Maudie se refuse également à quitter son domicile pour intégrer une maison de retraite. « Elle n'a pas envie de partir de chez elle » et se répète à elle-même « arrange-toi pour avoir ton logement à toi, et ne le lâche jamais »¹¹⁰³. En somme, Maudie ajuste son quotidien pour se raccrocher à son univers de sens et par-delà manifeste son autonomie.

L'exemple de Maudie rejoint l'idée de Bernard Ennuyer selon qui « les gens âgés ont, la plupart du temps, une très bonne appréciation de leurs possibilités et de leurs incapacités »¹¹⁰⁴. Ils mettent en place des « stratégies d'adaptation », qui ont « l'immense avantage de préserver l'autonomie de ces personnes âgées puisque ce sont elles qui les ont mises en œuvre »¹¹⁰⁵. La situation de ce personnage fictif rejoint également les considérations de Christian Lalive d'Épinay et de Stefano Cavalli. Selon les auteurs, le mécanisme de *Selective Optimizarion with Compensation*, permet aux personnes de préserver leur plaisir de vivre et de faire. À travers ce mécanisme « s'opère une révolution copernicienne entre la personne et son propre vieillissement : loin de se résigner à subir sa fragilisation et la contradiction du monde de vie qui en résulte, le vieillard en reprend le contrôle, décide de l'orientation qu'il donne à sa vie et préserve ainsi son statut de sujet »¹¹⁰⁶. On retrouve ici les images d'une vieillesse conquérante et non résignée. Elle renvoie à un idéal normatif de maîtrise et de performance, quelles que soient les circonstances et jusqu'au bout de la vie. Mais, on pourrait percevoir dans les stratégies et les mécanismes de préservation du soi, la peur et/ou la culpabilité d'être associé à une « mauvaise vieillesse » prise en charge et « dépendante ». On pourrait les appréhender également comme les signes d'une crainte à l'égard d'une étape de l'existence « méconnue »¹¹⁰⁷ qui renvoie aux limites de sa puissance et indirectement à l'approche de la mort. La « fragilité » pourtant inhérente au vieillissement fonctionnerait ainsi comme une épée de Damoclès au-dessus de la tête de ceux qui résistent au lâcher-prise et luttent pour être maintenus dans la vie. Ainsi, avec Corine Pelluchon, on peut considérer que si la vieillesse est discriminante « c'est surtout par rapport à cette acceptation de la vulnérabilité qui est au fond de toute réflexion sur la condition humaine »¹¹⁰⁸.

Au fil du récit, Maudie noue une relation de confiance avec Janna. Elle lui ouvre alors son domicile privé et la met face aux réalités de son quotidien : la « puanteur rance à la fois

¹¹⁰³ *Ibid.*, p. 179.

¹¹⁰⁴ Bernard ENNUYER, « La construction du champ de la dépendance : de la définition du mot au débat sur le cinquième risque », *op. cit.*, p. 117.

¹¹⁰⁵ *Ibid.*, p. 118.

¹¹⁰⁶ Christian LALIVE D'ÉPINAY et Stefano CAVALLI, *Le quatrième âge*, *op. cit.*, p. 87.

¹¹⁰⁷ Vladimir JANKELEVITCH, *Le-je-ne-sais-quoi et le Presque-rien. 2. La méconnaissance, Le malentendu*, *op. cit.*

¹¹⁰⁸ Corine PELLUCHON, « La vieillesse et l'amour du monde », *op. cit.*, p. 176.

âtre et douçâtre»¹¹⁰⁹ de son logement, les chaises percées à vider, les vêtements crasseux qu'elle n'a plus la force de laver, sa toilette qui n'a pas été faite depuis des semaines. Vieillissante et malade, Maudie éprouve des difficultés pour se déplacer. L'amplitude de son monde *vécu* s'est considérablement rétrécie. Elle est dans l'attente des visites de Jana. Elle a besoin d'elle pour pourvoir à son entretien, faire ses courses, entretenir son domicile, préparer les repas, et pour être divertie. Maudie accepte de s'en remettre à Janna, elle devient en quelque sorte « l'otage de l'autre »¹¹¹⁰. Dès lors, il s'établit entre les deux femmes, un pacte basé sur une inégalité manifeste.

Ce pacte peut être assimilé à celui évoqué par Corine Pelluchon lorsqu'elle décrit la relation entre le médecin et le malade. Basée sur une dissymétrie, la responsabilité est du côté de celui qui a la charge. Mais, pour l'auteure, cette dissymétrie « ne doit pas être une cause de mal-être, mais d'assurance. Elle ne doit pas entamer l'estime de soi du patient, mais générer en lui le sentiment que quoi qu'il arrive, il est entre de bonnes mains »¹¹¹¹. Elle ne signifie pas non plus que la personne « cesse par-là d'être autonome », mais plutôt qu'elle « cesse d'agir de façon autonome ou de faire des actes autonomes »¹¹¹². Dans cette perspective, reconnaître l'inéluctabilité de la « passivité du vivant », au prisme d'une « éthique de la vulnérabilité » consiste à remettre en question l'idéal d'autonomie pour redéfinir les frontières de la vie morale, comme le suggère notamment l'ensemble des théories sur le *care*, en y intégrant l'idée d'interdépendance humaine. C'est également reconnaître un droit à la sollicitude, à l'attention et aux soins, et plus généralement un droit au retrait et à la vulnérabilité.

¹¹⁰⁹ Doris LESSING, *Journal d'une voisine. Les carnets de Jane Somers 1*, op. cit., p. 72.

¹¹¹⁰ Emmanuel Levinas cité par Corine Pelluchon, Levinas EMMANUEL, *Autrement qu'être au-delà de l'essence*, Paris, Le livre de poche, 1996., Corine PELLUCHON, *l'autonomie brisée. Bioéthique et philosophie*, op. cit.

¹¹¹¹ Corine PELLUCHON, *l'autonomie brisée. Bioéthique et philosophie*, op. cit., p. 37.

¹¹¹² *Ibid.*

BIBLIOGRAPHIE

- ALTER Norbert, *L'innovation ordinaire*, Paris, Presses universitaires de France, 2000.
- ANCHISI Annick, AMIOTTE-SUCHET Laurent et TOFFEL Kevin, « Vieillir au couvent : stratégies des congrégations et paradoxe des laïcités », *Social Compass*, 2015, pp. 1-17.
- AQUINO Jean-Pierre, « Le plan national « Bien vieillir » », *Retraite et société*, 2007, vol. 3, n° 52, pp. 152-157.
- ARGOUD Dominique, « Les nouvelles formes d'habitat pour personnes âgées : approche socio-historique d'une innovation », in *Vieillir chez soi. Les nouvelles formes du maintien à domicile*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2014, pp. 47-59.
- ARGOUD Dominique, « La prise en compte des nouveaux lieux du vieillir par les politiques publiques françaises », in *Habiter et vieillir. Vers de nouvelles demeures*, Toulouse, Eres, 2013, pp. 213-224.
- ARGOUD Dominique, « L'habitat groupé, une alternative à la maison de retraite ? », *Hors série Cleirppa*, 2011.
- ARGOUD Dominique, « De l'hébergement à l'habitat : une évolution ambiguë », *Gérontologie et société*, 2011, vol. 1, n° 136, pp. 13-27.
- ARGOUD Dominique, *L'habitat et la gérontologie : deux cultures en voie de rapprochement*, Ministère de l'Ecologie, de l'Energie, du Développement Durable et de l'Aménagement du territoire, PUCA, 2008.
- ARGOUD Dominique, « De nouvelles formes d'habitat pour personnes âgées : d'hier à aujourd'hui. Du point de vue de la Fondation de France », *Gérontologie et société*, 2006, n° 119, pp. 85-92.
- ARGOUD Dominique, « Des grandes établissements aux petites unités de vie. L'hébergement collectif pour personnes âgées », *Génération*, 1997, n° 10-11-12.
- ARGOUD Dominique et BERNADETTE Puijalon, *La parole des vieux*, Paris, Dunod, 1999.
- ARGOUD Dominique, BESSAC Gisèle et DAURE Pierre-Henri, « Territoires et vieillissement. L'invention au quotidien », *L'avancée en âge dans la ville*, 2006, n° 100, p. 29-32.
- ARGOUD Dominique, CAUSSANEL Serge et GALLARD Louis, *Les petites structures et leur place dans l'accompagnement de la vieillesse : de l'innovation à la pérennisation*, Cleirppa, 1997.
- ARGOUD Dominique et GUISET Marie-Jo, « Vivre en petite unité de vie : entre institution et domicile, un accompagnement sur mesure de la vieillesse », *Fondation de France*.
- ARGOUD Dominique et PUIJALON Bernadette, « Enjeux et limites d'une prise en compte de la parole des vieux », *Gérontologie et société*, 2003, n° 106, pp. 23-39.

