

Répondre à la fragilisation des personnes âgées

Exploration d'une diversité de formules d'habitat alternatif

RESPONSABLES DU MANDAT

Prof. Valérie Hugentobler (HETSL | HES-SO)

Damien Mioranza, collaborateur scientifique (HETSL | HES-SO)

MANDANT :

Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) et Direction générale de la santé (DGS), Département de la santé et de l'action sociale (DSAS)



vieillir _____ 2030

AVRIL 2025

HE
TSL

TABLE DES MATIERES

RÉSUMÉ	3
1. INTRODUCTION	5
1.1. Objectifs de la revue de littérature	5
1.2. Délimitation de l'objet de la recherche	5
1.3. Méthode de recension et de sélection des documents	8
1.4. Construction de la typologie et présentation des résultats	8
2. TYPOLOGIE DES MODÈLES D'HABITAT ALTERNATIF	12
2.1. L'habitat communautaire : un outil pour lutter contre l'isolement ?	12
i) Le modèle de l'habitat intergénérationnel	12
• La résidence intergénérationnelle	13
• La colocation senior-étudiant·e	16
• L'accueil familial	18
ii) Le modèle de l'habitat participatif	19
• Le senior cohousing	20
iii) L'habitat communautaire : thèmes de discussion et enjeux	22
2.2. L'habitat assisté	27
iv) Le modèle de l'habitat groupé accompagné	27
• Du logement-foyer à la résidence autonomie	28
• Du <i>sheltered housing</i> à l' <i>extra-care housing</i>	31
v) Le modèle de l'habitat services	34
• La résidence privée pour aînés (RPA)	34
• Le village pour retraité·e·s	35
vi) L'habitat assisté : thèmes de discussion et enjeux	37
2.3. L'habitat médicalisé alternatif	43
vii) Le modèle de l'habitat partagé accompagné	44
• Les <i>Ambulant betreute Wohngemeinschaften</i> (ABWG)	45
• Les unités dédiées et <i>small scale units</i>	47
• Les villages Alzheimer	49
viii) Le modèle de l'habitat groupé médicalisé	50
• Le <i>special housing</i> dans les pays nordiques	51
ix) L'habitat médicalisé alternatif : thèmes de discussion et enjeux	52
3. CONCLUSION	55
4. BIBLIOGRAPHIE	58
5. ANNEXES	69

RESUME

A l'heure où l'opposition traditionnelle structurant la politique vieillesse entre maintien dans le domicile ordinaire et hébergement médicalisé de long séjour est remise en question, les habitats alternatifs attirent l'attention des responsables politiques. Dans un contexte où il s'agit à la fois de limiter les coûts de l'hébergement et de répondre aux besoins d'une population vieillissante tout en respectant la volonté des personnes concernées qui préfèrent pour la plupart vieillir chez-elles, les formules d'habitat alternatif apportent des réponses possibles à l'ensemble de ces enjeux. Pour autant, développées principalement à l'échelle locale et sans qu'elles ne fassent toujours l'office d'un encadrement spécifique, ces formules variées restent mal connues.

Ce rapport, établi à partir d'une revue de la littérature scientifique, présente une synthèse des connaissances à propos de la diversité des formules d'habitat alternatif développées dans des contextes variés. Il propose une typologie de ces structures qui permet de les situer les unes par rapport aux autres et de relever les principaux enjeux discutés dans la littérature. Les formules sont en particulier regroupées en fonction du problème public qu'elles adressent en priorité.

En procédant de la sorte, trois grandes catégories d'habitat ont été dégagées :

L'habitat communautaire vise d'abord à répondre à un problème **d'isolement des personnes âgées**, par la constitution de communautés de soutien sur leur lieu de vie. L'enjeu principal pour ces formules consiste alors à construire et faire exister ces communautés alors que les attentes et besoins des habitant·e·s varient et évoluent. Le maintien de l'engagement des personnes envers la communauté apparaît comme un défi particulièrement important.

L'habitat assisté est d'abord conçu pour assurer **le maintien à domicile** le plus longtemps possible de personnes plus ou moins fragilisées en facilitant l'accès à un ensemble de services, notamment via un accompagnement social. Parmi les enjeux principaux pour ces structures figure la définition de leur mission et de leur public-cible : doivent-elles pouvoir être un « lieu de vie jusqu'à la mort » pour la plupart des personnes âgées, y compris les plus fragilisées ou incarner un « chez-soi » aussi chaleureux que possible, peu médicalisé et donc moins adapté aux personnes les plus fragiles ?

Enfin, **l'habitat médicalisé alternatif** adresse le problème de l'emprise institutionnelle et vise à **réformer l'hébergement médicalisé de long séjour**. Ces formules cherchent à proposer un accompagnement individualisé aux personnes âgées les plus fragilisées dans un cadre domestique. L'enjeu majeur pour ces structures consiste alors à articuler un accompagnement fourni par des professionnel·le·s qui reste nécessaire pour assurer la continuité de la vie quotidienne des habitant·e·s avec une organisation domestique.

RÉPONDRE À LA FRAGILISATION DES PERSONNES ÂGÉES

Grande catégorie	Modèle d'habitat	Public-cible	Objectifs	Formules spécifiques
Habitat communautaire	Habitat intergénérationnel	Personnes âgées autonomes ou semi-autonomes à la recherche de lien social et prêtes à cohabiter avec d'autres générations	Lutter contre l'isolement par les liens intergénérationnels	Résidence intergénérationnelle
				Colocation senior-étudiant
				Accueil familial
	Habitat participatif	Personnes âgées autonomes ou semi-autonomes à la recherche de lien social et de participation communautaire	Encourager l'autonomie et la participation active dans une communauté	Senior cohousing
Habitat assisté	Habitat groupé accompagné	Personnes âgées à risque ou fragilisées, à la recherche d'un logement adapté, assurant une forme de sécurité et un accès facilité à des services variables	Assurer le maintien à domicile de personnes fragilisées, retarder ou éviter l'entrée en établissement médicalisé	Résidence autonomie
				Extra-care housing
	Habitat services	Personnes âgées fragilisées ou à risque, souvent aisées, recherchant confort, services et sécurité	Offrir un cadre sécurisé avec un ensemble de prestations tout en préservant l'indépendance	Résidence privée pour aînés (RPA)
				Village pour retraités
Habitat médicalisé alternatif	Habitat partagé accompagné	Personnes âgées ayant besoin d'une aide quotidienne, notamment en raison d'une démence	Proposer un cadre familial et une vie normalisée à des personnes avec des besoins importants	Ambulant Betreute Wohngemeinschaften
				Small scale units
				Villages Alzheimer
	Habitat groupé médicalisé	Personnes âgées dépendantes, avec troubles cognitifs ou physiques importants, ayant besoin d'une aide quotidienne	Réduire la dimension institutionnelle des établissements d'hébergement médicalisés classiques	Special housing

Figure 1 : Tableau synthétique des modèles d'habitat

1. INTRODUCTION

Le présent rapport a été réalisé sur mandat de Vieillir2030, la politique vieillesse du canton de Vaud. Il s'inscrit dans l'axe 5, intitulé « Proposer des environnements de vie diversifiés soutenant un vieillissement en santé » et consiste à répondre à la mesure 48 qui prévoit de réaliser une étude et une analyse sur les modèles d'habitat pour seniors au niveau intercantonal et international. A ce sujet, le canton de Vaud a approché la Haute école de travail et de la santé de Lausanne (HETSL) pour lui demander de produire une synthèse des connaissances scientifiques en matière d'habitat alternatif pour personnes âgées en situation de fragilité ou de perte d'autonomie, en Suisse et à l'international. À partir d'une revue de littérature sur le sujet recensant les analyses et travaux publiés dans des ouvrages et revues scientifiques, il s'agissait de présenter une typologie des modèles d'habitat alternatif.

1.1. Objectifs de la revue de littérature

Une telle revue visait à répondre à trois objectifs, formulés comme suit :

- Recenser les bonnes pratiques actuelles concernant les habitats pour personnes âgées en situation de fragilité en termes d'habitat alternatif au domicile ordinaire ;
- Recenser les modèles innovants en hébergement médico-social pour personnes âgées ;
- Recenser les besoins et les souhaits des personnes âgées en termes d'habitat, de prestations socio-sanitaires et d'environnement et identifier les lacunes de connaissances à ce sujet.

En accord avec le mandant et comme expliqué plus bas, ces trois objectifs seront traités ensemble dans la présentation d'une même typologie. Celle-ci présentera en effet des formules d'habitat qui, si elles s'en distinguent, sont tant issues du domicile ordinaire que de l'hébergement médicalisé classique. Pour chaque modèle d'habitat alternatif, les thèmes et enjeux principaux discutés dans la littérature seront par ailleurs présentés avec une attention particulière aux travaux portant sur l'évaluation de la qualité de vie des habitant·e·s, sur leur satisfaction ou sur celle de leurs proches.

