

Age Report IV

# Habitat et vieillesse

Réalités et enjeux de la diversité

François Höpflinger, Valérie Hugentobler, Dario Spini (dir.)



Commandez le livre imprimé [ici](#).

**Age Report IV**

---

**Habitat et vieillissement**  
**Réalités et enjeux de la diversité**

**François Höpflinger, Valérie Hugentobler  
et Dario Spini (dir.)**

## age-report.ch – contenus supplémentaires

Divers documents de travail et autres matériaux d'analyse peuvent être téléchargés sur le site dédié au Age Report (age-report.ch). Des informations sur les conditions d'utilisation se trouvent dans la zone de téléchargement.

## Enquête sur le logement 2018

Cette nouvelle édition du Age Report s'appuie sur les données de la 4<sup>e</sup> Enquête sur le logement (Age), menée en 2018. Au total, 2676 personnes âgées de 65 ans et plus ont été interrogées dans toute la Suisse. Deux groupes ont été interviewés: des personnes vivant dans des ménages privés et des personnes résidant dans des établissements médico-sociaux (EMS).

## Age-Stiftung en bref

Cette fondation soutient financièrement des offres de logement et d'accompagnement pour personnes âgées en Suisse alémanique. Encourageant les solutions novatrices et durables, elle diffuse des bonnes pratiques en la matière, en mandatant des études et en éditant de la documentation. Pour plus d'informations: [www.age-stiftung.ch](http://www.age-stiftung.ch)

## Fondation Leenaards en bref

Cette fondation cherche à stimuler la dynamique créatrice dans l'arc lémanique. Elle soutient des initiatives susceptibles d'anticiper, de questionner et d'accompagner les mutations de la société dans les domaines culturel, âge & société et scientifique. Pour plus d'informations: [www.leenaards.ch](http://www.leenaards.ch)

**Age Report IV**

---

**Habitat et vieillissement**  
Réalités et enjeux de la diversité

**François Höpflinger, Valérie Hugentobler  
et Dario Spini (dir.)**

**Seismo**  
Seismo

Publié par  
Éditions Seismo, sciences sociales et questions de société SA  
Zurich et Genève

<http://www.editions-seismo.ch>  
E-mail: [info@editions-seismo.ch](mailto:info@editions-seismo.ch)

Texte © les auteurs / les auteures 2019

Couverture, infographie, illustrations, tableaux:  
anamorph.ch (Marcel Schneeberger et Aurel Märki)  
Traduction française: Adrien Vauthey

Conception et rédaction: Andreas Sidler, Age-Stiftung

ISBN 978-2-88351-087-6 (version reliée)  
ISBN 978-2-88351-725-7 (PDF)  
DOI: <https://doi.org/10.33058/seismo.20725>



Cet ouvrage est couvert par une licence Creative Commons Attribution – Pas d'Utilisation Commerciale – Pas de Modification 4.0 International (CC BY-NC-ND 4.0)

Les Éditions Seismo bénéficient d'un soutien structurel de l'Office fédéral de la culture pour les années 2019-2020.

# Table des matières

Avant-propos	9
<b>Partie 1 Données actualisées dans un contexte de mutations sociales et spécificités régionales</b>	<b>11</b>
1 Évolution démographique – vieillissement de la population et longévité	13
1.1 Aperçu du vieillissement démographique	15
1.2 Vieillissement de la population immigrée	16
1.3 Augmentation de l'espérance de vie – vers une société «longévive»	18
1.4 Conjectures en matière d'espérance de vie	20
2 Mode de vie et santé des personnes âgées	27
2.1 Vieillissement des nouvelles générations de personnes âgées	29
2.2 Personnes vivant à domicile – Vieillissement et santé	33
3 Structure des ménages et modes de vie des personnes âgées	45
3.1 La tendance est aux ménages de petite taille	47
3.2 Le partenariat chez les personnes âgées	49
3.3 La solitude des personnes âgées	52
3.4 Vivre dans un établissement médico-social	54
4 Situation économique et propriété du logement à l'âge de la vieillesse	61
4.1 Évaluation de la situation économique – différences régionales et sociales	63
4.2 Le risque de pauvreté chez les personnes âgées et ses conséquences	66
4.3 Dépenses de logement et estimation des coûts de location	70
4.4 Propriété du logement	72



**Partie 2 Vulnérabilités, vieillissement et habitat** **171**  
**Approfondissements thématiques**

- 10 Habitat et vulnérabilité : réflexions et pistes d'action | 173  
Dario Spini et Valérie Hugentobler
- 11 Le **chez-soi** et l'importance du passé : les rapports 183  
sociaux dans la vieillesse | Christine Matter
- 12 Habitat dans le grand âge : enjeux familiaux autour de la 193  
distance physique et émotionnelle | Daniela S. Jopp,  
Claudia Meystre, Charikleia Lampraki et Kathrin Boerner
- 13 Vivre chez soi au grand âge. L'habitat traditionnel 205  
entre repères et défis | Barbara Masotti
- 14 Une comparaison des conditions de logement des 215  
personnes âgées d'origine suisse et de celles issues  
de l'immigration | Claudio Bolzman et Slim Bridji
- 15 Organiser l'aide lorsque les aînés deviennent plus 227  
vulnérables | Ricarda Ettlín
- 16 Les colocations : un modèle alternatif de logements 237  
pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer |  
Maurice Avramito et Valérie Hugentobler
- 17 Évolution, pas de révolution ! L'architecture des EMS 249  
vaudois en perspective | Bruno Marchand
- 18 Les unités méditerranéennes sont-elles un modèle 257  
de soins à suivre ? | Minou Afzali
- 19 Assurer la « qualité de la fin de vie » dans les EMS | 267  
Eva Soom Ammann, Corina Salis Gross et Gabriela Rauber



# Avant-propos

Depuis 2004, la fondation Age-Stiftung publie tous les cinq ans le Age Report, fondé sur une enquête représentative des personnes âgées s'intéressant à leur situation, à leurs aspirations et à leurs besoins en matière de logement.

Cette 4<sup>e</sup> édition du rapport présente une perspective nationale. L'enquête 2018 sur le logement a été la première à s'intéresser à toutes les régions linguistiques du pays. Plus de 2500 femmes et hommes âgés de 65 ans et plus ont été interviewés et ont fourni des informations sur leur vécu en matière de logement.

C'est grâce à la collaboration entre les fondations Age-Stiftung et Leenaards que, pour la première fois, le Age Report couvre statistiquement l'ensemble de la Suisse. Ces deux institutions, dont le champ d'action est géographiquement limité par leurs buts statutaires, entendent, par le biais de cette coopération, faire progresser le débat par-delà les limites régionales. L'ouvrage s'adresse à un large public, car il est nécessaire d'assurer une convergence de diverses disciplines afin de mettre en place de bonnes conditions de vie pour les personnes âgées à toutes les étapes de la vieillesse. Le Age Report vise à établir une base de connaissances commune, à laquelle puissent se référer les spécialistes de divers domaines tels que le logement, la recherche, le développement, la politique et l'économie.

Dans la première partie du Age Report, François Höpflinger, éditeur de l'ouvrage, accorde une attention particulière aux différences entre régions linguistiques, qui s'avèrent parfois considérables. La seconde partie s'intéresse aux personnes âgées vulnérables et montre comment la fonctionnalité de l'habitat dépend fortement de la qualité de l'environnement social. Coéditeurs de l'ouvrage, Valérie Hugentobler et Dario Spini donnent la parole à un panel de chercheurs représentatif de plusieurs régions et domaines scientifiques.

La présente édition du Age Report est la première à être publiée aussi bien sous la forme d'un livre que sous celle d'un document librement accessible en téléchargement ([www.age-report.ch](http://www.age-report.ch)). Nous espérons que cet ouvrage inspirera nos lecteurs, qu'il s'agisse de recueillir des faits pour animer des débats, de s'appuyer sur des chiffres pour un travail de planification fructueux ou de trouver l'inspiration pour développer de nouvelles idées.

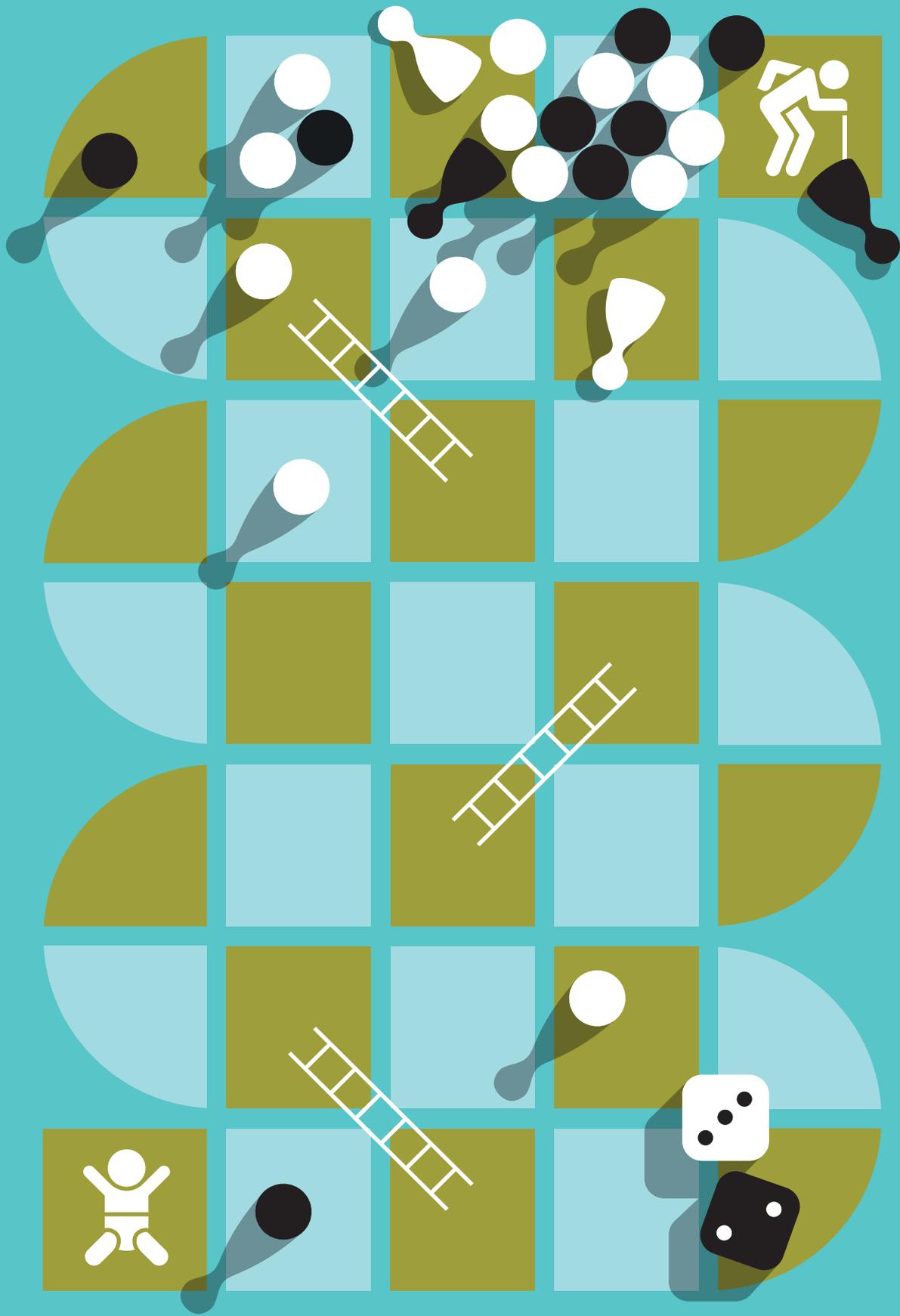
Age-Stiftung  
Antonia Jann

Fondation Leenaards  
Peter Brey



# Partie 1

Données actualisées  
dans un contexte de  
mutations sociales et  
spécificités régionales



1

Evolution  
démographique –  
vieillessement  
de la population  
et longévité

# Table des matières

- 1.1 Aperçu du vieillissement démographique
- 1.2 Vieillissement de la population immigrée
- 1.3 Augmentation de l'espérance de vie – vers une société « longévive »
- 1.4 Conjectures en matière d'espérance de vie

Synthèse

## 1.1 Aperçu du vieillissement démographique

*Vieillessement des baby-boomers*: En 2010 les premières générations d'après-guerre ont atteint l'âge de 65 ans. Une grande part de ceux que l'on appelle les baby-boomers atteindront également l'âge de la retraite dans les années à venir. Dans les décennies d'après-guerre, il y a eu deux pics de natalité. De 1943 à 1950, les taux de natalité ont été de 240 enfants et plus pour 100 femmes. Après avoir légèrement diminué de 1951 à 1956, ils ont recommencé à augmenter, atteignant 240 à 260 naissances pour 100 femmes de 1957 à 1966. Cela signifie qu'à ce jour, les personnes nées entre 1943 et 1950, c'est-à-dire issues des années de forte natalité, ont déjà atteint l'âge de la retraite. Dans les années à venir, ce sera le tour des personnes nées entre 1957 et 1966. Le vieillissement de la génération du baby-boom – qui, elle-même, a donné naissance à moins d'enfants que la génération de ses parents – est le principal déclencheur d'un vieillissement démographique accru de la population.

*Faible taux de natalité et espérance de vie accrue*: Après 1966, le taux de natalité a chuté rapidement. En Suisse, depuis 1972, il est nettement inférieur à 200 naissances pour 100 femmes, ce qui se traduit, à long terme, par un déclin de la population résidente. Toutefois, l'allongement de l'espérance de vie influence également l'évolution démographique. La Suisse et d'autres pays européens connaissent donc un double processus de vieillissement démographique: d'une part, le nombre et la proportion de personnes âgées augmentent en raison du faible taux de natalité (vieillessement démographique par le bas); d'autre part, l'allongement de l'espérance de vie contribue à une augmentation rapide du nombre et de la proportion des personnes âgées de 80 ans et plus (vieillessement démographique par le haut).

*Scénarios du vieillissement démographique*: La part des personnes âgées de 65 à 79 ans et celle des 80 ans et plus augmenteront rapidement au cours des prochaines décennies. Dans les années à venir, tous les cantons suisses feront face à un vieillissement démographique plus ou moins prononcé (OFS, 2016a). En 2015, 18% de la population résidant en Suisse était âgée de plus de 64 ans, mais ce taux devrait s'élever à plus de 24% en 2035. La part des personnes âgées de 65 à 79 ans diminuera de nouveau légèrement à partir de 2035, en raison de l'arrivée à la retraite de générations issues d'années à taux de natalité plus faibles. En revanche, la proportion des 80 ans et plus devrait continuer d'augmenter. En 2045, une personne sur dix en Suisse devrait appartenir à cette classe d'âge.



Fig.  
1.1

L'évolution démographique, en Suisse, dépendra toutefois de différents développements. Une nouvelle augmentation du taux de natalité peut ainsi

contribuer au rajeunissement démographique. À l'inverse, une diminution de l'espérance de vie – par exemple en raison d'une épidémie que la médecine moderne ne serait pas à même d'enrayer – pourrait ralentir l'augmentation du nombre des personnes âgées. Les processus d'immigration et d'émigration ont également une importance notable. Au cours des dernières décennies, la Suisse a ainsi compensé par l'immigration la baisse du taux de natalité et la pénurie de main-d'œuvre qui en résultait. Étant donné que la grande majorité des immigrés sont jeunes, l'immigration exerce un effet inhibiteur, du moins temporairement, sur le vieillissement démographique de la population résidant en Suisse.

## 1.2 Vieillesse de la population immigrée

*Personnes âgées de nationalité étrangère ou nées à l'étranger*: Au cours des dernières décennies, un plus grand nombre de migrants des premières générations d'immigrants ont atteint l'âge de la retraite. Certains de ces retraités sont retournés dans leur pays d'origine. Beaucoup, par contre, sont restés en Suisse pour des raisons familiales. Il s'ensuit que la proportion d'étrangers âgés a augmenté (figure 1.2). Mais il faut également tenir compte du nombre important de personnes qui ont été naturalisées; ainsi, en Suisse, 23% des 80 à 84 ans sont nés à l'étranger, mais seuls 10% n'ont pas le passeport suisse.

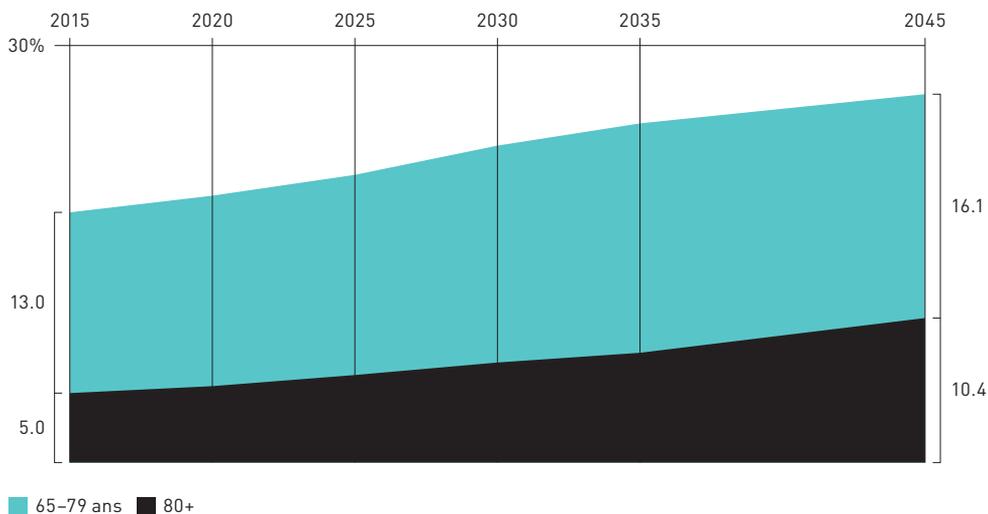
*Augmentation du nombre de migrants âgés*: Le nombre et la proportion de personnes âgées qui ont quitté leur pays pour s'installer en Suisse, qui y ont travaillé et qui y vivent leur retraite, continueront d'augmenter à l'avenir. Le besoin d'offres de prestations spécifiquement destinées aux personnes âgées issues de la migration s'en trouve accru. Il peut s'agir de conseils quant au choix de retourner dans le pays d'origine ou de rester en Suisse, mais également de services culturellement différenciés de prise en charge des migrants âgés (Hungerbühler et Bisegger, 2012). Dans les villes surtout, de plus en plus de services de soins sont organisés pour les immigrés âgés en provenance du sud de l'Europe<sup>1</sup>. Les soins et le soutien aux migrants âgés ayant dû faire face à des expériences traumatisantes telles que la guerre, la fuite ou de longues années de séparation de leur famille sont des tâches particulièrement exigeantes. Avec l'âge, les troubles démentiels peuvent entraîner la perte progressive des connaissances acquises dans une seconde langue et, le cas échéant, rendre la communication verbale uniquement possible dans la langue maternelle (Croix-Rouge suisse, 2013).

Fig.  
1.2

1 Concernant les services de soins pour immigrés âgés en provenance du sud de l'Europe, cf. contribution Afzali dans la présente édition.

## Part de personnes âgées dans la population résidente permanente : évolution et extrapolation (2015–2045)

1.1

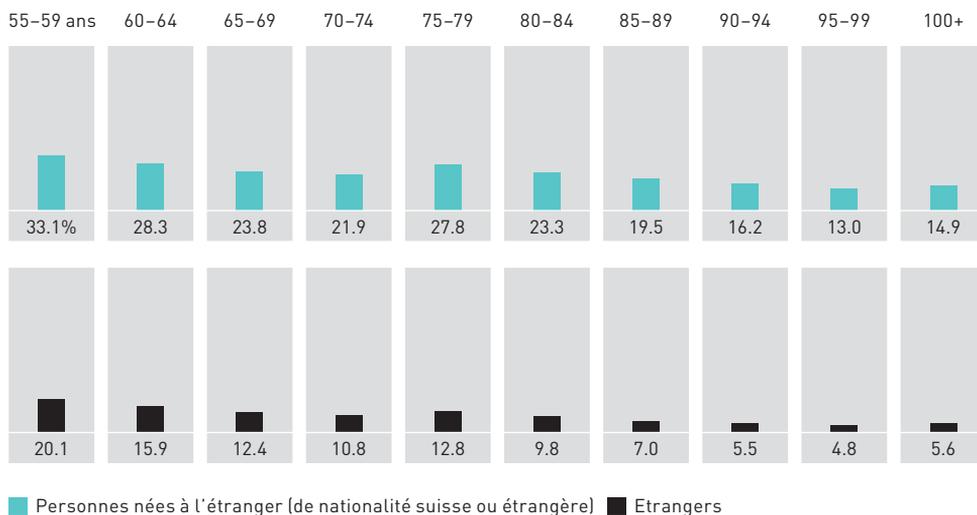


Source : OFS, 2015. Base documentaire pour 2045 : scénario de référence [A-00-2015].

Le scénario de référence se fonde sur l'extrapolation de l'évolution observée ces dernières années.

## Part de la population résidente permanente de nationalité étrangère ou née à l'étranger, 2016

1.2



Source : OFS, 2016 (STAT-TAB).

### 1.3 Augmentation de l'espérance de vie – vers une société «longévive»

*Augmentation constante de l'espérance de vie*: Les dernières décennies ont été caractérisées par une augmentation constante de l'espérance de vie, laquelle a été sous-estimée pendant longtemps en raison d'un certain pessimisme culturel: dans le rapport démographique de l'AVS (OFS, 1990), l'augmentation de l'espérance de vie a été estimée à 76,2 ans pour les hommes et à 82,0 ans pour les femmes dans le scénario de référence pour la période s'étendant jusqu'à 2010. Cependant, l'espérance de vie réelle était nettement plus élevée en 2010. Chez les femmes, la valeur réelle a correspondu au scénario (valeur estimée: 84,7 ans; valeur effective: 84,6 ans). En revanche, la tendance à la hausse chez les hommes a été nettement sous-estimée (valeur estimée pour 2010: 77,4 ans; valeur effective: 80,2 ans). L'espérance de vie a continué d'augmenter légèrement après 2010: 81,4 ans pour les hommes et 85,4 ans pour les femmes jusqu'en 2017. Il est frappant de constater que l'espérance de vie restante a également augmenté pour les personnes très âgées. Non seulement un plus grand nombre de personnes vieillissent, mais les personnes âgées vivent également plus longtemps aujourd'hui que par le passé.

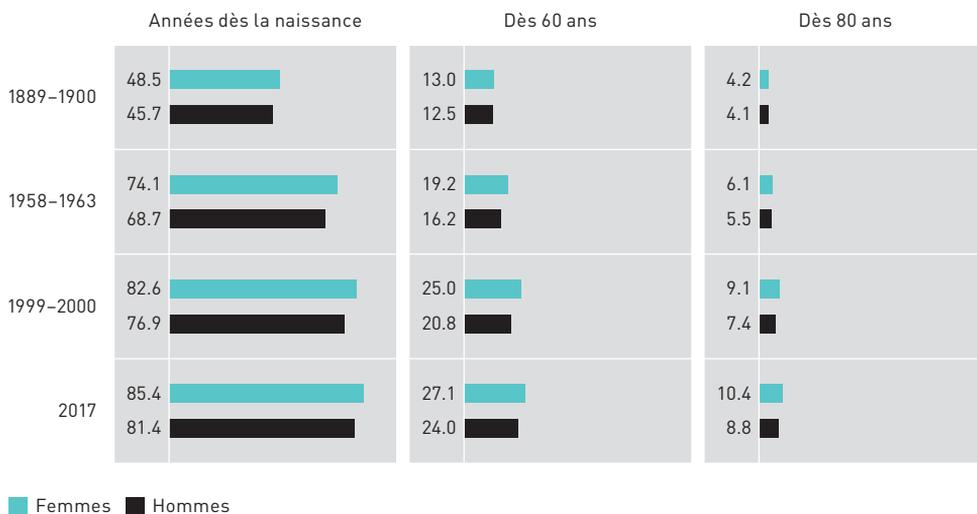
Fig.  
1.3

*Différences entre les sexes*: Les différences de mode de vie entre les femmes et les hommes contribuent aux différences d'espérance de vie selon le sexe. Les hommes sont plus susceptibles d'adopter un mode de vie risqué et nocif, ce qui se reflète dans leurs taux plus élevés de suicide, de mortalité par accident et de mortalité par toxicomanie. Les femmes, par contre, sont moins susceptibles de se comporter d'une manière néfaste pour leur santé et elles consultent le médecin plus tôt et plus régulièrement. Les différences biologiques jouent également un rôle. Par exemple le cycle menstruel rend les femmes plus sensibles aux irrégularités physiologiques. Elles bénéficient généralement d'un système immunitaire plus différencié, puisque le corps d'une femme doit faire la distinction entre croissance cellulaire naturelle (grossesse) et croissance cellulaire pathologique (cancer). Statistiquement significatives, ces différences de mortalité selon le sexe dues à des différences immunologiques ne s'observent que dans des sociétés qui offrent un accès aux traitements médicaux de pointe à toute la population. Sinon, les facteurs d'inégalité sociale occultent les différences entre sexe sur l'espérance de vie.

En Suisse, l'augmentation de l'espérance de vie a été plus élevée pour les hommes que pour les femmes au cours des dernières décennies, ce qui a permis de réduire encore les écarts d'espérance de vie entre les sexes. Depuis 1990, cet écart est passé de presque sept ans à seulement quatre ans. L'une des raisons de cette diminution est que la mortalité par cancer du poumon a augmenté chez les femmes tandis qu'elle a diminué chez les hommes. Par

## Espérance de vie moyenne : évolution de 1889 à 2017

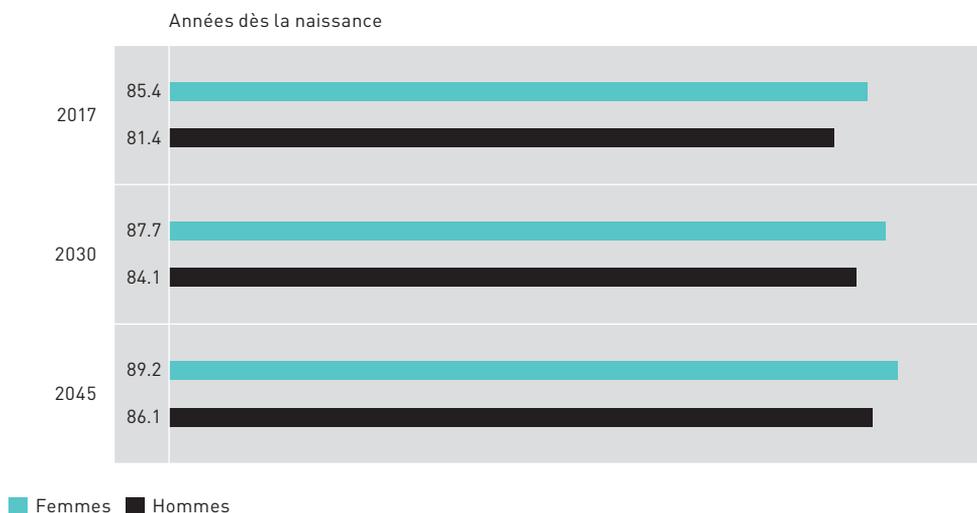
1.3



Sources : Tables de mortalité pour la Suisse ; Annuaire statistique de la Suisse.

## Espérance de vie dès la naissance : évolution en 2017 et prévision pour 2030 et 2045

1.4



Sources : OFS, 2015/2017b. Base documentaire pour 2030, 2045 : scénario de référence (A-00-2015).  
Le scénario de référence se fonde sur l'extrapolation de l'évolution observée ces dernières années.

ailleurs, les différences entre sexes ont également diminué en ce qui concerne la mortalité par accident et par suicide, bien que les hommes restent toujours plus touchés par ces risques.

## 1.4 Conjectures en matière d'espérance de vie

*L'évolution de l'espérance de vie est un sujet controversé*: D'une part, les progrès de la médecine (en particulier dans le domaine des maladies cardiovasculaires et du traitement des tumeurs) et les développements sociétaux – notamment le niveau de formation plus élevé des nouvelles générations de personnes âgées – pourraient contribuer à une nouvelle augmentation de l'espérance de vie. D'autre part, certains groupes présentent des tendances négatives en matière de santé, en raison notamment de l'augmentation de l'obésité dans la population. La proportion de personnes souffrant d'obésité sévère (indice de masse corporelle de 30 et plus) a augmenté au sein de la population suisse également. La résistance aux antibiotiques ou l'apparition d'une grave épidémie de grippe pourraient aussi avoir un impact négatif sur l'espérance de vie, en particulier celle des personnes âgées.

*Les scénarios des experts sont plutôt optimistes*: Dans l'ensemble, on s'attend à une nouvelle augmentation de l'espérance de vie dans les régions très développées disposant d'une large offre de soins médico-sociaux. Une étude internationale sur l'évolution de l'espérance de vie basée sur la prise en considération de 21 scénarios conclut qu'une nouvelle augmentation de l'espérance de vie est très probable dans les pays riches. Les scénarios concernant les pays économiquement plus faibles ou en crise sont moins clairs (Kontis *et al.*, 2017). Dans ses scénarios démographiques, concernant la Suisse, l'Office fédéral de la statistique prévoit également une nouvelle augmentation de l'espérance de vie.

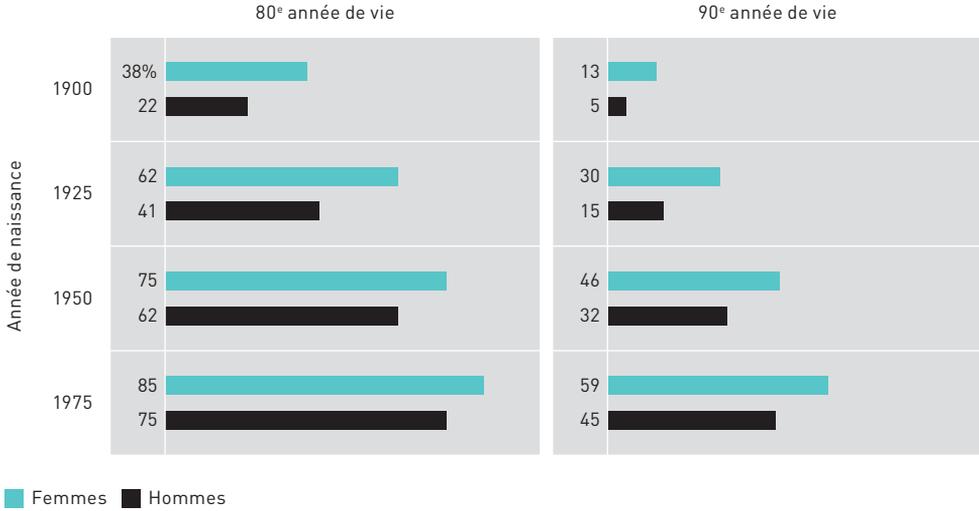
Fig.  
1.4

*Données périodiques versus données de cohortes*: L'un des principaux inconvénients des statistiques de l'espérance de vie jusqu'à présent est qu'il s'agit de données relativement abstraites, insuffisamment précises sur le nombre de femmes et d'hommes qui atteindront un âge déterminé. Un autre désavantage réside dans le fait que, sur le plan arithmétique, l'espérance de vie moyenne résulte de l'addition des taux de mortalité des différentes générations ou cohortes de naissance, des nouveau-nés aux centenaires, sur la base de tables de mortalité périodiques. Par conséquent, l'espérance de vie des plus jeunes est systématiquement sous-estimée.

Sur le plan méthodologique, les « tables de mortalité longitudinales » sont plus appropriées. Elles offrent la possibilité de savoir combien d'hommes

## Personnes qui ont atteint ou atteindront l'âge de 80 ou 90 ans : parts selon l'année de naissance

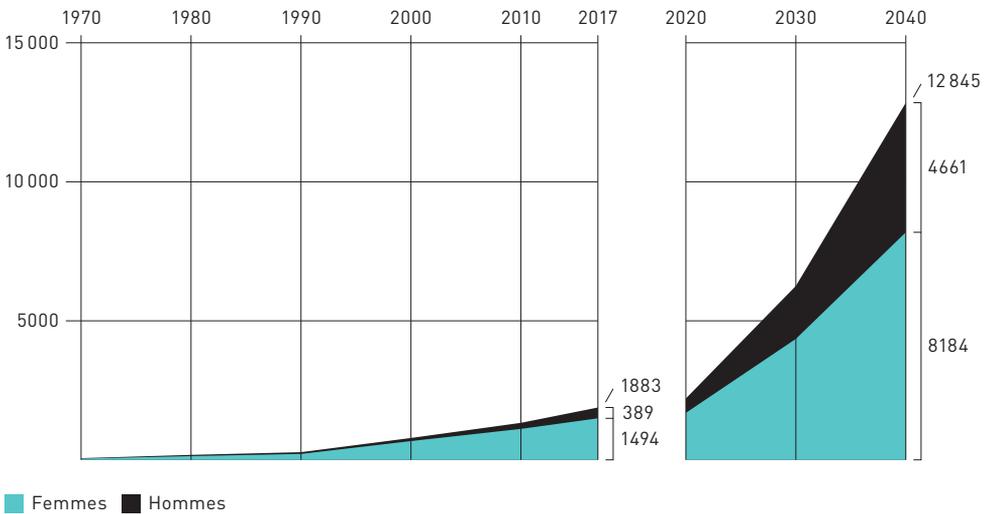
1.5



Source : Menthonnex, 2015.

## Nombre de personnes âgées de 100+ : évolution de 1970 à 2040

1.6



Source : OFS, 2015/2017b. Base documentaire pour 2020, 2030, 2040 : scénario de référence (A-00-2015).

et de femmes de générations différentes ont atteint ou devraient atteindre un certain âge (Menthonnex, 2015). La figure 1.5, basé sur l'ordre de survie des différentes cohortes de naissance, illustre la probabilité de célébrer le 80<sup>e</sup> ou 90<sup>e</sup> anniversaire pour certaines cohortes de naissance. Alors que seulement 13% des femmes nées en 1900 ont atteint l'âge de 90 ans et plus, la proportion, pour les femmes nées en 1925, a été de 30%. Et pour les cohortes de naissance futures, il est probable que cette proportion sera encore bien supérieure. Des tendances analogues, bien qu'à des niveaux plus faibles, se dessinent chez les hommes.

Fig.  
1.5

*Augmentation de la population âgée et du nombre de centenaires*: Du fait de la longévité accrue, phénomène que l'on observe également chez les centenaires comme pour le reste des personnes âgées, leur nombre, en Suisse, augmente rapidement. Jusque dans les années 1970, les centenaires étaient rares. Depuis lors, leur nombre a augmenté très rapidement, une tendance qui se poursuivra dans les décennies à venir. Comme à l'heure actuelle, ce seront majoritairement des femmes qui atteindront un âge aussi avancé.

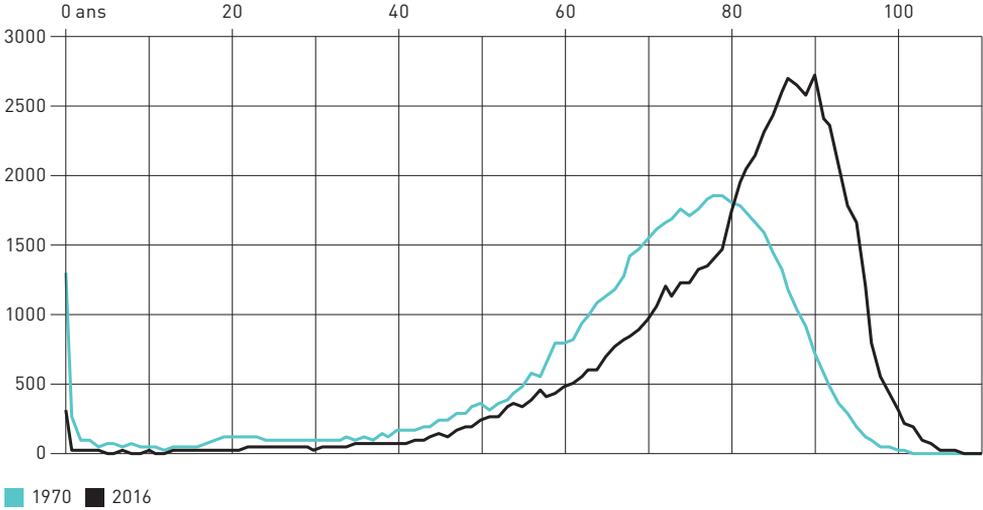
Fig.  
1.6

*Âge moyen au décès de plus en plus élevé*: L'augmentation de l'espérance de vie, vue sous un autre angle, correspond à une augmentation de l'âge au décès. Le nombre et la part des personnes qui décèdent prématurément ont diminué. Actuellement, la plus grande part des décès parmi les personnes âgées survient entre 85 et 90 ans.

Fig.  
1.7

On observe de plus en plus souvent que les soins en fin de vie (soins palliatifs) touchent des personnes très âgées. Il ne faut pas oublier qu'elles sont marquées par les normes des générations précédentes. Leurs conceptions de la vie et de la mort diffèrent donc de celles des jeunes et donc aussi de celles du personnel soignant.

**Nombre de décès selon l'âge :  
comparaison entre 1970 et 2016**



Source : OFS, BEVNAT 2018.

## Synthèse

- › La Suisse connaît un double processus de vieillissement démographique : d'une part, la proportion de personnes âgées augmente en raison du faible taux de natalité (vieillesse démographique par le bas); d'autre part, l'allongement de l'espérance de vie contribue à une augmentation rapide du nombre de personnes âgées de 80 ans et plus (vieillesse démographique par le haut).
- › Un plus grand nombre de personnes appartenant aux premières générations d'immigrés atteignent l'âge de la retraite. Bien que certaines d'entre elles retournent dans leur pays d'origine après leur départ à la retraite, elles sont nombreuses à passer leurs vieux jours en Suisse. Cela accroît le besoin de services culturellement différenciés de prise en charge des migrants âgés.
- › Les dernières décennies ont été marquées par une augmentation constante de la longévité. L'espérance de vie varie selon le sexe (davantage d'hommes meurent prématurément). Toutefois, les écarts entre les sexes en matière d'espérance de vie se sont réduits ces dernières années.
- › La longévité croissante des personnes âgées contribue à l'augmentation rapide du nombre de centenaires et de personnes âgées en Suisse. Autrement dit, l'âge moyen au décès a augmenté.
- › Dans l'ensemble, on s'attend à une nouvelle augmentation de l'espérance de vie dans les régions très développées, nécessitant une adaptation de l'offre de soins médico-sociaux.





2

# Mode de vie et santé des personnes âgées

# Table des matières

## 2.1 Vieillesse des nouvelles générations de personnes âgées

## 2.2 Personnes vivant à domicile – Vieillesse et santé

2.2.1 Santé subjective des personnes âgées – Tendances et conclusions

2.2.2 Maladies chroniques – une situation relativement courante chez les personnes âgées

2.2.3 Vers une fin de vie autodéterminée

## Synthèse

## 2.1 Vieillesse des nouvelles générations de personnes âgées

Le nombre des personnes âgées et très âgées et leur pourcentage dans la population sont en augmentation (voir chapitre 1). Par ailleurs, les dernières années de la vie sont marquées par des changements rapides sur le plan social. Autrefois, le vieillissement était perçu comme un processus non influençable. Aujourd'hui, on reconnaît qu'il est possible d'influer sur les processus de vieillissement. Une alimentation naturelle et équilibrée ainsi que des activités physiques et cognitives peuvent prolonger le nombre d'années de vie en bonne santé. Les principes d'une « vieillesse active » sont ainsi devenus des principes directeurs de notre société. En outre, les modes de vie des personnes âgées ont changé, notamment parce qu'on atteint un âge plus avancé et parce que les individus sont confrontés dès leur jeunesse à de rapides changements sociaux, culturels et techniques.

*Agés mais tournés vers l'innovation* : En Suisse, la part des personnes âgées de 55 à 74 ans qui se disent intéressées à l'innovation a considérablement augmenté. Alors que seules 14% d'entre elles s'y intéressaient en 1990, ce taux est passé à 38% en 2000 et à 67% en 2016. Les nouvelles générations de personnes âgées adhèrent à l'idéologie de « l'apprentissage tout au long de la vie » et acceptent d'être confrontées aux changements continus qu'impliquent les innovations. Ce changement d'attitude peut également contribuer à l'émergence de nouvelles conceptions et exigences dans le domaine des formes d'habitat, de l'aménagement intérieur et de la mobilité résidentielle.



Fig.  
2.1

*Amalgame de conceptions traditionnelles et postmodernes* : Si l'on considère les aspirations auxquelles les jeunes ou les personnes âgées accordent la priorité, on constate de nettes différences selon l'âge. Le plaisir (« divertissement/amusement ») et l'excitation (« aventure/vie palpitante ») sont des aspirations généralement caractéristiques des jeunes. Avec l'âge, la recherche de sens tend à se substituer à celle du plaisir. Les valeurs traditionnelles, comme le respect des coutumes et la discipline sociale, reçoivent davantage d'égards de la part des répondants plus âgés, bien que ce ne soit pas toujours le cas. À un âge plus avancé, l'amalgame de conceptions traditionnelles et modernes est fréquent.



Fig.  
2.2

*Répondants âgés : « Oui à l'innovation, mais... »* : Concernant le positionnement des personnes par rapport à l'innovation (« il est important que de nouvelles idées soient développées » ; « être créatif »), on n'observe pas de différences significatives entre les jeunes et les personnes âgées. Les personnes actuellement âgées de 65 à 74 ans accordent autant d'importance à la capacité d'innovation que les

15 à 24 ans. Cependant, lorsqu'on demande plus précisément aux répondants plus âgés s'il est important « d'essayer de nouvelles choses » dans la vie, le nombre des réponses positives diminue. Aujourd'hui, les personnes relativement âgées sont en principe ouvertes à l'innovation, mais elles ont appris par expérience que tout ce qui est nouveau n'est pas meilleur. Les personnes âgées, en tant que classe d'âge affichant un intérêt quelque peu retenu pour l'innovation, se montrent pleinement intéressées, notamment par les conceptions innovantes dans le domaine du logement. Mais lorsqu'il s'agit de prendre une décision concrète, les expériences passées, positives ou négatives, en matière de logement jouent un rôle important. En outre, de nombreuses nouveautés dans le domaine de la technologie domestique ne sont acceptées que si les innovations techniques antérieures se sont déjà avérées utiles.

*Les personnes âgées également actives sur internet* : Bien qu'avec un certain retard, les personnes âgées ont également adopté les nouveaux moyens de communication et d'information. La proportion de femmes et d'hommes âgés qui utilisent régulièrement internet est certes plus faible que chez les jeunes, mais elle a rapidement augmenté. Cela concerne principalement les personnes « relativement âgées » qui ont déjà été confrontées à des formes numériques de travail et de communication dans leur vie professionnelle.

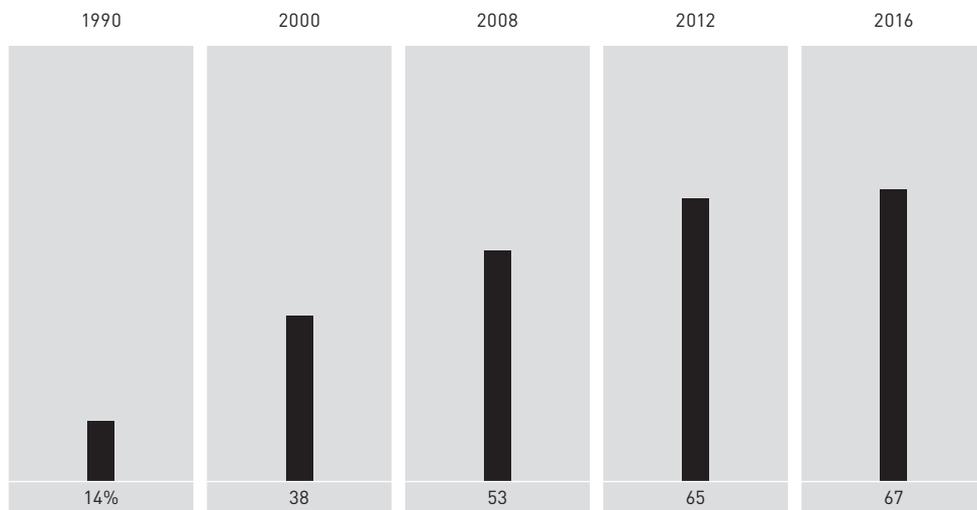
L'enquête de 2018 sur la population âgée confirme qu'une majorité de personnes de moins de 79 ans disposent d'une connexion à internet, même si toutes ne l'utilisent pas régulièrement. Une analyse détaillée (régression logistique binaire) confirme que l'utilisation d'internet diminue avec l'âge. Les restrictions fonctionnelles propres à la vieillesse réduisent également l'utilisation d'internet. Chez les doyens (80 ans et plus), la proportion d'utilisateurs d'internet est plus faible (ce qui, naturellement, est surtout le cas des personnes résidant dans des établissements médico-sociaux). D'une part, les limitations dues à l'âge, telles que la diminution de l'acuité visuelle, jouent un rôle important. D'autre part, les personnes âgées sont des générations de femmes et d'hommes qui ne sont entrées en contact avec la numérisation que sur le tard. Mais leur niveau de formation joue également un rôle important à cet égard, car celles qui ont suivi des études supérieures utilisent beaucoup plus fréquemment internet. En revanche, on n'observe pas de différences selon le sexe. Lorsque d'autres facteurs sont contrôlés, il apparaît que les femmes âgées utilisent internet aussi souvent que les hommes. On n'observe également aucune différence d'utilisation d'internet selon la région linguistique en 2018.<sup>1</sup>

Fig.  
2.3

1 L'âge, l'intégrité physique et psychique ainsi que le niveau de formation ont une influence prépondérante dans les chiffres concernant l'utilisation d'internet chez les personnes de 65 ans et plus (coefficient  $R^2$  de Nagelkerke 0,38).

## Part des personnes de 55 à 74 ans axées sur l'innovation : résultats d'auto-évaluations recensés entre 1990 et 2016

2.1



Part des personnes âgées de 55-74 ans qui adhèrent à l'énoncé « Il est important que de nouvelles idées soient développées ». Sources : Winterthur Assurances, 1990 ; Ernest Dichter SA, 2000 ; 2008-2016 : European Social Value Survey (analyses propres, données pondérées).

## Identification des personnes aux valeurs traditionnelles et postmodernes : parts selon le groupe d'âge, 2016

2.2



■ Valeurs postmodernes ■ Valeurs traditionnelles

Source : European Social Survey, 2016 (analyses propres des données pondérées concernant la Suisse).

## Connexion à internet et utilisation : évolution depuis 1999 selon le groupe d'âge

2.3

### Utilisation régulière (plusieurs fois par semaine) d'internet selon l'âge<sup>a</sup>

	20-29 ans	30-39	40-49	50-59	60-69	70+
Octobre 1999 – mars 2000	37%	30	26	20	8	1
Octobre 2005 – mars 2006	80	74	70	58	37	10
Octobre 2010 – mars 2011	96	91	86	77	61	25
Octobre 2016 – mars 2017	99	98	94	86	76	46

### Connexion à internet pendant la vieillesse [janvier – mars 2018]<sup>b</sup>

	65-69	70-74	75-79	80+	80+
Sont connectés à internet	89	84	72	43	12
Utilisent internet	85	78	64	33	8
Plusieurs fois par semaine/jour	75	64	53	26	7

■ Vie à domicile ■ Vie en EMS

<sup>a</sup>A noter que, pour des raisons méthodologiques, les données à partir de l'automne 2012 ne sont que partiellement comparables avec les plus anciennes. Sources : MA-Net, Net-Matrix-Base (OFS).

<sup>b</sup>Source : Age, 2018 (toute la Suisse, données pondérées).

Chez les personnes âgées, les formes de communication numérique ne sont pas seulement utilisées pour rester en contact avec la famille (p. ex. les petits-enfants) ou les amis. En 2017, 55% des personnes âgées de 65 ans ou plus vivant à domicile ont utilisé internet pour s'informer sur des questions de santé. Chez les 80 ans et plus, la proportion était tout de même de 21% (Merçay, 2017: 28).

*Âge perçu – souvent inférieur à l'âge effectif:* Depuis de nombreuses années, on observe que les femmes et les hommes plus âgés se sentent plus jeunes qu'ils ne le sont effectivement. Selon une enquête réalisée en 2014, une grande majorité des répondants de 60 à 70 ans percevaient leur âge comme inférieur à leur âge chronologique (Samochowiec *et al.*, 2015). Une enquête menée en 2017 auprès des 50 ans et plus (âge moyen des répondants : 68 ans) dans les cantons de Bâle-Ville, Bâle-Campagne, Argovie et Soleure confirme cette constatation: seul un cinquième d'entre eux se sentaient aussi vieux qu'ils l'étaient réellement. Près de 70% ont déclaré qu'ils se sentaient plus jeunes. Seuls 5% se sentaient plus âgés qu'ils ne l'étaient. Par conséquent, la grande majorité d'entre eux (84%) se sentaient plus jeunes qu'ils ne l'étaient réellement; un point de vue aussi fréquent chez les hommes que les femmes. Deux tiers des plus de 50 ans aimeraient être plus jeunes. Cette proportion augmente avec l'âge (Schicka et Uggowitzer, 2017).

*Seuil de la vieillesse ? Au-delà de 80 ans :* Quant à savoir à partir de quel âge une personne est considérée comme « vieille », la moitié des répondants fixent la limite à 80 ans ou plus, le seuil étant par ailleurs plus précoce du point de vue des hommes (77 ans en moyenne) que de celui des femmes (80 ans). Plus les personnes sont âgées, plus l'âge qu'elles définissent en tant que seuil de la vieillesse est élevé (Schicka et Uggowitz, 2017). Il s'ensuit principalement que les offres de logement destinées aux personnes âgées ne suscitent, a priori, que peu d'intérêt chez les moins de 75 ans, voire 80 ans. Par exemple, bien que les intéressés évaluent souvent favorablement les appartements pour personnes âgées, leur conclusion est finalement la suivante : « Oui, je pourrais y emménager, mais seulement lorsque je serai vraiment une personne âgée. » Et le fait d'être vieux, au sens restrictif du terme, est moins lié à l'âge qu'à l'apparition de limitations fonctionnelles sensibles dans la vie quotidienne (voir aussi chapitre 8).

## 2.2 Personnes vivant à domicile – Vieillesse et santé

Les exigences en matière de logement et de situation résidentielle sont notamment liées aux facteurs de santé des personnes âgées, qu'il s'agisse de restrictions fonctionnelles susceptibles de compliquer ou rendre impossible le logement dans le domicile actuel, ou qu'il devienne nécessaire de pouvoir disposer de soins de santé de qualité et rapidement accessibles, par exemple par la proximité de médecins et de pharmacies. Quelques chiffres clés sur la santé des personnes âgées vivant à domicile sont présentés ci-après. Toutefois, plus les personnes sont âgées, plus les données sur leur état de santé sont incomplètes. Certaines enquêtes ne sont pas représentatives des doyens (80 ans et plus) ou le nombre de répondants, dans ce groupe d'âge, est trop faible pour permettre des analyses détaillées. Cela tient également au fait qu'il est difficile, voire impossible, d'interroger certaines personnes très âgées, par exemple en raison de déficiences auditives ou de troubles cognitifs. Les enquêtes auprès des personnes âgées, a fortiori lorsqu'elles sont téléphoniques, peuvent faire l'objet de distorsions systématiques.

### 2.2.1 Santé subjective des personnes âgées – Tendances et conclusions

*Santé subjective des personnes « relativement âgées » :* Dans l'ensemble, la grande majorité des habitants de la Suisse non seulement vivent longtemps, mais bénéficient également d'une bonne santé jusqu'à un âge relativement avancé. Par conséquent, les valeurs qui ressortent de l'évaluation des répondants par rapport à leur propre état de santé sont très positives : selon l'enquête sur le logement menée en 2018 avec le soutien de la fondation *Age-Stiftung* et la Fondation Leenaards, 76% des personnes âgées de 65 ans ou plus vivant à la

maison ont qualifié leur santé de bonne à très bonne. Une valeur analogue (79%) est ressortie d'une enquête menée en 2017. En Suisse, les personnes « relativement âgées » se sentent davantage en bonne santé qu'en France (69%) ou qu'en Allemagne (62%) (Merçay, 2017: 10).

Fig.  
2.4

Sur la base des données disponibles, on constate que la santé subjective de la population âgée en Suisse s'est améliorée au cours des dernières décennies, surtout parmi les personnes « relativement âgées ». Par exemple, la part de femmes et d'hommes âgés de 65 à 74 ans et s'estimant en bonne ou très bonne santé a augmenté. Alors qu'en 1979, année de la première grande enquête sur le vieillissement démographique effectuée à Genève et en Valais, moins de la moitié des personnes interrogées s'estimaient en bonne santé, plus des trois quarts des répondants formulent aujourd'hui sur leur santé des appréciations similaires. Les raisons de cette évolution positive sont nombreuses: amélioration de la sécurité économique à l'âge de la retraite, diminution des efforts physiques pénibles au travail, amélioration des conditions de vie en général et expansion des soins de santé contribuant à un meilleur traitement des maladies chroniques.

Fig.  
2.5

*Santé subjective des « doyens » (80 ans et plus):* Les données sur les « doyens » (80 ans et plus) sont encore plus lacunaires que celles concernant les personnes « relativement âgées ». Mais ce groupe présente également une évolution plutôt positive, du moins pour ce qui est de la santé subjective des personnes âgées de 80 ans et plus vivant à domicile.

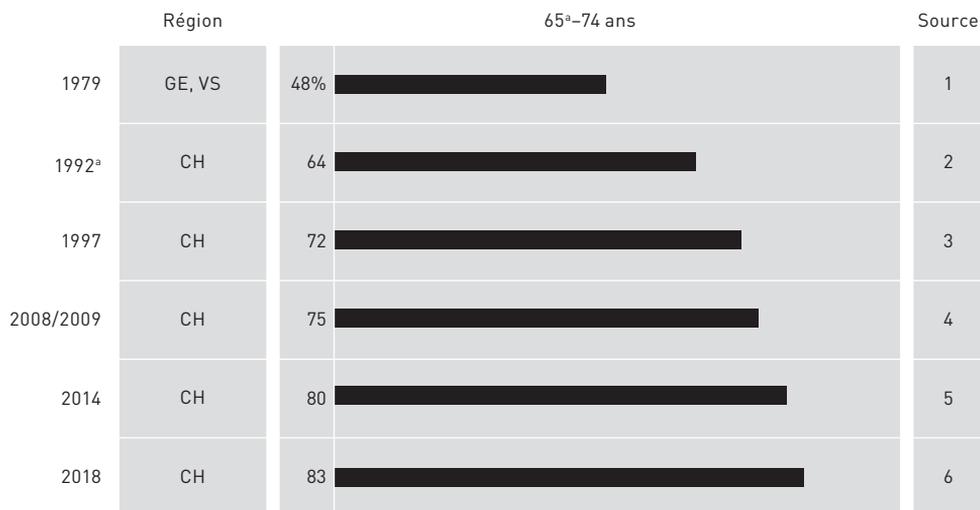
La part des personnes âgées de 80 ans et plus qualifiant leur santé de bonne à très bonne a également augmenté. Même si, selon l'enquête réalisée en 2018, seuls 15% des hommes et femmes de 80 ans ou plus vivant à domicile ont qualifié leur santé de « très bonne », pas moins de 45% l'ont qualifiée de « bonne ». Les 40% restants ont jugé leur santé « médiocre » à « mauvaise ».

*Santé subjective des personnes âgées – deux réserves:* Pour l'interprétation des données sur la santé subjective des personnes âgées, deux réserves essentielles doivent être émises.

Premièrement, les personnes en bonne santé sont susceptibles de vieillir beaucoup plus longtemps que les personnes souffrant précocement de maladies chroniques. Les personnes âgées bénéficiant d'une bonne santé relèvent d'une catégorie sociale particulière. Ces personnes se caractérisent souvent par un haut niveau de formation, une situation économique stable et une bonne intégration sociale. Par ailleurs, les facteurs biogénétiques sont également importants. Les personnes qui, pour quelque raison que ce soit, souffrent précocement de problèmes de santé ou de sénescence déménagent plus tôt dans un établissement médico-social et décèdent également plus tôt. Une réserve d'ordre méthodologique est également introduite par le fait que les personnes

## Sentiment de bonne ou très bonne santé chez les personnes de 65<sup>a</sup>-74 ans : auto-évaluations réalisées entre 1979 et 2018

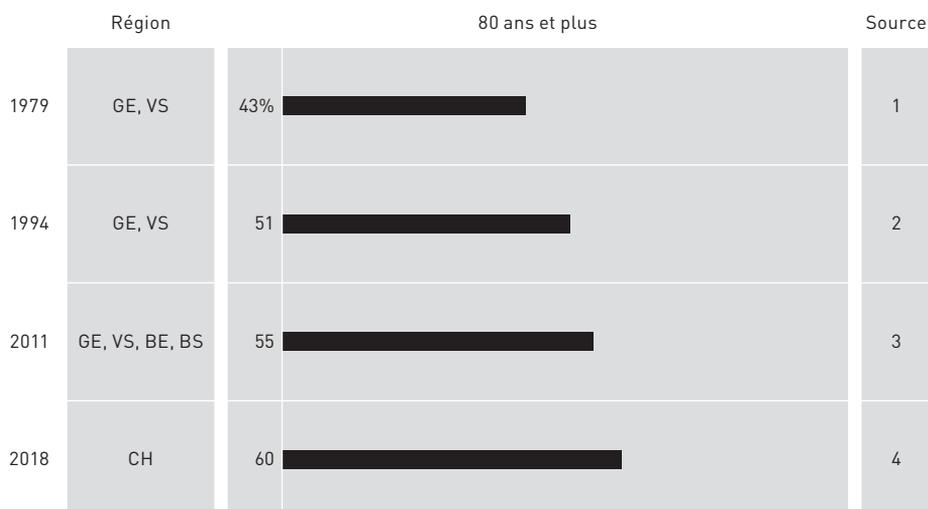
2.4



<sup>a</sup> Groupes d'âge : 65-74 ans, à l'exception de 1992 (60-74 ans) ; sources : 1 : GUGRISPA, 1983 ; 2 : Leu et al., 1997 : tab. 4.3 ; 3 : OFS, 1997 ; 4 : European Social Survey, 2008/09 (analyses propres) ; 5 : Camenzind et Petrini, 2014 ; 6 : Age, 2018 (analyses propres).

## Sentiment de bonne ou très bonne santé chez les personnes de 80+ : auto-évaluations réalisées entre 1979 et 2018

2.5



Personnes vivant à domicile.

Sources : 1 : GUGRISPA, 1983 ; 2 : Lative d'Épinay et al., 1997 ; 3 : CIGEV-LIVES Vivre-Leben-Vivere, 2016 ; 4 : Age, 2018 (données pondérées).

âgées atteintes de démence ou hospitalisées pendant une longue période ne peuvent pas être interviewées.

Deuxièmement, en prenant de l'âge, la question de savoir si sa propre santé est bonne ne se pose plus exclusivement sur la base de critères médicaux objectifs. La comparaison avec ses pairs de même âge ou peut-être déjà décédés est significative. Pour une grande part des personnes âgées qui se sentent en bonne santé, ce sentiment peut également résulter d'une diminution des besoins en matière de santé : on se sent encore relativement en bonne santé parce que les connaissances du même âge se sentent beaucoup plus mal ou parce que, malgré ses problèmes de santé, on est encore passablement en mesure de se déplacer et de pratiquer des activités.

*Rapport entre la situation sociale et le bien-être des personnes âgées :* L'état de santé des personnes âgées varie selon le milieu social. Les personnes financièrement aisées et ayant atteint un haut niveau de formation profitent d'une retraite en bonne santé plus souvent et plus longtemps que les personnes à faible revenu et dont le niveau de formation est bas, cette observation étant l'une des mieux étayées dans le domaine des sciences sociales (Ilinca *et al.*, 2016 ; Unger, 2016). Les données ci-après (figure 2.6) illustrent également des différences sociales frappantes en rapport avec le bien-être des personnes âgées. La proportion de répondants en très bonne santé augmente en fonction du niveau de formation et du revenu. Les personnes dont le niveau de formation est bas et qui, dans leur vie, ont souvent dû effectuer des activités professionnelles physiquement exigeantes ont tendance à souffrir d'une mauvaise santé à l'âge de la retraite. Les rentiers AVS dont le revenu est faible se sentent également en moins bonne santé, ce qui peut tenir au fait que les problèmes économiques contribuent à une mauvaise alimentation ou à un recours limité au système de santé.

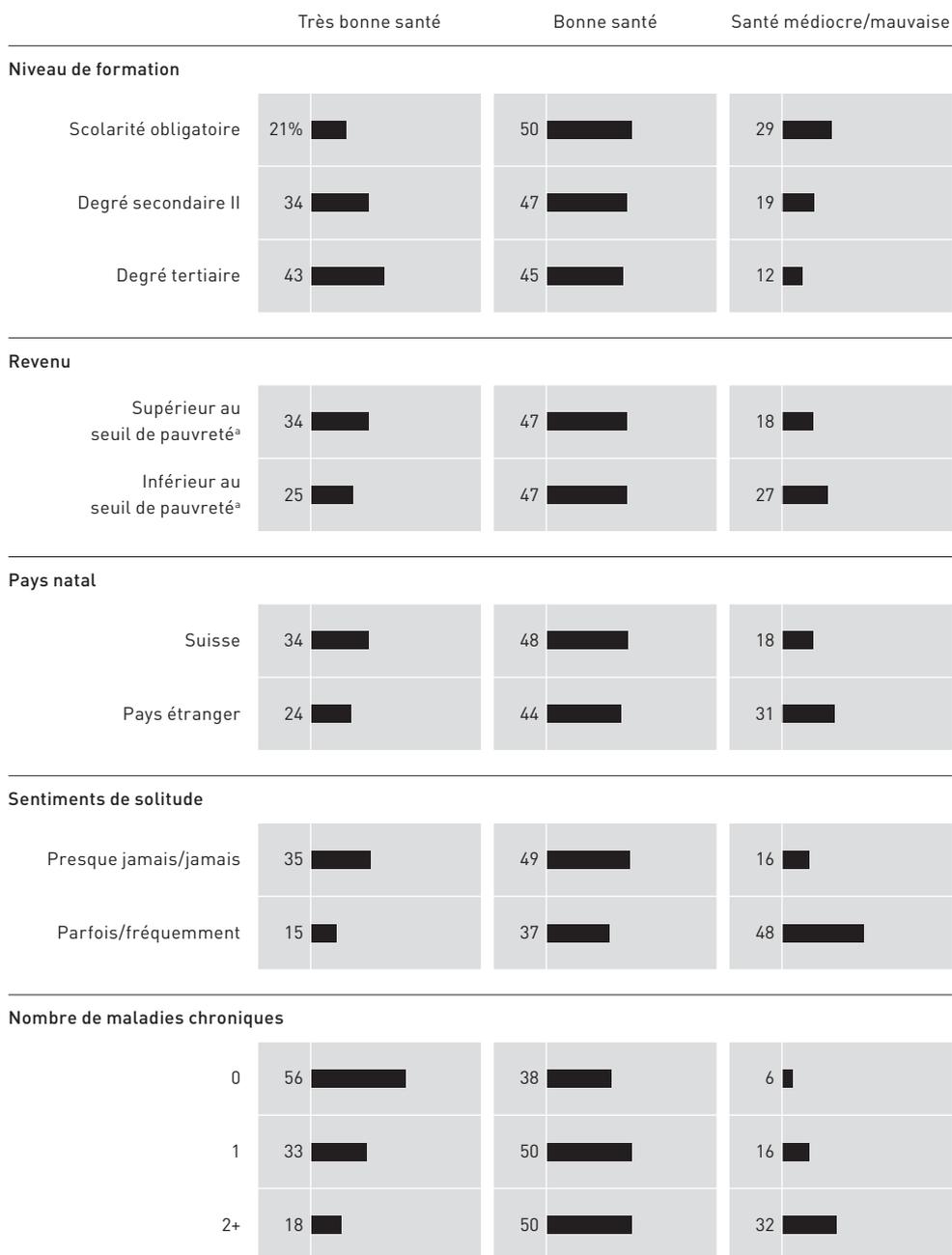
Les personnes âgées nées à l'étranger se sentent en moins bonne santé que celles nées en Suisse. Cela s'explique principalement par le fait que de nombreux migrants âgés ont dû travailler dur physiquement et ne reçoivent aujourd'hui que de faibles rentes en raison des bas salaires qui ont été les leurs. Les étrangers âgés perçoivent des prestations complémentaires de l'AVS deux fois plus souvent que les Suisses de même âge.

*Le sentiment d'être en bonne santé est lié au niveau d'intégration sociale :* Les personnes âgées vivant seules se sentent moins en bonne santé que les personnes socialement bien intégrées. Le lien de cause à effet entre la solitude ressentie et la santé subjective peut être mutuel : les maladies et les limitations fonctionnelles peuvent contribuer à la solitude, par exemple lorsque les personnes âgées ne sortent presque plus de chez elles en raison d'une mobilité réduite. Inversement, le sentiment de solitude peut, comme toute souffrance psychique, contribuer à une mauvaise évaluation de sa propre santé.

Fig.  
2.6

## État de santé à 65+ : auto-classification selon les caractéristiques sociales, 2017

2.6



Personnes vivant à domicile. <sup>a</sup>Pauvreté : moins de 60% du revenu médian.

Certaines sommes des parts n'atteignent pas 100% en raison de réponses manquantes.

Source : Merçay, 2017 : 11.

*Multimorbidité et santé subjective*: Il n'est pas surprenant de constater que plus les personnes souffrent de maladies chroniques, plus elles ont un point de vue négatif sur leur propre santé. Il est cependant intéressant de noter qu'un nombre relativement élevé de personnes âgées ayant reçu le diagnostic médical de deux maladies ou plus qualifient malgré tout leur santé de « bonne » à « très bonne ». Cela s'explique par le fait qu'à l'heure actuelle, dans de nombreuses maladies chroniques, un traitement bien ciblé permet d'éviter les restrictions quotidiennes. Les développements médicaux permettent à un nombre croissant de personnes d'habiter plus longtemps à leur domicile et de conserver une vie active malgré les maladies diagnostiquées.

### 2.2.2 Maladies chroniques – une situation relativement courante chez les personnes âgées

L'évaluation subjective de la santé fournit des informations sur le bien-être psychique, mais pas sur la fréquence et la distribution des maladies chroniques. « Vieillir tout en restant en bonne santé » est souvent possible malgré des maladies chroniques médicalement diagnostiquées, telles que le diabète.

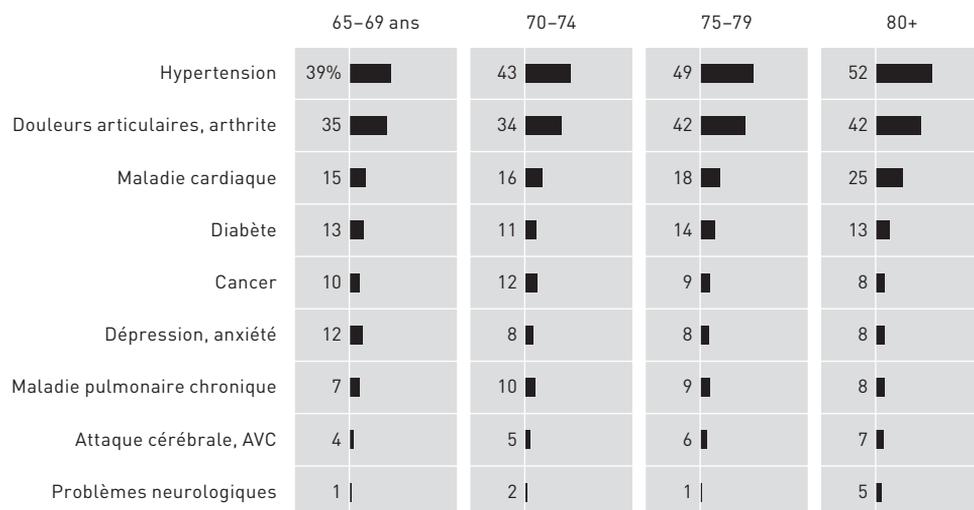
*Maladies chroniques courantes chez les personnes âgées*: Les maladies les plus courantes chez les personnes âgées sont l'hypertension artérielle, les rhumatismes et les troubles cardiovasculaires. Ces maladies chroniques deviennent de plus en plus fréquentes avec l'âge. En revanche, les douleurs à l'estomac et les migraines ont tendance à diminuer. Les femmes âgées souffrent souvent de rhumatismes, alors que les hommes âgés sont souvent diagnostiqués comme souffrant de maladies cardiovasculaires et de diabète, pathologies couramment rapportées à une surcharge pondérale en tant que cause directe. Tout comme pour la santé subjective, il existe d'importants liens entre les différences sociales et la distribution des maladies chroniques. L'hypertension, les maladies rhumatismales, le diabète et la dépression sont plus fréquents dans les groupes dont le niveau de formation est bas. Sur le plan du logement, un problème se pose du fait qu'un bon nombre de personnes âgées ayant particulièrement besoin d'un logement adapté et d'un environnement sain ne peuvent pas se permettre de telles commodités pour des raisons financières.

Fig.  
2.7

*Polymédication des personnes âgées*: À un âge avancé, l'administration simultanée de plusieurs médicaments, la polymédication, devient courante. En 2017, 29% des personnes âgées de 65 ans ou plus vivant à domicile en Suisse ont consommé, sur ordonnance, entre quatre et sept médicaments. Une part de 3% a consommé huit médicaments ou davantage. Au niveau international, c'est aux États-Unis que la consommation de médicaments est la plus forte (36% de la population en consomme quatre à sept; une part de 19% en consomme

## Maladies chroniques diagnostiquées chez les personnes âgées de 65+ vivant à domicile : parts selon les groupes d'âge, 2017

2.7



Source : Merçay, 2017 : 13.

huit et plus) (Merçay, 2017: 31). On constate, sans surprise, que la fréquence de la polymédication augmente avec l'âge. Si 27% des personnes âgées de 65 à 69 ans prennent quatre médicaments d'ordonnance ou plus, ce pourcentage atteint 42% chez les personnes âgées de 80 ans et plus qui vivent à domicile.

*Évaluation subjective du risque de chute chez les personnes âgées*: L'affaiblissement des organes de l'équilibre sous l'effet du vieillissement ainsi que la consommation de médicaments peuvent entraîner des étourdissements et des troubles de l'équilibre, ce qui accroît le risque de chute. Un seuil à l'entrée d'un appartement de même que tous les autres facteurs de risque présents dans le milieu de vie – tels que trottoirs irréguliers ou routes verglacées en hiver – peuvent aussi augmenter le risque de chute. Les chutes chez les personnes âgées entraînent non seulement des ecchymoses sévères, mais souvent aussi de graves fractures. Une personne âgée sur dix confirme qu'elle se sent exposée à un risque élevé de chute. Ce risque est plus souvent relevé par les personnes âgées vivant en Suisse romande et en Suisse italienne que par les Suisses alémaniques. Cela peut s'expliquer par le fait qu'en Suisse alémanique les personnes âgées fragiles et donc sujettes aux fractures sont plus souvent traitées en milieu hospitalier. Les écarts notés entre les différentes régions linguistiques peuvent également résulter d'approches différentes en matière de prévention des chutes.

Fig.  
2.8

### 2.2.3 Vers une fin de vie autodéterminée

Deux développements ont contribué au fait que la question de l'autodétermination en matière de fin de vie a pris de plus en plus d'importance dans l'actualité<sup>2</sup>.

Premièrement, de plus en plus de personnes atteignent un âge avancé, d'où un questionnement *plus important* sur le sens et les limites des interventions médicales destinées à la survie. Non seulement la fatigue de vivre, mais aussi un souhait de renoncer à la vie, peuvent motiver les personnes âgées à s'abstenir d'interventions destinées à prolonger leur vie ou même à faire appel à une organisation d'aide au suicide (voir à ce propos: Monod *et al.* 2017). Deuxièmement, le modèle de la retraite « active » et autodéterminée conduit automatiquement à celui d'une fin de vie autodéterminée. Les personnes qui, dans leur vie, ont toujours cherché à se sentir actives aspirent à déterminer également la fin de leur vie, notamment à travers le recours à une organisation d'aide au suicide.

*Dispositions concernant le mode de traitement en fin de vie:* La plupart des personnes âgées ont discuté de leur souhait de traitement ou de non-traitement en fin de vie avec des proches ou des professionnels de la santé. Cependant,

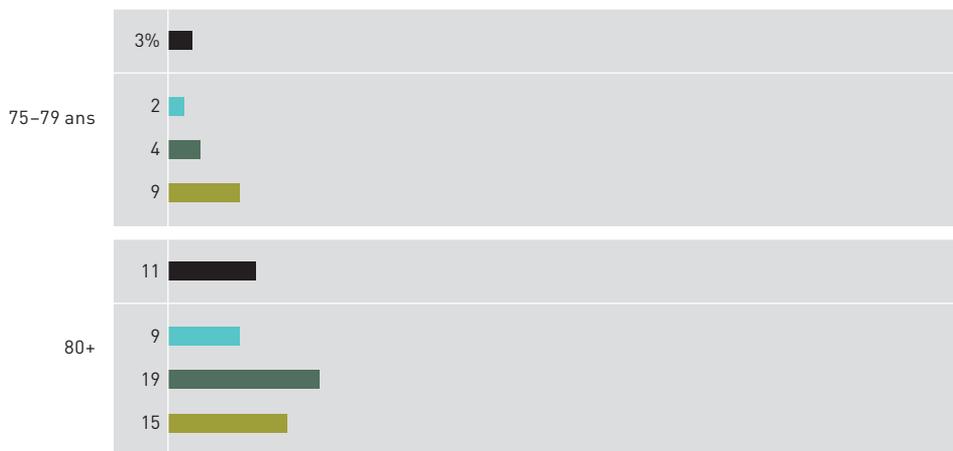
Fig.  
2.9

ces souhaits formulés oralement sont souvent vagues et facilement oubliés. L'établissement d'une directive anticipée est donc recommandé. Toutefois, bien que la tendance soit à la hausse, la majorité des personnes âgées ne rédigent pas de directive anticipée. Il importe que la responsabilité soit attribuée, à un stade précoce, à une personne qui connaît la volonté de la personne intéressée et qui serait apte à la faire respecter dans le cas où elle perdrait la capacité de discernement, par exemple en raison d'une démence. Une telle décision est également un fait devenu plus courant. On note aussi une légère augmentation du nombre de personnes adhérant ou souhaitant adhérer à une organisation d'aide au suicide. Dans l'ensemble se dessine clairement une tendance vers une organisation autodéterminée de la fin de vie, bien qu'un grand nombre de personnes âgées refoulent ou tentent de refouler l'idée de la mort et de leur décès.

2 Sur les questions concernant la fin de vie et la mort dans les établissements médico-sociaux, cf. contribution Ammann, Salis Gros, Rauber dans la présente édition.

## Risque de chute : part des personnes âgées qui s'estiment exposées à un risque élevé<sup>a</sup> de chute, par tranche d'âge et par région linguistique

2.8



■ Ensemble de la Suisse (données pondérées) | ■ CH alémanique ■ CH romande ■ CH italienne

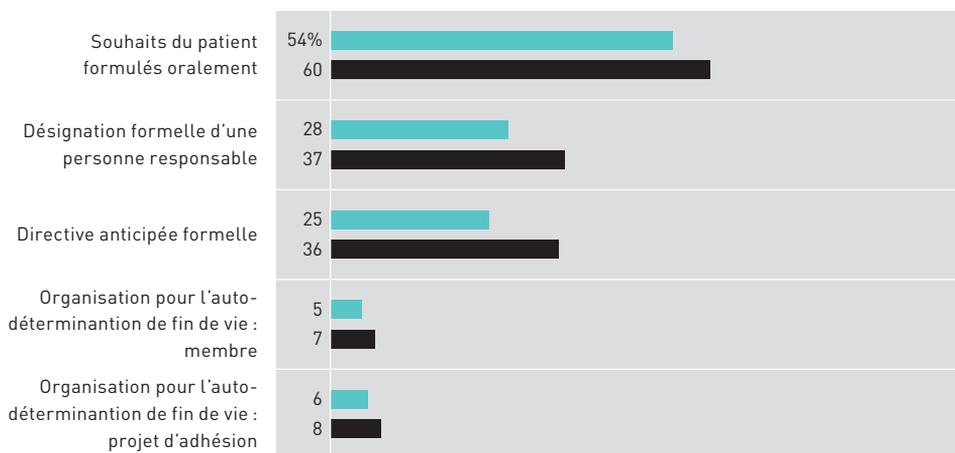
Personnes vivant à domicile, 2017.

<sup>a</sup> Catégories de classification : « élevé », « moyen », « faible ».

Source : Merçay, 2017 : 14.

## Mesures de planification de la fin de vie : données concernant des personnes âgées de 65+ vivant à domicile, 2014 et 2017

2.9



■ 2014 ■ 2017

Source : Merçay, 2017 : 38 ss.

## Synthèse

- › Les nouvelles générations de personnes âgées ont largement assimilé la conception de «l'apprentissage tout au long de la vie». Les personnes «relativement âgées» sont en principe ouvertes à l'innovation, mais elles ont appris par expérience que tout ce qui est nouveau n'est pas forcément meilleur.
- › Bien qu'avec un certain retard, les personnes âgées ont également adopté les nouveaux moyens de communication et d'information. La proportion de personnes âgées qui utilisent régulièrement internet a augmenté rapidement.
- › Les femmes et les hommes âgés se sentent plus jeunes qu'ils ne le sont. Quant à savoir à partir de quel âge une personne est considérée comme «vieille», les répondants fixent généralement la limite à 80 ans. Il s'ensuit que les offres de logement destinées aux personnes âgées ne suscitent, a priori, que peu d'intérêt chez les moins de 75 ans, voire 80 ans.
- › En dépit de la fréquence des maladies chroniques, le pourcentage des personnes âgées estimant être en bonne santé est plus important qu'il ne l'était auparavant. Les femmes et les hommes aisés et bénéficiant d'un haut niveau de formation profitent plus longtemps d'une retraite en bonne santé que les personnes à faible revenu et dont le niveau de formation est bas.
- › Dans l'ensemble, on observe une tendance à l'autodétermination en matière de planification de fin de vie, à savoir qu'une majorité de personnes âgées discutent avec des proches ou des professionnels de la santé du traitement dont ils souhaitent bénéficier durant la dernière phase de leur vie. La décision d'établir une directive anticipée est un fait qui devient plus fréquent.





3

Structure des  
ménages et  
modes de vie des  
personnes âgées

## Table des matières

3.1 La tendance est aux ménages de petite taille

3.2 Le partenariat chez les personnes âgées

3.3 La solitude des personnes âgées

3.4 Vivre dans un établissement médico-social

Synthèse

### 3.1 La tendance est aux ménages de petite taille

*Une proportion de plus en plus importante de petits ménages:* La prospérité économique et l'individualisation ont contribué à réduire la taille des ménages (nombre de personnes par ménage) au cours des dernières décennies. Les jeunes aussi bien que les personnes âgées sont plus nombreux que par le passé à pouvoir s'offrir un logement en toute autonomie, alors que moins de personnes dépendent de la présence de leurs parents ou de personnes non apparentées. Ainsi, la sous-location est une relation contractuelle devenue rare en Suisse, de même que les ménages réunissant des membres de trois générations différentes. On estime que moins de 1% de la totalité des ménages réunissent sous le même toit des représentants de plus de deux générations. Au contraire, les ménages d'une personne sont devenus plus courants. Parmi les personnes qui vivent à leur domicile privé, la part des ménages d'une personne a augmenté de manière constante, passant de 4% en 1960 à un peu plus de 16% en 2017. Quant aux personnes âgées de 65 ans et plus, 32% d'entre elles vivent seules. En revanche, la part des personnes vivant en ménage privé de cinq personnes ou plus est passée de 39% à 15% entre 1960 et 2017. Même parmi les personnes âgées, rares sont celles qui vivent dans des ménages de taille plus importante. Selon les données statistiques concernant les ménages, 1% seulement de l'ensemble des personnes âgées de 65 ans et plus vivant à domicile faisaient partie d'un ménage multifamilial (ménages comptant au moins deux familles nucléaires indépendantes) en 2016, tandis que 1,3% d'entre elles vivaient avec des personnes sans lien de parenté, dans des ménages dits non familiaux. L'enquête sur le logement menée en avec le soutien de *Age-Stiftung* et de la Fondation Leenaards confirme également la concentration sur les petits ménages, seule une petite minorité des répondants âgés de 65 ans ou plus vivant dans des ménages de trois personnes ou plus (Suisse alémanique 5%; Suisse romande 8%; Suisse italienne 13%).

*L'évolution démographique renforce la tendance vers les petits ménages:* Premièrement, le nombre et la proportion de familles nombreuses diminuent parallèlement à la baisse des taux de natalité. Deuxièmement, le vieillissement démographique accentue la proportion de personnes âgées. À un âge avancé – après le départ des enfants –, la plupart des hommes et des femmes plus âgés vivent dans des ménages d'une ou deux personnes. Après avoir perdu leur partenaire, les personnes âgées vivent généralement seules dans un ménage d'une personne. Selon les scénarios de l'Office fédéral de la statistique (OFS, 2017a), la tendance vers les petits ménages se poursuivra donc dans les décennies à venir. En 2035, par exemple, près de la moitié (47%) des personnes résidant à leur domicile devraient former des ménages ne comptant qu'une ou deux personnes. Cette tendance implique que le besoin et la de-

Fig.  
3.1

mande d'appartements conçus pour une ou deux personnes augmenteront davantage que pour les grands appartements, en particulier dans les zones urbaines (Breit et Gürtler, 2018: 16).

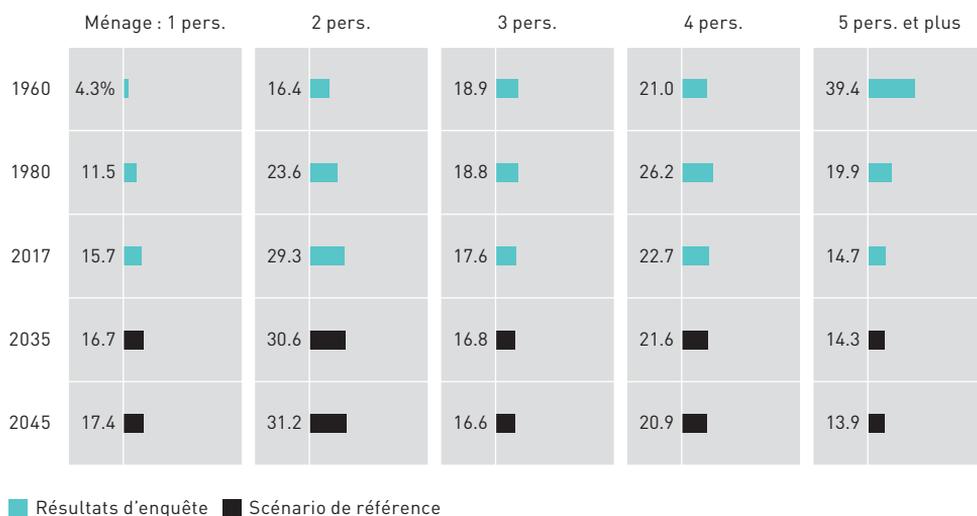
*Statistique des ménages – réserves en matière d'interprétation*: Dans l'interprétation des données statistiques sur les ménages, deux aspects doivent toutefois être pris en compte.

- › Premièrement, bien que de nombreuses personnes vivent dans des ménages dits collectifs, tels que des monastères, des prisons, des cliniques ou des établissements médico-sociaux, seuls les ménages privés sont pris en considération. La question du nombre des personnes âgées qui optent pour des formes de logement collectifs, tels que les établissements médico-sociaux, sera abordée plus loin (cf. chapitre 3.5).
- › Deuxièmement, le recensement des ménages se réfère à des unités de ménage définies statistiquement. Est considérée comme un ménage toute unité résidentielle équipée d'une cuisinière et d'une salle de bains privées. Par exemple, sept personnes âgées qui vivent dans une communauté d'habitation pour les seniors, mais qui disposent chacune de leur propre logement privé avec salle de bains (et leur propre adresse postale), sont statistiquement recensées en tant que sept ménages d'une seule personne. Un père âgé qui vit dans la maison de sa fille, dont il reçoit des soins, mais qui a son propre appartement est, du point de vue statistique, une personne vivant seule. Un homme retraité qui établit une nouvelle relation de couple après un divorce, mais qui ne vit pas dans le même ménage que sa nouvelle partenaire, a certes une relation de partenariat étroite avec elle; cependant, les deux personnes seront statistiquement considérées comme deux célibataires.

Une complexité supplémentaire peut survenir lorsque les personnes ont deux ménages (par exemple si elles séjournent en ville durant la semaine et à la montagne pendant le week-end). En effet, en Suisse, les personnes âgées disposent souvent d'une maison de vacances, dans laquelle elles passent une partie importante de leur vie de retraités.

Dans notre société de mobilité et d'individualisme, les statistiques sur les ménages ne sont pas très significatives en ce qui concerne les modes de vie sociaux. L'interprétation, autrefois courante, selon laquelle l'augmentation du nombre des ménages d'une seule personne relèverait d'une «singularisation» ou d'un «isolement» social apparaît erronée. Les relations sociales avec des personnes extérieures au ménage sont particulièrement importantes au temps de la vieillesse. Il est également rare que les contacts intergénérationnels disparaissent après que les enfants ont quitté le foyer de leurs parents; géné-

## Répartition de la population selon la taille du ménage : évolution de 1960 à 2045



Personnes vivant à domicile/dans des ménages privés. Sources : OFS : jusqu'en 2000 : Recensement de la population ; 2017 : Relevé structurel ; 2035–2045 : scénarios de l'évolution des ménages, 2017, ménages privés selon leur taille, scénario de référence [su-d-01.03.03.03].

ralement, l'intimité de leurs relations perdure malgré la distance. Ainsi, les enfants adultes et leurs parents conservent souvent des relations étroites, mais chaque génération dispose en général de son propre ménage privé (Isengard, 2018 ; Szydlik, 2016).

### 3.2 Le partenariat chez les personnes âgées

La grande majorité des femmes et des hommes vivent en couple avant et après la retraite. Les choix que font les personnes âgées en matière de logement résultent souvent de décisions prises en couple, ou liées à la perte du partenaire le cas échéant. Cependant, les partenariats les plus anciens traversant une période de mutation, on a observé, au cours des dernières décennies, une augmentation des divorces avant et après la retraite (Perrig-Chiello, 2017).

*Relations de couple et retraite*: Les partenariats modernes impliquent de plus en plus souvent la conciliation de deux carrières professionnelles, qui exigent une certaine coordination lors du passage à la retraite. Grâce à des modèles de retraite souples, on peut observer un large éventail de scénarios de transition vers la retraite. Les approches souvent adoptées par les couples consistent à

se « coordonner sans avoir à s'engager » ou à « assurer ses propres intérêts de manière indépendante ». Tout aussi souvent, les couples visent à élaborer une approche définie en commun, par exemple dans la perspective de « commencer quelque chose de nouveau ensemble ». Cependant, une crainte souvent exprimée, par les femmes en particulier, est celle de perdre sa liberté après le départ à la retraite ou de ne plus être alors en mesure d'élaborer des plans en commun. Le défi de la retraite est également fréquemment abordé sous l'angle d'une proximité accrue (Métrailler, 2018) et de la capacité à trouver une nouvelle « bonne distance » conjugale au sein du couple (Caradec, 1996). Il semble plutôt rare que les couples partagent les mêmes idéaux en matière de retraite. En d'autres termes, la retraite oblige souvent les couples à faire des concessions mutuelles. Selon les cas, il peut s'agir d'un besoin d'autodétermination, de paix et de détente, du maintien du mode de vie antérieur ou du développement de nouvelles bases communes. Dans ce contexte, un réaménagement du logement ou du lieu de résidence peut également devenir l'un des sujets principaux de la discussion, qu'il s'agisse de transformer une ancienne chambre d'enfant en chambre de loisirs ou de déménager dans un appartement plus petit, mais mieux centré. Pour les couples étrangers ou binationaux, la question cruciale du retour dans le pays d'origine fait souvent débat.