- ARIES Philippe, *L'homme devant la mort*, Paris, Éditions du Seuil, 1977.
- ARRECKX Maurice, *L'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées dépendantes*, 1979.
- ATTIAS-DONFUT Claudine (dir.), *Les solidarités entre générations : vieillesse, familles, État*, Paris, Nathan, 1995.
- ATTIAS-DONFUT Claudine, « La construction sociale de la dépendance », in *La dépendance des personnes âgées*, Éditions Sirey., Paris, 1992, pp. 415-424.
- ATTIAS-DONFUT Claudine, *Sociologie des générations : l'empreinte du temps*, Paris, Presses universitaires de France, 1988.
- ATTIAS-DONFUT Claudine, LAPIERRE Nicole et SEGALIN Martine, *Le nouvel esprit de famille*, Paris, Odile Jacob, 2002.
- BACHELARD Gaston, *La poétique de l'espace*, Paris, Presses universitaires de France, 2012.
- BACHELARD Gaston, *La Terre et les rêveries du repos*, Paris, Librairie José Corti, 1948.
- BACQUE Marie-Hélène et VERMEERSCH Stéphanie, *Changer la vie ? Les classes moyennes et l'héritage de Mai 68*, Paris, L'Atelier, 2007.
- BALANDIER Georges, *Le désordre : éloge du mouvement*, Paris, Fayard, 1988.
- BALARD Frédéric, « La longévité : temps de vie supplémentaire ou vie hors du temps ? », *Gérontologie et société*, 2016, vol. 39, n° 151, pp. 133-150.
- BALARD Frédéric, « Vivre et dire la vieillesse à plus de 90 ans, se sentir vieillir mais ne pas être vieux », *Gérontologie et société*, 2011, vol. 3, n° 138, pp. 231-244.
- BALARD Frédéric, « *Les plus âgés des plus âgés* », *une culture vivante aux portes de la mort*, Thèse de doctorat, Université Paul Valéry, Montpellier, 2008.
- BALARD Frédéric et SOMME Dominique, « Faire que l'habitat reste ordinaire. Le maintien de l'autonomie des personnes âgées en situation complexe à domicile », *Gérontologie et société*, 2011, vol. 1, n° 136, pp. 105-118.
- BALTES Paul B et BALTES Margaret M, « Psychological perspectives on successful aging : a model of selective optimization with compensation », in *Successful aging : perspectives from the behavioral sciences*, New-York, Cambridge University Press, 1990.
- BARTHE Jean-François, CLEMENT Serge et DRULHE Marcel, « Vieillesse ou vieillissement ? Les processus d'organisation des modes de vie chez les personnes âgées. », *Revue internationale d'action communautaire*, 1990, 23/63, pp. 35-46.
- BARTHES Roland, *Comment vivre ensemble : simulations romanesques de quelques espaces quotidiens*, Paris, Seuil, 2002.
- BASZANGER Isabelle, « Une autonomie incertaine : les malades et le système de soin », in *Traité de bioéthique*, Paris, Erès, 2010, pp. 189-198.

- BASZANGER Isabelle, « Les maladies chroniques et leur ordre négocié », *Revue française de sociologie*, 1986, vol. 27, n° 1, pp. 3-27.
- BAUMELLE Christiane, *Des seniors en colocation*, Paris, Tournez la page, 2012, 192 p.
- BEAUD Stéphane, « L'usage de l'entretien en sciences sociales. Plaidoyer pour l'« entretien ethnographique » », *Politix*, 1996, vol. 9, n° 35, pp. 226-257.
- BEAUD Stéphane et WEBER Florence, *Guide de l'enquête de terrain : produire et analyser des données ethnographiques*, Paris, La Découverte, 2010.
- BECKER Howard Saul, *Les mondes de l'art*, Paris, Flammarion, 2010.
- BECKER Howard Saul, *Les ficelles du métier : comment conduire sa recherche en sciences sociales*, Paris, La Découverte, 2002.
- BECKER Howard Saul, *Outsiders : études de sociologie de la déviance*, Paris, Métailié, 1998.
- BENOIT-LAPIERRE Nicole, « Guérir de vieillesse », *Communications*, 1983, vol. 37, n° 1, pp. 149-165.
- BERGER Peter et THOMAS Luckmann, *La construction sociale de la réalité*, Paris, Armand Colin, 2014.
- BERNARD Carmen, *Les vieux vont mourir à Nanterre*, Paris, France, le Sagittaire, 1978.
- BERR Claudine, BALARD Frédéric, BLAIN Hubert et ROBINE Jean-Marie, « Vieillesse, l'émergence d'une nouvelle population », *médecine/sciences*, 2012, vol. 28, n° 3, pp. 281-287.
- BESSIN Marc, « Parcours de vie et temporalités biographiques : quelques éléments de problématique », *Informations sociales*, 2009, n° 156, pp. 12-21.
- BICKEL Jean-François, ÉPINAY Christian Lalive D' et VOLLENWYDER Nathalie, « Changement et continuité dans les loisirs : une comparaison de cohortes », *L'Année sociologique*, 2005, vol. 55, n° 1, pp. 129-169.
- BIDOU Catherine, *Les aventuriers du quotidien*, Paris, Presses universitaires de France, 1984.
- BIGONNESSE Catherine, BEAULIEU Marie et GARON Suzanne, « L'habitation destinée aux aînés : l'importance du chez soi et de la participation dans le développement de nouveaux modèles », *reflets*, 2013, n° 14.
- BIHAN Blanche Le, « La politique en matière de dépendance. En France et en Europe : des enjeux multiples », *Gérontologie et société*, 2013, vol. 2, n° 145, pp. 13-24.
- BOIS Jean-Pierre, « Préface », in *Histoire de la vieillesse en France, 1900-1960 : du vieillard au retraité*, Paris, Seli Arslan, 2005.
- BOIS Jean-Pierre, « De la vieillesse en communauté à la vieillesse en collectivité », *Gérontologie et société*, 1995, n° 73.

- BONNET Carole et HOURRIEZ Jean-Michel, « Inégalités entre hommes et femmes au moment de la retraite en France », *Insee référence*, 2012.
- BONVALET Catherine, CLEMENT Céline et OGG Jim, *Réinventer la famille : l'histoire des baby-boomers*, Paris, Presses universitaires de France, 2011.
- BONVALET Catherine et OGG Jim, *Les baby-boomers : une génération mobile*, La Tour-d'Aigues, Éditions de l'Aube, 2009.
- BOULMIER Muriel, *Bien vieillir à domicile : enjeux de l'habitat, enjeux de territoires. Rapport au secrétaire d'Etat au logement et à l'urbanisme*, Paris, La documentation française, 2010.
- BOURDELAIS Patrice, *L'âge de la vieillesse : histoire du vieillissement de la population*, Paris, Odile Jacob, 1997.
- BOURDELAIS Patrice, « Le Vieillissement de la population : question d'actualité ou notion obsolète ? », *Le Débat*, 1994, vol. 5, n° 82, pp. 173-192.
- BRAUN Théo et STOURM Michel, *Commission nationale d'étude sur les personnes âgées dépendantes*, 1988.
- BRENTON Maria, *We're in charge, co housing communities for older people in the netherlands : lessons for britain*, The Policy Press, 1998.
- BROUSSY Luc, *L'adaptation de la société au vieillissement de sa population. France : ANNEE ZERO !*, Rapport remis à Michèle Delaunay, Ministre déléguée aux Personnes âgées et à l'Autonomie, 2013.
- CAMBOIS Emmanuelle, MESLE France et PISON Gilles, « L'allongement de la vie et ses conséquences en France », *Regards croisés sur l'économie*, 2009, n° 5, pp. 30-41.
- CAMBOIS Emmanuelle et ROBINE Jean-Marie, « Apport des indicateurs d'espérance de vie sans incapacité à l'étude des inégalités sociales de santé », *Santé Publique*, 2001, vol. 13, n° 2, pp. 137-149.
- CAMUS Albert, *L'homme révolté*, Paris, Gallimard, 1951.
- CANGUILHEM Georges, *Le normal et le pathologique*, Paris, Presses universitaires de France, 2011.
- CARADEC Vincent, *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement*, Paris, Armand Colin, 2010.
- CARADEC Vincent, « L'épreuve du grand âge », *Retraite et société*, 2007, vol. 3, n° 52, pp. 11-37.
- CARADEC Vincent, *Vieillir après la retraite : approche sociologique du vieillissement*, Paris, Presses universitaires de France, 2004.
- CARADEC Vincent, « Comportements culturels de la population âgée », *Empan*, 2003, vol. 4, n° 52, pp. 54-61.

- CARADEC Vincent et PETITE Ségolène, « Voyages organisés à la retraite et lien social », *Retraite et société*, 2008, n° 56, pp. 139-168.
- CARADEC Vincent et VANNIENWENHOVE Thomas, « L'expérience corporelle du vieillissement », *Gérontologie et société*, 2015, vol. 37, n° 148, pp. 83-94.
- CARLSON Alexandre, *Où vivre vieux ? Quel éventail de cadres de vie pour quelles personnes vieillissantes ?*, Namur, Fondation Roi Baudoin, 1998.
- CASSIEN Jean, *Institutions cénobitique*, Paris, Cerf, 2001.
- CASTORIADIS Cornelius, « Institution de la société et religion », in *Domaine de l'homme. Les carrefours du labyrinthe 2*, Paris, Seuil, 1986.
- CASTORIADIS Cornelius, *L'institution imaginaire de la société*, Paris, Seuil, 1975.
- CATHERIN-QUIVET Agnès, « Évolution de la population âgée en institution et politiques mises en œuvre (1962-2004) », *Annales de démographie historique*, 2005, vol. 110, n° 2, pp. 185-219.
- CAVALLI Stefano, « Modèle de parcours de vie et individualisation », *Gérontologie et société*, 2007, vol. 4, n° 123, pp. 55-69.
- CEFAÏ Daniel, « Postface : l'enquête de terrain en sciences sociales », in *L'enquête de terrain*, Paris, La Découverte, 2003, pp. 467-615.
- CHAPON Pierre-Marie, WERNER Odile et OLIVRY Ivan, « Architecture et grand âge », *Retraite et société*, 2011, n° 60, pp. 241-252.
- CHARLOT Valentine et GUFFENS Caroline, *Où vivre entouré ? L'accueil des personnes âgées atteintes de démence dans les lieux de vie résidentiels collectifs*, Namur, Fondation Roi Baudoin, 2007.
- CHARLOT Valentine et GUFFENS Caroline, *Où vivre mieux ? Le choix de l'habitat groupé pour personnes âgées*, Namur, Fondation Roi Baudoin, 2006.
- CHARPENTIER Michèle et QUENIART Anne, « Au-delà de la vieillesse. Pratiques et sens de l'engagement des femmes aînées au Québec. », *Gérontologie et société*, 2009, vol. 1, n° 120, pp. 187-202.
- CHARPENTIER Michèle, QUENIART Anne et JACQUES Julie, « Femmes, militance et vieillissement », *Amnis. Revue de civilisation contemporaine Europes/Amériques*, 2008, n° 8.
- CHAUVEAU Sophie, « Quelle histoire de l'hôpital aux XXe et XXIe siècles ? », *Les Tribunes de la santé*, 2011, vol. 4, n° 33, pp. 81-89.
- CHAUVEL Louis, *Le destin des générations : structure sociale et cohortes en France au XXe siècle*, Paris, Presses universitaires de France, 1998.