1.2. Délimitation de l'objet de la recherche

La notion d'habitat bénéficie depuis une trentaine d'année d'un succès certain parmi les acteurs du champ du vieillissement et plus largement dans la littérature francophone, non-seulement en sciences sociales mais aussi parmi les urbanistes ou architectes (Argoud, 2011; Charras & Cérèse, 2017; Nowik, 2014; Pattaroni et al., 2009; Rosenfelder, 2017a). Le succès

de la notion tient notamment à son caractère multidimensionnel et à l'articulation qu'elle permet entre les différentes dimensions qu'elle encapsule. Son usage croissant s'inscrit en effet dans une tentative « d'élargissement du cadre d'analyse du logement dans deux directions » (Pattaroni et al., 2009, p. 5). D'une part, il s'agit de s'intéresser aux usages, aux expériences, à l'appropriation des espaces par les personnes qui les habitent, et plus seulement au cadre bâti. Dans cette optique, la notion d'habitat invite à rendre compte du développement et du maintien d'habitudes et routines ancrées dans l'environnement matériel. Ce premier élargissement du cadre d'analyse permet aussi de s'intéresser aux prises qu'offre l'environnement matériel, à ce qui permet ou non aux habitant·e·s de s'approprier les lieux et de s'y sentir à leur aise. D'autre part, la notion d'habitat invite à ne plus traiter le logement comme une cellule isolée et aux frontières rigides, mais à s'intéresser plus largement au « cadre territorial et politique dans lequel il s'inscrit » (Pattaroni et al., 2009, p. 5). En somme, si l'on en croit Pattaroni et collègues (2009), le succès de la notion d'habitat tient d'abord au fait qu'elle permet d'interroger les liens entre l'environnement construit, son cadre matériel et juridique et l'expérience qu'on en a, les usages qu'on en fait.

Dans le champ du vieillissement, le succès certain de la notion semble s'expliquer par la remise en cause de la structuration classique de la politique vieillesse en deux pôles bien distincts : l'hébergement médicalisé collectif (de long séjour) et le maintien dans le domicile ordinaire. Apparaissant progressivement comme « le point d'intersection situé à égale distance de l'hébergement et du domicile » (Argoud, 2011, p. 17), la notion d'habitat permet de rendre compte tant de tentatives pour décloisonner l'hébergement médicalisé et permettre aux résident·e·s de se réapproprier l'espace que d'initiatives portées par des acteurs du logement pour faciliter le vieillissement des habitant·e·s (Argoud, 2011). Son succès actuel dans le champ n'a alors rien d'étonnant à l'heure où, dans nombre de pays d'Europe, l'organisation des soins de longue durée apparaît comme un enjeu crucial alors qu'il s'agit de limiter les coûts de l'hébergement, de répondre aux critiques adressées aux institutions d'hébergement collectif et de respecter la volonté des personnes concernées, qui préfèrent pour la plupart vieillir dans leur domicile (Hachez & Marquis, 2024; Simonazzi, 2009).

Les structures d'habitat alternatif constituent en ce sens des réponses possibles à cet enjeu, qu'elles abordent chacune sous un angle différent. Elles restent pourtant souvent peu connues, alors qu'elles relèvent principalement d'initiatives locales et sont peu encadrées à une échelle nationale. Une vue d'ensemble de ces structures, des diverses manières d'aborder le problème public auquel elles répondent ou des moyens mis en œuvre manque encore. C'est dans ce contexte que se situe la présente revue de littérature : il s'agira de rendre compte des différentes réponses apportées, par des structures d'habitat alternatif situées dans des contextes variés, au double enjeu du décloisonnement de l'hébergement collectif médicalisé et de l'adaptation du logement ordinaire pour faciliter le vieillissement.

Ce rapport porte donc sur la diversité des *formules d'habitat alternatif* repérées en Suisse et dans une sélection d'autres pays. Dans la littérature francophone, de telles formules sont souvent désignées par les termes « d'habitat intermédiaire » (Nowik & Thalineau, 2014) pour mettre l'accent sur l'hybridation de caractéristiques institutionnelles et domiciliaires en leur sein. Dans le cadre de ce rapport et à la suite d'autres travaux, le choix a été fait de privilégier

RÉPONDRE À LA FRAGILISATION DES PERSONNES ÂGÉES

les termes « d'habitat alternatif » afin d'éviter de « laisser entendre que ces formes d'habitat ne sont qu'une étape « intermédiaire » dans un parcours résidentiel entre le domicile et la maison de retraite » (Leenhardt, 2017, p. 193). Néanmoins et afin de délimiter l'objet de la revue de la littérature, notre définition de l'habitat alternatif s'inspire largement de celle de l'habitat intermédiaire proposée par L. Nowik (2014). C'est en effet en raison de ce qui les distingue des deux pôles que représentent l'hébergement collectif médicalisé et le domicile ordinaire que les formules présentées sont qualifiées d'alternatives. Or, c'est généralement par le rapprochement entre ces deux pôles que ces formules procèdent pour proposer une réponse originale. Elles considèrent en effet le logement comme un espace privé et cherchent à garantir aux habitant·e·s une certaine maîtrise individuelle de leur vie quotidienne, mais proposent, pour répondre aux enjeux du vieillissement, d'affilier ce logement à un collectif, ce qui se traduit par un certain degré de partage des espaces. Dans le cadre de ce rapport, nous considérons donc que relèvent de l'habitat alternatif toutes les formules cherchant à répondre aux enjeux du vieillissement par une affiliation du lieu de vie à un collectif et le partage de certains espaces tout en garantissant une certaine maîtrise individuelle de la vie quotidienne du fait du caractère privé du logement et d'une volonté de limiter les routines institutionnelles. Cette définition englobante nous permet ainsi d'inclure dans le périmètre de la revue de littérature des formules qui proposent, par exemple, une colocation entre une ou plusieurs personnes âgées et d'autres habitant·e·s au sein d'un logement ordinaire.

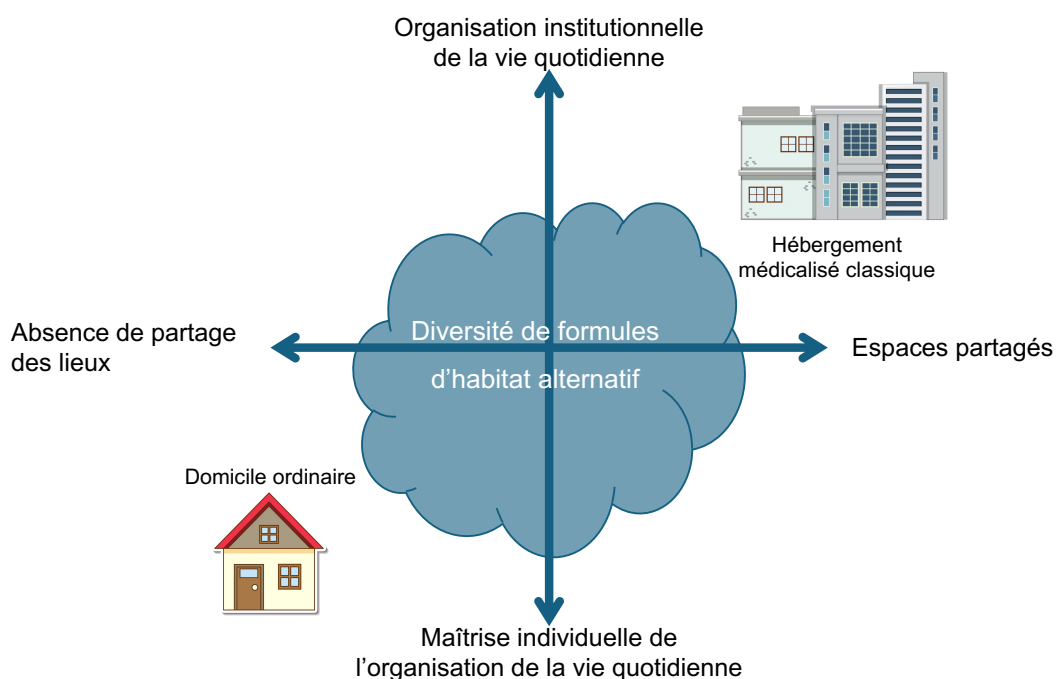


Figure 2 : Situer l'habitat alternatif par rapport à l'institué

1.3. Méthode de recension et de sélection des documents

Les objectifs auxquels ce rapport doit répondre se prêtent mal à une revue de littérature systématique et exhaustive, effectuée à partir d'une sélection de mots-clés bien définis qui permettraient d'identifier l'ensemble des travaux portant sur la question. D'une part, il ne s'agit pas de répondre à une question précise à partir de travaux fondés sur des preuves solides, mais de repérer, catégoriser et présenter les enjeux principaux autour d'une variété de formules d'habitat. D'autre part, il n'existe pas de terminologie unifiée pour désigner de telles formules, tant à l'échelle nationale qu'a fortiori dans une visée comparative internationale. Howe et collègues (2013) ont par exemple repéré, dans la littérature anglophone, pas moins de 90 termes différents pour désigner des formules d'habitat spécifiquement adressées aux personnes âgées plus ou moins similaires. Aussi, nous avons opté pour une revue de littérature de type narrative (Framarin & Déry, 2021) moins systématisée.