*Proportion accrue de personnes âgées vivant en couple marié*: Fait intéressant, la proportion de personnes âgées mariées a augmenté au cours des dernières décennies. Alors qu'en 1970, seules 7% des femmes âgées de 85 à 89 ans étaient mariées, le taux correspondant était de 21% en 2016. Le fait qu'une plus grande part des personnes âgées vivent aujourd'hui en couple marié tient à deux facteurs. Premièrement, il existe actuellement des cohortes de personnes âgées qui prédisent le mariage, c'est-à-dire des femmes et des hommes qui se sont mariés à une époque où les partenariats et les divorces étaient encore relativement rares. Deuxièmement, au cours des dernières décennies, l'augmentation de l'espérance de vie chez les hommes et la réduction des différences d'âge chez les couples mariés ont réduit statistiquement la durée de la vie des veuves célibataires (Breit et Gürtler, 2018 : 18). Le veuvage dans la vieillesse reste fréquent, mais il survient en général plus tardivement.

Fig.  
3.2

*D'importantes différences selon le sexe*: En ce qui a trait au mode de vie des personnes âgées, les différences les plus notables entre les sexes ne se sont guère réduites. Les types de ménage et les modes de vie des personnes âgées varient selon le sexe : à un âge avancé, les hommes se remarient beaucoup plus souvent que les femmes. Alors que près de la moitié des hommes de 90 ans et plus sont mariés, cela n'est le cas que pour 8% des femmes du même âge. Cet écart tient à divers facteurs. Les femmes ayant une espérance de vie plus élevée que les

## Personnes mariées âgées de 65+ : répartition de la population en 1970 et 2016 par groupe d'âge et sexe

3.2

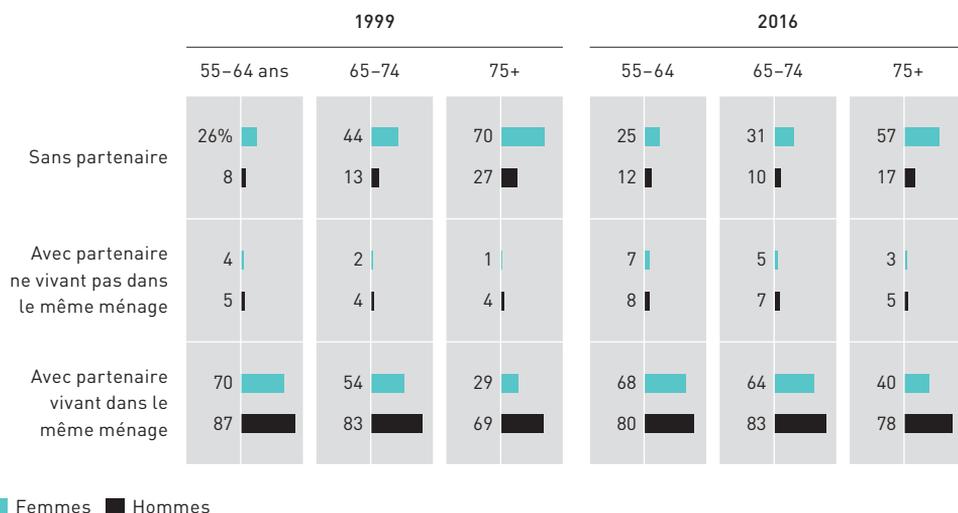


Ces statistiques prennent en compte les partenariats enregistrés.

Source : OFS (Registre de l'état civil).

## Statut de partenariat dans la population âgée : parts en 1999 et en 2016 selon le groupe d'âge et le sexe

3.3



Personnes vivant à domicile.

Sources : PSM, 1999 et 2016 (données pondérées, évaluations propres).

hommes, elles survivent en effet souvent à leur mari. Cette tendance se trouve renforcée par le fait que les hommes épousent généralement une femme plus jeune qu'eux. Le veuvage est un sort courant chez les personnes âgées, surtout chez les femmes. Les hommes ont davantage tendance à se remarier après avoir perdu leur partenaire par suite d'un décès ou d'un divorce, notamment parce qu'ils ont plus de chances de se marier à un âge avancé, étant donné leur minorité démographique par rapport aux femmes du même âge.

*Des relations entre partenaires de plus en plus étroites mais des ménages séparés :* La figure 3.3 montre également que les femmes âgées ont davantage tendance à vivre sans partenaire que les hommes du même âge. En outre, les nouvelles générations d'hommes et de femmes âgés sont de plus en plus enclines à cultiver d'étroites relations de partenariat tout en vivant chacun dans son propre ménage. Les couples dits « non cohabitants » (c.-à-d. dont les membres ne vivent pas sous le même toit) sont également de plus en plus courants dans la population des personnes âgées, en particulier lorsqu'il s'agit de nouveaux partenariats. Bien qu'ils ne soient pas recensés de manière distincte, on peut supposer que les nouveaux partenariats ne concernent pas seulement des relations hétérosexuelles, mais également de plus en plus des relations entre partenaires de même sexe.

Fig.  
3.3

### 3.3 La solitude des personnes âgées

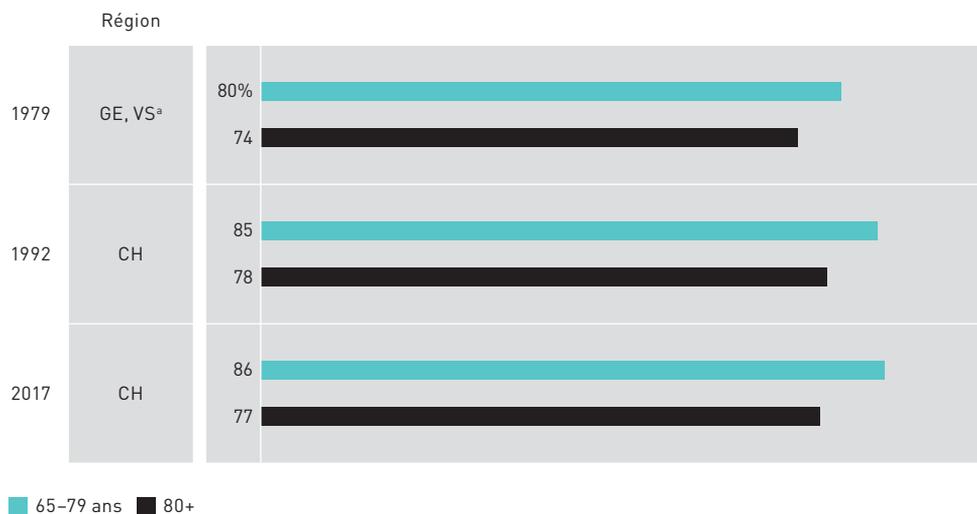
La solitude des personnes âgées est un sujet très fréquemment abordé. L'une des affirmations non critiques qui revient constamment est que la solitude dans la vieillesse est devenue plus importante au fil des développements sociaux, du fait que notre société serait devenue plus anonyme et moins solidaire. De là, on extrapole, sans examen critique, que le nombre croissant des personnes vivant seules explique une tendance croissante du nombre de celles qui souffrent de la solitude.

*Sentiment de solitude : comparaison dans le temps :* La comparaison temporelle des sentiments de solitude exprimés par les personnes âgées réfute l'hypothèse selon laquelle, aujourd'hui, une part relativement plus importante d'entre elles se sentiraient seules. La part des personnes qui, selon leurs propres déclarations, ne se sentent jamais ou presque jamais seules a légèrement augmenté chez les personnes âgées de 65 à 79 ans, tandis qu'elle est demeurée plus ou moins stable chez les personnes de 80 ans et plus. Puisque l'on compte aujourd'hui davantage de personnes âgées que par le passé, le nombre de celles qui se sentent seules a néanmoins augmenté en termes absolus.

Fig.  
3.4

## Personnes âgées qui ne se sentent « presque jamais ou jamais » seules : répartition par groupe d'âge, 1979, 1992 et 2017

3.4



Personnes vivant à domicile.

<sup>a</sup>Valais central.

Sources : 1979 : GUGRISPA, 1983 ; 1992 : Leu et al., 1997 ; 2017 : Merçay, 2017.

Le sentiment de solitude et d'isolement social n'est pas nécessairement lié à l'absence de bonnes relations sociales. D'une part, toutes les personnes âgées isolées ne se sentent pas seules. D'autre part, le sentiment de solitude peut également être envisagé dans une relation de couple et avec de bons contacts familiaux. Les personnes âgées peuvent notamment se sentir seules du fait que tous les membres de leur entourage sont décédés et qu'elles vivent dans un quartier dont la population est beaucoup plus jeune et suit des modes de vie complètement différents du leur.

*Facteurs influant sur la solitude des personnes âgées :* Une enquête menée en 2017 dans quatre cantons (Bâle-Campagne, Bâle-Ville, Argovie et Soleure) auprès des plus de 50 ans n'a pas révélé de différence significative de sexe ou d'âge dans la fréquence du sentiment de solitude. Le niveau de formation est apparu plus déterminant à cet égard, à savoir que plus le niveau de formation des personnes âgées était bas, plus il était fréquent qu'elles fassent état d'un sentiment de solitude. Les répondants qui avaient des enfants exprimaient un peu plus rarement un sentiment de solitude que les personnes du même âge sans enfants. La situation en matière de partenariat était également déterminante. Les personnes qui ne vivaient pas en couple ont plus souvent déclaré un sentiment de solitude (Schicka et Uggowitz, 2017). Les données

Fig.  
3.5

présentées dans la figure 3.5 confirment également un sentiment de solitude plus fréquent chez les personnes âgées sans partenaire. En l'absence d'une relation de couple – pour cause de divorce ou de veuvage –, le sentiment de solitude est plus fort lorsqu'il n'y a pas d'amis proches. Cela souligne l'important effet compensatoire des relations d'amitié dans la vieillesse par rapport à la perte du partenaire (Höpflinger, dans la presse).

### 3.4 Vivre dans un établissement médico-social

Les personnes âgées qui ont longtemps vécu de façon autonome et individualisée sont de plus en plus confrontées à la transition vers un « ménage collectif », c'est-à-dire vers un mode de vie associé à une diminution de l'autonomie individuelle et à la perte de l'autonomie ménagère. Le déménagement dans un établissement médico-social (EMS) est généralement perçu négativement et reporté le plus longtemps possible (Seifert et Schelling, 2013) (voir aussi chapitre 8).

*EMS – tendances :* Entre 1970 et 1990, le domaine des soins gériatriques institutionnalisés a été élargi en Suisse, raison pour laquelle la proportion de personnes âgées vivant dans des EMS a augmenté pendant cette période. Ce n'est qu'après 1990, et surtout après 2000, que les structures de soins à domicile (services d'aide et de soins à domicile) ont été promues. On a alors vu apparaître des appartements mieux adaptés à l'âge, notamment exempts de tout obstacle. Cela a permis aux personnes âgées de vivre plus longtemps en ménage privé. Cette situation, conjuguée à une tendance à l'allongement de l'espérance de vie en bonne santé, a entraîné ces dernières années une diminution de la part des personnes âgées vivant dans un EMS.

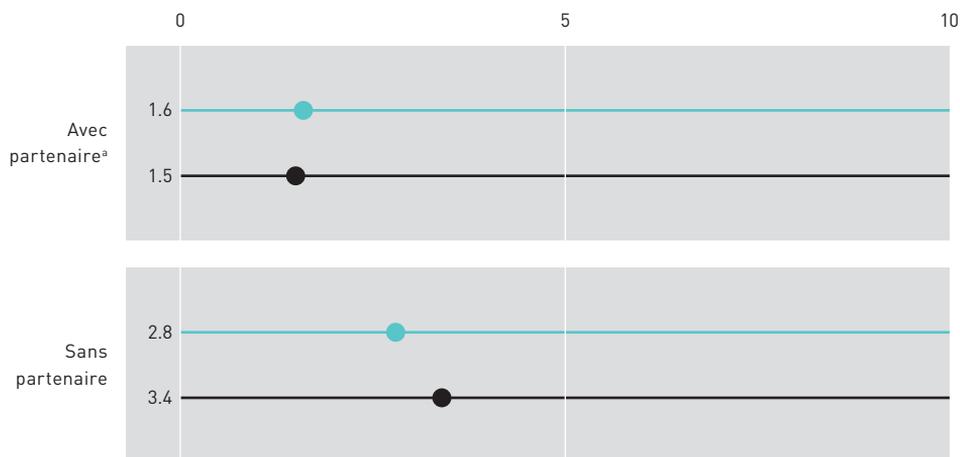
*Vivre à son domicile, même à un âge très avancé, est plus fréquent :* Bien que la proportion de femmes et d'hommes résidant dans un EMS continue d'augmenter avec l'âge, même les personnes de 90 ans et plus vivent aujourd'hui plus souvent à leur domicile privé. Étant donné que les femmes âgées vivent moins souvent en couple – notamment pour cause de veuvage –, davantage de femmes que d'hommes vivent leur vieillesse dans des EMS. Ce phénomène est renforcé par le fait que les femmes âgées sont proportionnellement plus nombreuses à souffrir de maladies chroniques rendant difficile ou impossible une vie autonome, mais n'entraînant pas immédiatement la mort (par exemple, l'insuffisance cardiaque, à la différence de l'infarctus).

Dans l'ensemble de la Suisse, sur 1000 habitants âgés de 65 ans et plus, un peu plus de 15 personnes en moyenne résident dans un EMS. On note cependant d'importants écarts entre les cantons. Les cantons alpins que sont

Fig.  
3.6

## Fréquence des sentiments de solitude chez les personnes de 65+ : valeurs moyennes sur une échelle de 0 à 10 selon le tissu relationnel

3.5



■ Ayant des amis<sup>b</sup> ■ Sans amis

0 = jamais, 10 = toujours. Personnes vivant à domicile, 2016. <sup>a</sup> Comprend également les relations avec des partenaires qui ne vivent pas ensemble. <sup>b</sup> Au moins une amitié étroite citée.

Source : PSM, 2016 (données pondérées, analyses propres).

## Personnes prises en charge dans les EMS : part de la population totale en 2002 et en 2016

3.6



■ Femmes ■ Hommes

Source : OFS, statistique des institutions médico-sociales (SOMED), 2002 et 2016.

Date de référence des taux de prise en charge : 31 décembre.

Uri, Glaris, Appenzell Rhodes-Extérieures, mais également les cantons de Schaffhouse et de Bâle-Ville connaissent une forte proportion de personnes âgées résidant dans des EMS. Dans les cantons de Fribourg, Vaud, Valais et Genève, la proportion est relativement faible en raison de l'expansion des services de soins à domicile.

*Âge d'entrée en EMS élevé et durée de séjour réduite*: L'âge moyen d'entrée en EMS, qui a augmenté au cours des dernières décennies, était de 81 ou 82 ans en 2016.

Fig.  
3.7

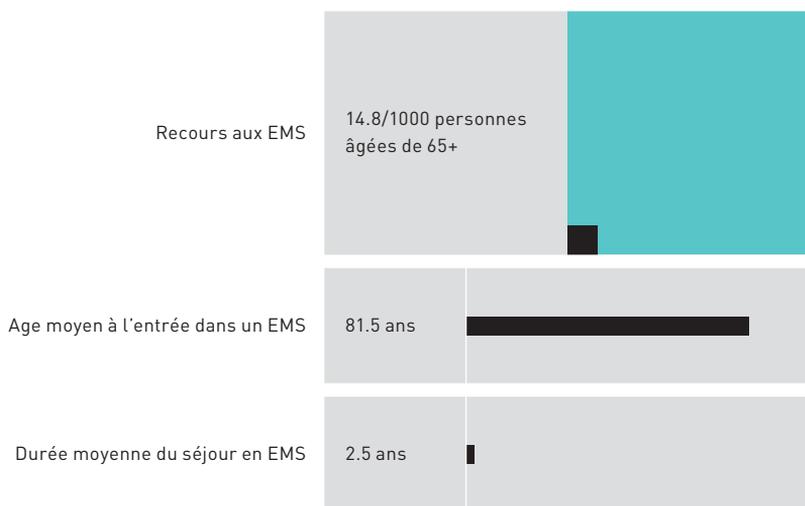
Tout porte à croire qu'il continuera d'augmenter au cours des prochaines décennies. Le nombre de personnes âgées qui n'emménagent que temporairement dans un EMS – par exemple à la suite d'une hospitalisation – augmente également. Le nombre de personnes de 80 ans et plus recevant des soins ou de l'aide à domicile sous la forme de soins aigus et de transition a fortement augmenté ces dernières années, passant de 208 en 2011 à 760 en 2016 (OFS, 2016b).

D'une part, un âge d'entrée élevé signifie que les résidents des EMS sont souvent multimorbides et souffrent de déficiences fonctionnelles importantes, notamment de troubles cognitifs, qui rendent indispensables des services de soins professionnels intensifs. Actuellement, plus de 60% des résidents d'EMS souffrent de lésions du cerveau (démence, etc.). D'autre part, un âge d'entrée élevé se traduit par une durée de séjour plus réduite. Actuellement, les résidents des EMS y vivent en moyenne deux ans et demi. Toutefois, les valeurs moyennes font oublier les cas extrêmement différents qui façonnent la réalité, à savoir que des personnes âgées emménagent dans un EMS peu avant la fin de leur vie tandis que d'autres, par exemple celles qui souffrent de démence (mais sans maladies cardiovasculaires), peuvent y résider pendant de longues années.

*Tendances futures*: Les EMS tendent à être occupés exclusivement par des personnes âgées qui nécessitent clairement des soins. L'extension des structures de soins à domicile devrait encore faire augmenter l'âge d'entrée dans les EMS et ainsi raccourcir davantage la durée du séjour. On observe en outre une tendance accrue à dépasser la simple alternative classique « domicile ou EMS ». Diverses formes de structures intermédiaires et flexibles prennent de plus en plus d'importance, notamment différentes formes de logements sous encadrement, des foyers médicalisés décentralisés ou des formes de soins transitoires en EMS, par exemple dans le cadre d'un court séjour postopératoire avant le retour de la personne à son domicile (sujet expressément abordé au chapitre 9).

## Trois chiffres clés concernant la vie dans les EMS, 2016

3.7



Source : OFS, statistique des institutions médico-sociales, 2016.

## Synthèse

- › La plupart des femmes et hommes âgés vivent dans des ménages d'une ou deux personnes. C'est principalement la perte du partenaire qui amène les personnes âgées à vivre seules. La tendance vers de petits ménages devrait se poursuivre dans les décennies à venir.
- › La retraite amène souvent les couples à faire de nouvelles concessions mutuelles. Les choix que font les personnes âgées en matière de logement résultent souvent de décisions prises en couple. Les partenariats à deux ménages sont devenus plus courants dans la population des personnes âgées.
- › Les types de ménage et les modes de vie des personnes âgées varient selon le sexe. Durant leur vieillesse, les hommes, plus fréquemment que les femmes, sont mariés ou se remarient. Le veuvage est une expérience courante chez les personnes âgées, surtout chez les femmes.
- › La comparaison temporelle des sentiments de solitude exprimés par les personnes âgées réfute l'hypothèse selon laquelle, aujourd'hui, une part relativement plus importante d'entre elles se sentiraient seules. Puisque l'on compte aujourd'hui davantage de personnes âgées que par le passé, le nombre de celles qui se sentent seules a néanmoins augmenté en termes absolus.
- › Les personnes âgées qui ont vécu longtemps de manière autonome sont de plus en plus confrontées à la transition vers un «ménage collectif», c'est-à-dire vers un mode de vie associé à une diminution de l'autonomie individuelle et à la perte de l'autonomie ménagère.
- › Aujourd'hui, même les personnes de 90 ans et plus vivent plus souvent à leur domicile, bien que la proportion de femmes et d'hommes résidant dans un EMS continue d'augmenter avec l'âge.
- › Les EMS tendent à être occupés exclusivement par des personnes âgées qui nécessitent des soins. L'extension des structures de soins à domicile devrait encore faire augmenter l'âge d'entrée dans les EMS et ainsi raccourcir davantage la durée du séjour.





4

# Situation économique et propriété du logement à l'âge de la vieillesse

# Table des matières

- 4.1 Evaluation de la situation économique – différences régionales et sociales
  - 4.2 Le risque de pauvreté chez les personnes âgées et ses conséquences
  - 4.3 Dépenses de logement et estimation des coûts de location
  - 4.4 Propriété du logement
- Synthèse

## 4.1 Évaluation de la situation économique – différences régionales et sociales

*Situation économique des personnes âgées – différences en Europe:* La situation économique de nombreuses personnes âgées s'est améliorée au cours des dernières décennies grâce à une prospérité généralement croissante et au développement de la prévoyance vieillesse. Avec les Pays-Bas et la Suède, la Suisse fait partie des pays européens dans lesquels la majorité des personnes âgées de 65 ans et plus considèrent que leur situation financière est confortable. Des valeurs plus faibles sont observées dans les pays voisins ainsi qu'en Pologne et en République tchèque, deux pays où la proportion de retraités qualifiant de confortable leur situation financière est particulièrement faible.

Fig.  
4.1

*Situation financière des personnes âgées – différences selon la région linguistique:* L'enquête sur le logement menée en 2018 avec le soutien de *Age-Stiftung* et de la Fondation Leenaards confirme qu'une majorité de personnes retraitées en Suisse – quel que soit leur âge – estiment que leur situation financière est bonne, voire très bonne. À cet égard, on observe toutefois des différences selon la région linguistique: en Suisse alémanique en particulier, la situation financière de la population est favorable. En Suisse romande et, surtout, au Tessin, les valeurs sont nettement inférieures et davantage de personnes âgées se plaignent d'une situation financière difficile. Même après que d'autres facteurs d'influence (accession à la propriété, niveau de formation, taille du ménage, structure par âge) ont été contrôlés, les différences selon la région linguistique demeurent statistiquement significatives. Selon les enquêtes sur le revenu et les conditions de vie menées par l'Office fédéral de la statistique en 2017, c'est également au Tessin que le risque de pauvreté est le plus élevé; par ailleurs, la région de Zurich est celle où la satisfaction à l'égard de la situation financière est la plus forte et le Tessin celle où elle est la plus faible. Ce résultat montre notamment que le revenu disponible des ménages au Tessin est inférieur à celui des autres régions suisses (Avenir Suisse, 2017: 16).

Fig.  
4.2

*Des inégalités sociales et économiques également très prononcées à l'âge de la retraite:* En Suisse, le nombre et la part de personnes âgées riches ont augmenté ces dernières années. En conséquence, les « personnes âgées » sont devenues un « précieux » groupe de consommateurs. Cependant, la pauvreté et les difficultés financières continuent de toucher des personnes âgées en Suisse, malgré la prospérité du pays. On y dénombre non seulement des retraités aisés, mais encore beaucoup de retraités particulièrement pauvres. Plus encore que dans les groupes d'âge plus jeunes, la situation économique des personnes âgées

se caractérise par de fortes disparités du point de vue de leur situation financière. Parmi les personnes de 65 ans et plus, les 10% les plus riches, en 2016, comptabilisaient un revenu annuel disponible de 81 152 francs en moyenne, contre seulement 23 759 francs pour les 10% les plus pauvres. Les 10% de rentiers AVS les plus riches disposent ainsi de ressources financières 3,4 fois plus importantes que les 10% les plus pauvres (OFS, 2017a).

La situation économique à l'âge de la retraite est conditionnée par divers facteurs, tels que la poursuite de l'activité lucrative au-delà de 65 ans ou la perception de revenus de la propriété, notamment grâce à l'épargne ou à des héritages. Le montant des rentes reçues pendant la retraite s'avère particulièrement déterminant chez les personnes âgées, car les écarts observés, surtout en matière de rente LPP (2<sup>e</sup> pilier), contribuent à d'importantes différences de revenus. En outre, la situation financière est influencée par le comportement en matière de dépenses, à savoir que le coût du logement est l'un des postes de dépenses les plus importants pour les personnes âgées (voir section 4.3).

*Appréciation personnelle de la situation financière propre selon certaines caractéristiques sociales* : Les appréciations des répondants en ce qui concerne leur propre

Fig.  
4.3

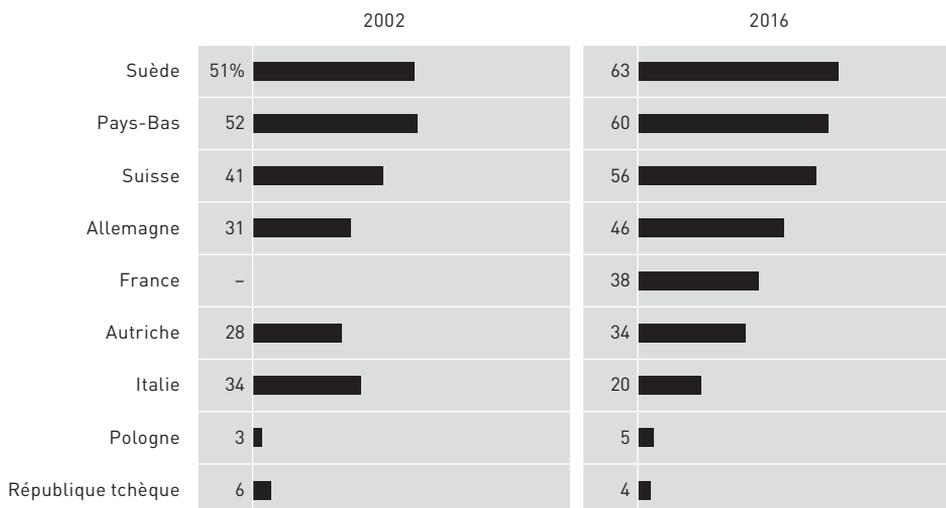
situation financière dépendent étroitement du revenu du ménage, mais elles sont également liées, dans une certaine mesure, au niveau des exigences individuelles. Cela signifie que les personnes âgées qui n'ont que de modestes prétentions sur ce plan sont également mieux à même de s'accommoder d'une petite rente. Les personnes âgées en particulier appartiennent à des générations qui ont grandi dans des temps plus austères et qui, de ce fait, continuent de mener une vie plus modeste, notamment sur le plan financier. Ces prétentions relativement réduites peuvent être l'une des raisons pour lesquelles l'appréciation de la situation financière personnelle ne varie que très peu en fonction de l'âge, hormis en Suisse italienne. Parallèlement, il convient d'observer que les personnes à faible revenu déménagent généralement plus précocement dans un EMS et qu'elles décèdent à un âge moins avancé.

C'est le niveau de formation des personnes âgées qui prédétermine le plus leur appréciation de leur situation financière personnelle : les personnes sans formation sont, durant leur vieillesse, plus fréquemment confrontées à une situation financière difficile que les personnes ayant achevé une formation tertiaire. Cela renvoie au fait qu'une bonne formation augmente les possibilités de carrière, donc la probabilité de bénéficier de rentes plus élevées.

Les femmes âgées évaluent leur situation financière en termes moins positifs que les hommes, notamment parce que la pauvreté, dans la population âgée, est plus courante chez les femmes. Cependant, la différence s'estompe si l'on tient compte d'autres variables (niveau de formation, accession à la propriété, âge).

## Personnes de 65+ considérant le revenu de leur ménage comme « confortable » : parts en comparaison internationale, 2002 et 2016

4.1

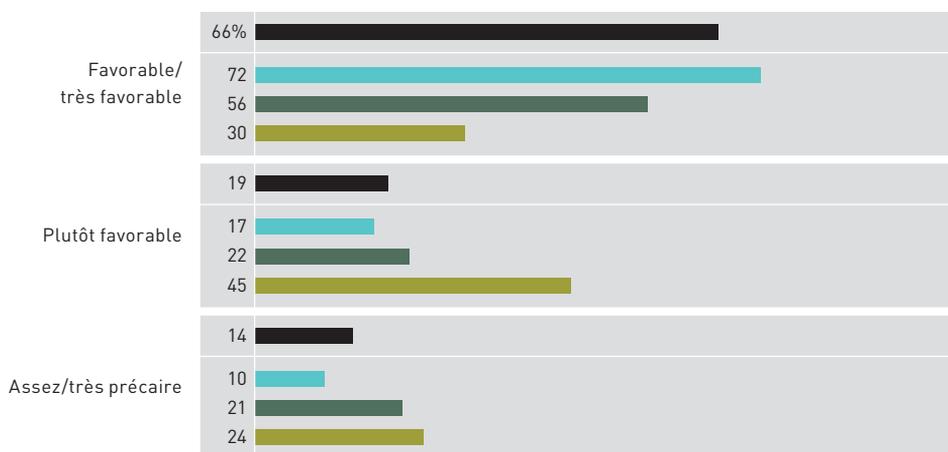


Personnes vivant à domicile.

Sources : European Social Survey, 2002/03 et 2016, Data file edition 1.0 ; NDS Data file edition 1.0.

## Situation financière du ménage chez les personnes de 65+ : appréciations des répondants selon la région linguistique

4.2



■ Ensemble de la Suisse (données pondérées) | ■ CH alémanique ■ CH romande ■ CH italienne

Personnes vivant à domicile.

Certaines sommes des parts n'atteignent pas 100% en raison de réponses manquantes.

Source : Age, 2018.

Les propriétaires évaluent plus objectivement leur situation financière que les locataires, soit parce qu'ils sont généralement plus fortunés, soit parce que la propriété résidentielle est un actif important qui, par la vente, peut être converti en revenu. Comme il est généralement plus économique de vivre en cohabitation, on note, en particulier, que les couples qui vivent dans le même ménage sont satisfaits de leur situation financière. En outre, les membres du couple ont souvent chacun leur propre revenu ou pension, ce qui peut réduire le risque de pauvreté.

## 4.2 Le risque de pauvreté chez les personnes âgées et ses conséquences

*Risque de pauvreté – un sort courant chez les personnes âgées:* Malgré l'extension de la prévoyance vieillesse, plus d'un cinquième des retraités sont encore considérés comme menacés de pauvreté. En l'occurrence, avant de recevoir des prestations complémentaires à l'AVS, le revenu de leur ménage est inférieur de 60% au revenu moyen de la population. Cette proportion n'a guère changé au cours des dernières années. La pauvreté relative des personnes âgées n'a donc ni augmenté ni diminué en Suisse. La pauvreté relative touche particulièrement les personnes vivant seules, soit un groupe de population constitué essentiellement de femmes âgées.

Fig.  
4.4

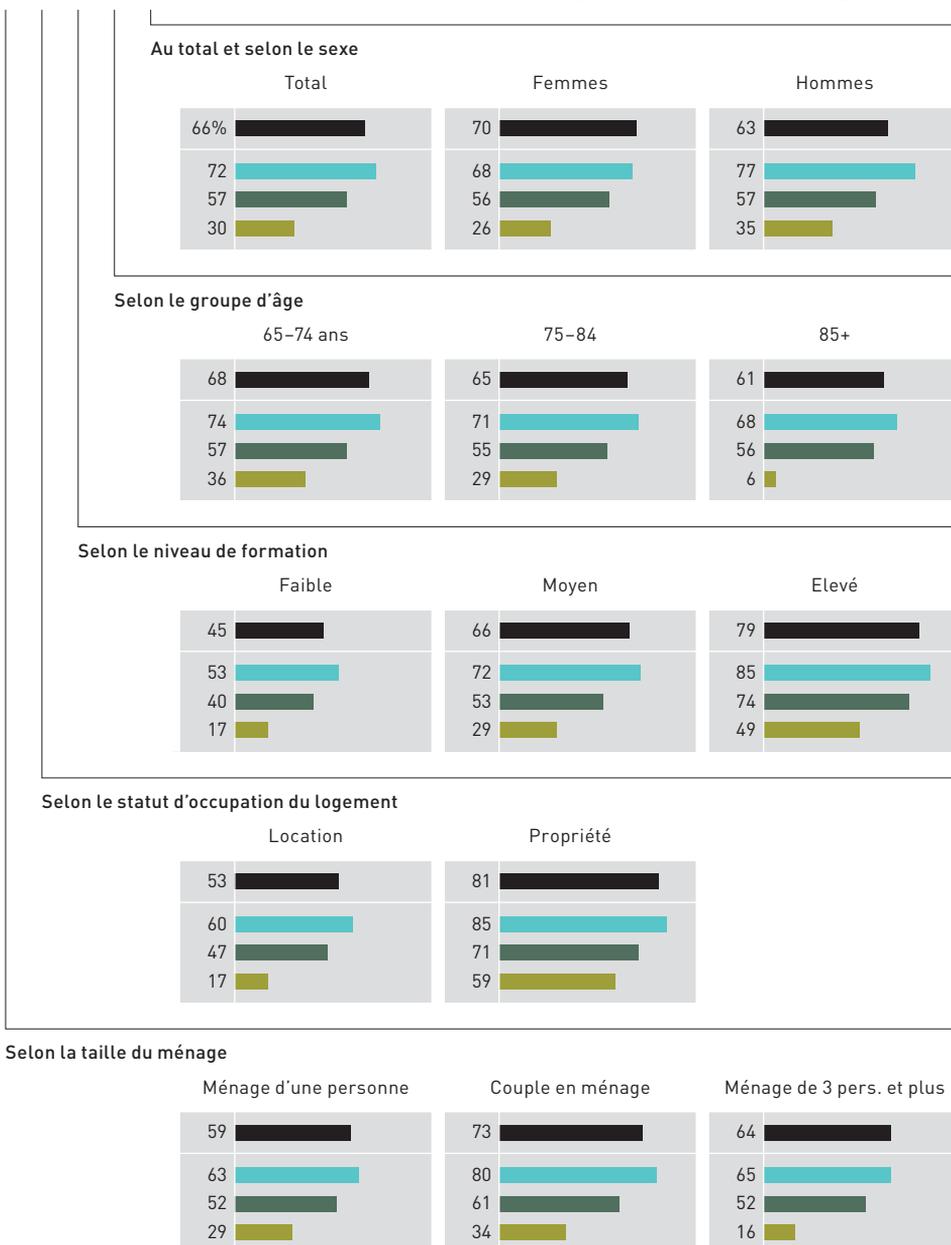
Plus de deux cinquièmes des rentiers AVS dépensent mensuellement près de la totalité de leurs revenus ou de leurs rentes, tandis que plus d'un cinquième d'entre eux doivent puiser dans leurs réserves en capital. L'utilisation de la fortune chez les personnes âgées est devenue de plus en plus fréquente ces dernières années. Si le revenu des rentes est insuffisant, les prestations complémentaires à l'AVS ne sont versées que si l'avoir brut ne dépasse pas un montant donné en tant que franchise de cotisation (personnes seules: CHF 37 500, couples: CHF 60 000). Dans le cas d'un immeuble habité par son propriétaire, l'allocation d'un montant de fortune librement disponible de CHF 115 000 ou CHF 300 000 s'applique encore aux personnes âgées qui touchent une allocation pour impotent de l'AVS ou de l'AI. À l'heure actuelle, la proportion de rentiers AVS qui contractent des emprunts est encore très faible.

*Prestations complémentaires à l'AVS:* Malgré le développement de la prévoyance professionnelle, la part des rentiers AVS dépendant de prestations complémentaires à l'AVS a légèrement augmenté ces dernières années. Cette situation est principalement imputable à la hausse des coûts des soins de santé et du logement. Des prestations complémentaires à l'AVS sont souvent nécessaires aux personnes âgées pour financer leurs séjours en EMS. Un peu plus de la moitié des personnes âgées qui séjournent dans un EMS touchent des prestations

## Perception positive du revenu du ménage chez les personnes de 65+ : résultats d'auto-évaluations, ventilés par caractéristiques sociales

4.3

Part des personnes qui estiment s'en sortir « bien » ou « très bien » grâce au revenu de leur ménage, 2018



■ Ensemble de la Suisse (données pondérées) | ■ CH alémanique ■ CH romande ■ CH italienne

Selon les informations fournies par des personnes vivant à domicile. Source : Age, 2018.

complémentaires à l'AVS (Cosandey, 2016), tandis qu'environ 49% des dépenses pour les prestations complémentaires à l'AVS, en 2016, étaient imputables à des coûts supplémentaires liés au logement (OFAS, 2017; cf. figure 2.12).

Les femmes sont plus susceptibles que les hommes de devenir tributaires de prestations complémentaires à l'AVS. D'une part, cela reflète les désavantages salariaux passés: des salaires plus bas pour les femmes ainsi que le travail à temps partiel se traduisent par des rentes moins élevées, en particulier dans le domaine de la prévoyance professionnelle. D'autre part, un plus grand nombre de femmes atteignent un âge très avancé, d'où le fait qu'elles sont généralement surreprésentées dans les EMS. La forte proportion d'étrangers âgés dépendant de revenus supplémentaires à leur rente s'explique également par leur emploi antérieur dans des secteurs à bas salaires. En outre, la majorité des étrangers dont le revenu est élevé retournent dans leur pays d'origine au moment de la retraite, tandis que les migrants à faible revenu doivent continuer de séjourner en Suisse pour pouvoir bénéficier de prestations supplémentaires.

Fig.  
4.5

La part des personnes bénéficiant de prestations complémentaires à l'AVS est plus élevée chez les 80 ans et plus que dans le groupe des 65 à 79 ans. D'une part, cela reflète le fait que, pour couvrir les frais d'un séjour en EMS, des prestations supplémentaires sont nécessaires. D'autre part, certaines personnes âgées ayant épuisé leur patrimoine, elles ont droit, désormais, à des prestations complémentaires à l'AVS. En outre, les personnes actuellement âgées de plus de 80 ans n'ont pas pu profiter autant que les générations suivantes de la prospérité croissante et du développement de la prévoyance professionnelle au cours des dernières décennies.

Pour les personnes âgées, les problèmes financiers – jusqu'à un risque notable de pauvreté – restent également d'actualité en Suisse, où les restrictions économiques et professionnelles antérieures (bas salaires, interruptions d'emploi, divorce, etc.), ainsi que certains facteurs liés à l'âge (épuisement du patrimoine, frais de garde supplémentaires, etc.), peuvent peser de tout leur poids à l'âge de la retraite.

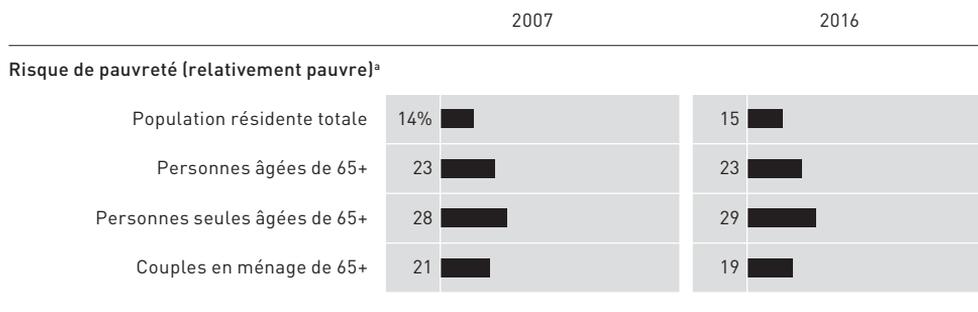
*Impact des difficultés financières:* La conséquence la plus fréquente des rentes AVS trop faibles est que les dépenses imprévues ne peuvent être payées. Du fait d'activités extérieures restreintes, cette situation ne porte généralement pas à de lourdes conséquences. Mais une facture relativement élevée peut rapidement devenir un problème. Il est fréquent que les personnes âgées doivent se priver de vacances à l'étranger, faute de moyens, tandis que ce sont les célibataires qui sont le plus souvent amenés à se priver de voiture durant leur retraite.

Fig.  
4.6

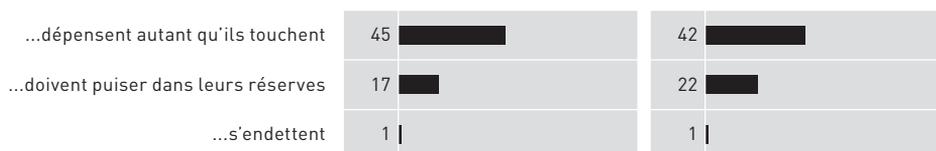
Toutefois, grâce aux prestations supplémentaires et au remboursement des primes d'assurance maladie en cas de faible rente, il est assez rare, en

## Risque de pauvreté et situation financière des personnes âgées de 65+ : parts en 2007 et en 2016

4.4



### Part des personnes de 65+, qui...



Personnes vivant à domicile. <sup>a</sup>Revenu hors aide sociale ou prestations complémentaires < 60% du revenu médian de la population totale (taux de risque de pauvreté selon comparaisons entre pays européens).

Source : OFS, SILC y compris loyer fictif (2007–2016, chiffres arrondis).

## Rentiers AVS percevant des prestations complémentaires : parts en 2000 et en 2016, par sexe, nationalité et âge

4.5



Source : OFAS, Statistique des prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI (diverses années).

Suisse, que l'on renonce à des examens médicaux ou dentaires pour des raisons financières. Les appartements insuffisamment chauffés sont également devenus un fait très rare.

### 4.3 Dépenses de logement et estimation des coûts de location

*Dépenses de logement selon le type de ménage et la catégorie de revenu* : Les dépenses de logement et d'énergie comptent parmi les postes de dépenses les plus importants à l'âge de la retraite. Les dépenses de logement sont considérables, surtout pour les personnes âgées touchant des rentes réduites; 20% de personnes seules touchant les rentes les plus faibles doivent consacrer plus de la moitié de leur revenu disponible à leur logement, ce qui limite considérablement leurs activités hors du domicile. Dans l'ensemble, 60% des personnes âgées qui vivent seules consacrent au financement de leur logement plus du tiers de leur revenu disponible, acquis sous la forme de rentes.

Fig.  
4.7

En raison de la taille plus importante de leur logement, les ménages formés par des couples ont souvent des coûts de logement plus élevés pendant leur retraite, mais comme leur revenu disponible est généralement assez élevé, la charge des coûts de logement est généralement plus faible. Néanmoins, la part de 20% la plus pauvre parmi les ménages formés par des couples consacre 40% du revenu au logement et à l'énergie. Les coûts élevés du logement peuvent entraîner un appauvrissement et empêcher la constitution de réserves financières. De même, les hausses de prix des loyers et des frais de chauffage, mais aussi la hausse des taux d'intérêt hypothécaires peuvent rapidement mettre ces personnes âgées dans des conditions économiques précaires.

*Concernant l'appréciation des coûts de logement* : Bon nombre de locataires âgés jugent leurs coûts de logement trop élevés, surtout en Suisse italienne.

Fig.  
4.8

L'appréciation des coûts de logement comme étant trop élevés ne varie pas selon l'âge, mais surtout selon le revenu du ménage. Près d'un tiers des retraités qui se trouvent dans une situation financière précaire considèrent que les coûts de logement sont trop importants. Au Tessin, la part correspondante est d'environ deux cinquièmes. Très souvent, les valeurs ne sont pas plus élevées pour la seule raison que de nombreuses personnes âgées sont des locataires à long terme et, par conséquent, bénéficient de loyers relativement bas. Dans un certain nombre de cas, les personnes âgées sont surtout confrontées à des problèmes de coûts de location lorsqu'un nouvel appartement locatif doit être trouvé pour des motifs liés à la vieillesse ou lorsqu'un appartement qu'elles occupaient depuis de nombreuses années est démoli.

## Personnes âgées de 65+ en situation de privation matérielle : répartition par forme de ménage, 2016

4.6

Tous les répondants    Ménage d'1 pers.    Ménage de 2+ pers.

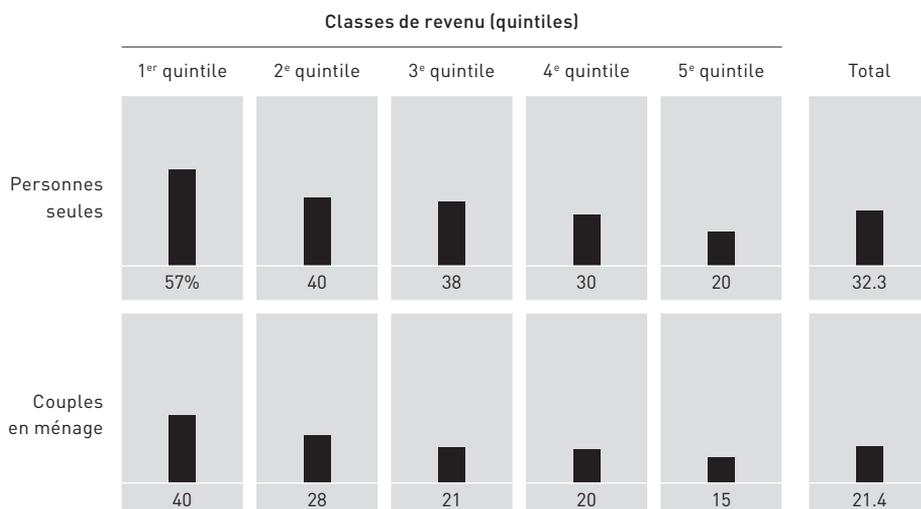
### Trop peu de ressources financières pour...

	Tous les répondants	Ménage d'1 pers.	Ménage de 2+ pers.
...les dépenses imprévues (à partir de 2500 fr.)	11.4%	14.0	8.4
...une semaine de vacances par an	7.3	9.0	6.0
...une voiture personnelle	3.7	7.1	1.4
...les examens médicaux ou dentaires	1.4	2.1	1.4
...un chauffage suffisant de l'appartement	0.1	0.2	0.1

Source : OFS, SILC, 2016.

## Dépenses de logement et d'énergie chez les personnes de 65+ : parts du revenu du ménage par type de ménage et par quintile de revenu

4.7



Part du revenu disponible des ménages. 1<sup>er</sup> quintile = part de 20% représentant les personnes au revenu le plus faible ; 2<sup>e</sup> quintile = part de 20% représentant le deuxième groupe au revenu le plus faible, etc., jusqu'au 5<sup>e</sup> quintile (= part de 20% représentant le groupe au revenu le plus élevé). Source : OFS, EBM, 2012-2014.

## 4.4 Propriété du logement

Les prix élevés des maisons ou des logements en Suisse contribuent à ce que ce soit surtout des personnes en âge avancé qui peuvent acquérir un logement en propriété, même si de faibles taux d'intérêt hypothécaires depuis quelques années favorisent en général de telles acquisitions. En outre, à un âge avancé, il est assez courant qu'un logement en propriété soit hérité. La part des personnes qui vivent dans un logement loué diminue par conséquent avec l'âge, et c'est dans la population des 55 à 74 ans qu'elle se trouve être la plus importante. Chez les plus de 75 ans, le taux de propriété du logement tend à diminuer, d'une part en raison de la vente de tels biens, chose courante de la part des personnes âgées et, d'autre part, du fait que ces personnes possèdent aujourd'hui moins d'actifs que les générations qui leur succèdent.

*Différences importantes entre les zones urbaines et rurales:* Comme on peut s'y attendre, le taux de propriété du logement varie considérablement d'une région à l'autre. Dans les régions rurales, la propriété du logement est plus courante qu'en zone urbaine (voir aussi figure 4.10). Selon les données du Panel suisse de ménages pour 2016, dans les centres-villes, 71% des personnes interrogées âgées de plus de 64 ans vivaient dans des logements locatifs, contre 61% dans les communes suburbaines et 38% dans les communes rurales. Dans les régions urbaines et suburbaines en particulier, l'accès à la propriété est étroitement lié aux revenus du travail ou acquis sous forme de rente, à savoir que les personnes à revenu élevé sont plus susceptibles de vivre dans un logement en propriété que les personnes à faible revenu. Pour les personnes du troisième âge, cela peut conduire à la situation des «propriétaires à faibles revenus» qui, par exemple, n'ont pas les moyens financiers suffisants pour rénover leur maison ou leur appartement en fonction des besoins liés à leur âge.

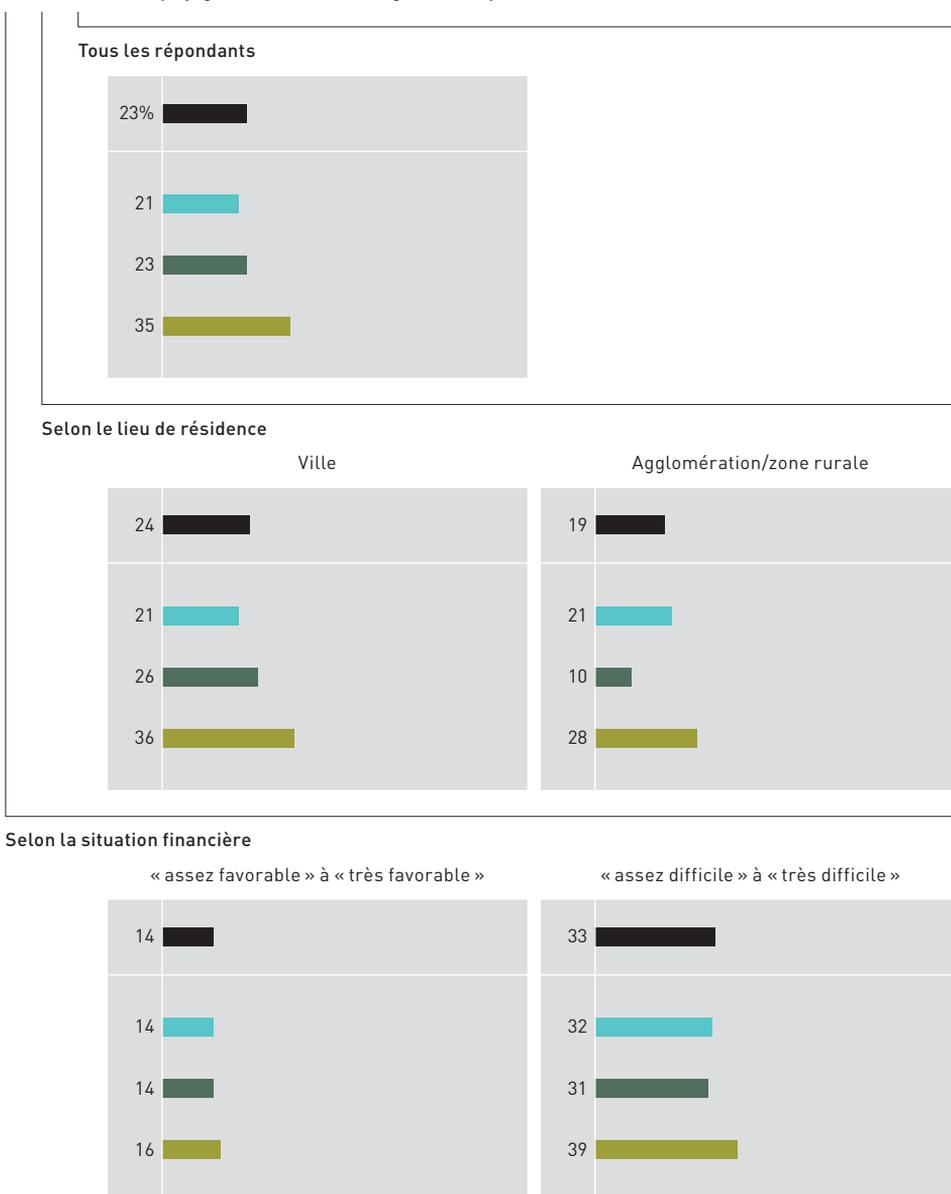
*Augmentation du taux de propriété du logement chez les personnes de plus de 55 ans:* Le taux de propriété du logement chez les personnes de plus de 55 ans a augmenté ces dernières années. Actuellement, dans l'ensemble de la Suisse, seule une minorité des personnes de 55 à 74 ans vivent encore dans un logement locatif. Le taux de propriété du logement est particulièrement élevé chez les couples âgés, que l'addition des revenus de deux personnes pendant de nombreuses années facilite l'acquisition d'un logement en propriété, ou que des couples aient l'avantage de pouvoir hériter de chacune de leurs lignées. Les personnes âgées vivant seules résident plus généralement dans un logement locatif et sont plus rarement propriétaires de leur logement. Un divorce ou le décès d'un partenaire peut ainsi aboutir à ce qu'acquérir un logement en propriété devienne inabordable, ou qu'il faille vendre celui dont on est propriétaire.

Fig.  
4.9

## Perception de la cherté du logement chez les personnes de 65+ : parts selon des caractéristiques géographiques et économiques

4.8

Part des locataires qui jugent leurs coûts de logement trop élevés, 2018



■ Ensemble de la Suisse (données pondérées) | ■ CH alémanique ■ CH romande ■ CH italienne

Source : Age, 2018.

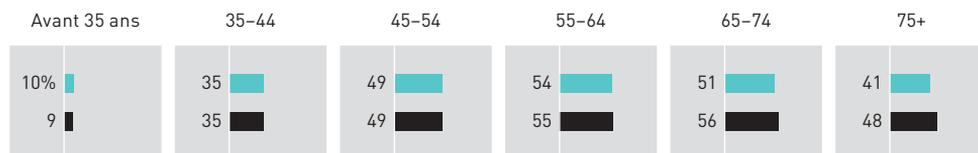
La ventilation des ménages composés uniquement de personnes retraitées (personnes de 65 ans et plus ne faisant pas ménage commun avec une personne plus jeune) montre également que le taux de propriété du logement est élevé chez les personnes âgées, mais qu'il existe à cet égard des différences considérables d'une région à une autre. Le taux de propriété du logement est particulièrement important en Suisse du Nord-Ouest et en Suisse orientale, alors que, dans les régions urbaines (Arc lémanique, Zurich), les personnes âgées vivent majoritairement dans des logements locatifs ou en coopérative.

*Effets de la propriété du logement pour les personnes âgées:* En général, la propriété du logement est associée à un meilleur cadre de vie, à une plus grande satisfaction quant au logement et à des possibilités d'aménagement accrues. Dans un âge avancé, des problèmes peuvent apparaître lorsque le logement en propriété a été acquis pour la période de la vie familiale et que, plus tard dans l'existence, les enfants étant partis ou le conjoint étant décédé, l'appartement, ou la maison familiale individuelle, dont on est propriétaire s'avère trop grand ou trop coûteux. «Une surface plus grande ne signifie pas toujours un plus grand confort. Un grand logement peut très vite s'avérer astreignant et exige beaucoup d'entretien. À cela s'ajoute – lorsque la maison dispose d'un jardin – que le terrain aménagé pendant des années, voire des décennies, demande de plus en plus de temps et que les forces dont on dispose ne suffisent plus à s'en occuper correctement ou que son entretien devient une corvée étant donné que l'on préférerait entreprendre quelque chose d'autre. Quelquefois, la situation au milieu de la verdure s'avère inconfortable: une personne âgée, toujours plus sensible aux distances ou aux pentes, a besoin de possibilités d'achats, d'infrastructures adéquates, de services lui permettant de maîtriser la vie quotidienne ou de transports publics à proximité immédiate de son domicile» (Beyeler, 2010: 12).

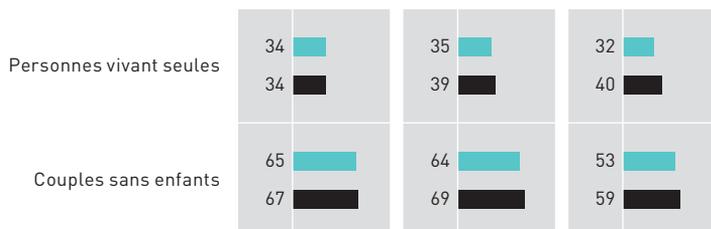
À l'achat d'un logement en propriété, il importerait donc de réfléchir aux années de vie plus tardives, qu'il s'agisse de l'attention accordée au choix d'un logement dont l'environnement est exempt d'obstacles ou de la possibilité de subdiviser un grand logement familial en petites unités d'habitation. «Idéalement, la maison et l'appartement devraient donc aussi être conçus de manière à pouvoir s'adapter aux besoins individuels avec un minimum de frais de construction, en faisant en sorte de pouvoir utiliser différemment les espaces et surfaces habitables et de pouvoir les agrandir ou les réduire en fonction des changements» (Beyeler, 2010: 8).

## Vivre dans un logement en propriété : parts selon l'âge de la personne de référence et le type de ménage (2008 et 2014)

4.9



### Selon la forme du ménage

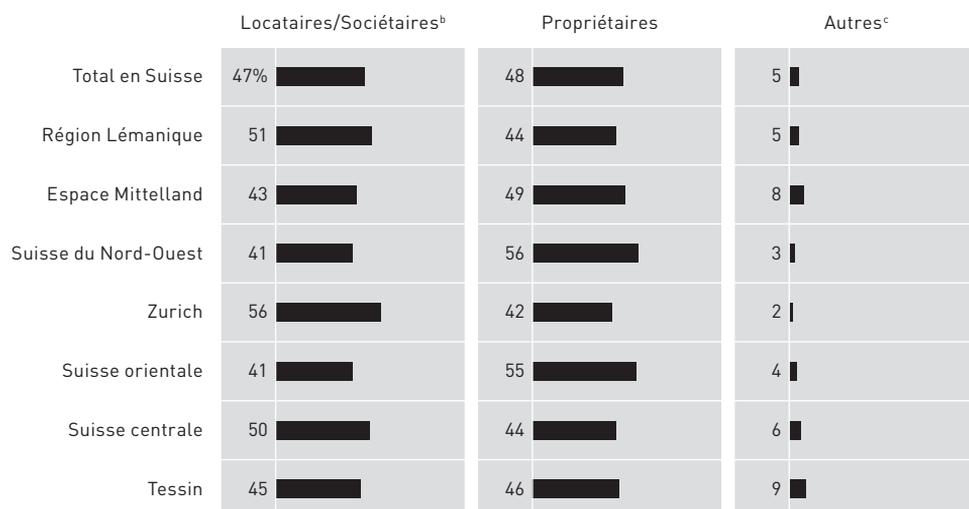


■ 2006-2008 ■ 2012-2014

Personnes vivant à domicile. Personne de référence : la plus âgée des personnes vivant dans le ménage.  
Logement de propriétaire : la personne de référence n'est pas locataire et vit dans un appartement dont elle-même ou un parent est propriétaire. Source : OFS, EBM, 2006/08 et 2012/14.

## Statuts d'occupation du logement chez les personnes âgées de 65+<sup>a</sup> : ventilés par grandes régions, 2016

4.10



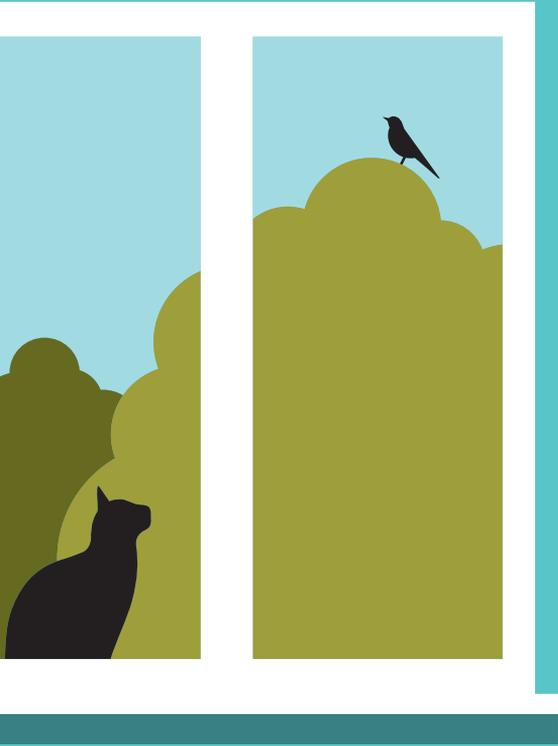
<sup>a</sup> Ménages comptant une ou plusieurs personnes âgées de 65+ (et aucune personne plus jeune).

<sup>b</sup> Sociétaires d'une coopérative d'habitation. <sup>c</sup> Bail, logement de service, droit de séjour gratuit (p. ex. ménage dans la maison d'une fille, d'un fils, etc.). Source : OFS, RS 2016 ; OFS, StatBL 2016.

## Synthèse

- › La situation économique de nombreuses personnes âgées s'est améliorée au cours des dernières décennies grâce à une prospérité généralement croissante et au développement de la prévoyance vieillesse. La Suisse fait partie des rares pays européens où la majorité des personnes âgées de 65 ans et plus considèrent que leur situation financière est confortable.
- › La qualité de vie et la situation financière varient d'une région à l'autre, en Suisse comme ailleurs. En Suisse italienne, il y a notamment davantage de personnes âgées dont la situation financière est difficile.
- › On dénombre non seulement des retraités aisés, mais encore beaucoup de retraités particulièrement pauvres. Plus encore que dans les groupes d'âge plus jeunes, la situation économique des personnes âgées se caractérise par de fortes disparités du point de vue de leur situation financière.
- › Les dépenses de logement et d'énergie comptent parmi les postes de dépenses les plus importants à l'âge de la retraite. Les dépenses de logement sont considérables, surtout pour les personnes âgées touchant des rentes réduites. Au Tessin, dans les villes et lorsque la situation financière du ménage est difficile, les frais de location sont jugés trop élevés.
- › Plus de 20% des personnes – femmes et hommes confondus – en âge de percevoir une rente AVS doivent ainsi être considérées comme menacées de pauvreté. Ce pourcentage n'a pratiquement pas varié ces dix dernières années.
- › Malgré le développement de la prévoyance professionnelle, le pourcentage des rentiers AVS qui sont tributaires des prestations complémentaires à l'AVS a légèrement augmenté ces dernières années. La cause en est la hausse des coûts dans les domaines de la santé, des soins et du logement.
- › La conséquence la plus fréquente du bas niveau des rentes est que les personnes âgées concernées ne peuvent plus assumer de dépenses imprévues. Si elles peuvent faire face au cours normal des dépenses, une facture d'une certaine importance pose rapidement un problème.

- › Le taux de propriété du logement a augmenté ces dernières années chez les personnes de plus de 55 ans. Le taux de propriété du logement chez les personnes âgées varie considérablement d'une région à l'autre. La propriété du logement est plus courante dans les zones rurales que dans les zones urbaines.
- › Pour les personnes âgées, la propriété du logement va de pair avec un meilleur cadre de vie et des possibilités accrues d'organiser leur existence. Des problèmes surgissent lorsque le logement en propriété que l'on a acquis avant ou pendant la période de vie familiale s'avère trop coûteux et trop pénible à entretenir pour une personne d'un très grand âge.



5

# Environnement résidentiel et rapports de voisinage

# Table des matières

5.1 Qualité de l'environnement résidentiel

5.2 Attachement général à l'environnement résidentiel

5.3 Satisfaction quant à différents aspects de l'environnement résidentiel

5.4 Problèmes d'environnement résidentiel et sentiment d'insécurité

5.5 Rapports de voisinage

Synthèse

## 5.1 Qualité de l'environnement résidentiel

*L'environnement résidentiel – un élément important de la qualité de vie:* La qualité de l'environnement résidentiel est un élément essentiel à la qualité de vie des êtres humains. C'est tout particulièrement vrai dans les phases de l'existence où le logement et l'environnement résidentiel constituent des références existentielles importantes, par exemple pour les familles avec des enfants en bas âge, les personnes à la retraite et les personnes âgées à mobilité réduite. Il n'est guère utile que le logement soit exempt d'obstacles et aménagé de manière adaptée aux besoins des personnes âgées si l'accès au logement est difficile, s'il n'y a pas de possibilité de faire ses achats à proximité ou si des nuisances sonores et des conflits entre voisins compromettent la qualité de vie.

*Zone d'habitation – zone calme, zone verte ou zone bruyante:* Dans le cadre de l'enquête sur le logement menée en 2018 avec le soutien de *Age-Stiftung* et de la Fondation Leenaards, ce sont les intervieweurs qui, lors de leur visite aux personnes interrogées, devaient porter une appréciation sur la qualité de l'environnement résidentiel immédiat (zone calme riche en espaces verts, zone calme pauvre en espaces verts, logement situé à proximité immédiate d'une route bruyante). Il est évident que les nuisances sonores sont plus lourdes dans les villes qu'à la campagne. Or, étant donné qu'en Suisse alémanique relativement moins de personnes âgées vivent en ville que dans les deux autres régions linguistiques, c'est plutôt en Suisse romande, et surtout au Tessin, que l'on trouve le plus grand nombre de personnes âgées gênées par le bruit du trafic. Seule une minorité des retraités tessinois vivent dans une région calme et riche en espaces verts. Par contre, la part de ceux dont le logement est situé à proximité immédiate d'une route bruyante est relativement élevée. Le trafic pendulaire transfrontalier ainsi que le tourisme sont les causes de lourdes nuisances en Suisse méridionale.



Fig.  
5.1

*La qualité de l'environnement résidentiel varie en fonction de la situation financière:* Dans les trois régions linguistiques, la qualité de l'environnement résidentiel varie en fonction de la situation financière, ce qui n'a rien pour surprendre: les personnes économiquement aisées et jouissant d'une bonne situation financière – généralement propriétaires de leur maison ou de leur logement – vivent le plus souvent dans une zone tranquille et riche en espaces verts. Les personnes âgées économiquement moins favorisées doivent souvent se contenter d'un logement moins bien situé, dans une zone bruyante. Au Tessin plus fréquemment qu'en Suisse alémanique, même des retraités aisés habitent à proximité immédiate d'une grande route bruyante.



Fig.  
5.1

La qualité de l'environnement résidentiel varie ainsi selon la région et le statut social. Il n'y a en revanche aucune corrélation avec l'âge en tant que

tel (en ce sens que les personnes très âgées seraient obligées de se contenter d'un environnement résidentiel moins confortable que les jeunes retraités).

## 5.2 Attachement général à l'environnement résidentiel

*Fort attachement à l'environnement résidentiel, spécialement au Tessin:* La grande majorité des personnes âgées interrogées dans les trois régions linguistiques éprouvent un fort attachement à leur environnement résidentiel actuel. D'où le fait qu'elles souhaitent demeurer le plus longtemps possible dans le logement qu'elles occupent actuellement ou qu'elles envisagent tout au plus d'emménager dans un autre logement situé dans la même commune.

Fig.  
5.2

Une comparaison entre les régions linguistiques montre que l'attachement au lieu de résidence est un peu plus faible en Suisse romande qu'en Suisse alémanique. Mais il est également frappant de constater que cet attachement est très fort en Suisse italienne, alors que l'environnement résidentiel y est plutôt jugé objectivement moins bon et que – comme on le verra par la suite – la satisfaction quant à de nombreux aspects de l'environnement résidentiel y est moindre que dans les deux autres régions linguistiques (cf. chapitre 5.3). C'est là le reflet de la situation socioculturelle spécifique des régions italophones, notamment du Tessin: vu la proximité de la frontière, et pour se distinguer culturellement de l'Italie, l'accent y est fortement mis sur les identités locales, que l'on prend soin d'entretenir. Cet attachement aux valeurs locales est probablement encore renforcé par le statut des italophones en Suisse, où ce groupe linguistique est minoritaire.

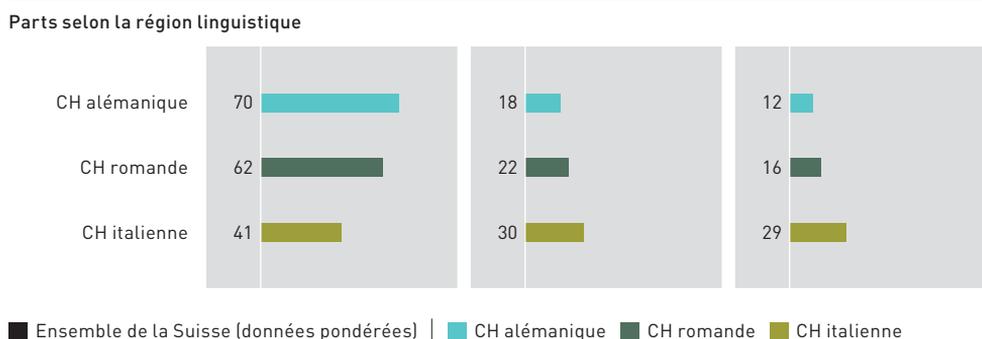
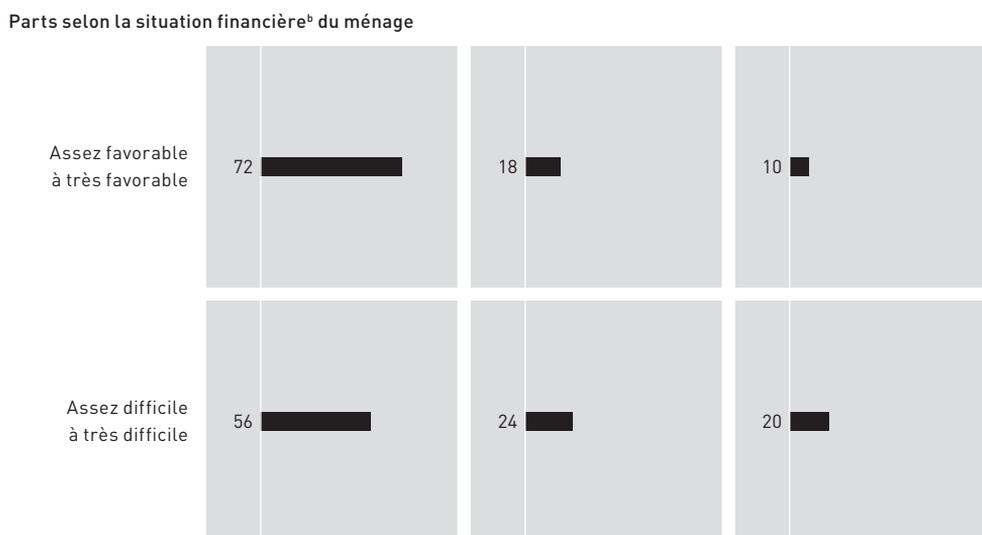
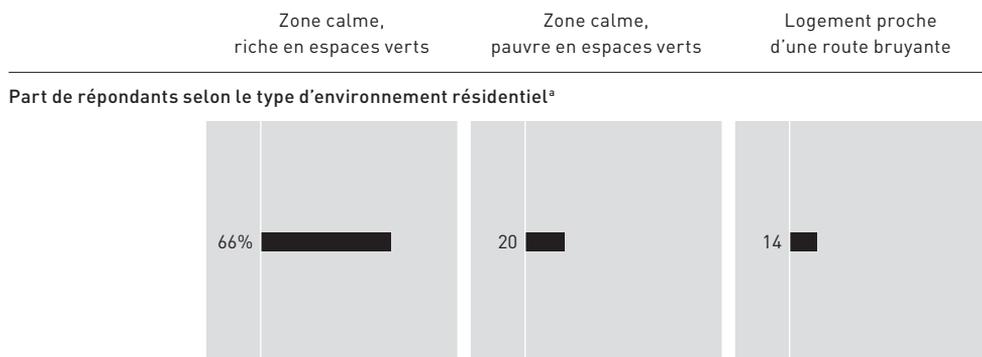
*Facteurs influant sur l'attachement au lieu de résidence:* Comme on peut s'y attendre, l'attachement au lieu de résidence augmente en proportion de la durée d'habitation dans la même commune. L'attachement au lieu de résidence est ainsi légèrement plus affirmé chez les personnes de plus de 80 ans que chez les «jeunes retraités». Dans la vieillesse, les hommes et les femmes sont attachés à des valeurs analogues, et l'on ne constate pas de différences entre les deux sexes quant à l'identification de la personne à son lieu de résidence.

Dans l'ensemble – mais surtout en Suisse alémanique et en Suisse romande –, l'attachement au lieu de résidence varie en fonction de deux éléments importants: il est objectivement plus fort si l'on habite dans une zone calme et riche en espaces verts que si l'on vit au bord d'une grande route bruyante. Plus la qualité du lieu de résidence est élevée, plus l'attachement à ce lieu est fort. Ce qui veut dire que, lorsque le lieu de résidence est de bonne qualité, la disposition à changer de lieu de domicile diminue avec l'âge. En outre, certains aspects de la vie sociale sont importants: plus on ap-

Fig.  
5.2

## Environnement résidentiel des personnes de 65+ : répartition par types selon la région linguistique et la situation financière, 2018

5.1



Personnes vivant à domicile. <sup>a</sup>Classification des types d'environnement résidentiel par les interviewers. <sup>b</sup>Évaluation de la situation financière du ménage par les personnes interrogées. Différences statistiquement significatives selon la région linguistique et la situation financière dans les trois régions ( $p < .01$ ,  $\chi^2$ -Test). Source : Age, 2018.

précie les rapports de voisinage, plus on se sent attaché à son lieu de résidence. À l'inverse, l'attachement au lieu de résidence est réduit lorsqu'on ne peut pas compter sur le soutien du voisinage ou en cas de conflits entre voisins.

### 5.3 Satisfaction quant à différents aspects de l'environnement résidentiel

Si l'on interroge les personnes âgées quant à leur satisfaction au regard de certains aspects de leur environnement résidentiel actuel, on relève dans l'ensemble des indices de satisfaction assez élevés. Toutefois, on observe là aussi – hormis en ce qui concerne les contacts avec le voisinage – des différences notables entre les trois régions linguistiques.

Fig.  
5.3

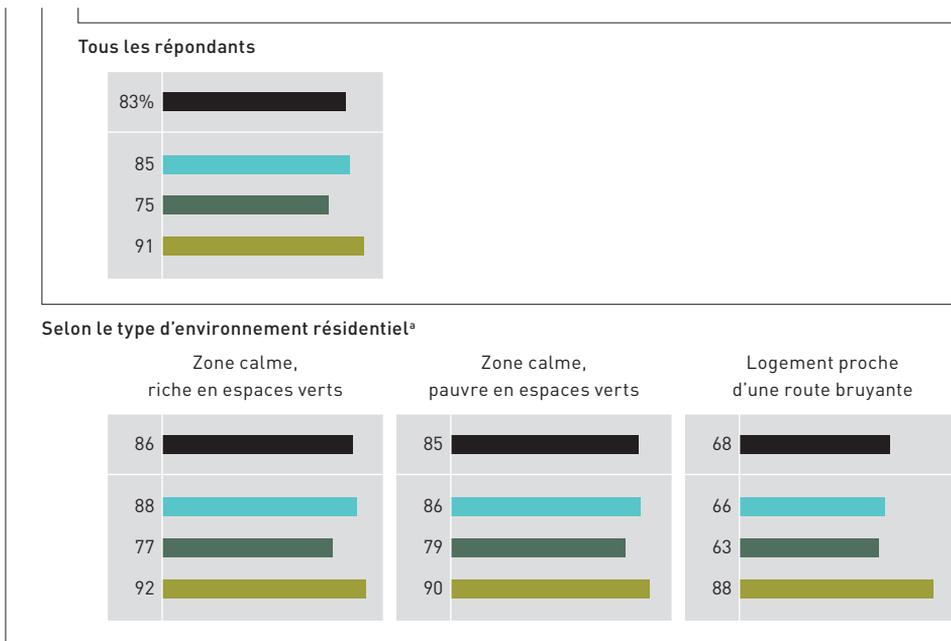
*Moindre satisfaction en Suisse italienne* : En Suisse italienne, malgré un degré généralement élevé d'attachement à l'environnement résidentiel, la satisfaction quant à divers aspects de l'environnement résidentiel est nettement moindre que dans les deux autres régions linguistiques. Chez les retraités italophones, cette moindre satisfaction porte notamment sur les possibilités d'achats (en particulier dans les zones rurales), les transports publics, la sécurité du trafic et les nuisances sonores.

*Facteurs influant sur la satisfaction quant à l'environnement résidentiel* : D'autres facteurs que les différences régionales en matière d'infrastructures et de volume du trafic jouent également un rôle sur le degré de satisfaction quant à l'environnement résidentiel. On constate ainsi une moindre satisfaction dans les villes que dans les communes d'agglomération ou les zones rurales en ce qui concerne les rapports de voisinage, la tranquillité dans le quartier ou la sécurité publique. À l'inverse, les possibilités d'achats et la proximité des transports publics s'avèrent moins satisfaisantes dans les communes rurales ou périphériques.

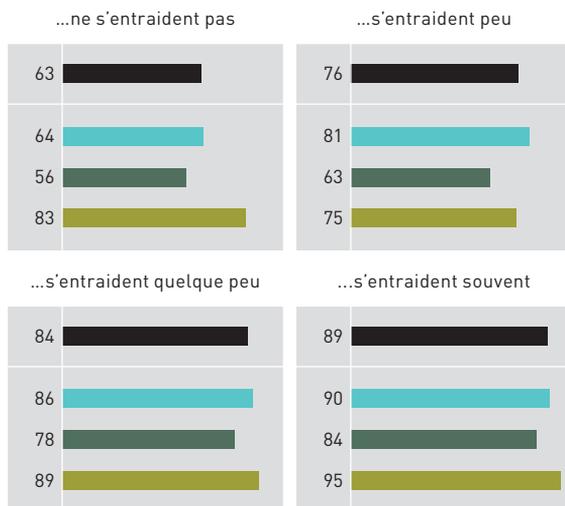
Selon l'appréciation portée par les intervieweurs, la durée de marche jusqu'au magasin d'alimentation et à l'arrêt de transports publics (bus, tram, chemin de fer) les plus proches est nettement plus importante dans les petites communes. Alors que, dans les communes de plus de 10 000 habitants, l'arrêt le plus proche se trouve en moyenne à 5 ou 6 minutes de marche, il se situe à 10 ou 11 minutes dans les communes de moins de 2 000 habitants. Si, dans les communes d'une certaine importance, le magasin d'alimentation le plus proche se trouve à 10 ou 11 minutes de marche, il faut compter 18 à 20 minutes dans

# Attachement des personnes de 65+ à leur environnement résidentiel, selon ses caractéristiques et celles du quartier, 2018

## Part des personnes âgées qui se sentent attachées à leur environnement résidentiel



## Selon la classification du voisinage : quartiers dans lesquels les habitants...



■ Ensemble de la Suisse (données pondérées) | ■ CH alémanique ■ CH romande ■ CH italienne

Personnes vivant à domicile.

<sup>a</sup> Classification du type d'environnement par l'interviewer lors de sa visite auprès des répondants.

Source : Age, 2018.

les petites communes<sup>1</sup>. En comparant les régions linguistiques, on constate que les personnes âgées, pour se rendre à l'arrêt de transports publics ou au commerce le plus proche, doivent parcourir des distances nettement plus longues en Suisse italienne que dans les deux autres régions linguistiques.

Les facteurs économiques sont importants dans la mesure où les personnes retraitées, lorsqu'elles sont aisées, ont plus de possibilités de choisir un environnement résidentiel favorable. Généralement concentrées dans des zones résidentielles moins intéressantes, celles qui ne disposent que d'un faible revenu trouvent aussi moins de raisons d'être satisfaites de leur lieu de domicile.

Une analyse des données multivariée et détaillée montre que l'âge et le sexe sont sans importance du point de vue de la satisfaction générale quant à l'environnement résidentiel. Par contre, la région linguistique (valeurs moindres au Tessin), les différences entre ville et campagne (en général moins de satisfaction en ville), la propriété du logement (valeurs plus élevées en cas de propriété) et la situation financière (meilleure satisfaction lorsque la situation financière est favorable) demeurent des critères statistiquement significatifs.

#### 5.4 Problèmes d'environnement résidentiel et sentiment d'insécurité

Depuis 2007, l'Office fédéral de la statistique effectue des enquêtes régulières sur les revenus et les conditions de vie. Dans ces enquêtes, des questions portent sur l'appréciation de l'environnement résidentiel. Passablement de personnes – notamment des personnes âgées – souffrent des nuisances sonores, de la pollution de leur environnement résidentiel ou du vandalisme. On ne peut toutefois pas en conclure que les personnes âgées souffrent davantage de la mauvaise qualité de leur environnement résidentiel que les personnes plus jeunes. La qualité de l'environnement résidentiel est liée au revenu plutôt qu'à l'âge: plus la personne concernée est aisée, plus l'environnement dans lequel elle réside est bon.

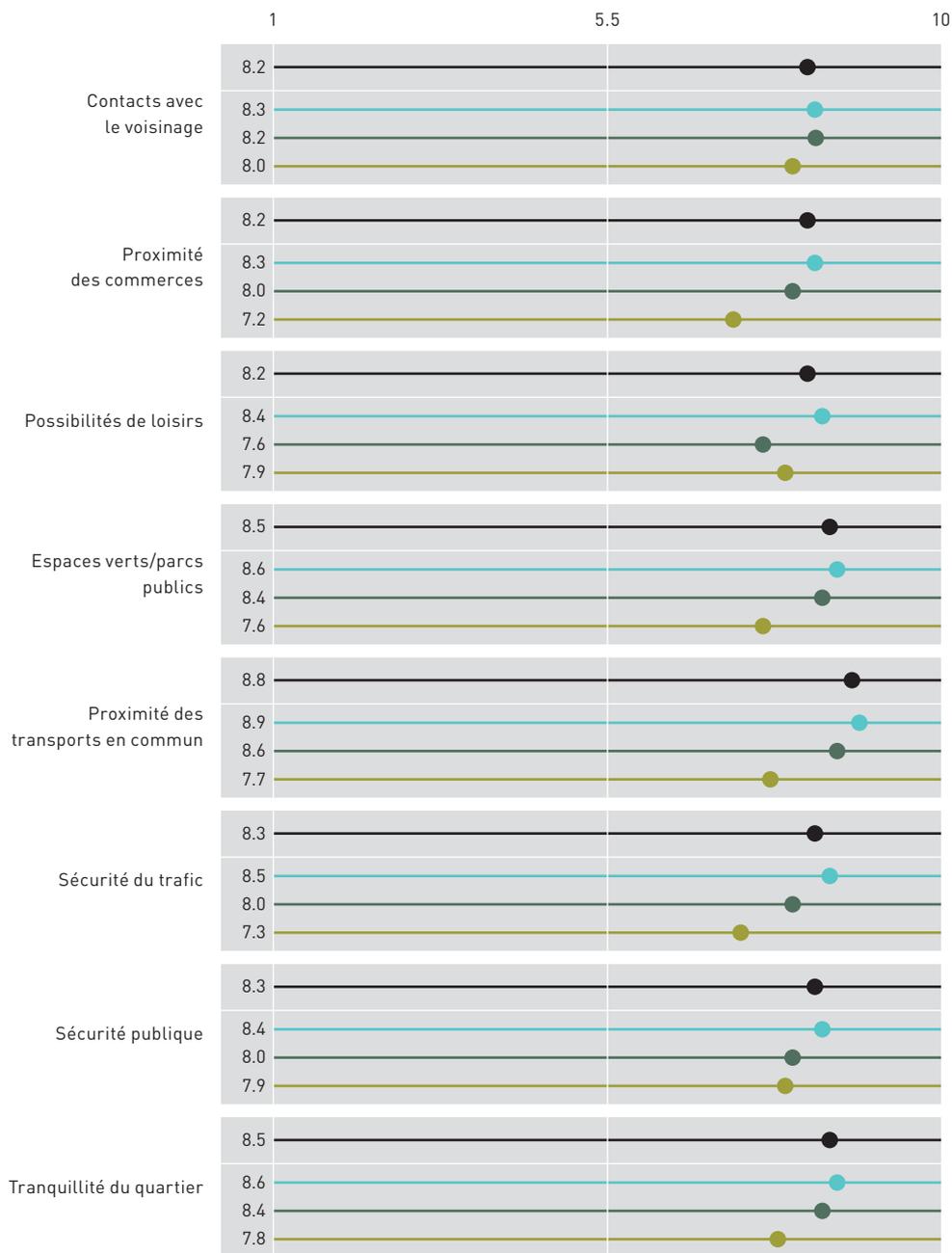
Fig.  
5.4

*Amélioration partielle de la qualité de l'environnement résidentiel:* En comparant les résultats des enquêtes menées de 2007 à 2016, on constate une amélioration plutôt qu'une détérioration de l'environnement résidentiel: la part de personnes âgées qui souffrent des nuisances sonores a diminué, mais cela tient aussi aux moyens actuels d'insonoriser les logements, qui permettent de mieux amortir le bruit provoqué par le trafic. Il est évident que la pollution sonore affecte surtout les habitants des centres urbains.

1 Ces valeurs se rapportent toujours aux personnes âgées à mobilité normale. En cas de capacité réduite, les temps de marche nécessaires s'accroissent nettement et peuvent plus que doubler.

## Satisfaction des pers. de 65+ quant à divers aspects de leur environnement résidentiel : valeurs moyennes sur une échelle de 1 à 10

5.3



■ Ensemble de la Suisse (données pondérées) | ■ CH alémanique ■ CH romande ■ CH italienne

1 = totalement insatisfait, 10 = totalement satisfait. Personnes vivant à domicile, 2018. Source : Age, 2018.

Fig.  
5.5

L'enquête sur le logement menée en 2018 avec le soutien de *Age-Stiftung* et de la Fondation Leenaards permet en outre d'identifier des différences entre les régions linguistiques: la part des personnes interrogées se plaignant de nuisances sonores («Ma zone résidentielle est perturbée par le bruit») est nettement plus importante en Suisse italienne que dans les deux autres régions linguistiques. Certains facteurs socio-économiques jouent également un rôle, et la part des personnes âgées gênées par le bruit est plus élevée chez celles qui jugent leur situation financière difficile (31%) que chez celles du même âge dont la situation financière est bonne (17%).

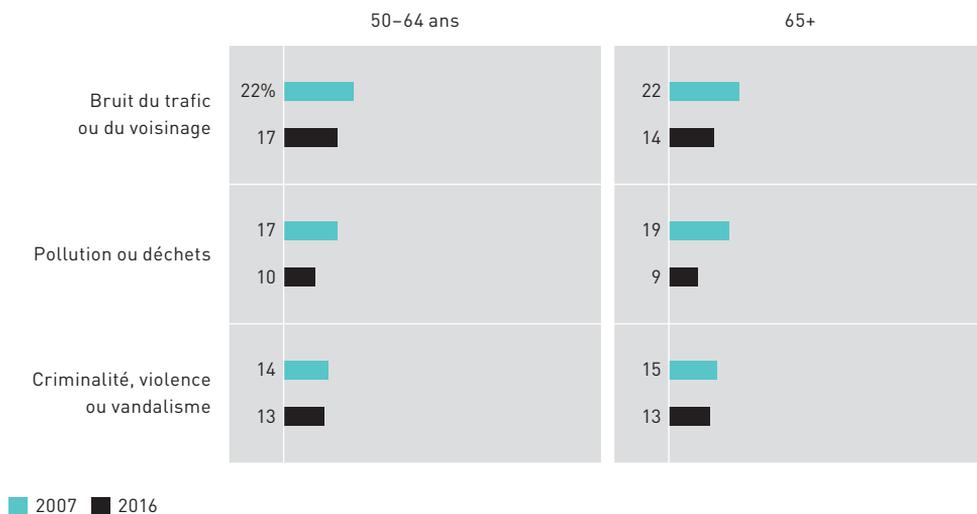
Le pourcentage de personnes âgées se plaignant de la saleté de leur environnement résidentiel a également diminué. Il reste à savoir si c'est l'ampleur des débris qui a diminué ou si les nouvelles générations de personnes âgées sont devenues plus «tolérantes aux immondices». La part de celles qui se plaignent de la criminalité, de la violence ou du vandalisme a par contre peu varié et il n'y a pas de constat d'une tendance à l'accroissement du vandalisme et de la violence. Cependant, et surtout chez les personnes âgées, la perception du vandalisme et de la violence dans l'environnement résidentiel accroît le sentiment d'insécurité (cf. figure 5.6).