- CHOKRANE Bertrand et HATCHUEL Georges, *La dynamique sociale des seniors*, CREDOC, coll. « consommation et modes de vie », 1999.
- CHRISTYNE Lavoie, MARIO Paris, SUZANNE Garon et PAUL Morin, « Multiplier les modèles d'habitation innovants pour une meilleure santé des aînés et des communautés », *Intervention*, 2016, n° 143, pp. 61-75.
- COLLINET Cécile et DELALANDRE Matthieu, « L'injonction au bien-être dans les programmes de prévention du vieillissement », *L'Année sociologique*, 2014, vol. 64, pp. 445-467.
- COLLOT Claudette, *Des lieux de vie jusqu'à la mort*, Paris, Fondation de France, 1984.
- CREAGH Ronald, *Utopies américaines : expériences libertaires du XIXe siècle à nos jours*, Marseille, Agone, 2009.
- CUMMING Éline et WILLIAM Henry, *Growing old : The Process of Disengagement*, New York, Basic books, 1961.
- CURRIE Robin, DE BOER Nicolas et GUISSSET Marie-Jo, « Petites unités de vie : défis éthiques et économiques », *Gérontologie et société*, 1995, n° 73, pp. 137-148.
- DADOUN Roger, « Grand âge : Le temps de la re-création », *Gérontologie et société*, 2011, vol. 34, n° 137, pp. 13-22.
- DARMON Muriel, « Le psychiatre, la sociologue et la boulangère : analyse d'un refus de terrain », *Genèses*, 2005, no 58, n° 1, pp. 98-112.
- DAUPHIN Laurine et TARDIEU Frédéric, « Vacances : les générations se suivent et se ressemblent... de plus en plus », *Insee première*, août 2007, n° 1154.
- DAURE Pierre-Henri, « L'histoire des domiciles protégés de Dijon », *Documents-Cleirppa*, 2007, cahier n°25.
- DAURE Pierre-Henri, « Domiciles protégés pour déments séniles », in *Situations européennes de l'hébergement thérapeutique*, Érès., Toulouse, 1992.
- DE BEAUVOIR Simone, *La vieillesse*, Paris, Gallimard, 1970, 604 p.
- DE CERTEAU Michel, *L'invention du quotidien*, Paris, Gallimard, 1990.
- DE SINGLY François, *Libres ensemble : l'individualisme dans la vie commune*, Paris, Armand Colin, 2016.
- DE SINGLY François, *Le soi, le couple et la famille*, Paris, Nathan, 1996.
- DECHAMP-LE ROUX Catherine, « La prévention des risques liés au vieillissement : un nouveau pacte social ? », *Gérontologie et société*, 2012, HS n° 1, n° 5, pp. 81-91.
- DELBES Christiane et GAYMU Joëlle, « Les personnes âgées en France : d'hier à demain », *Espace, populations, sociétés*, 1992, vol. 10, n° 1, pp. 43-58.

- DEMAZIERE Didier, « Typologie et description. À propos de l'intelligibilité des expériences vécues », *Sociologie*, 2013, vol. 4, n° 3, pp. 333-347.
- DEMAZIERE Didier, « À qui peut-on se fier ? Les sociologues et la parole des interviewés », *Langage et société*, 2007, n° 121-122, pp. 85-100.
- DENEFLÉ Sylvette (dir.), *Utopies féministes et expérimentations urbaines*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2008.
- DE SARDAN Jean-Pierre Olivier, « La politique du terrain », *Enquête. Archives de la revue Enquête*, 1 octobre 1995, n° 1, pp. 71-109.
- DESPLANQUES Guy, « L'inégalité sociale devant la mort », *Economie et statistique*, 1984, vol. 162, n° 1, pp. 29-50.
- DESPRAT Diane, « Une socialisation au travail émotionnel dans le métier de coiffeur », *La nouvelle revue du travail*, 2015, n° 6.
- DETIENNE Marcel, *Comparer l'incomparable : oser expérimenter et construire*, Paris, Seuil, 2009, 188 p.
- DONNAT Olivier, « Pratiques culturelles, 1973-2008. Dynamiques générationnelles et pesanteurs sociales », *Culture études*, 2011, n° 7, pp. 1-36.
- DOUGLAS Mary, *De la souillure : essais sur les notions de pollution et de tabou*, Paris, La découverte & Syros, 2005.
- DRULHE Marcel, « Le travail émotionnel dans la relation soignante professionnelle. Un point de vue au carrefour du travail infirmier », in *Professions et institutions de santé face à l'organisation du travail. Aspects sociologiques*, Rennes, Editions ENSP, 2000, pp. 15-29.
- DUBET François, *Le déclin de l'institution*, Paris, Seuil, 2002.
- DUMONS Bruno et POLLET Gilles, *L'État et les retraites. Genèse d'une politique*, Paris, Belin, 1994.
- DUMONS Bruno et POLLET Gilles, « Le retraité, une identité sociale nouvelle ? », *Ethnologie française*, 1994, vol. 24, n° 4, pp. 790-800.
- DURKHEIM Émile, *Les règles de la méthode sociologique*, Paris, Presses universitaires de France, 1986.
- DUVIGNAUD Jean, *Le Jeu du jeu*, Paris, Balland, 1980.
- EHRENBERG Alain, « L'autonomie n'est pas un problème d'environnement, ou pourquoi il ne faut pas confondre interlocution et institution », in *Comment penser l'autonomie ? Entre compétence et dépendances*, Paris, Presses universitaires de France, 2009, pp. 219-235.
- EHRENBERG Alain, *La fatigue d'être soi : dépression et société*, Paris, Odile Jacob, 2000.

- ELEB Monique et BENDIMERAD Sabri, *Ensemble mais séparément. Les lieux de la cohabitation*. Paris, Les chantiers Leroy Merlin Source, 2015.
- ELIAS Norbert, *La solitude des mourants*, Paris, Christian Bourgois, 1998.
- ELIAS Norbert, *Engagement et distanciation. Contributions à la sociologie de la connaissance*, Paris, Fayard, 1993.
- ELIAS Norbert, *La société des individus*, Paris, Fayard, 1991.
- ELIAS Norbert, *La dynamique de l'Occident*, Paris, Calmann-Lévy, 1975.
- EMMANUEL Levinas, *Autrement qu'être au-delà de l'essence*, Paris, Le livre de poche, 1996.
- ENNUYER Bernard, « La construction du champ de la dépendance : de la définition du mot au débat sur le cinquième risque », in *Vieillesse et vieillissements, regards sociologique*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2014, pp. 111-127.
- ENNUYER Bernard, « À quel âge est-on vieux ? La catégorisation des âges : ségrégation sociale et réification des individus », *Gérontologie et société*, 2011, vol. 3, n° 138, pp. 127-142.
- ENNUYER Bernard, « Quelles marges de choix au quotidien. Quand on a choisi de rester dans son domicile ? », *Gérontologie et société*, 2009, vol. 4, n° 131, pp. 63-79.
- ENNUYER Bernard, « 1962-2007 : regards sur les politiques du « maintien à domicile » », *Gérontologie et société*, 2007, vol. 4, n° 123, pp. 153-167.
- ENNUYER Bernard, « Le droit des usagers », *Gérontologie et société*, 2005, vol. 4, n° 115, pp. 13-28.
- ENNUYER Bernard, « Les aides à domicile : une profession qui bouge », *Gérontologie et société*, 2003, n° 104, pp. 135-148.
- ENNUYER Bernard, « Histoire d'une catégorie : « personnes âgées dépendantes » », in *La dépendance des personnes âgées. Quelles politiques en Europe ?*, Presses universitaires de Rennes., Rennes, 2003.
- EYNARD Colette, *Le parcours résidentiel au grand âge. De l'utopie à l'expérience*, Paris, L'Harmattan, 2016.
- FELLER Elise, *Histoire de la vieillesse en France, 1900-1960: du vieillard au retraité*, Paris, Seli Arslan, 2005.
- FOUCAULT Michel, *Surveiller et punir : naissance de la prison*, Paris, Gallimard, 1975.
- FREIDSON Eliot, *La profession médicale*, Paris, France, Payot, 1984.
- FREMEAUX Isabelle et JORDAN John, *Les sentiers de l'utopie*, Paris, La découverte, 2012.
- FREUND Julien, *Utopie et violence*, Paris, Éditions Marcel Rivière, 1978.