Une première recherche à partir d'une combinaison de mots-clés généraux (du type : « habitat intermédiaire », « habitat alternatif », « personnes âgées », « seniors », « sheltered housing », « special housing », « elderly », etc.) a été effectuée dans plusieurs bases de données (Cairn.info, Web of Science, Jstor) et dans le moteur de recherche Google Scholar. Sur cette base, des travaux présentant un panorama large de l'offre en termes d'habitat alternatif, proposant une typologie de différentes formules ou présentant du moins certains termes utilisés ont été consultés. Sur cette base, de nouvelles recherches ont été effectuées à partir de mots-clés plus spécifiques, portant sur l'une ou l'autre formule évoquée dans les travaux plus génériques. Un procédé de type « boule de neige » a aussi été mobilisé pour repérer d'autres documents : certains textes apparaissant dans la bibliographie des travaux consultés ou citant ces mêmes travaux ont à leur tour été consultés.

Conformément au mandat, seules des publications traitant de formules d'habitat repérées en Suisse, dans une sélection de pays européens ainsi qu'au Canada ont été retenues. La plupart des travaux sont rédigés en français ou en anglais, mais quelques documents en allemand ont été conservés, afin notamment d'inclure des travaux portant sur des formules repérées en Suisse alémanique. Il était prévu d'inclure également des travaux portant sur des structures japonaises, mais la littérature anglophone s'est avérée particulièrement maigre et les formules discutées similaires à d'autres présentées dans ce rapport. Aussi, aucune formule japonaise n'est mentionnée dans ce rapport. Il avait par ailleurs été décidé que seuls des documents publiés après 2013 devraient être recensés. Des travaux plus anciens ont finalement été intégrés, soit du fait d'une littérature particulièrement maigre à propos de l'une ou l'autre formule, soit du fait de leur importance particulière dans le champ. L'article le plus ancien retenu dans la revue a ainsi été publié en 2008. Les travaux retenus ont été publiés sous la forme d'articles scientifiques, de rapports de recherche, de chapitres de livre, de thèses ou de documents de littérature grise tels que des rapports présentés à différentes autorités.

1.4. Construction de la typologie et présentation des résultats

L'exercice de construction d'une typologie implique toujours d'avoir à gérer la « tension entre différences externes (entre les types) et ressemblances internes (propres à chaque type) »

RÉPONDRE À LA FRAGILISATION DES PERSONNES ÂGÉES

(Demazière, 2013). La démarche implique de réduire la complexité et l'hétérogénéité du réel, de le mettre en ordre pour en accroître l'intelligibilité. De ce fait, il s'agit de traduire une réalité nuancée et complexe en un ensemble de types bien définis sans pour autant trahir cette réalité. Or cette tension est ici accentuée du fait de l'objet même de la recherche : les structures d'habitat alternatif sont souvent développées à une échelle locale, portées et exploitées par des acteurs locaux et sont soumises à un encadrement national très limité. Il existe donc un foisonnement d'initiatives relativement isolées les unes des autres, qui portent parfois des noms différents mais qui présentent des similarités certaines. Les travaux qui se risquent à proposer une typologie des types d'habitat pour personnes âgées relèvent couramment cette difficulté (Argoud, 2014; Clapham, 2017; Howe et al., 2013; Leenhardt, 2017; Nowik et al., 2011; Peace, 2022; Rosenfelder, 2017a). Pour y faire face, ils et elles identifient généralement un ensemble de critères à partir desquels les distinguer et les classer.

Parmi les dimensions les plus couramment présentées comme permettant de faire apparaître des différences significatives entre les structures repérées figurent en particulier : la présence et le degré de services proposés à l'interne (aide de tout ordre, activités collectives, restauration, soins, etc.), la dimension plus ou moins collective de l'habitat et en particulier le degré de partage des espaces, le degré d'intégration et d'ouverture sur le quartier de la structure, la dimension intergénérationnelle de la formule, le statut des habitant·e·s (locataires, propriétaires, résident·e·s) ou encore la place qu'elles et ils occupent dans la conception et la gestion quotidienne de la structure. Chaque formule ou presque peut alors être située par rapport aux autres en prenant en compte l'ensemble ou une partie de ces dimensions.

Dans le cadre de ce rapport, nous adoptons une démarche en partie similaire qui tient de la typologie à visée descriptive (Demazière, 2013). Plutôt que de chercher à déterminer au préalable des critères permettant de classer les formules repérées dans la littérature, les critères de différenciation pertinents sont dégagés de l'analyse de ces formules. Au cours de cette démarche, nous avons décidé de distinguer les *formules* ou *concepts* d'habitat, soit des solutions à la fois structurées et dont l'idée centrale est répliquable (Pirinen, 2016) des *modèles* d'habitat, soit des manières communes d'envisager et de répondre à un problème public. En effet, la revue de littérature a révélé que si les structures concrètes pouvaient sensiblement différer les unes des autres du point de vue de leur organisation, elles se rejoignent souvent dans leurs principes et dans leur manière de répondre à un problème public identifié. L'exemple suivant permet de préciser la distinction opérée entre *formule* et *modèle* : la colocation senior-étudiant et la résidence intergénérationnelle incarnent deux *formules* d'habitat repérées très différentes. Pour autant, elles renvoient toutes deux au même *modèle* de l'habitat intergénérationnel, puisqu'elles cherchent toutes deux à répondre d'abord à l'isolement des personnes âgées en promouvant et en facilitant les relations intergénérationnelles.

En procédant de cette manière, 12 formules d'habitat alternatif pour personnes âgées renvoyant à 6 modèles distincts ont pu être dégagées. Les modèles ont à leur tour pu être regroupés en 3 grandes catégories, selon la manière dont ils formulent le problème public qu'ils abordent. Les modèles de l'habitat intergénérationnel et de l'habitat participatif renvoient ainsi tous deux à une tentative de régler le problème de *l'isolement* des personnes âgées par

RÉPONDRE À LA FRAGILISATION DES PERSONNES ÂGÉES

une approche *communautaire*. Le modèle de l'habitat groupé accompagné et celui de l'habitat-services cherchent à faciliter le *maintien à domicile* de personnes fragilisées. Enfin, les modèles de l'habitat partagé accompagné et de l'habitat groupé médicalisé s'inscrivent dans une critique et une tentative de *réforme de l'hébergement collectif médicalisé classique*. Une illustration de cette typologie est présentée ci-dessous (figure 2).

La présentation des résultats suivra cette structuration en trois parties, se rapportant aux trois manières de formuler un problème public, elles-mêmes déclinées en modèles et en formules qui s'y rapportent. Elles seront successivement abordées depuis celle s'adressant aux personnes les moins dépendantes en aide et en soins jusqu'à celle concernant les personnes les plus dépendantes. Au sein de chaque partie, les différentes formules d'habitat seront présentées à partir de leurs caractéristiques générales et certaines seront plus particulièrement abordées dans une perspective historique. Parfois, une structure particulière incarnant une formule et qui a fait l'objet d'une attention soutenue dans la littérature, par exemple dans le cadre d'une monographie, sera présentée dans un encadré. Les enjeux et principaux thèmes de discussion qui se dégagent de la littérature seront présentés en fin de chaque partie, avec une attention particulière portée à ceux concernant la satisfaction des habitant·e·s et/ou l'évaluation de leur qualité de vie.