*Inconvénients liés à l'environnement résidentiel*: Un autre problème de l'environnement résidentiel souvent mentionné, notamment par des personnes très âgées, est le manque de médecins et de pharmacies à proximité du domicile. Les personnes interrogées signalent aussi fréquemment – surtout en Suisse romande et en Suisse italienne – un risque accru d'isolement faute d'aide sociale. La crainte suscitée par la perception du risque d'isolement ne varie pas en fonction de l'âge ni du sexe, mais elle est davantage prononcée chez les personnes âgées confrontées à une situation économique difficile et qui sont atteintes dans leur santé.

Une transformation jugée négative du quartier de résidence («Le quartier a tellement changé que je ne m'y plais plus») est mentionnée par 8 à 10% des personnes interrogées. Les personnes de plus de 84 ans et celles ayant peu de ressources financières sont un peu plus nombreuses à exprimer ce sentiment. Assez rarement sont évoquées des querelles avec d'autres habitants de la maison ou des voisins. C'est en Suisse alémanique que ce problème est mentionné le plus fréquemment, et en Suisse italienne le plus rarement. Les personnes qui sont confrontées à des problèmes financiers font plus fréquemment état de querelles entre voisins que les personnes aisées, ce qui correspond à une observation maintes fois confirmée: alors même qu'elle accroît précisément le besoin d'une aide de proximité, une situation précaire en matière de logement peut rendre plus difficile d'accès les réseaux d'entraide du voisinage. Ce phénomène peut avoir pour cause, par exemple, le manque de moyens financiers

## Inconvénients dans l'environnement résidentiel perçus par les 50+ : parts selon le type d'inconvénient et le groupe d'âge, en 2007 et 2016

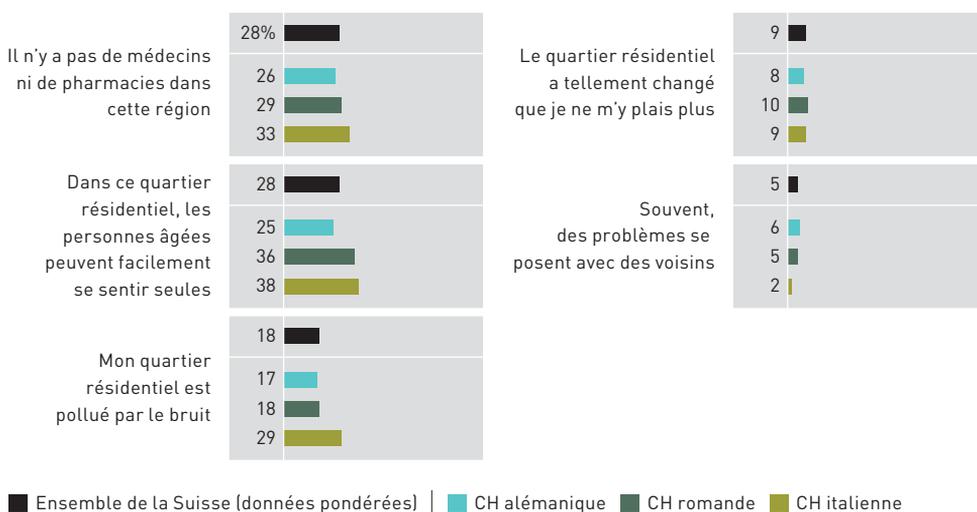
5.4



Source : OFS, SILC, 2007 et 2016.

## Problèmes possibles de l'environnement résidentiel des personnes de 65+ : pourcentages d'accord selon la région linguistique, 2018

5.5



Personnes vivant à domicile.

Signification statistique des écarts entre les régions linguistiques :  $p \leq .01$  ( $\chi^2$ -Test).

Source : Age, 2018.

permettant d'entretenir une vie sociale ou le cumul de plusieurs problèmes sociaux (Günther, 2015).

*Crainte de devoir cheminer seul dans l'obscurité*: Lorsque l'on demande aux personnes âgées si elles éprouvent un sentiment d'insécurité à marcher seules à l'extérieur après la tombée de la nuit, les réponses obtenues amènent à conclure que plus les personnes – femmes ou hommes – sont avancées en âge, plus leur sentiment d'insécurité est fort de se déplacer à l'extérieur seules. Cela ne tient pas seulement au fait que les personnes âgées se sentent davantage menacées que les autres, mais également aux risques de chute, auxquels elles sont particulièrement exposées à cause de l'obscurité et du mauvais éclairage. En Suisse, où le niveau de sécurité publique est généralement élevé, le sentiment d'insécurité chez les personnes âgées est toutefois moins répandu que dans les pays voisins. Avec l'âge, les femmes éprouvent davantage de sentiments de menace ou d'insécurité que les hommes: cette différence est constatée dans tous les pays. Le sentiment d'insécurité est particulièrement développé chez les femmes de 85 ans et plus: les personnes très âgées éprouvent fréquemment des impressions de vertige et une chute peut facilement entraîner des fractures des os, en particulier chez les femmes âgées, souvent atteintes d'ostéoporose.

Une analyse détaillée montre que, hormis l'âge de la personne, les limitations fonctionnelles dans la vie quotidienne liées à des problèmes de santé ainsi que les problèmes sociaux (faible niveau d'instruction, difficultés financières) contribuent à accroître l'insécurité. Et une personne qui ne se sent pas bien dans son environnement résidentiel aura tendance à rester chez elle.

## 5.5 Rapports de voisinage

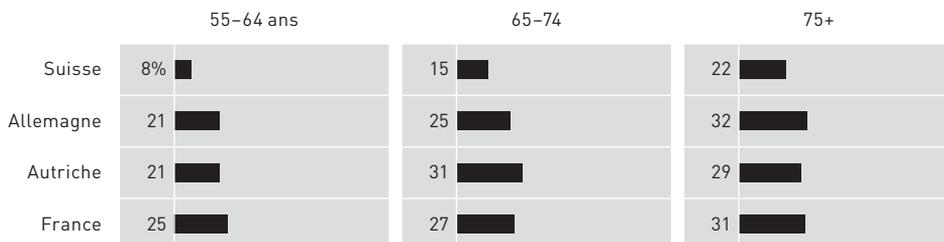
Ces dernières années, les rapports de voisinage – et en particulier l'aide de proximité – ont été l'objet d'une attention accrue, notamment dans les conceptions sociologiques appliquées à l'aménagement des espaces et selon lesquelles une bonne intégration locale contribue à la qualité de vie des femmes et des hommes, surtout lorsqu'il s'agit de personnes très avancées en âge. Avec l'âge, le réseau informel qui se tisse avec le voisinage peut devenir un élément important de soutien social (Seifert, 2016a). Les personnes âgées, en particulier celles dont les capacités fonctionnelles réduites sont handicapantes dans la vie de tous les jours, peuvent profiter de l'aide fournie par des personnes du voisinage, ce qui, le cas échéant, leur permet de vivre plus longtemps de façon autonome dans leur propre logement.

Fig.  
5.6

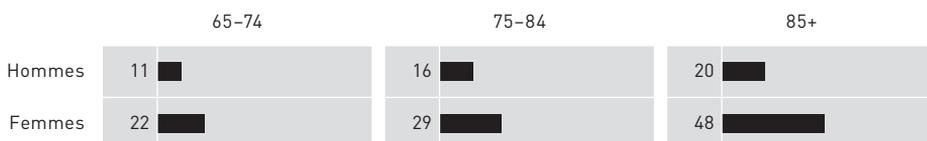
## Personnes ne se sentant pas en sécurité dans leur environnement résidentiel : parts selon le pays, le groupe d'âge et le sexe

5.6

Parts de personnes se sentant (fortement) en danger lorsqu'elles marchent seules à la tombée de la nuit (2016)



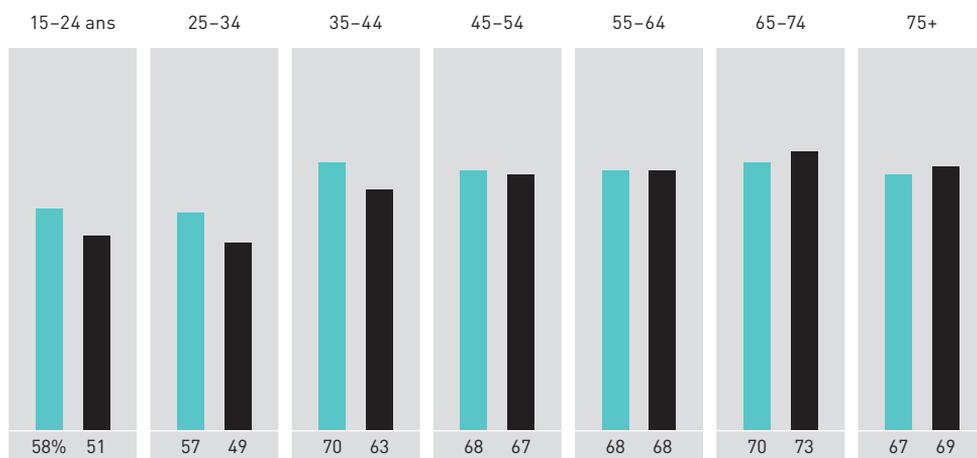
Parts de personnes se sentant en danger dans la rue à la tombée de la nuit (2018)



Sources : European Social Survey, 2016, Age, 2018 (données pondérées).

## Personnes ayant au moins une relation de bon voisinage : parts selon le groupe d'âge, en 1999 et en 2016

5.7



■ 1999 ■ 2016

Source : Panel suisse de ménages, 1999 et 2016 (données pondérées).

*Fréquence des rapports de bon voisinage*: Les réponses aux questions concernant les contacts avec le voisinage révèlent que les personnes de 35 ans et plus tendent un peu plus souvent que les personnes de moins de 35 ans à entretenir des rapports de bon voisinage. Pour les adolescents et les jeunes adultes, les relations avec des personnes du même âge (groupes de pairs) sont souvent plus importantes que les contacts locaux avec des voisins plus âgés. Les rapports de voisinage gagnent en importance lorsque l'on est dans la phase de fondation d'une famille (naissance d'enfants) ainsi qu'au troisième âge (mise à la retraite et perte des contacts professionnels). Sur l'ensemble de la période allant de 1999 à 2016, on ne constate pas de grands changements, hormis le fait qu'en 2016 les jeunes étaient un peu moins nombreux qu'en 1999 à mentionner des rapports de bon voisinage. La majorité des personnes âgées peuvent du moins compter sur de bonnes relations avec leur voisinage. Il reste toutefois surprenant qu'au moins 30% d'entre elles déclarent ne pas avoir de rapports de bon voisinage.

Fig.  
5.7

La part des personnes interrogées âgées de 65 ans et plus qui déclarent avoir de bons rapports de voisinage augmente légèrement en fonction du niveau d'éducation. Plus que les autres, les personnes au bénéfice d'une bonne formation scolaire et professionnelle disposent en effet de ressources financières suffisantes pour élire domicile, par exemple, dans un environnement résidentiel où sont établies des personnes partageant des centres d'intérêt et des goûts similaires. Les personnes retraitées faisant état de rapports de bon voisinage sont aussi, un peu plus souvent que les autres, engagées dans des associations et des clubs et effectuent un peu plus fréquemment du travail bénévole. Mais il peut y avoir ici un effet de réciprocité: on s'investit au niveau local parce que l'on a de bons contacts sur place; et si l'on profite de meilleurs contacts sur place, c'est parce que l'on s'est engagé au niveau local.

Fig.  
5.8

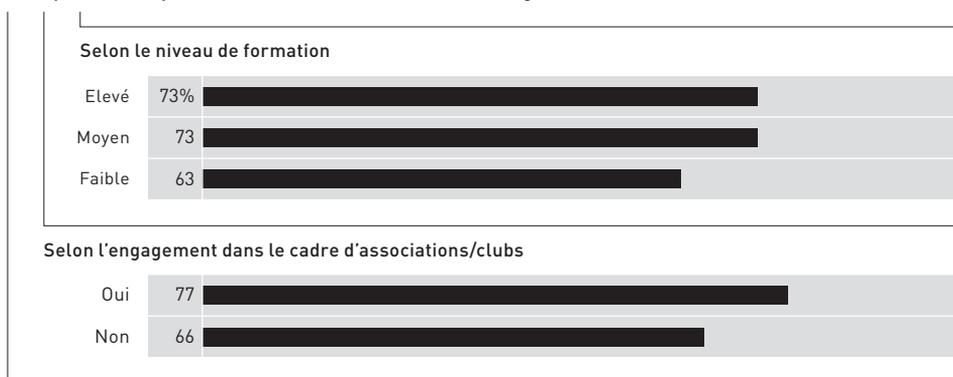
*Soutien pratique et psychologique de la part du voisinage*: Les réponses aux questions ayant trait au soutien pratique et psychologique apporté par des voisins font apparaître des valeurs nettement plus faibles que lorsqu'il s'agit d'un soutien assuré par la famille ou par des amis. Dans les appréciations, le soutien psychologique de la part du voisinage s'avère plus important que le soutien pratique. Les femmes s'engagent davantage dans le soutien de voisinage que les hommes. En tout cas, elles évoquent plus souvent que les hommes un soutien pratique et psychologique par des personnes du voisinage. Cette observation correspond à l'opinion générale qui veut que, pour diverses raisons, les femmes sont en général plus fortement liées que les hommes à des membres de la parenté, à des proches et à des connaissances. Les femmes assument souvent un rôle de « vestale », c'est-à-dire de gardienne des rapports familiaux et extra-familiaux.

Fig.  
5.9

## Relations de bon voisinage à l'âge de 65+ : parts selon le niveau de formation et l'engagement social, 2016

5.8

Part de personnes ayant au moins une relation de bon voisinage



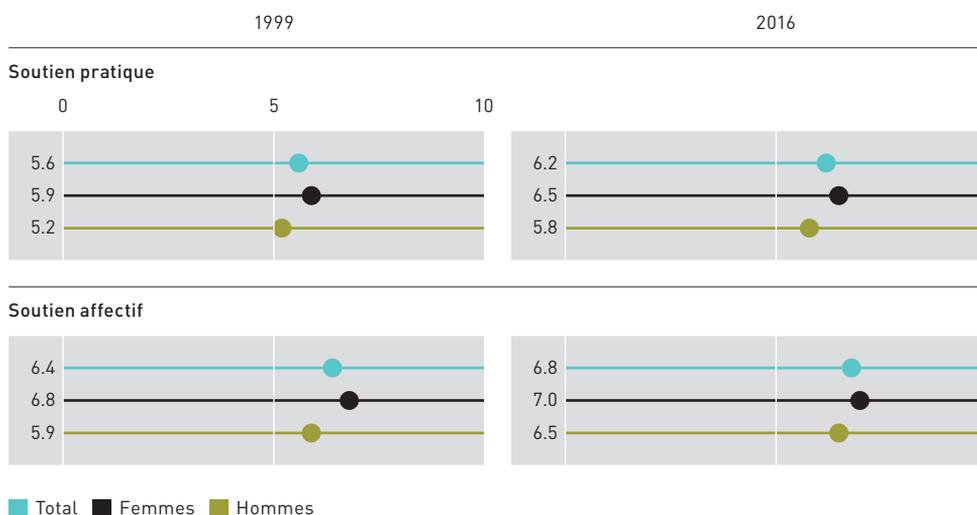
Selon l'engagement dans les domaines du bénévolat



Signification statistique des écarts :  $[p < .01, \chi^2\text{-Test}]$ . Source : Panel suisse de ménages, 2016 (données pondérées).

## Évaluation (échelle de 0 à 10), par les personnes de 65+, du soutien reçu de leurs voisins : moyennes 1999 et 2016

5.9



0 = aucun soutien, 10 = beaucoup de soutien. Personnes vivant à domicile. Valeurs moyennes, seulement lorsque sont mentionnés des contacts avec les voisins. Importance des écarts selon le sexe :  $p < 0.01$ . Source : Panel suisse de ménages [données pondérées, analyses propres].

Sur l'ensemble de la période allant de 1999 à 2016, les personnes âgées montrent une tendance à porter un jugement un peu plus positif sur le soutien que leur *offre* leur voisinage. En tout cas, on n'observe nullement que ce soutien est en déclin, comme le laissent souvent supposer les médias. Il est intéressant de noter que les femmes âgées (mais pas les hommes) attachent aujourd'hui un peu plus d'importance qu'auparavant à l'aide apportée par le voisinage. Par contre, les hommes âgés (mais pas les femmes) accordent aujourd'hui plus de poids que par le passé à certains aspects d'ordre psychologique dans leurs rapports de voisinage. Cela peut être lié à un changement de rôle des deux sexes : davantage de femmes âgées sont aujourd'hui conscientes de leurs capacités à organiser leur existence de manière autonome, alors que les hommes âgés sont plus nombreux qu'autrefois à découvrir certains aspects émotionnels de la vie.

## Synthèse

- › Il n'est guère utile que le logement soit exempt d'obstacles et aménagé de manière adaptée aux besoins des personnes âgées si l'accès au logement est difficile, s'il n'y a pas de possibilités de faire ses achats à proximité ou si des nuisances sonores et des conflits entre voisins compromettent la qualité de vie.
- › Les personnes économiquement aisées et jouissant d'une bonne situation financière – généralement propriétaires de leur maison ou de leur logement – vivent le plus souvent dans une zone tranquille et riche en espaces verts. Quant à celles qui ne disposent que d'un faible revenu et qui sont généralement concentrées dans des zones résidentielles moins intéressantes, elles trouvent aussi moins de raisons d'être satisfaites de leur lieu de domicile.
- › Le pourcentage de personnes âgées dont le logement est situé à proximité immédiate d'une route bruyante est particulièrement élevé en Suisse italienne. Le trafic pendulaire transfrontalier ainsi que le tourisme sont la cause de lourdes nuisances en Suisse méridionale.
- › Une grande majorité de personnes âgées éprouvent un attachement à leur environnement résidentiel actuel. D'où le fait qu'elles souhaitent demeurer le plus longtemps possible dans le logement qu'elles occupent actuellement ou qu'elles envisagent tout au plus d'emménager dans un autre logement situé dans la même commune.
- › On constate une moindre satisfaction dans les villes que dans les communes d'agglomération ou les zones rurales en ce qui concerne les rapports de voisinage, la tranquillité dans le quartier ou la sécurité publique. À l'inverse, les possibilités d'achats et la proximité des transports publics s'avèrent moins satisfaisantes dans les communes rurales ou périphériques.
- › Plus les personnes – femmes ou hommes – sont avancées en âge, plus leur sentiment d'insécurité est fort lorsqu'elles se déplacent seules à l'extérieur une fois la nuit tombée. Cela ne tient pas seulement au fait que les personnes âgées se sentent davantage menacées que les autres, mais également aux risques de chute auxquels elles sont particulièrement exposées à cause de l'obscurité et du mauvais éclairage.
- › Une majorité de personnes âgées peuvent néanmoins compter sur de bonnes relations avec leur voisinage. Il reste toutefois surprenant qu'au moins 30% d'entre elles déclarent ne pas avoir de rapports de bon voisinage. Les femmes s'engagent davantage dans le soutien de voisinage que les hommes.



6

Changement de  
domicile et mobilité  
résidentielle aux  
troisième et quatrième  
âges

# Table des matières

6.1 Durée d'habitation

6.2 Fréquence des changements de domicile et de logement à un âge avancé

6.3 Motifs de déménagement et aspirations générales liées à un changement de logement

Synthèse

## 6.1 Durée d'habitation

La fréquence du changement de domicile varie en fonction de l'âge et de la phase de l'existence, indépendamment du fait que ce changement ait lieu dans un cadre local ou qu'il relève de la migration internationale. «Il est ainsi empiriquement fort évident que les jeunes, avant de fonder une famille, sont assez mobiles et enclins à déménager, tandis que les personnes âgées, après avoir élevé leurs enfants et acquis un logement en propriété, sont moins disposées à changer de domicile et préfèrent la mobilité pendulaire» (Schneider *et al.*, 2016: 511). Même lorsqu'elles ont pris leur retraite, la plupart des personnes continuent de vivre au même domicile. Les personnes âgées, hommes et femmes, sont donc essentiellement sédentaires; et plus elles avancent en âge, moins elles sont disposées à changer de domicile (Teti *et al.*, 2014). Pour la plupart d'entre elles, la priorité est de vivre le plus longtemps possible dans le logement qu'elles occupent (Höpflinger, 2018; Kramer *et al.*, 2016).

La durée d'habitation dans le lieu de domicile actuel augmente généralement avec l'âge. En moyenne, elle est d'au moins 34 ans chez les personnes âgées de 65 à 74 ans et d'au moins 40 ans chez celles de plus de 75 ans. Les valeurs sont plus basses en ce qui concerne la durée d'habitation dans le même logement ou la même maison, ce qui indique que les personnes d'âge très avancé qui changent de lieu de résidence ne quittent leur logement que pour emménager dans un lieu proche.



Fig.  
6.1

*Avantages et inconvénients d'une longue durée d'habitation:* Une longue durée d'habitation a pour avantage que l'on est familiarisé avec le logement et son environnement, ce qui favorise généralement l'intégration sociale dans le voisinage, le quartier et la commune. En outre, lorsque l'on habite depuis longtemps dans un logement, on profite de loyers inférieurs à ceux qui peuvent être demandés dans un nouveau locatif. Inversement, dans les logements que l'on occupe depuis longtemps, il arrive que les habitudes acquises au niveau du logement et des routines ménagères soient maintenues trop longtemps et que des adaptations aux besoins des personnes âgées soient refusées. Ainsi, par exemple, des tapis usés qui exposent le locataire à des risques de chute accidentelle ne sont pas enlevés ou l'éclairage insuffisant pour se rendre aux toilettes n'est pas remplacé. Les conséquences négatives d'une immobilité résidentielle à un âge avancé est un sujet de plus en plus fréquemment abordé aujourd'hui, non seulement parce que le fait de demeurer trop longtemps dans un logement inadapté à leurs besoins peut exposer les aînés à des risques accrus, notamment de chute accidentelle et d'isolement social, mais également au motif que les personnes âgées vivant seules et occupant des logements familiaux ou des maisons familiales individuelles tendent à induire un retard dans le changement générationnel de l'espace d'habitation. À cela s'ajoute le

fait qu'une longue durée d'habitation dans le même logement tend à priver le locataire des connaissances et de l'expérience nécessaires pour trouver un nouveau logement dans l'éventualité d'une résiliation de bail (pour rénovation ou démolition du bâtiment).

## 6.2 Fréquence des changements de domicile et de logement à un âge avancé

*La mobilité résidentielle diminue dans la vieillesse* : Les données statistiques confirment que les changements de résidence se font plus rares au fur et à mesure du vieillissement : seulement 2% des personnes âgées de 60 à 69 ans vivaient, une année auparavant, dans une autre commune de résidence, et le pourcentage est encore plus faible chez les personnes de plus de 70 ans. En extrapolant sur cinq ans, on observe pourtant une mobilité résidentielle de 10% chez les personnes âgées de 60 à 69 ans, et de plus de 5% chez celles de plus de 70 ans. À cela s'ajoute – ce qui n'est pas mentionné ici – un changement de domicile à l'intérieur de la même commune. Il convient de noter en outre que lorsqu'une personne d'âge très avancé change de logement pour devenir résidente d'un établissement de soins hors de sa commune de résidence actuelle, ce transfert n'est pas considéré comme un changement de domicile au sens des règles du droit civil.

Fig.  
6.2

*Émigration après la retraite* : Une société planétaire idéologiquement mondialiste implique aujourd'hui certaines formes de migration motivées par le besoin de changer de mode de vie. La forme que prend la migration internationale des personnes âgées est non seulement celle du retour des anciens immigrants dans leur pays d'origine, mais également celle d'un exode de rentiers aisés vers l'Europe méridionale (Herzog, 2016 ; Simpson, 2015). Si le nombre des retraités suisses vivant à l'étranger a augmenté, il ne s'agit toujours, cependant, que d'une petite minorité par rapport au nombre total des retraités. Il est en revanche beaucoup plus fréquent que des personnes d'origine étrangère retournent dans leur pays de provenance, et l'on constate que le taux des retours augmente aux environs de l'âge de la retraite. En extrapolant sur cinq ans, plus d'un cinquième des étrangers retournent dans leur pays d'origine à un âge qui se situe entre 60 et 69 ans. Toutefois, grâce à l'amélioration des liaisons de transport internationales, le retour au pays d'origine à titre permanent – surtout chez les migrants de l'Europe méridionale – fait de plus en plus place à une mobilité pendulaire entre la Suisse et le pays d'origine. Hormis le fait qu'ils facilitent les contacts avec les enfants et petits-enfants vivant en Suisse, ces mouvements pendulaires présentent aussi l'avantage de permettre de pouvoir compter sur des services sociaux et médicaux qui, en Suisse, sont garantis.

Fig.  
6.2

## Durée d'habitation dans le logement et la commune de résidence actuels, moyennes 2016 et 2018 selon le groupe d'âge

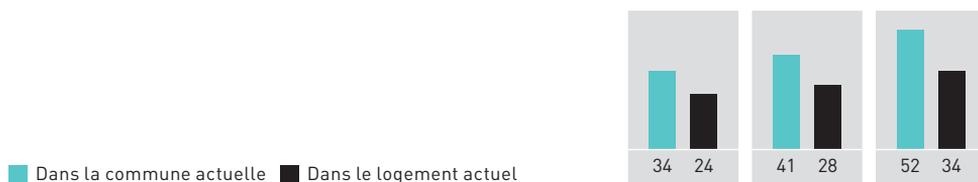
6.1

(âge) 15-24 25-34 35-44 45-54 55-64 65-74 75-84 85+

2016



2018



Personnes vivant à domicile.

Sources : Panel suisse de ménages, 2016 (données pondérées), Age, 2018 (données pondérées).

## Changement de lieu de résidence lié à un déménagement ou à l'émigration : parts en 2016 selon le groupe d'âge et la nationalité

6.2

20-29 ans 30-39 40-49 50-59 60-69 70-79 80-89 90+

Part de personnes qui, un an auparavant, résidaient dans une autre commune



Part de personnes ayant émigré au cours des douze derniers mois



■ Total ■ Suisses ■ Étrangers

Déménagement : changement de commune de domicile au cours des douze derniers mois.

Émigration : départ définitif à l'étranger au cours des douze derniers mois.

Source : OFS, RS 2016 (analyses STAT-TAB).

*Une minorité de personnes âgées changent de lieu de résidence et de logement même à un âge avancé*: Si une importante majorité de Suissesses et de Suisses âgés restent sédentaires pendant de très longues périodes, une minorité de personnes âgées changent délibérément de lieu de résidence ou de logement. Mais des signes de plus en plus clairs indiquent qu'à cet égard, les nouvelles générations de femmes et d'hommes deviennent plus mobiles, même à un âge avancé (Zimmerli, 2011).

L'enquête sur le logement menée en 2018 avec le soutien de *Age-Stiftung* et de la Fondation Leenaards montre qu'au moins 13% des personnes âgées de 65 à 74 ans ont changé de logement au cours des cinq dernières années, et que 8% ont en même temps changé de lieu de domicile. À l'âge de 75 ans et plus, un changement de logement et de lieu de domicile est cependant peu fréquent. La mobilité résidentielle des personnes âgées paraît spécialement faible en Suisse italienne.

Fig.  
6.3

*Les enquêtes sous-estiment la mobilité résidentielle*: La figure 6.3 présente des données concernant les personnes âgées qui, en Suisse, vivent encore chez elles; mais ces données sous-estiment la mobilité résidentielle effective des aînés, car deux formes de migration ne sont pas prises en compte dans un sondage transversal: premièrement, l'exode vers l'étranger, c'est-à-dire une forme de mobilité résidentielle qui n'est pas rare, en particulier en ce qui concerne les personnes âgées issues de l'immigration (cf. figure 6.2); et deuxièmement, le changement consistant à devenir pensionnaire d'un EMS, ce qui est pourtant fréquent à cet âge.

Une étude longitudinale effectuée dans le canton de Vaud – qui prenait en compte toutes les formes de changement de domicile – révèle, chez les personnes de plus de 80 ans, une nette augmentation de la mobilité résidentielle, tant il est vrai que, lorsqu'on avance en âge, quitter son logement pour devenir pensionnaire d'un EMS est assez souvent la principale raison d'un changement de domicile. Ainsi, entre 2013 et 2015 dans le canton de Vaud, au moins 15% des hommes et 20% des femmes de 95 ans et plus ont quitté leur logement pour entrer dans un établissement de soins (Schumacher et Moreau, 2018). Ces pourcentages pourraient être encore plus élevés dans les cantons où les soins à domicile sont moins développés. Quoi qu'il en soit, à un âge très avancé, déménager pour s'installer dans un EMS est un changement de lieu de domicile assez fréquent, et souvent non planifié.

*L'intention de déménager est liée aux expériences vécues*: L'intention de déménager et la mobilité résidentielle, chez les personnes âgées également, varient en fonction des expériences vécues antérieurement, tant sur le plan du logement que sur celui des parcours de migration. Dès lors, pour expliquer la mobilité résidentielle des personnes âgées, il importe de prendre en considération non

## Changement de logement ou de commune à l'âge de 65+ : parts selon l'âge et la région linguistique entre 2013 et 2017/2018

6.3



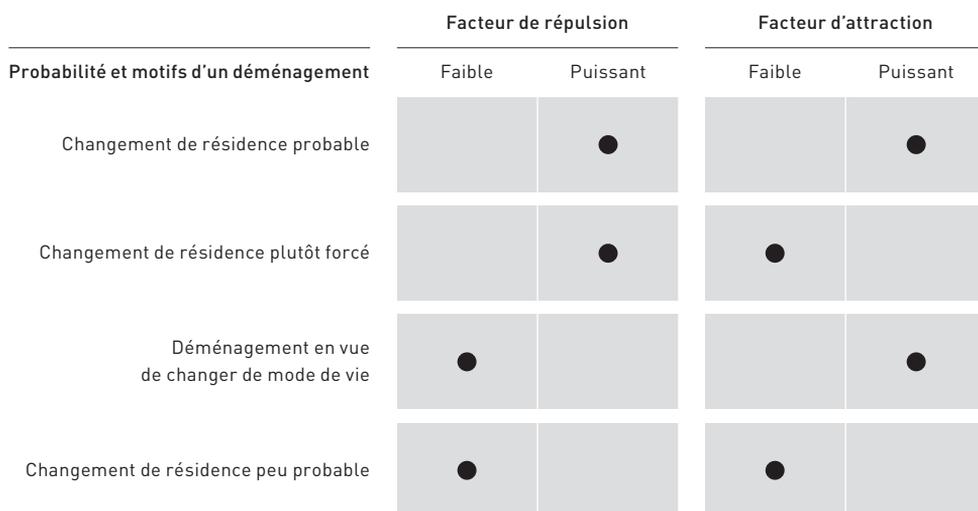
■ Ensemble de la Suisse (données pondérées) | ■ CH alémanique ■ CH romande ■ CH italienne

Personnes vivant à domicile.

Source : Age, 2018.

## Le modèle « push-pull » de la mobilité résidentielle des personnes âgées

6.4



Source : analyses propres.

seulement les conditions actuelles (logement et situation) et la présence ou non de formes de logement alternatives, mais également certains paramètres liés au vécu antérieur de ces personnes dans les logements qu'elles ont occupés. Une personne qui a déjà changé souvent de logement et de lieu de domicile sera aussi mieux disposée à un nouveau changement de domicile. Les expériences vécues antérieurement par les migrants accroissent les chances de voir effectivement leurs intentions de déménager devenir réalité (Kley, 2009). Cela tient aussi au fait que les personnes ayant peu d'expériences en matière de changement de domicile jugent difficile, lorsqu'elles sont âgées, de faire une demande de logement. En outre, il n'est pas rare que les personnes âgées aient à subir une discrimination lorsqu'elles sont en quête d'un logement.

*Mobilité résidentielle des personnes âgées – facteurs de répulsion et d'attraction* : Dans la vieillesse tout comme dans les phases antérieures de l'existence, un changement de logement et de lieu de domicile est déterminé par différents facteurs de répulsion et d'attraction (*push and pull*). Les facteurs de répulsion (*push*) sont ceux qui motivent et incitent à quitter le cadre résidentiel actuel : par exemple, un environnement bruyant, un accès pénible au logement ou la résiliation d'un bail à loyer. Les facteurs d'attraction (*pull*) sont ceux qui font paraître intéressant et attirant un nouveau cadre de vie et d'habitat : par exemple, un bâtiment plus fonctionnel et exempt d'obstacles, un nouveau logement qui rapproche de la famille ou un déménagement du nord au sud, c'est-à-dire d'un lieu froid vers un endroit plus chaud. Dans certaines circonstances, un changement consistant à devenir pensionnaire d'un EMS peut apparaître positif, car permettant d'escompter une amélioration de la prise en charge et de l'assistance en matière de soins (Seifert, 2016b).

Lorsque ce sont les facteurs *push* qui prédominent, il s'agit plutôt d'un changement forcé ; lorsque les facteurs *pull* sont prépondérants, c'est plutôt un changement volontaire. D'une manière générale, chez les personnes en bonne santé au début de leur retraite, un changement de logement ou de lieu de domicile est souvent un choix délibéré visant à améliorer leur qualité de vie et de logement, par exemple en déménageant dans un logement exempt d'obstacles ou en émigrant pour passer ses vieux jours dans le Sud ensoleillé. Pour cette catégorie de personnes, l'important est que le nouveau logement permette des activités personnelles, qu'il soit situé dans un environnement bien doté en infrastructures, qu'il soit bien desservi par les transports publics et qu'il offre de bonnes possibilités de s'approvisionner. Toutefois, les personnes âgées fragilisées et qui ont besoin de soins se voient assez souvent forcées de changer de domicile pour, par exemple, devenir pensionnaires d'un EMS. Il en est de même pour les personnes âgées disposant de maigres ressources financières, par exemple lorsque l'ancien bâtiment où se trouve leur logement est remplacé par un nouvel immeuble où les loyers sont inabordables, ou parce qu'elles

Fig.  
6.4

n'ont pas les moyens d'adapter le logement qu'elles occupent en fonction des limitations liées à leur âge.

### 6.3 Motifs de déménagement et aspirations générales liées à un changement de logement

*Questions concernant quatre motifs invoqués pour un changement de logement* : Un changement de logement peut être souhaité ou planifié pour diverses raisons. Dans le cadre de l'enquête sur le logement menée en 2018 avec le soutien de *Age-Stiftung* et de la Fondation Leenaards, des questions ont été posées aux personnes interrogées concernant quatre motifs possibles : le changement de domicile peut avoir pour but (1) de s'établir à l'étranger, (2) de se rapprocher des enfants, (3) d'être à proximité de services adaptés aux personnes âgées, (4) de s'installer dans un logement nouvellement construit. Il s'agit de motifs qui procèdent d'une aspiration à une meilleure qualité de vie pendant ses vieux jours, et non pas de raisons directement liées à des restrictions induites par un mauvais état de santé<sup>1</sup>. Hormis les catégories de réponses « prévu » et « envisageable », a également été mentionnée la catégorie « déjà réalisé », car une part des personnes âgées interrogées estimaient avoir déjà réalisé le vœu d'une meilleure qualité de logement.

Fig.  
6.5

D'une façon générale, il s'avère que la part des personnes interrogées ayant déjà des plans concrets de déménagement est minime, ce qui correspond bien aux données dont on dispose quant aux intentions de déménagement à l'âge de la retraite. On constate que, plus ou moins souvent, les motifs de déménagement suggérés ont déjà donné lieu à un déménagement ou sont tout au moins considérés comme « envisageables ».

*Domicile proche des enfants* : Les personnes qui envisagent concrètement de changer de domicile pour être plus proches de celui de leurs enfants représentent, selon la région linguistique, une proportion de 1 à 4% des personnes interrogées. Pour 12 à 18%, c'est une solution concevable. Dans les trois régions linguistiques, près de la moitié des personnes interrogées estiment que l'emplacement de leur logement actuel permet déjà une proximité satisfaisante avec leurs enfants. Qu'il soit déjà réalisé ou non, le souhait consistant à habiter dans le voisinage de ses enfants est étroitement lié à la proximité qui existe dans les relations avec eux, et les personnes – relativement peu nombreuses – qui indiquent n'avoir pas de contacts étroits avec leur descendance sont majoritairement réticentes à l'idée d'avoir leur domicile proche de celui de leurs enfants.

1 La question d'un déménagement pour s'établir dans un EMS a été abordée ultérieurement (cf. chapitre 8.2).

Les personnes interrogées qui se trouvent dans une situation financière difficile souhaitent un peu plus fréquemment que les personnes aisées avoir un domicile plus proche de celui de leurs enfants. En cas de difficultés financières, un rapprochement géographique peut faciliter l'aide et le soutien mutuel.

*Logement dans une nouvelle construction et à proximité de services adaptés aux personnes âgées:* En Suisse alémanique, les personnes interrogées qui habitent dans un logement nouvellement construit sont un peu plus nombreuses que dans les autres régions. En outre, les souhaits et projets de déménagement en vue d'habiter dans un logement nouvellement construit sont d'autant plus nets que le logement actuel est jugé trop grand ou mal adapté aux personnes à mobilité réduite. En contrepartie, les personnes interrogées qui vivent dans un logement adapté aux personnes à mobilité réduite indiquent plus fréquemment que celui-ci est un logement nouvellement construit. Déménager dans un logement proche de services adaptés aux besoins des personnes âgées est l'une des options le plus souvent considérées comme envisageables, voire souhaitées. Cette option prend un peu plus fréquemment la forme d'un projet concret en cas de détérioration de l'état de santé.

*Domicile à l'étranger:* Habiter ailleurs qu'en Suisse est une option qui ne correspond au souhait que d'une minorité de personnes. Les retraités financièrement aisés et au bénéfice d'une bonne formation scolaire et professionnelle sont un peu plus enclins à juger cette option concevable. Comme on peut s'y attendre, les personnes âgées qui envisagent de changer de domicile pour s'établir à l'étranger sont surtout celles qui ont autrefois immigré en Suisse. C'est là une option envisageable, voire déjà programmée, pour 24% des retraités interrogés qui ne sont pas nés en Suisse; par contre, du côté des natifs, ce pourcentage n'est que de 9%.

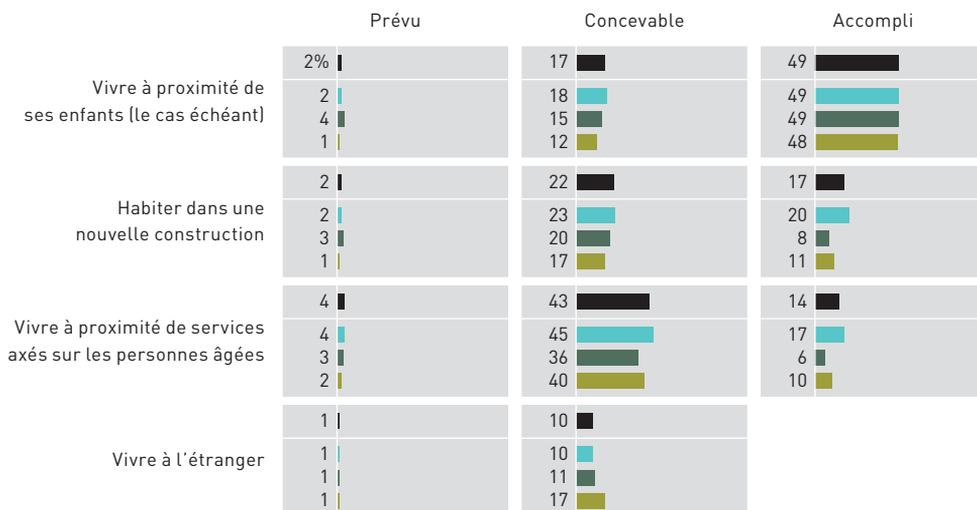
*Aspirations générales liées à un changement de logement, comparaison entre les groupes d'âge:* Le Panel suisse de ménages pour 2016 a notamment enquêté sur les intentions de changer de logement. L'analyse des résultats a abouti à des valeurs plus élevées que celles de la fréquence des déménagements réellement effectués, ce qui indique que certaines personnes voudraient changer de logement mais que, pour diverses raisons, elles ne le peuvent pas. Mais les intentions elles-mêmes tendent aussi à diminuer avec l'âge. Plus de 60% des personnes interrogées âgées de 65 ans et plus ne font nullement état de l'intention de déménager, et 2% seulement en manifestent la ferme intention.

Une analyse détaillée (analyse de variance multivariée) montre que les intentions générales de déménager à l'âge de la retraite ne varient pas en fonction du sexe, du fait d'avoir ou non un partenaire de vie ou du niveau de

Fig.  
6.6

## Motifs de déménagement des personnes âgées de 65+ et état du projet : répartition selon les régions linguistiques, 2018

6.5

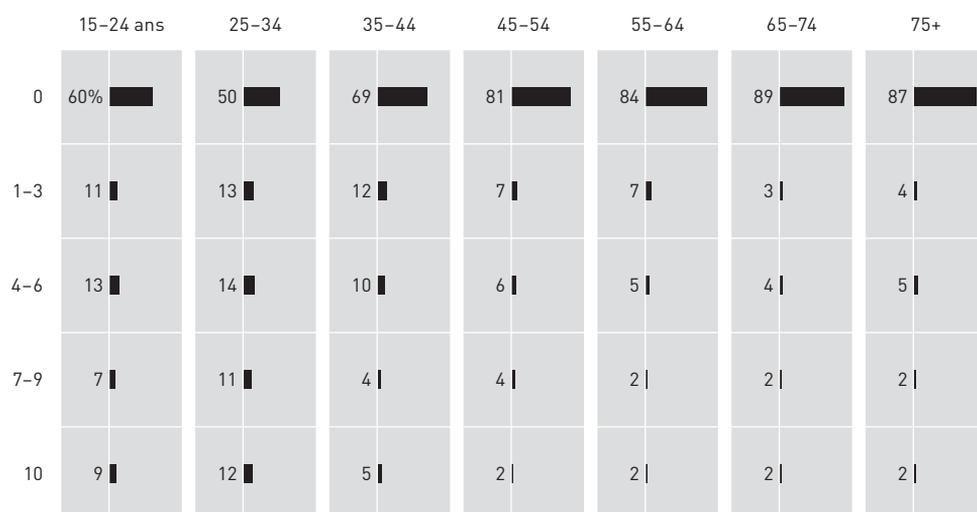


■ Ensemble de la Suisse (données pondérées) | ■ CH alémanique ■ CH romande ■ CH italienne

Pers. vivant à domicile. 100%: y compris «impensable», «ne sais pas» et «aucune information». Source: Age, 2018.

## Disposition à déménager au cours des douze prochains mois : évaluation sur une échelle de 0 à 10, selon le groupe d'âge, 2016

6.6



0 = aucune probabilité ; 10 = absolument certain.

Personnes vivant à domicile.

Source : Panel suisse de ménages, 2016 (évaluations propres, données pondérées).

formation. Par contre, l'appréciation portée sur son propre état de santé est un paramètre important: les personnes âgées qui considèrent que leur état de santé est mauvais, voire très mauvais, font nettement plus souvent part de leur intention de changer de logement. À un âge très avancé, un changement de logement et de domicile est souvent – mais non exclusivement – lié à des déficiences fonctionnelles dues au vieillissement et au fait que le logement dans lequel on a habité jusqu'ici n'est plus optimal. Cependant, chez les personnes dont l'âge est très avancé, la réalisation du souhait de déménager échoue souvent en raison du fait qu'il n'existe pas, au niveau local, de types de logements adéquats – par exemple de petits logements adaptés aux besoins des personnes âgées – ou que, s'il en existe, les prix ou les loyers sont inabordables.

## Synthèse

- › Après la retraite, la plupart des personnes restent dans leur lieu de domicile et la disposition à déménager diminue avec l'âge.
- › Alors qu'une importante majorité de Suissesses et de Suisses âgés restent sédentaires pendant de très longues périodes, une minorité de personnes âgées changent délibérément de lieu de résidence ou de logement.
- › Les personnes qui ont entrepris de nombreux déménagements sont plus susceptibles de réitérer l'expérience à un âge avancé. Le vécu des personnes étrangères en matière de migration accroît leurs chances de voir leurs intentions de déménager se réaliser.
- › Pour les personnes en bonne santé qui commencent leur retraite, un déménagement résulte souvent d'une volonté d'améliorer sa qualité de vie et celle de son logement. En revanche, les personnes fragiles et âgées qui ont besoin de soins sont plus souvent obligées de déménager contre leur gré. Quant aux personnes très âgées, lorsqu'elles changent de domicile, c'est souvent pour entrer dans un EMS.
- › Qu'il soit déjà réalisé ou non, le souhait d'habiter dans le voisinage de ses enfants est étroitement lié à la qualité des relations que les personnes âgées entretiennent avec eux, tandis que les souhaits et projets de déménagement en vue d'habiter dans un logement nouvellement construit sont d'autant plus nets que le logement actuel est jugé trop grand ou mal adapté aux personnes à mobilité réduite.
- › Si le nombre des retraités suisses vivant à l'étranger a augmenté, il ne s'agit toujours, cependant, que d'une petite minorité par rapport au nombre total des retraités. Il est beaucoup plus fréquent que des personnes d'origine étrangère retournent dans leur pays de provenance, et l'on constate que le taux des retours augmente aux environs de l'âge de la retraite.



7

Standard d'habitation,  
adéquation de  
l'aménagement et  
satisfaction à l'égard  
du logement

## Table des matières

- 7.1 Qualité du logement, nombre de pièces et appréciation de la taille du logement
  - 7.2 Logement et accessibilité
  - 7.3 Satisfaction générale à l'égard du logement et facteurs déterminants
- Synthèse

## 7.1 Qualité du logement, nombre de pièces et appréciation de la taille du logement

*La qualité du logement est généralement élevée:* En Suisse, le logement est généralement de bonne qualité, notamment pour les personnes âgées. Seules 5% d'entre elles déplorent un excès d'humidité ou un manque de luminosité dans leur logement et seules 0,1% d'entre elles habitent un logement dépourvu de salle de bains et de douche. La part des 65 ans et plus habitant des logements surpeuplés (2%) est également très faible en comparaison internationale (OFS, 2017a).

Fig.  
7.1

La plupart des personnes âgées, y compris celles vivant seules, occupent un logement de 3 pièces ou plus. La part des couples âgés occupant un logement de 5 pièces ou plus est importante, surtout en Suisse alémanique.

*Rares sont les personnes âgées ne disposant pas d'une chambre individuelle:* Seule une faible part des personnes âgées ne disposent pas d'une chambre individuelle. La part des répondants partageant leur logement avec un nombre de personnes supérieur à celui du nombre de chambres à disposition est inférieure à 1%. On note un peu plus fréquemment un nombre de chambres égal au nombre de personnes qui occupent le logement (Suisse alémanique 3%; Suisse romande 7%; Suisse italienne 14%). La grande majorité des personnes âgées vivent donc dans un logement qui offre également la possibilité d'y accueillir des visiteurs.

De même, la majorité des résidents actuels des EMS disposent d'une chambre individuelle. D'après une étude faite en 2013/2014, cette situation est plus fréquente pour les résidents d'EMS en Suisse alémanique que pour ceux en Suisse romande (Sommerhalder *et al.*, 2015).

*Chez les personnes âgées également, il existe une forte corrélation entre la taille du logement et les ressources financières:* Il va sans dire que la taille du logement – soit le nombre de pièces disponibles – est étroitement liée aux ressources socio-économiques: plus le revenu du ménage est élevé, plus le nombre de pièces occupées augmente. En outre, on observe une corrélation étroite entre le nombre de pièces disponibles et la durée du séjour dans le logement concerné. Cela tient au fait qu'une maison familiale, même après le déménagement des enfants, continue généralement d'être habitée par les parents. Une analyse détaillée (analyse multivariée de la variance) montre que les critères les plus déterminants quant au nombre de pièces sont la taille du ménage (nombre de personnes dans le ménage), la durée du séjour et le statut d'occupation du logement. Les locataires relativement âgés s'accommodent de 3 pièces, en moyenne, tandis que les personnes disposant d'une propriété résidentielle ou par étage occupent, en moyenne, 4,5 pièces. Cependant, d'autres facteurs socio-économiques pèsent également dans la balance: les personnes jouissant

d'une situation financière favorable peuvent s'offrir un logement plus grand, et les répondants dont le niveau de formation est élevé disposent généralement d'un espace habitable plus important. Sous l'angle des régions linguistiques, une différence réside dans le fait que les répondants de Suisse alémanique disposent d'espaces de vie légèrement plus spacieux que dans les autres régions. Après analyse d'autres facteurs d'influence, il apparaît que l'âge, le sexe ou la santé fonctionnelle ne sont pas des facteurs déterminants en ce qui concerne la taille du logement. Des facteurs liés à la situation économique ou encore à l'origine migratoire sont par exemple plus prépondérants (voir à ce propos chapitre 14 de Claudio Bolzman et Slim Bridji).

Les personnes âgées n'indiquent donc pas de tendance à réduire délibérément la taille de leur logement. De même, après analyse des autres facteurs, on ne note plus d'écarts entre zones urbaines et rurales.

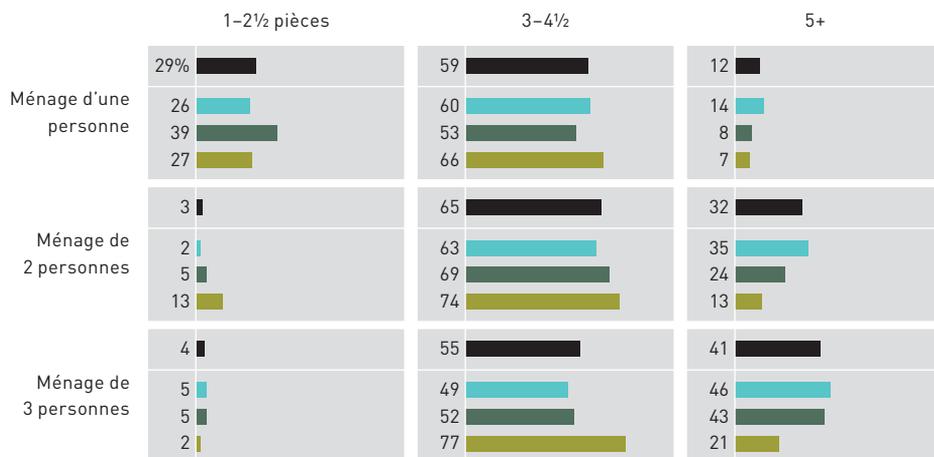
*Il est rare qu'un logement soit jugé trop petit*: Une grande majorité des répondants considèrent que la taille actuelle de leur logement est appropriée, et l'on n'observe pas de différences, à cet égard, entre les régions linguistiques. La part des personnes considérant leur logement comme légèrement ou beaucoup trop petit est faible (entre 3% et 7% selon la région linguistique). Les personnes vivant en couple dans des ménages de moins de 3 pièces et celles qui vivent seules dans un logement de 1 à 1,5 pièces représentent les catégories de répondants qui considèrent le plus souvent leur logement comme trop petit (leur part étant respectivement de 29% et 26%). Les répondants qui résident dans un EMS considèrent également, pour 90% d'entre eux, que leur espace habitable est satisfaisant, seule une part de 9% le jugeant trop réduit.

Fig.  
7.2

*Sentiment relativement répandu d'occuper un logement trop spacieux*: Il apparaît, par ailleurs, qu'un nombre relativement élevé de personnes âgées vivant à domicile considèrent leur logement comme un peu trop spacieux, voire beaucoup trop grand. Selon la région linguistique, cette part fluctue entre 15 et 21%. Il n'est pas surprenant de constater que les propriétaires en particulier estiment que leur logement est trop grand, une différence importante qui se confirme également après analyse d'autres variables statistiques (âge, niveau de formation, situation financière). Généralement, les personnes vivant seules considèrent qu'un logement de 4 pièces ou plus est trop grand; parmi celles qui occupent un tel logement, 46% déplorent un lieu de vie trop spacieux. Pour les ménages composés d'un couple, le logement est surtout jugé trop grand à partir de 5 pièces ou plus. En outre, 41% des répondants qui vivent dans un ménage de deux personnes et dont le logement est composé de 5 pièces ou plus estiment que celui-ci est trop grand.

## Taille du logement chez les personnes de 65+ : nombre de pièces selon la taille du ménage et la région linguistique, 2018

7.1

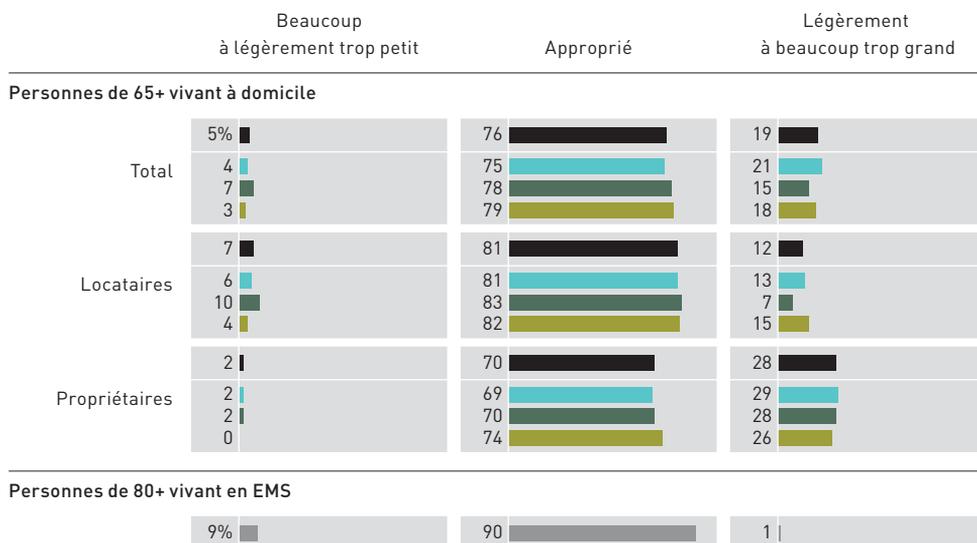


■ Ensemble de la Suisse (données pondérées) | ■ CH alémanique ■ CH romande ■ CH italienne

Nombre de pièces du logement habité (salle de bains et cuisine non comprises). Les différences entre les régions linguistiques, du point de vue du nombre de pièces selon la taille du ménage, sont très importantes. Différences importantes selon la région linguistique ( $p \leq .01$ ,  $\chi^2$ -Test). Source : Age, 2018.

## Perception de la taille du logement dans les EMS et les ménages privés : répartition par région linguistique, 2018

7.2



■ Ensemble de la Suisse (données pondérées)

■ CH alémanique ■ CH romande ■ CH italienne | ■ CH alémanique/CH romande

Source : Age, 2018.

## 7.2 Logement et accessibilité

Une conception adéquate du logement et de ses accès est déterminante quant à savoir si les personnes âgées qui souffrent de handicaps réduisant leur mobilité peuvent continuer d’habiter leur logement initial; un logement dénué d’obstacles et accessible aux personnes handicapées, même dans les cas sévères,

Fig.  
7.3

permet à ces personnes de gérer leur vie quotidienne et leur ménage de manière autonome. Dans le cadre de l’enquête sur le logement menée en 2018 avec le soutien de *Age-Stiftung* et de la Fondation Leenaards, les répondants se sont vu demander s’ils pourraient continuer d’occuper leur logement dans le cas où ils se trouveraient sévèrement handicapés<sup>1</sup>. Les enquêteurs ont par ailleurs reçu pour mission de noter, lors de leur visite, si l’accès au logement comprenait ou non un escalier, s’il s’y trouvait un ascenseur et si la porte d’entrée du logement comportait un seuil.

Dans les trois régions linguistiques, environ un tiers des répondants ont clairement indiqué que leur logement n’était pas accessible en fauteuil roulant. En Suisse alémanique et romande, un peu moins d’un tiers des personnes interrogées ont déclaré que leur logement était accessible en fauteuil roulant. Les répondants de Suisse italienne rapportent plus souvent un manque d’accessibilité (« oui, avec réserves »).

Fig.  
7.4

Les questions détaillées ont permis de constater que les limitations d’accès sont surtout perçues à l’égard des escaliers et des salles d’eau, par exemple dans les cas où la salle de bains et les toilettes sont trop exiguës ou mal équipées pour être utilisées avec un fauteuil roulant.

Dans les trois régions linguistiques, le logement est nettement moins souvent considéré comme accessible en fauteuil roulant s’il n’est atteignable que par un escalier et n’offre donc pas d’accès de plain-pied. L’absence d’ascenseur est également perçue négativement, en particulier dans les grands immeubles. Ce sont surtout les escaliers et les seuils d’entrée qui sont perçus comme des obstacles potentiels. En effet, 52% des répondants qui habitent des logements accessibles par escalier ou comportant des seuils de porte ont estimé qu’ils seraient obligés de déménager s’ils se trouvaient sévèrement handicapés. En revanche, seuls 23% des répondants aux domiciles

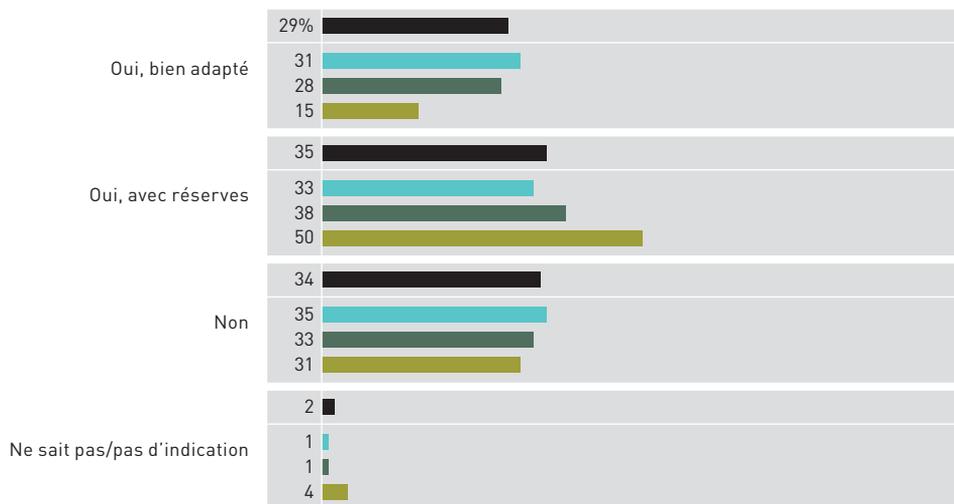
Fig.  
7.5

perçus comme des obstacles potentiels. En effet, 52% des répondants qui habitent des logements accessibles par escalier ou comportant des seuils de porte ont estimé qu’ils seraient obligés de déménager s’ils se trouvaient sévèrement handicapés. En revanche, seuls 23% des répondants aux domiciles

1 Dans le cadre du test, il est apparu que la question « Considérez-vous que votre logement serait adapté à vos besoins et que vous pourriez continuer d’y habiter si vous étiez (davantage) handicapé/e physiquement? » – pourtant correcte d’un point de vue formel, à savoir qu’elle n’était pas centrée sur la question des fauteuils roulants – était incompréhensible pour de nombreuses personnes. C’est la raison pour laquelle a été ajoutée la mention « si, par exemple, vous étiez dépendant/e d’un fauteuil roulant ». Cette formulation a certes contribué à limiter les réponses « ne sais pas », mais elle a eu pour effet malencontreux que les personnes se sont principalement référées à l’accessibilité du logement pour les fauteuils roulants plutôt qu’à son accessibilité générale.

## Adéquation de l'appartement en cas d'invalidité<sup>a</sup> : répartition qualitative chez les personnes de 65+ selon la région linguistique

7.3

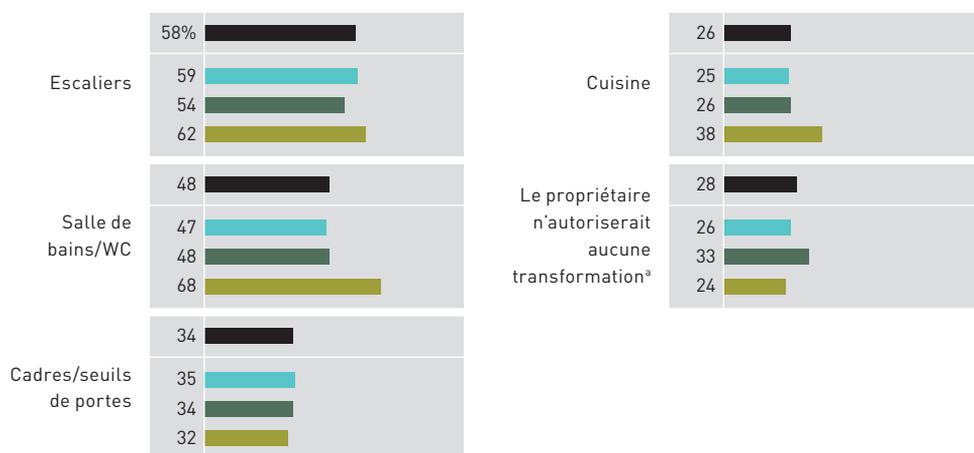


■ Ensemble de la Suisse (données pondérées, 2018) | ■ CH alémanique ■ CH romande ■ CH italienne

<sup>a</sup>Existence d'un handicap est associée à l'utilisation d'un fauteuil roulant. Pers. vivant à domicile. Source : Age, 2018.

## Obstacles possibles au domicile des personnes de 65+ en cas d'invalidité : parts selon les obstacles supposés et les régions linguistiques

7.4



■ Ensemble de la Suisse (données pondérées) | ■ CH alémanique ■ CH romande ■ CH italienne

<sup>a</sup>Seuls les locataires.

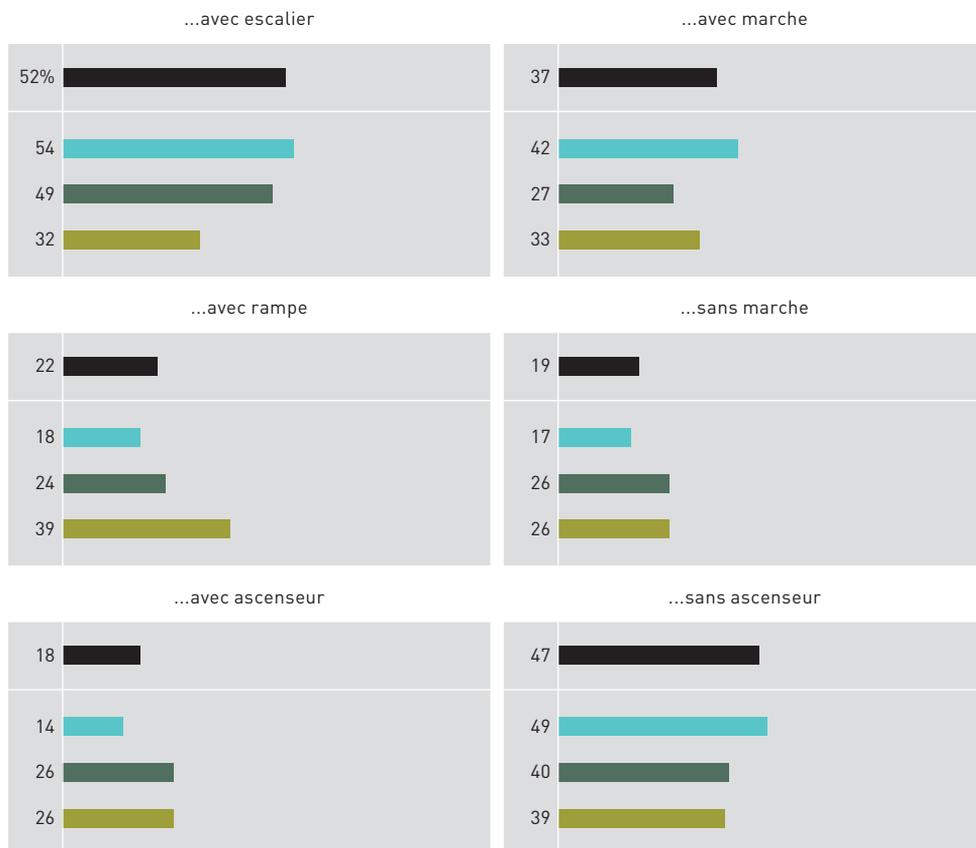
Personnes vivant à domicile, 2018.

Source : Age, 2018.

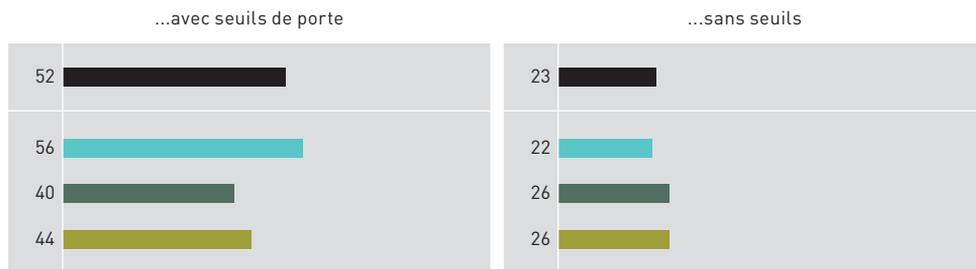
## Logements considérés comme « non accessibles en fauteuil roulant » : comparaison selon les spécificités architecturales, 2018

7.5

Répondants estimant que leur logement n'est pas approprié en cas d'invalidité. Part occupant un logement\*...



Répondants estimant que leur logement n'est pas approprié en cas d'invalidité. Part occupant un logement\*...



■ Ensemble de la Suisse (données pondérées) | ■ CH alémanique ■ CH romande ■ CH italienne

Personnes vivant à domicile. \*L'ascenseur, les seuils et le type d'accès au logement ont été documentés par les enquêteurs eux-mêmes lors de leur rendez-vous avec la personne à interroger.

Source : Age, 2018.

ne comprenant pas de seuils de porte estiment que leur logement n'est pas adapté aux personnes handicapées.

Une analyse détaillée (régression logistique) permet de relever qu'un logement non adapté aux personnes handicapées ou non accessible en fauteuil roulant est, d'une part, plus fréquemment considéré comme tel par des locataires que par des propriétaires – ces derniers occupant souvent de plus grands logements – et que les répondants en situation financière difficile occupent beaucoup plus souvent un logement qui n'a pas été conçu pour des personnes de leur âge. D'autre part, l'analyse détaillée confirme également que la présence de seuils de porte renforce le sentiment que le logement n'est pas adapté aux personnes à mobilité réduite. En outre, l'accès au logement (de plain-pied ou non, avec ou sans ascenseur) pèse considérablement dans l'appréciation que les répondants ont de leur propre logement. En fin de compte, même un logement sans obstacles est de peu d'utilité à cet égard si l'accès au bâtiment comporte des entraves. En Suisse alémanique et en Suisse italienne, l'accès au logement, dans 40% des cas, n'est possible que par un escalier. En Suisse romande, la part correspondante est d'environ 30%. L'accès de plain-pied ou par rampe est plus courant dans cette région linguistique.

### 7.3 Satisfactions générale à l'égard du logement et facteurs déterminants

*La satisfaction à l'égard du logement est généralement élevée:* Les enquêtes menées par l'Office fédéral de la statistique sur les conditions de vie de la population résidente en Suisse montrent que la satisfaction à l'égard du logement est souvent élevée. Les personnes âgées sont particulièrement satisfaites de la situation de leur logement. Près de 90% d'entre elles jugent très favorablement leur situation résidentielle actuelle, un chiffre qui n'a pas changé au cours des dix dernières années. En 2018, 88% des personnes âgées logeant de façon autonome étaient très satisfaites de leur situation en matière de logement. Le fait de vivre seul ou non ne montre aucune corrélation avec la satisfaction à l'égard du logement. En matière de satisfaction à cet égard, on n'observe généralement aucune différence notable entre les ménages d'une personne et ceux composés de deux personnes.

De même, chez les personnes âgées qui vivent à domicile, on note des valeurs aussi élevées que dans la population des EMS. Contrairement à une idée relativement répandue, le fait de s'installer dans un EMS n'affecte pas le niveau général de satisfaction à l'égard du logement.

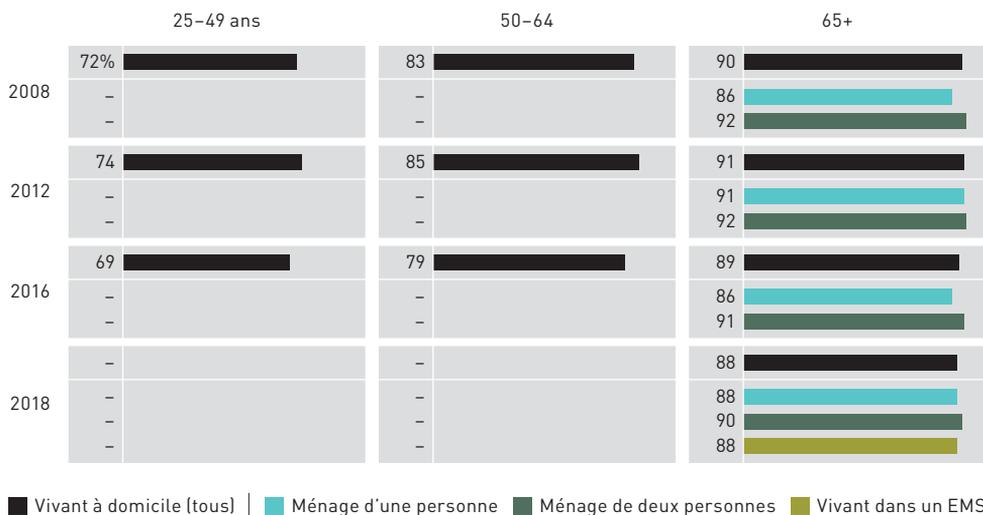
Toutefois, des différences notables peuvent être observées dans la satisfaction que manifestent les personnes âgées à l'égard de leur logement. Les répondants germanophones sont légèrement plus satisfaits que les répondants



Fig.  
7.6

## Situation résidentielle : parts des personnes très satisfaites, de 2008 à 2018, selon l'âge et la structure du ménage

7.6



■ Vivant à domicile (tous) | ■ Ménage d'une personne ■ Ménage de deux personnes ■ Vivant dans un EMS

2008-2016 : taux de satisfaction élevé = 8-10 sur une échelle de 0-10.

2018 : taux de satisfaction élevé = 8-10 sur une échelle de 1-10.

Sources : 2008, 2012 et 2016 : OFS, SILC ; 2018 : Age (toute la Suisse, données pondérées).

italophones. Les différences observées sur le plan des régions linguistiques disparaissent néanmoins lorsque d'autres facteurs d'influence sont pris en considération.

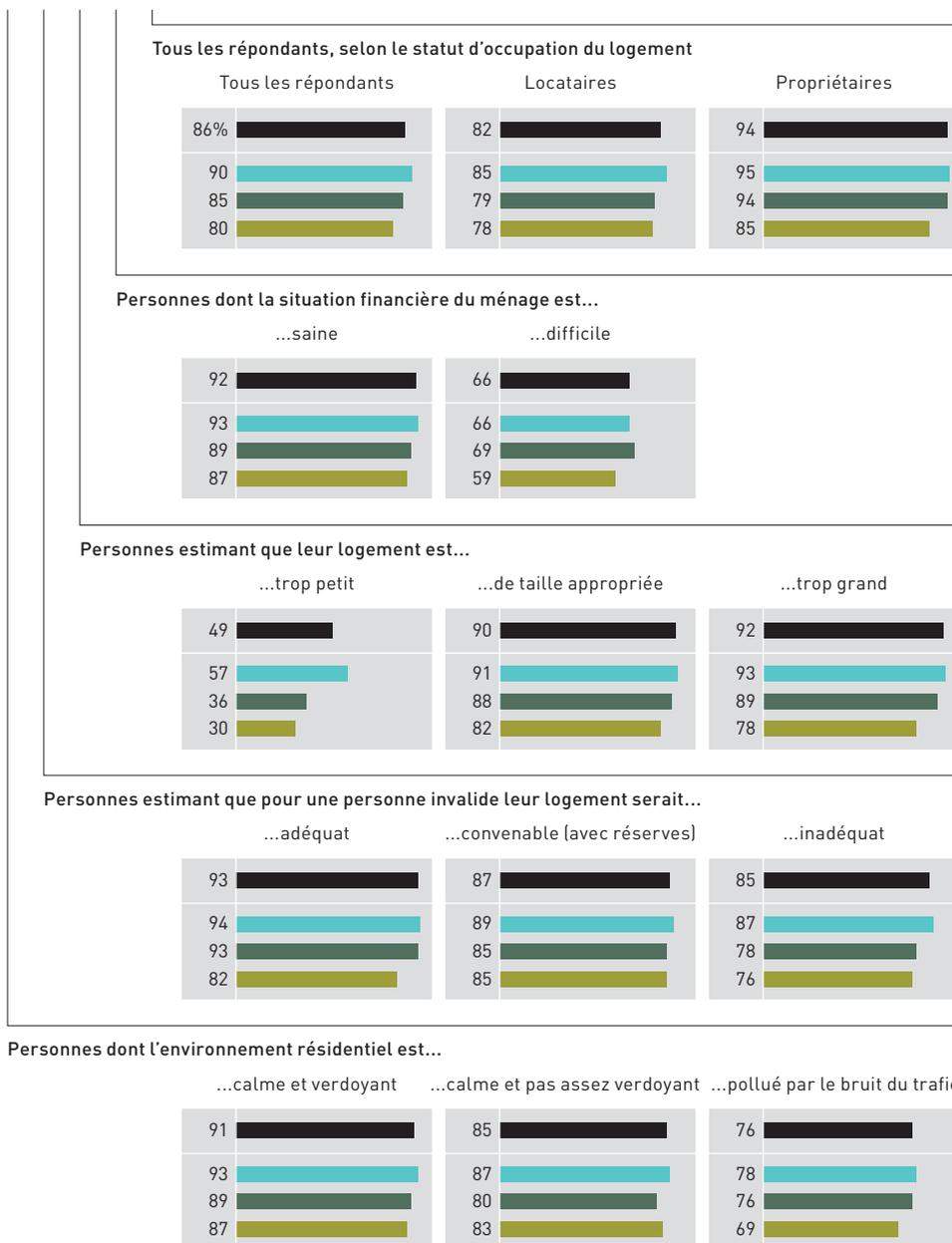
*Différences sociales dans la satisfaction à l'égard du logement* : Il n'est guère surprenant de constater que les propriétaires sont également plus satisfaits de leur situation résidentielle que les locataires, notamment du fait qu'ils peuvent librement restructurer leur logement. En outre, les propriétaires disposent souvent d'un espace habitable plus important. Les ressources financières jouent également un rôle prépondérant et les personnes financièrement bien loties durant leur vieillesse peuvent jouir d'une meilleure qualité de vie. Chez les répondants faisant état de difficultés financières, la satisfaction à l'égard du logement est aussi nettement plus mitigée, car les personnes dont le revenu est modeste risquent davantage de voir se détériorer leur qualité de vie. Un espace habitable trop réduit affecte tout particulièrement la satisfaction à l'égard du logement, observation qui vaut aussi bien pour les personnes âgées vivant à domicile que pour celles résidant dans un EMS. Il est intéressant de noter qu'un logement jugé trop grand ne pèse que faiblement sur la satisfaction générale à l'égard du logement. Le cas échéant, lorsqu'il s'agit

Fig.  
7.7

## Qualité du logement à l'âge de 65+ : parts des personnes très satisfaites selon la situation sociale et la situation résidentielle, 2018

7.7

### Parts des personnes très satisfaites de leur situation résidentielle\*



■ Ensemble de la Suisse (données pondérées) | ■ CH alémanique ■ CH romande ■ CH italienne

\*8-10 sur une échelle (1 = absolument insatisfait, 10 = absolt. satisfait). Pers. vivant à domicile. Source : Age, 2018.

de personnes âgées, une partie du logement n'est tout simplement plus utilisée. Lorsque le logement est considéré comme accessible aux personnes handicapées, la satisfaction à l'égard du logement tend à augmenter, quoique dans une faible mesure.

*La satisfaction à l'égard du logement est fortement liée à l'environnement résidentiel:* L'appréciation de l'environnement résidentiel influe de façon prépondérante sur la satisfaction générale à l'égard du logement. Il existe une forte corrélation entre la satisfaction générale à l'égard du logement et celle qui concerne l'environnement résidentiel. Un environnement résidentiel calme augmente tout particulièrement la satisfaction à l'égard du logement, alors qu'un environnement bruyant tend à la réduire. Cependant, l'appréciation concernant le voisinage étant également un critère pertinent, les personnes qui estiment recevoir une aide considérable de la part du voisinage manifestent davantage de satisfaction quant à leur situation résidentielle, ce qui vaut aussi bien pour les personnes âgées vivant à domicile que pour celles vivant dans un EMS.

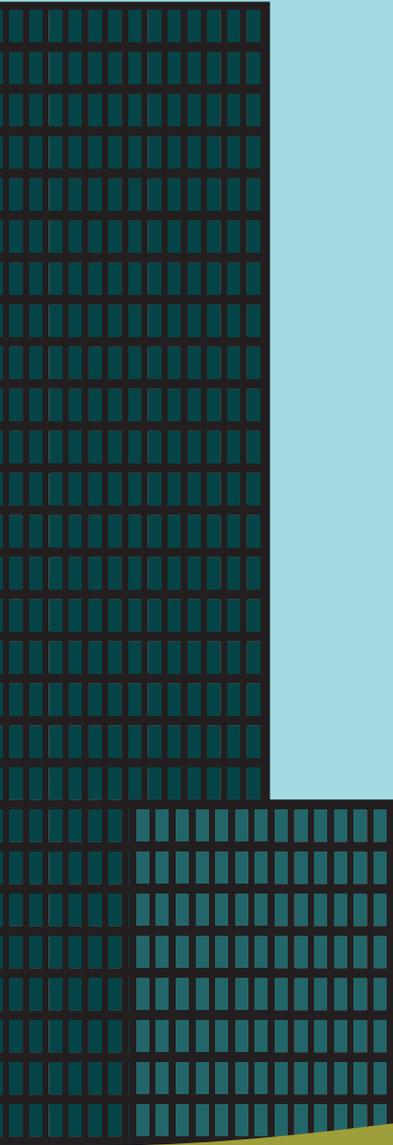
*Une grande satisfaction à l'égard du logement peut également avoir des conséquences déplorables:* En soi, le niveau élevé de satisfaction à l'égard du logement, tel qu'observé chez une grande majorité des personnes âgées, est un bon signe, celui d'une bonne qualité de vie pour la majorité des personnes dans l'un des plus importants domaines de la vie quotidienne. En revanche, un niveau élevé de satisfaction – que ce soit à l'égard du logement ou de l'environnement résidentiel – peut aussi contribuer à ce que les personnes âgées n'entreprennent que trop tardivement la recherche d'un nouveau logement mieux adapté à leur âge. De même, l'inadéquation d'un logement par rapport à la personne qui l'occupe peut, à long terme, conduire à ce qu'une pénurie de logement, conjoncture pénible pour les personnes âgées, ne soit pas prise en considération ou qu'elle ne le soit que trop tard. Des valeurs élevées de satisfaction à l'égard du logement peuvent donc également être observées chez les personnes âgées vivant dans des conditions de logement qui posent objectivement des problèmes. Une grande satisfaction à l'égard du logement de la part des personnes âgées n'est donc pas un indicateur approprié pour savoir si leur logement est réellement adapté à leurs besoins ou s'il représente la solution optimale en cas de limitations fonctionnelles. En l'occurrence, on ne saurait en conclure qu'il n'y a aucun besoin objectif d'amélioration. Tout au plus peut-on supposer qu'aucun besoin d'action n'est perçu par les personnes concernées. Lorsque ces personnes âgées ne sont pas conscientes des inconvénients objectifs que comporte leur logement, il est toutefois difficile et délicat de leur donner des conseils en matière de logement.

## Synthèse

- › En Suisse, la plupart des personnes âgées jouissent d'une bonne qualité de logement. La part des personnes âgées qui ne disposent pas d'une chambre individuelle est très réduite. Actuellement, la majorité des personnes âgées qui résident dans les EMS disposent d'une chambre individuelle.
- › La taille du logement – mesurée selon le nombre des pièces disponibles – est étroitement liée aux ressources socio-économiques de ses occupants. Les pièces occupées sont d'autant plus nombreuses que le revenu du ménage est élevé. Il existe, en outre, une corrélation étroite entre la durée du séjour dans le logement actuel des répondants et le nombre de ses pièces, notamment du fait qu'un ancien logement familial, après que les enfants ont quitté le ménage, continue souvent d'être occupé par leurs parents âgés.
- › Une grande majorité des personnes âgées vivant à domicile considèrent que la taille actuelle de leur logement est appropriée, aucune différence notable n'étant observée à cet égard entre les régions linguistiques. Une majorité des répondants parmi les résidents d'EMS considèrent eux aussi que leur espace habitable est approprié. Il est à noter, par ailleurs, qu'une part relativement importante des personnes âgées vivant à domicile estiment que leur logement est trop grand. Cette part varie entre 15 et 21% selon la région linguistique.
- › Dans chacune des régions linguistiques, environ un tiers des répondants ont clairement décrit leur logement comme étant inaccessible en fauteuil roulant. Ce sont avant tout les rampes d'escalier et les salles d'eau qui sont considérées comme des obstacles (potentiels) en cas de handicap majeur.
- › D'une part, un logement jugé non adapté aux personnes handicapées concerne typiquement des locataires plutôt que des propriétaires. D'autre part, les personnes âgées en situation financière difficile sont plus susceptibles d'occuper un logement peu adapté à leur âge.
- › Près de 90% des personnes âgées vivant à domicile qualifient en termes très positifs leur situation actuelle en matière de logement, un chiffre qui n'a pas changé au cours des dix dernières années. Des valeurs semblables sont recensées en ce qui concerne les résidents d'EMS.
- › Un espace habitable trop réduit pèse tout particulièrement sur la satisfaction à l'égard du logement, ce qui vaut aussi bien pour les personnes âgées vivant à domicile que pour celles résidant dans un EMS.

- › L'appréciation de l'environnement résidentiel influe de façon prépondérante sur la satisfaction générale à l'égard du logement. On observe ainsi une forte corrélation entre la satisfaction générale à l'égard du logement et celle concernant l'environnement résidentiel (absence de nuisances sonores, relations de bon voisinage).
- › Toutefois, on peut également observer des valeurs élevées de satisfaction à l'égard du logement chez les personnes âgées vivant dans des conditions résidentielles objectivement problématiques. On ne saurait donc en conclure qu'aucune amélioration n'est objectivement nécessaire. Tout au plus peut-on en déduire qu'aucun besoin d'action n'est perçu par les personnes concernées.

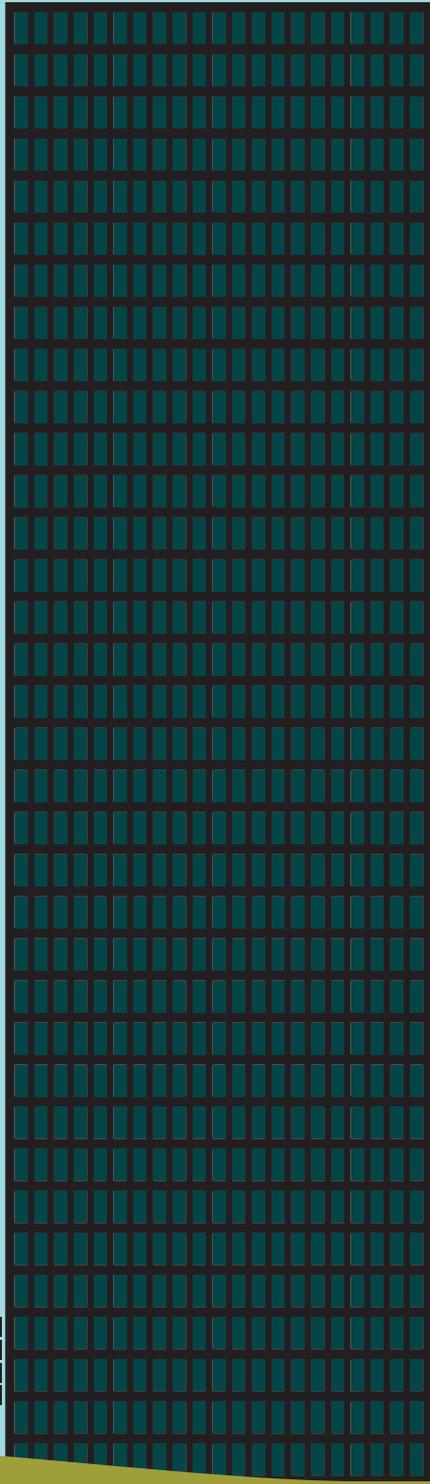




M  
M  
M



K  
I  
N  
O



8

Besoins, aspirations  
et perspectives des  
personnes âgées en  
matière de logement

# Table des matières

8.1 Aspects importants de la question du logement

8.2 Appréciation des perspectives futures en matière de logement

8.2.1 Formes de logement privé

8.2.2 Formes de logement comprenant un encadrement en matière de soins

Synthèse

## 8.1 Aspects importants de la question du logement

En matière de logement, les besoins et les aspirations changent avec l'âge. Si le logement occupe souvent une place centrale dans la vie des personnes dès leur retraite, les problèmes de logement liés à l'âge ne se présentent toutefois généralement pas dans l'immédiat (Petit, 2018). Ce n'est qu'en avançant dans la vieillesse que ces personnes ont de plus en plus besoin de formes de logement adaptées aux personnes âgées et situées à proximité des commerces et des services. Selon leur milieu social et leurs ressources financières, elles expriment néanmoins des souhaits et des besoins très variés en matière de logement.

L'enquête sur le logement menée en 2018 avec le soutien de *Age-Stiftung* et de la Fondation Leenaards visait à évaluer les principaux critères pertinents en matière de logement. Dans un premier temps, les personnes interrogées devaient indiquer l'importance (très important, important, sans importance) qu'elles accordent personnellement aux différentes caractéristiques du logement. Dans un deuxième temps, il leur a été demandé de classer ces dix critères par ordre d'importance<sup>1</sup>.

Fig.  
8.1

*Appartement accueillant et chaleureux – souvent en tête de liste*: Une majorité de personnes âgées accordent une grande importance à une caractéristique qui n'est presque jamais mentionnée par les architectes ou les gérontologues, à savoir que l'appartement doit être accueillant et chaleureux. Hormis au Tessin, ce critère est également le plus souvent placé au premier ou au deuxième rang des priorités.

Il s'agit en l'occurrence d'une caractéristique d'ordre émotionnel, qui est souvent oubliée dans les approches purement fonctionnelles de la gérontologie. Vivre dans un logement accueillant, chaleureux et meublé selon ses goûts est une commodité qui prend une importance toute particulière durant les phases de la vie où le logement devient le principal lieu d'activité (notamment dès la retraite, et surtout lorsque des restrictions fonctionnelles entravent, voire empêchent les activités à l'extérieur du domicile). La notion de confort va aussi de pair avec celle d'une retraite dans le calme et l'intimité.