- FRINAULT Thomas, *La dépendance : un nouveau défi pour l'action publique*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2009.
- FRINAULT Thomas, « La dépendance ou la consécration française d'une approche ségrégative du handicap », *Politix*, 2005, vol. 4, n° 72, pp. 11-31.
- GAILLE Marie, « La longévité : un désir à l'épreuve de la vieillesse ? », *Gérontologie et société*, 2016, vol. 3, 39 / n° 151, pp. 151-164.
- GALLARD Louis, « Trente ans après... », *Documents-Cleirppa*, 2007, Cahier n°25.
- GALLARD Louis, « Les cantous, vingt ans après ou le destin d'une innovation », *RESA*, 1998, n° 363.
- GALLARD Louis, ARGOUD Dominique et CAUSSANEL Serge, *Les petites structures et leur place dans l'accompagnement de la vieillesse : de l'innovation à la pérennisation*, Cleirppa, 1997.
- GALLOU Rémi et VERMEERSCH Stéphanie, « Autogestion et recohobitation, deux formes de bien vieillir. Les enseignements d'une mise en perspective », *Écarts d'identité*, 2011, vol. 1, n° 118, pp. 36-48.
- GARON Suzanne, BEAULIEU Marie et VEIL Anne, « Le programme Villes amies des aînés de l'Organisation mondiale de la santé : une occasion de reconnaissance pour les aînés », *Éthique publique. Revue internationale d'éthique sociétale et gouvernementale*, 25 novembre 2008, vol. 10, n° 2, pp. 117-124.
- GAYMU Joëlle, EKAMPER Peter et BEETS Gijs, « Qui prendra en charge les Européens âgés dépendants en 2030 ? », *Population*, 2007, vol. 62, n° 4, pp. 789-822.
- GIDDENS Anthony, *Les conséquences de la modernité*, Paris, l'Harmattan, 1994.
- GIMBERT Virginie et MALOCHET Guillaume, *Les défis de l'accompagnement au grand âge. Perspective internationale pour éclairer le débat national sur la dépendance*, Centre d'analyse stratégique, Rapport & Documents, 2011.
- GOFFMAN Erving, *Les rites d'interaction*, Paris, Les éditions de minuit, 1974.
- GOFFMAN Erving, *La Mise en scène de la vie quotidienne. 1. La présentation de soi*, Paris, Les éditions de Minuit, 1973.
- GOFFMAN Erving, *Asiles : études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*, Paris, Les éditions de Minuit, 1968.
- GOURDON Vincent, « Aux sources de la grand-parentalité gâteau (XVIIIe-XIXe siècles). Deux siècles de représentation politique et sociale des grands-parents », *Recherches et Prévisions*, 2003, vol. 71, n° 1, pp. 63-74.
- GROULT Benoîte, *La touche étoile*, Paris, Grasset, coll. « Le livre de poche », 2006.

- GUILLEMARD Anne-Marie, « Préface », in *Commission d'étude des problèmes de la vieillesse du Haut comité consultatif de la population et de la famille. Rapport Laroque*, Paris, L'Harmattan, 2014.
- GUILLEMARD Anne-Marie, « Une nouvelle solidarité entre les âges et les générations dans une société de longévité », in *Repenser la solidarité. L'apport des sciences sociales*, Paris, Presses Universitaires de France, 2011, pp. 355-375.
- GUILLEMARD Anne-Marie, « De la retraite mort sociale à la retraite solidaire », *Gérontologie et société*, 2002, vol. 3, n° 102, pp. 53-66.
- GUILLEMARD Anne-Marie, *Le déclin du social : formation et crise des politiques de la vieillesse*, Paris, Presses universitaires de France, 1986.
- GUILLEMARD Anne-Marie, « La production des politiques de la vieillesse. Débats, enjeux, rapports sociaux sous-jacents », *Communications*, 1983, vol. 37, n° 1, pp. 105-123.
- GUILLEMARD Anne-Marie, *La retraite une mort sociale : sociologie des conduites en situation de retraite*, Paris, La Haye, 1973.
- GUILLEMARD Anne-Marie, *La vieillesse et l'État*, Paris, Presses universitaires de France.
- GUILLET Pierre, « L'appartement d'accueil de l'Association de Gérontologie du XIIIème arrondissement. », *Logement et habitat, réflexions et études, améliorations et aides Réalisations nouvelles.*, 1986, n° 36, pp. 100-107.
- GUISSET Marie-Jo, « Peut-on innover en matière d'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ? », *Gérontologie et société*, 2008, vol. 3, n° 126, pp. 77-89.
- GUISSET Marie-Jo et PALACH Jean-Marie, *Les petites unités de vie: conforter leur avenir par un dispositif réglementaire adapté.*, Rapport du groupe de travail, 2001.
- GUISSET Marie-Jo, ROTHKEGEL Patrick et VILLEZ Alain, *La viabilité économique des petites unités de vie*, Fondation de France, 1997.
- GUISSET Marie-Jo, VEYSSET Bernadette et VILLEZ Alain, *Grand âge dépendance et lieux de vie*, Paris, Fondation de France, 1990.
- GUTTON Jean-Pierre, *Naissance du vieillard : essai sur l'histoire des rapports entre les vieillards et la société en France*, Paris, Aubier, 1988.
- HASSENTEUFEL Patrick, « De la comparaison internationale à la comparaison transnationale », *Revue française de science politique*, 2005, vol. 55, n° 1, pp. 113-132.
- HATZFELD Henri, *Du paupérisme à la sécurité sociale: essai sur les origines de la sécurité sociale en France : 1850-1940*, Paris, Armand Colin, 1971.
- HENNION Antoine, VIDAL-NAQUET Pierre, GUICHET Franck et HENAUT Léonie, *Une ethnographie de la relation d'aide: de la ruse à la fiction, ou comment concilier protection et autonomie*, Centre de Sociologie de l'Innovation i3, Rapport de recherche pour la MiRe (DREES), 2012.

- HINTERMEYER Pascal, « L'art du retrait », in *L'automne de la vie. Enjeux éthiques du vieillissement*, Strasbourg, Presses universitaires de Strasbourg, 2012, pp. 393-402.
- HIRSCHMAN Albert, *Exit, Voice, and Loyalty : Responses to Decline in Firms, Organizations, and States*, New York, Harvard University Press, 1970.
- HONNETH Axel, *La lutte pour la reconnaissance*, Paris, Gallimard, 2013.
- HONNETH Axel, *La société du mépris : vers une nouvelle théorie critique*, Paris, la Découverte, 2008.
- HUELLE Pierre, *Le béguinage, un art de vivre ensemble ?*, http://www.habiter-autrement.org/35_colloque-lln-2000/08_coll.htm.
- JANKELEVITCH Vladimir, *Le-je-ne-sais-quoi et le Presque-rien. 2. La méconnaissance, Le malentendu*, Paris, Seuil, 1980.
- JANKELEVITCH Vladimir, *L'alternative*, Paris, Librairie Félix Alcan, 1938.
- KANE Rosalie A., LUM Terry Y., CUTLER Lois J., DEGENHOLTZ Howard B. et YU Tzy-Chyi, « Resident outcomes in small-house nursing homes: a longitudinal evaluation of the initial green house program », *Journal of the American Geriatrics Society*, juin 2007, vol. 55, n° 6, pp. 832-839.
- KNIBIEHLER Yvonne, *La révolution maternelle : Femmes, maternité, citoyenneté depuis 1945*, Paris, Perrin, 1997.
- KOHLI Martin, « Le cours de vie comme institution sociale », *Enquête. Archives de la revue Enquête*, 1989, n° 5.
- KOHLI Martin, « The world we forgot : a historical review of the life course », in *Later life. The social psychology of aging*, Beverly Hills, Sage, 1986.
- KOHLI Martin et KÜNEMUND Harald, « La fin de carrière et la transition vers la retraite. », *Retraite et société*, no 36, n° 2, pp. 81-107.
- KUHN Thomas Samuel, *La structure des révolutions scientifiques*, Paris, Flammarion, 1972.
- LABIT Anne, « Habiter en citoyenneté et solidarité pour mieux vieillir », *Gérontologie et société*, 7 juin 2016, 38 / n° 149, n° 1, pp. 141-154.
- LABIT Anne, « Self-managed co-housing in the context of an ageing population in Europe », *Urban Research & Practice*, 2015, vol. 8, n° 1, pp. 32-45.
- LABIT Anne, « Habiter autrement pour vieillir autrement : motivations et engagements de femmes retraitées européennes », *Revue de Socio-Anthropologie*, 2015, n° 32, pp. 55-69.
- LABIT Anne, « Habiter et vieillir en citoyens actifs : regards croisés France-Suède », *Retraite et société*, 2013, vol. 2, n° 65, pp. 101-120.