RÉPONDRE À LA FRAGILISATION DES PERSONNES ÂGÉES

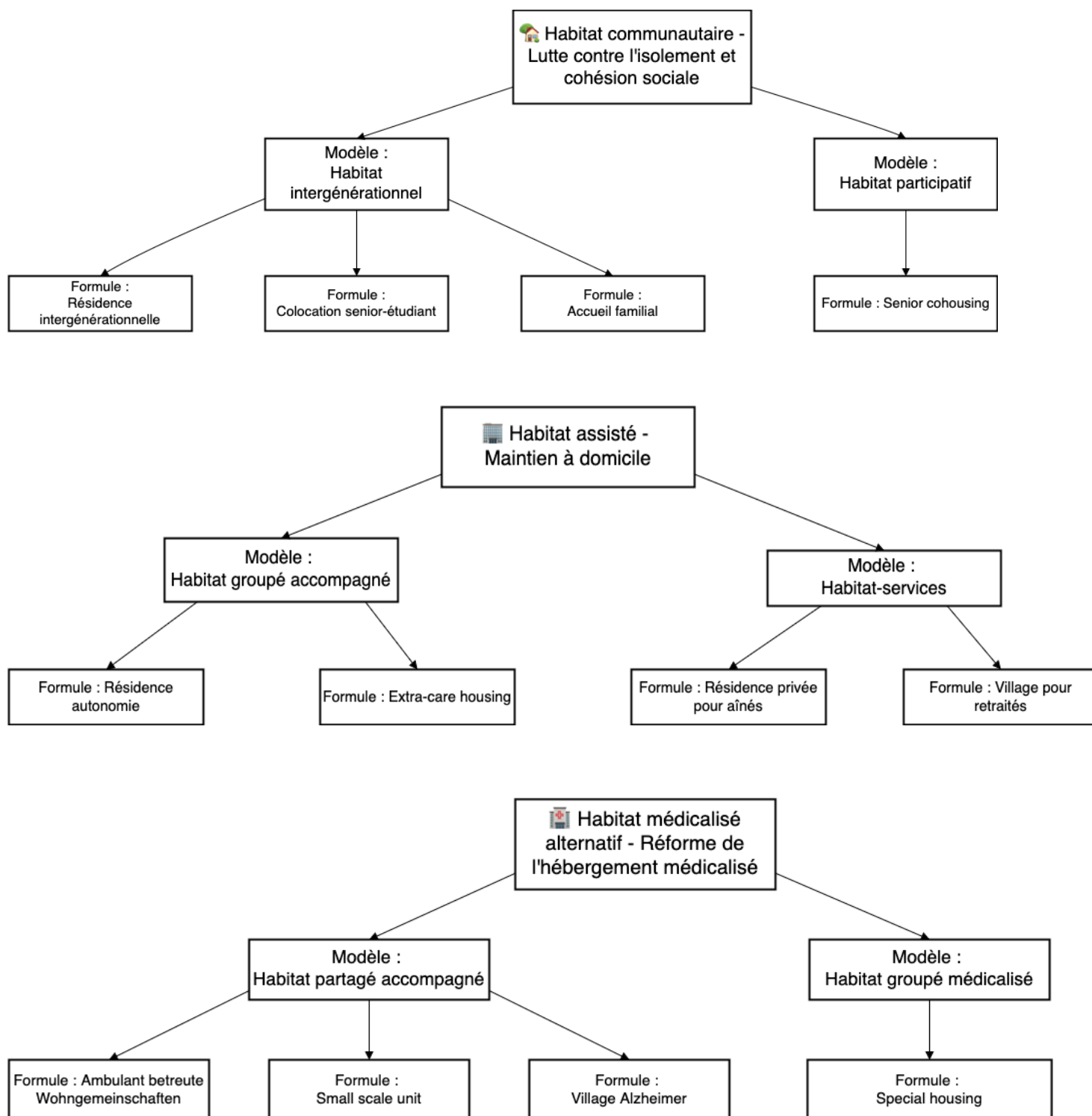


Figure 3: Illustration de la construction de la typologie

2. TYPOLOGIE DES MODELES D'HABITAT ALTERNATIF

2.1. L'habitat communautaire : un outil pour lutter contre l'isolement ?

Parmi les modèles d'habitat alternatif, certains adressent particulièrement un problème public formulé en termes de risque d'isolement et d'exclusion sociale des personnes âgées (Argoud, 2016). Pour y faire face, ils apportent une réponse avant tout environnementale (Torres, 2020) : ils cherchent à transformer le lieu de vie des personnes âgées. C'est l'environnement social qui fait l'objet d'une attention particulière dans ces modèles puisque c'est en favorisant le renouvellement, la multiplication et l'entretien des liens sociaux qu'ils envisagent de répondre au problème de l'isolement des personnes âgées. Autrement dit, il s'agit de constituer, par l'habitat, des « communautés de soutien » (Kaspar & Schürch, 2024). Les formules qui relèvent de ces modèles cherchent donc « en premier lieu à développer, dans l'environnement immédiat du logement, des réseaux d'entraide [...] » (Pock et al., 2024). La présence et l'activité de professionnel·le·s d'accompagnement ou de soins n'est donc pas particulièrement attendue ou valorisée : c'est d'abord la solidarité et l'entraide entre cohabitant·e·s qui doit permettre de prévenir et de faire face à l'isolement, voire à la fragilisation. Les structures qui relèvent de ces modèles tendent d'ailleurs à se présenter comme « l'anti-institution par excellence : [les valeurs de] liberté, domicile, inclusion et non-ségrégation des publics, implication et utilité sociale, et la perspective rassurante d'une communauté de voisinage bienveillante et animée » (Torres, 2020, p. 83) figurent souvent au cœur de leur projet. Ils sont ici regroupés sous le terme d'habitat « communautaire ».

Nous distinguons deux modèles d'habitat qui visent d'abord à répondre à l'isolement des personnes âgées par l'entraide et la solidarité entre cohabitant·e·s. Si tous les deux valorisent l'appartenance des personnes âgées à une communauté, le modèle de *l'habitat intergénérationnel* promeut comme son nom l'indique la mixité intergénérationnelle, tandis que le modèle de *l'habitat participatif* mise d'abord sur l'implication citoyenne de personnes âgées concernées.

i) Le modèle de l'habitat intergénérationnel

La notion d'habitat intergénérationnel suscite un engouement certain, tant parmi les acteurs du secteur de l'habitat ou les élus locaux que dans l'opinion publique (Torres, 2020). Pour autant, le nombre de réalisations effectives qui revendiquent explicitement ce positionnement et s'organisent principalement autour de cet idéal restent relativement rares (Argoud, 2012). Certaines structures qui se présentent comme intergénérationnelles sont en effet en réalité organisées sur le mode de l'habitat assisté, abordé plus bas, mais y adjoignent simplement quelques logements destinés à d'autres catégories de la population, étudiant·e·s ou familles.

Dans le cadre de ce rapport, elles ne sont pas traitées comme relevant spécifiquement de l'habitat intergénérationnel.

Si la littérature portant sur l'habitat intergénérationnel reste assez maigre, et évoque souvent le modèle sans le présenter pour autant de manière détaillée, elle a néanmoins permis de distinguer trois formules d'habitat intergénérationnel. La première, la résidence intergénérationnelle, propose des structures dédiées. Les deux suivantes, la colocation senior-étudiant·e·s et l'accueil familial, proposent en revanche une forme de cohabitation au sein du domicile ordinaire de l'un·e ou l'autre des membres. Les structures d'habitat intergénérationnel qui relèvent strictement de l'initiative privée et qui permettent par exemple à plusieurs générations d'une même famille de vivre sous un même toit (Dove, 2020) ne seront en revanche pas mentionnées ici, dans la mesure où elles n'entrent pas dans l'objet de la recherche.

• **La résidence intergénérationnelle**

Sous ce terme sont regroupées des structures qui visent explicitement et « en premier lieu à développer, dans l'environnement immédiat du logement, des réseaux d'entraide entre différentes générations » (Pock et al., 2024). Elles ne sont pas spécifiquement encadrées à l'échelle nationale et les projets, qui tiennent d'abord de la « débrouille locale » (Torres, 2020, p. 368), sont susceptibles de varier considérablement les uns des autres.

La littérature mentionnant la formule de la résidence intergénérationnelle apparaît particulièrement maigre, la plupart des travaux portant sur quelques réalisations emblématiques susceptibles d'inspirer d'autres projets, comme le « Village Générations » à Saint-Apollinaire (Daure, 2015). Parmi les publications repérées, deux sortent particulièrement du lot. C'est tout d'abord la thèse de Torres (2020), qui, à partir de la situation en France, interroge les conditions pour assurer la durabilité des résidences intergénérationnelles au-delà de l'effet de mode évident. C'est aussi le rapport de Pock et collègues (2024) qui présente sous la forme d'études de cas détaillées 6 projets d'habitat intergénérationnel en Suisse.

Les caractéristiques générales de la résidence intergénérationnelle sont mises en évidence par Torres (2020, p. 9) : ce sont « des ensembles résidentiels collectifs au sein desquels est délibérément organisée une cohabitation entre différentes générations (personnes âgées, familles, étudiants, jeunes actifs...) dont il est espéré qu'elle alimentera une solidarité de voisinage synonyme d'entraide et de convivialité. » Chaque habitant·e dispose de son propre logement privé. Au-delà de ces caractéristiques organisationnelles, les résidences intergénérationnelles ont surtout la particularité de reposer sur un idéal qu'elles cherchent à traduire en pratique. Ce sont donc les mécanismes mis en œuvre pour réaliser ce que Torres appelle des « utopies » qui caractérisent plus particulièrement cette formule. En dehors de la proximité spatiale organisée entre plusieurs générations, l'auteur relève plusieurs mécanismes courants de soutien à la participation et à la vie communautaire : la sélection à l'entrée de locataires en fonction de leur adhésion au projet et de leur engagement à pratiquer un « voisinage actif », parfois la présence d'employé·e·s ou bénévoles (de l'animation, de coordination, de conciergerie) chargé·e·s d'impulser et de maintenir la participation et l'entraide, ou encore la localisation particulière du site qui devrait favoriser les rencontres et la

RÉPONDRE À LA FRAGILISATION DES PERSONNES ÂGÉES

participation des habitant·e·s à la vie du quartier. Parmi les outils repérés, c'est surtout l'existence d'une charte de bon voisinage qui explicite l'idéal sur lequel repose la structure et formalise les attentes envers les habitant·e·s en termes de participation et d'entraide qui semble caractériser la formule. Les études de cas présentées dans les rapports de Pock et collègues tendent d'ailleurs à confirmer cette définition : les résidences intergénérationnelles se caractérisent bien par un ensemble de mécanismes qui visent à promouvoir la participation et l'entraide, dont un certain nombre sont présentés dans l'encadré ci-dessous.

Les porteurs de projet de résidences intergénérationnelles varient, mais Torres (2020) comme Pock et collègues (2024) notent que tant le développement de ces structures que la gestion de leur fonctionnement régulier impliquent souvent une variété d'acteurs. Parmi eux, les collectivités locales jouent un rôle prépondérant, stimulant l'initiative et encourageant souvent le développement de projets intergénérationnels via la mise à disposition de terrains ou par des appels à projet avec des aides financières à la clé. En France, c'est surtout le secteur de l'habitat social qui se saisit de ces opportunités : d'après le recensement effectué par Torres (2020), 94% des résidences intergénérationnelles appartiennent au secteur du logement social et sont gérées par un organisme HLM. En Suisse également – et même si la forme juridique et l'organisation des structures présentées par Pock et collègues (2024) est plus variée avec notamment quelques coopératives d'habitation – les résidences intergénérationnelles semblent a minima chercher à proposer des logements à des coûts abordables. Elles se reposent ici aussi sur le soutien des collectivités locales pour limiter les coûts : deux projets sur les six détaillés ont par exemple reçu des aides publiques quand trois autres ont bénéficié d'un droit de superficie.