Une analyse détaillée permet de constater que cet aspect revêt, dans toutes les catégories sociales, une valeur prépondérante et que cette appréciation est relativement indépendante du niveau de scolarité, de la situation financière, du type de logement ou de l'état de santé. En Suisse italienne,

1 Les deux formules interrogatives ont leurs avantages et leurs inconvénients. Une simple pondération peut conduire à une classification indifférenciée de toutes les caractéristiques comme ayant de l'importance. Les répondants peuvent trouver rebutant ou trop difficile de devoir établir un classement. C'est pourquoi les deux formules interrogatives ont été combinées, étant admis qu'il est plus facile d'établir des priorités si l'importance de chacune d'entre elles a déjà été définie au préalable.

contrairement aux deux autres régions linguistiques, les femmes interrogées accordent plus d'importance que les hommes au caractère chaleureux et accueillant d'un logement.

*Logement dans un environnement animé – rarement une priorité*: Contrairement au caractère accueillant et chaleureux d'un logement, le fait que celui-ci soit situé dans un environnement animé («le logement doit se situer dans un environnement animé, divertissant») est la moins prioritaire de toutes les caractéristiques énoncées. Dans toutes les régions linguistiques, cet aspect n'est fortement valorisé que par un petit nombre de personnes âgées, ce qui illustre bien l'importance du logement comme lieu de retraite au sens large.

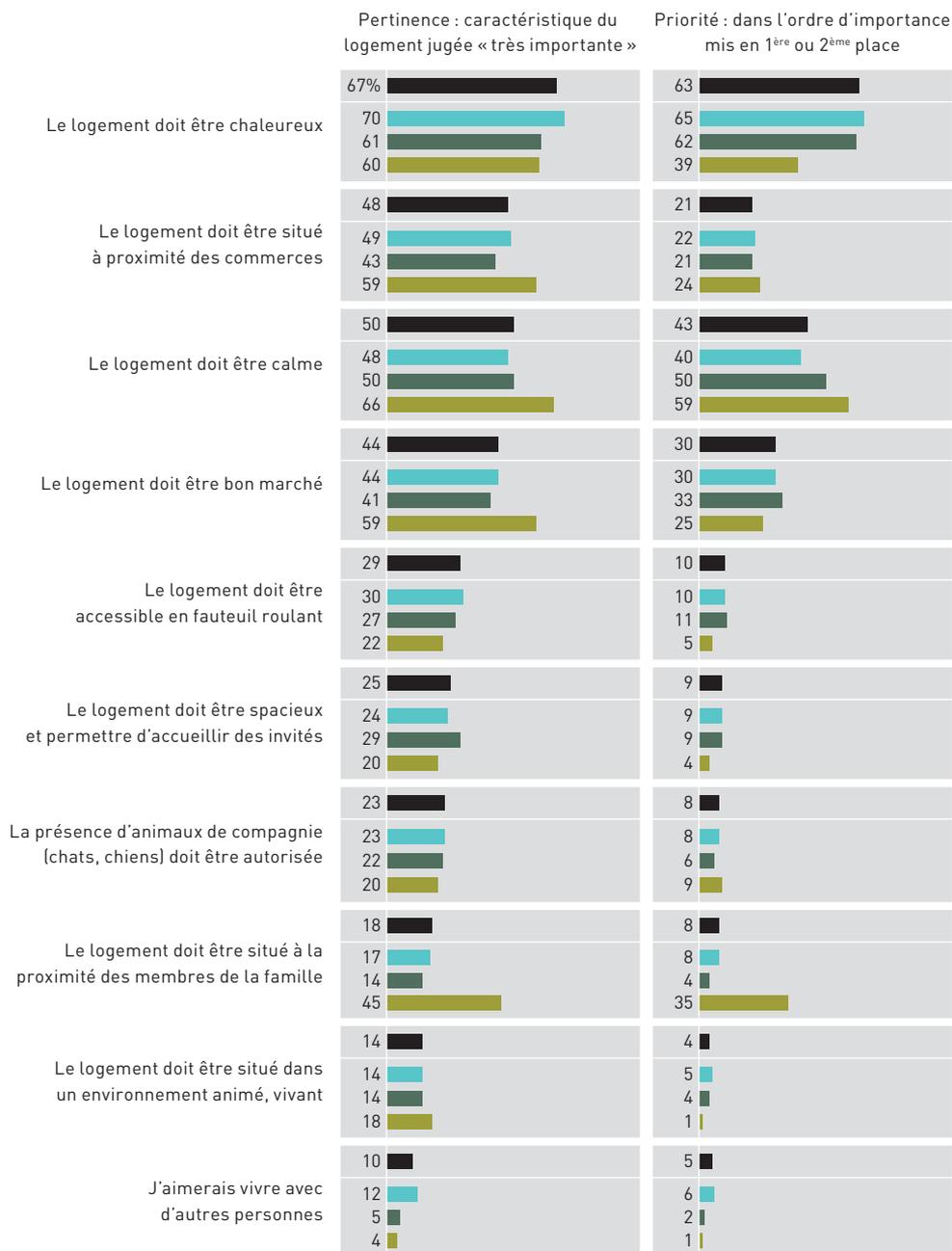
Dans l'ensemble des groupes sociaux, une faible importance est accordée au fait de vivre sa vieillesse dans un environnement animé; un point qu'il convient de prendre en considération dans la conception de logements intergénérationnels. La seule différence significative observée statistiquement quant à l'importance accordée à un environnement animé est une évaluation légèrement plus élevée au Tessin. On ne relève pas de différences significatives s'agissant d'autres caractéristiques, comme par exemple le niveau de formation, l'âge et le sexe.

*Logement calme – une aspiration fréquente mais pas toujours satisfaite*: Le calme fait également partie des caractéristiques du logement les plus importantes, surtout pour les répondants tessinois, qui déplorent des nuisances sonores dans leurs quartiers résidentiels. Ainsi, en Suisse italienne, un tiers des répondants qui accordent une très grande importance au calme en tant que critère d'appréciation du logement se plaignent de nuisances sonores dans leur quartier (contre un cinquième en Suisse romande et un septième en Suisse alémanique). La valeur accordée au calme dans le domaine du logement augmente avec l'âge; en effet, la catégorie de répondants qui insiste le plus fortement sur l'importance du calme est celle des 85 ans et plus. Toutefois, on n'observe pas de différences liées au milieu social ou au sexe quant à l'intérêt des personnes âgées à vivre dans un logement calme.

*Proximité des commerces – important, mais pas toujours prioritaire*: Dans l'idéal, un logement doit être situé dans un endroit calme mais centré. La proximité des magasins est souvent considérée comme très importante, bien que ce ne soit pas toujours une priorité. L'analyse détaillée montre que cette caractéristique du logement est plus fortement valorisée par les locataires que par les propriétaires, et cela aussi bien en Suisse romande qu'en Suisse italienne. Une différence spécifique aux sexes – à savoir que les femmes accordent plus d'importance que les hommes à la proximité des commerces – n'est observée, là encore, qu'en Suisse italienne, et pas dans les deux autres régions linguistiques.

## Importance et priorité des diverses caractéristiques du logement à l'âge de 65+ selon la région linguistique, 2018

8.1



■ Ensemble de la Suisse (données pondérées) | ■ CH alémanique ■ CH romande ■ CH italienne

Personnes vivant à domicile. Source : Age, 2018.

*Bon marché – un aspect primordial pour les groupes à faible revenu* : De nombreuses personnes âgées considèrent le logement à loyer modéré comme très important et, en définitive, prioritaire (les répondants de Suisse italienne accordent davantage d'importance à cette question que les répondants des autres régions linguistiques). Les facteurs socio-économiques sont particulièrement pertinents en ce qui concerne l'aspiration à occuper un logement peu coûteux : Les personnes qui sont confrontées à une situation financière qu'elles considèrent comme difficile, qui ont un statut de locataire et dont le niveau de formation formel est relativement bas, accordent beaucoup plus d'importance au caractère économique du logement que les propriétaires aisés et professionnellement qualifiés (pour qui le logement, à l'âge de la retraite, peut même constituer un élément de luxe).

*De la place pour accueillir des visites* : Un appartement spacieux – avec chambre d'ami – est très bien coté par 20 à 30% des répondants selon la région linguistique, mais cette commodité n'est considérée comme prioritaire que par un petit nombre d'entre eux. Après vérification d'autres variables, on constate que les femmes pondèrent cet aspect un peu plus fortement que les hommes, assertion qui vaut également pour les répondants vivant dans des ménages de plusieurs personnes. Un petit appartement peut suffire à une personne seule, tandis que la promiscuité peut contribuer à accroître les frictions et les conflits dans les couples, notamment lorsque les besoins et habitudes des partenaires en matière de sommeil sont dissemblables, ce qui n'est pas rare chez les personnes âgées. On constate, sans surprise, que les propriétaires accordent une plus grande importance au caractère spacieux d'un logement et que le leur répond souvent à ce critère.

*Accessibilité aux personnes en fauteuil roulant* : Pour de nombreux répondants, l'accessibilité du logement aux personnes en fauteuil roulant est un critère encore moins prioritaire. L'intérêt d'un logement adapté à l'âge dépend moins de l'âge que de la santé : les répondants fonctionnellement limités par leur état de santé attachent davantage d'importance à cet aspect du logement. Par ailleurs, les propriétaires y ont un intérêt légèrement plus marqué que les locataires, peut-être parce qu'ils ont davantage de liberté et souvent plus de ressources pour adapter leur maison aux besoins propres à leur âge.

*Proximité de la famille – un élément fortement valorisé en Suisse méridionale* : En ce qui concerne la proximité familiale, il existe des différences évidentes entre la Suisse méridionale et les autres régions du pays : dans la première (Tessin et vallées du sud des Grisons), la proximité de la famille est une valeur qui reste forte et à laquelle de nombreux seniors continuent d'accorder une grande importance. La priorité accordée à cet aspect est par ailleurs plus élevée chez

les personnes âgées qui n'ont que peu de ressources socio-économiques (personnes peu scolarisées ou en situation financière difficile). De même, les personnes très âgées (85 ans et plus) accordent davantage d'importance à la proximité de leur famille, car cela facilite l'organisation du soutien et de l'assistance. En Suisse méridionale, contrairement aux deux autres régions linguistiques, les femmes attachent davantage d'importance que les hommes à la proximité de la famille.

*Animaux de compagnie*: Nombreuses sont les personnes âgées qui ont des animaux de compagnie (chien, chat, etc.). Ces personnes représentent environ un cinquième de la population âgée. La possibilité de détenir des animaux de compagnie est pondérée de la même manière dans toutes les régions linguistiques: une minorité de personnes âgées la trouvent très importante, et peu d'entre elles la considèrent comme une priorité. Les répondants ayant le statut de propriétaires et ceux qui, à l'inverse, se trouvent dans une situation financière précaire accordent une importance légèrement plus élevée à cet aspect mais, dans l'ensemble, il apparaît que les femmes s'intéressent un peu plus aux animaux de compagnie que les hommes, quoique les différences, bien que statistiquement significatives, ne soient pas particulièrement prononcées.

*Peu d'intérêt pour la cohabitation*: La cohabitation («J'aimerais vivre en cohabitation avec d'autres personnes») ne présente guère d'attrait pour la grande majorité des personnes âgées interrogées. C'est toutefois en Suisse alémanique que cette forme de logement suscite le plus d'intérêt. Dans cette région linguistique – et uniquement dans celle-ci –, les hommes jugent la cohabitation beaucoup plus positivement que les femmes. Les répondants qui vivent déjà avec d'autres personnes émettent sur la cohabitation un jugement un peu plus positif que les personnes vivant seules, et celles qui se sentent financièrement limitées manifestent davantage d'intérêt à réduire leurs frais par ce biais. Quant à savoir si les répondants, lorsqu'ils ont été interrogés sur la question de la cohabitation, se sont imaginé que cela se référait à l'idée de vivre en couple ou en cohabitation, la question reste ouverte; elle sera examinée plus en détail dans le cadre des questions abordées au chapitre 8.2.1.

Dans l'ensemble, il est clair que le logement lui-même, en tant que lieu de retraite que l'on peut aménager librement, est très valorisé: pour les personnes âgées, un logement doit être accueillant et chaleureux et, idéalement, situé dans un environnement résidentiel calme, bien qu'à proximité des commerces et des services. Vivre en cohabitation ou dans un environnement animé suscite moins d'intérêt. Selon la situation socio-économique des répondants et l'importance qu'ils attribuent aux liens familiaux, les coûts du logement et la proximité de la famille sont également des critères prépondérants. L'adéquation des aménagements aux personnes âgées – notamment l'accessibilité en fauteuil

roulant – ne prend de l'importance que lorsque sont ressenties de premières limitations fonctionnelles.

## 8.2 Appréciation des perspectives futures en matière de logement

La vieillesse est souvent perçue comme une phase de la vie au cours de laquelle l'âge et l'état de santé peuvent motiver l'emménagement dans un EMS. Aujourd'hui, les possibilités de logement pour les personnes âgées, voire très âgées, ne se limitent nullement à l'alternative «à la maison ou en EMS». De nouvelles formes de logement sont apparues ces dernières années, allant des ménages communautaires pour personnes âgées à diverses formes de logement comprenant des prestations d'assistance (cf. chapitre 9).

L'enquête sur le logement menée en 2018 avec le soutien de *Age-Stiftung* et de la Fondation Leenaards s'intéressait aux appréciations des répondants concernant diverses alternatives en matière de logement. On peut certes en tirer des renseignements quant aux préférences des répondants en mettant en balance les appréciations favorables à l'égard des diverses alternatives. Toutefois, les données de l'enquête ne fournissent pas d'indications sur les projets concrets des répondants ou sur les chiffres de la demande, car la concrétisation des éventualités privilégiées par les répondants en matière de logement dépend de la disponibilité d'autres alternatives de logement dans la région ou de la situation financière personnelle des intéressés.

### 8.2.1 Formes de logement privé

Un environnement résidentiel caractérisé par des relations de bon voisinage est jugé positif par la majorité des répondants – surtout en Suisse méridionale, où les valeurs sont très élevées –, ceci indépendamment de l'âge, du sexe et de la situation socio-économique. Il s'agit d'une caractéristique du logement qui peut se trouver réalisée notamment par l'entretien de relations de bon voisinage, sans qu'il faille pour autant changer de domicile.

Fig.  
8.2

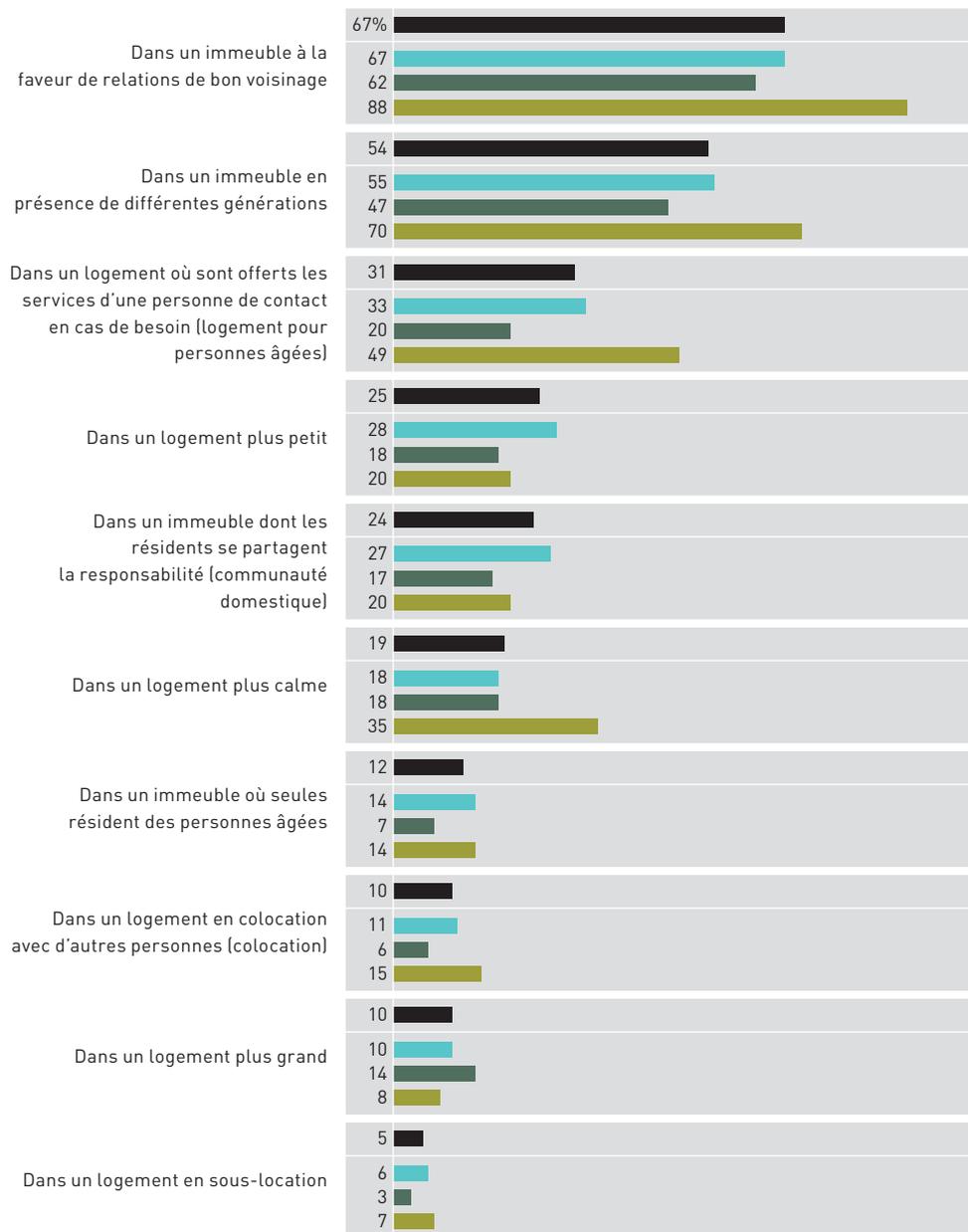
*Personnes âgées d'aujourd'hui – leur préférence va à un habitat composé de plusieurs générations:* Quant à la question des préférences entre un habitat séparant ou réunissant les générations, la majorité des personnes interrogées montrent une préférence pour un habitat composé de plusieurs générations, en particulier au Tessin. Les répondants souffrant d'un handicap préfèrent majoritairement un habitat réservé à leur génération.

En général, on constate qu'un handicap défavorise les contacts des personnes âgées avec les personnes appartenant à d'autres générations que la leur, en particulier avec les personnes beaucoup plus jeunes, qui sollicitent

## Évaluation des perspectives de logement privé pour les personnes âgées de 65+, 2018

8.2

Part de personnes désireuses d'un logement tel que décrit



■ Ensemble de la Suisse (données pondérées) | ■ CH alémanique ■ CH romande ■ CH italienne

Personnes vivant à domicile. Source : Age, 2018.

de nombreuses ressources psychophysiques. Par ailleurs, on note que plus les personnes âgées ont un niveau de formation élevé, plus elles jugent positif un habitat plurigénérationnel. En Suisse alémanique, les différences de niveau de formation sont particulièrement déterminantes à cet égard : alors que 70% des répondants suisses alémaniques ayant achevé une formation du degré tertiaire déclarent une préférence pour des logements composés de plusieurs générations, seules 40% des personnes ayant un bas niveau de formation sont de cet avis.

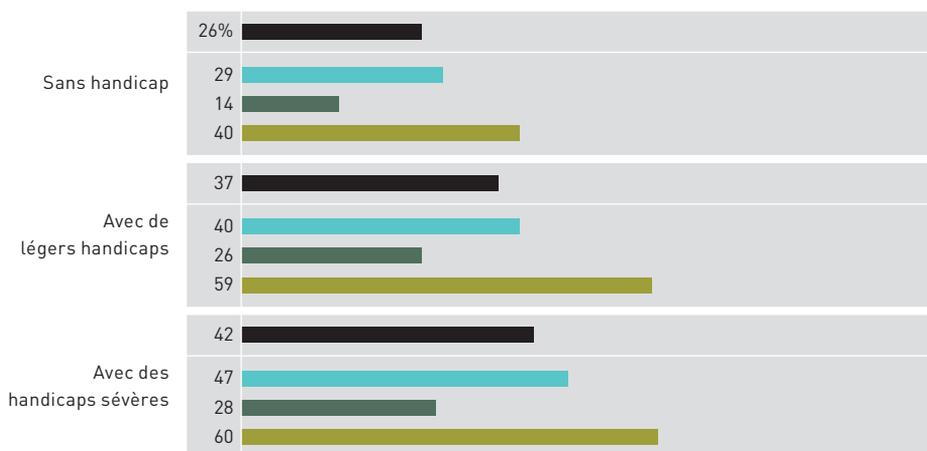
*Logements pour personnes âgées – une solution qui n’est envisagée qu’à un âge très élevé* : Un logement spécifiquement conçu pour les personnes âgées – comprenant des prestations d’assistance – répond à une aspiration exprimée davantage par les personnes très âgées que par celles récemment retraitées. Cependant, dans les trois régions linguistiques, ce n’est pas directement l’âge qui explique l’intérêt croissant des personnes pour un logement adapté aux personnes âgées, mais l’apparition des premiers dysfonctionnements affectant la vie quotidienne. À cet égard, des limitations fonctionnelles même très légères contribuent à une augmentation des réponses indiquant une préférence pour ce type de logement (voir figure 8.3). Du point de vue des régions linguistiques, on constate que l’intérêt pour les logements adaptés aux personnes âgées est plus prononcé en Suisse italienne et alémanique qu’en Suisse romande.

Fig.  
8.3

*Emménager dans un logement plus petit* : Le passage d’un logement relativement grand à un logement plus petit est plus souvent préféré que l’inverse. Le déménagement dans un appartement plus petit est plus souvent envisagé par des personnes qui sont propriétaires ou qui ont suivi une formation tertiaire. Ceci pour la raison évidente qu’elles occupent souvent des logements spacieux qui, avec l’âge, deviennent trop spacieux pour elles (voir chapitre 7). Près de 46% des personnes interrogées qui jugent leur logement actuel légèrement à beaucoup trop grand ont affirmé qu’elles avaient l’intention – du moins en principe – de déménager dans un logement plus petit. Un logement trop grand est surtout considéré comme tel lorsque prévalent des limitations fonctionnelles. Inversement, un bon tiers des personnes interrogées qui considèrent que leur logement actuel est trop petit conviennent qu’elles devraient déménager dans un logement plus spacieux, une aspiration qui, souvent, ne se concrétise pas en raison d’un manque de ressources financières. Même le passage à un logement plus petit – notamment pour les locataires de longue date – se heurte souvent à des obstacles financiers, car le loyer qu’ils auraient à assumer en déménageant dans un nouveau logement, même plus petit, serait plus élevé que celui de l’appartement qu’ils occupent depuis de nombreuses années. En

## Aspirations des personnes de 65+ à habiter dans un logement<sup>a</sup> pour personnes âgées, selon l'état de santé, 2018

8.3



■ Ensemble de la Suisse (données pondérées) | ■ CH alémanique ■ CH romande ■ CH italienne

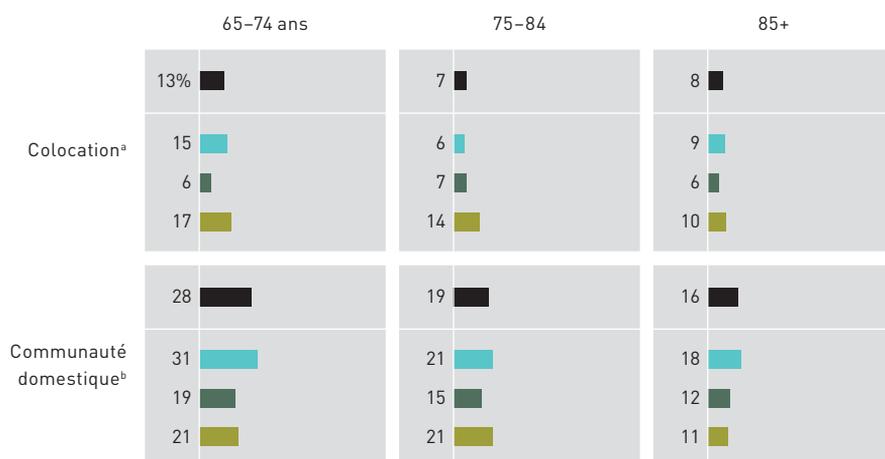
Personnes vivant à domicile.

<sup>a</sup> Logement où sont offerts les services d'une personne de contact en cas de besoin.

Source : Age, 2018.

## Colocation et communauté domestique en tant que perspectives de logement : intérêt selon le groupe d'âge parmi les 65+, 2018

8.4



■ Ensemble de la Suisse (données pondérées) | ■ CH alémanique ■ CH romande ■ CH italienne

Personnes vivant à domicile. <sup>a</sup> Dans un logement en colocation avec d'autres personnes.

<sup>b</sup> Dans un immeuble dont les résidents se partagent la responsabilité.

Source : Age, 2018.

particulier lorsque leur recherche porte sur de petits logements adaptés aux personnes âgées, centrés et exempts d'obstacles.

*Communauté résidentielle et communauté domestique* : Actuellement, dans toutes les régions linguistiques, les formes communautaires de logement – un sujet très présent dans les médias – n'entrent en ligne de compte que pour une minorité de la population âgée, bien que la disposition à adopter des formes communautaires de logement soit légèrement plus forte en Suisse alémanique et italienne qu'en Suisse romande. Les diverses formes de logements communautaires (logements autogérés, mais comprenant des espaces de vie privés) sont plus largement acceptées que les logements pour personnes âgées partagés dans le sens de la communauté domestique. La disposition à adopter des formes communautaires de logement diminue avec l'âge. Ce phénomène semble moins être lié à l'âge qu'au fait que les nouvelles générations de retraités sont plus familiarisées avec de telles formes de logement. Parmi les baby-boomers, ce sont les personnes dont le niveau de formation est relativement élevé qui manifestent le plus d'intérêt pour de telles alternatives.

Fig.  
8.4

#### 8.2.2 Formes de logement comprenant un encadrement en matière de soins

Le passage à une forme de logement comprenant des prestations d'assistance est, pour les personnes très âgées, une option principalement envisagée lorsque leur aptitude à gérer la vie quotidienne est réduite par leur état de santé. Cela s'applique en particulier à l'emménagement dans un EMS. Il est à noter que, dans un nombre croissant de cantons, un tel transfert n'est soutenu que si l'établissement assure un niveau de soins défini.

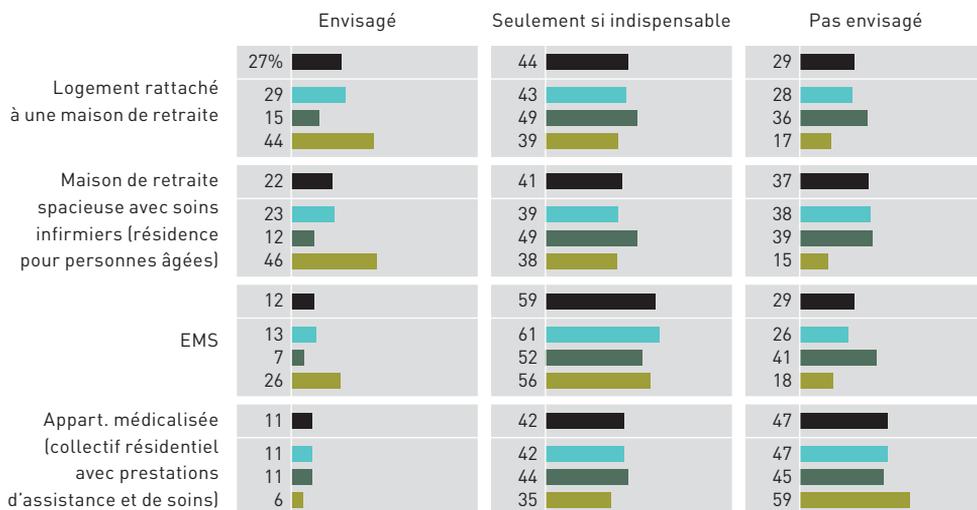
Fig.  
8.5

« *S'il le faut* » : Pour les personnes âgées, le fait de déménager dans un EMS est souvent – sinon toujours – un changement de logement forcé, qui se fait par résignation ou par consentement. Outre les catégories « oui » et « non », la catégorie « seulement s'il le faut » a expressément été incluse dans les possibilités de réponse, compte tenu du fait que les personnes âgées sont assez souvent fatalistes. En fait, la résignation à ce qui semble inéluctable est une attitude adoptée par de nombreux répondants âgés.

On constate, sans surprise, que seule une minorité de personnes âgées ont une opinion en principe positive à l'égard des EMS, ce qui s'explique notamment par le fait que l'impopularité de ces établissements est fondée, tout au moins en partie, sur des stéréotypes dépréciatifs profondément ancrés. C'est en Suisse italienne que les formes de logement comprenant un encadrement en matière de soins sont le plus souvent jugées en termes appréciatifs. En revanche, c'est en Suisse romande que de telles formes de logement sont

## Formes de logement assisté en tant que perspectives de logement : intérêt des 65+ selon la région linguistique, 2018

8.5

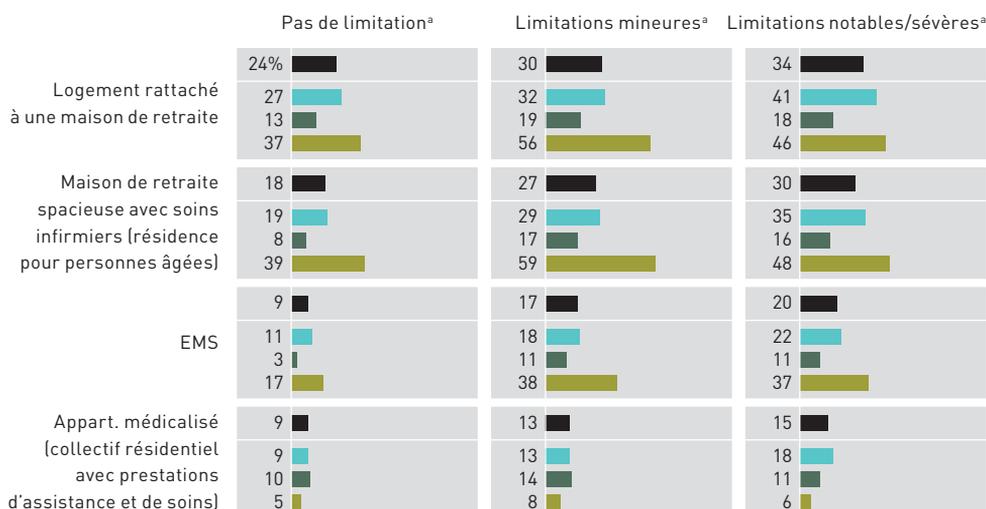


■ Ensemble de la Suisse (données pondérées) | ■ CH alémanique ■ CH romande ■ CH italienne

Personnes vivant à domicile. Source : Age, 2018.

## Formes de logement assisté en tant que perspectives de logement : acceptation des pers. de 65+ selon les limitations liées à l'état de santé

8.6



■ Ensemble de la Suisse (données pondérées, 2018) | ■ CH alémanique ■ CH romande ■ CH italienne

Personnes vivant à domicile. <sup>a</sup>Restrictions dans la vie quotidienne liées à l'état de santé. Source : Age, 2018.

le plus mésestimées, notamment parce que l'expansion des soins à domicile a contribué, dans un grand nombre de ses régions, à la dévalorisation des établissements hospitaliers.

Fig.  
8.6

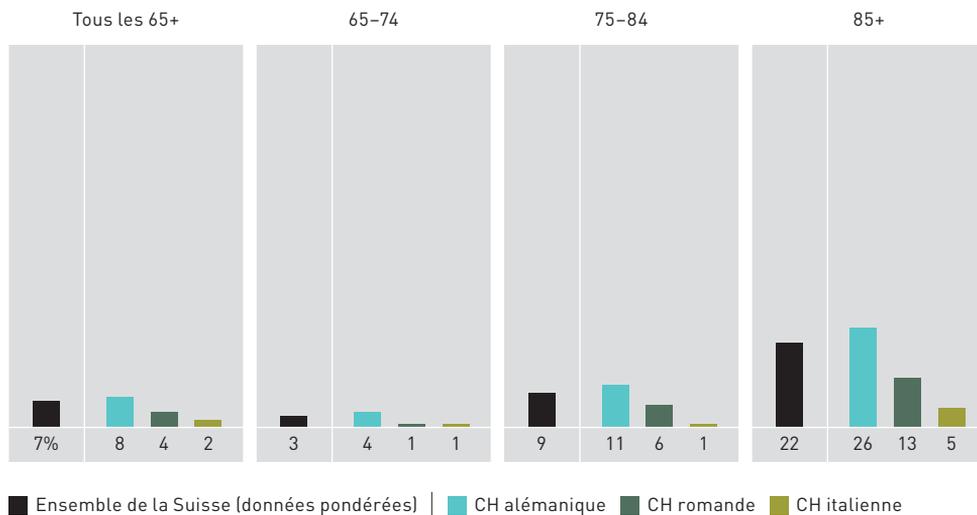
*Appréciations plus positives en cas de restrictions fonctionnelles*: Plus leur quotidien est affecté par des limitations de leur état de santé, plus les personnes âgées sont enclines à accepter de telles formes de logement. Cette tendance est particulièrement marquée en Suisse alémanique et en Suisse italienne, tandis qu'en Suisse romande, les personnes interrogées – et même celles souffrant de troubles fonctionnels entravant leur vie quotidienne – ne sont que peu disposées à passer à une forme de logement comprenant des prestations d'assistance et de soins. L'intérêt de telles formes de logement et la disposition à les adopter n'augmentent souvent, le cas échéant, qu'après l'apparition perceptible de restrictions fonctionnelles dans la vie quotidienne. Cela implique que le passage à une forme de logement comprenant des prestations d'assistance et de soins n'est souvent envisagé que lorsque des restrictions fonctionnelles sont déjà apparues, d'où le fait que, souvent, le temps à disposition pour trouver et organiser la solution optimale s'en trouve considérablement limité. En particulier, les personnes âgées qui, après une hospitalisation, sont nécessairement transférées dans un EMS ou une autre forme de logement comprenant des prestations d'assistance et de soins n'ont guère le choix pour des raisons de temps ; elles doivent déménager dans le premier établissement où une place se libère.

*Logement rattaché à une maison de retraite*: Un logement (indépendant) rattaché à une institution pour personnes âgées est la solution la mieux accueillie par les répondants fonctionnellement limités par leur état de santé. En général, il semble logique de construire, à proximité des EMS, des appartements spécifiquement destinés aux personnes âgées souffrant de handicaps naissants, alors que les logements pour personnes âgées situés dans des zones décentralisées ou carrément isolées semblent moins raisonnables, parce qu'un déménagement devient à nouveau nécessaire dès lors que s'accroît le besoin de soins.

*Résidence pour personnes âgées*: Le concept de résidence pour personnes âgées recueille la plus forte adhésion au Tessin – cette forme de logement y étant connue depuis relativement longtemps – et la plus faible en Suisse romande. Il va sans dire qu'une résidence pour personnes âgées est un type de logement qui nécessite des ressources financières considérables, raison pour laquelle seules les personnes âgées fortunées peuvent l'envisager. Toutefois, on observe également un accroissement tendanciel des soins de santé dans les résidences pour personnes âgées. Pour autant que les ressources financières soient suffisantes, ce sont surtout les limitations fonctionnelles pronostiquées

## Personnes âgées de 65+ inscrites dans un EMS : parts selon le groupe d'âge et la région linguistique, 2018

8.7



Personnes vivant à domicile.

Source : Age, 2018.

ou ressenties au cours de la vieillesse, plutôt que la retraite en soi, qui suscitent de l'intérêt pour cette forme de logement.

*Établissement médico-social (EMS)* : La perspective de s'installer dans un EMS est concevable pour une majorité de répondants (réponse « si nécessaire »), mais seule une minorité d'entre eux l'envisagent favorablement (réponse « oui »). C'est en Suisse romande que l'on recense la plus importante part de rejets à cet égard (réponse « non »), à savoir que c'est également dans cette région linguistique que l'on dénote la plus faible part de personnes âgées recourant à des soins hospitaliers. Sur la base des observations longitudinales concernant le positionnement des personnes à l'égard des maisons de retraite avant et après leur admission dans l'établissement, on constate « qu'une part des répondants adoptent, en fin de compte, un point de vue plus favorable parce que les circonstances réelles leur paraissent bien meilleures que ce qu'ils craignaient. La phase d'adaptation, après le déménagement, peut également être facilitée par l'institution grâce à l'assouplissement de son offre, notamment en permettant aux nouveaux résidents d'amener des meubles aimés, de personnaliser leur espace de vie » (Seifert, 2018 : 34 ; voir aussi Seifert et Schelling, 2017). Parmi les résidents interrogés en 2018, ceux qui ont pu meubler eux-mêmes leur chambre se sont montrés légèrement plus satisfaits de leur logement.

*Appartements médicalisés – trop méconnus* : Les appartements médicalisés (petits collectifs résidentiels dans lesquels sont offertes des prestations d'assistance et de soins) sont une conception souvent débattue dans le domaine de la gérontologie et des soins de santé, où elle est généralement considérée comme un idéal, mais semble (encore) se heurter à un fort rejet ou à une méconnaissance de la part des personnes âgées. Les répondants qui montrent un certain intérêt pour des formes communautaires de logement sont ceux qui – pour une part de 14% – accueillent le plus favorablement la conception de l'appartement médicalisé. Les réponses recueillies dans le cadre de l'enquête 2018 indiquent que la population en général n'est que peu informée du concept d'appartement médicalisé et qu'elle ne perçoit guère la différence qui existe entre cette forme de logement et un EMS.

Fig.  
8.7

*Inscription dans un EMS* : Lorsque l'on demande directement aux personnes interrogées si elles se sont déjà inscrites (par précaution) dans un EMS, il apparaît que ceci est fréquent surtout chez les personnes très âgées (85 et plus). Parallèlement, on constate que les différences entre régions linguistiques à cet égard ne sont guère surprenantes : en Suisse alémanique, où les personnes âgées sont plus nombreuses à recourir aux soins hospitaliers que dans les autres régions linguistiques, les valeurs sont plus élevées. Dans les cantons de Suisse romande en particulier, les soins à domicile ont été fortement développés, ce qui a contribué à la baisse des tarifs des EMS. L'inscription précoce dans un EMS peut notamment tenir au fait que les personnes âgées pensent (parfois à tort) que seule une inscription précoce leur garantira une place dans un établissement de leur région.

Une analyse détaillée (régression logistique) confirme les différences linguistiques régionales même après vérification des autres variables. La vieillesse, les détériorations de l'état de santé entravant la vie quotidienne et la solitude sont d'autres facteurs qui incitent à s'inscrire dans un EMS. En revanche, après vérification d'autres variables, on ne constate pas de différences, par exemple, en fonction du sexe ou du niveau de formation. De même, les personnes âgées sans enfants ne sont pas plus enclines à s'inscrire dans un EMS que les personnes du même âge ayant des enfants.

## Synthèse

- › Le caractère accueillant et chaleureux du logement est, en la matière, la priorité première. Cette caractéristique du logement, d'ordre émotionnel, est souvent oubliée dans les approches fonctionnelles de la gérontologie. À l'opposé, rares sont les personnes qui aspirent à vivre dans un environnement animé. Pendant la vieillesse, le logement fait partie des principaux décors de la vie privée et de la retraite.
- › Le calme fait également partie des caractéristiques du logement considérées comme très importantes, surtout pour les répondants tessinois, qui sont relativement nombreux à déplorer des nuisances sonores dans l'environnement de leur logement. Idéalement, un logement devrait être calme, mais situé dans un quartier centré. La proximité des commerces est souvent considérée comme très importante, bien que ce ne soit pas toujours une priorité.
- › De nombreuses personnes âgées accordent une grande importance, voire une priorité au caractère économique d'un logement. Les personnes qui sont confrontées à une situation financière qu'elles considèrent comme difficile, qui ont un statut de locataires et dont le niveau de formation est relativement faible accordent beaucoup plus d'importance au caractère économique du logement que les propriétaires aisés et professionnellement qualifiés (pour qui le logement, à l'âge de la retraite, peut même constituer un élément de luxe).
- › La famille étant une valeur qui reste forte dans les régions italo-phones (Tessin et vallées du sud des Grisons), de nombreuses personnes âgées, dans cette partie de la Suisse, accordent une importance plus grande à la famille que dans les autres régions linguistiques.
- › Dans toutes les régions linguistiques, la cohabitation («J'aimerais vivre en cohabitation avec d'autres personnes») n'a guère d'attrait pour une grande majorité des personnes âgées interrogées. La disposition à adopter des formes collectives de logement diminue avec l'âge, ce qui tient probablement au fait que les nouvelles générations de retraités sont davantage familiarisées avec de telles formes de logement.
- › Un environnement résidentiel caractérisé par des relations de bon voisinage est jugé positif par la majorité des répondants – surtout en Suisse italienne, où les valeurs sont très élevées –, ceci indépendamment de l'âge, du sexe et de la situation socio-économique.

- › Chez les personnes âgées, on note actuellement une nette préférence pour un habitat composé de plusieurs générations. En revanche, les répondants qui souffrent de limitations fonctionnelles préfèrent généralement vivre à l'écart des autres générations.
- › Un logement spécifiquement adapté aux personnes âgées est une aspiration exprimée davantage par les personnes très âgées que par celles nouvellement retraitées. En l'occurrence, c'est l'apparition des premiers dysfonctionnements affectant la vie quotidienne qui motive les répondants à opter pour un logement adapté aux personnes âgées.
- › Seule une minorité de personnes âgées manifestent une attitude fondamentalement positive à l'égard des EMS. Plus les personnes sont affectées dans le quotidien par la détérioration de leur état de santé, plus elles sont enclines à accepter de telles formes de logement.
- › La résidence médicalisée (petit collectif résidentiel dans lequel sont offertes des prestations d'assistance et de soins), qui est considérée comme idéale dans les milieux spécialisés, semble se heurter, aujourd'hui encore, à un fort rejet ou à une méconnaissance de la part des personnes âgées.





9

Besoin d'aide, moyens  
techniques auxiliaires  
et formes de  
logement comprenant  
des prestations  
d'assistance

# Table des matières

- 9.1 Limitations des activités quotidiennes et diversité des synergies de soutien
  - 9.2 Vieillesse et technologie – des moyens techniques auxiliaires pour habiter plus longtemps chez soi?
  - 9.3 Logement encadré et assistance à domicile
  - 9.4 Les démences : un défi en matière de logement des personnes âgées
- Synthèse

## 9.1 Limitations des activités quotidiennes et diversité des synergies de soutien

Ce chapitre traitera essentiellement de la prévalence des limitations des activités quotidiennes ainsi que des diverses synergies qui ont été observées en matière de soutien. Il sera question ensuite des moyens techniques auxiliaires, des espoirs qu'ils suscitent et des réalités actuelles à cet égard. Puis ce chapitre abordera la question des formes de logement comprenant des prestations d'assistance, notamment de celles qui prévoient un encadrement sur place et des structures de logement et de soins adaptés aux cas de démence. L'expérience montre que les problématiques «vieillesse et technologie» aussi bien que «logement encadré et accompagné» relèvent de thématiques qui sont sujettes à de rapides mutations et innovations, mais qui sont aussi parfois propices à certaines illusions. En conséquence, les observations actuelles ne fournissent souvent pas d'indications claires quant aux perspectives d'évolution future.

*Personnes très âgées – besoin accru d'une aide dans les activités quotidiennes* : Atteintes de problèmes de santé ou physiquement fragilisées, certaines personnes âgées ne peuvent plus gérer seules leur ménage ou, du moins, éprouvent des difficultés à mener à bien même les activités les plus courantes de leur vie quotidienne. Tandis que près de 90% des personnes âgées de 65 à 79 ans n'ont aucun problème à gérer les tâches ordinaires de leur ménage, la part des personnes âgées de 80 ans et plus qui vivent à leur domicile et qui souffrent de limitations dans leurs activités quotidiennes est déjà de l'ordre de 40%.



Fig.  
9.1

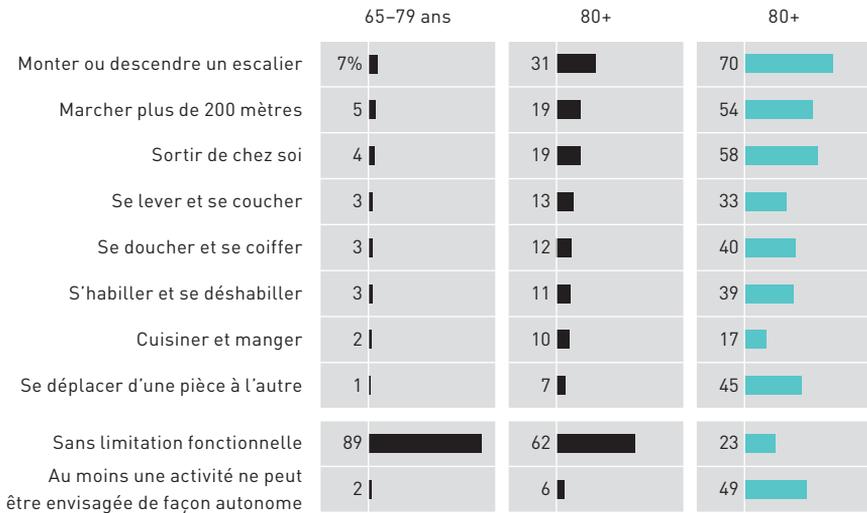
*Mobilité réduite – problème fréquent chez les personnes âgées* : Des problèmes de mobilité (monter les escaliers, parcourir à pied certaines distances, etc.) sont fréquemment mentionnés. Près d'un cinquième des personnes âgées de 80 ans et plus ont beaucoup de peine à se déplacer à l'extérieur de l'immeuble dans lequel elles habitent. Si d'autres limitations fonctionnelles (se laver, s'habiller, se déshabiller) sont moins souvent mentionnées, c'est qu'il ne serait de toute façon plus possible de vivre chez soi avec de tels handicaps, à moins qu'une personne soignante n'habite dans l'immeuble ou qu'une assistance intensive à domicile ne soit assurée.

Comme ce sont précisément ces limitations des activités quotidiennes qui rendent nécessaire le déménagement dans un EMS, il s'ensuit naturellement que la part des personnes âgées ayant besoin d'aide et de soins est nettement plus importante dans ce type d'établissement<sup>1</sup>.

1 Il est à noter que les chiffres cités se rapportent aux seuls résidents d'EMS qu'il a été possible d'interroger. Si l'on tient également compte des résidents d'EMS atteints de démence, il s'ensuit une augmentation de la proportion de résidents ayant besoin d'assistance dans leurs activités quotidiennes essentielles.

## Limitations ou difficultés des personnes âgées dans le cadre des activités quotidiennes<sup>a</sup>, à domicile ou en EMS, 2018

9.1



■ Pers. vivant à domicile (CH, données pondérées) ■ Résidents d'EMS (seulement CH alémanique/romande)

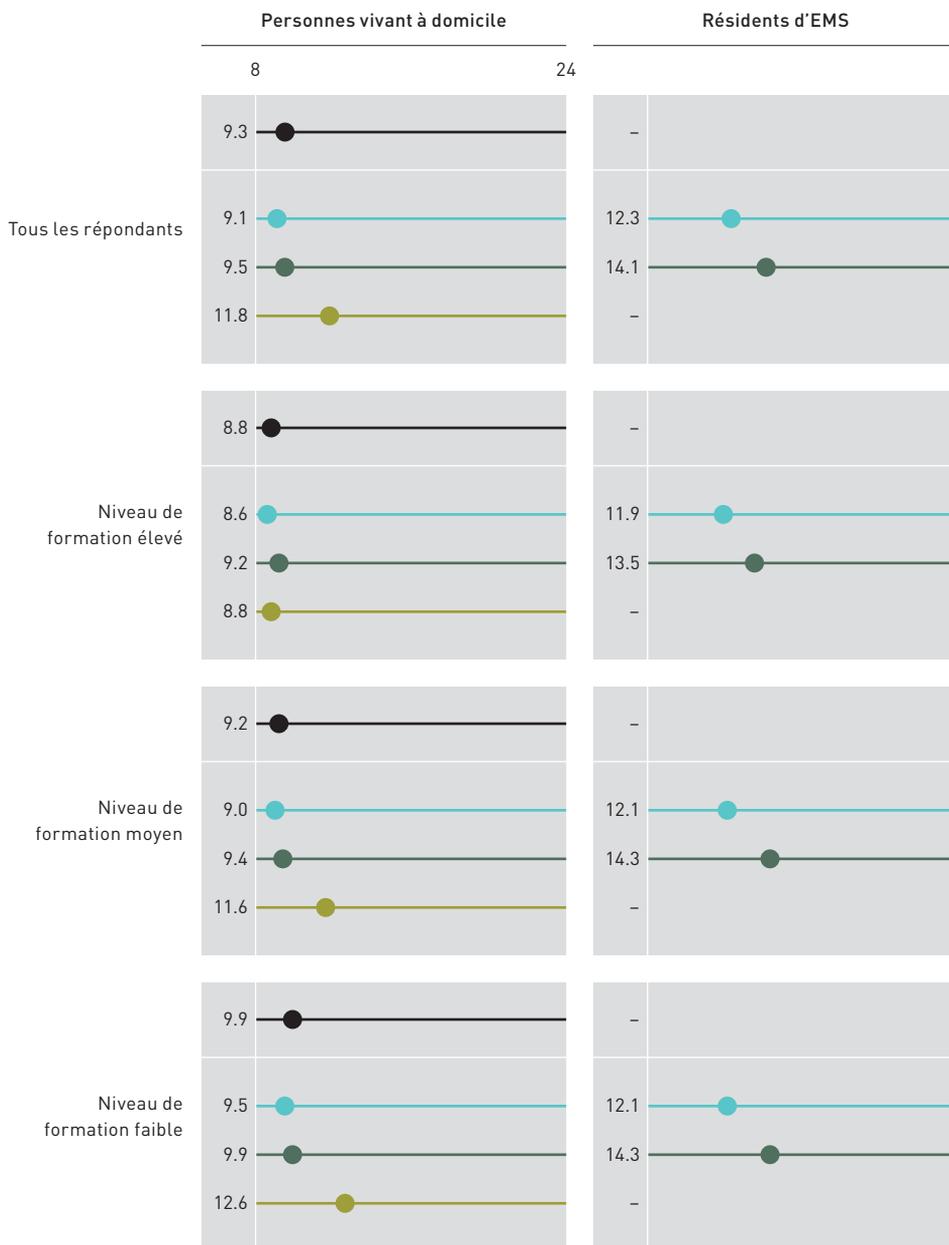
<sup>a</sup> Ne pouvant être réalisée qu'avec difficulté ou avec l'aide d'une autre personne. Source : Age, 2018.

Fig.  
9.2

*Différences selon le statut social et la région linguistique:* L'analyse détaillée des limitations fonctionnelles chez les personnes âgées (de 80 ans et plus) met en évidence d'importantes différences selon la région linguistique et le niveau de formation. Il est frappant de constater, par exemple, que les personnes âgées en Suisse italienne sont davantage affectées par des limitations de leur activité quotidienne que les personnes du même âge vivant dans les deux autres régions linguistiques. Une enquête effectuée en 2017 a également montré qu'il y a, en Suisse méridionale, davantage de personnes âgées ayant besoin d'aide à cause de problèmes de santé qu'en Suisse alémanique (Merçay, 2017: 120). Si l'on examine la situation de plus près en comparant les régions linguistiques, on constate toutefois qu'en Suisse italienne, les dysfonctionnements consécutifs à un mauvais état de santé touchent surtout des personnes dont le niveau de formation est bas ou moyen, mais qu'en revanche, les différences selon les régions linguistiques disparaissent chez les personnes ayant une formation de degré tertiaire. On observe en outre, dans les trois régions linguistiques, de nettes différences sociales: les personnes âgées ayant un faible niveau de formation souffrent plus fréquemment de limitations de l'activité quotidienne que les personnes du même âge ayant une formation de degré tertiaire. La situation financière est également importante: chez les per-

## Limitations<sup>a</sup> au quotidien chez les personnes de 80+ : parts selon le niveau de formation et la situation résidentielle, 2018

9.2



■ Ensemble de la Suisse (données pondérées) | ■ CH alémanique ■ CH romande ■ CH italienne

<sup>a</sup>Valeurs Moyennes. L'échelle ADL (min. = 8, max. 24) totalise les valeurs de l'auto-évaluation de 8 activités (seul(e) sans difficultés = 1, seul(e) mais avec peine = 2, pas possible seul(e) = 3).

Source : Age, 2018.

sonnes très âgées, la santé fonctionnelle est déterminée par des inégalités sociales manifestes.

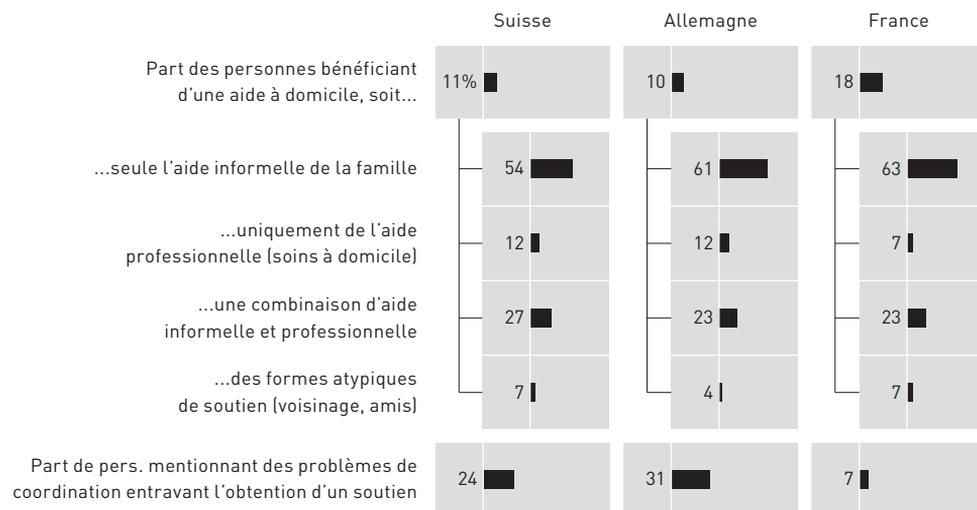
Les résidents d'EMS en Suisse romande souffrent davantage de limitations dans leurs activités quotidiennes que les résidents d'EMS en Suisse alémanique. Ce constat reflète l'ample développement qu'a connu la Suisse romande dans le domaine des soins à domicile, d'où le fait que les personnes âgées n'y sont hospitalisées que lorsque leur état de dépendance rend absolument nécessaire des soins stationnaires. En Suisse alémanique (en particulier dans les cantons de montagne et en Suisse orientale), les EMS comptent davantage de résidents ne présentant qu'un faible état de dépendance (Cosandey, 2016).

*Synergies d'aide à domicile*: La majorité des personnes âgées vivant à leur domicile et ayant besoin d'aide reçoivent une aide informelle fournie par des membres de leur parenté (conjoint ou conjointe, partenaire, filles, fils) (voir à ce propos les contributions de Jopp *et al.*, chapitre 12, et de Masotti, chapitre 13). L'aide informelle aux personnes âgées s'avère aussi importante en Suisse que dans les deux pays voisins pris en compte. La forme suivante – par ordre d'importance – est une combinaison d'aide informelle et professionnelle, dont la fréquence s'accroît au fur et à mesure qu'augmente le besoin d'aide et de soins. « Un rapport de complémentarité s'établit entre soutien formel et informel, notamment chez les personnes âgées qui vivent seules et sont très dépendantes; dans de tels cas, seule la collaboration entre des services de soins à domicile et un réseau d'aide informelle permet à la personne âgée de demeurer dans son logement » (Perrig-Chiello et Höpflinger, 2012: 104). Malgré l'importance fréquemment relevée de l'aide fournie par le voisinage (cf. chapitre 5.5), il est rare que les voisins soient mentionnés en ce qui concerne l'aide apportée dans les activités quotidiennes. L'aide et le soutien aux personnes âgées relèvent dans une large mesure des professionnels des soins à domicile et, le cas échéant, du cercle familial. Dans l'enquête sur le logement menée en 2018 avec le soutien de *Age-Stiftung* et de la Fondation Leenaards, des répondants tributaires de soins mentionnent d'abord, comme personnes de référence leur fournissant une aide, des colocataires et des membres de leur parenté ainsi que les professionnels des soins à domicile, mais rarement des voisins. Quant aux activités prises en charge, il s'établit souvent une certaine répartition des tâches entre les aides formelle et informelle: « Les membres de la famille et les réseaux extra-familiaux assument plutôt des tâches d'assistance (encadrement, économie domestique et administration), tandis que les professionnels se concentrent sur les prestations relevant des soins de base et des soins de traitement » (Knöpfel *et al.*, 2018: 79).

Fig.  
9.3

## Synergies de soutien entourant les personnes 65+ vivant à domicile : parts en comparaison internationale, 2017

9.3



Personnes vivant à domicile.  
Source : Merçay, 2017 : 32-34.

*Des problèmes de coordination sont assez fréquents* : La multiplicité de l'offre – publique et privée – de services et de soins peut déconcerter les personnes âgées et leurs proches, en particulier lorsqu'il n'y a pas de centre d'information et de consultation auquel s'adresser. Dans les pays dont la structure est fédéraliste – comme l'Allemagne et la Suisse – et où l'organisation de l'offre en matière d'aide varie selon les régions, les personnes âgées qui cherchent à obtenir de l'aide sont davantage confrontées à un problème de coordination que dans les pays où cette organisation est plus centralisée (comme la France)<sup>2</sup>. L'article de Barbara Masotti dans ce livre (chapitre 13) montre que les prestations d'aide peuvent avoir des effets opposés sur la vie quotidienne des personnes âgées.

## 9.2 Vieillesse et technologie – des moyens techniques auxiliaires pour habiter plus longtemps chez soi?

*Le progrès technique, une chance pour les aînés* : Les progrès technologiques – des formes de communication numériques aux améliorations de la domotique –

2 Théoriquement, il se peut qu'un problème de coordination résulte d'une défaillance de l'offre. La coordination n'est nécessaire que lorsque les personnes concernées ont le libre choix entre des offres publiques et privées.

induisent aussi des changements dans l'existence des personnes âgées et très âgées. Les technologies domestiques compensent certaines pertes d'énergie et le recours à des systèmes modernes d'assistance peut, même en cas de limitation des capacités fonctionnelles, contribuer à l'autonomie des personnes âgées et accroître la sécurité du logement (voir à ce propos Künemund et Fachinger, 2018). Certaines formes de communication numériques permettent également aux personnes âgées à mobilité réduite d'entretenir des contacts réguliers avec des personnes de référence trop éloignées pour leur rendre visite (concernant l'utilisation d'internet par les personnes âgées, cf. chapitre 2.1.). À condition de leur fournir un produit facile à utiliser et dont le design soit adéquat, la technologie moderne peut parfaitement répondre aux attentes des seniors en leur offrant des possibilités d'action et de communication même lorsque leur état de santé les prive de certaines capacités fonctionnelles. Les nouvelles technologies audiovisuelles de communication (multimédia) peuvent même avoir des effets positifs dans les cas de démence, par exemple dans le travail de mémoire et de récit biographique effectué avec des personnes atteintes de démence sénile (Bejan *et al.*, 2018).

*Approches diverses* : Sur le plan technique, en matière d'assistance aux personnes âgées, on distinguera, pour simplifier, trois approches : a) solutions de design visant à faciliter la manipulation d'outils ou d'appareils d'usage courant, par exemple en cas de difficulté de préhension ; b) produits de haute technologie pour personnes malvoyantes, malentendantes ou à mobilité réduite ; c) optimisation technique systématique de l'ensemble du logement (« smart home »). Il existe des formes très diverses de moyens techniques auxiliaires et de systèmes d'assistance (Seyler, 2016) :

- › moyens techniques d'aide à la motricité fine et globale (p. ex. ouvre-boîte automatique) ;
- › moyens auxiliaires de compensation des handicaps sensoriels (p. ex. appareils auditifs) ;
- › moyens auxiliaires de compensation des déficiences cognitives (p. ex. applications de rappel) ;
- › systèmes de sécurité et d'appel d'urgence (p. ex. alarme automatique en cas de chute) ;
- › télésurveillance et télé médecine (p. ex. biosenseurs, biocapteurs, consultation via Skype) ;
- › robotique pour les travaux ménagers et les soins (p. ex. robot aspirateur, robot de soins) ;
- › logiciels d'entraînement physique et mental (p. ex. « elder games ») ;

- › applications facilitant l'entretien de rapports sociaux (internet, Skype, WhatsApp, etc.);
- › design adéquat (dans le sens d'un « design universel »).

*Les nouvelles techniques sont mieux acceptées, mais peu utilisées* : Étant donné qu'il y a de plus en plus de personnes qui, au cours des années précédant leur retraite, ont pu se familiariser avec les nouvelles techniques, celles-ci sont de mieux en mieux acceptées par les personnes âgées. « Les moyens techniques auxiliaires que les personnes âgées apprécient le plus sont ceux qui servent à les avertir d'un danger ou à les protéger et ceux qui émettent un appel d'urgence en cas de nécessité » (Knöpfel *et al.*, 2018 : 197). Toutefois, concrètement, à l'heure actuelle, les personnes âgées recourent assez peu aux moyens techniques d'aide spécifiquement pensés pour elles : ceux qui sont actuellement le plus utilisés sont les moyens numériques de communication (téléphone mobile, internet) et les prothèses auditives, ainsi que les moyens techniques auxiliaires du domaine sanitaire (douche avec siège, poignées de maintien) et les systèmes d'appel d'urgence.

*Systèmes d'appel d'urgence* : Dans le cadre de l'enquête sur le logement menée en 2018 avec le soutien de *Age-Stiftung* et de la Fondation Leenaards, on s'est limité à des questions concernant l'utilisation d'un système d'appel d'urgence. La part des personnes interrogées qui utilisent, chez elles, un tel système est faible et n'augmente qu'à partir de l'âge de 80 ans. Par contre, ces systèmes se sont imposés dans les EMS, où ils font partie de l'équipement standard ou sont prescrits comme tels.

Fig.  
9.4

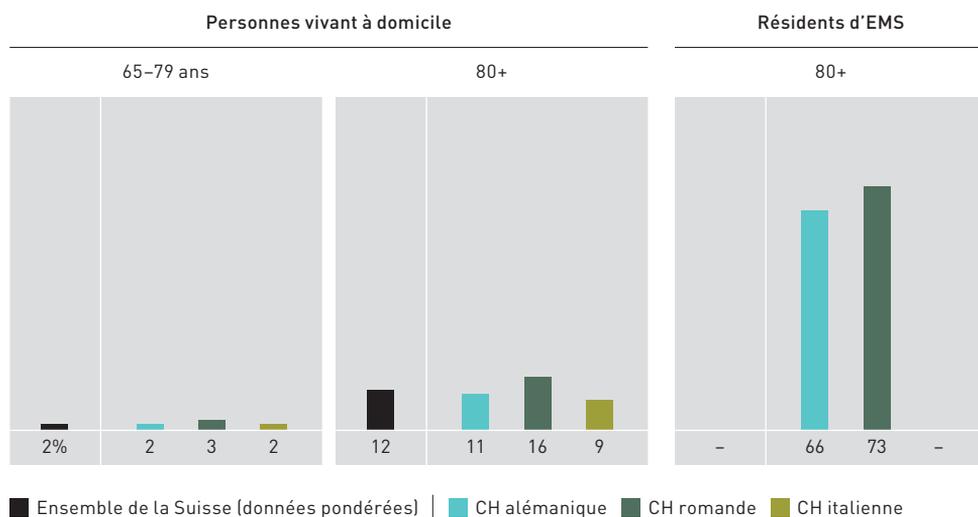
Une analyse détaillée (par régression logistique) permet de constater que, chez les répondants vivant à la maison, ce qui détermine l'utilisation d'un système d'appel d'urgence est non seulement le grand âge, mais également le fait de vivre seul et d'avoir manifestement perdu une part des capacités fonctionnelles requises par la vie courante (en quoi, vérification faite en fonction des autres variables, on n'observe pas de différences entre les régions linguistiques). Si elle est envisagée, l'installation à domicile d'un système spécifique d'appel d'urgence (et son utilisation) n'entre plus fréquemment en ligne de compte que dans le grand âge et lorsque sont constatées des déficiences fonctionnelles empêchant de gérer correctement la vie de tous les jours. On désigne souvent comme moyens auxiliaires ce dont on n'a besoin que lorsqu'on est « vraiment vieux ». C'est ce qui explique que les personnes âgées qui ne se sentent pas encore « vieilles » ont souvent certaines réticences à l'égard de moyens techniques destinés à remédier à ce que l'on appelle des « problèmes de vieillesse ».

*Pléthore de l'offre actuelle de moyens techniques*: Globalement, on constate que la demande de moyens auxiliaires et de systèmes techniques d'aide aux personnes âgées a tendance à être en retrait par rapport à l'offre. Les technologies évoluant plus rapidement que les comportements et attitudes des gens, on en vient pour ainsi dire à une surabondance d'offres technologiques (Frick et Tenger, 2015). On observe de plus en plus une tendance allant vers des systèmes technologiques globaux, intégrés et interconnectés (p. ex. systèmes d'assistance intégrés). Pour l'instant toutefois, la « maison intelligente » (smart home) ne s'est guère imposée au-delà des projets pilotes. L'absence de normes communes, l'interopérabilité insuffisante et certaines déficiences ergonomiques sont parmi les raisons qui l'empêchent encore de faire vraiment sa place sur le marché (Meyer, 2016). Mais les coûts qu'elle implique sont aussi des obstacles, et le plus grand défi à relever pour les fournisseurs de systèmes d'assistance à l'autonomie à domicile (AAD) consiste toujours à offrir à des prix avantageux des moyens qui soient adaptés aux besoins de la population âgée (Knöpfel *et al.*, 2018: 197).

*Le vieillissement, processus dynamique souvent négligé*: Dans le développement et la production de systèmes d'assistance aux personnes âgées, il n'est souvent pas tenu compte d'un constat essentiel en gérontologie, à savoir que le vieillissement est un processus dynamique. Or les systèmes techniques d'assistance devraient, eux aussi, être « perfectibles au même rythme de sénescence », c'est-à-dire que des modules d'aide ou des prestations de services techniquement assistées devraient pouvoir y être ajoutés sans difficulté au fur et à mesure de la progression des déficiences corporelles, cognitives et sensorielles. C'est à cette seule condition que les systèmes techniques d'assistance pourront accompagner en permanence le processus de vieillissement. Par conséquent, la compatibilité modulaire (plug and play) est une clé du succès à cet égard (Frick et Tenger, 2015).

*Habiter plus longtemps chez soi grâce à la technique*: On ne peut pas, à l'heure actuelle, donner de réponse positive à la question de savoir si le recours à des moyens techniques auxiliaires ou à des systèmes d'assistance intégrés permet d'habiter plus longtemps chez soi et de retarder le moment de déménager dans un établissement de soins. L'une des raisons de cette impossibilité est que « peu d'études ont été effectuées dans le but explicite d'examiner le rapport entre le recours à la technique et le fait de pouvoir habiter plus longtemps chez soi. Cela tient à ce que l'utilisation de certaines technologies (p. ex. les applications télémédicales) n'est pas encore très répandue et qu'il n'est donc pas possible de disposer à cet égard de résultats consistants sur le long terme » (Seyler, 2016: 50). Les moyens techniques auxiliaires ont certes un effet positif, notamment sur la qualité de vie, les rapports sociaux et la gestion autonome du ménage.

## Personnes âgées disposant d'un système d'appel d'urgence : parts selon la situation résidentielle et le groupe d'âge, 2018



Source : Age, 2018.

On ne peut par contre pas (encore) constater d'effet patent quant au report de l'entrée en EMS, ne serait-ce que parce que les motifs d'un déménagement dans un home sont généralement multidimensionnels, si bien qu'une technologie d'aide ne saurait être déterminante à elle seule pour que la personne âgée puisse rester plus longtemps à son domicile.

*Aide technique et réseau social* : Le réseau social joue souvent un rôle déterminant quant au succès de l'utilisation des nouvelles technologies par les personnes âgées. Pour que cette utilisation soit optimale, une interaction de la technologie et du soutien social est indispensable (Künemund et Fachinger, 2018). Ainsi, par exemple, une combinaison associant les achats en ligne et des services de transport s'avère souvent être la meilleure solution, car les personnes âgées peuvent s'informer en consultant internet sans devoir renoncer à des possibilités d'achat dans un magasin. Les contacts intensifs – par téléphone ou par d'autres moyens électroniques – avec leur parenté et leurs amis sont vécus comme positifs par les personnes âgées, surtout lorsqu'ils aboutissent régulièrement à des possibilités de contacts personnels. De même, la motivation à utiliser les nouveaux moyens numériques de communication s'accroît – même à un âge très avancé – lorsque ces moyens permettent de renforcer les liens avec les enfants, les petits-enfants ou les amis.

*Vieillir dans un environnement technicisé*: Vieillir dans un environnement technicisé est à la fois stimulant et exigeant, mais le profit qu'une personne âgée peut effectivement tirer des innovations techniques dépend d'un soutien efficace et d'un bon accompagnement social. Par ailleurs, les possibilités dont disposent les personnes âgées pour se procurer des équipements technologiques et des appareils ménagers « dernier cri » varient aussi en fonction de leur revenu et de leur niveau de formation. Dans la vie des personnes âgées, de fortes disparités sociales subsisteront à l'avenir en matière de technologies domotiques et ménagères et de moyens techniques de communication. L'accès et le recours aux techniques modernes peut par conséquent induire, pour les personnes âgées, de nouvelles formes de disparité sociale touchant leur liberté d'action. D'une part, davantage de personnes profiteront, même à un âge très avancé, de toutes les possibilités techniques disponibles pour aménager au mieux leur environnement résidentiel, pour accroître leur liberté d'action ou pour se faire de nouvelles relations, et pourront ainsi compenser dans une large mesure les limitations de leur capacité d'action liées au vieillissement. D'autre part, nous nous trouverons face à une importante minorité de personnes âgées qui, pour des raisons économiques, à cause de pertes de capacités cognitives et sensorielles ou par simple réticence à l'égard de la technologie, renonceront – ou devront renoncer – à se procurer des moyens techniques modernes, et pour qui la technicité croissante de notre monde fera de la gestion du quotidien un obstacle insurmontable.

### **9.3 Logement encadré et assistance à domicile**

À un âge très avancé et en cas de fragilité corporelle sévère, continuer d'habiter dans un logement privé n'est généralement possible que si deux conditions sont réunies: il faut, d'une part, que l'accès au logement et le logement lui-même soient exempts d'obstacles (voir chapitre 7.2) et, d'autre part, que la personne dispose, sur place, d'un bon soutien, d'une prise en charge et de soins, assurés par exemple par des services de soins à domicile (Spitex) et des réseaux sociaux d'aide (parenté, amis, voisins, etc.). Ces conditions sont essentielles, en premier lieu pour les personnes âgées vivant seules, mais également pour les couples âgés dépendant d'une aide et de soins (ou du moins l'un de ses membres). Le recours à l'assistance et aux soins à domicile peut en outre éviter aux couples âgés d'être séparés.

*L'idée de base des logements encadrés*: L'idée des logements encadrés (appelés parfois logements accompagnés ou logements assistés) s'est progressivement répandue à partir des années 1980. Dans le meilleur des cas, les formes de logement avec assistance consistent à associer deux éléments: d'un côté, un

logement privé exempt d'obstacles et offrant un accès facile et, de l'autre, des prestations d'assistance et d'encadrement (p. ex. services de conseil, aide aux tâches domestiques, services de soins) qui soient fiables. Les formes de logement encadré se distinguent des institutions traditionnelles pour personnes âgées par le fait que les résidents y disposent d'un appartement indépendant qui comprend une salle de bains et une cuisine. En matière de prestations de services, la différence consiste en ce que tout résident d'un logement encadré peut décider lui-même s'il entend solliciter tel ou tel service, et dans quelle mesure. L'objectif essentiel est en l'occurrence de permettre aux personnes âgées de rester dans un logement privé et de mener une vie autonome même si leurs capacités fonctionnelles sont réduites. Deux évolutions sociales ont contribué, en Europe, à propager les formes de logement encadré (Albrecht, 2012). Il s'est produit, d'une part, une tendance générale à la disparition des institutions en place et, parfois, à la privatisation de l'aide aux personnes âgées. En matière d'assistance, les formes institutionnelles ont été supplantées par des solutions individuelles (assistance et soins sur mesure, gestion individuelle des cas et des soins). D'autre part, la croissance de la prospérité et du bien-être matériel a entraîné chez les personnes âgées une augmentation des exigences en matière de logement et d'assistance. Les nouvelles générations prétendent davantage au libre choix des prestations qu'elles réclament. Les formes de logement avec services optionnels individualisés répondent à de tels souhaits.

Pendant, d'après une étude récente, les logements encadrés ne permettent à la politique sociale de réaliser des économies que « si, par la promotion de structures intermédiaires, les logements encadrés se substituent aux places d'accueil des établissements de soins. Si les logements encadrés ne font que créer une offre additionnelle en amont de l'entrée dans une institution, il n'en résulte aucune économie » (Bannwart et Künzi, 2018 : 37).

*En matière de logement encadré, pas de standard uniforme*: Les conceptions et les formes de logement encadré ne sont pas uniformes. En Suisse, comme en Allemagne et en Autriche, il n'y a pas de définition légale, au niveau national, de ce qu'est un logement encadré et il n'existe pas non plus de dispositions obligatoires concernant les prestations requises ou les normes de construction (Wolf-Ostermann *et al.*, 2014). En 2016, la moitié seulement des cantons suisses disposaient de bases documentaires formelles – par exemple de lignes directrices de la politique de la vieillesse – décrivant ou définissant ce qu'est un logement encadré pour personnes âgées. En Suisse romande et au Tessin, la définition de cette notion fait partie des bases légales cantonales ; par contre, en Suisse alémanique, une telle définition – pour autant que le terme de logement encadré soit explicitement mentionné – ne se trouve généralement que dans les lignes directrices de la politique de la vieillesse ou dans des documents analogues. « Dans les treize cantons qui disposent d'une définition du

logement encadré, les définitions données sont similaires et comportent en règle générale deux éléments essentiels : il s'agit d'une forme de logement qui, d'une part, doit être adapté aux personnes âgées et souffrant de handicaps et, d'autre part, combinée avec des offres de soins et de soutien aux résidents» (Oesch et Künzi, 2016 : 2). Il existe également des différences entre les cantons en ce qui concerne le caractère obligatoire des lignes directrices. Ainsi, en 2016, huit cantons exigeaient impérativement que les logements soient construits de manière à être accessibles sans obstacle, mais quatre seulement définissaient des prestations d'assistance en termes obligatoires.

*Logements avec services, proposés par divers prestataires* : En Suisse, de nombreux logements encadrés sont rattachés, directement ou indirectement, à un EMS. Dans la plupart des cantons (en 2016, 21 des 25 cantons interrogés), les établissements de soins offrent aux personnes âgées des logements avec services. D'autres prestataires (organismes d'utilité publique, communes, entreprises privées à but lucratif) proposent aussi des offres analogues (Oesch et Künzi, 2016). En matière de logements encadrés, l'éventail d'offres concerne essentiellement de petits appartements (de 2,5 à 3,5 pièces), et assez souvent de 1,5 pièce (Bay, 2016 ; Köppel, 2016). Pour les logements avec services, il est perçu, dans la majeure partie des cas, un montant forfaitaire à payer en sus du loyer. L'ampleur des services offerts varie considérablement selon le montant du forfait (exemples concrets, cf. Age-Stiftung, 2016 : p. 22 ss).

Dans les formes de logement encadré ou de logement avec services, on constate, comme pour les autres formes de logement pour personnes âgées, une segmentation de l'offre en fonction des classes de revenu (résidences luxueuses pour seniors aisés, offre de logements standard avec services réduits pour les personnes âgées à faible revenu). Dans les pays européens, le logement encadré ou logement avec services est devenu un marché intéressant pour les agents privés qui vendent des résidences ou des hôtels pour seniors, compte tenu du fait que, dans ce domaine, les désirs et les besoins peuvent se combiner à volonté (p. ex. prestations axées sur le bien-être en combinaison avec des offres d'aide et de soins aux personnes âgées). Si certaines formes de logement encadré accroissent effectivement la diversité des possibilités de logement et d'assistance pour les personnes âgées, elles accentuent aussi, indirectement, les disparités sociales entre les aînés.

Pour les résidents d'un âge très avancé et fragilisés, le raccordement du logement encadré à un EMS a pour avantage qu'en cas de dépendance accrue en matière de soins, il suffira de changer de logement dans un environnement proche, par exemple dans une chambre médicalisée d'un EMS déjà connu (Age-Stiftung, 2016 : 9). Les agents privés qui vendent des résidences aux personnes âgées offrent aussi parfois la possibilité d'acquérir une chambre de soins dans la résidence elle-même. Du point de vue économique, il est également profitable

que le logement encadré soit en connexion avec des services centraux (lingerie, restaurant, etc.) déjà en place. Mais la proximité d'un établissement de soins peut, à l'inverse, avoir un effet dissuasif, notamment pour les personnes qui ont de la peine à admettre qu'elles sont âgées.

*Logement encadré, une solution généralement reportée au quatrième âge*: Les personnes âgées remettent fréquemment le choix d'une forme de logement encadré à plus tard, c'est-à-dire au moment où elles auront vraiment besoin des prestations offertes, en raison de handicaps fonctionnels, mais aussi parce que les forfaits d'assistance qu'elles devront payer mensuellement s'élèvent souvent à plusieurs centaines de francs. « Ce ne sont donc pas de «jeunes retraités» (à partir de 65 ans) qui cherchent des logements avec services, mais des personnes plus âgées, voire d'un âge très avancé » (Age-Stiftung, 2016: 43).

Dans le cadre de l'enquête sur le logement menée en 2018 avec le soutien de Age-Stiftung et de la Fondation Leenaards, il a été demandé aux personnes interrogées si elles payaient un forfait pour les services et prestations requis. Cette enquête confirme également que les services et prestations (à forfait) sont essentiellement demandés par des personnes du quatrième âge, les différences d'âge observées dans les trois régions linguistiques étant statistiquement très significatives.

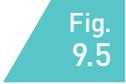


Fig.  
9.5

*Logements encadrés – disparités régionales*: En ce qui concerne les personnes habitant dans leur propre logement, il s'avère en outre que les diverses formes de logement avec services sont plus répandues en Suisse romande qu'en Suisse alémanique (au sujet de l'éventail des soins dans les cantons de Suisse romande, voir également Ankers et Serdaly, 2017). En Suisse alémanique, ce n'est qu'à partir du moment où les handicaps fonctionnels deviennent sévères que les forfaits perçus pour des prestations de services à payer soi-même sont plus élevés qu'en Suisse romande, ce qui peut finalement aboutir à des «paquets de prestations» plus volumineux. D'un autre côté, de larges assortiments de services à forfait relativement chers peuvent aussi contribuer à ce que ces prestations ne soient demandées qu'en cas de sérieux besoin.

Les coûts mensuels moyens indiqués en ce qui concerne les services sollicités sont de 508 francs en Suisse alémanique, mais seulement de 248 francs en Suisse romande et de 246 francs en Suisse méridionale.

*Facteurs d'influence concernant les logements avec services*: Une analyse détaillée (régression logistique) montre que l'âge et les handicaps fonctionnels dans les activités quotidiennes sont les deux éléments qui ont le plus d'influence en ce qui concerne le recours des personnes âgées à des services forfaitaires dans leur logement. Non seulement l'âge avancé et les handicaps fonctionnels affectant la vie courante tendent à accroître la fréquence des recours à des ser-

vices spécialisés, mais ils incitent aussi les personnes concernées à solliciter une gamme de services plus large (donc plus coûteuse). Des facteurs sociaux jouent également un rôle : les femmes et les hommes vivant seuls achètent plus souvent et davantage de prestations que les personnes faisant partie de ménages communs. Dans les formes de logement encadré, la part des personnes vivant seules est par conséquent importante. Un niveau de formation élevé et une bonne situation financière sont également des facteurs incitant à recourir à des services spécialisés. Les formes de logement encadré demeurent souvent inaccessibles aux personnes âgées qui ne disposent que d'un faible revenu, car les frais de loyer et de services qu'impliquent ces logements ne peuvent pas être couverts par les prestations complémentaires de l'AVS (une règle qui est de plus en plus sujette aux critiques). Les différences entre les régions linguistiques (plus grande fréquence en Suisse romande qu'en Suisse alémanique) restent pourtant statistiquement significatives, même après vérification des autres variables (âge, limitations fonctionnelles, situation financière, niveau de formation, vie en solitaire).

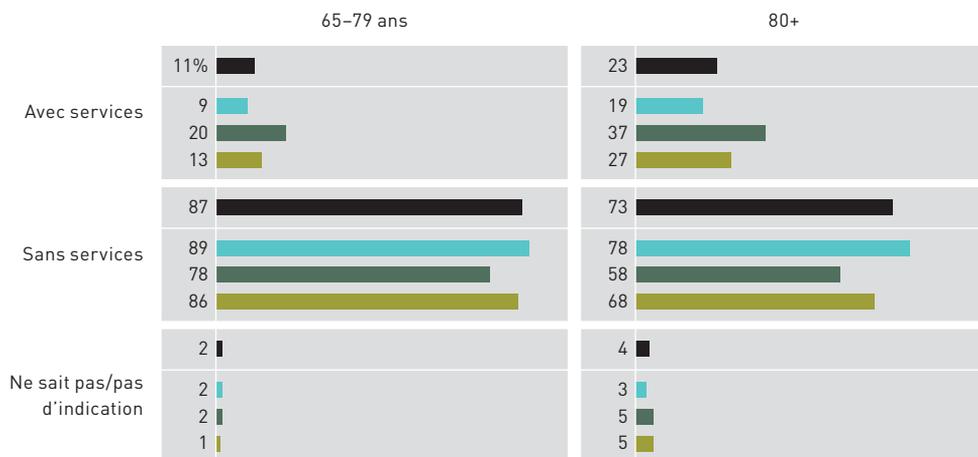
*Modalités différentes de l'aide et des services* : La qualité du logement varie, tout comme les modalités des prestations d'aide. Un système d'appel d'urgence et un service de repas à domicile sont souvent disponibles. Des activités sociales et festives sont fréquemment organisées, en particulier dans les logements-foyers d'une certaine importance. Par contre, seule la moitié des logements pour personnes âgées disposent de certains services pratiques, tels que prise en charge, soins, toilette et service de lingerie. La prestation la moins couramment offerte est la disponibilité permanente d'une personne de référence (Werner *et al.*, 2016).

Fig.  
9.6

*Limites du logement encadré* : Au cœur de la discussion concernant les modèles de logement encadré ou de logement assisté se pose la question du maintien des résidents à leur domicile ou de leur transfert s'ils ont besoin de soins permanents car, face aux cas « lourds », le logement encadré se heurte vite à des limites du point de vue des moyens financiers et des possibilités de soins. Du fait des différences d'intensité des soins, il est difficile d'établir une comparaison qualitative entre les soins à domicile prodigués au sein du logement encadré et les soins stationnaires fournis dans un EMS, mais certains indices donnent à penser que les résidents d'un logement encadré sont moins exposés au risque d'escarres. Par contre, les risques de chute et de dénutrition y sont plus courants (Klingelhöfer-Noe *et al.*, 2015). Le maintien de l'autonomie et la réduction du contrôle social externe sont également liés à certains risques pour les personnes menant une vie autonome dans un logement encadré et, selon la situation et l'intensité des soins requis, un transfert dans un établissement hospitalier peut s'avérer judicieux.

## Personnes de 65+ habitant un logement avec services<sup>a</sup> : parts selon le groupe d'âge et la région linguistique, 2018

9.5

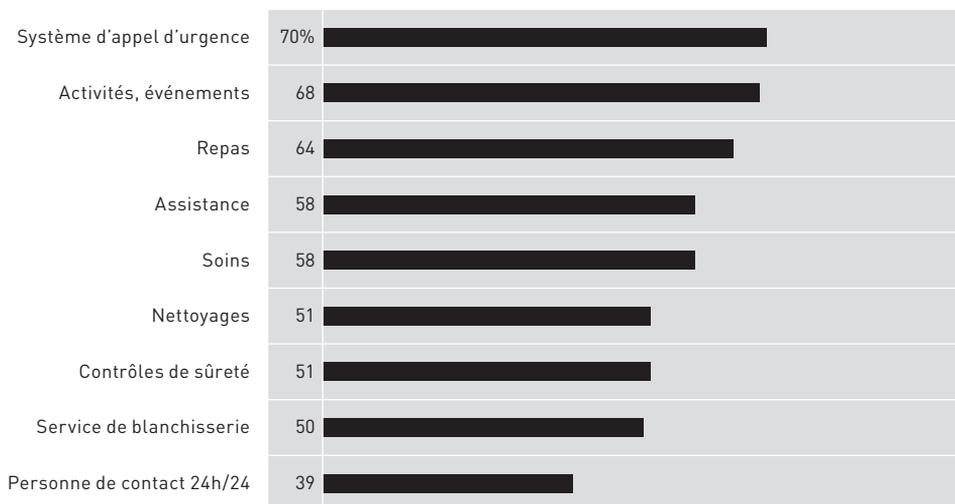


■ Ensemble de la Suisse (données pondérées) | ■ CH alémanique ■ CH romande ■ CH italienne

Personnes vivant à domicile. <sup>a</sup>Services facturés mensuellement ou de manière forfaitaire tels que système d'appel d'urgence, nettoyages, repas, événements, etc. Les différences selon le groupe d'âge sont considérables dans toutes les régions linguistiques ( $p < .01$ ,  $\chi^2$ -Test). Source : Age, 2018.

## Services destinés aux personnes âgées : parts de logements pour personnes âgées comprenant des services spécialisés<sup>a</sup>, 2015

9.6



<sup>a</sup> Offerts ou coordonnés.

Source : Werner 2016 : 17.

Les motifs essentiels d'un transfert (d'une forme de logement encadré à un établissement de soins hospitaliers) sont fréquemment un besoin permanent de soins corporels ainsi qu'un stade avancé de démence (Saup et Eberhard, 2005; Hugentobler et Brzak, 2018). Il peut arriver aussi que des personnes âgées soient empêchées ou dans l'impossibilité de vivre dans un logement encadré parce qu'elles présentent des symptômes de dépression, des troubles cognitifs ou des problèmes de dépendance. Toutefois, pour permettre aux personnes âgées d'habiter dans un logement encadré même en cas de besoin permanent de soins corporels, des réflexions sont menées et davantage d'efforts sont déployés depuis quelques années, par exemple en augmentant le nombre d'appartements médicalisés dans les espaces résidentiels où sont situés les logements encadrés ou en attribuant exclusivement la desserte de logements encadrés à un EMS (Age-Stiftung, 2016). Selon les circonstances, ces solutions permettent également de couvrir les besoins des personnes atteintes de démence (Eberhard et Saup, 2006).

#### **9.4 Les démences : un défi en matière de logement des personnes âgées**

En cas de démence, les soins à domicile et les logements encadrés parviennent vite à leurs limites, dans la mesure où une assistance permanente n'est pas assurée 24h/24.