- LABIT Anne, « L’habitat solidaire intergénérationnel : mythe et réalité en France et en Allemagne », in *Habiter et vieillir. Vers de nouvelles demeures*, Toulouse, Érès, 2013, pp. 245-260.
- LABIT Anne, « L’habitat solidaire », *Multitudes*, 2009, n° 37-38, n° 2, pp. 247-252.
- LAFONTAINE Céline, « La vieillesse, une maladie mortelle », *Revue internationale de soins palliatifs*, 2010, vol. 25, n° 1, pp. 5-9.
- LAFONTAINE Céline, *La société post-mortelle*, Paris, Seuil, 2008.
- LAFORGUE Denis, « Pour une sociologie des institutions publiques contemporaines », *Sociologos. Revue de l’association française de sociologie*, 2009, n° 4.
- LALIVE D’ÉPINAY Christian, « La construction sociale des parcours de vie et de la vieillesse en Suisse au cours du XXe siècle », 1994, pp. 127-150.
- LALIVE D’ÉPINAY Christian, *Vieillir ou la vie à inventer*, Paris, L’Harmattan, 1991.
- LALIVE D’ÉPINAY Christian, BICKEL Jean-François, CAVALLI Stefano et SPINI Dario, « Le parcours de vie : émergence d’un paradigme interdisciplinaire », in *Parcours de vie. Regards croisés sur la construction des biographies contemporaines.*, Liège, Éditions de l’Université, 2005, pp. 187-210.
- LALIVE D’ÉPINAY Christian et CAVALLI Stefano, *Le quatrième âge : ou la dernière étape de la vie*, Lausanne, Presses polytechniques et universitaires romandes, 2013.
- LALIVE D’ÉPINAY Christian et SPINI Dario, *Les années fragiles : la vie au-delà de quatre-vingts ans*, Québec, Presses de l’Université Laval, 2008.
- LALIVE D’ÉPINAY Christian et SPINI Dario, « Le grand âge : un domaine de recherche récent », *Gérontologie et société*, 2007, vol. 4, n° 123, pp. 31-54.
- LALLEMENT Michel et SPURK Jan, *Stratégies de la comparaison internationale*, Paris, CNRS éditions, 2003.
- LAPIERRE Nicole, CEVASCO Rithée et ZAFIROPOULOS Markos, *Vieillesse des pauvres : les chemins de l’hospice*, Paris, Les éditions ouvrières, 1980.
- LAROQUE Geneviève, « Le libre choix du lieu de vie : une utopie nécessaire », *Gérontologie et société*, 2009, n° 131, pp. 45-51.
- LAROQUE Pierre, *Rapport Laroque. Commission d’étude des problèmes de la vieillesse du Haut comité consultatif de la population et de la famille*, Paris, L’Harmattan, 2014.
- LASLETT Peter, *A fresh map of life : The emergence of the third age*, London, Weidenfeld & Nicolson, 1989.
- LATOUR Bruno et WOOLGAR Steve, *La vie de laboratoire : la production de faits scientifiques*, Paris, la Découverte, 2008.

- LE BIHAN-YOUIYOU Blanche, « La généralisation des « prestations monétaires » en Europe. Quel impact sur l'organisation de l'aide quotidienne aux personnes âgées en perte d'autonomie ? », *Gérontologie et société*, 2011, vol. 3, n° 138, pp. 83-97.
- LE BORGNE-UEN Françoise, PENNEC Simone et DOUGUET Florence, *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*, Brest, Université Bretagne Occidentale, 2000.
- LE JEANNIC Thomas et RIBERA José, « Hausse des départs en vacances, mais 21 millions de Français ne partent pas », *Insee Première*, 2006, n° 1093.
- LECHEVALIER HURARD Lucie, « Être présent auprès des absents », *SociologieS*, 2016.
- LEENHARDT Hélène, « Déjà la cinquième génération d'établissement en Allemagne », *Documents-Cleirppa*, 2013, Cahier n°49, pp. 22-24.
- LEENHARDT Hélène, « Zukunft quartier, l'avenir, le quartier. De nouvelles formes d'organisation, en Allemagne, pour pouvoir vieillir dans son quartier (même en cas de démence) », *Gérontologie et société*, 2011, n° 136, pp. 205-219.
- LEENHARDT Hélène, *La vie en appartement communautaire (group living) pour les personnes âgées qui ont besoin d'aide et de soin. Document de travail*, Paris, Association Monsieur Vincent, 2010.
- LEENHARDT Hélène, *La petite unité de vie : du Cantou français à la « Wohnpflegegemeinschaft » allemande. Lieu de vie et de soin ? Autre mode d'accompagnement des accompagnants ?*, European Master of Gerontology Module Health Gerontology Santé Publique et Vieillesse, , 2009.
- LEGRAND Monique (dir.), *La retraite : une révolution silencieuse*, Ramonville Saint-Agne, Érès, 2001.
- LENOIR Rémi, « L'invention du « troisième âge » : constitution du champ des agents de gestion de la vieillesse », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 1979, vol. 26, n° 1, pp. 57-82.
- LEROUX Philippe, « Un autre « Long séjour ». Des principes - une aventure », *Gérontologie et société*, 1995, n° 73, pp. 149-159.
- LESSING Doris, *Journal d'une voisine. Les carnets de Jane Somers 1*, Paris, Albin Michel, 1985.
- LION Robert, *Vieillir demain*, Paris, 1980.
- LOFFEIER Iris, *Panser des jambes de bois ? : la vieillesse, catégorie d'existence et de travail en maison de retraite*, Paris, Presses universitaires de France, 2015.
- MALLON Isabelle, *Vivre en maison de retraite : le dernier « chez-soi »*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2004.

- MALLON Isabelle, *Vivre en maison de retraite: le dernier chez-soi*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2004.
- MANNHEIM Karl, *Idéologie et utopie*, Paris, Editions de la Maison des sciences de l'homme, 2006.
- MANNHEIM Karl, *Le problème des générations*, Paris, Nathan, 1990.
- MARTIN Claude (dir.), *La dépendance des personnes âgées : quelles politiques en Europe ?*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2003.
- MARTIN Claude, « Prendre soin des personnes âgées dépendantes : Le défi européen et le modèle français », *Revue suisse de sociologie*, vol. 32, n° 3, pp. 7-21.
- MARTUCELLI Danilo, « Figures de la domination », *Revue française de sociologie*, 2004, vol. 45, n° 3, pp. 469-497.
- MEMBRADO Monique, « Introduction », in *Habiter et vieillir. Vers de nouvelles demeures*, Érès., Toulouse, 2013.
- MEMBRADO Monique, CLEMENT Serge, DRULHE Marcel, GRIERSON Karla, MANTOVANI Jean, MEIDANI Anastasia, ROUYER Alice, SALORD Tristan, THATCHER Nicole, VIDAL Philippe et GARNUNG Monique, *Habiter et vieillir : les âges du « chez soi »*, Toulouse, Université de Toulouse-Le Mirail/CNRS-LISST, 2008.
- MEMMI Albert, *La Dépendance*, Paris, Gallimard, 1979.
- MESLE France, « La mortalité en France : le recul se poursuit », *Population (French Edition)*, 1995, vol. 50, n° 3, p. 745.
- MOLLARD-PALACIOS Judith et LECHENET Valéry, « Les peurs suscitées par la maladie d'Alzheimer », *Gérontologie et société*, 2016, vol. 2, 38 / n° 150, pp. 31-41.
- MORIN Edgar, *Pour et contre Marx*, Paris, Flammarion, 2012.
- MORIN Edgar, LEFORT Claude et CASTORIADIS Cornelius, *Mai 68 : La Brèche, suivi de Ving ans après*, Paris, Librairie Arthème Fayard, 2008, 285 p.
- MULLER Pierre, *Les politiques publiques*, 2015^e éd., Paris, Presses universitaires de France, coll. « Que sais-je », 2006, 126 p.
- MULLER Pierre, « Esquisse d'une théorie du changement dans l'action publique », *Revue française de science politique*, 2005, vol. 55, n° 1, pp. 155-187.
- MULLER Pierre, « L'analyse cognitive des politiques publiques : vers une sociologie politique de l'action publique », *Revue française de science politique*, 2000, vol. 50, n° 2, pp. 189-208.
- NEUGARTEN Bernice L., « Age Groups in American Society and the Rise of the Young-Old », *The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science*, 1974, vol. 415, n° 1, pp. 187-198.

- NOWIK Laurent, « Habitats intermédiaires : de quoi parle-t-on? », in *Vieillir chez soi. Les nouvelles formes du maintien à domicile*, Presses universitaires de Rennes., Rennes, 2014.
- NOWIK Laurent, LABIT Anne, THALINEAU Alain et HERPIN Laurine, *L'habitat de demain : les habitats intermédiaires pour personnes âgées*, Université de Tours François-Rabelais UMR 7324 CITERE - Université d'Orléans EA CEDETE 1210, 2013.
- NOWIK Laurent et THALINEAU Alain (dirs.), *Vieillir chez soi : les nouvelles formes du maintien à domicile*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2014.
- NOWIK Laurent et THALINEAU Alain, « Être en « milieu de retraite » et choisir de vivre ailleurs », *Lien social et politiques*, 2009, n° 62, pp. 99-109.
- OMS, *Vieillir en restant actif. Cadre d'orientation*, Genève, OMS, 2002.
- PARANT Alain, « Le vieillissement démographique. Chronique d'un tsunami annoncé », *Gérontologie et société*, 1 décembre 2008, n° 123, pp. 135-152.
- PATTARONI Luca, « Le care est-il institutionnalisable ? Quand la politique du care émuose son éthique », in *Le souci des autres : éthique et politique du care*, Paris, Éditions de l'EHESS, coll. « Raisons pratiques », 2005, pp. 177-203.
- PAUGAM Claudie, « Domicile collectif : du maintien à domicile au maintien sur le lieu de vie », *Documents-Cleirppa*, 2007, cahier n°25, pp. 8-10.
- PELLUCHON Corine, « La vieillesse et l'amour du monde », *Esprit*, 2010, Juillet, n° 7, pp. 171-180.
- PELLUCHON Corine, *L'autonomie brisée. Bioéthique et philosophie*, Paris, Presses universitaires de France, 2009.
- PELLUCHON Corine, « Résister aux représentations négatives de la vieillesse : un enjeu médical et philosophique », *Éthique publique. Revue internationale d'éthique sociétale et gouvernementale*, 2008, vol. 10, n° 2.
- PENNEC Simone, « Manières d'habiter et transitions biographiques à la vieillesse », in *Habiter et vieillir. Vers de nouvelles demeures*, Toulouse, Érès, 2013, pp. 85-102.
- PERCHERON Annick, « Police et gestion des âges », in *Âge et politique*, Economica, 1991, pp. 111-139.
- PERKINS GILLMAN Charlotte, *Herland*, Dover Publications, 1999.
- PESSIN Alain, *L'imaginaire utopique aujourd'hui*, Paris, Presses universitaires de France, 2000.
- PESSIN Alain, « Approche critique de la notion d'utopie », *Économie & Humanisme*, 2000.
- PESSIN Alain, « Alternative et Utopie dans la France », in *Utopies et sciences sociales*, Paris, L'Harmattan, 1998.