Parmi les autres types de résidences intergénérationnelles repérées dans la littérature, on peut mentionner l'exemple particulier de certaines *Mehrgenerationenhäuser* allemandes abordées par Labit (2013b). Ces maisons des générations sont implantées dans la plupart des grandes villes du pays et bénéficient d'un soutien important du gouvernement fédéral. Elles placent la participation à la vie de quartier au cœur de leur projet : elles sont d'abord pensées comme des lieux de rencontre intergénérationnelle où sont regroupés des services adressés à des publics divers (crèches, structures d'accueil parascolaire, activités culturelles ou sportives, commerces, etc.). Si la plupart ne proposent pas du tout de logements, certaines des maisons des générations plus récentes ont adjoint sur leur site des appartements pour personnes âgées. Certains projets s'inspirant de cette formule de la maison des générations, y compris en Suisse, proposent de regrouper des services pour des publics divers et des logements pour personnes âgées. C'est par exemple le cas du projet de la maison intergénérationnelle de Hasliberg, dans le canton de Berne (Studer et al., 2024).

Le centre du Tilleul de Meinier (Genève), une résidence intergénérationnelle exemplaire ?

Le centre intergénérationnel de Meinier, qui est présenté comme un projet exemplaire dans les rapports de Pock et collègues, apparaît comme une itération possible de la résidence intergénérationnelle et sera à ce titre rapidement présenté ici.

C'est essentiellement sous l'impulsion de la commune que ce projet voit le jour. Au début des années 2000, l'exécutif communal entend la demande émise par des personnes âgées du village de construire un EMS sur son territoire pour éviter qu'elles ne soient contraintes de le quitter, faute d'infrastructures adaptées. Du fait du moratoire sur la construction de nouveaux EMS en vigueur dans le canton de Genève, les autorités cherchent une autre solution. Progressivement un projet d'habitat intergénérationnel associant services et logements pour personnes âgées, jeunes et familles s'impose. Si la population est consultée à plusieurs reprises à l'occasion de réunions d'information, le projet reste dans les mains de l'exécutif communal.

C'est en 2012 que le centre intergénérationnel, dont la gestion est assurée par une fondation liée à la commune, ouvre ses portes. Il propose 57 appartements, de 1,5 à 5 pièces, répartis dans trois immeubles locatifs. Pour assurer une mixité à la fois intergénérationnelle et sociale, une quinzaine d'appartements sont réservés à des personnes âgées, une quarantaine à des familles et quelques-uns à des jeunes vivant seul·e·s. 70% des appartements sont subventionnés.

Des services sélectionnés pour favoriser le lien social et accessibles aux villageois·e·s n'habitant pas le centre du Tilleul sont intégrés au site, dans un quatrième bâtiment dit « collectif ». Il s'agit d'un restaurant, d'un salon de coiffure, d'un cabinet médical et d'une ludothèque, mais aussi des services ciblant spécifiquement les enfants du village, tels qu'une crèche, une structure d'accueil parascolaire et plusieurs places de jeux. Au rez-de-chaussée du bâtiment collectif, se trouve encore une salle communautaire mise à disposition d'une association de retraité·e·s du village ainsi que le bureau de la coordinatrice sociale. La plupart des espaces collectifs (salle communautaire, crèche, accueil parascolaire), mais aussi les appartements sont dotés de larges vitres, ce qui facilite les contacts visuels et les interactions mais réduit l'intimité.

La commune encourage notamment la participation et l'implication communautaire des locataires par le financement de deux postes de travail : celui d'une coordinatrice sociale qui dispose d'un bureau sur site et est entre autres chargée de proposer des activités communautaires et de soutenir et coordonner l'entraide entre voisin·e·s, et celui d'un concierge disposant d'un appartement de fonction qui veille au bon respect des règles d'usage des espaces collectifs et assure la médiation en cas de conflit de voisinage. Les locataires qui emménagent dans la résidence, sélectionné·e·s notamment sur la base de leurs liens avec la commune, s'engagent à participer à la communauté et à s'entraider en signant une charte.

Pock et collègues dressent un bilan largement positif de la réalisation de Meinier, qui constitue un bon exemple de communauté favorable aux personnes âgées. La situation de la résidence au centre du village ainsi que la présence sur place de nombreuses infrastructures adressées

aux seniors, mais pas seulement, et ouvertes à la population extérieure est particulièrement saluée. Elle permet aux habitant·e·s du Tilleul, notamment aux personnes à mobilité réduite, d'avoir accès à un ensemble de services dans un périmètre restreint et place par ailleurs les seniors, habitant la résidence ou non, au cœur du quartier et de la communauté. La vie communautaire est jugée relativement importante, même s'il semble que près de la moitié des habitant·e·s seulement participent activement. Elle est soutenue par les professionnel·le·s présent·e·s sur site, la coordinatrice sociale et le concierge, dont l'activité apparaît essentielle pour faire vivre l'esprit de la charte signée par les locataires (via, par exemple, l'organisation régulière de réunions de locataires pour leur permettre de faire part de leurs souhaits ou remarques). Les autrices et l'auteur du rapport notent à ce propos le rôle majeur joué par les autorités communales dans la réussite du projet : elles ont non seulement développé le site, mais veillent aussi à assurer sa pérennité en finançant les postes de concierge et de coordinatrice sociale. Il semble néanmoins que l'objectif initial consistant à favoriser en particulier des relations intergénérationnelles soit passé au second plan. Le critère d'âge n'est plus particulièrement mis en avant par les acteurs, qui présentent surtout le quartier comme vivant et diversifié, tant du point de vue de l'âge que de la culture ou de la langue. L'entraide entre voisin·e·s reste limitée en pratique, notamment parce qu'elle est peu sollicitée. En revanche les relations de voisinage semblent excellentes et des liens sont tissés, notamment du fait d'une architecture qui favorise les contacts visuels et les rencontres dans les espaces extérieurs ou semi-publics.

• La colocation senior-étudiant·e

La formule de la colocation senior-étudiant·e est documentée dans plusieurs contextes européens, notamment en France, en Espagne et en Suisse, mais reste marginale en termes de nombre de personnes âgées logées. Elle consiste en un accueil dans son domicile ordinaire par une personne âgée d'un·e étudiant·e, parfois d'un·e jeune travailleur ou travailleuse, ou au chômage. Si des initiatives strictement privées existent sans doute, elles sont difficiles à repérer et les formules mentionnées dans la littérature, qui restent très parcellaires, sont généralement portées par une structure associative, une fondation voire une société privée qui se charge de sélectionner et de mettre en contact des postulant·e·s, voire de suivre les binômes sur la durée. En Espagne, le plus important programme de colocation senior-étudiant·e est ainsi porté par une fondation et soutenu à la fois par les autorités locales, par plusieurs universités et par une banque privée (Némoz, 2017; Sánchez et al., 2011).

La colocation senior-étudiant·e est présentée, par ses promoteurs, comme une réponse à un double problème : celui d'une part de l'isolement de personnes âgées, et d'autre part de la difficulté pour des étudiant·e·s de trouver un logement abordable à proximité de leurs lieux de formation (Anfrie & Cassilde, 2014; Sánchez et al., 2011). Pour autant, les attentes des différentes parties sont susceptibles de varier et de s'écarter de celles promues par les porteurs de projet. C'est d'ailleurs surtout sur les attentes variables des colocataires et les modes de cohabitation que portent les quelques travaux sur la formule (Némoz, 2017; Sánchez et al., 2011). Pour les personnes âgées, la formule peut représenter une opportunité

RÉPONDRE À LA FRAGILISATION DES PERSONNES ÂGÉES

de compléter leurs revenus, un moyen pour rompre la solitude ou assurer un sentiment de sécurité, voire une solution pour faire face à la fragilisation et obtenir une aide quotidienne. Pour les étudiant·e·s en revanche, la formule peut présenter un intérêt pour obtenir un logement bien situé et financièrement abordable ou une opportunité de s'engager pour une personne âgée. En résulte des modes de cohabitation variés, particulièrement bien mis en évidence par S. Némoz (2008) qui les ramène à trois types. Par « gîte néo-familial » elle désigne le type de sociabilités qui « prédomine actuellement dans l'imaginaire moteur d'une promotion étatique » de la formule. Au sein du gîte néo-familial, étudiant·e et senior cherchent surtout une compagnie et les relations sont basées sur une logique de don/contre-don, d'échange de petits services généralement peu coûteux en termes de temps. Au fil du temps, une relation de familiarité se tisse. Par « auberge étudiante », elle désigne un autre type de sociabilité, plus conflictuelle, qu'elle rapproche de la relation entre une maîtresse de maison et son invité·e, alors qu'elle se chargerait de l'ensemble des tâches domestiques. Les personnes âgées, cherchant typiquement à rompre leur solitude voire à faire face à un sentiment d'inutilité, gardent la pleine maîtrise de l'organisation domestique et des espaces. Les étudiant·e·s cherchent en revanche typiquement à préserver leur intimité et à se constituer un espace privé au sein de la maisonnée pour échapper à l'attitude jugée étouffante de la personne les accueillant. Enfin, par « demeure gériatrique », elle désigne des sociabilités qui s'organisent autour des besoins en aide et en soins quotidiens de la personne âgée. Les étudiant·e·s accueilli·e·s, généralement des femmes, « sont prêtes à jouer les aides ménagères [...] » notamment du fait de leur précarité économique et parfois contre rémunération.