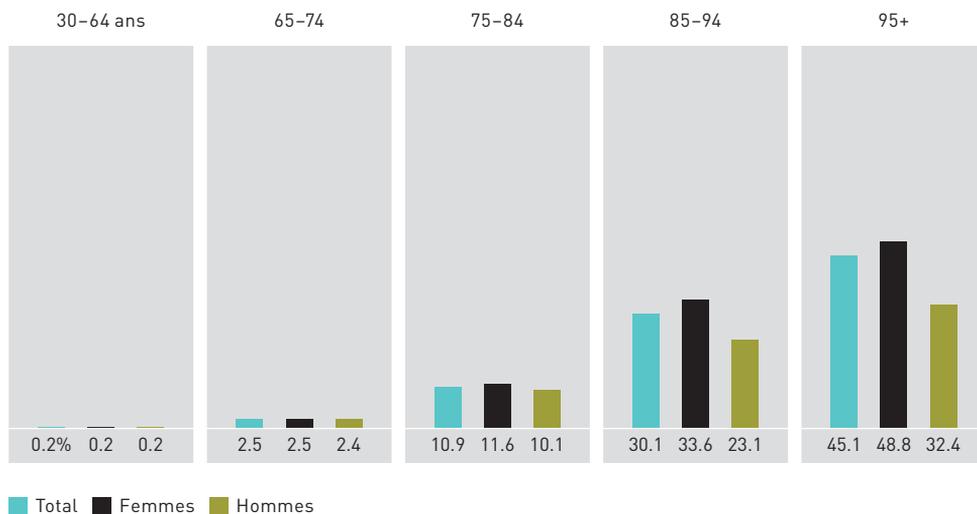
*La démence et ses principales caractéristiques*: Démence est un terme générique s'appliquant à divers troubles cognitifs dont les causes sont différentes et qui se répartissent entre deux catégories principales.

- a) Modifications cérébrales dégénératives, dont l'origine n'a pas encore pu être complètement expliquée. Dans cette catégorie, la forme de démence la plus fréquente est la maladie d'Alzheimer.
- b) Formes de démence d'ordre vasculaire, provoquées par des troubles de l'irrigation sanguine du cerveau ou par une suite d'infarctus cérébraux (infarctus multiples).

Il est possible que plusieurs causes se combinent, ce qui survient fréquemment. En gériatrie, une maladie démentielle est définie par une perte de mémoire assortie d'au moins un autre trouble, par exemple un trouble du langage (aphasie), un trouble moteur (apraxie) ou cognitif (agnosie), ou encore une réduction de la capacité de planification et d'action (troubles des fonctions exécutives; Monsch *et al.*, 2012). Certaines modifications touchant au contrôle émotionnel, au comportement social et à la motivation sont souvent des symptômes

## Prévalence des maladies démentielles : taux de prévalence 2016 selon le groupe d'âge et le sexe

9.7



Source : Alzheimer Suisse, 2017.

accompagnateurs, voire annonceurs, de troubles cognitifs. Entraînant une réduction des activités liées à la vie quotidienne, ces déficits empêchent la personne concernée de mener une existence autonome.

*Prévalence des démences:* Le risque d'être atteint d'une démence est en très forte corrélation avec l'âge. Tandis que des troubles démentiels surviennent rarement chez les personnes de 30 à 64 ans, leur prévalence augmente fortement à partir de 65 ans, et 45% des personnes très âgées – de 95 ans et plus – en sont atteints. Les troubles de cette catégorie touchent davantage les femmes âgées que les hommes âgés; la différence tient principalement au fait que les femmes survivent généralement plus longtemps que les hommes. Si l'on considère les taux d'incidence (risque de démence en fonction de l'âge), les différences entre hommes et femmes sont bien plus minimes (Ziegler et Doblhammer, 2009).

Fig.  
9.7

*Évolution future:* Fortement dépendante de l'âge, la prévalence des démences fait craindre, vu l'évolution démographique, une augmentation massive du nombre de cas et, partant, une multiplication des besoins et une inflation des coûts en matière de soins. L'extrapolation linéaire de la prévalence actuelle est toutefois problématique étant donné les nouvelles tendances qui se font jour.

Ainsi, de récentes études montrent que le risque et la fréquence des démences tendent à baisser dans les nouvelles générations de personnes âgées (Langa *et al.*, 2017 ; Skoog *et al.*, 2017). Deux facteurs peuvent expliquer cette évolution. D'une part, les personnes âgées des « nouvelles générations » jouissent d'une meilleure formation scolaire et professionnelle, ce qui leur permet de constituer pour leurs vieux jours des réserves cognitives qu'elles peuvent encore renforcer par des programmes d'apprentissage et des exercices d'entraînement de la mémoire. D'autre part, les progrès de la médecine (meilleur traitement des problèmes cardiovasculaires et des affections organiques cérébrales, p. ex. AVC) peuvent aider à éviter ou à retarder le développement des démences. Aujourd'hui déjà, un mode de vie basé sur certains comportements appropriés (pas de tabac, activité corporelle intensive, alimentation équilibrée) permet d'éviter 20 à 33% des maladies démentielles, en particulier les formes de démence vasculaire (Beydoun *et al.*, 2014).

Grâce à la meilleure éducation des nouvelles générations et aux progrès de la médecine, le risque de démence dans la vieillesse devrait être sensiblement réduit, du moins dans les pays riches. Néanmoins, on peut se demander dans quelle mesure un risque réduit de syndrome cérébral organique peut être partiellement compensé par une prolongation de l'espérance de vie en état de démence (Prince *et al.*, 2016). Autrement dit, le risque d'être atteint de démence dans sa vieillesse peut certes diminuer fortement dans les années à venir, mais si les personnes âgées souffrant de démence vivent plus longtemps, cette catégorie de personnes augmentera tout de même en nombre, même si ce développement sera moins marqué que ce que laissaient présager des projections démographiques antérieures. Cependant, même en cas d'évolution positive, il faut s'attendre – du moins pour les prochaines décennies – à des chiffres en augmentation, notamment lorsque les générations du baby-boom atteindront l'âge de « tous les dangers ».

*Davantage de personnes atteintes de démence légère ou moyenne :* Étant donné que les futures générations de retraités sont des personnes qui jouissent d'une meilleure formation et d'un vécu d'apprentissage mieux étoffé, elles sont en tout cas mieux à même de compenser durablement les déficits cognitifs d'origine organique qui affectent leur vie quotidienne. Les avancées médicales et pharmacologiques peuvent encore renforcer cette tendance. Il s'ensuit que le nombre des personnes âgées atteintes de démence légère à moyenne augmente davantage que celui des personnes démentes qui sont fortement dépendantes. Il s'ensuit également un accroissement de la demande de logements encadrés permettant aux personnes atteintes de démence de vivre seules plus longtemps dans leur propre logement. Il devient urgent d'adapter les logements sans entrave à la mobilité réduite et les formes de logement encadré aux déficits cognitifs des personnes concernées (Eberhard et Saup, 2006).

*Structures de logement et de soins adaptées aux personnes atteintes de démence* : En cas de démence, les formes de logement encadré atteignent vite leurs limites. En particulier lorsque la démence est très prononcée, il est utile de disposer d'espaces protégés, par exemple d'unités de soins décentralisées ou de petites unités de vie, plus facilement gérables. L'idéal consiste dans des formes de logement adaptées aux personnes atteintes de démence, qui permettent de se concentrer sur des activités quotidiennes, de mobiliser plus facilement les aptitudes qu'elles ont conservées et de préserver un terrain d'échange sur le plan émotionnel. C'est pourquoi, ces dernières décennies, se sont développées des structures de soins et des formes de logement adaptées à la démence qui, d'une part, offrent une prise en charge permanente assurée par des professionnels et, d'autre part, permettent aux personnes démentes une forme de vie communautaire grâce à des formes de logement familiales, procurant sécurité, proximité et intimité (voir à ce propos la contribution d'Avramito et Hugentobler, chapitre 16).

*Nécessité d'assurer une situation résidentielle adéquate* : Lorsqu'il s'agit de prodiguer des soins à des femmes ou des hommes âgés atteints de démence, plus encore que lorsque la dépendance en matière de soins est motivée par des problèmes de motricité, il importe de veiller à des structures optimales établissant le meilleur lien possible entre le logement et les soins. Chez les personnes atteintes de démence, nombre de problèmes de comportement et de troubles émotionnels sont causés par des influences de l'environnement, c'est-à-dire par un milieu qui n'est pas conçu ou aménagé de façon adéquate pour elles. Les formes de logement adaptées à cette catégorie de troubles permettent de mobiliser les ressources et aptitudes dont les personnes atteintes disposent encore, ce qui facilite considérablement leur prise en charge et les soins qui leur sont prodigués (Dietz, 2018 ; Held et Ermini-Fünfschilling, 2006 ; Metzger, 2016).

La diminution des facultés cognitives doit être compensée par un aménagement adéquat de l'environnement immédiat, par exemple par des marques de couleurs claires délimitant les différents secteurs du logement. Il est plus facile de s'orienter dans un espace lorsque ses différents secteurs sont conçus et aménagés de manière claire et confortable. Les personnes atteintes de démence sont davantage incitées à se mouvoir si elles disposent d'espaces ouverts et accessibles (corridors, coin salon), où l'on passe et où il y a quelque chose à voir, plutôt que d'espaces clos ou de recoins, et lorsqu'elles ont le choix de différents endroits où elles peuvent séjourner ou simplement s'asseoir. Leur passivité peut être réduite par des cuisines ouvertes, qui émettent des odeurs et dont les ustensiles sont visibles. Par ailleurs, une structure journalière claire peut également avoir des effets positifs à cet égard (Heeg et Bäuerle, 2012). Les syndromes cérébraux organiques entraînent certes souvent la perte de conscience de sa propre identité ; cependant, étant donné que la mémoire

implicite et émotionnelle fonctionne encore longtemps chez les personnes atteintes de démence sénile, le rappel de choses connues peut être un soutien en leur faisant retrouver une familiarité émotionnelle. Ce qui peut aussi les aider est la possibilité qui leur est donnée d'amener dans le foyer où elles emménagent certaines pièces de leur propre mobilier ou des objets auxquels elles sont attachées. Des témoins du passé ou un ameublement identique à celui de leur ancien logement peuvent leur procurer un sentiment de sécurité affective.

Il est également important que ces personnes disposent d'espaces de mouvement adéquats, car perception (cognition) et mouvement (motricité) sont étroitement liés. Les mouvements consistant à « rôder et trafiquer » à droite et à gauche sont souvent des tentatives de perception sensible de soi-même et de l'environnement et un moyen tactile de rester en contact avec l'entourage. Le mouvement stimule la pensée et réduit le stress, tandis que l'insuffisance d'espace de mouvement favorise l'anxiété et suscite l'agressivité. Il est par conséquent judicieux que les personnes concernées disposent d'assez longs parcours en boucle à l'intérieur, mais également d'espaces de mouvement dans des jardins spécialement aménagés (Föhn et Dietrich, 2013). La part des personnes âgées atteintes de démence sans être affectées de graves handicaps physiques étant en augmentation, les espaces de ce genre prennent de plus en plus d'importance.

## Synthèse

- › Alors que, dans près de 10% des cas, les personnes âgées de 65 à 79 ans souffrent d'un handicap affectant leur existence quotidienne, la proportion est déjà de 40% environ chez les personnes âgées de 80 ans et plus qui vivent à leur domicile.
- › Parmi les situations handicapantes, la réduction de la capacité de marche est très fréquemment mentionnée. Près d'un cinquième des répondants âgés de 80 ans et plus vivant à leur domicile ont de grandes difficultés à se mouvoir hors de leur immeuble.
- › Des différences liées au statut social sont observables dans les trois régions linguistiques, et les personnes âgées peu instruites souffrent plus fréquemment de handicaps dans la vie quotidienne que les personnes du même âge ayant une formation de degré tertiaire.
- › La majorité des personnes âgées vivant à leur domicile et ayant besoin d'aide reçoivent une aide informelle fournie par des membres de leur parenté. La combinaison de prestations informelles et professionnelles, forme d'aide qui vient en deuxième position, voit sa fréquence augmenter au fur et à mesure que s'accroissent les besoins d'assistance et de soins.
- › La multiplicité des offres de services et de soins peut déconcerter les personnes âgées et leurs proches. En Suisse, les personnes âgées qui cherchent à obtenir de l'aide sont souvent confrontées à des problèmes de coordination.
- › À condition de leur fournir un produit facile à utiliser et dont le design soit adéquat, la technologie moderne peut parfaitement répondre aux attentes des seniors en leur offrant des possibilités d'action et de communication même lorsque leur état de santé les prive de certaines capacités fonctionnelles.
- › Les personnes âgées acceptent de mieux en mieux les nouvelles techniques; mais à l'heure actuelle, elles recourent concrètement assez peu aux moyens techniques d'aide aux personnes âgées. Le réseau social est décisif pour leur permettre de faire un usage positif des nouvelles technologies.
- › L'utilisation d'un système d'appel d'urgence installé à domicile n'est le plus souvent envisagée que pour des personnes très âgées et, le cas échéant, à l'apparition de dysfonctionnements affectant la vie quotidienne.
- › Il n'est pas possible pour l'instant de répondre par l'affirmative à la question de savoir si l'utilisation de moyens techniques auxiliaires ou de systèmes d'assistance intégrés permet d'habiter plus longtemps dans son propre logement et d'entrer plus tardivement dans un établissement de soins.

- › Les conceptions de logement encadré ont pris de l'importance ces dernières années. Dans l'idéal, les formes de logement encadré établissent une étroite corrélation entre un logement privé dénué d'obstacles et des prestations d'aide et de services fiables (prestations en matière de conseil, de soins et d'aide aux tâches domestiques).
- › En matière de logements encadrés, l'éventail d'offres concerne essentiellement de petits appartements (de 2,5 à 3,5 pièces), et assez souvent de 1,5 pièce. Pour les logements avec services, il est perçu, dans la majeure partie des cas, un montant forfaitaire à payer en sus du loyer.
- › Les personnes âgées remettent fréquemment le choix d'une forme de logement encadré au moment où elles auront vraiment besoin des prestations offertes, en raison de handicaps fonctionnels. Ce ne sont donc pas les «jeunes retraités» (à partir de 65 ans) qui cherchent des logements avec services, mais essentiellement des personnes d'un âge très avancé.
- › En cas de démence, les soins à domicile et les logements encadrés parviennent vite à leurs limites dans la mesure où une assistance permanente n'est pas assurée 24h/24. Le risque de survenance d'une maladie démentielle est en très forte corrélation avec l'âge.
- › L'extrapolation linéaire de la prévalence actuelle est toutefois problématique étant donné les nouvelles tendances qui se font jour. Ainsi, de récentes études montrent que le risque et la fréquence des démences tendent à baisser dans les nouvelles générations de personnes âgées.
- › Nombre de problèmes de comportement et de troubles émotionnels que présentent les personnes atteintes de démence sont causés par des influences de l'environnement, c'est-à-dire par un milieu qui n'est pas conçu ou aménagé de façon adéquate pour elles. Les formes de logement adéquates permettent aux personnes souffrant de démence de mobiliser les ressources et compétences dont elles disposent encore. Il est également important que ces personnes puissent disposer d'espaces de mouvement adaptés à leurs besoins, car la perception (cognition) et le mouvement (motricité) sont étroitement liés.

# Partie 2

Vulnérabilités,  
vieillesse et  
habitat

Approfondissements  
thématiques



# 10 Habitat et vulnérabilité : réflexions et pistes d'action

Dario Spini et Valérie Hugentobler

Le vieillissement est un processus progressif de fragilisation qui se déroule à différentes vitesses selon les individus (Lalive d'Épinay et Spini, 2008). Ce que l'on appelle la vieillesse est devenu, avec l'accroissement de l'espérance de vie durant ce dernier siècle, une phase très longue de la vie, et un nombre grandissant de nonagénaires et de centenaires, surtout des femmes, vivent aujourd'hui dans nos villages et quartiers, comme le souligne l'enquête Age Report décrite dans les premiers chapitres de ce rapport. Beaucoup de personnes âgées arrivent dans le grand âge en étant remarquablement robustes, mais le vieillissement de la population amène aussi son lot de difficultés : fragilité croissante, dépendance et nécessité de prestations d'aide et de soins, problèmes cognitifs (près de la moitié des personnes sont concernées après 95 ans), entrée en institution d'hébergement (plus du tiers après 95 ans et, pour les femmes, près de la moitié pour cette tranche d'âge) (Höpflinger *et al.*, 2011), veuvage et perte des proches (voir Lalive d'Épinay et Cavalli, 2013).

Face à ces évolutions démographiques saisissantes, les politiques urbanistiques et sociales ont pris du retard sur les politiques sanitaires. Les investissements de l'État afin de développer des soins à domicile et des institutions de prise en charge des personnes les plus fragiles ou dépendantes sont très importants ces dernières décennies – bien qu'inégalement répartis sur l'ensemble du territoire – et pèsent sur les budgets de la santé et du social. D'autres initiatives, à l'instar des projets de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) tels que les Villes amies des aînés ou les Villes-Santé, participent au développement de nouvelles visions des relations entre ville et habitants.

Face aux développements démographiques de ces dernières décennies, il apparaît que ce sont surtout les politiques sanitaires et sociales qui ont reçu des financements publics, notamment dans le développement de structures d'aide et de soins à domicile (avec un développement plus marqué en Suisse romande) et la construction de nouveaux établissements médico-sociaux (EMS). C'est avant tout une réponse à une vieillesse marquée par la dépendance et les besoins en aide et en soins qui a été donnée. Or la population âgée présente une grande diversité et la perte d'autonomie n'est qu'une situation minoritaire de santé. L'habitat et le vivre-ensemble entre générations semble devenir

aujourd'hui un axe central et consensuel en matière de politique vieillesse (Argoud, 2011 ; Membrado et Rouyer, 2013 ; Dreyer, 2017). Il est temps de passer à une réflexion plus globale sur la vulnérabilité des personnes âgées et leur place dans la société ; il s'agit en particulier de mener des réflexions renouvelées sur les lieux de vie des personnes âgées, qui représentent en partie une population vulnérable et hétérogène. C'est à cette réflexion qu'invite l'ensemble de cette quatrième édition de l'Age Report.

Ce chapitre, ainsi que ceux qui suivent, vise à dégager des axes de réflexion et d'interventions interdisciplinaires afin d'innover et d'améliorer la qualité du vivre-ensemble, notamment avec et pour les personnes les plus vulnérables. Afin d'avancer de quelques pas dans cette direction, nous commencerons par présenter les concepts de vulnérabilité et de qualité sociale en complément à ceux de fragilité et d'institutions sanitaires (soins à domicile, EMS), pour répondre aux multiples défis posés par les lieux de vie de la vieillesse (ou « des vieillesse ») et le vivre-ensemble. Enfin, nous esquisserons des réponses à ces défis sur la base des notions de sécurité matérielle et identitaire, d'intégration et d'accessibilité, de cohésion sociale et de lien social, et enfin de capacité d'agir.

## **Les personnes âgées vulnérables et leurs lieux de vie**

La gériatrie a d'abord décrit le processus de vieillissement comme une trajectoire de santé allant de l'indépendance jusqu'à la dépendance aux soins et aboutissant à la mort. Plus récemment, la fragilité, davantage que la dépendance, apparaît mieux définir la longue période de vie qui va de la grande vieillesse au décès (Lalive d'Epinay et Spini, 2008). Ce concept correspond, dans le jargon gérontologique, à une forme de « vulnérabilité » ou à une perte de résilience : les capacités de l'individu à préserver et maintenir un équilibre avec son environnement sont altérées. Ainsi, lorsque des pertes surviennent, le retour au fonctionnement perdu s'avère plus difficile, voire impossible. Il ne s'agit pas d'un manque, d'une déficience ou d'une incapacité, mais plutôt d'un état complexe et multidimensionnel (impliquant des douleurs, des pertes des capacités sensorielles, un manque d'énergie, etc.) qui correspond à une situation où le risque de souffrir d'incapacités et de déficiences est accru. Cette « fragilisation » n'est pas délimitée par une transition d'âge, mais par un état de santé personnelle qui correspond mieux à la réalité de la situation de santé des personnes âgées.

Certes, les situations de dépendance sont nombreuses, notamment par la multiplication des personnes atteignant le grand âge, et la santé reste un élément central pour bien vivre ces dernières phases de la vie. Cependant, comprendre les relations entre la personne vieillissante et son lieu de vie nécessite

une approche plus multidimensionnelle (sécurité matérielle, santé, relations sociales, etc.) du vieillissement, qui va au-delà des notions gériatriques de dépendance ou de fragilité. C'est pourquoi décrire la vieillesse par ces concepts est insuffisant et que nous proposons le concept de vulnérabilité ici pour décrire de manière plus complexe l'expérience des personnes vieillissantes. Il faudrait d'ailleurs mieux parler de vulnérabilité accrue, car fondamentalement, tout être humain est vulnérable. C'est d'ailleurs là un des avantages de cette notion : elle concerne tout le monde et toute réponse culturelle à la vulnérabilité est une amélioration globale de la vie en société.

La vulnérabilité a été définie, dans une perspective de parcours de vie, comme un manque de ressources qui, dans des contextes spécifiques, met les individus ou les groupes dans une situation de risque majeur de subir des torts dans différents domaines de vie et qui se déroule en trois étapes : (1) l'expérience des conséquences négatives du stress ; (2) suivie par une incapacité à faire face efficacement aux facteurs de stress tels que les événements de vie critiques ; et (3) une incapacité à se remettre des événements critiques ou à profiter des opportunités dans un délai donné (Spini *et al.*, 2017). Cette définition, dans le cadre de l'habitat, s'avère surtout utile par rapport à la prévention et à l'accessibilité, en limitant les risques et les conséquences d'événements négatifs tels que la chute, la perte d'un proche, la solitude ou le sentiment d'inutilité (« d'avoir fait son temps ») ou d'insécurité, les limites de la mobilité ou de certains sens (ouïe, vue), le rétrécissement des activités ou du rayon d'action avec toutes ses conséquences pratiques et sociales. La question de l'environnement social et des inégalités qui se répercutent sur les logements et la qualité de vie est également à prendre en considération ici, car le stress n'est pas compris uniquement comme un phénomène psychologique, mais bien comme un déséquilibre qui résulte de la rencontre d'individus avec des environnements engendrant plus ou moins de pression sur le fonctionnement habituel ou quotidien. On le voit, la question de la vulnérabilité ne manque pas d'enjeux !

Afin de prendre en compte la vulnérabilité accrue des personnes vieillissantes, les politiques de l'habitat et de l'organisation de l'espace public sont primordiales. Cependant, une réflexion purement architecturale ou d'infrastructures nous paraît également insuffisante pour répondre à la vulnérabilité dans ses multiples dimensions, matérielle, sociale, culturelle et sanitaire. Il faut par conséquent réfléchir aux lieux de vie de manière multidimensionnelle et interdisciplinaire, mais également à différentes échelles (chambre, logement, quartier, région), car la qualité de l'habitat ne se mesure pas uniquement au logement, mais bien à l'environnement construit, institutionnel et humain autour de l'habitant. Afin d'aborder cette complexité des contextes, nous proposons de nous arrêter sur les travaux concernant la qualité sociale qui sont issus d'une réflexion européenne sur la qualité de l'environnement qui vise

à permettre aux individus d'avoir une vie quotidienne acceptable selon des standards économiques et sociaux (van der Maesen et Walker, 2005).

Le modèle de la qualité sociale distingue quatre conditions de base, les deux premières davantage au niveau institutionnel et macro-économique, les deux suivantes plus au niveau des individus et des communautés: (1) la sécurité socio-économique (salaire ou sécurité sociale suffisante, soins, logement, nourriture, etc.); (2) la cohésion sociale (les pratiques, les valeurs et normes partagées par une communauté, les solidarités intra- et intergénérationnelles, tout ce qui fait la « colle » d'une vie sociale); (3) l'inclusion sociale (droit et participation à la vie sociale et politique, accessibilité à l'emploi, à des prestations publiques, aux transports, etc.); (4) la capacité d'agir ou « empowerment » (favoriser la capacité des individus de contrôler leur vie et de profiter des opportunités, d'exercer et de partager leurs compétences, savoirs et expériences).

Ces quatre conditions de la qualité sociale sont également pertinentes pour l'environnement et l'habitat des aînés dans leur communauté. L'habitat propose-t-il des aménagements limitant les risques de chute? Permet-il d'être en sécurité? Des possibilités de s'approvisionner sont-elles présentes dans le voisinage et faciles d'accès? Peut-on sortir de chez soi, se promener dans le voisinage et y tisser des relations sociales? Les transports sont-ils assez fréquents et accessibles pour se rendre chez le médecin, voir ses amis ou sa famille, etc.? Peut-on favoriser, grâce à une politique d'habitation et d'espaces collectifs ou publics pensés en termes de diversité, les rencontres, les activités, les aides entre voisins, entre personnes de même âge ou d'âges différents? La conception du logement peut-elle favoriser la capacité d'agir des personnes âgées en leur fournissant des moyens techniques et humains qui leur permettent d'exercer eux-mêmes leurs compétences aussi longtemps que possible? On le voit, une réflexion sur la qualité sociale associée à une compréhension approfondie des vulnérabilités liées au vieillissement soulève des questions qui vont bien au-delà des questions de santé et de compensation des pertes fonctionnelles, et nous amène à repenser globalement la vie en société et les réponses à donner à la vulnérabilité, qu'elle soit d'ailleurs liée au vieillissement ou à d'autres facteurs qui potentiellement nous concernent tous.

## Les quatre axes de la vulnérabilité

À partir de ces quatre conditions de base de la qualité sociale, des axes de réflexion et d'action peuvent être développés concernant les liens entre vulnérabilité et habitat. Dans la suite de ce chapitre, nous développons quelques liens entre les thèmes abordés ci-dessus et les chapitres qui suivent.

Tout d'abord concernant *la sécurité socio-économique*, il est évident que l'habitation doit répondre aux besoins d'espace et de confort adaptés aux

habitudes et besoins de la personne très âgée. Ces fonctions sont plus ou moins remplies notamment en fonction d'inégalités de naissance ou liées aux parcours de vie des individus, notamment migratoires, comme le soulignent Bolzman et Bridji (chapitre 14). Plus fondamentalement, le logement est une source de sécurité ontologique (Caradec, 2010; Nowik et Thalineau, 2014), c'est-à-dire relative à la confiance que la plupart des individus ont dans la continuité de leur identité et de la constance de leur environnement social et matériel. Par ce concept, Giddens (1991) souligne que le fait de pouvoir compter sur une certaine stabilité des personnes et des choses est essentiel à la sécurité ontologique.

Il ne fait aucun doute que le logement participe fortement et de différentes façons à ce sentiment de sécurité (Dupuis et Thorns, 1998): le logement est un lieu de constance dans l'environnement matériel et social; le logement est un contexte spatial dans lequel les routines quotidiennes de l'existence sont exercées (Masotti, chapitre 13); le logement est un site dans lequel les personnes se sentent libres de la surveillance sociale; enfin, le logement est une base sûre sur laquelle on peut fonder son identité (Matter, chapitre 11; Afzali, chapitre 18). Des recherches montrent par exemple que le fait d'être propriétaire plutôt que locataire a des effets positifs – sentiment de sécurité et de contrôle, statut social –, ou que les parcours de logement au cours de la vie ont des incidences insoupçonnées sur la santé psychique à l'âge avancé, qui sont évidemment liées à des questions d'argent et de statut social (Vanhoutte, Warhendorf et Nazroo, 2017). Il n'y a qu'à penser aux difficultés d'adaptation et à la crainte de se retrouver en EMS (Mallon, 2005), mais aussi aux réflexions architecturales pour rendre ces lieux de fin de vie à la fois fonctionnels et conviviaux, comme le développe Bruno Marchand dans une perspective de domesticité (chapitre 17). Le logement est par conséquent, au-delà des aspects matériels, une source et un lieu d'exercice de l'identité des individus et, lorsqu'on l'occupe depuis de nombreuses années – ce qui est le cas de la grande majorité des personnes âgées, comme nous l'avons vu dans la première partie de ce livre – l'ancrage social du quotidien, mais aussi des souvenirs, comme l'illustre Christiane Matter (chapitre 11). Dans leur contribution, Soom Ammann, Salis Gross et Rauber (chapitre 19) reviennent également sur la condition des plus fragiles, les mourants, évoquant l'EMS comme un lieu de vie et de fin de vie, mais aussi comme un espace social et professionnel. Les auteurs interrogent les conceptions de la qualité de la fin de vie.

*L'axe de la cohésion sociale* est fortement lié à la vie sociale des personnes âgées et vulnérables et aux rapports à l'intérieur des groupes (famille, commune, génération) et entre groupes (générations, sexes, origines ethniques, croyances religieuses, etc.). Si les personnes dites du « troisième âge », souvent en bonne santé et actives, trouvent maintes opportunités de rencontres et d'activités, notamment à travers la garde des petits-enfants, les loisirs et d'autres

types d'activités lucratives ou bénévoles, le positionnement des personnes dans le grand âge est plus fragile. Tout d'abord, leurs contemporains se font rares et ceci, associé à leur vulnérabilité et à leur grand âge, a tendance à les couper des relations avec leurs groupes et leur entourage. La question de la cohésion sociale relève avant tout des relations qu'entretiennent les différents groupes ou catégories sociales au sein d'une communauté. Les personnes très âgées ayant le plus souvent vécu des décennies dans leur habitation et leur quartier, elles ont également observé et vécu les changements de l'environnement construit (nouvelles constructions, démolitions, densification, changements d'affectation, villages dorts, etc.) et de la composition de la population de leur immeuble, quartier, village ou ville (gentrification, diversité, nouvelles familles, etc.). Ces changements ne sont pas toujours faciles à accepter ou à assimiler pour les personnes vieillissantes, car il y a un risque de se sentir de plus en plus étranger à un monde qui change (Matter, chapitre 11). La question essentielle ici consiste à chercher des moyens de maintenir le lien social entre générations et avec différents groupes de la population. Une solution est de permettre aux individus de favoriser au cours de leur vie des identités multiples et la participation à différents groupes, mais cela n'est pas toujours évident dans une société qui valorise l'individu et l'intimité. Des initiatives comme les conciergeries sociales (Masotti, chapitre 13), les logements alternatifs, tels que les logements encadrés ou les colocations (Avramito et Hugentobler, chapitre 16), ou d'autres projets de ce type permettent de développer concrètement des actions visant à créer du lien social avec les personnes les plus vulnérables. Mais pour cela, il faut imaginer des solutions communautaires (voir p.ex. les quartiers solidaires; Zwygart, Plattet et Spini, 2018) et des aménagements urbains et architecturaux (locaux ouverts dans les quartiers, salles communes dans les immeubles, parcs, bancs, etc.) qui permettent des rencontres et des activités communes.

La question de *l'inclusion sociale des personnes vulnérables* est essentiellement liée à celle de l'accessibilité des lieux (logement et espaces publics), des institutions et associations, des activités et des relations qui se déroulent dans l'environnement proche de la personne vulnérable. En effet, les personnes vulnérables ont généralement une motilité réduite, que ce soit pour des raisons financières, de santé ou d'isolement. Nous avons vu dans la première partie de ce livre que les personnes âgées ont passé une très grande partie de leur vie dans leur quartier, voire dans leur dernière habitation. L'environnement proche est ainsi l'environnement de base dans lequel les ressources doivent se trouver autant que possible. Cependant, comme le développe Ricarda Ettlin de manière très complète (chapitre 15), l'accès à l'information, l'organisation et la coordination des services et des soins, tout comme le financement des prestations, représentent un défi de taille. Les échanges d'aide et affectifs tendent, avec le grand âge, à se renverser et à se focaliser sur les soins à « donner ». C'est

d'abord à la famille, et plus souvent aux filles, et finalement aux institutions (soins à domicile, EMS, structures intermédiaires, etc.) d'agir de manière souvent complémentaire, comme souligné dans différents chapitres de cette deuxième partie (chapitres 12, 13 et 16). Mais, comme nous l'avons mentionné plus haut, les familles et les institutions sanitaires ou sociales ne sont pas suffisantes face au développement démographique et sans doute pas seules à devoir ou pouvoir assumer la responsabilité d'intégrer les personnes très âgées et vulnérables. Les communes, les services urbanistiques, les communautés d'habitation et le développement des nouvelles technologies offrent de multiples possibilités de développement de nouvelles structures, activités ou organisations sociales locales qui peuvent bénéficier à l'entier de la population et notamment aux personnes les plus vulnérables.

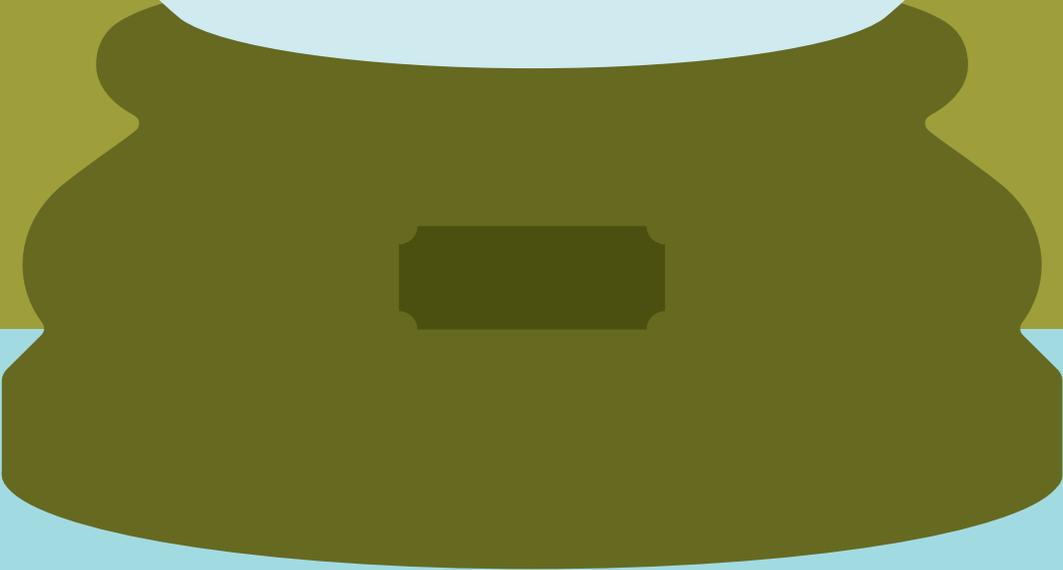
Enfin, le quatrième axe vise à favoriser *la capacité d'agir des individus*, c'est-à-dire la capacité de contrôler leur vie, de profiter des opportunités, d'exercer et de partager leurs compétences, savoirs et expériences. Cet axe est évidemment fortement lié à celui de l'intégration sociale, mais être en relation avec une personne très âgée ou penser son logement se fait souvent dans une relation asymétrique due à la vulnérabilité de la personne concernée ou aux limites de ressources à disposition (de temps notamment) de ceux et celles qui interagissent avec elle. Le logement peut devenir, comme l'illustre Barbara Masotti (chapitre 13), un lieu dans lequel la personne âgée perd de son pouvoir, jusque dans son intimité lorsqu'on déplace ou jette des objets ou quand l'architecte décide seul du papier peint d'une chambre ou de la peinture d'un couloir, alors que la consultation des résidents d'un EMS et des professionnels qui y travaillent pourrait très bien être organisée. Le rayon d'action de la personne qui se vulnérabilise a tendance à se restreindre et les différents environnements que nous habitons peuvent se réduire à une chambre ou un lit en fin de vie. Trop souvent, les institutions et les professionnels tendent à faire à la place de la personne lorsque sa capacité d'action se restreint. Cette tendance naturelle à vouloir, de manière bienveillante, se substituer à la personne vulnérable pour l'«aider» nécessite une réflexion constante et des pratiques à renouveler afin d'assurer la participation des personnes vulnérables à la définition de leur environnement et de leur laisser la capacité de décider un maximum de choses qui les concernent individuellement ou collectivement. L'environnement doit à la fois faciliter et rester l'occasion d'exercer ses compétences et son pouvoir, quel que soit le niveau de vulnérabilité de la personne âgée.

## Conclusion

Ce chapitre introductif a développé, sur la base du modèle de qualité sociale et du concept de vulnérabilité, quatre axes de réflexion et d'action – *la sécurité*,

*l'intégration, la cohésion et la capacité d'agir* –, afin de penser et construire des logements et des environnements sociaux bénéfiques aux personnes les plus âgées. Les réponses en termes de logements assurant la sécurité matérielle et identitaire accessibles, conviviaux, intégrés dans la communauté et participatifs sont des enjeux qui sont loin d'être accomplis, mais sont la source de potentielles innovations tant dans ce qui est construit que dans la manière dont nous l'habitons et l'utilisons. Les chapitres qui suivent permettent d'enrichir et d'approfondir certaines pistes esquissées ici.





# 11 Le chez-soi et l'importance du passé : les rapports sociaux dans la vieillesse

Christine Matter

Le vieillissement implique de multiples défis. Si l'on se réfère aux médias ou aux publications scientifiques, il est frappant de constater qu'un thème revient sans cesse : celui de la solitude croissante des aînés. Il s'agit en l'occurrence d'une autre réalité que de vivre seul en étant âgé, par exemple dans une maison individuelle, fait devenu fréquent aujourd'hui en raison de l'évolution démographique. Cela ne se réduit pas non plus à la solitude physique, c'est-à-dire avec le temps que la personne passe toute seule (Tesch-Römer, 2010 : 209). Le terme *sentiment de solitude* ainsi que le terme *isolement*, qui désigne le manque, voire l'absence, de véritables rapports sociaux, traduisent plutôt un état émotionnel, c'est-à-dire le sentiment subjectif d'être abandonné, le fait d'expérimenter des sentiments négatifs et de vivre finalement une existence douloureuse. Du point de vue empirique, la situation, telle qu'elle ressort des données à disposition, n'est toutefois pas claire quant à la question de savoir si la solitude augmente avec l'âge (Victor *et al.*, 2000 ; voir aussi Wethington et Pillemer, 2014). Selon l'enquête allemande Deutsche Alterssurvey (Tesch-Römer et Wurm, 2006), le vieillissement n'induit pas une forte augmentation du sentiment de solitude. D'autres études provenant des Pays-Bas aboutissent à des conclusions analogues (Dykstra, 2009). Mais quelle est la situation en Suisse ? Y constate-t-on une corrélation entre le vieillissement et la solitude ? Une étude quantitative effectuée dans le nord-ouest de la Suisse (*Alters-Survey 2017 – Soziale Beziehungen im Alter*) ne met en évidence aucun lien significatif entre vieillissement et sentiment de solitude (Schicka et Uggowitzer, 2017 : 13, voir à ce propos le chapitre 3.3 dans le présent ouvrage).

Le thème de la solitude a été abordé dans deux projets de recherche menés entre 2015 et 2017 par la Haute école spécialisée du nord-ouest de la Suisse (FHNW) dans le cadre de son initiative stratégique « Alternde Gesellschaft »<sup>1</sup>. Le point de départ en était la vie et le vieillissement dans les quartiers de

1 En coopération avec : Institut Architektur (Hochschule für Architektur, Bau und Geomatik) et Institut Integration und Partizipation (Hochschule für Soziale Arbeit), FHNW.

maisons familiales individuelles, avec comme question centrale la manière dont s’y organise la vie des personnes âgées, notamment quant à l’environnement et aux rapports sociaux : les possibilités de contacts sociaux y sont-elles suffisantes ou la vie des résidents âgés et très âgés est-elle dominée par des sentiments de solitude ? En toile de fond de ce questionnement, on trouve une discussion menée dans des cercles d’architectes et d’urbanistes, notamment en Allemagne, sur les processus d’exclusion dans les quartiers de maisons individuelles, en particulier dans les zones structurellement lacunaires (Zakrzewski, 2011), discussion à laquelle on peut rattacher la question d’une éventuelle situation similaire en Suisse.

Vu le faible nombre de cas qu’elle prend en compte, l’étude de type exploratoire effectuée dans le nord-ouest de la Suisse ne saurait prétendre être représentative. Basée sur 26 entretiens structurés (individuels ou en couple), qui ont été analysés selon les méthodes de la recherche sociologique qualitative, elle visait à cerner le mieux possible la situation des personnes âgées et très âgées qui vivent encore dans leur maison individuelle, quant à leurs perceptions, représentations et perspectives. Quinze hommes et 24 femmes âgés de 63 à 95 ans ont participé aux entretiens. La majorité de ces personnes vivent seules, et quelques-unes vivent à deux dans leur logement. Tandis que la plupart des femmes ont abandonné leur activité professionnelle dans leurs années de jeunesse pour s’occuper de leur famille, les hommes ont été pleinement actifs sur le plan professionnel jusqu’à l’âge de la retraite. Ces entretiens vont à l’encontre de l’idée que la vieillesse est associée à un sentiment de solitude et ils mettent en évidence des références particulières, fondatrices de l’identité, essentiellement liées à la notion de *Heimat*, que nous traduisons ici par *chez soi*. Ce terme allemand, difficile à traduire directement en français, ne signifie pas seulement la patrie, le pays dans lequel on est né et on a grandi. Il est également utilisé pour exprimer un attachement émotionnel à une région particulière ou à l’endroit où l’on se sent chez soi. Il peut aussi désigner le sentiment d’appartenance à une communauté ou à un quartier.

## **La solitude dans les quartiers de maisons familiales individuelles : un défi ?**

Depuis les années 1950 en Suisse, de nombreuses personnes ont pu réaliser leur rêve d’accéder à la propriété et de posséder leur propre maison (cf. Menzl, 2017). Aujourd’hui, après plusieurs décennies durant lesquelles ces maisons, tout comme leurs habitants, ont vieilli, la littérature spécialisée y voit un phénomène particulier, dans lequel elle décèle de fréquents problèmes : la population très âgée s’homogénéise, la substance bâtie se désagrège, l’infrastructure n’est pas rénovée et les objets perdent leur valeur (voir Krause, 2014). De plus, suite

au départ des enfants et au décès du (ou de la) partenaire, le risque d'isolement va croissant dans ce type de quartiers.

Contrairement à ce que l'on pourrait conclure des débats médiatiques, les entretiens réalisés avec les résidents de quartiers de maisons individuelles ne font ressortir – à une exception près – aucun sentiment particulier de solitude. Il en va de même pour les personnes qui, de fait, sont souvent seules parce qu'elles ne quittent presque plus leur domicile en raison d'une fragilité physique et de la vulnérabilité qui en découle. Les contacts sociaux, entretenus parce que jugés importants, se limitent en général aux membres de la famille nucléaire, aux enfants et à la parenté proche. Chez les personnes très âgées, ce sont ces rapports familiaux qui assurent l'intégration sociale. Et ce sont surtout les enfants qui soutiennent leurs parents âgés dans les activités pratiques de la vie quotidienne, par exemple pour faire les courses ou aller chez le médecin. Dans le champ investigué, les voisins jouent un rôle secondaire. Les rapports avec eux sont, dans la plupart des cas cordiaux, mais assez distants, et ces derniers ne sont pas – ou que très peu – sollicités dans la vie de tous les jours (concernant le voisinage, voir aussi Reutlinger, 2017). Le matériel recueilli ne fournit pas non plus d'indications qui confirmeraient le souhait ou le besoin – évoqué dans la littérature spécialisée – de mesures d'intervention visant à prévenir la solitude des personnes très âgées, et qui se rapportent généralement à des personnes se trouvant dans des établissements médico-sociaux (Görizt et Hanisch-Berndt, 2005). Il est à noter toutefois qu'une catégorie de personnes âgées particulièrement exposée aux effets négatifs du vieillissement, à savoir celles ne disposant que d'un très faible revenu, n'est pas représentée dans l'échantillon de l'étude (voir aussi Pilgram et Seifert, 2009).

## Potentialité des liens sociaux dans le grand âge

La qualité de vie des personnes âgées vivant dans une maison familiale individuelle dépend de différents facteurs. Aujourd'hui plus que par le passé, une attention est portée à certains éléments contextuels déterminants pour le bien-être physique. En Suisse, des mesures d'ordre architectural sont inscrites dans la loi sur l'égalité pour les handicapés en vue de construire de manière à éliminer le plus possible les obstacles à la mobilité. Certaines innovations techniques permettant de réduire les problèmes de la vie quotidienne à domicile sont appliquées pour faciliter l'existence des personnes âgées, leur éviter de se blesser, notamment en tombant ; les chutes s'avérant souvent handicapantes pour elles. Cependant, nous n'en savons encore que très peu quant aux facteurs déterminants – quoique difficilement quantifiables – d'une vieillesse « heureuse ». Les études relatives aux personnes âgées vivant dans des quartiers résidentiels constitués de maisons individuelles se sont intéressées essentiel-

lement à l'aménagement spatial, à l'accessibilité et aux questions de mobilité (Aring, 2012), mais les aspects impliquant davantage le vécu émotionnel n'y ont été traités que de façon marginale.

En revanche, le projet de recherche précédemment cité a fait place à ces aspects négligés de la question en les rassemblant notamment autour des notions de chez-soi (dans le sens du «Heimat») et d'identité. Cette notion de chez-soi et surtout celle d'identité sont des concepts traités dans les sciences sociales et qui, du point de vue théorique, ont aussi donné lieu à de larges débats (p.ex. Mitzscherlich, 2013). À défaut de pouvoir entrer ici dans les détails, un aperçu de ces concepts et du rôle qu'ils jouent pour les résidents des quartiers a été tiré du matériel empirique à disposition et sont présentés ci-après.

Prenons par exemple le quartier de Hinterzweien, à Muttenz, dans le canton de Bâle-Campagne. Dans ce quartier mixte du point de vue socio-structurel, se déroule depuis une dizaine d'années un processus de mutation qui se traduit par un afflux de jeunes, notamment de jeunes familles. C'est la raison pour laquelle Hinterzweien n'est pas considéré comme un quartier particulièrement confronté au vieillissement de la population. Pourtant, ce quartier héberge aussi de nombreuses personnes âgées, dont certaines résident dans leur maison familiale depuis des décennies. Alors que certains de ces aînés sont encore très mobiles et utilisent les transports publics ou leur véhicule privé, d'autres sont plus restreints dans leur liberté de mouvement. Leur rayon de déplacement peut se limiter dans certains cas à leur maison et, dans d'autres, à leur jardin. Malgré ces limitations, les personnes interviewées dans ce quartier n'ont fait état d'aucun sentiment de solitude. La proximité de la ville de Bâle peut jouer un certain rôle dans l'ambiance du quartier. Certes, on ne s'y rend plus très souvent, mais elle est fréquemment évoquée dans les conversations, comme un point de référence important. Un autre point de référence proche est le centre du vieux Muttenz, un bourg dont la préservation architecturale exemplaire a valu à la commune le fameux Prix Wakker en 1983.

Quelles sont les raisons pour lesquelles la majorité des personnes interviewées ont déclaré se trouver bien dans leur maison individuelle et dans le quartier ? Trois éléments jouent ici un rôle déterminant : les relations avec d'autres personnes, les souvenirs d'antan et la stabilité de la situation en matière de logement et de conditions de vie.

Toutes les personnes interviewées attachent une grande importance à un échange régulier sous la forme de rapports directs, face à face, avec d'autres personnes. À cet égard, le quartier ne joue cependant qu'un rôle secondaire. D'un point de vue spatial, c'est l'environnement immédiat qui importe au premier chef, c'est-à-dire les personnes qui habitent dans la même rue ou dans une rue avoisinante. De par sa population et son étendue géographique, le quartier de Hinterzweien, également identifié comme tel par l'administration communale, est dans son ensemble trop grand pour revêtir un intérêt signi-

ficatif sur le plan des rapports sociaux. Par ailleurs, s'il est question dans ce contexte de relations avec d'autres personnes, il faut entendre essentiellement les rapports familiaux. Comme déjà mentionné, les contacts avec le voisinage jouent un rôle secondaire par rapport aux rapports familiaux. Si l'on entretient généralement avec ses voisins des rapports courtois, ce sont les membres de la famille – pour autant qu'ils habitent dans les environs – qui assument le rôle essentiel de soutien dans la vie de tous les jours (achats, transports, etc.). Les habitants âgés du quartier de Hinterzweien qui ont été interviewés perçoivent pourtant positivement le fait que, ces dix dernières années, de jeunes familles s'y soient installées et que leurs enfants animent le voisinage.

L'importance des souvenirs d'antan est également fréquemment évoquée. Le passé est un sujet de conversation récurrent, les résidents faisant part de la manière dont ils ont perçu les changements survenus dans le quartier, notamment en ce qui concerne la conception des espaces. Les personnes les mieux à même de donner des informations pertinentes et détaillées au sujet de ces mutations sont surtout celles établies depuis très longtemps – parfois 50 ou 60 ans – à Hinterzweien ou à Muttenz, et celles qui y ont passé toute leur vie. Les transformations qu'elles évoquent ont trait aux bâtiments qui se trouvaient là, mais qui ont aujourd'hui disparu, ou par exemple à des arbres particulièrement remarquables qui ont été abattus pour faire place à des projets de construction. Beaucoup de leurs souvenirs et de leurs évocations du passé reflètent la mutation depuis la fin de la Deuxième Guerre Mondiale de Muttenz d'une commune rurale en une commune urbaine. Les fermes et les jardins ont dû céder la place à des quartiers de maisons familiales. Là où se trouvaient jadis des espaces « vides » ou de vertes prairies sont apparues des routes, des allées et des constructions. Un grand nombre de nouveaux résidents se sont installés et, aux yeux des personnes interviewées, les relations interpersonnelles sont devenues beaucoup plus anonymes. Auparavant, les gens étaient plus proches les uns des autres, ils se connaissaient mieux et les liens de voisinage étaient plus étroits. Cependant, malgré ces observations, la plupart des personnes interviewées ne formulent aucun regret et n'expriment pas d'appréciation négative quant à la situation actuelle. Le matériel récolté met en évidence le fait que l'identification des résidents avec leur environnement a suivi un processus de longue durée et que les mutations spatiales et temporelles jouent un rôle déterminant en ce sens qu'elles peuvent également préserver les résidents d'un sentiment de désorientation.

En conséquence, quitter sa maison, et surtout quitter Muttenz, n'est pas une option envisageable pour la plupart des personnes interviewées. De leur point de vue, cela tient notamment à la stabilité de la situation en matière de logement et de conditions de vie au quotidien. Leurs journées apparaissent structurées et très routinières, ce à quoi contribuent les prestations de soutien fournies régulièrement par des membres de la famille et qui font partie inté-

grante de la vie de tous les jours. Ainsi, par exemple, une personne interviewée, très âgée, passe un jour par semaine dans la famille de son fils. Une femme, également très âgée, reçoit plusieurs fois par semaine, le soir, la visite de son fils. Les personnes interviewées qui sont encore en mesure d'accomplir un travail physique font régulièrement du jardinage. Somme toute, dans la vie de beaucoup de personnes interviewées, la maison et le jardin représentent deux facteurs essentiels de stabilité.

## Le chez-soi, l'identité et la signification du passé

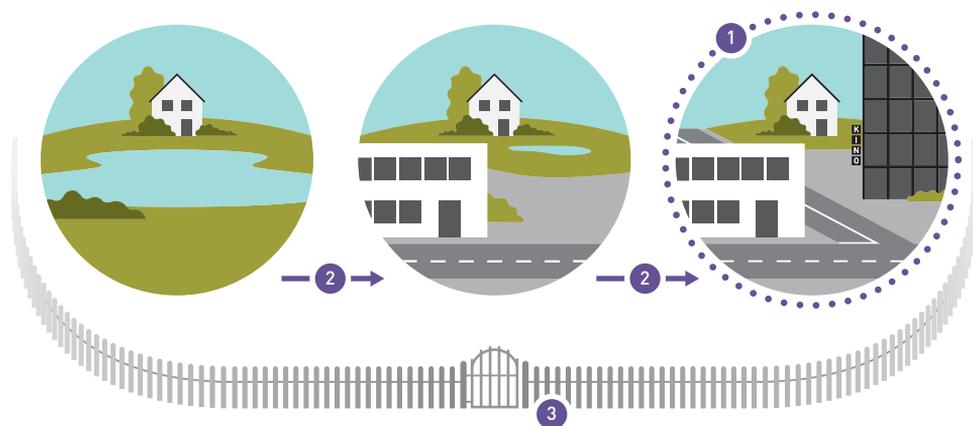
Peut-on également comprendre les repères sociaux et les souvenirs d'antan sur la toile de fond d'un plus vaste sentiment d'appartenance et d'attachement à un lieu donné, voire à certaines représentations du chez-soi, dans le sens de

Fig.  
11.1

«Heimat»? Pour répondre à cette question, les entretiens avec les résidents du quartier ont aussi été l'occasion d'aborder les thèmes du chez-soi et de l'identité. D'une manière générale, on peut constater que le terme de chez-soi n'est pas naturellement utilisé par les personnes interviewées. Néanmoins, presque toutes sont en mesure d'amorcer des réponses aux questions posées à ce sujet. Les références que fait ressortir le terme de chez-soi vont de la Suisse – en tant que pays dont on est ressortissant – jusqu'au microcosme de la vie quotidienne identifié au chez-soi. À partir du matériel d'interview, on a pu reconstruire grosso modo trois types de chez-soi avec les identifications se fondant sur eux : le chez-soi entendu comme étant *l'ordinaire*, comme étant *l'acquis* et comme étant *l'extraordinaire*.

Lorsque les personnes interviewées mettent la notion de chez-soi en rapport avec l'ordinaire, elles veulent parler de la vie quotidienne en relevant l'aspect positif : tout va bien – du moins la plupart du temps – dans la vie de tous les jours (appréciation qui se rapporte dans une large mesure à l'organisation de l'aide et du soutien); on «se sent bien», on est en quelque sorte «arrivé» à son but et l'on ne veut rien y changer ni, d'ailleurs, déménager, quand bien même il existerait, notamment du point de vue de la liberté de mouvement, des solutions plus adaptées que celle de vivre dans sa maison individuelle à Hinterzweien.

Alors que la notion de chez-soi comme relevant de l'ordinaire, solide mais non spectaculaire, se réfère à la situation présente, en quelque sorte à la vie quotidienne dans son *organisation* actuelle, le type de chez-soi comme un acquis se caractérise par une dimension temporelle. Dans la représentation de l'acquis (ou de l'advenu), l'évolution joue un rôle important. Il ne s'agit pas seulement des changements qui nous sont arrivés, mais de ceux auxquels on a participé ou dont on a été partie prenante. Avoir vécu ensemble des mutations et les évoquer en racontant ses souvenirs fait ressurgir certaines perceptions et



- 1) Le chez-soi entendu comme étant « l'ordinaire », se référant à la situation présente.
- 2) Le chez-soi entendu comme étant « l'acquis », résultat de mutations qui ont été vécues.
- 3) Le chez-soi entendu comme étant « l'extraordinaire », caractérisé par l'aspect de l'origine (en tant que critère de démarcation).

Source : représentation propre.

procure un sentiment d'être à la maison ou dans ses pénates, d'être en somme dans son chez-soi. En exagérant à peine, on pourrait désigner cela comme une participation à la communauté comme gardien de la mémoire collective. Il est essentiel que la notion de chez-soi soit ici associée à l'idée d'ouverture. Chacun peut avoir part à ce chez-soi, à condition d'avoir vécu suffisamment de temps au sein de la « communauté » et d'avoir acquis la compétence de narrer le passé dont résulte la vie présente.

Le troisième type de chez-soi, entendu comme l'extraordinaire, se distingue à son tour des deux autres types en ce sens qu'il peut être caractérisé, d'une part, par l'aspect de l'origine et, d'autre part, par celui du travail. La notion de chez-soi est ici considérée comme quelque chose qui distingue quelqu'un, qui le singularise. Le chez-soi n'a en l'occurrence rien de l'ordinaire qui serait pour ainsi dire accessible à tout un chacun. Les personnes interviewées établies de longue date décrivent leur sentiment d'appartenance (« Heimatgefühl ») comme quelque chose de donné et qui va de soi, qui les démarque de ceux qui y sont étrangers. Une personne qui n'est pas originaire de Muttenz reste étrangère. Cependant, les résidents interviewés relient aussi la notion de chez-soi entendue comme quelque chose d'extraordinaire à la notion de « travail ». Le chez-soi est en l'occurrence un « cadeau » particulier que l'on a reçu (p. ex. du fait que l'on est né à tel endroit). Certes, on n'y est pour rien,

mais on doit d'autant plus l'apprécier et en prendre soin. L'idée de l'origine est ici associée à l'idée d'entretenir une relation spéciale avec un lieu donné, à l'idée d'un « savoir » particulier dont on dispose du fait de son origine. On est en quelque sorte « initié » et, dans ce cas, les « nouveaux venus » n'ont guère de chances de s'imposer. Pour pouvoir sauvegarder cette connaissance et la relation spéciale qu'on entretient avec le lieu en question, on doit s'investir et travailler à la sauvegarde du chez-soi. Ainsi nimbé de l'aura de l'extraordinaire, le sentiment de chez-soi exerce un effet stabilisateur sur la situation actuelle en matière de logement et de conditions de vie.

## Perspectives

Comme on le voit, la solitude des personnes très âgées et vulnérables n'est pas forcément inéluctable et ne va pas nécessairement se généraliser. Les débats qui ont lieu dans le contexte international – et que nous avons évoqués précédemment – au sujet des quartiers structurellement peu développés constitués de maisons familiales individuelles, et de leurs risques potentiels, ne sont peut-être pas directement transposables en Suisse. Cela pourrait notamment tenir à l'exiguïté territoriale de la Suisse et au fait que les régions du pays sont bien administrées du point de vue de leur accessibilité et de leur approvisionnement. Pour mieux comprendre la situation en matière de logement et de conditions de vie des personnes âgées, souvent particulièrement vulnérables, il pourrait être profitable, par-delà les facteurs structurels et économiques, d'accorder à l'avenir, dans l'analyse ainsi que dans le traitement des questions d'aménagement du territoire, davantage de place aux conceptions et expériences acquises depuis longtemps par nos aînés et à l'attachement à un lieu précis qu'ils ont développé et cultivé durant leur existence, en y reconnaissant des ressources possibles en vue d'une vieillesse « réussie ».





## 12 Habitat dans le grand âge : enjeux familiaux autour de la distance physique et émotionnelle

Daniela S. Jopp, Claudia Meystre, Charikleia Lampraki  
et Kathrin Boerner

Les personnes âgées et très âgées sont souvent tributaires d'un soutien quotidien en raison de problèmes de santé et de multimorbidité. Néanmoins, la plupart d'entre elles ont l'intention d'habiter à leur domicile jusqu'à la fin de leur vie. Le fait qu'avec l'augmentation de l'espérance de vie, de plus en plus de personnes atteignent un âge très avancé (Vaupel, 2010) n'a pas d'influence sur ces aspirations. La perspective de continuer à habiter son domicile pour y vivre ses vieux jours dépend de nombreux facteurs ; tout d'abord la capacité à prendre soin de soi-même face aux problèmes de santé et aux troubles cognitifs. Mais d'autres facteurs sont également importants tels que les ressources financières, la disponibilité de partenaires sociaux désireux et en mesure de s'impliquer dans les soins, les différences de nature culturelle dans la conception des soins, ou l'accès aux services de soins professionnels et au soutien de l'État (p.ex. Haberkern et Szydlik, 2010). Il est fréquent que les enfants adultes des personnes très âgées se trouvent fortement impliqués dans la prise en charge de leurs parents, aussi bien sur le plan pratique (p.ex. soins, organisation) et financier (p.ex. rémunération des soins professionnels), qu'à un niveau émotionnel (p.ex. conflits en rapport avec les soins ; Hugentobler, 2003). Ainsi, les décisions concernant le logement, les soins et le soutien sont étroitement liées les unes aux autres et ne sont donc généralement pas prises par les personnes âgées seules, mais plutôt par le noyau familial (p.ex. Neal et Hammer, 2007). Cependant, bien que l'on dispose de nombreuses études sur la charge que peuvent représenter les soins, le point de vue de la famille et, surtout, celui des enfants, est peu pris en compte dans le débat politique. Il peut s'ensuivre des effets négatifs lorsque les pouvoirs publics promeuvent certains développements, tels que le principe consistant à privilégier la prise en charge ambulatoire plutôt que le placement en milieu résidentiel afin que les personnes âgées entrent le plus tard possible en EMS. Étant donné qu'à l'intérieur des familles on trouve souvent une dyade couplant la personne (très) âgée et un (des) enfant(s), les questions de soins et de logement concernent

généralement au moins deux personnes ayant des faiblesses et des besoins différents. Ceci est d'autant plus important que, à l'heure actuelle et pour la première fois dans l'histoire, deux générations atteignent ensemble un âge élevé (Jopp *et al.*, 2016). Aujourd'hui, on dénombre non seulement plus de personnes atteignant l'âge de 100 ans, mais aussi plus d'enfants adultes qui, à l'âge de 70 ou 80 ans, prodiguent des soins à leurs parents.

Pour expliquer les relations d'interdépendance entre le logement, le soutien, les soins et la qualité des relations, nous présentons les perspectives actuelles concernant les parents très âgés et leurs enfants âgés en tenant compte d'études empiriques plus vastes et des données de l'étude suisse *Vieillir Ensemble*, qui a examiné 100 dyades parents (très âgés) / enfants (adultes).

## Vulnérabilité, soutien et hébergement

Dans les groupes d'âge élevé (de 65 à 79 ans) et très élevé (plus de 80 ans), la vulnérabilité des parents et des enfants devient un aspect important de la question du soutien qui influence le choix du lieu de vie. Continuer d'habiter dans son propre logement devient plus difficile lorsque les problèmes de mobilité et d'autres problèmes de santé chroniques s'accumulent. Bien que les personnes actuellement âgées de 80 à 90 ans soient en meilleure santé que les cohortes précédentes, le quatrième âge reste caractérisé par une multimorbidité qui pèse sur la vie quotidienne et compromet l'autonomie. Il faut ajouter à cela d'autres facteurs de vulnérabilité, comme la perte du conjoint, de membres de la famille et d'amis, si bien que le nombre des personnes qui pourraient apporter leur soutien se réduit. Pourtant, seule une part relativement faible des personnes très âgées résident dans des EMS: en 2016, seules 12 % des personnes âgées de 80 à 89 ans vivaient dans de tels établissements (femmes: 14 %; hommes: 8 %). Parmi les 90 ans et plus, la proportion était de 38 % (femmes: 43 %; hommes: 27 %; OFS, 2017d). Il s'ensuit que, même à un âge très avancé, une part importante de la population vit dans des ménages privés.

Lorsque les personnes ayant eu des enfants atteignent un âge très avancé, ces derniers assument généralement des tâches de soins et d'assistance et deviennent des éléments essentiels du réseau de partenaires. Dans le cas, notamment, où le conjoint décède ou n'est plus en mesure d'apporter son aide, les enfants s'impliquent davantage (Haberker et Szydlík, 2010; Künemund et Hollstein, 2005). Les enfants, en particulier les filles, fournissent des soins de base ou organisent l'aide de professionnels ou de membres de la famille et d'amis. L'absence d'enfants entraîne un accroissement de la vulnérabilité: les personnes très âgées qui n'ont pas d'enfants reçoivent beaucoup moins d'aide (p.ex. Boerner *et al.*, 2016). Vu la proportion croissante de personnes sans enfants, on peut craindre, à l'avenir, un manque d'aide informelle pour

un nombre grandissant de personnes très âgées, si bien que des structures formelles supplémentaires seront nécessaires pour répondre à leurs besoins (p. ex. Hugentobler, 2017).

À l'âge adulte, les enfants de personnes très âgées peuvent eux-mêmes se trouver dans une situation de vulnérabilité. On sait que les soins représentent une charge et qu'ils sont associés à une morbidité et une mortalité accrues (p. ex. Rhee *et al.*, 2009). Selon l'étude *SwissAgeCare* (Perrig-Chiello *et al.*, 2010), 80% des proches fournissant des soins, y compris les enfants devenus adultes, ont mentionné un état de stress et de tension, ainsi que la consommation de médicaments tels que des tranquillisants, des antidépresseurs ou des somnifères. De plus, l'état de santé des enfants apportant des soins s'est avéré bien pire que celui de la population normale du même âge.

Quant à savoir dans quelle mesure les personnes apportent des soins à leurs parents, cela dépend de nombreux aspects, notamment de facteurs culturels (p. ex. les soins aux parents en tant qu'obligation familiale ou légale) et de structures d'opportunité (p. ex. la disponibilité de soins professionnels ou d'un soutien étatique), mais aussi des caractéristiques personnelles du parent (p. ex. son besoin en matière de soins ou ses ressources financières) et de l'enfant lui-même (p. ex. son état de santé ou le fait qu'il exerce encore une activité professionnelle). La composition familiale (notamment le sexe des enfants ou le fait que le conjoint soit encore en vie) ainsi que la distance géographique entre les parents et les enfants sont d'autres facteurs qui ont également de l'importance.

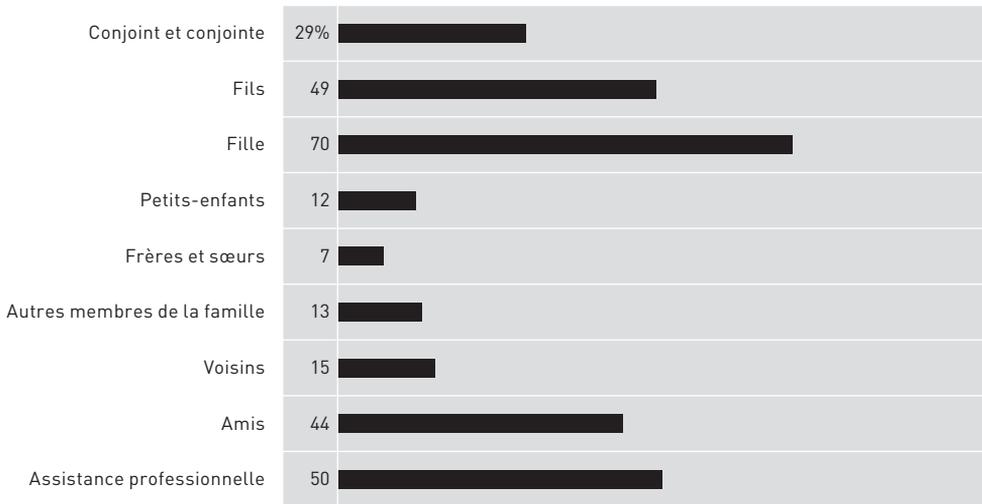
L'étude *Vieillir Ensemble* montre que les personnes peuvent généralement compter sur différents soutiens et précise également lesquels sont les plus importants. Par exemple, les participants à l'étude ont déclaré qu'ils recevaient de l'aide de la part de leur fille dans 70% des cas, de leur fils dans 49% des cas, et de leur conjoint/e dans 29% des cas. Les petits-enfants, frères, sœurs et autres membres de la famille sont beaucoup moins impliqués. Les amis et les voisins apportent également une contribution importante, respectivement dans 44% et 15% des cas. En outre, plus de 50% des répondants ont déclaré avoir reçu un soutien professionnel (graphique 12.1). Nos résultats coïncident donc avec ceux d'études antérieures qui ont montré qu'en Suisse, ce sont généralement les enfants, et spécialement les filles, qui assument la plus grande part des soins informels (Höpflinger et Perrig-Chiello, 2009).



Fig.  
12.1

## Différentes sources de soutien aux personnes âgées : parts selon la source

12.1



Personnes vivant dans un ménage privé ou en EMS.

n = 102, âge moyen 83,93 ans.

Source : Étude « Vieillir ensemble », UniL 2018.

## La distance géographique et ses liens d'interdépendance avec la participation aux soins et la qualité des relations

En Suisse, plus de 80 % des parents âgés de 60 à 79 ans ont au moins un enfant à proximité (soit dans un rayon de 25 km au maximum ; Kohli *et al.*, 2005). Nos données montrent que la distance qui sépare le domicile des parents de celui des enfants joue un rôle important dans le soutien et les soins. Des études européennes de plus grande envergure (p. ex. Haberkern et Szydlik, 2010) menées auprès de parents âgés soulignent également qu'une plus grande proximité géographique des enfants augmente la probabilité qu'ils deviennent leur principal fournisseur de soins, qu'ils leur rendent des services de toutes sortes et que se maintiennent entre eux des contacts réguliers (p. ex. par téléphone). Lorsque les parents résident dans un EMS, la proximité géographique permet également aux enfants d'assumer plus facilement leurs tâches de soutien.

Le fait de vivre à proximité a aussi d'autres effets positifs qui vont au-delà de la question des soins de base. Par exemple, il est particulièrement utile d'avoir plusieurs enfants à proximité, surtout des filles, car elles contribuent aux interactions sociales de leurs parents par la mobilisation d'autres membres de la famille. La proximité géographique permet également des activités communes qui resserrent les liens, comme le décrit par exemple dans notre enquête

Eloïse, une maman de 77 ans : le fait de savoir que sa fille est à proximité l'aide à se sentir bien soignée et en sécurité.

*Comme nous vivons près l'une de l'autre, nous pouvons facilement nous rencontrer en personne tous les jours, chose qui est agréable. Nous nous rencontrons d'ailleurs régulièrement : elle vient déjeuner une fois par semaine et elle m'aide beaucoup quand j'ai besoin d'elle. Elle est toujours là quand j'ai besoin d'elle.*

La distance géographique influence également conjointement le soutien et la qualité des rapports. Bien que l'aide apportée par les enfants à leurs parents âgés amène généralement les parents à percevoir la relation avec l'enfant comme étant plus positive, en ce sens qu'elle permet un meilleur soutien, une raréfaction des conflits et un lien émotionnel plus fort, les différences de distance influencent non seulement la quantité de soutien, mais aussi la façon dont l'aide est perçue par les parents. Les parents perçoivent la relation avec l'enfant plus positivement si les enfants aidant vivent à une plus grande distance de leurs parents – l'aide qu'ils apportent étant d'autant plus appréciée qu'elle est considérée comme moins facilitée par les circonstances. Cependant, si les enfants vivent à proximité immédiate de leurs parents, la relation a tendance à être bien établie, caractérisée par une certaine routine et familiarité, et est donc moins sensible aux conflits quotidiens qui tendent à survenir dans un contexte d'assistance accrue. Le fait qu'ils connaissent mieux, et de plus près, les conditions de vie de leurs parents apparaît avoir un effet positif à cet égard.

### « Volontiers à proximité, mais pas trop »

En Suisse, les relations familiales se caractérisent par une « intimité à distance » (Perrig-Chiello et Höpflinger, 2009). Seuls quelques parents très âgés partagent le même ménage que leurs enfants (voir également à ce propos le chapitre 3.1), même si la proportion augmente avec l'âge et qu'il existe des différences évidentes entre les sexes : 3,6 % des femmes âgées de 80 à 85 ans vivent avec un enfant, de même que 5,9 % des femmes âgées de 85 à 89 ans et 8,4 % de celles âgées de plus de 90 ans. Étant donné que les hommes âgés vivent plus généralement en couple que les femmes, la proportion de pères vivant avec un enfant est beaucoup plus faible (de 80 à 85 ans : 1,1 % ; de 85 à 89 ans : 2,2 % ; 90 ans et plus : 3,1 %). Vivre chez ses enfants (ou ses parents très âgés) n'est par conséquent pas une constellation d'habitat fréquente. Cependant, le fait que la plupart des parents vivent dans leur propre ménage privé (Isengard, 2018 ; Szydluk, 2016) ne semble pas avoir d'effet négatif, car il existe des contacts fréquents et positifs entre enfants et parents (au moins une fois par semaine

Fig.  
12.2

dans 70% des cas; Perrig-Chiello et Höpflinger, 2009). Le témoignage d'Ingrid (74 ans) en est un bon exemple pour le besoin d'être proche mais à distance :

*J'ai eu ma mère à la maison pendant trois semaines après qu'elle a eu des problèmes de santé, mais comme je n'ai pas la fibre « infirmière », je ne me sentais pas prête à lui demander si elle voulait vivre avec nous, alors j'ai organisé pour elle ce petit appartement voisin. Mais elle ne voulait pas y emménager parce qu'elle estimait que la proximité était excessive et que j'allais devoir en faire trop pour elle, alors elle a refusé.*

La proximité géographique semble mieux fonctionner lorsqu'une « certaine distance » est maintenue, comme le décrit Eloïse (77 ans) :

*Ma fille est très attentive, mais pas envahissante; elle a trouvé une très bonne distance, car je n'envahis pas son intimité, elle a sa famille, sa maison, son mari, ses enfants. Si l'un n'envahit pas le territoire de l'autre – et cela doit être basé sur le principe de la réciprocité –, c'est une garantie d'harmonie.*

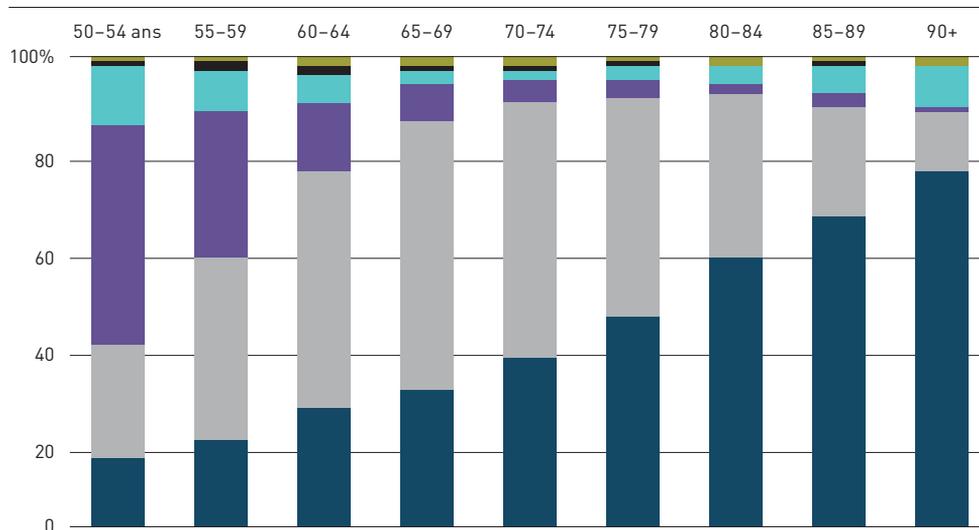
## Ménage commun

Lorsqu'un encadrement intensif est nécessaire, le ménage commun est un choix qui, souvent, s'impose. Les parents tiennent généralement à vivre dans le même ménage. Par contre, les enfants hésitent à le faire en raison de leurs propres problèmes de santé, mais aussi parce qu'ils ont d'autres projets quant à la façon dont ils veulent vivre leur vieillesse, comme le décrit Marjorie (69 ans) :

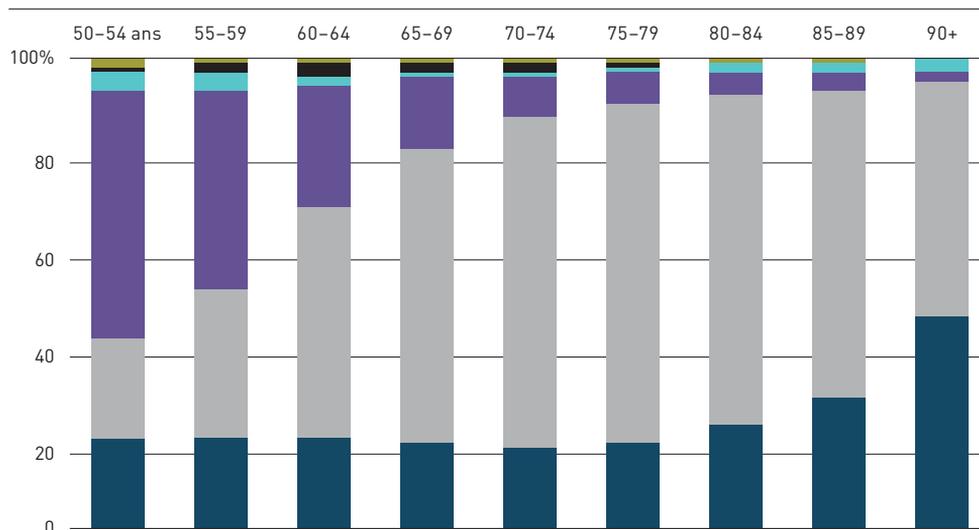
*Quand ma maman vivait encore chez elle et qu'elle a commencé à avoir besoin de plus d'assistance, nous nous sommes résolus à ce qu'elle passe un jour sur trois dans une structure d'accueil [...]. Moi non plus, je ne rajeunis pas. J'aimerais aussi profiter un peu de ma retraite, je n'en ai encore rien eu. Elle a emménagé avec moi après un séjour à l'hôpital. [...] Je l'ai initialement ramenée chez elle, et quand nous sommes arrivées, elle a dit: [M. imite la voix de sa mère] « Non, je ne peux pas! » Alors je l'ai ramenée ici; elle n'a pas quitté ma maison depuis.*

Bien que davantage de services d'aide et de soins à domicile soient disponibles aujourd'hui, la personne concernée ou ses proches peuvent renoncer à y recourir si la qualité de ces services est considérée comme médiocre ou si des problèmes pratiques se posent. Comme l'a décrit un fils interrogé, le service de soins à domicile ne répondait ni aux besoins de sa mère ni à ses propres

## Femmes



## Hommes



- Ménages d'une personne
- Couples avec enfant(s)<sup>a</sup>
- Ménages multifamiliaux<sup>b</sup>
- Couples sans enfants
- Parents seuls avec enfant(s)<sup>a</sup>
- Ménages non familiaux<sup>c</sup>

Personnes vivant en ménage privé.

<sup>a</sup> Sans limite d'âge. <sup>b</sup> Au moins deux noyaux familiaux. <sup>c</sup> Par exemple, communautés résidentielles.

Source : OFS 2016 (enquête structurelle).

attentes, il n'a donc trouvé aucune autre solution que celle de l'héberger chez lui. L'acceptation de services professionnels à domicile peut également représenter un défi, comme le décrit Marjorie (69 ans):

*Je douche ma maman tous les lundis parce que je ne veux pas que cela soit fait par une aide-soignante. Car je ne veux pas que quelqu'un d'extérieur entre dans ma maison; parce que c'est la mienne, pas celle de ma maman! Si elle était chez elle, ce serait différent.*

Les limites financières contribuent également au sentiment d'être contraint à faire ménage commun. Un héritage possible, même incertain, coïncide avec une plus grande disponibilité des enfants à fournir des soins, ceci s'expliquant en partie par le souci de préserver la valeur de l'héritage (Haber Kern et Szydlík, 2010). De telles circonstances peuvent conduire à des luttes de pouvoir, comme le montre le cas suivant de notre étude. Après avoir emménagé avec sa fille, une mère menace: « Si je t'ennuie, je peux aller dans un EMS. » La fille n'y tient pas, parce que cela représenterait une charge financière. Elle prend financièrement sa « revanche »: tant que sa mère vit chez elle, celle-ci doit lui payer une sorte de pension.

Une situation de logement partagé entre parents et enfants semble plus favorable lorsqu'il s'agit d'une décision délibérée. Mais même lorsque parents et enfants ont de bons rapports, la transition peut être difficile. L'espace et les routines doivent être négociés afin d'assurer une bonne cohabitation, comme le décrit ici Elisabeth (60 ans) qui, avec son mari, a emménagé chez sa maman il y a une semaine.

*J'ai emménagé [dans la maison de ma mère] pour l'aider dans des tâches qu'elle ne peut plus accomplir toute seule. [...] Cela lui donne un sentiment de sécurité d'avoir quelqu'un avec elle, tandis qu'elle me semblait auparavant beaucoup plus anxieuse. Parfois je me sens bien dans cette relation, parfois je trouve que c'est très difficile; elle est à la maison, nous vivons avec elle, et il n'est pas toujours facile, pour moi, de trouver ma place.*

## **Soutien et qualité des relations dans les établissements médico-sociaux**

L'admission dans un EMS devient souvent inévitable lorsque les enfants ne peuvent (plus) prendre en charge les soins de base. Cette transition peut être dramatique: comme l'a décrit une fille, sa mère de 90 ans a dû emménager dans un EMS après le décès de son mari. Étant donné que la fille était encore active

sur le plan professionnel, celle-ci, qui était géographiquement et émotionnellement la personne la plus proche de sa maman, a décidé de ne pas reprendre la charge de ses soins. La maman, qui s'est sentie obligée de s'installer dans un EMS, était très fâchée contre sa fille et si peu coopérative que l'administration de l'EMS a menacé de l'envoyer dans un service psychiatrique. La fille a demandé l'aide professionnelle d'une psychologue pour « prendre ses distances » et se défaire de son sentiment de culpabilité, suite à quoi une relation plus positive s'est établie avec sa maman.

La proximité (physique ou émotionnelle) avec l'enfant permet-elle une meilleure adaptation à la vie en EMS? Selon nos données, les parents ayant des enfants à proximité sont paradoxalement davantage déprimés, peut-être en raison d'attentes insatisfaites. De manière générale, il semble également que les parents vivant dans les EMS aient davantage de conflits avec leurs enfants.

Il n'est donc pas rare que les parents se sentent seuls et négligés: « Ils m'ont poussé comme un sac de patates » nous dit une personne interviewée. Il n'est pas facile de s'habituer à la vie en institution, avec des routines fixes et peu d'intimité. Une inadéquation entre les aptitudes du parent et l'environnement peut entraîner des difficultés d'adaptation: « Je n'ai personne à qui parler, ils sont tous mentalement beaucoup plus limités que moi. » Étant donné que l'emménagement dans un EMS a souvent lieu très tard, les institutions sont également perçues comme des mouvoirs, ce qui engendre des difficultés émotionnelles supplémentaires: « Vivre dans un environnement où de nombreuses personnes sont dans la dernière étape de leur vie, c'est source de tristesse, d'irritation et de colère »; « Je sais que je vais mourir ici. » Les enfants, par contre, sont beaucoup moins tendus lorsque le parent est en EMS: « Comme il vit en EMS, c'est beaucoup plus détendu, plus facile. » La prise en charge en institution peut également conduire à la stabilisation des parents, comme le rapporte Marie (50 ans):

*J'aime beaucoup ma maman. Ça fait longtemps que je ne me suis pas occupée d'elle. Elle a toujours été fragile. Depuis qu'elle est en EMS, elle est vraiment stabilisée, elle a retrouvé sa sécurité.*

En même temps, la proximité émotionnelle de Marie avec sa mère entraîne un sentiment de culpabilité:

*Qu'elle doive y rester pendant que je retourne à la liberté, cela doit être très, très difficile pour elle. Elle a toujours voulu qu'on vive avec elle, elle ne comprenait pas qu'on ne le veuille pas. Elle ne nous le dit jamais en face, mais elle le dit à ma sœur: « C'est à cause d'elle que je dois vivre ici. »*

Ainsi, outre les soins de base qu'elles fournissent, les institutions peuvent offrir stabilité et sécurité, tant aux parents qu'aux enfants. La proximité physique et/ou émotionnelle peut augmenter le stress, voire détériorer la relation entre la personne institutionnalisée et son enfant. Dans ce cas, le recours à un soutien psychosocial professionnel peut se révéler très utile.

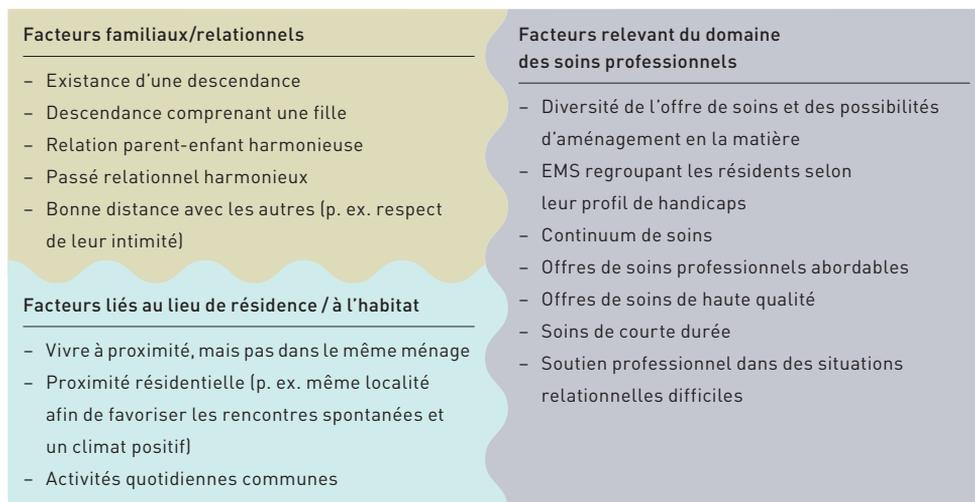
## Synthèse

En résumé, on retient une image complexe de l'interaction des facteurs personnels, familiaux et résidentiels, ainsi que des facteurs liés aux soins professionnels. Les recommandations pratiques suivantes peuvent être tirées de ces considérations de distance physique et émotionnelle dans le soutien et les soins : pour s'assurer que les personnes âgées vulnérables reçoivent le soutien nécessaire et que leurs « vieux » enfants courent le moins de risques possible, les besoins des prestataires de services et des décideurs politiques doivent être pris en compte de manière équitable. Pour que les enfants de parents âgés aient véritablement le choix de vivre ou non à proximité de ces derniers, il semble essentiel qu'une offre abordable et de qualité soit proposée en matière de soins et d'encadrement. L'idéal serait un continuum de soins dont les prestations pourraient être choisies en fonction des besoins des parents. Cela devrait inclure des prestations de soins à domicile de haute qualité et une aide à la vie autonome pour les personnes ayant des besoins de soins moindres, ainsi que des groupes de logements institutionnels réunissant des résidents dont les capacités (physiques et cognitives) sont comparables, tandis que l'ensemble de ces offres devrait idéalement être proposé en un même lieu et par un même prestataire, de manière à assurer une transition en douceur. Les enfants ne devraient pas être obligés d'assumer le rôle de principal pourvoyeur de soins tout simplement parce qu'ils vivent à proximité, car cela accroît leur stress et exerce des effets négatifs sur la relation avec leurs parents. Si parents et enfants parviennent à mettre sur pied un réseau d'aide combinant implication familiale et soutien professionnel, ils pourront ainsi passer ensemble des moments de meilleure qualité et plus nombreux.

Outre la mise en place, à l'échelle nationale, d'offres d'allègement professionnel (p. ex. l'octroi de congés pour raisons familiales) et de soins infirmiers (p. ex. des soins de courte durée) en faveur des proches aidants, l'introduction d'une assurance fédérale pour les soins infirmiers permettrait de payer les proches aidants, mais également de réduire les charges financières et d'accroître la reconnaissance de leurs services du point de vue social.

Étant donné l'impact négatif des relations stressantes sur la santé et le bien-être, les services d'aide et de soins à domicile devraient être complétés par des services psychosociaux professionnels à bas seuil. Un soutien professionnel

Fig.  
12.3



L'interaction complexe d'une multitude de facteurs façonne la situation individuelle en matière de soins et d'assistance.

Source : représentation propre basée sur les travaux de recherche des auteurs.

visant à améliorer la relation parent-enfant est un avantage non seulement dans les situations de logement privé, mais aussi dans les EMS, car il conduit à une plus grande coopération entre parents, enfants et institution, ainsi qu'à un engagement accru de la part de toutes les parties impliquées.



# 13 Vivre chez soi au grand âge. L'habitat traditionnel entre repères et défis

Barbara Masotti

De nos jours, il est difficile de parler de l'habitat des personnes âgées sans se référer aux différentes résidences conçues spécialement pour cette population. Cependant, l'attrait des aînés à l'égard de ces dernières est peu connu. Au contraire, nous savons que pour la plupart des aînés, le domicile dit traditionnel continue d'être le contexte de vie privilégié, au sein duquel ils voudraient vivre le plus longtemps possible. Avec l'avancée en âge, ces derniers sont pourtant de plus en plus confrontés à l'augmentation de leurs besoins ; il est donc légitime de se questionner sur le caractère adéquat du chez-soi dans cette phase de la vie.