- POLLET Gilles, « La vieillesse dans la littérature, la médecine et le droit au XIX^{ème} siècle : sociogenèse d'un nouvel âge de la vie », *Retraite et société*, 2001, no 34, n^o 3, pp. 29-49.
- PREVOT Julie, « L'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007 », *Drees*, mai 2009, n^o 689, « Études et résultats ».
- PUCCIARELLI Mimmo D, *Le rêve au quotidien, les expériences collectives de la Croix-Rousse, 1975-1995*, Lyon, Atelier de création libertaire, 1996.
- PUJALON Bernadette, « L'hospitalité dans les institutions pour personnes âgées: l'acte et l'art d'habiter », in *Lieux d'hospitalité, hospices, hôpital, hostellerie*, Clermont-Ferrand, Presses universitaires Blaise Pascal, 2001.
- RABIG Judith, THOMAS William, KANE Rosalie A., CUTLER Lois J. et MCALILLY Steve, « Radical redesign of nursing homes: applying the green house concept in Tupelo, Mississippi », *The Gerontologist*, août 2006, vol. 46, n^o 4, pp. 533-539.
- RAGIN Charles C., *The Comparative Method : Moving beyond Qualitative and Quantitative Strategie*, Berkeley, University of California Press, 1987.
- RENARD Didier, « Une vieillesse républicaine ? L'état et la protection sociale de la vieillesse de l'assistance aux assurances sociales (1880-1914) », *Sociétés contemporaines*, 1992, vol. 10, n^o 1, pp. 9-22.
- RESWEBER Jean-Paul, « Le rêve cicéronien d'une heureuse vieillesse », *Le Portique. Revue de philosophie et de sciences humaines*, 2008, n^o 21.
- REYNAUD Jean-Daniel, *Les syndicats en France. Tome 1*, Paris, Seuil, 1975.
- RICŒUR Paul, *L'idéologie et l'utopie*, Paris, Seuil, 1997.
- RIGAUX Natalie, « Représentations médicales et sociales de la maladie d'Alzheimer », *Études*, 2012, Tome 416, n^o 6, pp. 761-770.
- RIMBERT Gérard, *Vieillards sous bonne garde : réparer l'irréparable en maison de retraite*, Broissieux, Éditions du Croquant, 2010.
- RIMBERT Gérard, « Le chronomètre et le carillon. Temps rationalisé et temps domestique en maison de retraite », *Lien social et Politiques*, 2005, n^o 54, pp. 93-104.
- ROBINE Jean-Marie, « La révolution de la longévité des adultes », *Gérontologie et société*, 2016, vol. 3, 39 / n^o 151, pp. 21-40.
- ROUQUETTE Céline et TACHE Catherine, « Les vacances des Français : résultats de l'enquête « vacances » 1999 », *Insee Résultats*, 2002, n^o 4.
- ROWE John W. et KAHN Robert L., « Human aging: usual and successful », *Science*, 1987, vol. 237, n^o 4811, pp. 143-149.
- SALON Didier, « Espace privé et espace institutionnel », *Gérontologie et société*, 1 janvier 2009, n^o 119, pp. 25-37.

- SARTORI Giovanni, « Bien comparer, mal comparer », *Revue Internationale de Politique comparée*, 1994, pp. 16-36.
- SCHÜTZ Alfred, *Le chercheur et le quotidien*, Paris, Klincksieck, 1987.
- SEGALEN Martine, *Sociologie de la famille*, Paris, Armand Colin, 2010.
- SEGUY Jean, « Les sociétés imaginées : monachisme et utopie », *Annales. Économies, Sociétés, Civilisations*, 1971, vol. 26, n° 2, pp. 328-354.
- SERFATY-GARZON Perla, *Chez soi : Les territoires de l'intimité*, Paris, Armand Colin, 2003.
- SERVIER Jean, *Histoire de l'utopie*, Paris, Gallimard, 1991.
- SIMMEL Georg, *Sociologie : étude sur les formes de la socialisation*, Paris, Presses universitaires de France, 1999.
- SIMMEL Georg, « Pont et porte », in *La tragédie de la culture*, Paris, Éditions Rivages, 1988, pp. 161-168.
- SIMZAC Anne-Bérénice, *Le dispositif des logements-foyers : entre politiques publiques et trajectoires individuelles*, Thèse pour l'obtention du grade de Docteur en sciences politiques, Université de Rennes 1, Rennes, 2016.
- SMAGGHES Alain, « Les « colocations » à Berlin pour les personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou d'affections apparentées », *Cahier du Cleirppa*, 2008, n° 32.
- THALINEAU Alain, « Venir vivre dans un habitat pour personnes âgées », *Gérontologie et société*, 2016, 38 / n° 150, n° 2, pp. 127-139.
- THALINEAU Alain, « Vieillir « chez soi », un enjeu individuel, social et politique », in *Vieillir chez soi. Les nouvelles formes du maintien à domicile*, Presses universitaires de Rennes., Rennes, 2014.
- THEVENET Amédée, *Le quatrième âge*, Paris, Presses universitaires de France, 1992.
- THOMAS Hélène, « Policer le grand âge pour conjurer le péril vieux », *Mouvements*, 2009, n° 59, pp. 55-66.
- THOMAS Hélène, « La promotion de la citoyenneté sociale et politique dans le grand âge à l'ère de la protection rapprochée », *Gérontologie et société*, 2007, n° 120, pp. 99-114.
- THOMAS Hélène, « Le « métier » de vieillard », *Politix*, 2005, n° 72, pp. 33-55.
- THOMAS Louis-Vincent, *Rites de mort : pour la paix des vivants*, Paris, Fayard, 1985.
- TILLY Charles, « Les origines du répertoire d'action collective contemporaine en France et en Grande-Bretagne », *Vingtième Siècle, revue d'histoire*, 1984, vol. 4, n° 1, pp. 89-108.
- TRINCAZ Jacqueline, « Les fondements imaginaires de la vieillesse dans la pensée occidentale », *L'Homme*, 1998, vol. 38, n° 147, pp. 167-189.

- TRINCAZ Jacqueline, PUJALON Bernadette et HUMBERT Cédric, « La lutte contre le vieillissement », *Gérontologie et société*, 2008, n° 125, n° 2, pp. 23-37.
- TRONTO Joan C., *Un monde vulnérable : pour une politique du « care »*, Paris, La découverte, 2009.
- VAN WAARDE Hugo et VILLEZ Marion, « Les petites unités de vie pour personnes atteintes de troubles cognitifs aux Pays-Bas », *Documents-Cleirppa*, 2007, Cahier n° 26, pp. 25-27.
- VERDALLE Laure de, VIGOUR Cécile et BIANIC Thomas Le, « S'inscrire dans une démarche comparative », *Terrains & travaux*, 2012, vol. 2, n° 21, pp. 5-21.
- VEYSSET Bernadette, *Dépendance et vieillissement*, Paris, L'Harmattan, 1989.
- VIARD Jean, *Court traité sur les vacances, les voyages et l'hospitalité des lieux*, La Tour d'Aigues, Éditions de l'Aube, 2000.
- VIDAL-NAQUET Pierre, « Le care à domicile : tact et tactiques », *Recherche en soins infirmiers*, 2013, vol. 3, n° 114, pp. 7-13.
- VIGOUR Cécile, *La comparaison dans les sciences sociales : pratiques et méthodes*, Paris, La Découverte, 2005.
- VILLEZ Alain, « EHPAD. La crise des modèles », *Gérontologie et société*, 2007, vol. 4, n° 123, pp. 169-184.
- VILLEZ Alain, « Développement et médicalisation des petites unités de vie : un sentiment d'inachevé », *Documents-Cleirppa*, 2007, cahier n°26.
- VILLEZ Marion, *Le spécifique comme norme, l'invention comme pratique. L'accompagnement des personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou de maladie apparentée en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes*, Thèse pour l'obtention du grade de Docteur en sciences humaines et sociales, Université de Lille 3, Lille, 2015.
- VIRIOT DURANDAL Jean-Philippe, « Le « pouvoir gris » du lobbying au pouvoir sur soi », *Gérontologie et société*, 2012, vol. 4, n° 143, pp. 23-38.
- VIRIOT DURANDAL Jean-Philippe, *Le pouvoir gris. Sociologie des groupes de pression de retraités*, France, Presses universitaires de France, 2003.
- VIRIOT DURANDAL Jean-Philippe et GUTHLEBEN Guillaume, « Le pouvoir d'être vieux. Empowerment et police des âges », *Gérontologie et société*, 2002, vol. 3, n° 102, pp. 237-252.
- VOLENT Sandrine, « L'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2011 », *Drees*, février 2014, n° 877, « Études et résultats ».
- WATIER Patrick, « Les ressources de l'interprétation sociologique », *L'Année sociologique*, 2007, vol. 57, n° 1, pp. 83-102.
- WATIER Patrick, *Une introduction à la sociologie compréhensive*, Belfort, Circé, 2002.