Une formule de colocation senior-étudiant : l'association PariSolidaire (France)

L'association du PariSolidaire est abordée en détails dans un rapport de M.-N. Anfrie et S. Cassilde (2014) présenté au gouvernement Wallon. Créée dans la capitale française à la suite de la canicule de 2003 qui a révélé et mis à l'agenda politique le problème de l'isolement des seniors, l'association met en contact et accompagne des binômes de jeunes (étudiant·e·s, actif·ves ou chômeur·euses) à la recherche d'un logement et de personnes âgées vivant seules et disposant d'espaces, a minima d'une chambre, qu'elles sont prêtes à mettre à disposition d'un·e colocataire. En 2014, l'association annonçait avoir mis sur pied plus de 2'500 colocations depuis sa création. Deux « formules » sont proposées aux binômes. Dans la colocation « solidaire », la personne âgée met gratuitement à disposition d'un·e jeune une chambre meublée, en échange d'un engagement de la part des jeunes qui se doivent en particulier d'être présent·e·s dans l'appartement le soir et la nuit. Dans la colocation « conviviale », moins exigeante pour les jeunes, la chambre est mise à disposition contre une « indemnité financière d'occupation ». Dans les deux cas, l'association rappelle qu'il n'est pas attendu que le jeune se substitue à des professionnel·le·s d'aide et de soins et que sa présence « se veut avant tout rassurante ».

L'association intervient principalement dans la sélection des candidat·e·s et la constitution des binômes. Une rencontre individuelle est organisée avec les personnes âgées intéressées au sein de leur logement pour visiter les espaces et définir « le profil du jeune idéal ». Les jeunes sont invité·e·s à déposer un dossier de candidature afin de se présenter et de spécifier leurs

attentes. L'association sélectionne ensuite parmi ces dossiers ceux pouvant convenir à une ou l'autre personne âgée intéressée et les rencontre en personne avant de proposer une deuxième rencontre, cette fois en présence de la personne âgée. Si l'issue est positive, les deux membres du binôme signent une convention ainsi que la charte de l'association qui formalise les engagements respectifs. Les jeunes, particulièrement celles et ceux optant pour une colocation solidaire, sont soutenu·e·s par des employé·e·s de l'association pour les aider à répondre aux éventuelles sollicitations des personnes âgées. Des employé·e·s de l'association peuvent également intervenir en qualité de médiateur en cas de conflit entre les binômes et/ou mettre un terme à la colocation en cas de constat d'un manquement du respect de la charte et en l'absence de solution alternative.

L'association, qui emploie plusieurs salarié·e·s, est en partie financée par les cotisations annuelles de ses membres, les personnes âgées et jeunes en colocation. Le montant de la cotisation varie en fonction de la formule choisie et est plus faible pour les personnes âgées (entre 180 et 250€ par an) que pour les jeunes (jusqu'à 300€ par an).

• L'accueil familial

La formule de l'accueil familial renvoie à des dispositifs d'hébergement de personnes âgées par des particuliers qui ne sont pas membre de leur famille, et ce à titre onéreux. De tels dispositifs ont été repérés et font l'office d'un encadrement par les services de l'État en France (Kessler, 2013) et au Portugal (Delerue Matos & Borges Neves, 2013). Il est attendu de l'accueillant·e familial·e non seulement qu'il ou elle fournisse un logement à la personne accueillie, mais aussi qu'il ou elle l'intègre à son espace domestique, lui permette de participer à sa vie de famille et qu'il lui fournisse une aide quotidienne, notamment sous la forme de « prestations hôtelières », à savoir la préparation du repas. En France comme au Portugal les personnes ou familles accueillantes doivent être agréées, agrément supposé garantir une certaine qualité de l'accueil. Au Portugal, il est par exemple indiqué que les personnes accueillantes doivent « faire preuve de sensibilité envers la problématique du vieillissement et de la dépendance ; avoir des relations familiales stables, une certaine aisance économique, [...] avoir des conditions de logement adéquates [...] » (Delerue Matos & Borges Neves, 2013). En France, les personnes accueillantes doivent de plus avoir suivi une formation courte (Duberland, 2014; Kessler, 2013). Les binômes sont souvent liés par un contrat de gré à gré, même s'il est possible, en France, d'exercer en tant qu'accueillant·e familial·e en étant salarié·e par un employeur tiers gérant des établissements ou services médico-sociaux. Il n'en reste pas moins que l'accueil familial constitue une forme atypique d'emploi, que les accueillant·e·s ne sont pas soumis·e·s à certaines règles du Code du travail (notamment sur la rémunération minimale ou la durée de travail), ne disposent parfois pas de droit à des congés payés ou au chômage et que leur rémunération reste inférieure au salaire minimum (Delerue Matos & Borges Neves, 2013; Kessler, 2013).

L'accueil familial reste une formule très marginale : elle concerne près de 1'500 personnes âgées au Portugal en 2011 (Delerue Matos & Borges Neves, 2013) et près de 2'400 en France en 2007 (Kessler, 2013). Cette formule semble néanmoins plus présente dans des territoires

où les alternatives, et notamment les places en EHPAD, manquent. C'est par exemple le cas à la Réunion (Klein & Sandron, 2018), en Guadeloupe et en Martinique (Boucaud-Maitre et al., 2024), où elle est présentée par certain·e·s responsables comme une véritable alternative à l'hébergement résidentiel médicalisé. La professionnalisation de l'accueil familial y est aussi plus engagée et des efforts sont menés pour stabiliser le statut d'accueillant·e familial·e. En Guadeloupe par exemple, les accueillant·e·s ne sont pas rémunéré·e·s par la personne accueillie dans le cadre d'un contrat de gré à gré, mais par le Conseil Départemental via un forfait de 1'500€ par mois et par personne accueillie (Boucaud-Maitre et al., 2024).

S'il est parfois présenté comme un mode d'accueil « plus humain et personnalisé » que l'hébergement en institution, la littérature portant sur l'accueil familial se montre critique quant au rôle de l'aidant·e, qui accomplit un travail largement invisibilisé et non-reconnu comme travail, notamment du fait de son exercice dans l'espace familial et du recours à des compétences non-spécialisées (Le Cocq-Foltz, 2019b). Le statut atypique et particulièrement précaire de l'aidant·e, généralement engagé sur la base de contrats de gré à gré, n'ayant pas droit à des congés payés ou au chômage et sans distinction entre travail et hors travail est aussi mis en avant dans la littérature, qui le rapproche du bénévolat ou du travail domestique (Kessler, 2013). Quelques travaux abordent également la question des relations et formes de sociabilité entre familles accueillantes et personnes âgées (Delerue Matos & Borges Neves, 2013; Klein & Sandron, 2018; Le Cocq-Foltz, 2019a). Cette littérature constate généralement qu'un soutien fonctionnel et affectif est effectivement apporté à la personne âgée par la famille, mais soulève ici encore une asymétrie entre les attentes des différentes parties, notamment concernant les liens affectifs. La famille accueillante ne semble pas pouvoir incarner une « famille de substitution » (Klein & Sandron, 2018) et le risque de surveillance et de contrôle de la vie quotidienne de la personne accueillie par l'accueillant·e est noté (Le Cocq-Foltz, 2019a).

ii) Le modèle de l'habitat participatif

Le modèle de l'habitat participatif se distingue par le degré d'implication qui est attendu des locataires, tant dans la gestion du site que dans l'organisation de la vie quotidienne. Si, dans les autres modèles présentés, ce sont surtout des porteurs de projet et professionnel·le·s qui mettent sur pied des formules d'habitat encourageant les liens sociaux, les structures présentées ici sont d'abord imaginées et développées par des habitant·e·s et misent sur la participation communautaire pour structurer la vie collective et quotidienne. De ce fait, les structures relevant de l'habitat participatif sont particulièrement susceptibles d'être développées à un niveau local sans qu'une formule ou qu'un concept répliquable n'émerge et se stabilise, et sans nécessairement attirer l'attention de la littérature. Il nous a néanmoins été possible d'aborder le modèle à partir d'une formule d'habitat qui s'est institutionnalisée dans quelques pays du Nord de l'Europe avant de se répandre ailleurs, et qui est désignée dans la littérature anglophone par les termes de *senior cohousing*.

• Le senior cohousing

L'habitat autogéré ou participatif, généralement désigné par le terme *cohousing*, a une longue histoire dans les pays du Nord de l'Europe, notamment au Danemark et en Suède, sans pour autant que les personnes âgées ne fassent figure de public cible. Cette formule d'habitat émerge à la fin des années 1960, sous l'impulsion de groupes de citoyen·ne·s qui portent un regard critique sur l'organisation sociale (notamment sur le droit de propriété, les inégalités de genre ou la division du travail) et cherchent des modes alternatifs de cohabitation (Larsen, 2019). En Suède, le *cohousing* prend particulièrement racine dans des mouvements féministes qui voient dans la formule un moyen pour redistribuer et collectiviser le travail domestique : si chaque membre dispose de son logement individuel, les repas sont généralement préparés et pris en commun et l'éducation des enfants est assurée par la communauté d'habitant·e·s (Vestbro, 2014).