La réflexion s'inspire d'une expérience de recherche menée au Tessin qui se focalise sur le thème de l'aide à domicile de type formel dans le quatrième âge (Masotti, 2016). Plus particulièrement, elle se fonde sur des entretiens semi-directifs menés avec 37 personnes âgées de 80 ans et plus qui vivent chez elles. Ces entretiens ont mis en évidence les différentes régulations, voire les déprises (Barthe *et al.*, 1988), que les personnes mettent en place, tant au niveau pratique qu'identitaire, pour préserver ou recréer un minimum de familiarité avec leur environnement face aux pertes liées au vieillissement. Le chez-soi, lieu de repères par définition (Veysset, 1989), peut constituer un « support » dans le maintien de prises sur le monde (cf. Caradec, 2004). En même temps, au fur et à mesure que les pertes se cumulent, il risque de contribuer à sa restriction. Deux tendances principales sont présentées afin d'enrichir les réflexions sur l'habitat traditionnel en situation de besoin ainsi que, plus généralement, sur le dispositif de maintien à domicile et son accessibilité.

## **Le chez-soi comme lieu de repères**

Les formes de régulation adoptées par les personnes face à l'avancée en âge consistent souvent en un réaménagement des activités. D'une part, elles se désinvestissent des activités trop lourdes ; d'autre part, elles préservent les activités les plus adaptées à leur état. Cela entraîne une réduction progressive

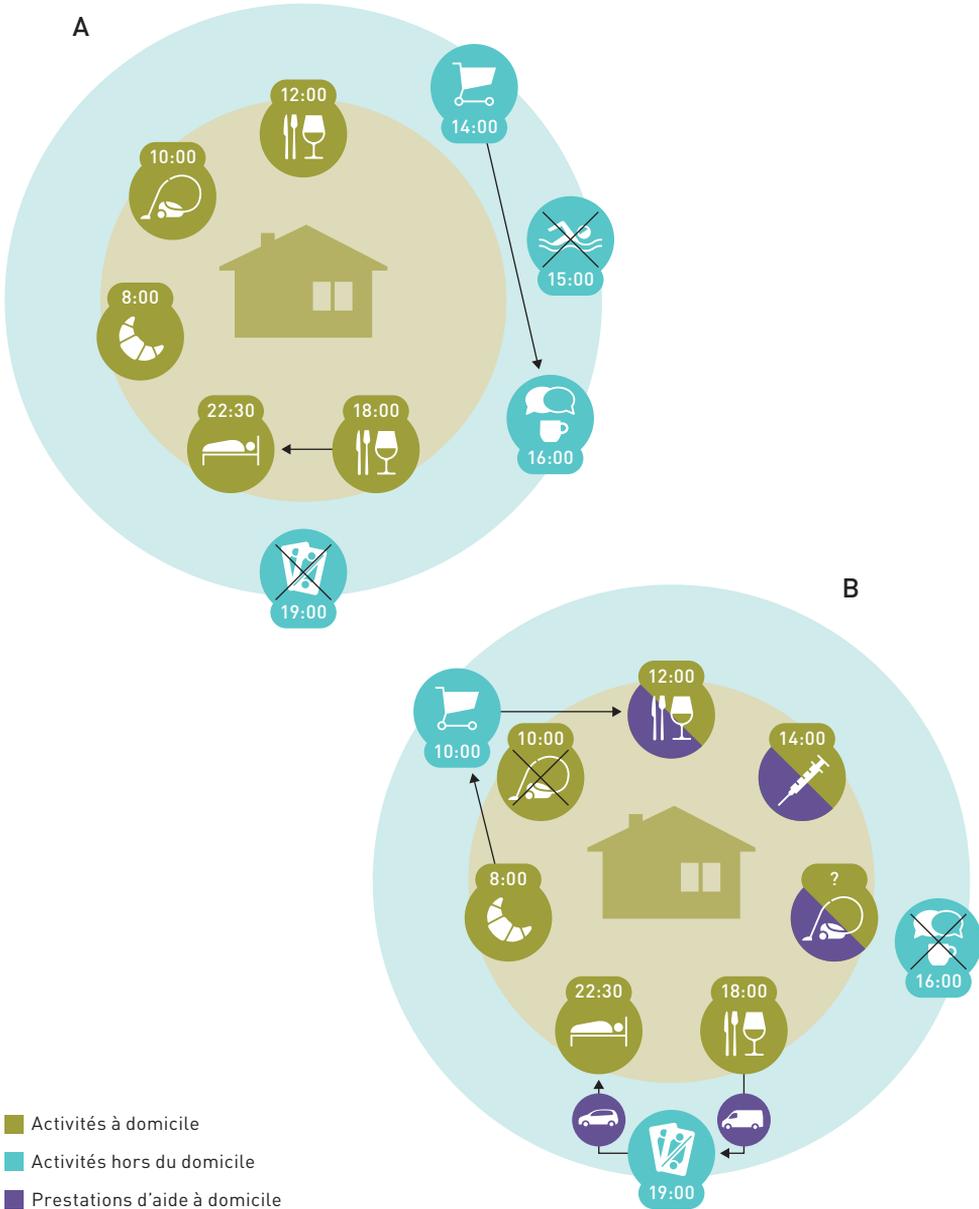
de leur espace de vie à l'espace domiciliaire (voir figure 13.1A). Le témoignage des personnes qui, tout en étant confrontées aux effets du vieillissement, disposent d'une certaine indépendance fonctionnelle montre combien ce repli peut être recherché, voire contrôlé par l'individu. Il répond à une quête de sécurisation et représente aussi la possibilité de sauvegarder un minimum de maîtrise sur sa vie.

Le point commun de ces récits est la mise en avant d'un vrai combat quotidien pour pouvoir organiser sa vie comme on l'entend et à son propre rythme. La narration de ces journées est marquée par le maintien de rituels quotidiens restés «à portée» et qui sont accomplis «tant qu'on peut» par ses propres moyens, et cela malgré la fatigue, la douleur, les problèmes de santé auxquels certains sont confrontés, ainsi que les chutes répétées. Le processus de fragilisation et la vulnérabilité des personnes très âgées demandent en permanence toute une série d'ajustements et d'anticipation des risques.

*Donc, je me lève vers 8 heures. [...] Non, avant je fais de la gym pour le mal au dos [...] parce que le premier mouvement le matin est celui qui me fait le plus mal au dos [...]. Je viens ici, je fais le petit déjeuner [...]. Et après je fais ces travaux... ceux vraiment les plus... que je dois faire. [...] Puis il faut préparer le repas. Maintenant, deux fois par semaine, on va à [...]: c'est un lieu de rencontre pour les personnes âgées [...] et puis après on revient, on va presque toujours se reposer. [...] Parce qu'après, la journée est longue. [...] Et puis le soir, le même dîner et puis... on regarde la télé et on va au lit. C'est tout. Et après, parfois on profite, lorsqu'on va à [nom du lieu de rencontre], pour faire les courses.*  
(Mme Mariani, 84 ans)

Maintenir son propre rythme quotidien contribue à la continuité et à la détermination de son identité. La routinisation, entendue comme «l'installation d'un ordre fixe et rigide dans tout ce qui fait partie de l'univers proche et familier» (Bouisson, 2007, p. 114), répond à un besoin de sécurisation qui est bien présent au grand âge.

Pour ces personnes, le chez-soi constitue aussi un repère dans la mesure où il peut donner lieu à des échanges d'aide informelle qu'on qualifie de spontanés et qui ne sont possibles qu'en présence d'une certaine proximité géographique entre aidants et aidés. Le fait de pouvoir compter sur ce type de contacts contribue au maintien d'un certain équilibre ou, plus particulièrement, de cette emprise sur leur quotidien. Lorsqu'on a des enfants et, surtout, lorsqu'ils vivent à proximité, ceux-ci sont les premiers à représenter ce type d'appui (voir chapitre 12). Celles et ceux qui n'ont pas d'enfants ou dont les enfants vivent loin, tout en étant conscients de pouvoir compter sur eux en cas de besoin, trouvent souvent d'autres alliés, par exemple des amis ou des



(A) Le maintien de routines fixes, ancrées dans son chez-soi, répond à un besoin de sécurisation fort présent au grand âge. (B) L'intervention de l'aide à domicile, lorsqu'elle est soumise à des horaires de travail irréguliers, peut entrer en tension avec la volonté de garder le contrôle sur sa propre vie quotidienne.  
 Source : représentation propre.

voisins de longue date. La surveillance, ou co-surveillance, a été identifiée comme une fonction du voisinage qui « peut être accentuée dans la dernière partie du parcours de vie, selon les situations et dans certains espaces d'habitat » (Membrado et Mantovani, 2014: 9); un regard mutuel sur ses propres habitudes qui procure un sentiment de sécurité.

Cela peut se révéler en partie vrai aussi pour les services et les aidants formels à domicile. S'ils sont redoutés en situation de non-recours, par crainte de se sentir limité dans sa propre liberté et intimité et, plus généralement, par la volonté de résister à la dépendance, ces derniers finissent généralement par être intégrés lorsque, à la suite de nouvelles contraintes, d'autres besoins surgissent. Qu'ils fournissent des aides domestiques ou des soins personnels, ils sont alors acceptés comme une façon de garder une emprise sur son univers le plus quotidien. Un sentiment de soulagement, voire de protection, peut accompagner cette sensation lorsqu'on reconnaît dans ces intervenants l'assurance d'une présence régulière et d'une compétence au moment où de nouvelles nécessités pourraient surgir.

*Et le matin, il y a une aide à domicile qui vient [...], parce qu'après, elle [sa femme] a les pieds qui lui font mal... et alors ils viennent lui faire la médication. Et ils font le lit, et voilà... un quart d'heure [...].*  
{Conjointe: *Oui, ils viennent le matin me faire le nettoyage [du ménage] et tout [...]*} *Mais sinon on a déjà tout ici sur le même étage... très pratique et... si l'on a besoin, ils viennent, si l'on n'a pas besoin, ils viennent quand même pourtant plus ou moins... On sait aussi où s'appuyer [...]. Heureusement qu'ils regardent dedans par la porte.*  
(M. Pedretti, 90 ans)

Il n'est pas rare, en outre, que l'aidante professionnelle soit aussi mentionnée dans des termes relationnels, ce qui facilite davantage cette réappropriation de l'aide et permet à la personne de reconfigurer un soi valorisant à ses yeux. Confinés chez eux, les grands vieillards ont parfois un nombre restreint de contacts sociaux, leurs amis et d'autres membres de la famille étant décédés. Ils ont dû abandonner certaines activités qui leur garantissaient un lien avec des contextes autres que l'espace domestique. Ainsi, et surtout lorsqu'ils n'ont pas d'enfants proches, leur propension à établir des « liens spéciaux » avec leurs aidants peut résulter en partie d'un besoin de contact significatif avec d'autres adultes susceptibles de leur offrir un soutien social et une connexion avec le monde extérieur.

## Le chez-soi comme lieu de défis

Si, comme nous venons de le voir, la vie chez soi peut fournir des repères importants à la personne vieillissante, voire un moyen de maintenir son identité, il existe aussi des situations domestiques qui sont source de défis, en particulier lors de limitations d'une certaine importance. Dans les récits de ces témoins ressortent de manière évidente les difficultés liées à l'abandon obligé d'activités qui donnaient le sentiment de rester en prise avec la société (Clément et Mantovani, 1999). Il en découle un important sentiment d'inutilité et d'impuissance, une sorte de sensation d'être victime de son propre corps, symbolisés par la présence indispensable des personnes qui aident.

*J'aimerais pouvoir me déplacer plus librement, maintenant je dois renoncer à plein de choses. {Conjointe: Ce qui le dérange, c'est qu'il a besoin de tous [...] Parfois il dit: «Je suis ici pour rien faire.» Oui, parce que [...] une personne qui, avant, faisait un peu tout et, après, doit rester comme ça à attendre l'aide, ce n'est pas quelque chose qu'on aime. [...] Si je vais dehors dans le jardin, lui, il me dit: «Je t'en prie, n'exagère pas... [...]»} Je ne peux pas regarder ma femme. Elle travaille trop, n'est-ce pas? Et moi, je ne peux pas aider! (M. Weiss, 86 ans)*

Imaginer le futur chez-soi en situation de fragilité, voire de dépendance, peut susciter des inquiétudes importantes. La conscience de pouvoir vivre à tout moment des changements est source d'angoisse. Lorsque le quotidien est partagé avec un conjoint, présence informelle essentielle dans le maintien à domicile, émerge la crainte de sa perte et des possibles implications.

*Moi, des fois, je lui dis à lui: «Si l'un des deux...» Parce qu'il va arriver le jour où l'un des deux s'en ira, et celui qui restera... Moi, si je suis invalide, si je suis ici, plutôt que de mettre les enfants dans les conditions de devoir courir [...]. Pourtant moi, je ne veux pas peser sur eux [...]. {Conjoint: On va en institution. Eh!} Une maison [de retraite] oui. Parce qu'on ne peut pas donner la charge aux enfants de nous supporter toute la vie, n'est-ce pas? [...] Avec nos parents, nous l'avons fait, jusqu'au bout. (Mme Fontana, 86 ans)*

En l'absence du conjoint, il manquerait à ces couples se soutenant mutuellement une présence constante, telle que celle d'une auxiliaire de vie. Une présence qui, dans une situation de dépendance avancée, n'est remplaçable ni par les aides traditionnelles des services, ni par une intervention soutenue d'autres proches. Soulignons à ce propos que si les enfants jouent un rôle important, leur soutien suscite un sentiment d'ambivalence (Widmer et Lüscher, 2011)

chez les personnes âgées fragiles, voire dépendantes, tiraillées entre le désir de proximité et celui de respecter leur autonomie personnelle. Tout comme l'entrée en institution, l'éventualité d'une auxiliaire de vie, si elle est envisagée par certains, est pourtant problématisée par d'autres.

*L'auxiliaire de vie, c'est ça que... si on doit l'avoir à la maison et que c'est bien pour elle, caractère et caractère... qui coïncident, ça va, mais si par hasard on se heurte... À un certain moment, si on doit avoir une personne chez soi qui, lorsqu'elle s'en va, on souffle, ça ne va plus [...]. Moi, si je devais avoir ici une femme toute la journée, ça me dérangerait. [...] On doit continuer à accepter, accepter. Moi je n'accepte pas.*  
(M. Belli, 97 ans)

Pour certains, il existe des craintes par rapport à la relation d'aide, vécue comme quelque chose d'imposé et donc de difficile à gérer, alors que pour d'autres, c'est le manque de ressources financières qui est mentionné. Le caractère payant de certaines aides risque effectivement de défavoriser les couches moyennes ou inférieures, en rendant plus difficile leur vie chez elles. Cela est vrai aussi pour les prestations d'aides ménagères qui ne font en principe pas l'objet d'un financement public. On observe alors des situations où le recours à ces aides est rationné par la personne, qui en aurait pourtant eu grand besoin.

Le soutien constitué par les services de type formel, généralement apprécié, peut aussi parfois entraîner des difficultés. Un problème maintes fois mentionné concerne les horaires et les rythmes de l'aide, en particulier lorsque ceux-ci sont soumis aux changements continus typiques du travail dans les services (le même professionnel doit rendre visite à plusieurs personnes par jour). Les horaires de l'aide professionnelle se heurtent alors à ceux du bénéficiaire, pour lequel la routinisation demeure fondamentale. Cette absence de stabilité, facteur sur lequel le bénéficiaire n'a aucun contrôle, peut contribuer au développement de sentiments d'étrangeté et, en même temps, d'impuissance. Cela a surtout été observé dans les cas où l'intervention des services se répétait de jour en jour et était susceptible de toucher certains actes essentiels de la vie quotidienne.

Fig.  
13.1

*Le matin, des fois, ils entrent sans sonner, parce qu'ils savent que la porte est ouverte, et alors ils arrivent. [...] Il faut s'habituer. Parce qu'ils viennent, ils viennent lorsqu'ils ont du temps, des fois ils restent plus de temps, des fois vraiment seulement pour faire le lit et puis ils s'en vont, selon les jours.* (Mme Bianchi, 84 ans)

Un autre facteur représentant un défi important concerne la qualité, aux yeux de l'aidé, de la tâche déléguée aux aidants. Il arrive en effet que la manière

dont certaines activités sont accomplies par les intervenants ne corresponde pas aux standards propres aux bénéficiaires. C'est souvent le cas des aides domestiques, mettant les femmes, « gardiennes » du ménage par excellence, en position de jugement privilégié, et en particulier celles fournies par le personnel des services qui, à la différence de celui recruté en privé, n'est pas choisi par la personne et est soumis à des changements continus.

*Lorsque je ne pouvais plus le faire par moi-même, j'ai dû l'accepter. Et cela n'est pas facile. Parce que moi, je ne sais pas, mais pour dire... les sièges, moi, j'aime bien qu'ils soient sous la table. Alors qu'elles les laissent dehors... [...] Le nettoyage et tout... Moi je suis habituée d'une manière, et elles d'une autre. (Mme Bianchi, 84 ans)*

Ces circonstances ont en commun l'introduction d'éléments qui remettent en cause l'autonomie du bénéficiaire, sa propre manière de vivre chez lui, voire le pouvoir de décider par lui-même à l'intérieur de son chez-soi. Elles risquent d'intensifier la sensation « d'être géré » au lieu d'être aidé dans sa propre gestion. Soulignons au final que la prise en compte, dans l'étude, de personnes avec des problèmes cognitifs aurait probablement fourni des éléments additionnels concernant cette tendance. C'est d'ailleurs ce qui ressort d'une étude menée en France sur des personnes âgées en situation complexe : parmi ces dernières, les auteurs ont observé une attitude de grande défiance à l'égard de leur logement (Balard et Somme, 2011).

## Conclusions

Au cours du vieillissement, lorsque la fragilisation fait que l'on est confronté à une suite de pertes d'ordre multiple, le chez-soi représente le lieu où sauvegarder un minimum de contrôle. Ce contrôle s'exprime par exemple par la liberté de faire les choses quand on veut et à sa manière ou à son propre rythme, d'ouvrir la porte à qui l'on veut et, plus généralement, par la possibilité de prendre des décisions, de faire des choix, voire d'exercer un certain pouvoir. Au fur et à mesure que les pertes se cumulent, le domicile traditionnel peut pourtant devenir un lieu de contraintes et ce qui était un repli choisi risque de se transformer en un repli forcé. Si le concept même de maintien à domicile sous-entend l'existence d'une continuité, il est important que chaque acteur y jouant un rôle contribue à la préserver et, par conséquent, à réduire le sentiment d'étrangeté auquel la personne vieillissante se voit progressivement confrontée. La compréhension et le respect de ce qui représente la vie à domicile pour la personne âgée est une prémisse fondamentale au travail de toute figure intervenant à domicile, quelle que soit la tâche fournie.

En ce qui concerne le dispositif d'aide à domicile lui-même, il faut être conscient des risques sous-jacents à certaines logiques structurelles et économiques. On pense par exemple à l'organisation rigide des services à but non lucratif (interventions les jours ouvrables et durant les horaires de bureau, rotation fréquente du personnel, horaires des visites incertains) et à la standardisation de leurs prestations; des logiques qui sont perçues de manière négative par les personnes âgées ayant besoin de souplesse et de flexibilité, leur permettant de se sentir davantage considérées dans leur propre unicité et dans leurs habitudes. On pense aussi à la différence de traitement financier dont font l'objet les prestations de soins et d'aide, qui risque de défavoriser les personnes ayant moins de moyens, d'autant plus que les aides, payantes, restent souvent les seules dont on a besoin à long terme. N'oublions pas que ces personnes, qui continuent de vivre dans des maisons achetées ou louées quelques décennies plus tôt, lorsque les enfants vivaient encore sous le même toit, le font aussi pour des raisons économiques, leurs coûts de logement étant inférieurs à la moyenne.

Le secteur de l'aide à domicile, dont l'offre est déjà très développée au Tessin, mériterait aussi des développements ultérieurs, en particulier au-delà des prestations traditionnelles en aides domestiques et en soins (de base et spécifiques). Il existe certains besoins qui restent envisagés comme étant de la compétence quasi exclusive d'aidants dits informels (p. ex. l'accompagnement ou la réalisation des courses, l'accompagnement aux lieux de rencontre, la présence, la sollicitude en cas de besoin) ou, pour celles et ceux qui peuvent se le permettre, du marché privé. Ces besoins peuvent être perçus comme « moins urgents », mais restent fondamentaux pour la vie quotidienne à domicile et pour favoriser l'interaction avec son propre habitat au sens le plus large, voire pour sa participation sociale et pour éviter son isolement. À ce propos, les expériences de conciergerie sociale<sup>1</sup> ayant vu le jour ces dernières années en lien avec de nouveaux projets résidentiels, sont prometteuses : au Tessin, elles commencent maintenant à émerger aussi au niveau des communes. Elles présentent l'intérêt de prévoir cette présence sécurisante pour des besoins divers et l'organisation des activités visant à la socialisation.

1 Au sein des logements dits protégés, le concierge social – personne avec une formation socio-sanitaire – assure un encadrement de proximité aux locataires grâce à une présence et un contact quotidiens dans l'immeuble. Au niveau communal, sa mission est de représenter un contact pour des consultations ainsi que pour des interventions non programmées et qui ne se caractérisent pas par l'urgence sanitaire. Tant dans les logements que dans la commune, le concierge social s'occupe aussi de la promotion d'activités visant à prévenir l'isolement social.





# 14 Une comparaison des conditions de logement des personnes âgées d'origine suisse et de celles issues de l'immigration

Claudio Bolzman et Slim Bridji

Ce chapitre analyse les conditions de logement des personnes âgées nationales issues de l'immigration et en Suisse et s'interroge sur l'existence éventuelle d'(in)égalités dans ce domaine. Cette question nous paraît centrale à double titre. D'abord, elle l'est pour les personnes issues de l'immigration, car la période de la retraite peut s'apparenter à une période où elles s'interrogent sur leur parcours de vie et notamment sur leur trajectoire de migration. La *maison*, autant dans son sens primaire d'habitation que dans son sens figuratif anglophone de *home*, apparaît comme un étalon, au même titre que le bien-être de ses enfants, pour apprécier l'aboutissement des efforts fournis au cours du parcours migratoire (Lewin, 2010). Ensuite, elle l'est pour les sociétés démocratiques, car les conditions de logement des personnes âgées en général, et des personnes âgées issues de l'immigration en particulier, reflètent la capacité des sociétés à tenir compte de leurs aînés d'une part, à accepter dans les faits une immigration non provisoire d'autre part.

L'Office fédéral de la statistique (OFS) propose une série d'indicateurs afin d'avoir un aperçu quantifié du degré d'intégration de la population issue de l'immigration au sein de la société suisse sur la période 2011-2015 (OFS, 2014, 2017c). Dans le domaine du logement, l'OFS a publié trois indicateurs, le premier sur les « conditions de logement au niveau de l'équipement et du bruit », le deuxième sur le « surpeuplement », c'est-à-dire sur le rapport entre le nombre d'occupants du logement et la surface de celui-ci, et le troisième sur le « prix du loyer » (OFS, 2017c). Si le rapport de l'OFS permet d'avoir un premier regard chiffré sur les conditions de logement des personnes issues de l'immigration et nationales, aucune déclinaison par classe d'âge de ces indicateurs n'est proposée.

À notre connaissance, peu d'études scientifiques sur les conditions de logement des personnes âgées issues de l'immigration ont été menées, et aucune en Suisse. En France, Attias-Donfut (2006) a fourni quelques éléments sur la situation du logement selon les origines nationales dans son enquête

sur le vieillissement des personnes immigrées. Outre la variété de situations selon les nationalités, l'étude met en évidence que les personnes immigrées sont surreprésentées parmi les locataires, et notamment parmi les locataires du parc social, du fait de leurs revenus plus modestes (*ibid.*, p. 177). Toujours en France, Meslin (2010) montre que l'absence des personnes âgées immigrées des pays du Maghreb dans les structures gérontologiques s'explique d'abord par des facteurs d'exclusion (préjugés racialisants de la part des bailleurs sociaux), ensuite par des facteurs d'auto-exclusion (statut de refuge des foyers de travailleurs vis-à-vis du monde extérieur qui leur a souvent montré de l'hostilité). Au Canada, selon Mahmood *et al.* (2011), les personnes âgées immigrées résident davantage avec leurs proches et en mode intergénérationnel que les personnes âgées non migrantes. Si le statut de propriétaire était associé à une meilleure santé pour les personnes âgées nationales, cette association n'apparaissait pas pour les personnes immigrées.

Notre article cherche à identifier s'il existe en Suisse des différences marquées entre les personnes âgées nationales et les personnes âgées issues de l'immigration en matière de conditions de logement. Pour réaliser cette étude, nous utilisons les données de l'enquête CIGEV-LIVES Vivre-Leben-Vivere (VLV; CIGEV-LIVES, 2012; Ludwig *et al.*, 2014), menée en 2012 auprès de la population résidente âgée de plus de 65 ans dans les cantons de Bâle-Ville, Bâle-Campagne, Berne, Genève et Tessin. Étant donné que la plupart des personnes âgées immigrées interviewées résident à Genève, Bâle-Ville et Bâle-Campagne (Bâle ci-après<sup>1</sup>) et au Tessin, nous nous concentrons sur ces quatre cantons frontaliers. Aussi, comme les migrations les plus anciennes proviennent essentiellement de l'Europe du Sud (Espagne, Italie et Portugal), nous ne nous intéresserons qu'à celles-ci. D'autres nationalités apparaissent dans l'enquête VLV, mais ne sont présentes qu'en quantité négligeable. Bolzman et Vagni (2015) ont exploité la base de données VLV pour comparer les conditions de vie des personnes âgées immigrées et nationales. Ils soulignent, entre autres, que les logements des personnes âgées nationales incluent plus de pièces en moyenne que ceux des personnes âgées immigrées. Selon ces auteurs, cette inégalité de logement va aussi de pair avec d'autres inégalités en matière de conditions matérielles de la vie. Ces résultats confortent l'intérêt que nous portons à ce sujet.

Les conditions de logement des personnes âgées sont évaluées selon trois critères, à savoir le taux d'occupation du logement (nombre d'occupants par pièce), le statut du logement (propriété, location, etc.) et le confort du logement (biens d'équipement). Ces indicateurs fournissent un premier aperçu du lieu de vie des personnes âgées. Pour des raisons d'espace, nous n'abordons

1 Vu le nombre relativement restreint de répondants immigrés à Bâle-Ville et à Bâle-Campagne, nous les avons regroupés ensemble dans la région élargie de Bâle.

pas ici des questions liées à l'environnement du logement, telles que son accessibilité ou la proximité des proches par rapport à la localisation du logement.

## L'échantillon et la démographie des personnes âgées

En Suisse, rares sont les enquêtes sur les personnes âgées qui incluent des personnes issues de l'immigration dans leur échantillon, ceci pour des raisons financières ou linguistiques. Le résultat est que l'on ne connaît guère les conditions de vie de ces personnes, en particulier des plus vulnérables (Bolzman et Vagni, 2015). Pourtant, la proportion de personnes de nationalité étrangère parmi les personnes âgées ne cesse d'augmenter : en effet, en 2014, selon l'OFS, les étrangers âgés de 65 à 79 ans représentent 14% des personnes de cette classe d'âge, et leur nombre est en constante augmentation. L'enquête VLV a fait un effort particulier pour surreprésenter ces personnes, notamment celles originaires du sud de l'Europe (Espagne, Italie et Portugal), qui ont constitué une partie considérable d'anciens travailleurs immigrés dans ce pays. Ainsi, les questionnaires ont été traduits en espagnol, en italien et en portugais, les associations d'immigrés ont été sensibilisées à l'enquête et des enquêteurs bilingues ont été spécialement formés pour interviewer ces personnes (Kaeser, 2015).

Selon l'OFS, en 2012, parmi les personnes âgées, les Suisses étaient respectivement environ 34 (Berne), 21 (Valais), 16,5 (Bâle), 6 (Genève) et 4,5 (Tessin) fois plus nombreux que les immigrés provenant de l'Europe du Sud. Sur l'ensemble du pays, les Suisses l'étaient 16 fois plus. Cela conforte notre choix des cantons, puisque la part des personnes âgées immigrées y est relativement plus importante.

Notre échantillon est composé de 856 personnes âgées de 65 à 79 ans ayant la citoyenneté suisse, italienne, espagnole ou portugaise et résidant à Genève, à Bâle ou au Tessin. Nous distinguons également parmi les personnes âgées celles qui ont la nationalité suisse mais ont une expérience de la migration. L'accès à la nationalité suisse constitue en effet un processus très long (12 ans de séjour ininterrompu pour ces générations) et socialement sélectif (Studer *et al.*, 2013). On peut donc se demander si ces personnes bénéficient des conditions de logement qui seraient proches de celles de Suisses de naissance.

Grâce aux efforts de surreprésentation effectués lors de l'enquête, à Genève et dans la région de Bâle, on compte, dans l'échantillon, un nombre considérable de personnes âgées immigrées de l'Europe du Sud (immigrées ci-après) par rapport aux personnes âgées suisses de naissance et naturalisées. À l'inverse, au Tessin, notre échantillon surestime la population des personnes âgées suisses.

## Caractéristiques de ménage et logement

Dans notre échantillon, environ un quart des personnes âgées habitent seules dans leur logement. À Genève, cette part est plus élevée chez les personnes âgées suisses de naissance (32%). Les personnes âgées naturalisées suisses et immigrées étrangères sont par contre dans la moyenne de l'échantillon. Dans la région de Bâle, un peu moins du quart des personnes âgées suisses de naissance et immigrées vivent seules. Les personnes âgées naturalisées suisses sont dans la moyenne de l'échantillon (26%). Le Tessin s'écarte plus nettement de la moyenne de l'échantillon. Si, parmi les personnes âgées suisses (de naissance et naturalisées), 22% occupent seules leur logement, cette part est doublée chez les personnes âgées immigrées étrangères. Alors qu'un pourcentage élevé des personnes âgées vivant seules ont le statut d'état civil de veufs(ves) (43%), cette tendance est encore plus marquée chez les personnes âgées immigrées étrangères (50%) que chez les personnes âgées suisses - de naissance et naturalisées (40%).

Globalement, la quasi-totalité des personnes âgées ne vivant pas seules partagent leur logement avec leur conjoint, quels que soient le canton et la citoyenneté. Très peu nombreuses sont celles qui vivent seules avec leurs enfants. Dans tous les cantons considérés, une faible minorité des personnes âgées vivant avec leur conjoint partagent également leur logement avec un ou plusieurs enfants. De même, les personnes âgées résidant avec d'autres membres de la famille son l'exception tant chez les Suisses que chez les immigrées, ce qui contraste avec les observations de Mahmood *et al.* (2011) au Canada.

Si la majorité des personnes âgées estiment avoir un bon état de santé physique et mentale, des différences persistent entre les Suisses et les immigrés. Les personnes âgées suisses de naissance répondent plus souvent avoir une bonne, voire une très bonne santé physique (65%) que leurs contemporains suisses naturalisés (55%) et immigrés (40%). À l'inverse, ces deux derniers sont relativement plus nombreux à déclarer un mauvais état de santé physique (11% et 20%, contre 6%). En ce qui concerne la santé mentale, nous nous référons à l'indice Wang, qui repère un état dépressif en fonction du nombre de symptômes auto-déclarés (Wang *et al.*, 1975). Nous constatons que les personnes âgées immigrées et suisses naturalisées présentent davantage des symptômes d'un état dépressif (28% et 25%) que les personnes âgées suisses (11%). Ces observations suggèrent que le processus de migration en Suisse pour ces générations de migrants a été une épreuve difficile et qui ne s'est pas fait sans conséquence sur leur santé physique et mentale (Bolzman et Vagni, 2015). En effet, les emplois qui leur étaient destinés étaient physiquement pénibles et les conditions de stabilisation des situations de séjour (notamment la naturalisation) étaient contraignantes et éprouvantes (Wanneret *al.*, 2002).

## Statut du logement occupé

La figure 14.1 présente la distribution de la population de personnes âgées de notre échantillon selon le statut d'occupation de leur logement (propriété, location, logement protégé ou logement d'un tiers) et leur citoyenneté.

La distribution diffère, d'une part, entre les personnes âgées suisses et immigrées et, d'autre part, d'un canton à l'autre. Les différences se concentrent essentiellement sur les propriétaires et les locataires. En effet, le nombre de personnes âgées occupant des logements protégés ou vivant avec des tierces personnes est relativement faible, quel que soit le canton considéré. Ainsi, à Genève, si une majorité des personnes âgées sont locataires de leur logement, cela est nettement plus marqué pour celles immigrées. En effet, la part des personnes âgées propriétaires de leur logement est clairement plus importante chez les citoyens suisses que chez les immigrés étrangers. À Genève, l'accès à la propriété apparaît ainsi plus difficile pour les immigrés étrangers. Par ailleurs, le nombre de propriétaires âgés suisses a augmenté de manière considérable par rapport à 1994, puisqu'ils étaient seulement 23 % à posséder leur logement à Genève (Lalive d'Épinay *et al.*, 2000, p. 89).

Fig.  
14.1

L'accès à la propriété semble plus ouvert dans la région de Bâle (probablement grâce à Bâle-Campagne) qu'à Genève. En effet, près de 65 % des personnes âgées suisses de naissance sont propriétaires de leur propre logement et la moitié des personnes âgées naturalisées suisses le sont. Si, parmi les personnes âgées immigrées étrangères, les locataires sont les plus nombreux, la part des propriétaires reste néanmoins relativement importante (43 %).

La situation du Tessin est relativement proche de celle de la région de Bâle, avec cependant des écarts plus importants entre propriétaires et locataires. La majorité des personnes âgées suisses sont propriétaires de leur logement. Si l'accès à la propriété semble plus aisé au Tessin qu'à Genève, il reste relativement limité pour les immigrés étrangers par rapport aux citoyens suisses.

Les personnes âgées immigrées (étrangères et naturalisées) sont ainsi désavantagées dans l'accès à la propriété. Cela s'explique probablement par le niveau moyen de revenus, inférieur chez les personnes âgées immigrées (étrangères et naturalisées) par rapport aux non immigrées (Bolzman et Vagni, 2015). En outre, les personnes suisses de naissance ont pu probablement bénéficier bien plus souvent de l'héritage d'une propriété sur le territoire helvétique que celles d'origine étrangère. Wanner *et al.* (2002) ont abouti à la même conclusion à partir des données du Panel suisse de ménages (PSM), mais sans se focaliser en particulier sur les aînés. Pour une partie des personnes issues de l'immigration, il est probablement plus facile d'acheter un bien immobilier dans leur pays d'origine. En effet, parmi les personnes âgées immigrées étrangères et locataires, près de 40 % sont propriétaires d'un logement dans leur pays d'origine

## Statut du logement

14.1

	Suisse de naissance	Suisse naturalisé	Immigré d'Europe du Sud
<b>Genève</b>			
Est propriétaire de son logement	47%	41	15
Est locataire de son logement	51	57	83
Est locataire d'un logement protégé	0	2	0
Habite chez une tierce personne	3	0	2
<b>Bâle-Ville/Bâle-Campagne</b>			
Est propriétaire de son logement	64	50	43
Est locataire de son logement	34	47	56
Est locataire d'un logement protégé	1	3	1
Habite chez une tierce personne	1	0	0
<b>Tessin</b>			
Est propriétaire de son logement	73	59	36
Est locataire de son logement	25	35	64
Est locataire d'un logement protégé	0	0	0
Habite chez une tierce personne	2	5	0

Source : CIGEV-LIVES Vivre-Leben-Vivere, 2012.

(20% pour les naturalisées). Il semblerait donc qu'une partie importante des personnes âgées immigrées préfère investir dans un logement situé dans leur pays d'origine, probablement plus spacieux et moins onéreux que ce qu'elles auraient pu acquérir en Suisse. Peut-être envisagent-elles de faire des allers-retours entre la Suisse et le pays d'origine, voire, à terme, de retourner dans le pays d'origine (Bolzman *et al.*, 2017). Selon ces auteurs, les aînés immigrés propriétaires d'un logement dans le pays d'origine y séjournent souvent une partie de l'année, mais rarement plus de trois mois, en raison notamment des contraintes administratives (risque de perte du permis de résidence ou d'autres droits). Il est à noter que les personnes qui font des séjours réguliers dans le pays d'origine disposent, en plus de leur logement, d'un meilleur revenu et d'un meilleur état de santé que les personnes âgées immigrées moins mobiles. Par ailleurs, il est vraisemblable qu'une partie de personnes âgées suisses de naissance soient aussi propriétaires d'une résidence secondaire ailleurs en Suisse ou dans un autre pays. Malheureusement, nous ne disposons pas des données pour pouvoir comparer de manière systématique ces populations sur cette dimension.

Nous constatons par ailleurs que la proportion des aînés suisses (de naissance et naturalisés) déclarant avoir une bonne santé physique est approximativement la même qu'ils soient propriétaires de leur logement ou non (65%).

Par contre, les aînés immigrés étrangers affirment relativement plus souvent avoir une bonne santé physique lorsqu'ils sont propriétaires (50 %, contre 35 %). En ce qui concerne la santé mentale, nous observons que si la part des personnes âgées suisses de naissance qui présentent un état de dépression ne change pas selon qu'elles soient propriétaires ou non de leur logement (10 %), plus de différences apparaissent chez les aînés suisses naturalisés et les aînés immigrés étrangers selon qu'ils soient propriétaires ou non de leur logement. Les Suisses naturalisés font relativement moins état de dépression lorsqu'ils sont propriétaires (20 %, contre 30 %). À l'inverse, les immigrés étrangers propriétaires présentent une santé psychique relativement plus fragile que les immigrés étrangers non propriétaires (35 %, contre 26 %).

## Taux d'occupation du logement

La figure 14.2 présente la distribution de la population de personnes âgées de notre échantillon selon le taux d'occupation de leur logement (nombre d'occupants par pièce) et leur citoyenneté. Le taux d'occupation d'un logement indique si celui-ci est sous-occupé (le logement dispose de plus de pièces que d'occupants), strictement occupé (le logement dispose d'autant de pièces que d'occupants) ou sur-occupé (le logement dispose de moins de pièces que d'occupants). Une quatrième catégorie, « occupation indéterminée », est utilisée lorsque le taux d'occupation du logement ne peut être calculé avec précision.

Fig.  
14.2

On sait que les personnes âgées bénéficient en général de l'ancienneté d'occupation de leur logement. En effet, leurs enfants ayant quitté le foyer parental, elles disposent de plus d'espace pour elles. La figure 14.2 confirme cette tendance : les logements occupés par les personnes âgées sont majoritairement sous-occupés, quels que soient le canton et la citoyenneté considérés. Notons cependant qu'à Genève, la part des personnes âgées habitant des logements sous-occupés est nettement plus importante chez les citoyens suisses que chez les immigrés étrangers. Dans la région de Bâle, ce sont les personnes âgées suisses naturalisées qui habitent le plus dans des logements sous-occupés. Au Tessin, la part des personnes âgées suisses de naissance est la plus importante parmi les personnes âgées habitant des logements sous-occupés. La part des personnes âgées naturalisées suisses est proche de celle des personnes âgées immigrées.

Les personnes âgées habitant des logements sur-occupés sont relativement peu nombreuses, excepté peut-être dans la région de Bâle. Comme l'indique la figure 14.2, dans cette région, seules les personnes âgées immigrées vivent dans des logements sur-occupés, mais leur proportion est modeste (7 %).

Nous observons également qu'à Genève et au Tessin, les personnes âgées immigrées étrangères habitent plus souvent que les aînés suisses de naissance des logements ayant autant de pièces que d'occupants. Les personnes âgées naturalisées suisses ont une situation similaire aux Suisses de naissance à Genève et aux immigrés étrangers au Tessin. Pour les personnes âgées qui n'ont pas changé de logement suite au départ de leurs enfants du domicile parental, cela suggère que leurs logements étaient alors probablement densément occupés. Les différences en matière de taux d'occupation s'atténueraient au passage à la retraite. C'était probablement le cas à Genève, puisque si nous comparons le taux d'occupation selon la classe d'âge (65-69 ans, 70-74 ans, 75-79 ans), nous notons que la part des logements des personnes âgées strictement occupés ou sur-occupés diminue légèrement avec l'âge (31 %, 28 %, puis 26 %). Pour les personnes âgées qui ont changé de logement, les observations laissent penser qu'elles ont dû prendre des logements plus petits. Dans ce cas, au contraire, les différences en matière de taux d'occupation s'accroîtraient au moment du passage à la retraite. Une telle situation semble se vérifier au Tessin, où la part des logements des personnes âgées strictement occupés ou sur-occupés augmente avec la classe d'âge (14 %, 20 %, puis 30 %).

Ces différences entre Suisses (de naissance et naturalisés) et immigrés étrangers en matière d'occupation des logements rejoignent celles en matière de propriété. En effet, des recherches ont montré que la densité d'occupation des logements est plus élevée chez les locataires que chez les propriétaires (Krivo, 1995 ; Rosenbaum et Friedman, 2004).

## Confort du logement

Nous nous intéressons ici à une autre source d'inégalité, celle du confort du logement des personnes âgées et qui est déterminée à partir du niveau d'équipement des logements (Fernandes *et al.*, 2017 ; McKenzie, 2005).

Les biens d'équipement qui répondent aux besoins premiers (se nourrir, se laver et se réchauffer) ainsi que la télévision et le téléphone fixe sont présents dans presque tous les logements, quels que soient le canton et la citoyenneté.

Les biens d'équipement les plus inégalement distribués parmi les personnes âgées concernent les moyens de communication modernes, à savoir l'ordinateur et la connexion à internet. Pourtant, en 2012 (année de l'enquête), ces biens étaient déjà présentés comme incontournables dans un ménage bien dans son temps. Ainsi, dans tous les cantons étudiés, si la majorité des personnes âgées suisses sont équipées d'un ordinateur (74 % et 82 %) et d'un accès à internet, il ne s'agit que d'une minorité chez les personnes âgées immigrées étrangères. Les écarts entre personnes âgées suisses (de naissance et naturalisées) et immigrées étrangères en matière de possession d'un ordinateur et d'un

## Conditions de logement et passé migratoire : occupation du logement

14.2

	Suisse de naissance	Suisse naturalisé	Immigré d'Europe du Sud
<b>Genève</b>			
Sous-occupation	93%	92	71
Stricte occupation	6	6	24
Suroccupation	1	2	5
<b>Bâle-Ville/Bâle-Campagne</b>			
Sous-occupation	89	94	84
Stricte occupation	11	6	9
Suroccupation	0	0	7
<b>Tessin</b>			
Sous-occupation	91	78	80
Stricte occupation	7	16	16
Suroccupation	2	5	4

Source : CIGEV-LIVES Vivre-Leben-Vivere, 2012.

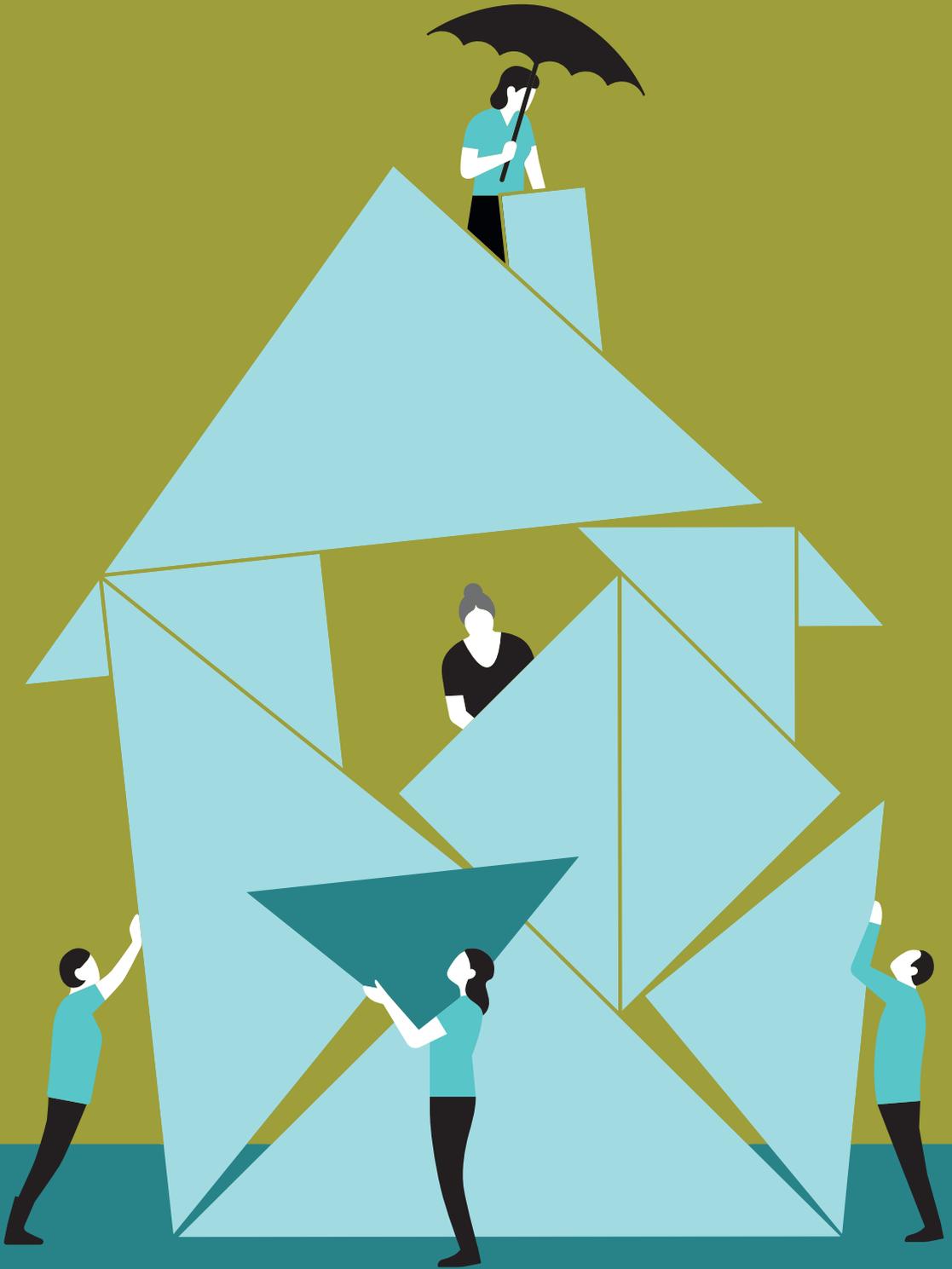
accès à internet sont plus marqués au Tessin, qu'à Genève et à Bâle. En effet, la part des personnes âgées suisses (de naissance et naturalisées) qui disposent de ces biens d'équipement dans leur logement est plus faible au Tessin qu'à Genève et à Bâle. Par contre, la part des personnes âgées immigrées étrangères disposant d'un ordinateur au Tessin est proche de celle à Genève et plus grande que celle à Bâle. De même, la part des personnes âgées immigrées étrangères à avoir accès à internet au Tessin est plus grande que celle à Genève et à Bâle.

Avoir un ordinateur et un accès à internet offre à son utilisateur un moyen confortable pour maintenir des relations sociales avec les personnes vivant dans des lieux éloignés. Les personnes âgées immigrées et naturalisées devraient a priori y avoir plus recours que leurs contemporains suisses de naissance. Or, comme on l'a vu, cela ne semble pas être le cas pour les personnes âgées immigrées, peut-être par manque de moyens ou d'informations. Rappelons que le niveau de formation des personnes immigrées (étrangères et naturalisées) de notre échantillon est plus faible en moyenne que celui des personnes nées suisses (Bolzman et Vagni, 2015). Il serait donc intéressant d'approfondir la question en s'interrogeant sur les raisons pour lesquelles les personnes âgées immigrées sont relativement moins nombreuses à posséder un ordinateur et une connexion à internet.

## Une convergence des conditions de logement à achever

Dans ce chapitre, nous nous sommes interrogés sur les conditions de logement des personnes âgées immigrées du sud de l'Europe, comparées à celles des personnes âgées suisses. Un premier constat est que la grande majorité des personnes âgées disposent d'un logement spacieux. Cela est la conséquence de la taille réduite des ménages, mais également d'un niveau de vie plutôt confortable parmi ces personnes (Lalivè d'Épinay *et al.*, 2000). Cependant, la proportion des personnes âgées immigrées étrangères qui bénéficient d'une faible densité de logement est plus limitée que chez les personnes suisses (de naissance et naturalisées). L'accès à la propriété du logement varie beaucoup selon les cantons, mais les immigrés étrangers âgés sont bien plus souvent locataires que leurs contemporains suisses (de naissance et naturalisés). Cela est probablement à mettre en relation avec la modestie de leurs ressources financières (Bolzman et Vagni, 2015). Enfin, le confort de l'équipement des logements s'est largement diffusé au niveau des sanitaires, tout comme l'électroménager de base et les appareils audiovisuels. Cependant, relativement peu de ménages de personnes âgées immigrées étrangères sont équipés d'un ordinateur et d'une connexion internet. D'une manière générale, les inégalités de statut socioprofessionnel et de revenu pendant la vie active entre personnes nées suisses et personnes immigrées (étrangères et naturalisées) continuent à avoir des répercussions au niveau du logement après la retraite.





# 15 Organiser l'aide lorsque les aînés deviennent plus vulnérables

Ricarda Ettlín

Prendre en compte la vulnérabilité liée au vieillissement est une tâche qui incombe à l'ensemble de la société et qui exige avant tout des offres de soutien personnalisées. Le présent chapitre discute des approches innovantes qui sont mises en œuvre dans le cadre du programme Socius<sup>1</sup>.

## Vulnérabilité et aide à domicile

Avec l'âge, la vie autonome à domicile peut devenir un défi. Les personnes âgées fragilisées ont besoin d'un soutien pour pouvoir continuer de vivre à la maison malgré leur vulnérabilité, c'est-à-dire malgré leurs problèmes de santé, leurs difficultés financières ou leur isolement social (p. ex. suite à la perte de leur partenaire). Cette assistance peut être fournie par le réseau des relations privées (famille, amis, voisins) ou par les pouvoirs publics et les organisations non-gouvernementales (ONG). Il s'agit généralement de la combinaison d'une aide privée et d'une aide publique. Dans l'optique d'une prise en charge optimale des personnes âgées, il faut se poser la question suivante : comment l'aide doit-elle être organisée pour que les offres de soutien parviennent aux personnes âgées vulnérables et soient le mieux adaptées à leurs besoins ?

La vulnérabilité peut être décrite – en termes simples – comme un manque de ressources qui empêche, partiellement ou complètement, la personne concernée de réagir positivement aux facteurs de stress qu'elle rencontre dans son existence (pour plus de détails concernant la notion de vulnérabilité, voir Spini *et al.*, 2017, Gasser *et al.*, 2015). Lorsqu'il n'y a pas de problèmes de vulnérabilité, les ressources sont suffisantes pour assumer de façon autonome sa vie quotidienne et en maîtriser les difficultés. Mais lorsque la vulnérabilité va croissant, les ressources personnelles diminuent ; alors, la vie quotidienne et les tâches ménagères peuvent être des causes de surmenage. Pour des per-

1 Cf. informations sur le programme Socius et les projets réalisés dans le cadre de ce programme à la page internet <https://www.programmsocius.ch/>

sonnes âgées ayant perdu leur mobilité (p. ex. pour des raisons de santé), faire ses courses peut devenir une véritable épreuve.

La figure 15.1 met en évidence les liens entre la situation personnelle (vulnérabilité croissante et conditions de logement) et le système de soutien.

Fig.  
15.1

Il est à noter que la figure 15.1 représente un parcours schématique qui se décline selon de multiples modalités individuelles dans la vie d'une personne. Ainsi, la vulnérabilité n'est pas un processus qui suivrait un cours linéaire. Il peut par exemple survenir des phases de vulnérabilité que la personne parvient à surmonter par la suite.

Les prestations d'aide et de soins à domicile sont des ressources qui sont mises à la disposition de personnes vulnérables dans les domaines spécifiques où leurs propres ressources ne leur permettent plus de gérer leur vie quotidienne de façon autonome. Par l'effet rééquilibrant qu'elles peuvent exercer (Gasser *et al.*, 2015), ces prestations diminuent la vulnérabilité des personnes âgées par rapport à leurs conditions de logement. Lorsque les besoins de soins et d'accompagnement prennent une ampleur telle que les prestations à domicile ne permettent plus d'assurer le soutien intensif qui serait nécessaire (p. ex. une assistance 24h/24), il convient de recourir à une prise en charge en EMS.

Les services de soins aux personnes âgées en institution sont organisées, couvrent un éventail complet de prestations et sont généralement fournies sous un même toit; en outre, leur financement est réglé. Le secteur de l'aide et des soins à domicile peut être décrit comme insuffisamment coordonné. En Suisse, les communes, régions et cantons, qui sont parties prenantes et qui, comme la famille et l'entourage, jouent un rôle essentiel dans la prise en charge des personnes âgées, tentent de remédier à ce problème en facilitant, d'une part, l'accès aux prestations à domicile et en développant, d'autre part, des offres de soins taillées sur mesure pour répondre aux besoins des aînés vulnérables. Ci-après sont exposées quelques-unes des approches possibles qui ont été formulées dans le cadre du programme Socius: aide à l'orientation, coordination et mise en réseau des offres, participation active à l'aménagement de l'environnement résidentiel, sensibilisation des pouvoirs publics et du monde politique.

## Aide à l'orientation – quel soutien est nécessaire et où l'obtenir ?

Les offres de soutien ne peuvent être efficaces que si elles parviennent aux personnes âgées vulnérables. Pour faciliter leur accès aux prestations de soutien, une aide à l'orientation (figure 15.2) est nécessaire. Ainsi, il importe

Fig.  
15.2

de déterminer d'abord, avec les personnes concernées, le soutien dont elles ont besoin, puis de solliciter les prestations adéquates.

## La vie en autonomie peut devenir un facteur de stress lorsque la vulnérabilité augmente

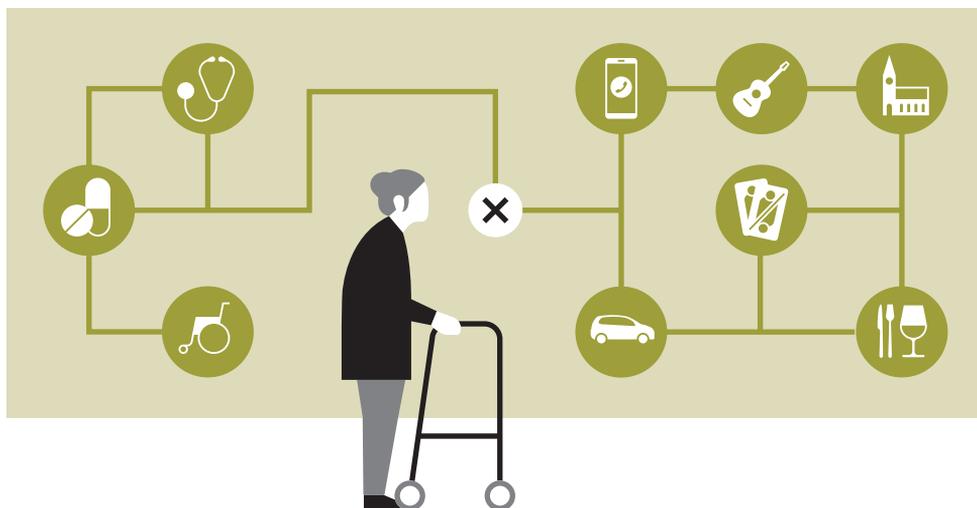
15.1



La vie en autonomie peut devenir un facteur de stress lorsque la vulnérabilité augmente. Les prestations d'aide à domicile peuvent alors aider les personnes âgées à poursuivre leur vie de façon autonome, à domicile.  
Source : représentation propre.

## Vivre à domicile en recourant à des prestations d'assistance : s'orienter dans le paysage de l'offre

15.2



Afin de faciliter l'accès des personnes âgées aux prestations d'assistance, des conseils sont nécessaires, car le paysage de l'offre est souvent complexe.  
Source : représentation propre.

L'aide à l'orientation peut être fournie de diverses manières. Les pages internet et les brochures présentent par exemple une vue d'ensemble des offres à disposition. Dans la pratique, il s'avère toutefois que ce genre de catalogue d'offres, bien qu'important, ne suffit pas à assurer que les intéressés solliciteront ces prestations ou en bénéficieront. Hormis l'information, des conseils sont nécessaires, car les personnes âgées vulnérables et leurs proches ne disposent souvent pas des ressources nécessaires pour pouvoir formuler clairement leur besoin de soutien et organiser ensuite eux-mêmes les prestations adéquates. C'est pour cette raison que sont mis sur pied, en différents endroits et à l'intention des personnes âgées, des permanences ou des centres spécialisés à même d'offrir de tels services de consultation. Ces consultations sociales peuvent compenser des déficits de ressources dans plusieurs domaines (Gasser *et al.*, 2015), et disposent ainsi de possibilités d'action représentant un grand potentiel.

Le financement de ces services de conseil reste un défi. Cette tâche est actuellement assumée par des communes ou des organismes locaux constitués expressément pour soutenir les permanences et centres spécialisés locaux. Le financement durable des permanences doit être compris, en l'occurrence, comme un aboutissement d'un projet, car il n'est généralement pas encore assuré au moment où le projet démarre. Il faut aussi se demander si, par ailleurs les services de consultation, les permanences devraient également assurer l'accompagnement des personnes âgées en organisant et coordonnant les prestations d'aide, c'est-à-dire en assumant la gestion de cas (*case management*).

*Informations et conseils sont indispensables, mais il faut également pouvoir apporter une aide concrète et un soutien pratique.*  
(Projet « Altersarbeit umfassend gedacht – Horgen und Region Zimmerberg »)

Quand elles vivent à leur domicile, les personnes âgées particulièrement vulnérables – de même que leurs proches – sont confrontées à des problèmes et des besoins toujours changeants, qui nécessitent des adaptations constantes du système de soutien. Pour faire face à cette tâche de coordination complexe, elles sont souvent tributaires d'une gestion de cas (*case management*) par des tiers. Une étude réalisée par l'OBSAN (Ebert *et al.*, 2015) montre que le financement des soins intégrés (par le biais d'une gestion de cas) n'est pas résolu de façon optimale dans le secteur sanitaire. La question qui se pose ici est celle de savoir comment financer et organiser une gestion de cas couvrant à la fois l'aspect sanitaire et l'aspect social.

Les centres spécialisés et les permanences doivent collaborer avec les organisations qui fournissent différentes prestations de soutien. C'est à cette seule condition qu'ils pourront informer avec compétence, donner des conseils

pertinents et organiser l'aide nécessaire en coopération avec ces organisations. Lors de la mise en place d'une permanence, la mise en réseau des acteurs locaux est donc très importante. Ce travail de mise en réseau crée en outre des bases qui permettront ensuite d'aborder un autre problème crucial : celui de la coordination des offres de soutien.

## **Un soutien adéquat grâce à la coordination et à la mise en réseau des offres**

Dans l'offre actuelle de soutien aux personnes âgées, notamment dans le secteur de l'aide et des soins à domicile, il existe localement des lacunes, mais aussi, bien souvent, une pléthore d'offres analogues, qui accroît la difficulté d'offrir une aide répondant effectivement aux besoins. Les systèmes de soutien sont constitués d'offres provenant de deux secteurs qui, traditionnellement, ne sont pas coordonnés l'un avec l'autre : la santé d'une part, l'aide sociale d'autre part (Gasser *et al.*, 2015). De plus, les offres destinées aux personnes âgées se sont généralement développées indépendamment les unes des autres. Divers projets Socius se sont donc donné pour but de promouvoir de façon très concrète la mise en réseau et la coordination des offres, que ce soit dans le cadre de la mise en place de permanences, du développement d'une politique vieillesse ou encore d'un projet de travail communautaire, etc. Les projets Socius montrent que le travail de mise en réseau et de coordination implique un processus de négociation de longue durée entre les parties prenantes. Ce processus exige le traitement des questions de concurrence et de conflits d'intérêts, la recherche de nouvelles formes de collaboration et la définition d'objectifs communs.

*S'entendre au sujet d'une notion, d'une problématique, d'une définition, d'une image cible et de certaines procédures est une démarche qui prend beaucoup de temps, mais qui est aussi extrêmement utile : elle aide à rendre gérables des problèmes complexes et à ne pas perdre de vue le fil conducteur. (Projet «BasiviA – Bassersdorf vernetzt im Alter»)*

La mise en réseau des acteurs a de fortes chances de succès, à condition d'être prise en main dès le démarrage d'un projet. Si cette interconnexion réussit, il est possible d'identifier des lacunes dans la palette des offres, de coordonner lesdites offres, d'en créer de nouvelles et d'établir entre elles des passerelles.

Une difficulté particulière tient au fait que, dans les systèmes de soutien aux personnes âgées, le personnel comprend souvent des professionnels et des personnes engagées provenant de la société civile. En matière de collaboration, les professionnels et les bénévoles ont des motivations et des

attentes différentes (Ettlin, 2019; Wehner *et al.*, 2015), ce qui peut rendre difficile la coordination des prestations d'aide. Il faut aussi se demander comment concevoir la répartition des tâches entre bénévoles et professionnels. De quel type d'aide peuvent se charger les bénévoles et à partir de quel moment est-il nécessaire d'avoir recours à un professionnel? Lorsque des personnes âgées deviennent plus vulnérables, c'est-à-dire que leurs ressources physiques et sociales diminuent, elles sont de plus en plus dépendantes d'un soutien par des professionnels (p.ex. en matière de soins). Ainsi, l'accroissement de la vulnérabilité fait généralement émerger la question de la coordination entre les bénévoles et les professionnels.

Une autre difficulté qui se présente concernant la gestion de la palette des offres est celle des contraintes structurelles. Les prestations de soutien aux personnes âgées vulnérables sont régies par plusieurs systèmes de financement aux niveaux communal, cantonal et fédéral. Il existe en outre des bases légales séparées pour le financement des prestations dans le domaine médical et social. Comme les parties prenantes, qu'il s'agisse de l'administration publique ou des ONG, dépendent de ces régimes de financement et de leurs bases légales, la coordination des offres par les acteurs locaux n'est possible que dans les limites autorisées par les contraintes structurelles.

## **Participation active à l'aménagement de l'environnement résidentiel : voisinage et quartiers accueillants pour les aînés**

Un environnement résidentiel accueillant pour les aînés est aussi important qu'un logement adapté à l'âge. Plusieurs projets Socius se sont donné pour but de participer activement à l'aménagement d'un environnement adéquat. D'une part, ils soutiennent la mise en place et l'extension de réseaux sociaux dans l'environnement et, d'autre part, ils contribuent à la conception de structures adaptées aux personnes âgées dans les quartiers. La mise en place et l'extension de réseaux sociaux ont pour but d'accroître les ressources sociales des personnes âgées et de réduire ainsi leur vulnérabilité.

*Pour accéder aux personnes qui ont besoin de soutien, distribuer des papillons ne suffit pas; il faut passer par des personnes de confiance. C'est pourquoi le réseau de quartier mettant en relation les professionnels (p.ex. personnel des soins à domicile), la population et les prestataires de services (pharmacies, drogueries, etc.) est très important. (Projet « Bern: Zuhause in der Nachbarschaft »)*

Les réseaux sociaux sont renforcés au niveau des quartiers, c'est-à-dire dans l'environnement résidentiel immédiat des personnes âgées, en encourageant

la mise en réseau des voisins ou en mettant en place des lieux de rencontre. Concrètement, cela peut consister par exemple à établir un réseau entre les habitants du quartier qui cherchent une aide et ceux qui peuvent la fournir, et à permettre ainsi un soutien informel, notamment pour faire les achats, tondre le gazon et d'autres petites tâches quotidiennes mais néanmoins importantes. Les lieux de rencontre sont de diverses natures et s'adaptent au quartier : de nouveaux centres de quartier peuvent apparaître, des centres de jeunesse existants peuvent s'ouvrir aux activités des personnes âgées, des fêtes de quartier peuvent être organisées. Toutefois, il ne suffit pas de créer des lieux de rencontre ; ceux-ci doivent aussi être « animés », ce qui implique de proposer des activités concrètes, ne serait-ce qu'en organisant des rencontres autour d'un café ou un repas de midi.

Outre la mise en place de ressources sociales dans l'environnement, les projets Socius tendent aussi à mettre en œuvre une conception structurelle des quartiers adaptée aux personnes âgées. Il s'agit notamment d'éliminer les obstacles structurels pour les personnes à mobilité réduite et de mettre en œuvre, dans l'espace et le bâti, des mesures propres à favoriser la mobilité dans le quartier. Un exemple classique, dans ce domaine, est la pose de bancs à des intervalles appropriés pour permettre aux personnes âgées de faire une pause dans leur cheminement. Se promener dans le quartier avec des aînés permet par exemple d'apprendre à connaître le quartier et ses obstacles architecturaux selon la perspective des personnes de cet âge. C'est également un moyen pour favoriser les rencontres, et cela non seulement entre les personnes âgées elles-mêmes, mais aussi entre elles et les personnes (ou autorités) dont l'activité s'exerce dans le quartier. Les expériences réalisées dans le cadre des projets Socius montrent qu'il est généralement avantageux d'associer les acteurs locaux et les autorités aux événements de quartier. Entre les aînés, les acteurs et les autorités se crée ainsi un espace intermédiaire qui offre des possibilités de communication directe permettant d'exprimer ses besoins, de chercher ensemble des solutions concrètes, mais aussi d'expliquer les limites des possibilités d'intervention dont dispose une commune quant à l'aménagement architectural des quartiers.

## **Sensibilisation des autorités et du monde politique**

Les projets Socius ont été lancés par des communes, des associations régionales ou des cantons. Le déroulement des projets montre néanmoins que, lors de leur mise en œuvre, une importance primordiale doit aussi être accordée à la sensibilisation aux questions de l'âge et de la vulnérabilité.

*Information et communication, en mode continu et proactif, avec les décideurs sont indispensables. (Projet «Älter werden im Sensebezirk des Kantons Freiburg»)*

Si les projets sont certes soutenus par des autorités et des acteurs politiques, il n'en reste pas moins que la pertinence de la question de l'âge et de la vulnérabilité est bien souvent méconnue, si ce n'est ignorée, dans la collaboration entre les départements de l'administration. Ces projets – qu'il s'agisse de l'élaboration d'une politique publique vieillesse, de la création d'une permanence, de promenades dans le quartier, de coordination des offres, etc. – donnent la possibilité d'associer à une démarche concrète d'autres responsables en fonction, en leur fournissant l'occasion de se familiariser avec les questions concernant le troisième âge. Les résultats montrent en outre comment aborder ce thème de manière constructive, ce qui ne peut que stimuler ensuite l'engagement en faveur des personnes âgées.

Le travail de sensibilisation exige de procéder d'une manière adaptée à la situation. Cela peut se faire, par exemple, en associant divers services communaux à la mise en œuvre du projet ou encore dans le cadre des délibérations sur le projet et de la prise de décision par le conseil communal. Un compte rendu ciblé à l'intention du monde politique et de l'administration peut également être utile. En vue d'assurer la durabilité des projets du point de vue de leur exploitation, le travail de sensibilisation crée les conditions favorables à une allocation de ressources nécessaires au maintien des structures, des offres et de plateformes de coordination mises en place dans le cadre des projets.

## **Conclusion**

Les personnes âgées vulnérables ont besoin de soutien pour pouvoir vivre le plus longtemps possible chez elles de manière autonome. Actuellement, l'organisation de ces prestations de soutien représente toujours un défi étant donné que la palette des offres de prestations d'aide apparaît fragmentée et peu coordonnée. Dans les quatre champs d'action abordés, il existe diverses manières de répondre à ce défi.

### Aides à l'orientation

Les permanences pour les personnes âgées et leurs proches informent sur les offres de soutien et donnent des conseils quant à la manière d'organiser l'aide requise. À l'heure actuelle, le financement de ces prestations de conseil – et, en particulier, de la gestion de cas (*case management*) – n'est pas assuré, ce qui pose problème en bien des endroits.

Soutien adéquat grâce à la coordination des offres

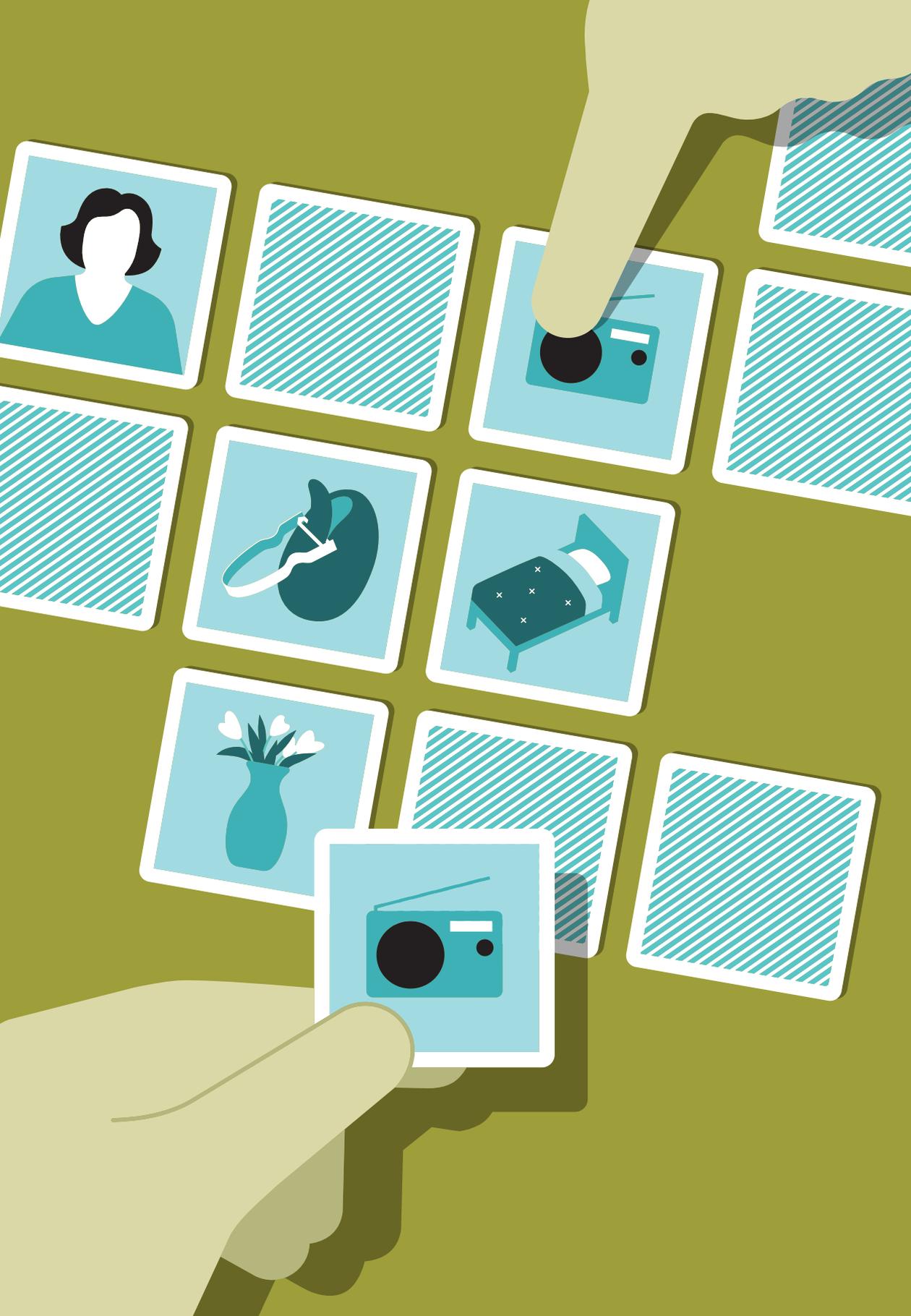
Pour améliorer la coordination et réduire la fragmentation du paysage des offres, certains projets visent à mettre en réseau les acteurs. Dans ces projets, le travail de mise en réseau et de coordination implique un processus de négociation de longue durée entre les différents acteurs, ce qui représente une difficulté importante. Il est impératif de planifier, dès le début du projet, le temps et les ressources financières nécessaires pour ce travail. Il est également avantageux d'aborder franchement la question de la concurrence entre fournisseurs de prestations et de chercher des solutions ensemble. À cet égard, il convient notamment de veiller à la collaboration entre les acteurs de la société civile et les prestataires professionnels.

Participation active à l'aménagement de l'environnement résidentiel :  
voisinage et quartiers accueillants pour les aînés

L'aménagement actif de l'environnement au niveau local permet d'aider les personnes âgées vulnérables à vivre à leur domicile de manière autonome. L'établissement et l'extension de réseaux sociaux dans l'environnement de proximité (voisinage), mais aussi l'aménagement architectural des quartiers sont de précieuses possibilités d'intervention. Un problème consiste dans le fait que, en raison des processus de collaboration qu'implique l'opération, la mise en place de réseaux sociaux prend passablement de temps et requiert d'importantes ressources. Par ailleurs, il s'agit souvent de processus expérimentaux. Il faut donc de la patience, de la persévérance et de la conviction pour prendre en main de tels projets, mais aussi un soutien du monde politique afin de pouvoir disposer des ressources nécessaires.

Sensibilisation des autorités et du monde politique

Afin d'assurer la durabilité des prestations d'aide aux personnes âgées, il importe que le monde politique et les autorités aient connaissance et soient conscients des besoins des aînés. Des projets concrets peuvent renforcer cette prise de conscience. Il convient de ne pas juger de l'utilité d'un projet uniquement sur la base des résultats qui en ont été obtenus, mais également de savoir qui a pu être sensibilisé à ces problèmes et de quelle manière. Le travail de sensibilisation doit par conséquent être compris comme une tâche essentielle au centre de tout projet et doit être réalisé avec tout le soin requis.



# 16 Les colocations : un modèle alternatif de logements pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer

Maurice Avramito et Valérie Hugentobler

Selon la perspective des ressources et du stress, présentée en introduction du présent ouvrage, la maladie d'Alzheimer et les différents troubles apparentés, en dégradant les facultés cognitives des individus, font partie des dimensions qui, d'un point de vue individuel, augmentent la vulnérabilité associée à l'entrée dans le grand âge. Cependant, une grande part de la détérioration de la qualité de vie des personnes atteintes de ces troubles est également d'ordre social. Si l'avancée en âge est bien souvent à l'origine d'un rétrécissement de l'espace de sociabilité de la personne, ce phénomène d'isolement est une constante chez les personnes atteintes de troubles cognitifs. Dès lors, le lieu de vie et l'environnement social apparaissent comme un moyen de compenser en partie les vulnérabilités spécifiques associées à ces troubles. Dans le domaine de la prise en charge des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer, l'organisation de l'espace se voit alors attribuer une fonction très particulière. Selon Powell Lawton, « certains types d'organisation de l'espace peuvent agir comme palliatif exogène aux déficits cognitifs, et permettre une gestion des désordres du comportement (errance, agitation, agressivité, etc.). Ce qui conduit à parler d'architecture prothétique ou adaptée. » Plus la personne est atteinte dans ses fonctions cognitives, plus elle est sensible ou vulnérable aux déficiences de son environnement : moins adaptable elle-même, elle est d'autant plus susceptible d'être affectée par un environnement nocif. C'est pourquoi un aménagement adapté de son environnement, tant en termes matériels que du point de vue de l'organisation et des intervenant-e-s, est susceptible de produire une meilleure adaptation de la personne malade (selon les travaux de Lawton présentés dans Guisset-Martinez, 2004).

Il existe ainsi depuis la fin des années 1970 une réflexion grandissante sur le rôle de l'habitat, afin d'en faire une ressource à même d'augmenter la résilience des personnes souffrant de démences et de diminuer les risques induits par l'isolement social provoqué par leurs troubles. Ces réflexions se sont accompagnées d'expérimentations diverses pour développer de nouvelles

formes d'habitat spécifiquement adaptées à ces personnes et qui ne soient pas des institutions médicalisées classiques. Il s'agit en particulier de combler l'absence d'alternative entre, d'une part, des solutions bien souvent insuffisantes pour permettre un maintien à domicile et, d'autre part, les rythmes de vie peu adaptés pour ces personnes dans les institutions d'hébergement classiques. Ici, on préférera parler d'habitat alternatif (au domicile ordinaire et à l'établissement médicalisé) plutôt que d'habitat intermédiaire (entre le domicile ordinaire et l'établissement); le terme intermédiaire ayant le désavantage de laisser entendre que ces formes d'habitat ne seraient qu'une étape intermédiaire dans un parcours résidentiel entre le domicile et la maison de retraite (Leenhardt, 2017). Or ces structures se veulent de réels lieux de vie alternatifs à l'offre actuelle pour les personnes souffrant de démences (Ennuyer, 2014).

Le propos de ce chapitre est de revenir sur la mise en place récente en Suisse de nouvelles formes d'habitats spécifiques dits alternatifs que sont les colocations pour personnes âgées atteintes de troubles cognitifs, de présenter ces expériences dans leurs spécificités, mais également d'explicitier les limites qui apparaissent à l'aune de l'évaluation de ces premières expérimentations (Hugentobler et Brzak, 2016 et 2018). Afin de les restituer dans leur historicité, nous commencerons par présenter l'histoire du développement du *group living* en Europe (vie en appartement communautaire pour les personnes âgées), puisque ce sont diverses expérimentations originales qui sont à la base des projets qui se développent en Suisse. Cela permettra de comprendre en quoi les projets suisses s'y réfèrent et s'en distinguent, en explicitant les objectifs initiaux et annoncés, et en présentant les quelques évaluations auxquelles elles ont donné lieu. Enfin, il s'agira d'interroger l'absence d'uniformité et de directives politiques à l'égard de ces nouvelles formes d'habitat qui demeurent extrêmement minoritaires (ou à l'état de projets pilotes) quelles que soient les déclarations d'intention (Ettlin, 2016).

## Expérimentations de group living

Les premiers modèles de nouveaux types d'habitats spécialement dévolus aux personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer<sup>1</sup>, et qui ne soient pas des institutions médicalisées classiques, sont apparus à la fin des années 1970. Face aux difficultés de faire cohabiter des personnes âgées souffrant de démences avec les autres résident·e·s des institutions gériatriques, des habitats spéciaux de type petites unités de vie ou colocations ont commencé à émerger. Depuis

1 À cette époque (fin des années 1970), on parlait plus volontiers de personnes « désorientées » pour désigner des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'autres types d'atteintes cognitives apparentées.

lors, divers projets ont essaimé en Europe<sup>2</sup>, s'influençant les uns les autres. Et bien qu'ils ne concernent encore qu'une minorité de personnes âgées, ces divers exemples européens illustrent cette tendance générale à l'innovation en matière de propositions de nouvelles formes de lieux de vie pour une meilleure prise en charge de ces populations en perte d'autonomie. On citera, entre autres, les Cantou (Centre d'activités naturelles tirées d'occupations utiles) et domiciles partagés de type petites unités de vie en France, les Demenz-Wohngemeinschaften (littéralement «habitations à caractère communautaire pour personnes atteintes de démence») en Allemagne, les Group-Living en Suède, ou les Maisons Carpe Diem au Canada (Leenhardt, 2010).

Quelles que soient les spécificités et appellations données à ces différents projets, ils renvoient tous au concept anglo-saxon de *group living*. Ce concept réfère à «des habitats spéciaux de type appartement communautaire, au sein desquels la prise en charge s'effectue autour d'un espace à vivre commun, et qui comprennent en général entre 7 et 12 chambres personnelles» (Colvez, 1994). Ces structures sont nées d'un même constat et participent d'une même vision de l'humain et d'une même volonté : placer la personne fragile qui a besoin d'aide et de soins au cœur du dispositif qui va l'accompagner. Il s'agit de proposer un nouveau domicile à celles et ceux qui ne peuvent ou ne souhaitent plus rester là où ils ou elles habitent, les accueillir dans un véritable lieu de vie adapté à leur condition de santé, dans le respect de leur dignité et de leur position de sujet (Leenhardt, 2010).

Puisqu'il est le premier modèle dont les autres structures en Europe se sont ensuite inspirées, nous présentons les origines et principes qui gouvernent au Cantou. Ce concept est né en 1977 en France au sein de la maison de retraite Emilie de Rodat (Rueil-Malmaison). À cette époque, il n'existait pas d'institutions spécialisées dans la prise en charge des personnes ayant la maladie d'Alzheimer ; la seule alternative à la maison de retraite était un placement en hôpital psychiatrique. Pour le fondateur de ce modèle, Georges Caussanel, «l'organisation de la maison de retraite en système hiérarchisé, technicisé et trop médicalisé paraissait mal adaptée pour accompagner des personnes âgées devenues trop dépendantes» (Bascoul et Eynard, 1993). Ainsi, il s'agissait principalement de répondre à un double problème : la cohabitation de plus en plus difficile, au sein d'une même institution, de personnes âgées souffrant de démences et de personnes plus autonomes, les premières tendant à être rejetées par les secondes ; la confrontation des familles à la détérioration mentale de leur(s) parent(s) âgé(s) vivant à domicile, et les difficultés inhérentes à cette condition. Pour Caussanel, «le fonctionnement institutionnel était en lui-même perturbateur, les personnes âgées subissant un système de prise en charge artificiel et démobilisateur» (Caussanel, 2000). Il proposa un mode de

Fig.  
16.1

2 En particulier en Suède, en France, en Allemagne, aux Pays-Bas et en Belgique.

vie aussi peu institutionnalisé que possible, en remplaçant la notion d'institution d'hébergement par celle de communauté de vie. Faire avec eux plutôt que pour eux : « La référence à la vie des familles dans les fermes d'autrefois [lui] donne la trame à suivre : une famille de dix à douze personnes [...] ; et une salle de séjour qui sert de cuisine – salle à manger et de détente le soir à la veillée autour du feu de cheminée ; une table qui rassemble la communauté. Sur le plan humain, il fallait une mère de famille qui assume la responsabilité du groupe. [...] En transposant cette manière de vivre aux personnes désorientées, voilà comment est né le Cantou » (Caussanel, 2000).

Pensées au départ comme des centres d'accueil de jour, les structures Cantou sont devenues des unités de vie communautaires permanentes de jour et de nuit. Ce concept repose sur deux principes fondamentaux : le principe de *subsidiarité* (« ne pas faire à la place de celui que j'accompagne tout ce qu'il peut encore faire seul »), qui doit permettre le maintien d'une certaine autonomie, d'un sentiment d'utilité et la conservation d'un sentiment de responsabilité sur sa propre existence. Le second principe, celui de *communauté*, est garant de la convivialité et de la solidarité au sein du Cantou. Il concerne aussi bien les personnes âgées qui fréquentent le Cantou que les maîtresses de maison et les familles des résident-e-s (Caussanel, 2000).

L'apparition à Berlin, à l'initiative de la branche allemande des Petits Frères des Pauvres, des Demenz WG avec service de soins à domicile se réfère explicitement au modèle du Cantou français. Après une période d'observation, d'expérimentation, d'évaluation et de théorisation du concept, une ingénierie sociale s'est mise en place pour permettre la diffusion du concept à l'ensemble du territoire allemand. Dans une Demenz WG, sept à dix personnes vivent en colocation, autant que possible dans leur quartier d'origine, et dans une atmosphère familiale. Chaque personne a un espace privé, mais la « *Wohnküche* », cuisine-séjour, réunit les habitant-e-s autour d'activités du quotidien. Accompagné-e-s par le personnel d'un service d'aide et de soins, ils et elles y participent, suivant leurs souhaits, leurs besoins et leurs possibilités. Les proches jouent un rôle central : organisé-e-s en collectif, ils et elles choisissent ensemble le service de soins et sont responsables de l'organisation et du fonctionnement au quotidien de la communauté (Leenhardt, 2010).

Ces expériences de group living ont en commun la volonté de construire des lieux de vie qui vont à l'encontre des principales dérives institutionnelles. Les quelques principes généraux et communs qui gouvernent ces nouveaux types de structures peuvent être synthétisés comme suit :

- › le faible nombre de personnes accueillies, en réaction à l'anonymat des grands groupes ;
- › le maintien dans l'environnement habituel (quartier, village...), en réaction au déracinement et à l'exil ;

1



Pièce à vivre centrale – lieu de vie partagé (historiquement autour du foyer de la cheminée)



Chambre individuelle privative



Visites et participation des proches



Interactions avec l'environnement extérieur : sorties des colocataires dans leur voisinage proche

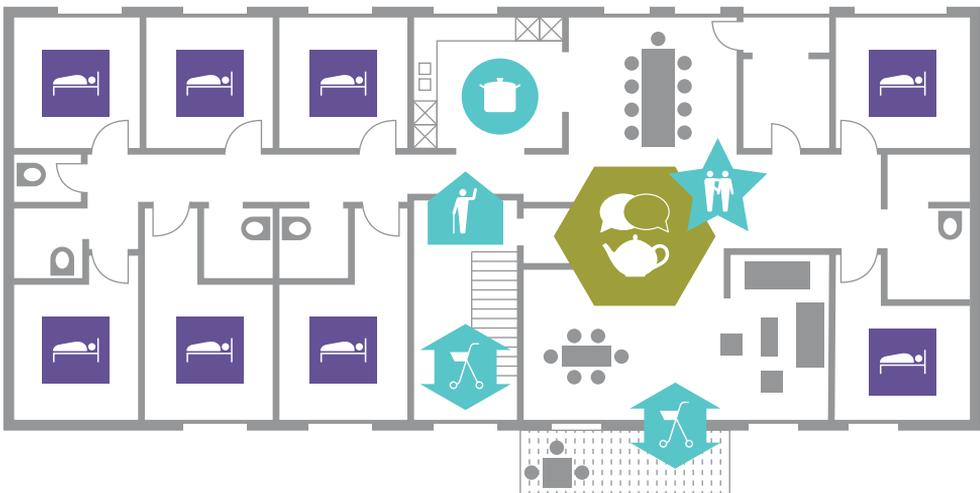


Grande cuisine ouverte et partagée – lieu de vie en commun



Accompagnante de vie

2



Tables/chaises communes



Sofas/fauteuils communs



Terrasse



Toilettes/bains

1) Principe et éléments du modèle « colocations ».

2) Exemple réel tiré de la colocation « Hausgemeinschaft Rissen » à Hambourg.

Sources : 1) Représentation propre, 2) Représentation propre basée sur « Zur Niesen Architekten, Dipl.-Ing. Architekt, Husumer Strasse 15 – 20251 Hamburg » dans : Leenhardt 2010.

- › l'alternance entre lieu de vie individuel et lieu de vie collectif, en réaction à la banalisation des espaces ;
- › la confirmation des liens avec la famille et les proches, en réaction au désinvestissement matériel et au désintéressement affectif ;
- › la participation à la vie quotidienne et l'association aux responsabilités, en réaction à la prise en charge complète et à l'infantilisation ;
- › la coordination des actions des différents partenaires, en réaction aux prises en charge parcellaires et successives ;
- › la prise en compte de l'évolution des handicaps, en réaction aux déplacements successifs ;
- › l'accompagnement jusqu'à la mort, en réaction à la négation de ce moment essentiel d'une vie (Puijalon, 1990).

Ces structures partagent ainsi un positionnement alternatif (à l'établissement et au chez-soi auquel on était attaché), des valeurs (dignité et autonomie de la personne) et un mode d'organisation (adapté à la personne accueillie, à ses souhaits et à ses besoins) qui se réfèrent aux intentions qui furent à l'origine du Cantou.