WEBER Max, *Économie et société/1*, Paris, Librairie Plon, coll. « Pocket », 1995.

WEBER Max, *L'éthique protestante et l'esprit du capitalisme*, Paris, Plon, coll. « Pocket », 1964.

WEBER Max, *Le savant et le politique*, Paris, Librairie Plon, coll. « 10/18 », 1963.

WERNER Michael et ZIMMERMANN Bénédicte, « Penser l'histoire croisée : entre empirie et réflexivité », *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, 2003, 58e année, n° 1, pp. 7-36.

ZIELINSKI Agata, « L'éthique du care », *Études*, 2010, Tome 413, n° 12, pp. 631-641.

ZIELINSKI Agata, « Le libre choix. De l'autonomie rêvée à l'attention aux capacités », *Gérontologie et société*, 2009, vol. 32, n° 131, pp. 11-24.

TABLE DES MATIERES

Sommaire	9
Glossaire	11
Introduction	13
Repenser les lieux du vieillir dans le contexte du vieillissement de la population	14
Enjeux et problématiques de recherche	15
Plan de thèse	18
Partie I : État de la question, objet de la recherche	21
Chapitre 1 : Penser les vieilles à l'aune des politiques publiques, d'hier à aujourd'hui	23
Introduction	23
I. Vieillesse(s) entre science et politique	24
1. Du « vieillard » au « retraité ».....	24
1.1. Le « vieillissement de la population », vers une « pédagogie de l'inquiétude »	24
1.2. L'institutionnalisation de la retraite moderne, émergence de la catégorie du retraité.....	25
1.3. Les politiques du « mode de vie », l'« invention du troisième âge » ou le renouveau d'une conception cicéronienne de la vieillesse.....	29
2. Le « dépendant » : nouveau visage de la vieillesse « grabataire ».....	34
2.1. La naissance de la gériatrie, évolution d'une nouvelle spécialité médicale	34
2.2. Résurgence de la gériatrie et constitution d'une « profession médicale »	36
2.3. La gériatrie, une « entreprise morale » ?	38
2.4. La « dépendance » : un nouveau risque social.....	40
II. Vieillesse contemporaines et société de l'autonomie, l'éclairage des politiques préventives	42
1. La prévention, un nouveau « système de conviction » ?.....	42
1.2. Émergence et diffusion du référentiel de la prévention	43
1.2. Le « Bien vieillir » une « reconnaissance idéologique » ?	45
2. Structuration et déstructuration de l'institution du parcours de vie	47
2.1. L'« institutionnalisation du cours de la vie ».....	47
2.2. Réduire l'insécurité, anticiper sa vieillesse	49
2.3. Le tournant des années 1970, vers une « désinstitutionnalisation du parcours de vie » ?	50
2.4. Les baby-boomers, un point d'observation	52
2.5. Vieillesse contemporaines.....	55
2.5.1. Solidarités intergénérationnelles et place dans la famille	55
2.5.2. Pratiques culturelles et de loisirs.....	57
2.5.3. La participation sociale et culturelle	58
2.5.4. Vers de nouvelles générations de femmes âgées ?.....	60
3. L'hétéronomie de l'autonomie, les nouvelles contraintes de l'individualité	62
3.1. Les deux visages de Janus	63
3.2. Les Affinités électives	65
3.3. Le « Bien vieillir » ou l'échec des « mauvais » vieux	67
Conclusion.....	69
Chapitre 2 : Les dispositifs de l'action gérontologique, entre équipements institués et expérimentations alternatives	71
Introduction	71
I. Les dispositifs gérontologiques <i>institués</i>	71
1. Vers une réformation de l'hospice	71
1.1. L'hospice, lieu d'enfermement de l'indigence.....	72

1.2. Critique de l'hospice à l'aune d'une société transformée	73
1.3. Les transformations des dispositifs de l'action gérontologique	74
1.3.1. Développer des services d'aide à domicile.....	74
1.3.2. Moderniser et humaniser la prise en charge institutionnelle	76
1.3.3. Favoriser le développement d'un nouveau concept immobilier : le logement foyer.....	77
2. Médicalisation institutionnelle de la vieillesse : la consécration de l'EHPAD	79
2.1. Différer l'institutionnalisation, homogénéiser les publics.....	80
2.2. Le processus de médicalisation des établissements.....	82
2.3. Standardisation d'un modèle binaire EHPA/EHPAD	84
2.4. Les dispositifs contemporains de l'action gérontologique	87
II. L'alternative gérontologique en contrepoint	88
1. Les formules de « première génération » : une réponse alternative à la « dépendance »	89
1.1. Critique du « programme institutionnel ».....	89
1.2. Répondre à une exigence pratique et morale.....	91
1.3. Des formules hétérogènes.....	93
1.4. Vers une nouvelle approche du soin.....	95
1.5. Des modèles « hors-la-loi » et controversés	97
1.6. L'impact de la normalisation de l'EHPAD	99
2. Une « seconde génération » de formules : les « habitats intermédiaires ».....	100
2.1. Les « habitats intermédiaires ».....	100
2.2. Les « habitats intermédiaires » des formules en adéquation avec les attentes des vieillesse contemporaines ?	101
2.3. Les « habitats intermédiaires », une alternative ?	104
2.4. Les « habitats intermédiaires » un maillon des politiques préventives ?	106
Conclusion.....	109
Chapitre 3 : Définitions et méthodologies	111
Introduction	111
I. Éléments de définitions et terrains d'enquête	111
1. L'habitat alternatif : de quoi parle-t-on ?.....	111
1.1. Aller au-delà de l'« habitat intermédiaire »	111
1.2. Des habitats qui abordent les questions de « fragilité » et de « dépendance ».....	113
1.3. Définition de l'habitat alternatif	114
2. Trois ensembles d' <i>habitats alternatifs</i>	115
2.1. Le cas particulier de l'habitat autogéré, entre « habitat intermédiaire » et habitat alternatif.....	116
2.2. L'héritage des expérimentations de « première génération »	118
2.3. Penser ensemble l'institution et l'habitat.....	119
3. Présentations des terrains	121
3.1. Les terrains « principaux ».....	122
3.1.1. La maison communautaire des Sœurs Aînées de l'Institut des Sœurs de Saint François d'Assise (Normandie, France)	122
3.1.2. L'association A2MG (Grand-Est, France).....	123
3.1.3. Le jardin du béguinage (Bruxelles, Belgique)	124
3.1.4. L'Antenne Andromède (Région Bruxelles-Capitale, Belgique).....	125
3.1.5. Les domiciles partagés (Morbihan, France).....	126
3.1.6. Les Maisons Âges & Vie (Bourgogne-Franche-Comté, France).....	127
3.1.7. Le village de Mariemont (Wallonie, Belgique)	128
3.2. Les terrains « secondaires »	129
3.2.1. La Maison des Babayagas (Montreuil, France)	129
3.2.2. Un « cocon » rattaché à l'association Cocon 3S (Île-de-France, France).....	129
3.2.3. Les domiciles protégés (Dijon, France)	130
3.2.4. Le village De Hogeweyk (Pays bas).....	131
4. Typologie descriptive des <i>habitats alternatifs</i>	131

4.1. Les habitats autogérés (HA)	132
4.2. Les habitats communautaires accompagnés (HCA)	134
4.3. Les habitats médicalisés (HM)	137
II. Cadre méthodologique.....	138
1. Une démarche comparative	139
1.1. Comparer des terrains hétérogènes	139
1.2. Comparer des données dissymétriques	141
1.3. Comparer des habitats alternatifs en France et à l'étranger	142
2. Une perspective compréhensive d'inspiration phénoménologique	144
2.1. Une démarche compréhensive : l'attitude « désintéressée » du chercheur à l'égard du quotidien	145
2.2. Le chercheur, un étranger « entre-deux » monde.....	147
2.3. Enquête qualitative et analyse compréhensive des discours.....	148
2.4. Les limites de la compréhension.....	151
Conclusion.....	154
Partie II : Les laboratoires d'expérimentations du vieillissement.....	155
Chapitre 4 : La trajectoire de l'alternative	157
Introduction	157
I. Le processus de construction de l'alternative	157
1. Identification de besoins jugés insatisfaits ou mal satisfaits	157
1.1. Répondre à un besoin d'indépendance dans une comparaison critique avec l'institution « classique »	158
1.2. Répondre au besoin d'être entouré	160
1.3. Répondre à un besoin de domicile (et si possible à moindre coût)	162
1.4. Répondre aux mutations de la famille traditionnelle.....	164
1.5. Répondre aux besoins d'accueil et d'hébergement des personnes âgées désorientées	166
2. « Soyez réaliste, demandez l'impossible » : la composante utopique des <i>habitats alternatifs</i>	169
2.1. De l'utopie de texte à un « imaginaire des brèches ».....	171
2.2. Les habitats alternatifs : utopies résidentielles, utopies féministes, utopies thérapeutiques ?	173
2.3. Du « pas de côté » comme acte de rupture au laboratoire d'expérimentation	176
3. Les processus et les stratégies de création.....	178
3.1. « Regarder comment font les autres ».....	179
3.2. La collaboration	180
3.3. « Prendre le truc à l'envers »	181
3.4. L'anticipation d'un soi vieillissant	184
3.5. La fonction sociale de l'erreur	184
3.5.1. Le cas particulier des Maisons Âges & Vie :	185
3.5.2. Le cas particulier du village de Mariemont :	188
II. Le processus d'institutionnalisation des <i>habitats alternatifs</i> :	191
1. Les initiateurs de projet : des « francs-tireurs »	191
1.1. « 4'33 »	192
1.2. Une œuvre dissidente, mais présentable	194
1.3. Les stratégies pour percer, l'espoir d'une pérennisation	197
2. Les effets de l'inscription des <i>habitats alternatifs</i> dans les « mondes » de la gérontologie intégrée	199
2.1. L'impact de la percée de l'alternative sur l'institué	199
2.2. Quand un concept novateur se diffuse dans l'institué : le risques d'une dénaturation et d'une perte de sens de l'alternative.....	201
2.2.1. Les domiciles partagés du Morbihan, technisation d'une formule alternative et changement d'attitude des familles.....	201
2.2.2. Les petites unités de vie pour personnes atteintes de troubles cognitifs aux Pays-Bas, institutionnalisation et réappropriation	205