Les *senior cohousing* émergent un peu plus tardivement dans ces pays. S'ils s'inspirent largement de ces premières expériences, ils n'ont souvent pas de lien direct avec ces structures de *cohousing* intergénérationnel, au sens où leurs promoteurs ne sont pas liés. Ces communautés sont cependant structurées de la même manière : elles regroupent généralement de 15 à 25 appartements ou pavillons individuels autour d'espaces communs utilisés pour des activités sociales, notamment la préparation et la prise de certains repas en commun. Des comités d'habitant·e·s élu·e·s se chargent d'ordinaire de la gestion pratique et organisationnelle du site (par exemple en organisant l'entretien des espaces verts, en se chargeant de la gestion administrative du site ou en planifiant les activités communes), et les décisions importantes sont prises en commun, lors d'assemblées d'habitant·e·s (Pedersen, 2015). La participation à la vie du site et de la communauté est vivement encouragée, voire parfois obligatoire (Labit, 2015).

Les structures de *senior cohousing* relèvent en partie de l'initiative privée, au sens où elles émergent sous l'impulsion de groupes de citoyens concernés. Pour autant, Labit (2013a) comme Pedersen (2015) notent une forme d'institutionnalisation progressive de la formule. En effet, si certains groupes de citoyen·ne·s intéressé·e·s optent pour une coopérative d'habitation privée, une part non-négligeable des premières structures de *senior cohousing*, bien que portées par des groupes d'habitant·e·s, sont développées avec le soutien de bailleurs sociaux ou d'autorités locales. Un certain nombre de ces structures relèvent alors de l'habitat social, et les logements sont proposés à la location. Par ailleurs, au Danemark comme en Suède, une fédération nationale chapeaute désormais nombre des structures développées localement. Ces fédérations ont acquis une expertise dans le développement de telles structures, conseillent les groupes de seniors intéressés et sont mêmes à l'origine de certains projets, en partenariat avec quelques autorités locales. L'activité de telles fédérations semble avoir joué un rôle majeur dans la formalisation et la diffusion de la formule du *senior cohousing* dans ces pays. En 2015, parmi les 250 structures repérées au Danemark par Pedersen (2015), plus de la moitié relèvent ainsi de l'habitat social. Notamment du fait de cette institutionnalisation, la formule n'apparaît plus nécessairement comme proposant un mode d'habiter alternatif, mais aussi, voire surtout, comme une manière de répondre aux enjeux liés à l'habitat et au vieillissement (Pedersen, 2015).

RÉPONDRE À LA FRAGILISATION DES PERSONNES ÂGÉES

Quelques structures similaires s'inspirant plus ou moins explicitement des exemples nordiques sont développées dans d'autres pays d'Europe, généralement sous la forme de la coopérative d'habitation privée. Le nombre de réalisations reste cependant généralement faible et semble devoir dépendre largement du soutien des autorités locales ou nationales à la formule. L'absence de soutien public et les obstacles juridiques et institutionnels auxquels font face les groupes qui souhaiteraient développer une structure d'habitat participatif semblent expliquer le très faible nombre de tels projets en France, là où le soutien des autorités fédérales et locales expliquerait au contraire la diffusion relative de la formule en Allemagne (Droste, 2015; Labit & Chaland, 2010; Labit & Dubost, 2016).

Une partie de ces structures existantes revendiquent par ailleurs leur ancrage féministe, certaines étant réservées à des femmes dans la deuxième partie de leur vie, parfois exclusivement sans enfants à charge. C'est le cas, notamment, de la coopérative *Solinsieme* à St-Gall, habitat autogéré réservé à des femmes dans la deuxième partie de leur vie (Pock et al., 2024), de la Maison des Babayagas à Montreuil près de Paris (Rosenfelder, 2017a) ou du seul projet d'habitat participatif pour seniors à ce jour en fonctionnement au Royaume-Uni, celui du *Older Women's Cohousing group* (Arrigoitia & West, 2021).

Un habitat participatif confronté à la fragilisation de ses membres : *Living Alone in Community* (LAIc, Berlin) (Allemagne)

L'habitat participatif LAIc de Berlin a été décrit en détails par J. Hudson (2019), dans sa thèse consacrée à l'identité du groupe et à la vie quotidienne au sein d'une telle structure.

Le groupe à l'origine du projet est constitué au début des années 2000, autour de deux citoyens qui souhaitent développer un habitat participatif après avoir pris connaissance de l'existence d'une structure similaire dans une autre ville allemande. Le premier groupe de citoyen·ne·s souhaite bénéficier de l'appui d'un bailleur social pour construire une résidence dont les logements seraient proposés à la location et à bas prix, pour assurer que chaque membre puisse y accéder. Le projet n'ayant pu être réalisé, le groupe se décide finalement à occuper plusieurs logements dans un immeuble locatif construit dans les années 1970, chaque membre du groupe louant directement son appartement auprès du bailleur social gérant l'immeuble. Un appartement supplémentaire est loué pour servir d'espace communautaire. Les 13 membres du groupe (dont 1 couple) sont donc amené·e·s à côtoyer au sein de l'immeuble des voisin·e·s n'étant pas membres du LAIc. Le bâtiment n'étant pas spécifiquement construit pour accueillir une telle communauté, les espaces ne sont pas pensés pour soutenir la vie de groupe. La communauté ne tient donc qu'à travers les pratiques de ses membres, et ce sont précisément ces pratiques qu'Hudson interroge dans sa thèse.

C'est d'abord par son « manifeste », forme stabilisée et rédigée de l'identité du groupe, que la communauté existe. Plusieurs principes fondateurs sont exposés dans ce manifeste, les deux principaux étant thématiques comme relevant de la *participation à la communauté* et de *l'indépendance individuelle*. La participation à la communauté et la solidarité entre les membres est d'abord promue pour éviter la solitude et comme moyen pour garder collectivement la maîtrise du vieillissement. Cet appel à l'entraide est pourtant immédiatement contrebalancé par la réaffirmation de l'indépendance individuelle des membres, chaque

membre pouvant choisir de participer ou non à la vie du groupe sans se trouver contraint par des routines institutionnelles.

Des années après la rédaction du manifeste, plusieurs membres font néanmoins part de l'écart entre certaines de leurs attentes et les pratiques communautaires effectives. Du fait notamment de la diversité des profils et d'attentes variées, le groupe apparaît moins soudé qu'anticipé. Hudson le décrit comme une structure sociale plutôt lâche, et non comme la « quasi-famille » que certain·e·s espéraient. Il relève que des pratiques d'entraide existent et se traduisent surtout par un support émotionnel apporté à ses voisin·e·s, mais aussi par une attention diffuse : si un·e locataire n'ouvre pas ses stores plusieurs jours de suite, ses voisin·e·s s'en apercevront et s'en soucieront. L'aide pratique, rapportée à travers quelques anecdotes, apparaît plus sporadique : il peut arriver par exemple que des membres visitent une voisine hospitalisée et lui apportent quelques affaires.

Hudson met surtout en avant la tension entre les deux principes fondateurs du groupe : la plupart des habitant·e·s font part de leur crainte d'apparaître comme un objet de soin ou de l'attention particularisée des autres, et dans le même temps ne souhaitent pas s'impliquer outre mesure pour soutenir un·e membre qui aurait des besoins importants. De ce fait, la question de la potentielle fragilisation des membres semble soigneusement évitée par le groupe : le profil du membre idéal est présenté comme une personne indépendante, active et extravertie. Aussi, lorsqu'un membre développe une maladie chronique, sa fragilisation apparaît comme une source de tensions et de conflits au sein du groupe. Participant peu aux activités communautaires, notamment du fait de son état de santé, il bénéficie de peu de soutien de la part des autres membres.

iii) L'habitat communautaire : thèmes de discussion et enjeux

Les projets qui relèvent soit du modèle de l'habitat intergénérationnel, soit de l'habitat participatif se caractérisent souvent par un objectif empreint d'idéaux forts de *citoyenneté* et de *solidarité* (Labit, 2016), avec parfois une volonté affichée de lutter contre l'âgisme et les stéréotypes associés aux personnes âgées. En promouvant ces deux idéaux, les communautés constituées ou appelées à se constituer affirment leur volonté de garder, collectivement et individuellement, la maîtrise de leur vie et de leur vieillissement en s'appuyant sur l'entraide et le soutien communautaire. Ces objectifs font l'objet d'un consensus dans la littérature, qui loue la volonté d'impliquer les habitant·e·s dans l'organisation de leur lieu de vie et de leur quotidien. Labit (2017) reconnaît par exemple en l'habitat participatif « la seule formule qui voit les personnes âgées elles-mêmes prendre leur vie en main ». Pour autant, cette littérature nuance, voire dénonce, l'image idéalisée de ces structures, répandue dans les médias et l'opinion publique. Pour reprendre les propos des habitantes du *Older Women's Cohousing group* interrogées par Fernández Arrigoitia et West (2021), l'habitat communautaire « ce n'est pas le paradis ». C'est que, contrairement à ce que certains porteurs de projet ou responsables semblent imaginer, « [la communauté] ne se décrète pas, elle se

créée, elle se vit »¹ et demande pour se maintenir un travail et un engagement au quotidien (Arrigoitia et al., 2023). Torres (2020, pp. 285-294) regrette d'ailleurs l'usage parfois superficiel ou cosmétique de la notion d'« intergénérationnel », mobilisée par les porteurs de projet afin de rassurer des partenaires potentiels, les collectivités locales voire la population. Les termes semblent alors surtout mobilisés pour obtenir les autorisations nécessaires pour développer un projet immobilier, sans que la volonté de « faire naître et/ou vivre l'intergénération » ne soit présente. Les moyens nécessaires pour parvenir à réaliser en pratique la solidarité intergénérationnelle affichée ne sont ni anticipés ni mis en œuvre, ce qui met le projet en péril.