Fig.  
16.2

### Les initiatives récentes en Suisse : pour ou par les résident·e·s et les proches ?

En Suisse, ces réflexions et initiatives sur les modèles de colocation sont plus récentes et plus rares. Historiquement, la gamme de lieux de vie à disposition des personnes âgées s'y est structurée autour de deux pôles : le domicile et l'hébergement collectif en institution pour les personnes en perte d'autonomie. Le développement ces dernières années de formules intermédiaires ou alternatives s'inscrit dans une volonté politique de mettre à disposition une palette d'offres plus large, qui va des logements adaptés ou encadrés<sup>3</sup> (Hugentobler, 2018) à l'accueil de jour ou temporaire en passant par le renforcement des services d'aide et de soins à domicile et le développement de structures médicalisées spécialisées. Cette diversification a pour objectif une meilleure adaptation aux besoins individuels. C'est dans ce contexte que quelques projets de colocations seniors ont vu le jour depuis une dizaine d'années, mais ils sont généralement le fruit d'initiatives privées et concernent des personnes en relativement bonne santé. Certaines collectivités publiques soutiennent le

3 En Suisse romande, il n'y a pas de consensus sur le terme à utiliser ; si le terme « adapté » recouvre une certaine objectivité factuelle, le qualificatif « protégé » est plus problématique, puisqu'il renvoie à une dimension « protectrice » du logement et à une forme de vulnérabilité ou une vision déficitaire de l'individu, ayant un effet stigmatisant. L'appellation « adapté » ou « encadré » paraît ainsi plus adéquate.

Habitats alternatifs	Institutions classiques
Faible nombre de personnes accueillies	Anonymat des grands groupes
Maintien dans l'environnement habituel (quartier, village...)	Déracinement
Alternance entre espace de vie individuel et espace de vie collectif	Banalisation et indifférenciation des espaces
Confirmation des liens avec la famille et les proches	Désinvestissement matériel et désintéressement affectif
Participation à la vie quotidienne et association aux responsabilités	Prise en charge complète et infantilisation
Coordination des actions des différents partenaires	Prises en charge parcellaires et successives
Prise en compte de l'évolution des handicaps	Déplacements successifs
Accompagnement jusqu'à la mort	Banalisation de ce moment essentiel d'une vie

Les dérives des institutions « classiques » (à droite) auxquelles les différentes formes d'habitats alternatifs (à gauche) souhaitent s'opposer/remédier. Représentation propre basée sur : Puijalon 1990.

développement de logements adaptés, parfois dans une perspective intergénérationnelle ou visant la mixité sociale, mais les lieux plus particulièrement dédiés aux personnes atteintes de démences sont encore rares. Ces dernières années, des projets d'appartements regroupant chacun huit à douze personnes tributaires d'aide et de soins, y compris des personnes atteintes de troubles cognitifs et de démences, dans un cadre qui se veut familial, ont ainsi vu le jour, comme à Bâretswil ou Madiswil (Sidler, 2018). Enfin, on notera encore le projet, en Haute-Argovie, de village<sup>4</sup> pour personnes atteintes de démences, sur l'exemple de *De Hogeweyk* aux Pays-Bas, et qui suscite des réactions variées.

En Suisse romande, l'expérience qui se veut la plus proche des modèles européens de *cohousing* de type appartements *group living* spécifiques aux personnes âgées atteintes de troubles cognitifs sont les deux projets pilotes qui ont vu le jour en 2014 et 2016 dans le canton de Vaud (Hugentobler et Brzak,

4 Il s'agit de transformer l'hospice de Haute-Argovie de Wiedlisbach, dans le canton de Berne, en un village réservé aux malades d'Alzheimer. Il sera composé de petites maisons abritant chacune une dizaine de résident-e-s, réparti-e-s en fonction de leur milieu, qu'ils et elles soient issu-e-s de la ville ou d'une zone rurale. Il sera pensé et décoré à l'ancienne: « Les patients régressent de trente ou quarante ans, voire plus, explique le responsable de l'OPW, Markus Vöglin. Un village qui leur est dédié, avec une organisation de vie telle qu'elle était à l'époque, leur permet ainsi d'être moins déboussolés et plus tranquilles » (*Le Temps*, 3 mars 2013).

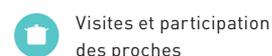
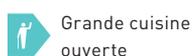
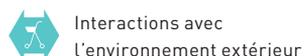
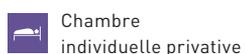
2018). Ces colocations consistent en deux appartements (un à Orbe, l'autre à Yverdon), accueillant chacun six locataires, qui disposent d'une chambre individuelle meublée par leurs soins, ainsi que d'espaces communs (salles de bains, cuisine, grand séjour, balcon ou jardin) leur permettant de partager des activités. Ce concept propose un accompagnement essentiellement social dans la vie de tous les jours (les soins étant proposés par un organisme d'aide et de soins à domicile externe à la colocation) pour favoriser un cadre de vie *comme chez soi*, mais sécurisé et encadré par des accompagnantes de vie. Projets pilotes, les dispositifs de ce type sont encore peu nombreux en Suisse. Lancés à l'initiative de l'Association Alzheimer Suisse, portés par la Fondation Saphir<sup>5</sup> et soutenus par les autorités cantonales, ils ont pour ambition de tester le concept et, le cas échéant, d'en faire à terme la promotion sur l'ensemble du territoire suisse. S'ils s'inspirent du concept des appartements DOMINO en Valais<sup>6</sup>, ces derniers ne sont pas dévolus aux personnes atteintes de troubles cognitifs caractérisés. Ces initiatives partagent avec les structures qui se sont développées en Europe dans les quarante dernières années une prise en charge qui « s'effectue autour d'un espace à vivre commun [...] (où) la vie est organisée autour des activités domestiques par une maîtresse de maison, la structure n'étant pas techniquement médicalisée » (Colvez, 1994). Ces colocations ont ainsi été imaginées pour que les personnes malades nécessitant des soins au long cours puissent continuer à vivre comme on vit chez soi, mais en communauté. Elles s'appuient ainsi sur les deux principales convictions qui animaient les personnes à l'initiative de la création des différents modèles de colocations de ce type en Europe, à savoir « l'inadaptation du rythme collectif inhérent à la vie en établissement d'hébergement pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, à même d'exacerber leurs difficultés et leur mal-être; [et la volonté de] maintenir la place centrale des familles dans l'accompagnement de leur proche, ce que l'organisation des établissements d'hébergement pour personnes âgées ne permet que difficilement » (Puillandre, 2013).

Fig.  
16.3

Ce modèle de colocation Alzheimer, qui s'inscrit dans une réflexion plus globale sur la création de structures alternatives à la prise en charge en institution, répond aussi à une volonté politique. On constate alors la même situation qu'en France, où ces structures sont nées d'abord à l'initiative des pouvoirs publics ou d'entrepreneurs privés, et que Bernard Ennuyer (2014) a « choisi d'appeler les formes d'habitat alternatif *pour*, dans la mesure où ces structures ont été pensées par des concepteurs et des décideurs *pour* les personnes âgées sans jamais vraiment leur demander leur avis », et qu'il oppose à ce que la sociologue Anne Labit (v. Nowik *et al.*, 2016) qualifie, elle, d'habitat

5 [https://www.fondation-saphir.ch/jcms/c\\_5333/fr/colocation-alzheimer-topaze](https://www.fondation-saphir.ch/jcms/c_5333/fr/colocation-alzheimer-topaze)  
6 Pour plus d'information sur le modèle DOMINO, voir : <https://www.cms-sierre.ch/fr/appartements-domino-56.html>

<p>7:00–8:00</p> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 7:00 : départ de la veilleuse et arrivée d'une accompagnante</li> <li>- Transmission des informations de la nuit à l'accompagnante par la veilleuse</li> <li>- Lever des colocataires</li> </ul>
<p>8:00–9:00</p> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 8:00 : arrivée de la stagiaire ou de la deuxième accompagnante</li> <li>- Préparation du petit-déjeuner</li> <li>- Réveil des colocataires</li> </ul>
<p>9:00–12:00</p> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 9:00 (au plus tard) : petit-déjeuner</li> <li>- Programme de la journée en fonction des envies, des soins et de la météo</li> <li>- Soins</li> <li>- Lessive et ménage</li> </ul>
<p>12:00–17:00</p> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Repas de midi préparé par l'accompagnante et les colocataires ou collecté à l'EMS</li> <li>- 13:30–15:00 : calme, sieste</li> <li>- Activités prévues, sorties, visites, etc.</li> <li>- 17:00 : départ de la stagiaire ou de la deuxième accompagnante</li> </ul>
<p>17:00–21:00</p> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Une accompagnante prépare le repas du soir avec l'aide des colocataires si envie</li> <li>- Repas du soir</li> <li>- Préparation au coucher</li> <li>- 21:00 : arrivée de la veilleuse et départ de l'accompagnante</li> </ul>
<p>21:00–7:00</p> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Préparation au coucher</li> <li>- Veille dormante</li> </ul>



Source : Hugentobler, Brzak 2018.

*par*. Imaginé *par* des citoyens qui envisagent une autre façon de finir leur vie à domicile, non plus chacun chez soi et chacun pour soi, mais dans une forme d'habitat collectif partagé. Elle le définit comme étant « un habitat conçu et géré (au moins en partie) par les seniors eux-mêmes et qui privilégie la solidarité entre eux (ou avec d'autres). C'est un habitat qui privilégie la *participation* et le *partage*. L'une des réalisations [...] emblématiques de cet habitat *par* » étant [par exemple] la maison des Babayagas<sup>7</sup> ».

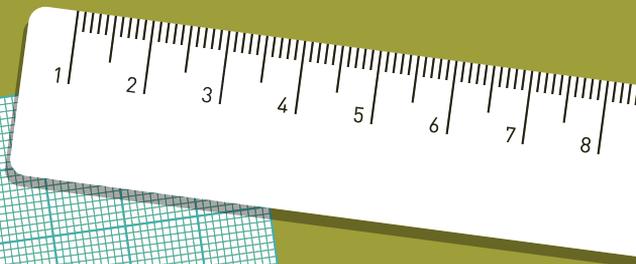
## Conclusion

Ces nouveaux types de logements alternatifs constituent aujourd'hui un marché de niche pour un public spécifique. S'ils sont encore peu développés en Suisse, ils seront vraisemblablement appelés à essaimer au cours des prochaines années, au vu du nombre croissant de personnes atteintes de troubles cognitifs.

Les colocations visent en particulier à encourager les personnes à utiliser le plus longtemps possible leurs capacités et ressources afin de mener une vie au plus proche possible de la vie qu'elles avaient auparavant; à réduire l'isolement social et relationnel grâce à un rythme proche de la vie familiale, tout en intégrant les proches dans un cadre de vie adapté. Or, concernant ce dernier point, si les familles adhèrent à ce type de projets – en grande partie, parce qu'ils semblent conférer un caractère plus acceptable à ce type de structure qu'une entrée en institution –, il apparaît cependant que les proches ont un rapport aux colocations similaire à celui qu'ils et elles auraient à l'égard d'une institution médico-sociale et non d'un domicile privé. Bien qu'elles soient perçues comme de petites unités de vie favorisant des liens personnalisés, les proches ne s'investissent de fait que très peu dans la vie des colocations et ne s'approprient guère ces espaces. Souvent déjà fatigués, ils se déchargent sur les professionnel-le-s; leurs visites et interventions se font généralement ponctuelles. Les proches ne constituent ainsi pas un groupe ni une communauté de ressources, et les familles, qui se connaissent peu, n'expriment pas l'envie de s'investir davantage, laissant le soin aux professionnel-le-s de gérer l'économie des liens. Contrairement à un modèle d'habitat autogéré, l'implication des colocataires et de leurs proches dans la conception et la gestion de la vie quotidienne ainsi que leur participation à la prise de décision y apparaissent limitées.

7 Le projet des Babayagas est celui d'une maison où vivrait une communauté de femmes âgées de plus de 60 ans réunies en association, essentiellement autour du concept de solidarité et de partage. L'autogestion est un de leurs principes de fonctionnement. Ce projet français né en 1999 en région parisienne (Montreuil) a été inauguré en février 2013.

Mais bien qu'ils n'aient pas les caractéristiques initialement escomptées d'un domicile privé et d'une dynamique portée par les colocataires et/ou leurs proches, ces nouveaux logements alternatifs semblent bien remplir leur rôle d'accompagnement pour un public spécifique, et permettent à des personnes d'éviter ou de retarder une entrée en EMS. L'évaluation des colocations vaudoises a en effet démontré une durée de séjour relativement longue (plusieurs années) au sein des colocations, pour des personnes qui, sans cette alternative, seraient entrées en EMS (Hugentobler et Brzak, 2018). Ainsi, elles apparaissent comme un modèle innovant en termes d'accompagnement et de soins, et ouvrent indéniablement des perspectives intéressantes face à l'augmentation croissante du nombre de personnes atteintes de troubles cognitifs en Suisse. Il convient néanmoins de s'interroger sur le terme même de colocation, qui paraît peu adapté pour désigner ces nouvelles formes d'habitat. Il s'agit plutôt de petites structures d'hébergement proposant un accompagnement social au quotidien et intégrant des soins. Ainsi, un référentiel nouveau – mais différent de celui des colocations du type *cohousing* en Suède ou Demenz WG en Allemagne, qui fonctionnent plus comme habitats alternatifs *par* les résident·e·s et leurs proches – devrait qualifier ces nouveaux lieux.



# 17 Évolution, pas de révolution ! L'architecture des EMS vaudois en perspective

Bruno Marchand

Dans l'ouvrage *Des maisons pas comme les autres*, nous avons orienté notre regard d'architecte sur une série d'établissements médico-sociaux (EMS) réalisés dans le canton de Vaud entre 2002 et 2013.

Entre les lauréats des concours qui ont précédé ces constructions, le point de convergence était la conviction qu'elles devraient être conçues comme de *grandes maisons*, comme un dernier lieu de vie ressemblant autant que possible au chez-soi des personnes âgées (ou l'évoquant).

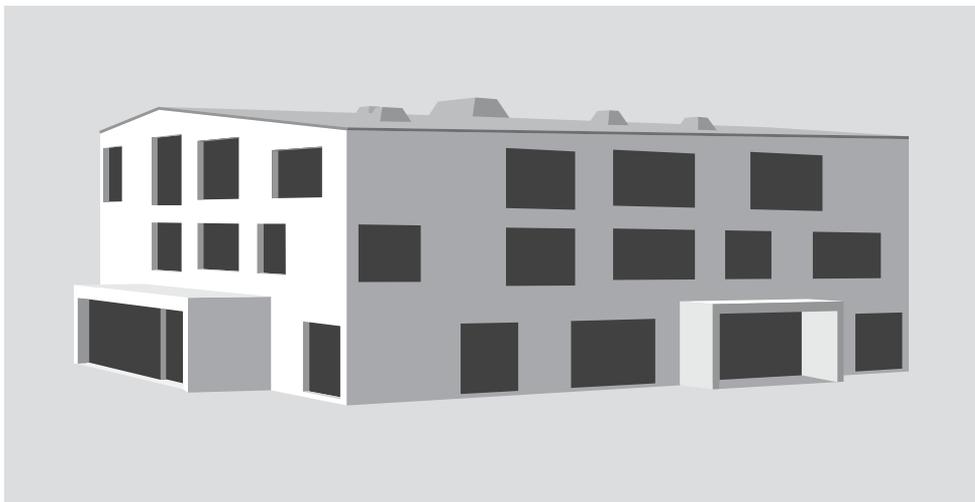
La question n'est pourtant pas simple : comment accorder une dimension domestique prépondérante aux espaces et aux ambiances des EMS, dès lors que ces édifices accueillent un programme hybride, à mi-chemin entre la demeure et un lieu de travail et de soins ? Comment concevoir un chez-soi pour des personnes ayant besoin d'un suivi médical constant et éviter que l'atmosphère hospitalière, avec ses règles et contraintes ne s'impose ?

Notre attention s'est donc concentrée en grande partie sur les efforts déployés par les architectes pour effacer ou atténuer les éléments incontournables qui nous empêchent d'oublier que nous sommes dans des établissements institutionnels : du traitement des abords extérieurs et de la porte d'entrée à l'installation de seuils, du dessin de la fenêtre jusqu'à celui des mains courantes fixées dans les couloirs, traitées subtilement de la même manière que les cadres des portes, à l'image des boiseries existantes dans les anciennes maisons, entre autres.

Nous souhaitons donc partir de l'acquis et des enseignements de cette publication pour essayer de mieux comprendre l'évolution qui a pu se produire ces cinq dernières années. Les Directives et recommandations architecturales des établissements médico-sociaux vaudois de 2003 (Département de la santé et de l'action sociale du canton de Vaud, 2003) se référaient à une vision de la prise en charge du début des années 2000. Sont-elles toujours adaptées aux évolutions d'une population de plus en plus vieillissante ? Depuis 2013, des EMS ont été construits et continueront à être construits. Mais comment ? Des changements notoires sont-ils perceptibles ?



Fig.  
17.1



Exemple de figuration d'une « grande maison » : EMS Contesse, Croy, 2003–2010.  
Représentation basée sur les données de frundgallina architectes.

## Et aujourd'hui ?

L'un des points les plus marquants de l'évolution récente est l'âge toujours plus avancé des personnes qui entrent en EMS. C'est en grande partie la conséquence du vieillissement général de la population, mais aussi celle du souhait des autorités de prolonger autant que possible le maintien à domicile, en d'autres termes de permettre à tout un chacun de vieillir chez soi le plus longtemps possible. C'est ainsi qu'un effort croissant est actuellement porté sur la construction de structures intermédiaires, telles que les logements adaptés et protégés visant à prolonger l'indépendance de vie des gens âgés.

Mais, plus que l'âge, c'est souvent l'état de dégradation physique et cognitive des résidents des EMS qui est ici en jeu. Même si leur durée de séjour dans ce type d'établissements tend à diminuer, il faut prendre en considération cette réalité et affronter les défis qu'elle pose. En effet, « la limite du maintien à domicile et des structures intermédiaires est clairement posée lorsque la personne âgée est atteinte de troubles cognitifs, tels que la maladie d'Alzheimer. À ce moment, un encadrement devient indispensable » (Hagmann, 2013).

On l'a compris, les EMS tendent depuis un moment à se distinguer de l'asile et de l'hôpital. Ils restent cependant des lieux de soins et d'encadrement

médico-social, un fait que l'on a souhaité fortement atténuer au profit d'un concept d'habitation, mais qui risque de s'imposer de plus en plus. Ceci d'autant plus que la capacité d'accueil des EMS augmente, la tendance actuelle étant de construire ou de moderniser des établissements d'une capacité moyenne de 60 à 80 lits. Quelles sont les incidences de cette nouvelle condition de la personne âgée sur la conception des EMS? À l'avenir, cela se traduira-t-il par la création de certains locaux à vocation médicale pour les soins palliatifs? Quel est l'impact sur l'organisation et la teneur des lieux communs et des chambres – le vivre-ensemble (les «rues» et les «places») et les lieux d'intimité des EMS?

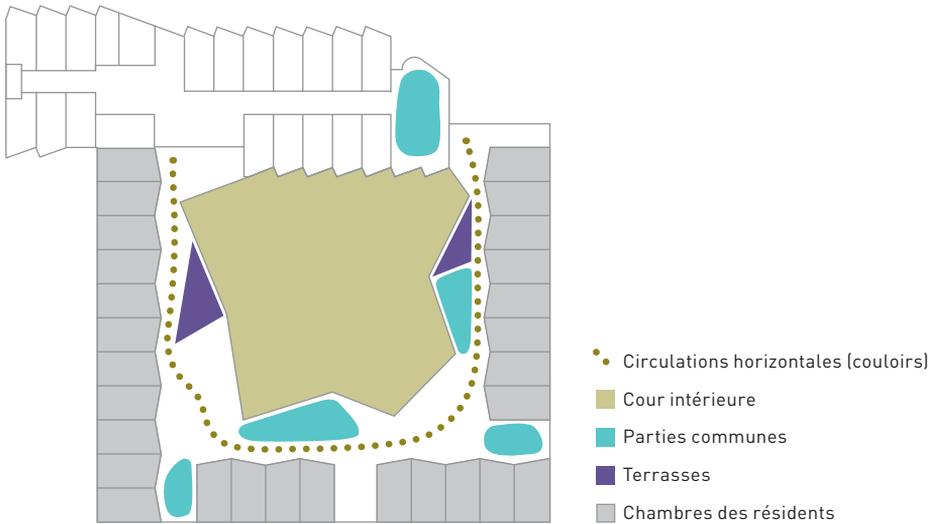
### Vivre-ensemble : les «rues»

Dans notre publication, nous avons assimilé les couloirs à des «rues», selon une analogie avec la ville, car ils représentent «des lieux dynamiques dans lesquels se produisent constamment des échanges. Ce sont des espaces de circulation mais en même temps ce sont des lieux de vie, de rencontre avec les autres» (Menéndez, 2004-2005). Si les «rues» internes des EMS peuvent représenter plus qu'un seul support de mouvement, leur tracé doit pourtant être bien réfléchi : les longs couloirs rectilignes rappelant des ambiances hospitalières doivent ainsi être soigneusement évités, ou du moins raccourcis.

Dans de nombreux EMS analysés dans notre ouvrage, le parcours en boucle était un dispositif prisé par les architectes, du fait que les perceptions varient et que l'on peut diversifier sa géométrie, dilatant ou rétrécissant les espaces, jusqu'à générer des espaces communs. Dans ces configurations, les parcours se terminent parfois par une fenêtre, dont la position exacte doit permettre d'éviter tout type de contre-jour.

Dans certains concours d'architecture récents et projets en cours de réalisation, il est répondu à cette même préoccupation par l'adoption d'une typologie à cour, comme c'est le cas du projet lauréat «Oring» du concours pour l'EMS de Burier (2013), dessiné par le bureau lausannois Dias-Cottet. Situé au centre de cet établissement de 130 lits pour la gériatrie et la psychiatrie de l'âge avancé, un jardin fermé offre un espace commun sécurisé aux résidents, autour duquel s'organisent les circulations horizontales, des séjours et des terrasses contenues dans des façades à la géométrie plissée. Loin du caractère des couloirs, les «rues» deviennent ainsi des supports de déambulation, vitrés et éclairés naturellement – comme dans un monastère –, se déployant en boucle autour du jardin central vers lequel converge la vie sociale et collective (figure 17.2).

Fig.  
17.2



EMS de Burier, projet lauréat du concours 2013.

Plan de la cour intérieure : le couloir est conçu comme une rue et la géométrie zigzagante crée des niches pour les pièces communes. Représentation basée sur des données de Dias-Cottet architectes.

## Vivre-ensemble : les « places »

Quant aux lieux communs – la salle à manger au rez-de-chaussée, les séjours aux étages –, nous les avons identifiés, toujours par analogie avec la ville, comme des « places » qui favorisent la rencontre entre résidents, entre ces derniers et le personnel ou encore les visites. Ce sont des lieux de sociabilité et de rencontre dont l’usage peut en effet être favorisé par l’architecture. La tendance actuelle est d’accorder un soin accru à l’aménagement de ces espaces, qui deviennent aussi plus grands et attractifs pour des résidents dont une grande partie se déplacent difficilement et ont de la peine à franchir les étages – le moindre parcours peut en effet présenter un effort physique conséquent.

En contrepartie, les pièces communes situées au rez-de-chaussée, complémentaires aux séjours des étages, deviennent progressivement plus polyvalentes, regroupant dans un même espace des activités de restauration, d’animation et autres. Cette forme de rationalité ne diminue en rien l’importance de ces espaces : ils représentent toujours un lieu de réunion central pour tout l’établissement et une carte de visite pour l’extérieur, les chambres étant plutôt réservées par les résidents pour recevoir leur famille ou leurs proches.

## Les lieux de l'intimité

*En effet, « pour un résident, la chambre représente avant tout le lieu de l'intimité, du repli et de l'individualité. Pourtant, vu les circonstances particulières, elle est un peu plus que ça. En effet, la chambre dans un EMS est différente de celle d'une maison ou d'un appartement car, tout en ayant un statut privé, elle souffre de l'intrusion de tiers (personnel, visiteurs) en présence ou même en l'absence du résident, notamment pour recevoir des soins ou encore parfois pour accueillir des membres de la famille ou des proches. Il ne s'agit pas non plus d'une chambre d'hôtel ou d'hôpital, car la durée du séjour y est plus longue et le résident l'aménage avec ses effets personnels, voire ses meubles. La chambre en EMS constitue donc un lieu à part, un chez-soi. » (Marchand et Savoyat, 2013)*

Nous avons ainsi attiré l'attention sur l'importance des seuils pour préserver cette intimité et garantir le sentiment d'être chez soi. Dans ce sens, le dessin de la porte qui donne accès à la chambre est essentiel car, comme l'affirme Gaston Bachelard, « une simple porte vient donner les images de l'hésitation, de la tentation, du désir, de la sécurité, du libre accueil, du respect! » (Bachelard, 1957). Composée de boiseries compactes formant une épaisseur tangible, la porte peut constituer un seuil par sa forte présence, et induire un sentiment de confort et de sécurité.

Un autre point soulevé par notre étude concernait la dimension des chambres. En effet, depuis longtemps les architectes qui construisent des EMS demandent à ce que ces surfaces soient plus importantes, pour des raisons de confort et d'aménagement de « sous-espaces » de vie différenciés (recevoir, se reposer, lire, dormir). Or l'un des changements importants qui pourrait être envisagé dans l'évolution de la prise en charge est justement l'augmentation de la taille des chambres pour permettre l'accueil des personnes atteintes se déplaçant à l'aide de moyens auxiliaires encombrants tels que fauteuils roulants, déambulateurs ou cannes, ou encore d'équipements médicaux plus importants.

L'omniprésence de ce matériel dans l'espace de la chambre – aménagée d'habitude avec des objets et meubles qui relient le résident à sa propre histoire – risque d'avoir une incidence sur son ambiance domestique et sur sa capacité à représenter son chez-soi. Il faut donc compenser ce « paysage » interne de nature médicale par une attention accrue portée à d'autres détails, comme le design de la salle de bains – qui doit garantir un usage aisé au résident (avec ou sans accompagnant) – ou encore le contrôle de la lumière et de la vue vers l'extérieur. Tout est dans le détail!

Par sa forme, ses dimensions, sa position spécifique, la fenêtre a une grande empreinte sur l'usage, le caractère et l'ambiance de l'espace de la chambre. Il faut qu'un résident ait la possibilité de regarder vers l'extérieur dans une position horizontale – avec un confort visuel si possible optimal –, mais aussi qu'il puisse ouvrir une fenêtre et avoir un contact physique avec l'extérieur. Dans ce sens, certains projets en réalisation intègrent des ouvrants suffisamment larges qui permettent au résident de s'adosser à une barrière sécurisée et d'apprécier le temps qu'il fait, la force du soleil et du vent, ou alors la musique de la pluie qui tombe.

En effet, aux résidents qui ne peuvent se déplacer et sortir facilement de l'institution, il est essentiel d'offrir un contact direct avec l'environnement. Dans ce sens, on assiste actuellement à l'introduction de balcons collectifs situés dans le prolongement extérieur de certains espaces communs – une véritable pièce supplémentaire permettant, à l'air libre, ne serait-ce que de profiter du soleil ou de jouir de la vue.

## **Le poids de l'entretien**

En plus des points d'évolution que nous avons déjà soulignés dans ce texte, d'autres encore peuvent être évoqués, où la condition fragile des résidents en EMS doit être prise en considération. En effet, les conditions de sécurité, les exigences d'hygiène ainsi que la durabilité de la construction sont des facteurs sujets à une dégradation qui laisse peu de répit aux obligations de maintenance. Le défi dans ce cas étant de choisir des matériaux durables et d'entretien facile tout en veillant à conserver le « caractère domestique » des espaces de vie.

Sur d'autres points, cette pression de l'entretien peut aussi s'avérer dommageable : c'est le cas lors de l'abandon de l'application de couleurs variées sur les murs et les parois – qui permettent de différencier les lieux ou les unités de vie, ou encore de faciliter l'orientation des résidents dans l'espace – au profit d'une uniformisation dans des teintes neutres et blanches, plus faciles à « rafraîchir » après un certain temps d'utilisation.

Or, pour la personne âgée, en perte d'acuité visuelle, auditive et cognitive, l'orientation dans l'espace est un phénomène essentiel. Dans ce sens, on peut regretter aussi l'abandon de l'application de coloris ou de motifs « naturalistes » dans des supports construits (aussi pour l'ambiance festive et gaie des locaux), même si l'expérience montre que ce sont les objets familiers – une photo de famille ou celle d'un animal de compagnie collée sur la porte de la chambre – qui sont les plus efficaces en termes de repérage et d'identification des lieux.

## De l'importance du ressenti

On considère qu'une personne entre dans la grande vieillesse à partir du moment où se déclenchent de façon manifeste des signes de fragilisation de la santé, un besoin accru de soins médicaux et une régression marquée de l'autonomie dans les gestes de la vie quotidienne. De ce fait, la prise en charge de résidents de plus en plus fragilisés est de nature à faire évoluer certains aspects de la conception des EMS. Du fait que «les personnes atteintes de démence ne peuvent que très rarement exprimer leurs impressions sur leur perception spatiale» (Détail, 2012), il semble difficile d'évaluer la réelle perception d'une personne âgée aussi fragile et dépendante.

Des projets en cours de réalisation et certains projets lauréats des derniers concours d'architecture explorent de nouvelles pistes pour répondre aux besoins grandissants des personnes âgées dépendantes de soins. En cela, la modernisation ou la transformation des EMS existants, implantés en milieu urbain, est une réelle opportunité d'explorer de nouvelles solutions et d'introduire de nouvelles activités facilitant les échanges entre les résidents et les habitants du quartier.

Dès lors, il paraît pertinent d'imaginer davantage «une évolution» qu'une «révolution» dans la conception architecturale des futurs EMS, de procéder par une adaptation fine des constructions aux nouvelles contraintes. Car il faut, encore et toujours, convenir que les expériences sensibles, stimulées par un environnement bâti et naturel de qualité, ont une influence positive sur le vécu et le bien-être des résidents.



# 18 Les unités méditerranéennes sont-elles un modèle de soins à suivre ?

Minou Afzali

Pour des raisons socio-économiques et sanitaires liées à leur situation, les migrants âgés sont considérés comme une catégorie de personnes particulièrement vulnérables (cf. Schimany *et al.*, 2012 ; MGFFI, 2010 ; Zeman, 2005 ; Fibbi *et al.*, 1999). En Suisse, cela concerne en particulier les anciens travailleurs migrants qui sont venus principalement d'Italie et d'Espagne après la Deuxième Guerre mondiale (cf. Bolzman et Bridji, chapitre 14 ; Weiss, 2003). Étant donné qu'ils exerçaient généralement des métiers qui les exposaient à de lourdes charges de travail pouvant avoir un impact important sur la santé, leur état de santé est souvent moins bon que celui de la population indigène (cf. Guggisberg *et al.*, 2011 ; Kobi, 2008 ; Hungerbühler, 2007 ; Rommel *et al.*, 2006 ; Bolzman *et al.*, 2004 ; Weiss, 2003). C'est un fait dont il importe de tenir compte dans les services de soins pour personnes âgées. Il y a lieu, en outre, de se demander s'il n'y a pas encore d'autres facteurs à prendre en considération dans la prise en charge des migrants âgés. D'une manière générale, quitter son environnement résidentiel familial pour aller habiter dans un lieu auquel il faut s'adapter en modifiant ses habitudes de vie représente un énorme défi pour bien des personnes âgées. Quitter ses murs peut provoquer un sentiment aigu d'insécurité. Pour le bien-être des intéressés, il est donc important que, dans leur logement, ils soient soutenus dans leur autonomie et qu'ils y trouvent intimité et sécurité (cf. Backes et Clemens, 2008). Il faut également qu'ils puissent établir un lien affectif avec ce lieu de résidence et y compter sur des réseaux sociaux qui les soutiennent (cf. Sugihara et Evans, 2000). C'est dans ce contexte qu'ont été mises en place en Suisse, dans certains établissements médico-sociaux (EMS), des offres de services de soins dits « méditerranéens », spécifiquement destinées aux personnes âgées issues de la première génération de migrants.

## L'aménagement de l'environnement résidentiel

Pour que les anciens migrants âgés et dépendants de soins puissent vivre dans un environnement résidentiel qui soit le plus familier possible, quelques institutions pour personnes âgées, en Suisse alémanique, ont mis en place des unités dites « méditerranéennes ». Ces services sont axés sur les spécificités culturelles de certaines catégories de résidents ; ils sont généralement intégrés au fonctionnement ordinaire de l'EMS et tiennent compte, à différents niveaux, de l'origine des résidents, en ce sens que, par exemple, le personnel soignant parle la langue maternelle des personnes prises en charge, que l'institution sert des repas méditerranéens ou que l'offre socioculturelle est axée sur les attentes spécifiques de ces pensionnaires. Bien que les « unités méditerranéennes » aient aussi suscité des critiques en raison de leur approche ethnocentrique, l'accroissement du nombre des établissements proposant une offre de type « méditerranéen » durant ces dernières années montre que ce modèle répond à un besoin (pour un tour d'horizon de la question, voir Hungerbühler et Bisegger, 2012). L'expérience acquise grâce aux « unités méditerranéennes » peut en tout cas contribuer à l'ouverture multiculturelle générale qui est réclamée pour les institutions régulières offrant des services de soins aux personnes âgées (cf. Hungerbühler et Bisegger, 2012 ; Domenig, 2007). En l'occurrence, la diversité culturelle croissante qui caractérise la population des EMS doit aussi se traduire par un agencement de l'espace et par une organisation appropriée de la vie quotidienne dans l'institution (cf. Koch-Straube, 2007).

L'étude « CommuniCare – Kommunikationsdesign in kultursensiblen Alters- und Pflegeeinrichtungen », subventionnée par le Fonds national suisse de 2013 à 2016, a abordé la question des mesures d'aménagement propres à améliorer le bien-être des migrants nécessitant des soins (cf. Afzali, 2013 ; 2018). Les auteurs de l'étude ont eu recours à des méthodes appliquées en ethnographie – interviews, observation participative – aussi bien qu'aux méthodes visuelles de la recherche en matière de design. Ils ont notamment procédé à des interviews des résidents et du personnel soignant : d'un côté, ceux des « unités méditerranéennes » et, de l'autre, ceux d'une unité ordinaire comprenant aussi bien des personnes issues de la migration que des personnes sans passé migratoire. L'aménagement et l'utilisation de l'environnement résidentiel des personnes prises en charge ont été thématiques de manière à obtenir des réponses aux questions suivantes : quels aspects de l'infrastructure et de l'aménagement concourent-ils à ce que les migrants soient satisfaits de leurs conditions de logement ? Quelles sont les offres socioculturelles et les autres mesures spécifiques qui contribuent à assurer aux résidents un environnement familier ?

Plusieurs des aspects mentionnés relèvent du domaine du *Service Design* une discipline du design qui s'occupe de la conception et de l'aménagement



Les offres et mesures socioculturelles devraient tenir compte des appartenances ethnique et culturelle des résidents immigrés ainsi que de certains aspects de leur histoire personnelle.

Source : représentation propre.

des prestations de services des entreprises ainsi que d'institutions telles que les établissements de santé et les centres de soins. Cette approche s'intéresse essentiellement à certaines questions: les possibilités d'accès à un service spécifique, les expériences que ses utilisateurs ont faites en y recourant, ainsi que leurs propres besoins (cf. Lee, 2011 ; Zomerdijs et Voss, 2010 ; Bate et Robert, 2006). Trois exemples choisis, qui sont présentés plus précisément ci-après, illustrent clairement ceci: les personnes prises en charge sont certes regroupées dans les « unités méditerranéennes » en fonction de leur appartenance ethnique et culturelle, mais certains vécus individuels qui les ont marquées jouent un rôle majeur quant à la façon dont elles reçoivent les prestations offertes et, par conséquent, quant à leur efficacité.

Fig.  
18.1

## Communication dans la langue maternelle

Les institutions pour personnes âgées qui offrent la possibilité d'un encadrement de type « méditerranéen » vantent le fait que les résidents hébergés dans une unité culturelle spécifique sont pris en charge au sein d'un environnement où l'on parle leur langue maternelle. La possibilité de communiquer dans sa langue maternelle est particulièrement importante pour cette génération de mi-

grants, car tous ne sont pas en mesure de parler ou de comprendre l'allemand ou le *Schwyzerdütsch* (cf. Kobi, 2008). Par ailleurs, même pour les personnes qui ont appris le *Schwyzerdütsch* dans leur jeunesse, il peut être important que, dans leurs vieux jours, elles se trouvent dans un environnement leur permettant de communiquer dans leur langue maternelle. Et cela surtout lorsqu'il s'agit de personnes atteintes de démence. En cas de maladie dégénérative, les personnes âgées peuvent en effet perdre la capacité de s'exprimer dans la seconde langue qu'elles ont apprise (cf. Hungerbühler, 2007 ; Valle, 1989).

Dans le cadre de l'étude, la « communication dans la langue maternelle » s'est avérée être une question complexe étant donné que les résidents d'EMS placés dans des « unités méditerranéennes » ne forment en aucun cas un groupe homogène. Les unités culturelles spécifiques sur lesquelles a porté l'étude hébergeaient des personnes âgées d'origine aussi bien italienne que provenant des aires linguistiques hispanophone et lusophone. Dans une unité, par exemple, n'étaient hébergés que des résidents d'origine italienne, alors qu'un autre groupe de résidents était composé de personnes âgées provenant à l'origine de l'Italie, de l'Espagne, du Portugal et d'Amérique latine. Ainsi cohabitent dans ces unités culturelles spécifiques des personnes qui communiquent entre elles dans des langues et des dialectes différents. Les « unités méditerranéennes » sont généralement desservies par un personnel soignant qui maîtrise au moins une de ces langues, mais cela n'empêche pas que surviennent, dans les soins quotidiens, des problèmes de compréhension d'ordre linguistique. C'est ce genre de difficultés qu'a évoqué, par exemple, une infirmière diplômée d'origine italienne qui parlait couramment l'italien, mais non l'espagnol. Lorsqu'elle soignait des résidents d'origine espagnole, il arrivait parfois que ces personnes, se sentant incomprises d'elle, aient des réactions de mauvaise humeur. Dans de telles situations, les membres du personnel « désavantagés » sur le plan linguistique sont tributaires de l'aide de collègues à même de leur traduire ce qu'ils ne comprennent pas. Pour les membres du personnel soignant qui ne maîtrisent aucune des langues parlées par les résidents, c'est un problème qui complique énormément la communication au quotidien.

La communication avec les résidents regroupés dans les « unités méditerranéennes » et avec leur parenté ne s'établit pas seulement en mode oral, mais aussi par écrit. C'est pourquoi les institutions concernées tentent également de faire en sorte que les moyens de communication écrite soient conçus de manière à être aussi compréhensibles que possible pour tous leurs utilisateurs. Elles n'y parviennent toutefois que dans une certaine mesure car, en dépit du fait que la composition culturelle de l'unité soit hétérogène, le matériel d'information, les annonces concernant les manifestations et activités de loisirs ou encore le « menu méditerranéen » ne sont généralement formulés qu'en italien (à côté de l'allemand). Les résidents qui ne maîtrisent ni l'allemand

ni l'italien restent ainsi tributaires d'une aide à la traduction de la part d'autres résidents ou du personnel.

## Les goûts méditerranéens

Un autre aspect qui est mentionné au sujet des unités culturelles spécifiques est le menu. Il est souvent proposé aux résidents des « unités méditerranéennes » une alternative au menu du jour qui, en prétendant faire la part belle aux « goûts méditerranéens », est censée tenir compte des habitudes alimentaires des personnes prises en charge. Ce faisant, on part manifestement de l'idée que ces personnes, bien qu'ayant séjourné en Suisse durant plusieurs décennies, continuent de préférer la cuisine de leur pays d'origine. L'étude a révélé que, pour une part des résidents, il en est effectivement ainsi. Ainsi, quelques résidents d'origine italienne affirment que la cuisine italienne est celle qu'ils préfèrent. En privilégiant leur cuisine nationale, ces personnes se sont en même temps démarquées d'autres habitudes alimentaires (cf. van Holten et Soom Ammann, 2015). Pour les anciens travailleurs migrants, cette façon de se distinguer est aussi un moyen de préserver et de cultiver leur propre identité dans le pays d'accueil (cf. Gabaccia, 2000).

En ce qui concerne les « goûts méditerranéens », l'étude révèle également que les préférences individuelles des résidents sont d'une très grande diversité. Une infirmière a ainsi rapporté par exemple que, dans l'institution où elle travaille, les résidents d'origine espagnole dont elle s'occupe ont une prédilection pour le riz, tandis que ceux d'origine italienne préfèrent les pâtes. Raison pour laquelle le « menu méditerranéen » est conçu de telle sorte que le repas soit accompagné alternativement de riz et de pâtes. Tandis que cette infirmière était persuadée que l'on ne pouvait pas servir de « café complet » aux personnes dont elle était chargée de s'occuper, des membres du personnel soignant affectés à d'autres « unités méditerranéennes » notaient, eux, que les résidents appréciaient également les « goûts suisses » parce que, vivant en Suisse depuis de nombreuses années, ils avaient appris à connaître et à apprécier aussi certaines spécialités suisses, telles que le bircher muesli et la raclette. Que les résidents aiment ou n'aiment pas les mets qui leur sont servis semble ainsi dépendre non seulement du fait que les mets relèvent ou non de la culture culinaire de leur pays d'origine, mais aussi et surtout de la qualité de la cuisine et de la variété des menus. Ces aspects ont été fréquemment évoqués par les résidents interrogés au sujet des repas. Si les résidents se sont plaints de la nourriture servie tous les jours dans l'établissement, leurs déclarations à ce sujet semblaient souvent faire office d'exutoire à une insatisfaction plus générale quant à leur propre situation existentielle.

Il s'est avéré qu'une mesure propre à accroître la satisfaction sur le plan culinaire consistait à associer davantage le personnel soignant et les personnes prises en charge à des travaux en groupe pour la préparation des repas. L'avantage de cette manière de procéder est que les résidents percevaient ainsi, tous leurs sens en éveil, le processus de préparation des repas et que, s'ils le souhaitaient, ils pouvaient même y participer. Les membres du personnel soignant, qui proviennent parfois eux-mêmes des pays d'origine des résidents ou qui ont un lien personnel avec ces pays, s'exposaient au jugement des résidents quant à leurs talents culinaires. Mais ils ont néanmoins souligné le fait qu'ils pouvaient ainsi préparer des spécialités que les résidents connaissaient de longue date. Dans quelques institutions offrant des services spécifiques en fonction des habitudes culturelles des résidents, les repas sont ainsi préparés, à intervalles réguliers, par des membres de la parenté des résidents ou par des organisations bénévoles provenant également des pays d'origine des personnes prises en charge.

## Pratique religieuse

L'étude a également montré que les résidents des «unités méditerranéennes» ont des besoins très différents en ce qui concerne leur pratique religieuse ou leur spiritualité. La majorité d'entre eux appartiennent certes à l'Église catholique romaine, mais le fait de participer à une messe ou à un autre office religieux catholique, de recevoir la sainte communion ou de se confesser répond à des besoins très individuels. Dans les unités culturelles spécifiques vivent aussi des personnes qui n'ont aucune pratique religieuse ou qui appartiennent à d'autres communautés, comme celle des Témoins de Jéhovah. Dans le soutien qui est fourni aux personnes âgées en matière de pratique religieuse ou spirituelle, il importe, là aussi, de tenir compte de leurs besoins individuels.

Dans les «unités méditerranéennes», où s'établit souvent une coopération avec des représentants d'institutions religieuses, l'offre dans ce domaine est essentiellement orientée vers la religion pratiquée par la majorité des résidents. Cette coopération semble surtout être fructueuse lorsque le représentant religieux se déclare prêt à se déplacer par ses propres moyens pour venir au foyer. Car les EMS pour personnes âgées manquent souvent des ressources en personnel qui seraient nécessaires pour accompagner leurs résidents dans une église ou un autre lieu de culte. À côté des messes en langue allemande, les établissements proposant une offre de type «méditerranéen» organisent aussi des messes en italien, qui sont dites par des prêtres catholiques. Ainsi, les résidents dont la mobilité est réduite, qui ne peuvent donc pas quitter l'EMS sans être accompagnés, ne doivent pas renoncer à se rendre à la messe. Outre cette prestation appréciée par de nombreux résidents, il existe également, en

différents endroits, des offres visant à soutenir les résidents dans leur pratique religieuse privée. Selon les déclarations du personnel soignant, certains résidents font part du besoin d'être aidés dans leurs prières personnelles. Toutefois, les membres du personnel soignant ne disposent pas toujours des connaissances requises ou, compte tenu des valeurs qui sont les leurs, ne sont pas tous disposés à assumer cette tâche. Il est donc précieux de pouvoir compter sur la coopération de représentants des communautés religieuses ou de bénévoles. Ces personnes prient par exemple le chapelet avec quelques résidents ou assument un travail pastoral en aidant des personnes âgées dans l'exercice de leur pratique religieuse privée.

## Débat

En Suisse alémanique, il existe à l'heure actuelle six EMS pour personnes âgées qui offrent une prise en charge de type « méditerranéen ». Des critiques reprochent à ce modèle de prise en charge de se focaliser sur le passé ethnique des résidents issus de la migration (pour une vue d'ensemble sur ce sujet, cf. Hungerbühler et Bisegger, 2012) et d'avoir ainsi une approche basée sur une conception désuète de la culture, le groupe ethnique étant défini comme un univers clos et régi par un système de référence culturelle rigide et immuable. En outre, une telle approche présente le risque de faire perdre de vue les expériences vécues des personnes prises en charge et de les faire apparaître comme quelque chose d'étranger et d'exotique. C'est pour cette raison que la constitution d'unités culturelles spécifiques dans les EMS est une solution rejetée par une partie des professionnels et des spécialistes.

Le bien-fondé de ces critiques se trouve partiellement confirmé par les résultats de l'étude « CommuniCare ». L'évaluation des mesures, d'une extrême diversité, qui ont été mises en œuvre dans les « unités méditerranéennes » a montré qu'elles étaient surtout efficaces – c'est-à-dire appréciées et mises à profit par les résidents – lorsqu'au lieu de se focaliser sur une hypothétique identité ethnique et culturelle des personnes prises en charge, elles tenaient dûment compte d'aspects plus individuels et de leur vécu. En même temps, les résultats montrent clairement que ce modèle de prise en charge répond à un besoin de certains migrants âgés et de leur parenté. Autrement dit, dans bien des domaines, les offres répondent à une demande, même si une unité méditerranéenne n'est certes pas le modèle de prise en charge qui peut convenir à tout un chacun. Cependant, elle offre un niveau élevé d'intimité et de sécurité à certains résidents qui, après avoir dû quitter leur chez-soi, se trouvent face à de nouvelles conditions de vie. Ainsi, par exemple, une résidente raconte qu'elle a déménagé pour rejoindre une unité méditerranéenne après avoir dû supporter, dans une unité traditionnelle, les propos xénophobes de certains

En Suisse alémanique, il existe à l'heure actuelle\* six établissements médico-sociaux pour personnes âgées qui offrent une prise en charge de type « méditerranéen » et qui hébergent au total une centaine de migrants âgés :

- › Domicil Schwabgut, Berne ([schwabgut.domicilbern.ch](http://schwabgut.domicilbern.ch))
- › Pflegezentrum Erlenhof, Zurich ([erlenhof.ch](http://erlenhof.ch))
- › Sawia – Stiftung Alterswohnen in Albisrieden, Zurich ([sawia.ch](http://sawia.ch))
- › Alterszentrum Falkenstein, Bâle ([falkenstein.buespi.ch](http://falkenstein.buespi.ch))
- › Pflegeheim Helios, Goldach ([pflegeheim-helios.ch](http://pflegeheim-helios.ch))
- › Senevita Lindenbaum, Spreitenbach ([senevita.ch/de/standorte/lindenbaum](http://senevita.ch/de/standorte/lindenbaum))

\* D'après les recherches effectuées 2018 par l'auteure.

autres pensionnaires. Une autre résidente a également dû déménager parce qu'elle était atteinte de démence. Une infirmière rapporte que, lorsqu'elle résidait encore dans une unité traditionnelle, elle ne parlait presque jamais et n'entretenait que très peu de relations avec les autres pensionnaires; elle se serait vraiment épanouie et remise à participer à la vie communautaire après avoir emménagé dans l'unité méditerranéenne. Ces exemples montrent bien que le fait de vivre dans un EMS doté de structures spécifiques propres à la culture des personnes prises en charge peut avoir des effets positifs sur le bien-être et l'état de santé des résidents.

Indépendamment de la question de savoir si les unités méditerranéennes sont ou ne sont pas des solutions d'avenir, il convient de relever que l'expérience qu'elles ont permis d'acquérir en matière de prise en charge des migrants âgés est précieuse et qu'elle mérite un débat et une évaluation approfondie, en particulier pour les institutions classiques qui veulent améliorer la prise en charge des migrants. Ce serait une opportunité manquée que de ne pas tirer profit de ces acquis, notamment dans le domaine de l'offre socioculturelle.





# 19 Assurer la « qualité de la fin de vie » dans les EMS

Eva Soom Ammann, Corina Salis Gross et Gabriela Rauber

Bien que les structures d'accompagnement médico-sociales permettent de plus en plus facilement de s'occuper des personnes très âgées et dépendantes de soins à leur domicile privé, les EMS ne sont pas pour autant une forme de logement obsolète (cf. notamment Curaviva, 2016). Dans les cas où les besoins de soins, d'assistance et de soutien sont élevés, les EMS assurent une prise en charge continue 24h/24. De plus le fait que les soins de base en EMS sont garantis à vie par les caisses maladie et les prestations complémentaires a un effet égalisateur pour les personnes présentant certaines vulnérabilités liées à leur parcours de vie. Dans le contexte de l'EMS, la vulnérabilité apparaît essentiellement du fait que la personne est très dépendante de l'assistance et des soins, de l'asymétrie qui s'ensuit dans les relations de soins ainsi que de l'imminence de la fin de vie. Les résidents entrent de plus en plus tard en institution ; ils sont souvent atteints de multimorbidités complexes, et la durée de leur séjour, jusqu'au décès, y est de plus en plus brève. Avec l'hôpital, l'EMS est le lieu de décès le plus fréquent des personnes âgées. Bähler *et al.* (2016) indiquent par exemple que, sur un groupe assez important d'assurés âgés de 85 ans et plus, 38 % sont décédés à l'hôpital, 39 % dans un EMS et 23 % à leur domicile. Certains résultats de recherche récents (cf. Bachmann *et al.*, 2017) montrent que les personnes qui décèdent dans un EMS sont surtout des femmes, des personnes vivant seules (ou célibataires) ainsi que des personnes à faible statut social ou sans enfants.

Les EMS tendent ainsi de plus en plus à devenir des *mouroirs* dont le personnel accomplit un *travail mortuaire* (« *death work* » ; Sudnow, 1967). Ce personnel assume un rôle décisif en ce qui concerne les modalités du décès, car de nombreuses personnes très âgées, notamment parmi celles mourant dans un EMS, ont une capacité d'agir et de communiquer très limitée. La prise de conscience de cette fonction de *mouroir* s'est accrue ces dernières années et les EMS se préoccupent de savoir comment offrir à leurs résidents une « bonne qualité de fin de vie ». Le développement des soins palliatifs a renforcé cette tendance et des protocoles professionnels ont été établis suite à de larges débats sur la question de la *qualité de la fin de vie* dans les sociétés occidentales contemporaines.

## L'enjeu du droit de choisir sa propre mort

L'un des principaux défis à relever dans les EMS est la mise en œuvre d'un idéal d'autodétermination dans leur approche de la mort, selon les principes développés dans le domaine des soins palliatifs (p.ex. OFSP et CDS, 2012). Dans les sociétés modernes plurielles, l'autodétermination occupe une place centrale parce que la diversification des croyances et pratiques entraîne également des conceptions variées de ce que peut signifier une « mort digne ». Il s'agit également d'un défi pour les EMS, car ces organisations présentent les caractéristiques d'une « institution sociale totalitaire » (Goffman, 1961) : tous les actes ordinaires de la vie se déroulent en un seul lieu et sous une seule autorité (l'institution), les résidents mènent leur vie entourés de *camarades de fortune*, la journée étant marquée par une structure fixe et des règles que détermine l'institution sur la base d'un plan rationnel (Kostrzewa et Gerhard, 2010, p. 36). Les EMS ont donc tendance à intégrer les processus et les événements dans une routine quotidienne, à établir des standards implicites (Sudnow, 1967) et, par conséquent, à développer des pratiques institutionnelles et professionnelles de routine en matière de renonciation à l'acharnement thérapeutique (Schneider, 2014). Cela devient particulièrement manifeste lorsque les conceptions sur la notion de qualité de fin de vie sont remises en question par des résidents ou par leurs proches (Soom Ammann *et al.*, 2016).

Notre projet de recherche « Fin de vie et diversité dans les EMS » portait sur la conception de la mort dans de tels établissements et s'intéressait au rôle qu'y joue la diversité sociale croissante. Grâce à une observation directe par les enquêteurs, comprenant leur participation sur le terrain, les pratiques quotidiennes dans deux EMS de Suisse alémanique ont été examinées ethnographiquement pendant neuf mois, entre 2012 et 2013 (Soom Ammann *et al.*, 2016; Soom Ammann *et al.*, 2018; Rauber *et al.*, 2019).

### « Bonne fin de vie » et « renonciation à l'acharnement thérapeutique »

La façon dont est perçue la notion de qualité de fin de vie dans notre société a fait l'objet de recherches approfondies sur les plans historique et sociologique (p.ex. Ariès, 1980; Hart *et al.*, 1998; Kellehear, 2007; Hahn et Hoffmann, 2009; Zimmermann *et al.*, 2019). La modernisation a vu les idéaux qui entourent la notion de qualité de fin de vie passer d'un tableau où la mort est socialement enracinée et fait partie intégrante de la vie – soit dans les familles et les communautés rurales prémodernes – à celui de la société moderne, où son apparence est retranchée du théâtre de la vie quotidienne et cantonnée dans des institutions spécialisées (Ariès, 1980; Hahn et Hoffmann, 2009). Puis dans

la société actuelle dite « modernité réflexive », elle est passée à un tableau où la question est ouvertement débattue et considérée d'un point de vue très individualisé (Bonss et Lau, 2011 ; Green, 2008 ; Macho et Marek, 2011). Justifié par le fait que l'espérance de vie s'est considérablement allongée, le décès des personnes très âgées par suite de maladies dégénératives est aujourd'hui devenu la norme, si bien que la fin de vie se présente sous un visage plus prévisible et donc plus apte à entrer dans le cadre d'une planification (Kellehear, 2007). Comme l'avance par exemple Schneider (2014), la conception de la mort procède fondamentalement du milieu social, raison pour laquelle elle doit de plus en plus être abordée dans une optique d'autodétermination, étant donné l'individualisation et le pluralisme des valeurs sociales (voir aussi Salis Gross, 2001 ; Soom Ammann *et al.*, 2016).

Un aspect de la question de la mort qui reste important dans les sociétés occidentales concerne le rôle adjugé à cet égard aux institutions professionnelles telles que les hôpitaux, les centres de soins palliatifs et les EMS (Hahn et Hoffmann, 2009). Celles-ci ont connu des évolutions divergentes. Alors que la mort a toujours été omniprésente – mais sans que cette réalité fasse l'objet d'une réflexion très poussée – dans la routine des EMS, les hôpitaux sont devenus des institutions extrêmement spécialisées vouées à la convalescence et à la prolongation de la vie, où la mort est ramenée à une défaillance institutionnelle (Sudnow, 1967 ; Glaser et Strauss, 1968). Le secteur des soins palliatifs a par ailleurs exigé qu'une place de plus en plus importante soit faite à la mort et au deuil, de même qu'il a soulevé expressément la question de savoir comment définir une bonne qualité de fin de vie et comment adapter, en conséquence, sa structure institutionnelle. Alimenté par les diverses branches de la médecine spécialisée sous la notion de soins palliatifs, ce débat est en cours aussi bien dans le domaine des soins de santé primaires qu'au niveau politique et dans les médias.

Ces développements ont produit une certaine acception normative de la notion de qualité de fin de vie, soit l'idée d'une mort individuée, vécue dans la dignité parce que placée sous le signe de l'autodétermination, à laquelle le sujet se prépare moralement et matériellement (Hart *et al.*, 1998 ; OFSP et CDS, 2012). S'agissant de prolonger la vie à tout prix, les mesures biomédicales qu'il est souvent possible d'appliquer à cet effet sont remises en question quant à leur sens, l'accent étant mis sur l'allègement de la souffrance et le maintien de la qualité de vie de la personne durant la dernière phase de sa vie.

La notion de qualité de fin de vie (Hart *et al.*, 1998 ; Dresske, 2005) en tant que conception normative dominante s'applique cependant principalement à un certain type de patients : les personnes d'âge moyen qui souffrent de maladies incurables comme le cancer, auquel cas il est possible d'établir des pronostics et de prévoir la progression de la maladie, ce qui amène à la perspective de se préparer à la mort (p.ex. Kellehear, 2007). En outre, pour

pouvoir influencer sciemment et de manière autodéterminée sur la fin de sa propre vie, des ressources considérables sont nécessaires, surtout en termes de connaissances et de compétences en matière de communication (Schneider et Stadelbacher, 2012), mais également de ressources économiques et sociales. L'idée d'une bonne qualité de fin de vie est un idéal qui s'est imposé surtout dans les sociétés laïques, anglo-saxonnes et protestantes (Walter, 2012). Cependant, elle n'est pas nécessairement partagée par toutes les personnes impliquées dans le processus (Soom Ammann *et al.*, 2016). Ceci vaut également pour les EMS, où le processus de décès se déroule généralement dans des conditions qui cadrent difficilement avec cette norme de la « mort dans les meilleures conditions possibles ».

### **L'EMS, univers de vie et de mort pour les résidents et lieu de travail pour le personnel soignant**

Une grande partie des EMS en Suisse s'efforcent de procurer à leurs résidents un environnement qui soit le plus semblable possible à un chez-soi, en mettant par exemple à leur disposition des chambres équipées d'un mobilier correspondant à leurs choix personnels. Des zones conçues de manière fonctionnelle et axées sur les soins et les traitements médicaux sont mises à l'arrière-plan au profit d'espaces aménagés pour la vie courante (p. ex. cuisine, salle de séjour) ou axés sur les services (p. ex. restaurants, zones de bien-être ; cf. Kostrzewa et Gerhard, 2010). Des espaces ayant le plus possible un caractère privé sont ainsi créés pour permettre aux résidents d'y passer leur vie quotidienne. Pour les membres du personnel, par contre, l'EMS est un lieu de travail, un espace formel et public dans lequel ils évoluent, conformément à leurs obligations professionnelles, aux contraintes organisationnelles et aux normes de la protection sociale fixées par l'État. Ils y accomplissent un travail pour lequel ils sont rémunérés ; mais ils quittent ce lieu dès la fin de leur journée de travail. Selon Ahrendt (2012), l'EMS peut être défini comme un espace semi-public dans lequel la vie privée et la vie publique s'interpénètrent et dont les limites deviennent floues. Même l'espace le plus privé, la chambre individuelle, est une sphère très vulnérable dans laquelle le personnel soignant et d'autres professionnels peuvent entrer à tout moment pour des actes de soins, pénétrant parfois jusque dans l'espace le plus intime, le lit et le corps-même de la personne.

En même temps, un EMS est aussi un système social en espace fermé. Des personnes de l'extérieur ont certes le droit d'y entrer – hall d'entrée, cafétéria et réfectoire sont en général libres d'accès toute la journée –, mais elles pénètrent dans un univers étranger dont elles ne connaissent pas les règles implicites. Ceci est nettement perceptible dans le comportement des visiteurs non professionnels ou semi-professionnels, par exemple des bénévoles, qui

ne passent pas le seuil entre le corridor semi-public et la chambre privée de manière aussi routinière que les professionnels qui, eux, le franchissent tous les jours. Il en est de même de la part des proches et des membres de la famille, qui se meuvent avec hésitation ou qui ont un comportement inadéquat aux yeux du personnel soignant, car ils ne savent pas clairement quel endroit est privé (p.ex. la chambre de la personne qu'ils visitent), quels lieux ils peuvent légitimement occuper (p.ex. l'entrée ou la cuisine-séjour) et dans quels lieux ils n'ont pas à pénétrer (p.ex. la salle d'infirmierie). L'ambiguïté de l'espace semi-public se reflète au niveau des interactions et des relations, qui oscillent entre le formel et l'informel (Rauber *et al.*, 2019). Les résidents, confrontés à ces ambiguïtés, doivent pouvoir compter sur la sensibilité et le comportement réfléchi et professionnel du personnel soignant pour ne pas être trop rudoyés dans leur sphère privée. Ce fragile équilibre, aspect marquant de la vie dans un EMS, fait toutefois l'objet de la plus grande attention de la part des personnes qui y vaquent régulièrement à leurs occupations de manière compétente et créative (Rauber *et al.*, 2019; van Holten et Soom Ammann, 2015; Soom Ammann *et al.*, 2018).

L'EMS est donc, en soi, une forme de logement qui s'accompagne, pour les résidents, d'une importante vulnérabilité, non seulement en regard de la fragilité liée à leur âge et à leur état de santé, mais également en ce qui concerne leur sphère privée. Nous avons cependant pu constater dans les EMS une vive sensibilité à cet égard. Étant donné que ces établissements s'occupent de leurs résidents sur une assez longue durée et que, quotidiennement, les résidents et le personnel soignant passent leur vie et leur journée de travail ensemble, des rapports interpersonnels peuvent s'établir, ce qui permet aussi de mettre en place des stratégies individualisées (Rauber *et al.*, 2019).

## **Partir et laisser partir : critères distinctifs de « qualité de la fin de vie » dans le contexte d'un EMS**

Pour les personnes très âgées qui vivent dans un EMS, il est fréquent que le fait de mourir, en tant que point final acceptable d'une longue vie, soit intrinsèquement considéré comme une bonne qualité de fin de vie : il est « temps d'y aller », comme le disent souvent les personnes concernées. La tâche des soignants consiste, selon le consensus, à « laisser partir » les résidents mourants, à leur permettre de partir plus facilement, sans intervenir de manière intempestive.

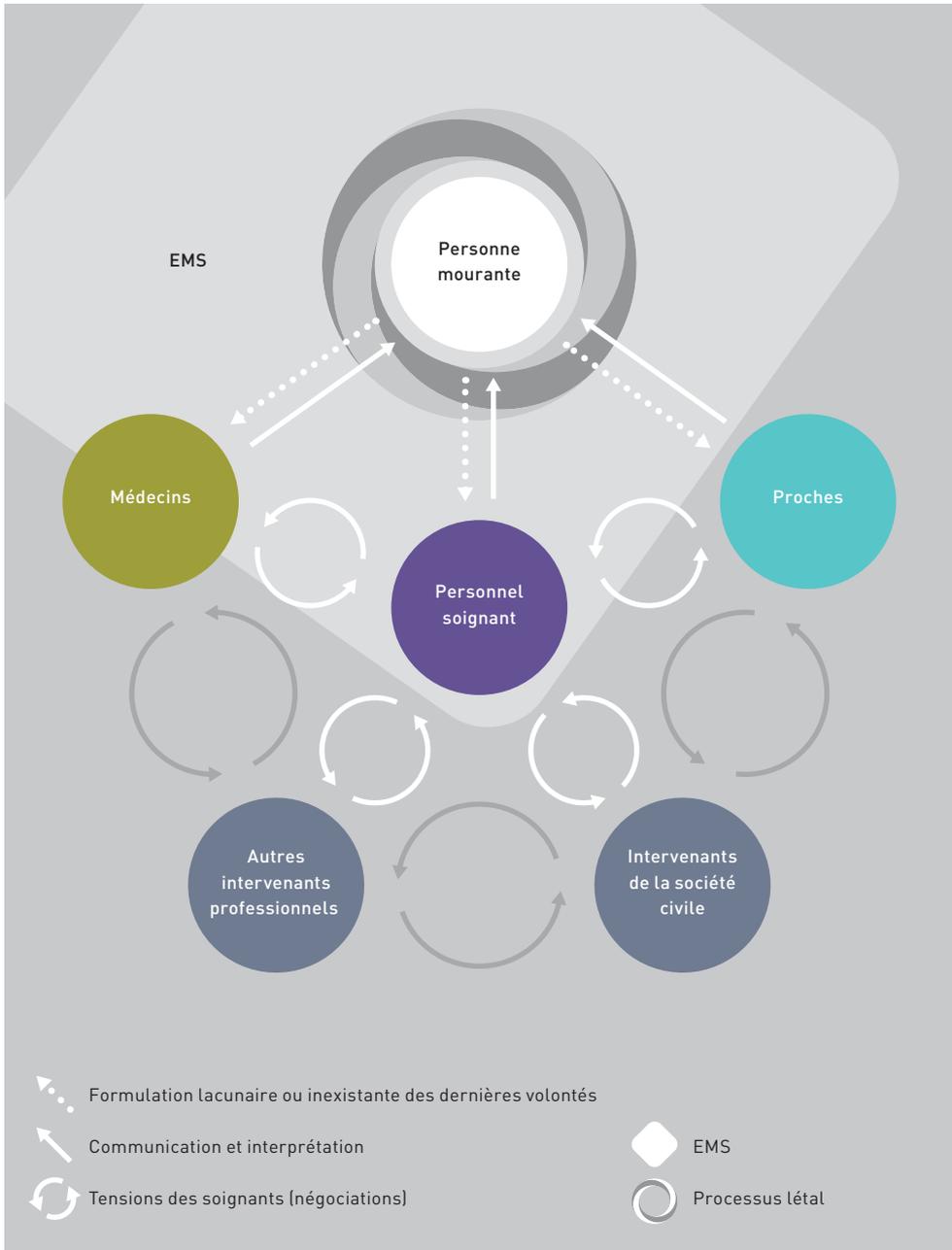
Cependant, le processus de la mort commence souvent de façon floue dans l'EMS, et se déroule souvent lentement et sans participation active de la personne mourante. En outre, l'expression des dernières volontés dans les EMS est (encore) rare et les conversations à ce sujet – ne serait-ce que dans l'objectif de prendre en considération la vulnérabilité particulière dans laquelle

se trouvent les personnes qui vivent en EMS – sont rarement amorcées de façon explicite par l'organisation. Lorsqu'il évalue les besoins des personnes potentiellement mourantes en matière de soins et d'assistance, le personnel s'appuie sur l'interprétation de signes subtils, par exemple sur la question de savoir si les liquides sont avalés ou non, ou comment la personne réagit aux voix et à des stimulations tactiles. Pour déterminer s'il y a lieu, par exemple, d'informer les proches, d'interrompre l'administration de médicaments et de réduire le nombre de soins corporels, d'ordonner une hospitalisation ou d'y renoncer, on utilise des valeurs et des interprétations empiriques fondées sur des discussions informelles antérieures avec les résidents ou sur des informations peu documentées. Le personnel soignant doit donc, dans une large mesure, se baser sur des interprétations pour savoir, dans une situation donnée, comment agir dans le sens du résident.

Ces interprétations sont elles-mêmes subordonnées à une interprétation de la notion de « bonne qualité de fin de vie », et le principe de l'autodétermination dans le passage de la mort, devenu norme, est une référence répandue dans le secteur des soins. Cependant, il est souvent peu aisé de répondre à la question concrète de savoir ce qu'est exactement l'autodétermination, et surtout s'il est pertinent de la qualifier sur la base de critères aussi limités. Ainsi, les interprétations restent contestables. Les soignants peuvent avoir chacun une lecture différente des circonstances et en tirer des conclusions divergentes. De plus, toute décision prise – quelle que soit l'importance de ses conséquences – en ce qui concerne une tierce personne en fin de vie n'en reste pas moins une intervention dans le processus de sa mort. On en revient donc toujours à la question de l'influence. Elle est analysée et traitée différemment dans chaque cas, en particulier dans celui où le processus de la mort, selon les sentiments des personnes impliquées, ne correspond pas à leur définition d'une « bonne qualité de fin de vie ». Il est souvent difficile d'évaluer dans quelle mesure ses propres actions ou celles des autres ont contribué au décès ou peuvent même être interprétées comme des agressions. De telles questions ayant des répercussions durables, elles seront prises en compte par les soignants dans l'approche future du processus de la mort (Salis Gross, 2001). Il subsiste toujours une incertitude quant à savoir si la mort est survenue dans des conditions acceptables, notamment du fait que les intéressés – c'est-à-dire les défunts – ne peuvent plus fournir d'informations à ce sujet et qu'il n'y a aucune possibilité de répéter le processus de la mort en y apportant des améliorations.

Bien que le personnel soignant axe son activité professionnelle sur l'objectif d'une fin de vie dans les meilleures conditions possibles, cet objectif peut pourtant entrer en conflit avec d'autres conceptions. C'est ce qui se produit souvent lorsque des proches intensifient leur présence dans l'EMS afin d'accompagner, le cas échéant, la personne qui va mourir. Leur présence et leurs comportements individuels dans le contexte de la mort

Fig.  
19.1



Lorsqu'une personne est limitée dans sa préparation (autodétermination) face à la mort, d'autres personnes doivent interpréter ce qu'elle considèrerait comme une « bonne qualité de fin de vie ». Une telle situation nécessite des processus de négociation. Source : représentation propre.

proche peuvent perturber les habitudes intimes et routinières de la vie quotidienne de l'EMS et contrarier le personnel soignant. Réclamer l'hospitalisation de la personne concernée ou effectuer des visites trop fréquentes peuvent mettre à mal le principe de l'autodétermination et la règle consistant à « laisser en paix » la personne en fin de vie. Il arrive aussi que la pratique qui consiste à ne plus « forcer » le mourant à se nourrir soit considérée par ses proches comme une forme de négligence et interprétée dans le sens d'une volonté de le laisser mourir de faim ou de soif. Sur le fond de la question, il est aussi concevable de mettre en cause le principe selon lequel le décès doit effectivement relever de l'autodétermination ou si ce ne sont pas d'autres instances qui en décident (ou participent à la décision) : la médecine, une instance divine, le destin.

### Négocier et soutenir

Un décès est une situation très sensible et singulière à laquelle, dans notre société, un profane se trouve rarement confronté. Il n'y a ainsi guère de réflexions ayant trait aux diverses conceptions de ce que signifie, pour d'autres personnes, une « bonne qualité de fin de vie », de même qu'à la conscience des différentes façons dont les personnes impliquées agissent sur cette fin de vie. Plus les sociétés sont pluriculturelles et plus les approches de la mort sont diverses, plus il est important que quelqu'un en prenne la responsabilité. La caractéristique de la modernité réflexive à cet égard est que les mourants devraient assumer eux-mêmes le choix de ces modalités, sous la bannière de l'autodétermination. Les résidents d'EMS qui sont très âgés et multimorbides ne sont guère en mesure de le faire. Devant agir, de par la loi, comme les représentants thérapeutiques, les proches ne sont pas non plus expérimentés à cet égard. La théorie sociologique de la modernité réflexive désigne ce phénomène comme une surcharge de la responsabilité individuelle (Schneider, 2016). Les médecins y contribuent eux aussi, en ce sens qu'ils ne conçoivent plus leur rôle comme celui de « demi-dieux en blanc ». C'est pourquoi, dans les EMS, l'agencement des modalités de la fin de vie est implicitement délégué aux membres du personnel soignant. C'est à eux, en premier lieu, de veiller à ce que la fin de vie se déroule le mieux possible – et cela pour toutes les personnes impliquées –, dans des situations à chaque fois inédites et qui concernent toujours des résidents considérés individuellement.

Pour les EMS et leur personnel, il est dès lors essentiel de mener en permanence une réflexion et des débats quant à la nécessité d'assumer l'approche d'un décès et aux possibilités d'assurer une bonne fin de vie aux résidents. Car, vu les prémisses de l'individualisation de la mort et de l'autodétermination, le fait de vouloir assurer une bonne fin de vie aux résidents de l'EMS peut

être compromis pour toutes les parties prenantes, et cela non seulement pour les résidents et leurs proches, mais également – et de façon réitérée – pour le personnel soignant. Les exigences implicites d'adaptation auxquelles doivent répondre les soignants rendent très astreignant leur travail dans l'EMS. Il importe dès lors, en connaissance de cause, de rendre patente la singularité de « laisser partir » et de thématiser les défis que cet acte implique. Cela nécessite des espaces de réflexion et de recherche de consensus qui permettent de prendre en compte les processus de décès passés et à venir. Les EMS doivent consacrer encore davantage d'efforts à la mise en place de mesures de ce genre.



# Partie 3

## Synthèse



# Logement des personnes âgées – aperçu des différences entre régions linguistiques

François Höpflinger

L'enquête sur le logement menée en 2018 avec le soutien de Age-Stiftung et de la Fondation Leenaards montre que la majorité des bénéficiaires d'une rente de vieillesse en Suisse estiment que leur situation financière est bonne, voire très bonne. À cet égard, on observe toutefois des différences selon la région linguistique: en Suisse alémanique en particulier, la situation financière de la population est favorable. En Suisse romande et surtout en Suisse italienne (Tessin, vallées du sud des Grisons), les valeurs sont nettement inférieures et davantage de personnes âgées se plaignent d'une situation financière difficile. Même après vérification d'autres facteurs déterminants (accession à la propriété, niveau de formation, taille du ménage, structure par âge), les différences selon la région linguistique demeurent statistiquement significatives. D'après les résultats des enquêtes de l'Office fédéral de la statistique (2017a) sur les revenus et les conditions de vie, c'est également au Tessin que le risque de pauvreté est le plus élevé, tandis que la satisfaction à l'égard de la situation financière est la plus forte dans la région de Zurich et la plus faible au Tessin. Les locataires âgés estimant que le coût de leur logement est trop élevé sont plus nombreux en Suisse italienne que dans les deux autres régions linguistiques. Tandis que 13% des locataires âgés de 65 ans en Suisse alémanique jugent le coût de leur logement trop élevé, la part correspondante est de 15% en Suisse romande et de 27% en Suisse italienne. Dans toutes les régions linguistiques, ce sont surtout les locataires résidant en région urbaine qui se plaignent du coût trop élevé de leur logement.

Des différences sont perceptibles non seulement sur le plan financier, mais également concernant quelques aspects relatifs à la santé. En effet, il est frappant de constater, par exemple, que les personnes âgées en Suisse italienne sont davantage affectées par des limitations dans leurs activités quotidiennes que les personnes du même âge vivant dans les deux autres régions linguistiques. Une enquête effectuée en 2017 a également montré qu'il y a, en Suisse méridionale, davantage de personnes âgées ayant besoin d'aide à cause de problèmes de santé qu'en Suisse alémanique (Merçay, 2017, tableau 6.121). Si

L'on examine la situation de plus près en comparant les régions linguistiques, on constate toutefois qu'en Suisse italienne, les difficultés consécutives à un mauvais état de santé touchent surtout des personnes dont le niveau de formation est bas ou moyen, mais qu'en revanche, les différences selon les régions linguistiques disparaissent chez les personnes au bénéfice d'une formation de degré tertiaire.

Dans le cadre de l'enquête sur le logement (2018), ce sont les intervieweurs qui, lors de leur visite aux personnes interrogées, devaient porter une appréciation sur la qualité de l'environnement résidentiel immédiat (zone calme riche en espaces verts, zone calme pauvre en espaces verts, logement situé à proximité immédiate d'une route bruyante). Il est évident que les nuisances sonores sont plus importantes dans les villes qu'à la campagne. Or, étant donné qu'en Suisse alémanique relativement moins de personnes âgées vivent en ville que dans les deux autres régions linguistiques, c'est plutôt en Suisse romande et surtout au Tessin que l'on trouve le plus grand nombre de personnes âgées gênées par le bruit du trafic. Seule une minorité des retraités tessinois vivent dans une région calme et riche en espaces verts. Par contre, la part de ceux dont le logement est situé à proximité immédiate d'une route bruyante est relativement élevée (Suisse italienne: 29%; Suisse romande: 16%; Suisse alémanique: 12%). Le trafic pendulaire transfrontalier ainsi que le tourisme engendrent de lourdes nuisances en Suisse méridionale.

Une comparaison entre les régions linguistiques montre que l'attachement au lieu de résidence est un peu plus faible en Suisse romande qu'en Suisse alémanique. Mais il est également frappant de constater que cet attachement est très fort en Suisse italienne, alors que l'environnement résidentiel y est plutôt jugé objectivement moins bon et que la satisfaction quant à de nombreux aspects de l'environnement résidentiel y est moindre que dans les deux autres régions linguistiques. C'est là le reflet de la situation socioculturelle spécifique des régions de langue italienne, notamment du Tessin: du fait de la proximité de la frontière et pour se distinguer culturellement de l'Italie, l'accent est fortement mis, dans ces régions, sur les identités locales, que l'on prend soin d'entretenir. Cet attachement aux valeurs locales est probablement encore renforcé par le statut des italophones en Suisse, qui y sont minoritaires.

Toutefois, la satisfaction quant à divers aspects de l'environnement résidentiel y est en même temps moindre que dans les deux autres régions linguistiques. Les personnes retraitées de langue italienne sont par exemple moins satisfaites des possibilités d'achats (en particulier dans les régions rurales et les vallées latérales), des transports en commun ou de la sécurité routière, et se plaignent plus souvent des nuisances sonores. Ainsi, pour se rendre à la station de transport public la plus proche ou pour aller faire leurs emplettes, les personnes âgées doivent parcourir de plus longues distances en Suisse italienne que dans les deux autres régions linguistiques. Par contre,

l'attachement au voisinage apparaît nettement plus fort en Suisse méridionale que dans les deux autres régions linguistiques. À la question de savoir si elles sont étroitement liées à leurs voisins, 72% des personnes âgées interrogées répondent par l'affirmative en Suisse italienne, contre 64% en Suisse romande et 58% en Suisse alémanique. En revanche, après vérification d'autres facteurs déterminants (accession à la propriété, nombre de pièces, situation financière, etc.), la satisfaction générale concernant le logement ne varie pas selon la région linguistique.

Les standards généraux en matière de logement varient peu selon la région linguistique. Dans toutes les régions, les personnes âgées qui vivent dans un logement où il y a davantage de personnes que de chambres sont en très faible proportion (1% ou moins), alors que la situation où le nombre des chambres est le même que celui des résidents est un peu plus fréquente (Suisse alémanique: 3%; Suisse romande: 7%; Suisse italienne: 14%). La part des personnes qui estiment que leur logement est un peu ou beaucoup trop petit est minime (entre 3% et 7% selon la région linguistique). En Suisse alémanique et en Suisse romande, les personnes âgées qui estiment que leur logement est accessible en fauteuil roulant sans aucune restriction sont plus nombreuses qu'en Suisse italienne, où l'accessibilité du logement en fauteuil roulant est plus souvent jugée restreinte. En Suisse méridionale, les personnes interrogées relèvent beaucoup plus fréquemment que dans les deux autres régions linguistiques la présence d'obstacles potentiels dans les cuisines trop exigües, les toilettes et les salles de bains ou de douche. Dans 40% des cas en Suisse alémanique et en Suisse italienne, il n'est possible d'accéder au logement qu'en montant un escalier. Ce problème concerne un peu plus de 30% des personnes interrogées en Suisse romande, l'accès sans escalier ou par une rampe y étant plus répandu.

Concernant la prédilection pour un logement situé à proximité de membres de la famille, on constate de nettes différences entre la Suisse méridionale et les autres régions du pays: dans les régions de langue italienne (Tessin, vallées du sud des Grisons), on observe toujours un fort attachement aux valeurs familiales et l'on constate que de nombreuses personnes âgées font grand cas de la famille. En outre, l'orientation vers la famille est plus prononcée chez les personnes âgées disposant de peu de ressources et ayant un faible niveau socio-économique (peu d'instruction, précarité financière). Les personnes très âgées (85 ans et plus) sont également davantage intéressées à la proximité de leur parenté, car l'assistance et le soutien par des membres de la famille est ainsi plus facile à organiser. Par contre, si l'opinion selon laquelle les femmes sont davantage axées sur la famille que les hommes apparaît pertinente en Suisse méridionale, ce n'est pas le cas dans les deux autres régions linguistiques. La cohabitation avec des enfants adultes est en réalité une situation d'exception dans toutes les régions linguistiques. Seule une faible minorité des personnes

de 65 ans et des personnes âgées vivent dans un ménage de plus de deux personnes (Suisse alémanique : 5% ; Suisse romande : 8% ; Suisse italienne : 13%).

On observe également quelques différences selon la région linguistique quant à l'appréciation des options de logement à l'avenir : en Suisse italienne, les répondants jugent plus positivement un bon voisinage et un habitat composé de plusieurs générations que, par exemple, en Suisse alémanique. Par contre, dans toutes les régions linguistiques, les formes d'habitat collectif – sujet donnant lieu à de vifs débats dans les médias – n'entrent en ligne de compte que pour une minorité de la population âgée actuelle et les opinions concernant les collectifs d'habitat pour personnes âgées varient plutôt en fonction de l'âge ou de la génération que de la région linguistique. Dans toutes les régions linguistiques, ce n'est également qu'une minorité de personnes âgées qui manifestent une attitude fondamentalement positive à l'égard des EMS. La Suisse italienne est la région où les formes de logement comprenant un encadrement en matière de soins sont le plus souvent jugées positivement. À l'inverse, la Suisse romande est la région où les formes d'habitat axées sur les soins rencontrent le moins l'adhésion (ce qui tient aussi au fait que, dans plusieurs régions de Suisse romande, la forte expansion des soins à domicile a encore contribué à une dévalorisation sociale des établissements de soins). On note également de nettes différences selon la région linguistique dans les réponses données par les personnes interrogées à la question de savoir si elles se sont déjà annoncées (par précaution) à un EMS. Ainsi en Suisse alémanique, où davantage de personnes âgées vivent en EMS que dans les autres régions linguistiques, le taux d'inscription est plus élevé : 26% des répondants âgés de 85 ans et plus se sont déjà inscrits dans un EMS, contre 13% seulement en Suisse romande. Mais les formes de logements avec assistance destinées aux personnes vivant à domicile sont aussi plus répandues en Suisse romande qu'en Suisse alémanique, où – à la différence de ce qui se fait en Suisse romande – les prestations de services à forfait ne sont fournies que lorsqu'apparaissent de graves déficiences fonctionnelles. Il s'ensuit que l'éventail de l'offre de prestations est aussi plus large. En conséquence, les coûts mensuels moyens des prestations de services indiqués par les répondants en Suisse alémanique sont de 508 francs, contre 248 francs en Suisse romande et 246 francs en Suisse méridionale.

En matière de logement des personnes âgées, on peut conclure, dans l'ensemble, à quelques différences significatives selon la région linguistique. Les éléments importants à cet égard sont aussi bien les conditions économiques (situation financière plus précaire des retraités tessinois, qui sont aussi plus souvent incommodés par le bruit de la circulation) que les caractéristiques sociopolitiques (développement des soins ambulatoires et des formes de logement assisté en Suisse romande). À cela s'ajoutent des différences d'ordre linguistique et culturel, par exemple quant à l'importance attachée à la famille

et aux rapports de bon voisinage. Bien que toutes ces différences soient statistiquement significatives, elles ne sont toutefois pas très prononcées, d'où la nécessité d'une certaine prudence dans leur interprétation. Pour ce qui est du logement des personnes âgées, les inégalités sociales (selon le revenu, le régime de propriété ou le niveau de formation) sont nettement plus prononcées et plus importantes que les différences selon la région linguistique.



# Conclusion

Valérie Hugentobler, Dario Spini

Au fil du temps, la situation des personnes retraitées en Suisse s'est, de manière générale, plutôt améliorée, y compris en matière de logement. Depuis la première enquête sur le logement en 2003 (Höpflinger, 2004), la satisfaction globale en matière de logement n'a cessé de croître et 88% des personnes interviewées lors de cette dernière vague en 2018 se disent très contentes de leurs conditions d'habitat – et ces résultats positifs sont également relevés pour les personnes vivant en institution médico-sociale. Cette appréciation favorable est liée autant au logement lui-même – son confort, le fait qu'il procure un sentiment de sécurité ontologique – qu'aux bonnes relations de voisinage, à la qualité de l'environnement ou encore à un fort sentiment d'attachement à son lieu de vie. Ces éléments sont fortement corrélés à la durée de séjour dans le même lieu : la mobilité résidentielle à la retraite (considérée dans ce rapport au sein de la Suisse) restant peu importante, la durée moyenne du temps passé par les interviewés dans leur lieu de domicile actuel est ainsi élevée (34 ans pour les 65-74 ans et plus de 40 ans pour les plus de 74 ans). Le choix de la mobilité résidentielle reste dès lors une réalité pour une minorité de retraités et, chez les plus âgés, elle correspond le plus souvent à une mobilité non choisie et non planifiée, souvent contrainte par une dégradation de l'état de santé, et entraîne une entrée en établissement médico-social.

Néanmoins, cette amélioration générale ne devrait pas occulter le fait que l'habitat reste un enjeu de taille pour certains publics, en particulier pour celles et ceux que l'on peut qualifier de plus vulnérables. Les moyennes ne disent en effet rien (ou pas grand-chose) de la diversité des situations individuelles des personnes âgées face au vieillissement. Les inégalités socio-économiques, liées parfois au parcours migratoire, mais également celles relatives à la santé ont une influence prépondérante tant sur l'accès au logement que sur la qualité de l'habitat dans la vieillesse. Ainsi, la qualité du logement, sa taille, son environnement, son confort et le degré de satisfaction qui y sont liés sont étroitement corrélés avec le niveau de revenu et les ressources socio-économiques à disposition. L'enquête a ainsi par exemple démontré que la qualité de l'environnement varie fortement en fonction de la situation financière ; les plus aisés vivent plus systématiquement dans des régions plus calmes et bénéficiant d'espaces verts, alors que ceux qui ont moins de ressources vivent dans des environnements généralement plus bruyants. Les personnes dont le niveau

économique est limité vivent encore de manière significativement plus élevée dans des logements peu adaptés au vieillissement, sont plus souvent locataires que propriétaires, et ont donc peu de latitude pour adapter leur logement, mais également peu de probabilité de pouvoir opter pour un déménagement dans un logement peut-être plus adapté mais souvent plus onéreux.

Première condition de qualité de vie, la sécurité socio-économique n'est pas garantie aujourd'hui en Suisse pour toutes les personnes retraitées, et si, de manière générale, les conditions économiques et le niveau de vie se sont plutôt améliorés en raison du développement des assurances sociales et de la prévoyance vieillesse, il n'en demeure pas moins que plus d'un cinquième des personnes en âge AVS sont confrontées à un risque de précarité financière. À côté des retraités relativement bien couverts, on trouve donc une partie non négligeable de retraités AVS qui sont pauvres et se trouvent dans l'obligation de recourir aux prestations complémentaires de l'AVS. Pour ces personnes-là, les coûts du logement sont importants : il s'agit souvent de femmes et d'hommes vivant seuls et pour qui le taux d'effort économique pour se loger représente, dans 60% des cas, plus d'un tiers du revenu à disposition. Souvent, pour ces personnes, les coûts du logement sont supportables uniquement parce qu'elles y vivent depuis longtemps et ont pu maintenir des loyers bas, mais un déménagement ne s'avère pas envisageable.

Face à ces inégalités sociales et économiques, il s'agit de réfléchir l'habitat comme un lieu susceptible de répondre aux besoins en termes de confort et de qualité de vie pour l'ensemble des individus, quels que soient leur situation ou leurs difficultés spécifiques et leurs besoins. La sécurité ontologique, liée au logement comme lieu de l'intimité et de ressourcement, doit permettre d'assurer la continuité de l'identité et la constance de l'environnement social et matériel, y compris pour les plus fragiles dont les ressources sont plus limitées, et ce jusqu'à la fin de la vie.