2.2.3. Labellisation du concept Cantou, un frein au développement de modèles alternatifs ?	206
3. Dialectique de la création	207
3.1. De l'heuristique à la didactique, l'« économie paresseuse »	208
3.2. L'expérimentation ouverte	211
3.2.1. Le village de Mariemont, une « recherche perpétuelle » :	212
3.3. Le principe de « économie ouverte », la dialectique de la création	214
Conclusion	216
Chapitre 5 : Thérapeutiques alternatives et techniques expérimentales dans l'approche de la « fragilité » et de la « dépendance »	219
Introduction	219
I. Reconstitution d'une poétique du domicile	220
1. Le « chez-soi »	220
1.1. La poétique de « l'habiter »	220
1.2. Le « chez-soi » à l'épreuve de la fragilisation	221
2. L' <i>habitat alternatif</i> , modélisation d'une « poétique de l'habiter »	223
2.1. Les habitats alternatifs des lieux de vie « comme chez soi »	223
2.2. Familiariser les lieux	225
2.3. Normaliser le lieu	227
2.4. La maison « intelligente »	228
2.5. La maison citoyenne	230
II. Travail de soin et techniques relationnelles dans l'approche des personnes âgées « fragiles » et « dépendantes »	233
1. La familiarité dans le soin	233
1.1. Des lieux de vie « communautaires » : créer une atmosphère de familiarité et de convivialité	233
1.2. Familiariser les relations entre soignants et résidents	236
2. « Individualiser la personne »	237
2.1. Passer du « chronomètre » au « carillon »	237
2.2. Connaître pour soigner, comprendre pour agir	240
2.3. Tenir compte des trajectoires individuelles	244
2.4... « Jusqu'à la mort » ?	247
III. Réseaux solidaires et espaces communautaires	250
1. Les habitats alternatifs, entre retranchement inclusif et regroupement solidaire	250
1.1. Le retranchement inclusif : faire venir la société à soi	250
1.2. Le regroupement solidaire, une nouvelle méthodologie d'accompagnement ?	252
2. La solidarité comme instrument de l'alternative	254
2.1. La maison communautaire de Sœurs Aînées : une solidarité spiritualiste	254
2.2. A2MG, l'activation de la communauté émotionnelle d'un village	259
2.3. L'Antenne Andromède, favoriser les « relations positives » entre les habitants	263
Conclusion	267
Chapitre 6 : « Le roi est nu »	269
Introduction	269
I. Du lieu modélisé au lieu <i>vécu</i> , le point de vue des usagers	269
1. L' <i>habitat alternatif</i> , un nouveau « chez-soi » ?	270
1.1. L'installation dans un habitat alternatif : un « consentement subi »	270
1.2. « Je me sens bien, mais je ne suis pas chez moi »	271
1.2.1. Le « monde » de Michelle	273
1.2.2. Les Sœurs Aînées : l'adieu à la pierre	276
2. Les obstacles à la recréation d'un « chez-soi »	278
2.1. Des lieux étroits	278
2.2. Un espace (presque) à soi	280
2.3. Possibilité et limites des libertés de circulation	281

3. Les autres.....	284
3.1. Le « petit » espace, un véhicule de socialité ?	284
3.2. L'Antenne Andromède, pudeur et distance dans les « relations positives » interhabitantes	287
3.3. Le « mauvais » colocataire.....	290
II. La métaphore familiale, tact et délicatesse dans les pratiques soignantes	292
1. Travail émotionnel et « fabrication » de la familiarité	292
1.1. Simulation des liens de familiarité	292
1.2. L'« autocontrôle » des affects dans les HA	295
2. La « fabrique » de la familiarité, un dispositif de contrôle alternatif ?	297
2.1. Le malade d'Alzheimer, un résident « particulier ».....	297
2.2. D'un contrôle « totalitaire » à un contrôle délicat.....	299
2.3. La familiarité, une « pratique de ruse ».....	302
2.4. « Faire faire » « ce qu'il convient normalement de faire »	303
2.5. Canaliser le résident « indiscipliné » pour harmoniser le « commun ».....	305
III. Le grand « malentendu »	308
1. La « fabrique » de l'« autonomie »	308
1.1. L'alternative gérontologique, favoriser une « reconquête de l'autonomie »	308
1.2. Stimuler l'autonomie : participer pour être maintenu dans la vie	310
1.3. Dissimuler la « dépendance », simuler l'autonomie	313
2. Le « vieillard » contemporain, ce « méconnu »	315
2.1. L'« art du retrait », une nouvelle potentialité du grand âge ?	315
2.2. Représentations et expérience vécue du vieillissement	319
2.2.1. « Être » ou ne pas « être » vieux.....	319
2.2.2. « <i>Vaut mieux perdre ses jambes, mais garder sa tête</i> »	323
2.3. L'habitat alternatif, un « mythe protecteur »... ..	326
... « pour la paix des vivants ».....	329
Conclusion générale.....	333
Enjeux politiques du vieillissement dans un contexte social en mutation.....	333
Mutation des équipements traditionnels de prise en charge et consolidation de l'alternative gérontologique	334
Les laboratoires d'expérimentation du vieillissement	337
(Re) penser la « fragilité » et la « dépendance » à l'aune de l'habitat alternatif.....	338
« Journal d'une voisine »	342
Bibliographie.....	345
Table des matières	365

Résumé :

Cette thèse a pour objet les *habitats alternatifs* aux dispositifs gérontologiques *institués* pour personnes âgées « fragiles » et « dépendantes ». Ces formules résidentielles s'inscrivent dans le prolongement d'un mouvement à contre-courant amorcé en France dès la fin des années 1970. Dans une comparaison critique avec les infrastructures existantes, structurées autour des deux pôles du maintien à domicile et de l'hébergement institutionnel, il s'agit pour les porteurs de projets de réinventer les lieux du vieillir et d'imaginer de nouveaux modèles d'accueil et d'accompagnement viables, si possible, « jusqu'à la mort ». Nous appréhendons ces réalisations novatrices comme des laboratoires d'expérimentation. Les *habitats alternatifs* amorcent une ouverture du champ des possibles. Cette ouverture suppose de faire un « pas de côté » pour repenser ou se substituer à l'*institué* et répondre aux besoins jugés insatisfaits ou *mal* satisfaits des populations vieillissantes « fragiles » et « dépendantes ».

Cette recherche s'appuie sur des enquêtes empiriques menées dans plusieurs formules alternatives et sur un corpus de 49 entretiens directifs approfondis avec les différents acteurs qui évoluent dans les lieux (initiateurs, équipes de coordination et de médiation, aidants professionnels, familiaux et familiers, usagers). L'approche comparative mobilisée, couplée à l'analyse croisée et compréhensive des discours, nous permet de relever les points de convergence et de divergence de cas atypiques et hétérogènes d'*habitats alternatifs*, d'appréhender la trajectoire de l'expérimentation sociale dans ses rapports à l'*institué*, de restituer les logiques et la dynamique des méthodologies d'accueil et d'accompagnement expérimentées dans le quotidien des pratiques, d'évaluer les points de tension entre les espaces modélisés par les initiateurs et les espaces *vécues* par les usagers, mais aussi de questionner la portée et le sens de l'alternative gérontologique dans une perspective plus large. Ainsi, les *habitats alternatifs* sont initiés dans un contexte marqué par la diffusion, renforcée dans les années 1960, des valeurs aujourd'hui prééminentes d'autonomie, d'autoréalisation et d'invention du soi, qui, si elles ouvrent de nouvelles possibilités, peuvent également être vectrices de nouvelles contraintes normatives.

Mots-clés : habitats alternatifs pour personnes âgées, laboratoire d'expérimentation, nouvelles méthodologies d'accueil et de soin, autonomie, dépendance, vieillesse et vieillissement, « Bien vieillir », comparaison

Abstract

This research studies alternative housings for the elderly with frailty and dependence. These new habitats forms have been built in France since the end of the 1970th in order to deal with the shortcomings of the gerontological facilities: the traditional nursing homes, which are highly criticized, and the home-care support. The projects leaders aim to reinvent the place to grow old and to create new welcome and support facilities for the elderly until the end of life. We define these innovated habitats as experimental laboratory which aim to respond, in a different way, the unmet need of the elderly with frailty and dependence.

This PhD is based on empirical research conducted in several alternative housings and 49 semi-structured interviews with actors operating in these (projects leaders, coordination and mediation teams, professional families and friend's caregivers, users). From a comparative and a comprehensive approach, we can address convergence and divergence of the alternative housing, understand the social experiment path, return the logic and the dynamics of reception and support methodologies, evaluate stress points between the modelled field with the initiators and the field with experienced by users, but we can also question the scope and meaning of the gerontological alternative in a broader perspective. Indeed, alterative housings are initiated in a context promoting values like autonomy and self- realization which may be seen as new normative injunctions.

Key words: alternative housings for the elderly, experimental laboratory, new support and care methodologies, autonomy, dependence, old age and aging, Successful aging, comparison