La centralité du domicile privé, du chez-soi, est une nouvelle fois réaffirmée à travers cette enquête et les différentes contributions à cet ouvrage. Cette sphère à soi reste le lieu dans lequel on a ses repères, qui permet de sauvegarder une maîtrise sur sa vie et une capacité d'agir lorsque l'on est confronté à des difficultés et des pertes multiples, même s'il est parfois le théâtre de réaménagements des habitudes et des activités. Pouvoir maintenir son rythme dans son lieu de vie permet d'assurer une continuité, d'affirmer son identité et de garder une forme de contrôle sur sa vie. Au-delà du logement lui-même, l'habitat représente aussi un ancrage dans un environnement matériel et symbolique. L'attachement qui en résulte est fortement corrélé avec la durée de séjour, ainsi qu'avec les relations de voisinage qui s'y sont tissées et aux souvenirs qui s'y sont construits au fil du temps. Le sentiment d'appartenance qui se dégage de ce microcosme du quotidien, à travers le partage de valeurs, de normes et

de vécus, permet une inscription dans une communauté. L'intégration et la cohésion participent ainsi de la qualité sociale du contexte de vie.

Si, au moment du passage à la retraite, les choix de logement relèvent souvent de décisions de couple, avec l'avancée en âge, la place des proches est centrale dans la prise de décision. Quels que soient l'âge et l'état de santé, le souhait de rester vivre à domicile demeure présent. La capacité à prendre soin de soi-même malgré des problèmes de santé, tout comme les ressources financières à disposition et la disponibilité des proches susceptibles, mais aussi d'accord et en mesure de s'impliquer dans les soins et l'accompagnement, sont déterminants pour réaliser ce souhait. Outre ces facteurs, il faut également souligner l'importance des services professionnels d'aide. En effet, les aides formelles, en assumant des tâches régulières de soins à la personne, permettent de maintenir les liens familiaux plutôt que de les exclure. L'interaction entre des facteurs personnels, familiaux, professionnels et résidentiels est constante dans le choix du lieu de vie : dans ce sens, il est indispensable de ne pas considérer les personnes âgées seules ou pour elles-mêmes uniquement, mais d'intégrer le réseau et la configuration familiale de manière beaucoup plus formalisée dans la réflexion et les décisions sur l'accompagnement et/ou les structures à privilégier.

Les personnes vieillissantes peuvent être confrontées à des phases de vulnérabilité dans leur parcours, marquées parfois par une perte d'autonomie susceptible d'avoir une incidence sur le choix du lieu de vie et de conduire, dans certains cas, à un déménagement en établissement médico-social. La vulnérabilité n'est pas un processus linéaire et des prestations d'aide adaptées et bien ciblées peuvent permettre de retrouver un équilibre et de surmonter un manque de ressources et une période de difficultés. Lorsque les ressources personnelles et familiales font défaut ou sont insuffisantes, les communautés publiques (communes, régions et cantons) jouent un rôle essentiel dans l'accompagnement en favorisant l'accès aux prestations d'aide et de soins à domicile ou en développant des offres adaptées et susceptibles de répondre aux besoins des plus fragilisés. Pour que les moyens mis à disposition soient effectivement efficaces, il est indispensable d'assurer un conseil et une orientation des personnes concernées et de leurs proches. L'information, même bien faite, n'est pas toujours suffisante, et l'accompagnement dans les démarches peut s'avérer utile pour éviter le non-recours aux prestations, y compris lorsque celles-ci sont connues. S'il existe des lacunes dans certaines régions en matière d'offres aux personnes âgées fragilisées (par exemple en matière d'aide et de soins à domicile, de structures d'accueil de jour et/ou de nuit, etc.), il y a aussi parfois pléthore d'offres analogues sur un même territoire. Un travail d'orientation et d'interconnexion s'avère donc indispensable, avec la mise en place de centres spécialisés, de points de contact facilement accessibles, voire de guichets uniques.

Lorsque la continuité de la vie au domicile privé ne s'avère plus possible malgré les ressources et prestations mobilisées, il s'agit de trouver des alternatives, incluant également des solutions pour des publics spécifiques. Une offre abordable et de qualité doit être proposée en matière de soins et d'encadrement, quelles que soient la situation de santé et les ressources propres, et ce jusqu'à la fin de la vie. Des groupes très vulnérables, comme par exemple les personnes en situation de handicap vieillissantes ou celles souffrant de troubles cognitifs, doivent faire l'objet d'un accompagnement particulier et la question de l'habitat y joue un rôle central. Des nouvelles formes d'habitat spécifiques – alternatives au domicile traditionnel et aux institutions – doivent être pensées et adaptées pour ces publics, avec une réflexion sur la capacité de ces habitats à promouvoir le maintien des ressources et la participation à la vie quotidienne, tout en assurant un environnement sécurisé. Les institutions médico-sociales constituent pour de nombreuses personnes âgées un nouveau lieu de vie et elles se doivent d'assurer, outre le soin, une guidance au quotidien, une coordination des intervenants, le maintien des liens avec les proches, une continuité dans les habitudes de vie et, idéalement, un ancrage dans un environnement connu. Même si une minorité de personnes sont concernées par cette grande vulnérabilité, il s'agit d'autant de facteurs qui permettent d'assurer l'inclusion sociale et d'ajuster les dispositifs et les réponses pour ces personnes particulièrement vulnérables.

La vie en institution de long séjour pour les plus fragilisés pose encore toute une série de questions et les contributions de cet ouvrage ont permis de nourrir la réflexion de manière très riche. L'établissement médico-social est une forme d'habitat, mais se présente de fait comme un espace semi-public : les professionnels y sont omniprésents et la chambre, le lit, voire le corps, qui peuvent être les derniers remparts de l'intime et les derniers chez-soi, constituent le lieu de pratique des soins. L'EMS est donc une forme de logement qui s'accompagne, pour les habitants, d'une importante vulnérabilité, non seulement en raison de la fragilité de leur état de santé, mais aussi en ce qui concerne la préservation de leur sphère privée. L'importance du chez-soi comme un lieu à part de l'intimité et du repli sur soi peut ainsi être mise à mal, en particulier dans les institutions d'hébergement, mais parfois aussi au domicile privé, qui se transforme en lieu de soins. Une réflexion constante sur la dimension hybride de l'habitat, à mi-chemin entre une demeure et un lieu de travail et de soins, est indispensable pour éviter un sentiment de dépossession de soi et allier l'appropriation des lieux avec des aspects pratiques pour les professionnels, tout en favorisant une influence positive de l'environnement sur le vécu et le bien-être des habitants.

Les expérimentations récentes de formes d'habitats spécifiquement dédiées à des publics vulnérables (unités pour migrants âgés en EMS, colocations pour personnes démentes ou encore unités de vie pour des résidents

vieillissants dans des institutions pour personnes en situation de handicap ou toxicodépendantes) ont le mérite de proposer des solutions qui se veulent adaptées tout en visant à renforcer leurs ressources et leur capacité d'agir, à favoriser le contrôle sur leur vie et le maintien des habitudes dans une continuité. Mais à l'inverse, ces réponses adaptées sont construites sur de nouvelles catégorisations et comportent le risque de réduire les personnes concernées à une seule caractéristique (leur origine nationale ou leur pathologie par exemple), alors même qu'il s'agit d'un public hétérogène.

Comprendre les relations entre les personnes vieillissantes et leur lieu de vie nécessite une approche plus multidimensionnelle (sécurité matérielle, santé, relations sociales, environnement, etc.) du vieillissement qui va au-delà des notions gériatriques de dépendance ou de fragilité. Une attention accrue doit être portée aux personnes dont les ressources matérielles, familiales, relationnelles ou symboliques sont temporairement ou durablement limitées et la réflexion sur l'habitat gagnerait à se développer non pas uniquement pour, mais aussi avec et par les personnes concernées, afin de permettre une meilleure qualité de vie dans la vieillesse.



# Références bibliographiques

- Afzali, Minou. 2013. Forschen mit den Alten – Forschen über die Alten. Partizipative Methoden in der Designforschung. In A. von Hülsen-Esch, M. Seidler & C. Tagsold (dir.), *Methoden der Alter(n)sforschung. Disziplinäre Positionen und transdisziplinäre Perspektiven* (pp. 225-240). Bielefeld: Transcript.
- Afzali, Minou. 2018. CommuniCare: Communication Design in Culturally-Sensitive Nursing Homes. In Swiss Design Network (dir.), *Unfrozen – a Design Research Reader by the Swiss Design Network* (pp. 99-114). Zürich: Triest.
- Age-Stiftung. 2016. *Betreute Wohnungen mit Heimvorteil, Age Dossier 2016*. Zürich: Age-Stiftung.
- Ahrendt, Hannah. 2012. (1960). Der Raum des Öffentlichen und der Bereich des Privaten. In J. Dünne & S. Günzel (dir.), *Raumtheorie. Grundlagentexte aus Philosophie und Kulturwissenschaften*, Vol. 7 (pp. 420-433). Frankfurt: Suhrkamp.
- Albrecht, Peter-Alexis. 2012. Service-Wohnen als Zukunftsaufgabe einer alternden Gesellschaft. In Peter-Alexis Albrecht (dir.), *Service-Wohnen als Zukunftsaufgabe einer alternden Gesellschaft* (pp. 13-19). Berlin: Berliner Wissenschaftsverlag.
- Alzheimer Schweiz (ALZ). 2017. *Demenzprävalenz in der Schweiz*. Bern: Alzheimer Schweiz.
- Ankers, Neil & Christine Serdaly. 2017. Personnes âgées peu dépendantes de soins. Prise en charge dans cinq cantons romands, *Obsan Dossier 58*. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Argoud, Dominique. 2011. De l'hébergement à l'habitat: une évolution ambiguë. *Gérontologie et société* 34/136(1): 13-27. DOI: 10.3917/gs.136.0013.
- Ariès, Philippe, 1980. *Geschichte des Todes*. München: Hanser.
- Aring, Jürgen. 2012. Einfamilienhäuser der 1950er bis 1970er Jahre in Westdeutschland. Eine neue Herausforderung der Stadtentwicklung. In Alexander Eichenlaub & Thomas Pristl (dir.), *Umbau mit Bestand. Nachhaltige Anpassungsstrategien für Bauten, Räume und Strukturen* (pp. 68-85). Berlin: Reimer.
- Attias-Donfut, Claudine. 2006. *L'enracinement: Enquête sur le vieillissement des immigrés en France*. Paris: Armand Colin.
- Avenir Suisse. 2017. *Un canton en mutation*. avenir spécial, décembre 2017, Zurich, [https://www.avenir-suisse.ch/files/2017/12/2017-12\\_as-spezial\\_FR\\_online.pdf](https://www.avenir-suisse.ch/files/2017/12/2017-12_as-spezial_FR_online.pdf) (8.8.2019).

- Bachelard, Gaston. 1957. *La Poétique de l'espace*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Bachmann, Nicole, Sonja Hug & Lucy Bayer-Oglesby. 2017. *Versorgung am Lebensende in der Schweiz. Literaturrecherche*. Schlussbericht zu Händen des Schweizerischen Nationalfonds SNF. Olten: FHNW, <http://irf.fhnw.ch/handle/11654/25369> (9.9.2018).
- Backes, Gertrud M. & Wolfgang Clemens. 2008. *Lebensphase Alter: Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Altersforschung*. Weinheim: Beltz Juventa.
- Bähler, Caroline, Andri Signorell & Oliver Reich. 2016. Health Care Utilisation and Transitions between Health Care Settings in the Last 6 Months of Life in Switzerland. *PloS One* 11(9): 1, DOI: 10.1371/journal.pone.0160932.
- Balard, Frédéric & Dominique Somme. 2011. Faire que l'habitat reste ordinaire. Le maintien de l'autonomie des personnes âgées en situation complexe à domicile. *Gérontologie et société* 136(1): 105-118.
- Bannwart, Livia & Kilian Künzi. 2018. *Untersuchung zum betreuten Wohnen – Einsparpotential. Ausmass der Hilfsbedürftigkeit, Höhe des EL-Pauschalbeitrags. Studie im Auftrag des Bundesamts für Sozialversicherungen*. Bern: Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien (BASS).
- Barthe, Jean-François, Serge Clément & Marcel Drulhe. 1988. Vieillesse ou vieillissement. Les processus d'organisation des modes de vie chez les personnes âgées. *Les Cahiers de la Recherche sur le Travail Social* 15: 11-31.
- Bascoul, Jean-Louis & C. Eynard. 1993. *Vivre au Cantou: exploration d'un mode d'accueil et d'accompagnement pour personnes âgées*. Paris: Fondation de France.
- Bate, Paul & Glenn Robert. 2006. Experience-based design: from redesigning the system around the patient to co-designing services with the patient. *Quality and Safety in Health Care* 15: 307-310.
- Bay, Alexandra. 2016. Wohnen mit Service in vielen Lebenslagen. In Joelle Zimmerli & Markus Schmidiger (dir.), *Demografie und Wohnungswirtschaft. Pensionierte auf dem Wohnungsmarkt* (pp. 99-112). Zug: IFZ.
- Bejan, Alexander, Ramazan Gündogdu, Katherina Butz, Nadine Müller, Christophe Kunze, Peter König. 2018. Using multimedia information and communication technology (ICT) to provide added value to reminiscence therapy for people with dementia. Lessons learned from three field studies. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 51(1): 9-15.
- Beydoun, May, Hind Beydoun, Alyssa Gamaldo, Alison Teel, Alan Zonderman & Youfa Wang. 2014. Epidemiologic studies of modifiable factors associated with cognition and dementia. Systematic Review and Metaanalysis. *BMC Public Health* 14: 643, DOI: 10.1186/1471-2458-14-643.

- Beyeler, Mariette. 2010. *Weiterbauen. Wohneigentum im Alter neu nutzen*. Basel: Christoph Merian.
- Boerner, Kathrin, Daniela S. Jopp, Min-Kyung Susan Park & Christoph Rott. 2016. Who do centenarians rely on for support? Findings from the Second Heidelberg Centenarian Study. *Journal of Aging and Social Policy* 28: 165-186, DOI: 10.1080/08959420.2016.1160708.
- Bolzman, Claudio, Raffaella Poncioni-Derigo, Marie Vial & Rosita Fibbi. 2004. Older labour migrants' well being in Europe: the case of Switzerland. *Ageing & Society* 24: 411-429.
- Bolzman, Claudio & Giacomo Vagni. 2015. Égalité de chances? Une comparaison des conditions de vie des personnes âgées immigrées et «nationales». *Hommes & migrations* 1(1309): 19-28.
- Bolzman, Claudio, Laure Kaeser & Etienne Christe. 2017. Transnational Mobilities as a Way of Life Among Older Migrants from Southern Europe. *Population, Space, and Place* 23(5), e2016, DOI: 10.1002/psp.2016.
- Bonss, Wolfgang & Christoph Lau (dir.). 2011. *Macht und Herrschaft in der reflexiven Moderne*. Weilerswist-Metternich: Velbrück Wissenschaft.
- Bouisson, Jean. 2007. Vieillesse, vulnérabilité perçue et routinisation. *Retraite et société* 3(52): 107-128.
- Breit, Stefan & Detlef Gürtler. 2018. *Microliving: Urbanes Wohnen im 21. Jahrhundert*. Rüschiikon: Gottlieb Duttweiler Institut (GDI).
- Camenzind, Paul & Luca Petrini. 2014. Personen ab 55 Jahren im Gesundheitssystem: Schweiz und internationaler Vergleich 2014. Auswertung der Erhebung The Commonwealth Fund's 2014 International Survey of Older Adults, *Obsan Dossier* 43. Neuenburg: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Caradec, Vincent. 2004. Les «supports» de l'individu vieillissant. Retour sur la notion de «déprise». In Vincent Caradec & Danilo Martuccelli (dir.), *Matériaux pour une sociologie de l'individu* (pp. 25-42). Villeneuve d'Ascq: Presses Universitaires du Septentrion. <https://books.openedition.org/pur/23845?lang=fr>.
- Caradec, Vincent. 2010. Les comportements résidentiels des retraités. Quelques enseignements du programme de recherche «Vieillesse de la population et habitat», *Espace populations sociétés* 2010(1), DOI: 10.4000/eps.3897.
- Caussanel, Georges. 2000. Le Cantou: un accueil pour personnes dépendantes. In Richard Vercauteren (dir.), *Des lieux et des modes de vie pour les personnes âgées. Expériences et analyses pluridisciplinaires internationales* (pp. 359-372). Ramonville Saint-Agne: Erès.
- Clément, Serge & Jean Mantovani. 1999. Les déprises en fin de parcours de vie: les toutes dernières années de la vie. *Gérontologie et société* 90: 95-108.

- Colvez, Alain. 1994. « Cantou » et long séjour hospitalier : évaluation comparative de deux modes de prise en charge de la démence sénile. Paris : FNG – INSERM.
- Cosandey, Jérôme. 2016. *Neue Massstäbe für die Alterspflege. Organisation und Finanzierung einer gesellschaftlich immer wichtigeren Aufgabe*. Zürich : Avenir Suisse.
- Croix-Rouge suisse. 2013. *La démence en contexte migratoire à la lumière de cas particuliers dans la communauté italienne*. Berne.
- Curaviva Suisse. 2016. *Le modèle d'habitat et de soins 2030 de CURAVIVA Suisse – Le futur des soins aux personnes âgées*. Berne : Curaviva Suisse, [https://www.curaviva.ch/files/8ZAUC64/fact\\_sheet\\_le\\_modele\\_dhabitat\\_et\\_de\\_soins\\_2030\\_de\\_curaviva\\_suisse\\_\\_mai\\_2016.pdf](https://www.curaviva.ch/files/8ZAUC64/fact_sheet_le_modele_dhabitat_et_de_soins_2030_de_curaviva_suisse__mai_2016.pdf) (28.2.2019).
- Département de la santé et de l'action sociale du canton de Vaud. 2003. *Directives et recommandations architecturales des établissements médico-sociaux vaudois (DAEMS)*, version 7.1 du 01/11/2003. Lausanne : Département de la santé et de l'action sociale du canton de Vaud – Service de la santé publique – Division OSS, <http://www.dsas.vd.ch/dossiers/EMS/daems.pdf> (28.2.2019).
- Détail. 2012. Typologie de l'habitat pour personnes âgées, *Détail – Revue d'architecture* 9 : 4.
- Dietz, Birgit. 2018. *Demenzsensible Architektur : Planen und Bauen für alle Sinne*. Stuttgart : Fraunhofer IRB.
- Domenig, Dagmar. 2007. *Transkulturelle Kompetenz : Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe*. Bern : Huber.
- Dresske, Stefan. 2005. *Sterben im Hospiz. Der Alltag in einer alternativen Pflegeeinrichtung*. Frankfurt : Campus.
- Dreyer, Pascal. 2017. Habiter chez soi jusqu'au bout de sa vie, *Gérontologie et société* 39(152) : 9-23, DOI : 10.3917/g1.152.0009.
- Dupuis, Ann & David C. Thorns. 1998. Home, home ownership and the search for ontological security, *Sociological Review* 46(1) : 24-47.
- Dykstra, Pearl A. 2009. Older adult loneliness : Myths and realities, *European Journal of Ageing* 6 : 91-100.
- Eberhard, Angela & Winfried Saup. 2006. *Demenzkranke Menschen im betreuten Seniorenwohnen*. Augsburg : Verlag für Gerontologie Alexander Möckl.
- Ebert, Sonja, Isabelle Peytremann-Bridevaux & Nicolas Senn. 2015. Les programmes de prise en charge des maladies chroniques et de la multimorbidité en Suisse, *Obsan Dossier* 44. Neuchâtel : Observatoire suisse de la santé.
- Ennuyer, Bernard. 2014. *Repenser le maintien à domicile. Enjeux, acteurs, organisation*. Paris : Dunod.

- Ernest Dichter SA, Institut für Motiv- und Marktforschung. 2000. *Senioren 2000. Eine neue Generation auf dem Weg zur Selbstverwirklichung*. Zürich: Ernest Dichter SA.
- Ettlin, Ricarda. 2016. *Synthèse des Assises du 17 juin 2016 sur les logements protégés et de l'habitat adapté*. Lausanne: socialdesign SA, [https://academy.socialdesign.ch/wp-content/uploads/2016/09/160802\\_synthese\\_assises\\_logement\\_socialdesign.pdf](https://academy.socialdesign.ch/wp-content/uploads/2016/09/160802_synthese_assises_logement_socialdesign.pdf) (28.2.2019).
- Ettlin, Ricarda. 2019. *Begleituntersuchung zum Programm «Socius – wenn älter werden Hilfe braucht»: Schlussbericht*. Bern: socialdesign ag, [https://www.programmsocius.ch/sites/default/files/schluss-tagung-2019/190529\\_Schlussbericht\\_Begleitforschung\\_Socius\\_Programm\\_socialdesign.pdf](https://www.programmsocius.ch/sites/default/files/schluss-tagung-2019/190529_Schlussbericht_Begleitforschung_Socius_Programm_socialdesign.pdf).
- Fernandes, Cristina, Nuno Crespo & Nadia Simoes. 2017. Poverty, richness, and inequality: Evidence for Portugal using a housing comfort index. *Journal of Economics and Social Measurement*, 41(4): 371-394, doi: 0.3233/JEM-170437.
- Fibbi, Rosita, Claudio Bolzman & Marie Vial. 1999. *Alter und Migration: Europäische Projekte mit älteren Migranten und Migrantinnen*. Zürich: Pro Senectute.
- Föhn, Martina & Christina Dietrich (dir.). 2013. *Garten und Demenz. Gestaltung und Nutzung von Aussenanlagen für Menschen mit Demenz*. Bern: Huber.
- Frick, Karin & Daniela Tenger. 2015. *Smart Home 2030. Wie die Digitalisierung das Bauen und Wohnen verändert*. Rüslikon: Gottlieb Duttweiler Institut (GDI).
- Gabaccia, Donna R. 2000. *We Are What We Eat: Ethnic Food and the Making of Americans*. Cambridge: Harvard University Press.
- Gasser, Nadja, Carlo Knöpfel & Kurt Seifert. 2015. *Erst agil, dann fragil. Übergang vom «dritten» zum «vierten» Lebensalter bei vulnerablen Menschen*. Zürich: Pro Senectute.
- Giddens, Anthony. 1991. *Modernity and Self Identity: Self and society in the late modern age*. Cambridge and Oxford: Polity Press.
- Glaser, Barney G. & Anselm L. Strauss. 1968. *Time for Dying*. Chicago: Aldine.
- Goffman, Erving. 1961. *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. New York: Doubleday Anchor.
- Göritz, Manja & Juliane Hanisch-Berndt. 2005. *Gemeinschaft und Vereinsamung in Einrichtungen der stationären Altenhilfe*. Berlin: Freie Universität Berlin.
- Green, James W. 2008. *Beyond the Good Death. The Anthropology of Modern Dying*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Guggisberg, Jürg, Lucien Gardiol, Iris Graf, Thomas Oesch, Kilian Künzi, Thomas Volken, Peter Rüesch, Thomas Abel, Sabine Ackermann & Christoph Müller. 2011. *Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölke-*

- run*g (GMM) in der Schweiz. *Schlussbericht*. Bern, Winterthur : OFSP  
 Office fédéral de la santé publique.
- GUGRISPA (Groupe Universitaire Genevois). 1983. *Vieillesse. Situations, itinéraires et modes de vie des personnes âgées aujourd'hui*. Saint-Saphorin : Georgi.
- Guisset-Martinez, Marie-Jo. 2004. *Vivre avec la maladie d'Alzheimer, pistes d'action et de réflexion*. Paris : Fondation Médéric Alzheimer.
- Günther, Julia. 2015. Soziale Unterstützung und Nachbarschaft. Geschichte, Grundlagen, Perspektiven. In Christian Reutlinger, Steve Stiehler & Eva Lingg (dir.), *Soziale Nachbarschaften* (pp. 189-200). Wiesbaden : Springer VS.
- Haberkern, Klaus & Marc Szydlík. 2010. State care provision, societal opinion and children's care of older parents in 11 European countries. *Ageing and Society* 30 (2) : 299-323, doi : 10.1017/S0144686X09990316.
- Hahn, Alois & Matthias Hoffmann. 2009. Der Tod und das Sterben als soziales Ereignis. In C. Klinger (dir.), *Perspektiven des Todes in der modernen Gesellschaft* (pp. 121-144). Wien : Böhlau.
- Hart, Bethne, Peter Sainsbury & Stephanie D. Short. 1998. Whose dying ? A sociological critique of the 'good death'. *Mortality* 3(1) : 65-77, DOI : 10.1080/713685884.
- Heeg, Sibylle & Kathrina Bäuerle. 2012 [2008]. *Heimat für Menschen mit Demenz. Aktuelle Entwicklungen im Pflegeheimumbau – Beispiele und Nutzungserfahrungen*, 2. Auflage. Frankfurt : Mabuse.
- Held, Christoph & Doris Ermini-Fünfschilling. 2006. *Das demenzgerechte Heim*, 2. Auflage. Basel : Karger.
- Herzog, Benno. 2016. International Retirement Migration : Transforming Societies Through Purchasing Power. In Anna Amelina, Kenneth Horvath & Bruno Meeus (dir.), *An Anthology of Migration and Social Transformation. European Perspectives* (pp. 217-229). Basel : Springer International Publ.
- Höpflinger, François. 2004. *Traditionelles und neues Wohnen im Alter. Age Report 2004*. Zürich : Seismo Verlag.
- Höpflinger, François. 2019. *Zur Zukunft von Freundschaft : Freundschaft zwischen Idealisierung und Auflösung* (pp. 123-142). Berlin : Frank & Timme.
- Höpflinger, François. (dans la presse). Wohnen und Wohnmobilität im Alter. In Klaus R. Schroeter, Claudia Vogel & Harald Künemund (dir.), *Handbuch Soziologie des Alter(n)s*. Wiesbaden : Springer VS.
- Höpflinger, François, Lucy Bayer-Oglesby & Andrea Zumbrunn. 2011. La dépendance des personnes âgées et les soins de longue durée. *Cahiers de l'Observatoire suisse de la santé*. Berne : Huber.
- Höpflinger, François & Pasqualina Perrig-Chiello. 2009. Grande vieillesse, soins médicaux et relations intergénérationnelles. In Pasqualina Per-

- rig-Chiello, François Höpflinger & Christian Suter (dir.), *Génération – structures et relations: Rapport Génération en Suisse* (pp. 202-220). Genève: Seismo.
- Höpflinger, François & Joris Van Wezemaal (dir.). 2014. *Wohnen im höheren Lebensalter, Grundlagen und Trends. Age Report III*. Zürich: Seismo.
- Hugentobler, Valérie. 2003. Intergenerationelle Familienbeziehungen und Pflegebedürftigkeit im Alter. In Caritas Schweiz (dir.), *Sozialalmanach 2004: Die demografische Herausforderung* (pp. 151-166). Luzern: Caritas.
- Hugentobler, Valérie. 2017. Proches aidants et vieillissement de la population. *Pages romandes* 1 : 6-11.
- Hugentobler, Valérie. 2018. Le logement accompagné, une alternative à l'EMS? *Actualité sociale* 73 : 8-10.
- Hugentobler, Valérie & Nicole Brzak. 2016. *Expertise et accompagnement du projet pilote Colocation Alzheimer*. Lausanne: EESP.
- Hugentobler, Valérie & Nicole Brzak. 2018. *Colocation Alzheimer: évaluation de deux modèles (Topaze et Rubis)*. Lausanne: EESP.
- Hungerbühler, Hildegard (2007). Alter und Migration. In Dagmar Domenig (dir.), *Transkulturelle Kompetenz: Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe* (pp. 395-410). Bern: Huber.
- Hungerbühler, Hildegard & Corinna Bisegger. 2012. «Und so sind wir geblieben...». *Ältere Migrantinnen und Migranten in der Schweiz. Materialien zur Migrationspolitik*. Bern: Nationales Forum Alter und Migration, Eidgenössische Kommission für Migrationsfragen EKM.
- Ilinca, Stefania, Ricardo Rodrigues, Andrea E. Schmidt & Eszter Zolyomi. 2016. *Gender and Social Class Inequalities in Active Ageing: Policy meets Theory*. Vienna: European Centre for Social Welfare Policy and Research.
- Isengard, Bettina. 2018. *Nähe oder Distanz? Verbundenheit von Familiengenerationen in Europa*. Leverkusen: Budrich Academic.
- Jopp, Daniela S., Kathrin Boerner, Oscar Ribeiro & Christoph Rott. 2016. Life at Age 100: An international research agenda for centenarian studies. *Journal of Aging and Social Policy* 28: 133-147, DOI: 10.1080/08959420.2016.1161693.
- Kaesler, Laure. 2015. *Viellissement actif et migrants âgés. Interroger les normes contemporaines du vieillissement au prisme des parcours de vie*. Thèse de doctorat en Socioéconomie, Université de Genève, Suisse.
- Kellehear, Allan. 2007. *A Social History of Dying*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Kley, Stefanie. 2009. *Migration im Lebensverlauf. Der Einfluss von Lebensbedingungen und Lebenslaufereignissen auf den Wohnortswechsel*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Klingelhöfer-Noe Jürgen, Theo Dassen & Nils A. Lahmann. 2015. Vollstationäre Pflegeeinrichtungen vs. betreutes Wohnen mit ambulanter

- Versorgung. Ergebnisqualität bezogen auf Dekubitus, Sturz und Mangelernährung. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 48: 263-269.
- Knöpfel, Carlo, Riccardo Pardini & Claudia Heinzmann. 2018. *Gute Betreuung im Alter in der Schweiz. Eine Bestandesaufnahme*. Zürich: Seismo.
- Kobi, Sylvie. 2008. *Unterstützungsbedarf älterer Migrantinnen und Migranten: Eine theoretische und empirische Untersuchung*. Bern: Lang.
- Koch-Straube, Ursula. 2007. MigrantInnen in der services de soins pour personnes âgées. In Dagmar Domenig (dir.), *Transkulturelle Kompetenz: Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe* (pp. 411-423). Bern: Huber.
- Kohli, Martin, Harald Künemund und Jörg Lüdicke. 2005. Family structure, proximity and contact. In Axel Bösch-Supan, Agar Brugiavini, Hendrik Jürges, Johan Mackenbach, Johannes Siegrist und Guglielmo Weber (dir.), *Health, Ageing and Retirement in Europe* (pp. 164-170). Mannheim: Mannheim Reserach Institute for the Economics of Aging (MEA).
- Kontis, Vasilis, James Bennett, Colin D. Mathers, Guangquan Li, Kyle Foreman & Majid Ezzati. 2017. *Future life expectancy in 35 industrialised countries: Projections with a Bayesian model ensemble*. London: Lancet, DOI: 10.1016/S0140-6736(16)32381-9.
- Köppel, Ruth. 2016. *Alternativen zum Heim? Bewohner mit niedriger Pflegestufe*. Zug: Alterszentren Zug.
- Kostrzewa, Stephan & Christoph Gerhard. 2010. *Hospizliche Altenpflege*. Bern: Huber.
- Kramer, Caroline & Carmella Pfaffenbach. 2016. Should I stay or should I go? Housing preferences upon retirement in Germany. *Journal of Housing and Built Environment* 31(2): 239-256.
- Krause, Sara. 2014. Entwicklungsperspektiven von alternden Einfamilienhausquartieren. In Olaf Schnur (dir.), *Quartiersforschung. Zwischen Theorie und Praxis* (pp. 377-394). Wiesbaden: Springer VS.
- Krivo, Lauren J. 1995. Immigrant characteristics and Hispanic-Anglo housing inequality. *Demography* 32(4): 599-615.
- Künemund, Harald & Uwe Fachinger (dir.). 2018. *Alter und Technik. Sozialwissenschaftliche Befunde und Perspektiven*. Berlin: Springer.
- Künemund, Harald & Betina Hollstein. 2005. Soziale Beziehungen und Unterstützungsnetzwerke. In Martin Kohli & Harald Künemund (dir.), *Die zweite Lebenshälfte. Gesellschaftliche Lage und Partizipation im Spiegel des Alters-Survey. 2., erweiterte Auflage* (pp. 212-276). Wiesbaden: Springer VS.
- Lalive d'Épinay, Christian, Jean-François Bickel, Carole Maystre & Nathalie Vollenwyder. 2000. *Vieillesse au fil du temps. Une révolution tranquille*. Lausanne: Réalités sociales.

- Lalive d'Épinay, Christian & Stefano Cavalli. 2013. *Le quatrième âge ou la dernière étape de vie*. Lausanne: Presses Polytechniques et Universitaires Romandes.
- Lalive d'Épinay, Christian, Carole Maystre, Jean-François Bickel, Hermann-Michel Hagmann, Jean-Pierre Michel, Riand, Jean-François. 1997. Un bilan de santé de la population âgée. Comparaison entre deux régions de Suisse et analyse des changements sur quinze ans (1979-1994). *Cahiers médico-sociaux* 41 : 109-131.
- Lalive d'Épinay, Christian & Dario Spini. 2008. *Les années fragiles: La vie au-delà de quatre-vingt ans*. Québec: Presses Universitaires de Laval.
- Langa, Kenneth M., Eric B. Larson, Eileen M. Crimmins, Jessica D. Faul, Deborah A. Levine, Mohammed U. Kabeto, David R. Weir. 2017. A Comparison of the Prevalence of Dementia in the United States in 2000 and 2012. *JAMA Internal Medicine* 177(1): 51-58.
- Lee, Seunghae. 2011. Evaluating Serviceability of Healthcare Servicescapes: Service Design Perspective. *International Journal of Design* 5(2): 61-71.
- Leenhardt, Helene. 2010. *La vie en appartement communautaire (group living) pour les personnes âgées qui ont besoin d'aide et de soin: Document de travail pour la préparation d'un cahier des charges*, Association Monsieur Vincent. <http://jhapa.eu/wp-content/uploads/2017/04/grouplivingAMVfinal.pdf> (28.2.2019).
- Leenhardt, Helene. 2017. Les formes alternatives d'habitat pour les personnes âgées, une comparaison Allemagne-France. *Gérontologie et société* 2017 / 1, 39(152): 87-206.
- Leu, Robert E., Stefan Burri & Tom Priester. 1997. *Lebensqualität und Armut in der Schweiz*. Bern: Haupt.
- Lewin, Fereshteh Ahmadi. 2010. The Meaning of Home among Elderly Immigrants: Directions for Future Research and Theoretical Development. *Housing Studies* 16(3): 353-370, DOI: 10.1080/02673030120049715.
- Ludwig, Catherine, Stefano Cavalli & Michel Oris. 2014. An interdisciplinary survey addressing progress and inequalities of aging over the past 30 years in Switzerland. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 59(2): 240-248, DOI: 10.1016/j.archger.2014.04.004.
- Macho, Thomas & Kristin Marek (dir.). 2011. *Die neue Sichtbarkeit des Todes*. Paderborn: Wilhelm Fink.
- Mahmood, Atiya, Habib Chaudhury, Ann Isobel Sarte & Yongjie Yon. 2011. A Comparative Study on the Effect of Housing Characteristics and Living Arrangements on Well-Being of Immigrant and Non-Immigrant Older Adults in Canada. *Housing and Society* 38(1): 25-52, DOI: 10.1080/08882746.2011.11430589.
- Mallon, Isabelle. 2005. *Vivre en maison de retraite. Le dernier chez-soi*. Coll. «Le sens social». Rennes: Presses universitaires de Rennes.

- Marchand, Bruno & Marielle Savoyat. 2013. *Des Maisons pas comme les autres*. Lausanne: Presses polytechniques et universitaires romandes.
- Masotti, Barbara. 2016. *Faire l'épreuve de l'aide à domicile au grand âge: une étude qualitative et quantitative des services formels au Tessin*. Thèse de doctorat, Université de Genève.
- McKenzie, David J. 2005. Measuring inequality with asset indicators. *Journal of Population Economics* 18: 229-260, DOI: 10.1007/s00148-005-0224-7.
- Membrado, Monique & Jean Mantovani. 2014. Vieillir et voisiner: de la sociabilité aux solidarités? In Cornelia Hummel, Isabelle Mallon & Vincent Caradec (dir.), *Vieillesse et vieillissements. Regards sociologiques* (pp. 305-318). Rennes: Presses Universitaires de Rennes.
- Membrado, Monique & Alice Rouyer. 2013. *Habiter et vieillir. Vers de nouvelles demeures*. Toulouse: Erès.
- Menéndez, Daniela. 2004-2005. Lieux d'échange, nouvelles typologies d'habitat pour personnes âgées. *Faces*: 57.
- Menthonnex, Jacques. 2015. *Estimation des durées de vie par génération*. Neuchâtel: OFS Menzl, Marcus. 2017. Das Eigenheim im Grünen. Kontinuität und Wandel eines Sehnsuchtsortes. In Sonja Hnilica & Elisabeth Timm (dir.), *Das Einfamilienhaus. ZfK – Zeitschrift für Kulturwissenschaften* 1: 117-131.
- Merçay, Clémence. 2017. Expérience de la population âgée de 65 ans et plus avec le système de santé. Analyse de l'International Health Policy Survey 2017. *Obsan Dossier 60*. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Meslin, Karine (2010). Des logements à part pour migrants âgés? Réflexion sur la mise à l'écart résidentielle des migrants âgés isolés. *Espace populations sociétés* 2010(1): 1-14, doi: 10.4000/eps.3974.
- Métraiiller, Michèle. 2018. *Paarbeziehungen bei der Pensionierung. Partnerschaftliche Aushandlungsprozesse der nachberuflichen Lebensphase*. Wiesbaden: Springer VS.
- Metzger, Christoph. 2016. *Bauen für Demenz*. Berlin: Jovis.
- Meyer, Sibylle. 2016. *Technische Unterstützung im Alter – was ist möglich, was ist sinnvoll? Expertise zum Siebten Altenbericht der Bundesregierung*. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen.
- MGFFI (Ministerium für Generationen, Familie, Frauen und Integration des Landes Nordrhein-Westfalen). 2010. *Bericht über das Projekt: Aktives Altern älterer Menschen mit Zuwanderungsgeschichte vom 1.12.2007 bis 30.11.2009*. Düsseldorf.
- Mitscherlich, Beate. 2013. Heimat. Kein Ort. Nirgends. In Joachim Klose (dir.), *Heimatschichten. Anthropologische Grundlegung eines Weltverhältnisses* (pp. 47-67). Wiesbaden: Springer VS.
- Monod, Stéfanie, Anne-Véronique Durst, Brenda Spencer, Etienne Rochat, Claudia Mazzocato et al. (2017). *Understanding the wish to die in elderly nursing home residents: a mixed methods approach. Lay summary*. Lau-

sanne: Swiss National Science Foundation. <http://www.nfp67.ch/SiteCollectionDocuments/lay-summary-final-report-monod.pdf> (16. 04. 2019).

- Monsch, Andreas U., Christophe Büla, Monika Hermelink, Reto W. Kressig et al. 2012. Konsensus 2012 zur Diagnostik und Therapie von Demenzkranken in der Schweiz, *Praxis* 101(19): 1239-1249.
- Neal, Margaret B. & Leslie B. Hammer. 2007. *Working couples caring for children and aging parents*. New York: Psychology Press.
- Nowik, Laurent, Anne Labit, Alain Thalineau, Laurine Herpin. 2016. *L'habitat de demain: les habitats intermédiaires pour personnes âgées. Rapport de recherche*. Université François-Rabelais de Tours – UMR 7324 CITERES; Université d'Orléans – EA CEDETE 1210, <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01282731/document>.
- Nowik, Laurent & Alain Thalineau. 2014. *Viellir chez soi. Les nouvelles formes du maintien à domicile*. Presses universitaires de Rennes: Le sens social.
- Oesch, Thomas & Kilian Künzi. 2016. *Kantonale Rechtsgrundlagen und Regelungen für betreutes Wohnen*. Schlussbericht. Bern: Büro für Arbeits- und Sozialpolitische Studien BASS.
- OFAS Office fédéral des assurances sociales. 2017. *Statistique des prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI*. Tableaux statistiques, Berne.
- OFS Office fédéral de la statistique. 1990. *Der Einfluss der demographischen Entwicklung auf die Finanzierung der AHV*. Demographiebericht AHV. Bern: OFS.
- OFS Office fédéral de la statistique. 1997. *Enquête suisse sur la santé 1997*. Neuchâtel: OFS
- OFS Office fédéral de la statistique. 2014. *Rapport méthodologique du système d'indicateurs d'intégration de la population issue de la migration. Concepts, méthodes, processus de sélection et sources de données*. Neuchâtel: OFS.
- OFS Office fédéral de la statistique. 2015. *Les scénarios de l'évolution de la population de la Suisse – 2015-2045*. Neuchâtel: OFS.
- OFS Office fédéral de la statistique. 2016a. *Scénarios de l'évolution de la population des cantons 2015-2045*. Neuchâtel: OFS.
- OFS Office fédéral de la statistique. 2016b. *Statistique de l'aide et des soins à domicile*. Neuchâtel: OFS.
- OFS Office fédéral de la statistique. 2017a. *Enquête sur les revenus et les conditions de vie*. Neuchâtel: OFS.
- OFS Office fédéral de la statistique. 2017b. *Scénarios de l'évolution des ménages 2017-2045. Actualités OFS*, Novembre 2017. Neuchâtel: OFS.
- OFS Office fédéral de la statistique. 2017c. *Rapport statistique sur l'intégration de la population issue de la migration*. Neuchâtel: OFS.
- OFS Office fédéral de la statistique. 2017d. *Personnes vivant en établissement médico-social, en 2016*, <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/catalogues-banques-donnees/graphiques.assetdetail.3863823.html> (28.11.2018).

- OFS Office fédéral de la statistique. 2017e. *Statistique de l'aide et des soins à domicile 2016*. Neuchâtel: OFS.
- OFSP Office fédéral de la santé publique et CDS Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé. 2012. *Directives nationales concernant les soins palliatifs*. Berne: OFSP.
- Perrig-Chiello, Pasqualina. 2017. *Wenn die Liebe nicht mehr jung ist. Warum viele langjährige Partnerschaften zerbrechen und andere nicht*. Bern: Hogrefe.
- Perrig-Chiello, Pasqualina & François Höpflinger. 2009. *Die Babyboomer. Eine Generation revolutioniert das Alter*. Zürich: NZZ-Verlag.
- Perrig-Chiello, Pasqualina & François Höpflinger. 2012. *Pflegende Angehörige älterer Menschen. Probleme, Bedürfnisse, Ressourcen und Zusammenarbeit mit der ambulanten Pflege*. Bern: Huber.
- Perrig-Chiello, Pasqualina, François Höpflinger & Brigitte Schnegg. 2010. *Pflegende Angehörige von älteren Menschen in der Schweiz. Schlussbericht*. Bern: Spitex Verband Schweiz.
- Petit, Mélissa. 2018. *L'aménagement du logement des jeunes retraités*. Paris: Leroy Merlin Source.
- Pilgram, Amélie & Kurt Seifert. 2009. *Leben mit wenig Spielraum. Altersarmut in der Schweiz*. Zürich: Pro Senectute.
- Prince, Martin, Gemma-Claire Ali, Maëlen Guerchet, A. Matthew Prina, Emiliano Albanese & Yu-Tzu Wu. 2016. Recent global trends in the prevalence and incidence of dementia, and survival with dementia. *Alzheimer's Research & Therapy* 8: 23, doi: 10.1186/s13195-016-0188-8.
- Pujalon, Bernadette. 1990. *Grand âge, dépendance, et lieu de vie*. Paris: Fondation de France.
- Puillandre, Marie-Wenn. 2013. *Les colocations de malades Alzheimer en Allemagne*. <https://www.aidonslesnotres.fr/a-domicile-ou-en-etablissement/article?urlTitle=les-colocations-de-malades-d-alzheimer-en-allemande> (14.8.2019).
- Rauber, Gabriela, Eva Soom Ammann und Corina Salis Gross. 2019. Die Pflege der Beziehungen. Ein Blick auf Informalität im Altersheim. *NovaCura* 7 / 2019: 23-27.
- Reutlinger, Christian. 2017. Soziale Nachbarschaften – Mythos oder gelebte Realität? In ders., *Machen wir uns die Welt, wie sie uns gefällt? Ein sozial-geographisches Lesebuch* (pp. 237-246). Zürich: Seismo.
- Rhee, Yongjoo, Howard B. Degenholtz, Anthony T. Lo Sasso & Linda L. Emanuel. 2009. Estimating the Quantity and Economic Value of Family Caregiving for Community-Dwelling Older Persons in the Last Year of Life. *Journal of the American Geriatrics Society* 57(9): 1654-1659.
- Rommel, Alexander, Caren Weilandt & Josef Eckert. 2006. *Gesundheitsmonitoring der schweizerischen Migrationsbevölkerung. Endbericht*. Bonn: Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands gem.e.V. (WIAD).

- Rosenbaum, Emily & Samantha Friedman. 2004. Generational patterns in homeownership and housing quality among racial/ethnic groups in New York City, 1999. *International Migration Review* 38(4): 1492-1533.
- Salis Gross, Corina. 2001. *Der ansteckende Tod. Eine ethnologische Studie zum Sterben im Altersheim*. Frankfurt: Campus.
- Samochowiec, Jakub, Martina Kühne & Karin Frick. 2015. *Digital Ageing – unterwegs in die alterslose Gesellschaft*. Rüschtikon: Gottlieb Duttweiler Institut (GDI).
- Saup, Winfried & Angela Eberhard. 2005. *Umgang mit Demenzkranken im betreuten Wohnen. Ein konzeptgeleiteter Ratgeber*. Augsburg: Verlag für Gerontologie Alexander Möckl.
- Schicka, Manuela & Franziska Uggowitz. 2017. *Alters-Survey – Soziale Beziehungen im Alter. Forschungsbericht*. Fachhochschule Nordwestschweiz, Hochschule für Soziale Arbeit, Olten.
- Schimany, Peter, Stefan Rühl & Martin Kohli. 2012. *Ältere Migrantinnen und Migranten: Entwicklungen, Lebenslagen, Perspektiven. Forschungsbericht 18*. Nürnberg: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge.
- Schneider, Norbert F., Heiko Rüger & Silvia Ruppenthal. 2016. Mobilität und mobile Lebensformen. In Yasemin Niephaus, Michaela Kreyenfeld & Reinhold Sackmann (dir.), *Handbuch Bevölkerungssoziologie* (pp. 501-525). Wiesbaden: Springer VS.
- Schneider, Werner. 2014. Sterbewelten: Ethnographische (und dispositiva-nalytische) Forschung zum Lebensende. In Martin W. Schnell, Werner Schneider & Harald Kolbe (dir.), *Sterbewelten. Eine Ethnographie* (pp. 51-138). Wiesbaden: Springer VS.
- Schneider, Werner. 2016. Riskantes Sterben – das Lebensende in der reflexiven Moderne. *Suchtmagazin* 2: 4-9.
- Schneider, Werner & Stephanie Stadelbacher. 2012. Alter und Sterben anders denken – Soziologische Anmerkungen zur Zukunft des Lebensendes. *Die Hospizzeitschrift* 2012(3): 6-11.
- Schumacher, Reto & Aurélien Moreau. 2018. La mobilité résidentielle des personnes âgées dans le canton de Vaud. In Jean-Paul Sanderson & Michel Oris (dir.), *Familles en transformation. Quand les modes de construction familiale se réinventent*. Paris: AIDELF.
- Seifert, Alexander. 2016. Das Wohnquartier als Ressource im Alter. Nachbarschaftskontakte, Nachbarschaftshilfe und die Verbundenheit mit dem Wohnumfeld, Soziale Arbeit. *Zeitschrift für soziale und sozialverwandte Gebiete* 65: 42-49.
- Seifert, Alexander. 2016. Umzugspräferenzen älterer Menschen. Vergleich zwischen Privathaushalt und Alterspflegeinstitutionen. *Heilberufe Science* 7(1): 2-8.
- Seifert, Alexander. 2018. Wohnumbruch: Einstellungen zum Altersheim vor und nach dem Eintritt. *Angewandte Gerontologie* 3(2): 33-35.

- Seifert, Alexander & Hans Rudolf Schelling. 2013. «Im Alter ziehe ich (nie und nimmer) ins Altersheim.» Motive und Einstellungen zum Altersheim. *Zürcher Schriften zur Gerontologie* 11. Zürich: Zentrum für Gerontologie der Universität Zürich.
- Seifert, Alexander & Hans Rudolf Schelling. 2017. Attitudes toward Aging and Retirement Homes before and after Entry into a Retirement Home. *Journal of Housing for the Elderly*: 1(14), DOI: 10.1080/02763893.017.1393484.
- Seyler, Christina. 2016. *Kann Gerontotechnologie dazu beitragen, dass ältere Menschen länger zu Hause leben können?* Masterarbeit, Berner Fachhochschule, Bern.
- Sidler, Andreas. 2018. *Betreute Alterswohngemeinschaften, Age Dossier 2018*. Zürich: Age-Stiftung.
- Simpson, Deane. 2015. *Young-Old. Urban Utopias of an Aging Society*. Zürich: Lars Müller Publishers.
- Skoog, Ingmar, Anne Börjesson-Hanson, Silke Kern et al. 2017. Decreasing prevalence of dementia in 85-year olds examined 22 years apart: the influence of education and stroke. *Scientific Reports* 7: 6136, DOI: 10.1038/s41598-017-05022-8.
- Soom Ammann, Eva, Corina Salis Gross & Gabriela Rauber. 2016. The art of enduring contradictory goals: challenges in the institutional co-construction of a «good death». *Journal of Intercultural Studies* 37(2): 118-32.
- Soom Ammann, Eva, Gabriela Rauber & Corina Salis Gross. 2018. «Doing death» the Mediterranean way: end-of-life in a segregated nursing home. *Mortality*, DOI: 10.1080/13576275.2018.1483906.
- Spini, Dario, Laura Bernardi & Michel Oris. 2017. Vulnerability Across the Life Course. *Research in Human Development* 14(1): 1-4, doi: 10.1080/15427609.2016.1268891.
- Studer, Brigitte, Gérard Arlettaz & Regula Argast. 2013. *Le Droit d'être suisse. Acquisition, perte et retrait de la nationalité de 1848 à nos jours*. Lausanne: Antipodes.
- Sudnow, David. 1967. *Passing on: the social organization of dying*. Englewood-Cliffs: Prentice-Hall.
- Sugihara Shiho & Gary W. Evans. 2000. Place Attachment and Social Support at Continuing Care Retirement Communities. *Environment and Behaviour* 32: 400-409.
- Szydlik, Marc. 2016. *Sharing Lives. Adult Children and Parents*. London: Routledge.
- Tesch-Römer, Clemens. 2010. Isolation und Einsamkeit. In Clemens Tesch-Römer, *Soziale Beziehungen alter Menschen* (pp. 205-220). Stuttgart: Kohlhammer.
- Tesch-Römer, Clemens & Susanne Wurm. 2006. Lebenssituationen älter werdender und alter Menschen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* (49): 499-505.

- Teti, Andrea, Ulrike Grittner, Adelheid Kuhlmeier & Susann Blüher. 2014. Wohnmobilität im Alter. Altersgerechtes Wohnen als primärpräventive Strategie. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 47: 320-328.
- Unger, Rainer. 2016. Lebenserwartung in Gesundheit. Konzepte und Befunde. In Yasemin Niephaus, Michaela Kreyenfeld & Reinhold Sackmann (dir.), *Handbuch Bevölkerungssoziologie* (pp. 565-594). Wiesbaden: Springer VS.
- Valle, Ramon. 1989. Cultural and ethnic issues in Alzheimer's disease family research. In Enid Light & Barry D. Lebowitz (dir.), *Alzheimer's disease treatment and family stress: Directions for research* (pp. 122-154). Rockville, MD: Department of Health and Human Services.
- van der Maesen, Laurent J.G. & Alan Walker. 2005. Indicators of Social Quality: Outcomes of the European Social Network. *European Journal of Social Quality* 5: 8-24.
- van Holten, Karin & Eva Soom Ammann. 2015. Negotiating the potato: The challenge of dealing with multiple diversities in elderly care. In Vincent Horn & Corneli Schweppe (dir.), *Transnational Aging. Current insights and future challenges* (pp. 200-217). New York: Routledge.
- Vanhoutte, Bram, Morten Wahrendorf & James Nazroo. 2017. Duration, timing and order: How housing histories relate to later wellbeing. *Longitudinal and Life Course Studies* 8 (3): 227-243.
- Vaupel, James. 2010. Biodemography of human aging. *Nature* 464: 536-542.
- Veysset, Bernadette. 1989. *Dépendance et vieillissement*. Paris: L'Harmattan.
- Victor, Christina, Sasha Scambler, John Bond & Ann Bowling. 2000. Being alone in later life: loneliness, social isolation and living alone. *Reviews in Clinical Gerontology* 10: 407-417.
- Walter, Tony. 2012. Why different countries manage death differently: a comparative analysis of modern urban societies. *The British Journal of Sociology* 63: 123-145.
- Wang, Richard. I. H., Sharon Treul & Luca Alverno. 1975. A Brief Self-Assessing Depression Scale. *The Journal of Clinical Pharmacology* 15(2-3): 163-167.
- Wanner, Philippe, Anna Neubauer & Joëlle Moret. 2002. *Caractéristiques de vie et d'intégration des populations issues de l'immigration* (Rapport de recherche No. 24). Neuchâtel: Forum suisse pour l'étude des migrations et de la population.
- Wehner, Theo & Stefan T. Güntert. 2015. *Psychologie der Freiwilligenarbeit. Motivation, Gestaltung und Organisation*. Berlin und Heidelberg: Springer.
- Weiss, Regula. 2003. *Macht Migration krank? Eine transdisziplinäre Analyse der Gesundheit von Migrantinnen und Migranten*. Zürich: Seismo.
- Werner, Sarah, Eliane Kraft, Ramin Mohagheghi, Nora Meuli & Florian Egli. 2016. Angebot und Inanspruchnahme von intermediären

- Strukturen für ältere Menschen in der Schweiz. *Obsan Dossier 52*. Neuenburg: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Wethington, Elaine & Karl Pillemer. 2014. Social Isolation among Older People. In Robert J. Coplan & Julie C. Bowker (dir.), *The Handbook of Solitude: Psychological Perspectives on Social Isolation, Social Withdrawal, and Being Alone* (pp. 242-259). Malden MA: Wiley-Blackwell.
- Widmer, Eric D. & Kurt Lüscher. 2011. Les relations intergénérationnelles au prisme de l'ambivalence et des configurations familiales. *Recherches familiales* 8(1), 49-60. DOI: 10.3917/rf.008.0049.
- Winterthur Versicherungen (dir.). 1990. *Unsere neuen Senioren*. Winterthur.
- Wolf-Ostermann, Karin, Saskia Meyer, Andreas Worch & Johannes Gräse. 2014. Qualitätssicherung in alternativen Wohnformen. *Public Health Forum* 22(2): 31.e1-31.e3.
- Zakrzweski, Philipp. 2011. In der Übergangszone. Alternde Einfamilienhausgebiete zwischen Revitalisierung, Stagnation und Schrumpfung. In Olaf Schnur & Matthias Drilling (dir.), *Quartiere im demografischen Umbruch. Beiträge aus der Forschungspraxis* (pp. 46-66). Wiesbaden: Springer VS.
- Zeman, Peter. 2005. *Ältere Migranten in Deutschland. Befunde zur soziodemographischen, sozioökonomischen und psychosozialen Lage sowie zielgruppenbezogene Fragen der Politik- und Praxisfeldentwicklung. Expertise im Auftrag des Bundesamtes für Flüchtlinge und Migration in Altersfragen*. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen.
- Ziegler Uta & Gabriele Doblhammer. 2009. Prävalenz und Inzidenz von Demenz in Deutschland – Eine Studie auf Basis von Daten der gesetzlichen Krankenversicherungen von 2002. *Gesundheitswesen* 2009; 71(5): 281-290, DOI: 10.1055/s-0028-1119384
- Zimmerli, Joëlle. 2011. *Wohnbedürfnisse und Wohnmobilität älterer Menschen*. Zürich: Amt für Raumentwicklung.
- Zimmermann, Markus, Stefan Felder, Ursula Streckeisen & Brigitte Tag. 2019. *Das Lebensende in der Schweiz – Individuelle und gesellschaftliche Perspektiven*. Basel: Schwabe Verlag.
- Zomerdijs, Leonieke G. & Christopher A. Voss. 2010. Service Design for Experience-Centric Services. *Journal of Service Research* 13(1): 67-82.
- Zwygart, Marion, Alain Plattet & Dario Spini. 2018. Neighborhood in Solidarity: a community development methodology that emerged throughout an action research experience. *Action Research* 16(1): 65-81.

# Table des illustrations

## **Partie 1 Données actualisées dans un contexte de mutations sociales et spécificités régionales**

<b>1</b>	<b>Évolution démographique – vieillissement de la population et longévité</b>	
1.1	Part de personnes âgées dans la population résidente permanente : évolution et extrapolation (2015-2045)	17
1.2	Part de la population résidente permanente de nationalité étrangère ou née à l'étranger, 2016	17
1.3	Espérance de vie moyenne : évolution de 1889 à 2017	19
1.4	Espérance de vie dès la naissance : évolution en 2017 et prévision pour 2030 et 2045	19
1.5	Personnes qui ont atteint ou atteindront l'âge de 80 ou 90 ans : parts selon l'année de naissance	21
1.6	Nombre de personnes âgées de 100+ : évolution de 1970 à 2040	21
1.7	Nombre de décès selon l'âge : comparaison entre 1970 et 2016	23
<b>2</b>	<b>Mode de vie et santé des personnes âgées</b>	
2.1	Part des personnes de 55 à 74 ans axées sur l'innovation : résultats d'auto-évaluations recensées entre 1990 et 2016	31
2.2	Identification des personnes aux valeurs traditionnelles et postmodernes : parts selon le groupe d'âge, 2016	31
2.3	Connexion à internet et utilisation : évolution depuis 1999 selon le groupe d'âge	32
2.4	Sentiment de bonne ou très bonne santé chez les personnes de 65-74 ans : auto-évaluations réalisées entre 1979 et 2018	35
2.5	Sentiment de bonne ou très bonne santé chez les personnes de 80+ : auto-évaluations réalisées entre 1979 et 2018	35
2.6	État de santé à 65+ : auto-classification selon les caractéristiques sociales, 2017	37
2.7	Maladies chroniques diagnostiquées chez les personnes âgées de 65+ vivant à domicile : parts selon les groupes d'âge, 2017	39
2.8	Risque de chute : part des personnes âgées qui s'estiment exposées à un risque élevé de chute, par tranche d'âge et par région linguistique	41
2.9	Mesures de planification de la fin de vie : données concernant des personnes âgées de 65+ vivant à domicile, 2014 et 2017	41

<b>3</b>	<b>Structure des ménages et modes de vie des personnes âgées</b>	
3.1	Répartition de la population selon la taille du ménage : évolution de 1960 à 2045	49
3.2	Personnes mariées âgées de 65+ : répartition de la population en 1970 et 2016 par groupe d'âge et sexe	51
3.3	Statut de partenariat dans la population âgée : parts en 1999 et en 2016 selon le groupe d'âge et le sexe	51
3.4	Personnes âgées qui ne se sentent « presque jamais ou jamais » seules : répartition par groupe d'âge, 1979, 1992 et 2017	53
3.5	Fréquence des sentiments de solitude chez les personnes de 65+ : valeurs moyennes sur une échelle de 0 à 10 selon le tissu relationnel	55
3.6	Personnes prises en charge dans les EMS : part de la population totale en 2002 et en 2016	55
3.7	Trois chiffres clés concernant la vie dans les EMS, 2016	57
<b>4</b>	<b>Situation économique et propriété du logement à l'âge de la vieillesse</b>	
4.1	Personnes de 65+ considérant le revenu de leur ménage comme « confortable » : parts en comparaison internationale, 2002 et 2016	65
4.2	Situation financière du ménage chez les personnes de 65+ : appréciations des répondants selon la région linguistique	65
4.3	Perception positive du revenu du ménage chez les personnes de 65+ : résultats d'auto-évaluations, ventilés par caractéristiques sociales	67
4.4	Risque de pauvreté et situation financière des personnes âgées de 65+ : parts en 2007 et en 2016	69
4.5	Rentiers AVS percevant des prestations complémentaires : parts en 2000 et en 2016, par sexe, nationalité et âge	69
4.6	Personnes âgées de 65+ en situation de privation matérielle : répartition par forme de ménage, 2016	71
4.7	Dépenses de logement et d'énergie chez les personnes de 65+ : parts du revenu du ménage par type de ménage et par quintile de revenu	71
4.8	Perception de la cherté du logement chez les personnes de 65+ : parts selon des caractéristiques géographiques et économiques	73
4.9	Vivre dans un logement en propriété : parts selon l'âge de la personne de référence et le type de ménage (2008 et 2014)	75
4.10	Statuts d'occupation du logement chez les personnes âgées de 65+ : ventilés par grandes régions, 2016	75

<b>5</b>	<b>Environnement résidentiel et rapports de voisinage</b>	
5.1	Environnement résidentiel des personnes de 65+ : répartition par types selon la région linguistique et la situation financière, 2018	83
5.2	Attachement des personnes de 65+ à leur environnement résidentiel, selon ses caractéristiques et celles du quartier, 2018	85
5.3	Satisfaction des pers. de 65+ quant à divers aspects de leur environnement résidentiel : valeurs moyennes sur une échelle de 1 à 10	87
5.4	Inconvénients dans l'environnement résidentiel perçus par les 50+ : parts selon le type d'inconvénient et le groupe d'âge, en 2007 et 2016	89
5.5	Problèmes possibles de l'environnement résidentiel des personnes de 65+ : pourcentages d'accord selon la région linguistique, 2018	89
5.6	Personnes ne se sentant pas en sécurité dans leur environnement résidentiel : parts selon le pays, le groupe d'âge et le sexe	91
5.7	Personnes ayant au moins une relation de bon voisinage : parts selon le groupe d'âge, en 1999 et en 2016	91
5.8	Relations de bon voisinage à l'âge de 65+ : parts selon le niveau de formation et l'engagement social, 2016	93
5.9	Évaluation (échelle de 0 à 10), par les personnes de 65+, du soutien reçu de leurs voisins : moyennes 1999 et 2016	93
<b>6</b>	<b>Changement de domicile et mobilité résidentielle aux troisième et quatrième âges</b>	
6.1	Durée d'habitation dans le logement et la commune de résidence actuels, moyennes 2016 et 2018 selon le groupe d'âge	101
6.2	Changement de lieu de résidence lié à un déménagement ou à l'émigration : parts en 2016 selon le groupe d'âge et la nationalité	101
6.3	Changement de logement ou de commune à l'âge de 65+ : parts selon l'âge et la région linguistique entre 2013 et 2017/2018	103
6.4	Le modèle « push-pull » de la mobilité résidentielle des personnes âgées	103
6.5	Motifs de déménagement des personnes âgées de 65+ et état du projet : répartition selon les régions linguistiques, 2018	107
6.6	Disposition à déménager au cours des douze prochains mois : évaluation sur une échelle de 0 à 10, selon le groupe d'âge, 2016	107
<b>7</b>	<b>Standard d'habitation, adéquation de l'aménagement et satisfaction à l'égard du logement</b>	
7.1	Taille du logement chez les personnes de 65+ : nombre de pièces selon la taille du ménage et la région linguistique, 2018	115
7.2	Perception de la taille du logement dans les EMS et les ménages privés : répartition par région linguistique, 2018	115

7.3	Adéquation de l'appartement en cas d'invalidité: répartition qualitative chez les personnes de 65+ selon la région linguistique	117
7.4	Obstacles possibles au domicile des personnes de 65+ en cas d'invalidité: parts selon les obstacles supposés et les régions linguistiques	117
7.5	Logements considérés comme « non accessibles en fauteuil roulant »: comparaison selon les spécificités architecturales, 2018	118
7.6	Situation résidentielle: parts des personnes très satisfaites, de 2008 à 2018, selon l'âge et la structure du ménage	120
7.7	Qualité du logement à l'âge de 65+: parts des personnes très satisfaites selon la situation sociale et la situation résidentielle, 2018	121
<b>8</b>	<b>Besoins, aspirations et perspectives des personnes âgées en matière de logement</b>	
8.1	Importance et priorité des diverses caractéristiques du logement à l'âge de 65+ selon la région linguistique, 2018	131
8.2	Évaluation des perspectives de logement privé pour les personnes âgées de 65+, 2018	135
8.3	Aspirations des personnes de 65+ à habiter dans un logement pour personnes âgées, selon l'état de santé, 2018	137
8.4	Colocation et communauté domestique en tant que perspectives de logement: intérêt selon le groupe d'âge parmi les 65+, 2018	137
8.5	Formes de logement assisté en tant que perspectives de logement: intérêt des 65+ selon la région linguistique, 2018	139
8.6	Formes de logement assisté en tant que perspectives de logement: acceptation des pers. de 65+ selon les limitations liées à l'état de santé	139
8.7	Personnes âgées de 65+ inscrites dans un EMS: parts selon le groupe d'âge et la région linguistique, 2018	141
<b>9</b>	<b>Besoin d'aide, moyens techniques auxiliaires et formes de logement comprenant des prestations d'assistance</b>	
9.1	Limitations ou difficultés des personnes âgées dans le cadre des activités quotidiennes, à domicile ou en EMS, 2018	150
9.2	Limitations au quotidien chez les personnes de 80+: parts selon le niveau de formation et la situation résidentielle, 2018	151
9.3	Synergies de soutien entourant les personnes 65+ vivant à domicile: parts en comparaison internationale, 2017	153
9.4	Personnes âgées disposant d'un système d'appel d'urgence: parts selon la situation résidentielle et le groupe d'âge, 2018	157
9.5	Personnes de 65+ habitant un logement avec servicesa: parts selon le groupe d'âge et la région linguistique, 2018	163

9.6	Services destinés aux personnes âgées : parts de logements pour personnes âgées comprenant des services spécialisés, 2015	163
9.7	Prévalence des maladies démentielles : taux de prévalence 2016 selon le groupe d'âge et le sexe	165

## **Partie 2 Vulnérabilités, vieillissement et habitat**

### **Approfondissements thématiques**

11	<b>Le chez-soi et l'importance du passé : les rapports sociaux dans la vieillesse</b>	
11.1	Trois conceptions du chez-soi	189
12	<b>Habitat dans le grand âge : enjeux familiaux autour de la distance physique et émotionnelle</b>	
12.1	Différentes sources de soutien aux personnes âgées : parts selon la source	196
12.2	Types de ménages privés des personnes de 50 ans et plus, 2016	199
12.3	Facteurs facilitant le soutien et les soins	203
13	<b>Vivre chez soi au grand âge. L'habitat traditionnel entre repères et défis</b>	
13.1	Rythme et routines de la vie quotidienne des personnes âgées (A) et incidence des prestations d'aide à domicile (B)	207
14	<b>Une comparaison des conditions de logement des personnes âgées d'origine suisse et de celles issues de l'immigration</b>	
14.1	Statut du logement	220
14.2	Conditions de logement et passé migratoire : occupation du logement	223
15	<b>Organiser l'aide lorsque les aînés deviennent plus vulnérables</b>	
15.1	La vie en autonomie peut devenir un facteur de stress lorsque la vulnérabilité augmente	229
15.2	Vivre à domicile en recourant à des prestations d'assistance : conseils en orientation dans le paysage de l'offre	229
16	<b>Les colocations : un modèle alternatif de logements pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer</b>	
16.1	Logement pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer : principe, positionnement intermédiaire et mode d'organisation	241
16.2	Habitats alternatifs vs institutions classiques	243
16.3	Programme type d'une journée en colocation Alzheimer	245

<b>17</b>	<b>Évolution, pas de révolution ! L'architecture des EMS vaudois en perspective</b>	
17.1	EMS conçu dans le sens d'une «grande maison»	250
17.2	Vivre-ensemble : les couloirs évoquent les rues et les places	252
<b>18</b>	<b>Les unités méditerranéennes sont-elles un modèle de soins à suivre ?</b>	
18.1	EMS sensibles à la dimension culturelle des résidents : du point de vue du Service Design	259
<b>19</b>	<b>Assurer la « qualité de la fin de vie » dans les EMS</b>	
19.1	L'autodétermination à l'approche de la mort : les enjeux de la fin de vie en EMS	273

# Liste des abréviations, acronymes et sigles

2+	deux et plus
65+	65 ans et plus (similaire pour 50+, 60+, 80+ etc.)
ADL	grille d'évaluation de l'autonomie pour les activités basales de la vie quotidienne, (échelle ADL, activities of daily living)
AI	assurance-invalidité
AVS	assurance-vieillesse et survivants
BE	Canton de Berne
BEVNAT	Statistique du mouvement naturel de la population
BS	Canton de Bâle-Ville
c.-à-d.	c'est-à-dire
Cantou	Centre d'activités naturelles tirées d'occupations utiles
Cf.	confer (comparer, se reporter à)
CH	Suisse
CHF	franc(s) suisse(s)
EBM	Enquête sur le budget des ménages
EMS	établissement médico-social
et al.	et alii (et autres)
etc.	et cetera (et le reste)
Ibid.	ibidem (au même endroit)
GE	Canton de Genève
GUGRISPA	Groupe universitaire genevois de recherches interdisciplinaires sur les personnes âgées
LPP	Loi fédérale sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité
OFAS	Office fédéral des assurances sociales suisses
OFS	Office fédéral de la statistique
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	organisation non gouvernementale
p	valeur-p («probability value»), utilisée pour quantifier la significativité statistique
p. ex.	par exemple
PSM	Panel suisse de ménages
RS	Relevé structurel
s.	suisant(s), suivante(s)

SILC	Statistiques sur les revenus et conditions de vie
SOMED	Statistique des institutions médico-sociales
StatBL	Statistique des bâtiments et des logements
STAT-TAB	Tableaux interactifs des OFS
UniL	Université de Lausanne
VLV	enquête CIGEV-LIVES Vivre-Leben-Vivere
VS	Canton de Valais

# Sources de données utilisées

Age, l'enquête « Age Report » sur le logement, menée 2018 avec le soutien de Age-Stiftung et de la Fondation Leenaards

Accès via : [www.age-report.ch](http://www.age-report.ch)

OFS, Office fédéral de la statistique

Accès via : [www.bfs.admin.ch/](http://www.bfs.admin.ch/)

Annuaire statistique

BEVNAT, Statistique du mouvement naturel de la population

EBM, Enquête sur le budget des ménages

Ménages privés selon la taille du ménage, scénario de référence, 2017-2045 (BFS-Nummer su-f-01.03.03.03)

Recensement de la population

RS Relevé structurel

SILC, Statistiques sur les revenus et conditions de vie

SOMED Statistique des institutions médico-sociales

StatBL Statistique des bâtiments et des logements

STATPOP, Statistique de la population et des ménages

STAT-TAB, Tableaux interactifs des OFS

Tables de mortalité pour la Suisse

Scénarios de l'évolution démographique (scénarios A-00-x/y)

MA-Net: Net Metrix Base

Relevé des registres

OFAS, Office fédéral des assurances sociales

Accès via : [www.bsv.admin.ch](http://www.bsv.admin.ch)

Statistique des prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI

European Social Value Survey, données sur la Suisse

Accès via : [www.europeansocialsurvey.org](http://www.europeansocialsurvey.org)

European Social Survey (données pondérées Suisse, Data file edition 1.0;

NDS Data file edition 1.0.).

Pôle de Recherche National LIVES: Surmonter les vulnérabilités. Perspective du parcours de vie.

Enquête CIGEV-LIVES Vivre-Leben-Vivere, première vague,  
Dataset 2011

Accès via : [cigev.unige.ch/vlv/](http://cigev.unige.ch/vlv/)

Étude Vieillir ensemble (2018)

Accès via : [lives-nccr.ch](http://lives-nccr.ch)

PSM Panel suisse de ménages / SHP Swiss Householdpanel, Swiss Center of Expertise in Social Sciences (FORS)

PSM 1999 et 2016 (données pondérées, évaluations propres).

Accès via : [forscenter.ch/projekte/swiss-household-panel](http://forscenter.ch/projekte/swiss-household-panel)

## Enquête « Age 2018 »

L'enquête Age 2018 fait partie intégrante de l'étude longitudinale « Age Report IV – Habitat et vieillissement » menée avec le soutien de Age-Stiftung (Zurich) et la Fondation Leenaards (Lausanne). Son objectif est de dresser un état des lieux de la situation des personnes âgées en matière de logement en Suisse.

Dans le cadre de cette étude, de précédentes enquêtes ont été menées sur le sujet en 2003, 2008 et 2013, auprès de personnes âgées de 60 ans et plus en Suisse alémanique. L'enquête de 2018 est la quatrième visant à dresser un état des lieux de la situation et de la satisfaction des personnes de plus de 65 ans en matière de logement, mais elle est surtout la première à couvrir les régions germanophone, francophone et italophone de notre pays. Cette 4<sup>ème</sup> édition du Age Report a permis de récolter des données dans l'ensemble de la Suisse et d'effectuer des comparaisons entre les régions linguistiques. Dans une analyse séparée, François Höpflinger a extrapolé l'évolution dans le temps, jusqu'en 2018, en ce qui concerne la Suisse alémanique. L'étude quasi longitudinale est disponible à l'adresse [www.age-report.ch](http://www.age-report.ch).

L'enquête 2018, mandatée conjointement par les deux fondations, s'appuie sur des entretiens en face-à-face effectués sur la base d'un questionnaire standardisé. Comme lors des trois précédentes enquêtes, les entrevues, d'une durée de 30 minutes environ, ont été menées sur rendez-vous au domicile même des répondants. L'Institut für Begleit- und Sozialforschung IBSF à Zurich, a assumé l'organisation et la réalisation de l'enquête, en collaboration avec l'Institut d'études de marché GfK Suisse. Quant aux données de terrain, elles ont été collectées par l'Institut LINK, puis contrôlées et traitées par l'IBSF Zurich. La pondération des données a été confiée à l'institut GfK de Nuremberg (GfK Nürnberg Methoden- und Produktentwicklung).

Les personnes interrogées sont au nombre de 2676. Deux groupes de répondants caractérisés par des différences fondamentales du point de vue de leur situation résidentielle ont été interviewés : d'une part, des entrevues ont été menées auprès de 2220 personnes âgées de 65 ans et plus vivant dans des ménages privés ; d'autre part, 456 personnes résidant dans des EMS de Suisse romande et de Suisse alémanique ont été interrogées.

L'étude est représentative des groupes (âge, sexe, jour de l'enquête, taille de la communauté). Seule une sélection aléatoire a été réalisée, en l'occurrence pour la première enquête, en 2003. L'échantillon maître ainsi obtenu a servi de base aux enquêtes suivantes. Les caractéristiques structurelles sont l'âge et le

sexe. Il n’y a pas de stratification communautaire ; les intervieweurs ont dû s’en tenir aux communautés définies. Des exceptions dans la même circonscription administrative sont autorisées. En outre, le jour de la semaine et les exigences en matière de quotas (âge, sexe, forme de logement) devaient être respectés. L’enquête de 2018 s’est déroulée sur le terrain du 4 février au 30 avril (enquête 2003 : du 1<sup>er</sup> février au 31 mars ; enquête 2008 : du 1<sup>er</sup> février au 4 avril ; enquête 2013 : du 4 février au 13 avril).

Pour de plus amples informations sur la collecte de données : [www.age-report.ch](http://www.age-report.ch)  
Demandes d’utilisation des données : [info@age-stiftung.ch](mailto:info@age-stiftung.ch)

### Enquêtes AGE menées auprès de ménages privés en 2003, 2008, 2013 et 2018 Nombre de répondants selon le groupe d’âge et le sexe

	2003			2008			2013		
	Suisse alémanique			Suisse alémanique			Suisse alémanique		
Groupe d’âge	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
60–64	100	105	205	119	113	232	107	97	204
65–69	92	113	205	106	123	229	120	132	252
70–74	91	119	210	79	121	200	89	106	195
75–79	68	90	158	63	82	145	67	116	183
80+	85	149	234	77	130	207	65	115	180
<b>Total</b>	<b>436</b>	<b>576</b>	<b>1012</b>	<b>444</b>	<b>569</b>	<b>1013</b>	<b>448</b>	<b>566</b>	<b>1014</b>

	2018			2018			2018		
	Suisse alémanique			Suisse romande			Suisse italienne		
Groupe d’âge	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
60–64	–	–	–	–	–	–	–	–	–
65–69	144	153	297	117	129	246	55	53	108
70–74	132	142	274	94	120	214	42	51	93
75–79	100	110	210	67	92	159	39	48	87
80+	101	132	233	72	113	185	41	73	114
<b>Total</b>	<b>477</b>	<b>537</b>	<b>1014</b>	<b>350</b>	<b>454</b>	<b>804</b>	<b>177</b>	<b>225</b>	<b>402</b>

**Enquêtes AGE menées auprès de ménages collectifs en 2003, 2008, 2013 et 2018**  
**Nombre de répondants selon le groupe d'âge et le sexe**

Groupe d'âge	2003			2008			2013		
	Suisse alémanique			Suisse alémanique			Suisse alémanique		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
60-64	3	5	8						
65-69	13	9	22						
70-74	12	11	23						
75-79	10	20	30		3	3			
80+	57	96	153	51	181	232	54	180	234
<b>Total</b>	<b>95</b>	<b>141</b>	<b>236</b>	<b>51</b>	<b>184</b>	<b>235</b>	<b>54</b>	<b>180</b>	<b>234</b>

Groupe d'âge	2018			2018		
	Suisse alémanique			Suisse romande		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
60-64	-	-	-	-	-	-
65-69	-	-	-	2	1	3
70-74	2	2	4	6	2	8
75-79	6	12	18	6	10	16
80+	74	138	212	59	136	195
<b>Total</b>	<b>82</b>	<b>152</b>	<b>234</b>	<b>73</b>	<b>149</b>	<b>222</b>



# Auteures et auteurs

**Minou Afzali** est maître de recherche à la Haute école des arts de Berne (HKB) et membre du groupe de travail interdisciplinaire Health Care Communication Design (HCCD) de la Haute école spécialisée bernoise. Ses principaux thèmes de recherche sont les suivants : Health Care Design, Social Design et Material Culture. Minou Afzali a obtenu son titre à l'Institut d'anthropologie sociale de l'Université de Berne en présentant une étude sur le rôle du design dans les EMS disposant de sections culturelles spécifiques.

minou.afzali@hkb.bfh.ch

**Maurice Avramito, MA**, est Assistant du réseau Âge, vieillissements et fin de vie (AVIF) à la Haute école de travail social et de la santé Lausanne (HETSL) de la HES-SO. Dans ce cadre, il participe aux activités de recherche et d'enseignement portées par ce réseau. Sociologue de formation (UNIL), il concentre actuellement ses recherches sur la sociologie des relations sociales au sein des institutions pour personnes âgées et sur les politiques publiques en lien avec ces mêmes publics.

maurice.avramito@eesp.ch

**Kathrin Boerner** est professeure de gérontologie à l'Université du Massachusetts, à Boston (États-Unis). Dans ses recherches, elle traite essentiellement des thèmes suivants : la gestion des pathologies chroniques, la fin de vie et la mort ainsi que le rôle des rapports sociaux dans ce contexte. Ses études prennent en considération aussi bien les perspectives des personnes âgées et très âgées que celles des soignants, qu'il s'agisse de membres de la famille ou de professionnels des soins.

kathrin.boerner@umb.edu

**Claudio Bolzman** est docteur en sociologie. Il est actuellement professeur à la Haute école de travail social de Genève (HES-SO). Il est membre du NCCR LIVES et ses recherches portent principalement sur les problématiques relatives aux personnes âgées et à la migration.

claudio.bolzman@hesge.ch

**Slim Bridji** est docteur en sciences économiques et titulaire du master HES-SO en travail social. Il travaille actuellement comme collaborateur scientifique HES

à la Haute école de travail social de Genève (HES-SO) et comme chargé de recherche à la Haute école de travail social et de la santé de Lausanne (HES-SO). Ses recherches actuelles portent sur les politiques sociales suisses et les enjeux migratoires en Suisse.

slim.bridji@hesge.ch

Ricarda Ettlín, MSc en psychologie, travaille depuis 2011 pour le bureau de conseil et d'évaluation socialdesign SA. En sa qualité de cheffe de projet senior, elle effectue des évaluations sur mandat de diverses fondations, associations et administrations publiques dans les domaines de la santé et du social. Les thèmes principaux de son activité sont le vieillissement, la migration, le travail social communautaire ainsi que la promotion de la santé et la prévention. Outre son activité d'évaluatrice, Ricarda Ettlín dirige des processus de stratégie et de développement organisationnel.

ricarda.ettlin@socialdesign.ch

François Höpflinger est professeur titulaire de la chaire de sociologie et membre du comité directeur du centre de gérontologie de l'Université de Zurich. Fondateur de l'Âge Report, il est responsable des enquêtes sur le logement des personnes âgées.

hoepflinger@bluemail.ch

Valérie Hugentobler est sociologue, professeure associée HES-SO à la Haute école de travail social et de la santé Lausanne (HETSL). Elle est co-doyenne du Laboratoire de recherche santé-social (LaReSS) et co-responsable du réseau Âge, vieillissements et fin de vie (AVIF).

valerie.hugentobler@eesp.ch

Daniela S. Jopp est professeure de psychologie du développement à l'âge adulte – en particulier dans le grand âge – à l'Institut de psychologie de l'Université de Lausanne. Elle dirige le groupe de travail sur la santé des personnes à haut risque, qui fait partie du centre national de compétences LIVES – Surmonter la vulnérabilité: perspective du parcours de vie, soutenu par le Fonds national suisse. Les travaux de recherche de Daniela S. Jopp portent essentiellement sur le thème des capacités de résilience et des vertus psychologiques, notamment chez les personnes centenaires.

daniela.jopp@unil.ch

Charikleia Lampraki est doctorante à l'Institut de psychologie de l'Université de Lausanne et membre du pôle de recherche national LIVES – Surmonter la vulnérabilité: perspective du parcours de vie. Elle s'intéresse aux activités sociales solitaires ou en groupe chez les personnes âgées et à leur lien avec

l'identité, particulièrement dans le contexte d'un événement critique, comme le divorce, ou chez les centenaires.

charikleia.lampraki@unil.ch

**Bruno Marchand** est professeur ordinaire à la chaire de théorie de l'architecture de l'EPFL, où il dirige le laboratoire de théorie et d'histoire 2. Parallèlement à son activité d'enseignant, il poursuit des travaux de recherche en théorie et histoire de l'architecture, notamment sur la modernité architecturale, le logement collectif et l'architecture contemporaine. Il s'intéresse aussi aux problématiques territoriales et urbaines dans le cadre d'une pratique indépendante.

bruno.marchand@epfl.ch

**Barbara Masotti** est docteure en socio-économie, chercheuse au Centro competenze anziani della Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana (SUPSI, Manno) et membre du pôle de recherche national LIVES – Surmonter la vulnérabilité: perspective du parcours de vie. Ses thèmes de recherche portent sur le grand âge, l'aide à domicile et les parcours de vie.

barbara.masotti@supsi.ch

**Christine Matter** est docteure en sociologie et en histoire. Collaboratrice scientifique à l'Institut d'intégration et de participation de la Haute école de travail social (Haute école spécialisée du nord-ouest de la Suisse), elle effectue des recherches sur les thèmes suivants: vieillissement, individualisation, éducation et socialisation, religion.

christine.matter@fhnw.ch

**Claudia Meystre** est docteure et première assistante à l'Université de Lausanne auprès de la professeure Daniela S. Jopp depuis 2015, après avoir obtenu son doctorat au Centre de recherche en psychothérapie à l'Institut universitaire de psychothérapie (CHUV). Ses principaux thèmes d'intérêt et de recherche portent sur la qualité des relations sociales et familiales chez les personnes très âgées, l'analyse qualitative de l'interaction, le recours à la psychothérapie en deuxième partie de vie après une séparation, un divorce ou le décès de son conjoint.

claudia.meystre@unil.ch

**Gabriela Rauber, MA**, est anthropologue sociale, spécialiste des questions d'anthropologie de la médecine. Ses thèmes de recherche de prédilection sont la fin de vie et la mort, ainsi que les relations d'échange. Elle s'occupe actuellement des rapports de soins de caractère informel ainsi que des processus de décision en fin de vie. Elle a obtenu son titre à l'Institut d'anthropologie sociale

de l'Université de Berne et est assistante de recherche au centre universitaire de soins palliatifs de l'Hôpital universitaire de Berne.  
gabriela.rauber@anthro.unibe.ch

**Corina Salis Gross** est docteure en anthropologie de la médecine. Elle dirige le domaine diversité et égalité des chances à l'Institut suisse de recherche sur la santé publique et les addictions, à l'Université de Zurich. Elle est chercheuse associée à l'Institut d'anthropologie sociale de l'Université de Berne. Ses principaux thèmes de recherche sont la fin de vie et la mort, le vieillissement, la migration, les addictions et la santé publique.  
corina.salisgross@anthro.unibe.ch

**Eva Soom Ammann** est docteure en anthropologie sociale et professeure à la Haute école spécialisée bernoise, département santé. Elle effectue des recherches dans le domaine de la santé, en particulier sur les soins de longue durée et la fin de vie, ainsi que sur la diversité et les disparités. Enseignante à la Haute école spécialisée bernoise (santé), elle y dirige les travaux de recherche dans le domaine – novateur – de la santé psychosociale. Elle est chercheuse associée de l'Institut d'anthropologie sociale de l'Université de Berne.  
eva.soom@anthro.unibe.ch/eva.soomammann@bfh.ch

**Dario Spini** est psychologue social, professeur ordinaire à la Faculté des sciences sociales et politiques à l'Université de Lausanne, Institut des sciences sociales, et directeur du pôle de recherche national LIVES – Surmonter la vulnérabilité: perspective du parcours de vie.  
dario.spini@unil.ch

Le nouvel Age Report est un ouvrage de référence sur la question de l'habitat pour des personnes âgées en Suisse. Détaillé, clairement structuré et présentant de nombreux graphiques, il constitue un précieux outil de travail, tant pour les chercheurs que pour les professionnels du terrain et les politiques. Étayé par de solides données empiriques, ce livre offre une vue d'ensemble des enjeux sociaux actuels et futurs en matière de vieillissement et de logement.

La quatrième édition du Age Report met l'accent sur l'habitat et les vulnérabilités rencontrées dans le grand âge ainsi que sur les différences entre les régions linguistiques suisses. Comment les personnes âgées vivent-elles dans leur domicile à mesure que leur santé se fragilise ? Comment l'architecture et l'environnement social peuvent-ils répondre aux défis de la grande vieillesse ? Comment les institutions médico-sociales et les politiques de la vieillesse doivent-elles prendre en compte les différences sociales et culturelles ? Ces questions, et bien d'autres encore, sont analysées par une équipe de recherche pluridisciplinaire.

François Höpflinger est professeur titulaire de la chaire de sociologie et membre du comité directeur du Centre de gérontologie de l'Université de Zurich. Fondateur du Age Report, il est responsable des enquêtes sur le logement des personnes âgées.

Valérie Hugentobler est sociologue, professeure associée HES-SO à la Haute école de travail social et de la santé Lausanne (HETSL). Elle est co-doyenne du Laboratoire de recherche santé-social (LaReSS) et co-responsable du réseau Âge, vieillissements et fin de vie (AVIF).

Dario Spini est psychologue social et professeur ordinaire à l'Institut des sciences sociales, Faculté des sciences sociales et politiques de l'Université de Lausanne. Il est directeur du Pôle de recherche national LIVES – Surmonter la vulnérabilité : perspective du parcours de vie.

**Age** —  
**Stiftung**

Wohnen und  
Alterwerden



FONDATION  
LEENAARDS

[www.age-report.ch](http://www.age-report.ch)

ISBN: 978-2-88351-087-6



9 782883 510876