La littérature s'attarde surtout sur un certain nombre d'épreuves auxquelles ces structures font face pour traduire en pratique les idéaux qui les portent. Parmi ces épreuves, sont particulièrement mises en avant :

1) *L'asymétrie des attentes entre les habitant·e·s.*

Si une forme d'engagement est systématiquement espérée et attendue par les porteurs de projet de la part des habitant·e·s, la littérature qui s'attache à décrire les motivations et pratiques des membres insiste sur la diversité des attentes. H. Bertillot et D. Vanneste (2022) interrogeant les habitant·e·s d'un bguinage français indiquent par exemple que les motivations principales pour y entrer sont d'abord liées au logement antérieur : il s'agit surtout de quitter un logement insalubre, peu adapté, trop cher et/ou mal situé. Des motivations concernant les relations de voisinage et l'appartenance à une communauté sont aussi mentionnées, mais dans une moindre mesure. Ces résultats rejoignent ceux de Pedersen (2015) qui note, dans le contexte danois, que nombre d'habitant·e·s de *co-housing* expliquent avoir déménagé d'abord du fait de l'architecture adaptée et pratique des logements, avant de mentionner l'appartenance à une communauté. Nombre de travaux constatent d'ailleurs que la participation à la vie communautaire est moindre qu'espérée et tend à s'estomper avec le temps, alors que seule une partie des habitant·e·s s'engage activement et que les nouveaux arrivé·e·s sont moins susceptibles de partager les idéaux des porteurs de projet et premiers habitant·e·s (Jolanki & Vilkkö, 2015; Madoumier-Moriceau, 2024; Wechuli, 2017). À cette asymétrie des attentes s'ajoute d'ailleurs une asymétrie des modes de vies. Hudson (2019) mentionne par exemple que certain·e·s habitant·e·s de LAiC s'engagent dans de multiples activités et relations hors de la communauté et investissent de ce fait peu les activités au sein du groupe. Les résidences intergénérationnelles semblent particulièrement impactées par ces asymétries de mode de vie. Outre la tendance des jeunes résident·e·s à s'engager plus que leurs voisin·e·s âgé·e·s dans des activités et relations extérieures à la résidence, Torres (2020) comme Pock et collègues (2024) rapportent des conflits autour, par exemple, de l'usage d'espaces collectifs de résidences intergénérationnelles surtout fréquentés par des jeunes. En l'occurrence, des bars ou terrasses extérieures situées à proximité de logements de personnes âgées ont conduit à des plaintes répétées à propos de nuisances sonores.

¹ Nous reprenons ici une formule répandue dans le milieu de l'habitat intergénérationnel et rapportée par Torres (2020) : « l'intergénération ne se décrète pas, elle se crée, elle se vit ».

2) *Les conflits à propos de l'organisation de la structure et de la vie quotidienne.*

La littérature portant sur l'habitat participatif indique aussi que l'idéal démocratique qui porte ces communautés et les pousse à opter pour des mécanismes permettant la prise de décisions en commun est susceptible d'exacerber les conflits et de ralentir les processus, notamment dans les phases antérieures à la prise de possession des logements. L'exemple de la maison des Babayagas, célèbre projet d'habitat participatif réservé à des femmes dans la deuxième partie de leur vie en France, est à ce titre emblématique. Rosenfelder (2017a, p. 129) explique que le groupe « a été secoué par plusieurs crises au cours [des] dix premières années de gestation de projet et par au moins deux vagues de démissions. Les mésententes et les désaccords concernant l'administration de l'association, ses modalités de direction et l'organisation de la vie commune ont dissous le groupe et remis en cause le projet collaboratif ». Plock et collègues (2024) mentionnent des conflits similaires qui ont durablement bouleversé la communauté *Solinsieme* de St-Gall lorsque les membres ont été confrontées à la nécessité de choisir si elles acceptaient qu'une habitante enceinte garde son logement, alors qu'il était censé être réservé à des femmes sans enfant à charge. Il apparaît aussi difficile d'assurer le recrutement d'un nombre suffisant d'habitant·e·s pour intégrer les comités ou conseils chargés de la gestion administrative et de l'organisation quotidienne du site (Pedersen, 2015).

3) *La place des professionnel·e·s.*

La littérature sur la résidence intergénérationnelle insiste généralement sur la nécessité de ne pas faire porter l'essentiel du travail nécessaire à la constitution et au maintien de la communauté sur les habitant·e·s. Pock et collègues (2024) comme Torres (2020, p. 255-257) mettent en avant le « rôle clé » que le personnel d'accompagnement est appelé à jouer, qu'il s'agisse du « concierge historique » d'une résidence « garant de la charte » ou d'animatrices qui s'emploient à constituer des groupes de locataires et à les aider à formaliser et à mettre en pratique un véritable « projet de vie sociale ». Le rôle des professionnel·le·s apparaît en revanche plus ambigu dans la littérature portant sur l'habitat participatif (Labit, 2013a), alors que l'objectif affiché de maîtrise de son vieillissement implique qu'une part plus importante du travail repose sur les épaules des habitant·e·s. Des tensions apparaissent souvent dès les phases initiales du projet, alors que la participation d'expert·e·s et professionnel·le·s (architectes, consultant·e·s, conseiller·ère·s juridiques ou financiers, élu·e·s locaux, etc.) apparaît essentielle. Or, les solutions proposées par ces professionnel·le·s ne sont pas toujours alignées avec les objectifs initiaux du groupe et des décisions sont parfois prises sans tenir compte de la dimension participative du projet (Tummers, 2016). Il est en revanche peu fait mention de l'implication de professionnel·le·s dans la gestion quotidienne des structures d'habitat participatif.

4) *La tension entre les idéaux à l'origine du projet.*

Les valeurs portées par ces communautés entrent parfois en tension. C'est particulièrement le cas dans l'habitat participatif, qui valorise tant l'entraide et la solidarité

entre membres pour faire face au vieillissement que l'autonomie individuelle, qui s'incarne dans le refus de routines rigides, voire d'obligations envers le groupe. La plupart des communautés semblent devoir se confronter, à un moment ou à un autre, à la question de la balance entre vie communautaire et protection de l'indépendance individuelle (Madoumier-Moriceau, 2024). Plus prosaïquement, la question de ce qu'il est légitime d'attendre de chacun·e en termes d'engagement et de travail pour la communauté semble se poser au quotidien (Arrigoitia et al., 2023; Rosenfelder, 2017b). Ce processus continu de négociations à propos de ce qu'est ou doit-être le groupe, potentiellement épuisant, est plus ou moins assumé et visibilisé par les communautés. C'est particulièrement le cas de la communauté de femmes décrite par Arrigoitia et collègues (Arrigoitia et al., 2023; Arrigoitia & West, 2021) qui, revendiquant son ancrage féministe, expose et valorise le travail de maintien de la communauté et de gestion des conflits comme travail de *care*. C'est en revanche moins le cas au sein de la communauté décrite par Hudson (2019), où ces enjeux ne sont pas abordés tant que seules des personnes actives et indépendantes, soigneusement sélectionnées par le groupe, habitent le site et où la fragilisation de certains membres engendre des tensions.

5) *L'homogénéité des profils.*

Nombre de projets d'habitat communautaire visent aussi une mixité sociale, parfois difficile à atteindre en pratique. D'une part, le processus de sélection des habitant·e·s, assumé par la communauté au sein de l'habitat participatif, contribue à homogénéiser les profils. D'autre part, nombre de structures, notamment celles organisées en coopératives, restent financièrement inaccessibles pour certaines personnes. Les porteurs de projet et communautés anticipent néanmoins souvent ce problème et cherchent à y répondre en proposant une partie des logements à des personnes disposant de peu de ressources, dans le cadre de l'habitat social. C'est le cas par exemple du centre intergénérationnel de Meinier présenté dans le rapport de Pock et collègues (2024), mais aussi de l'habitat participatif du *Older Women's Cohousing group* (Arrigoitia & West, 2021).

Si elle attire donc l'attention sur la difficulté pour les projets d'habitat communautaire à répondre effectivement à leurs objectifs et sur le travail nécessaire, cette littérature n'en conclut pas pour autant que ces projets sont voués à l'échec. Au contraire, des pratiques d'entraide, des relations d'affinités entre voisin·e·s et plus largement un sentiment d'appartenance à une communauté et une attention diffuse aux autres sont presque toujours repérées, même si dans une moindre mesure que parfois espéré (Arrigoitia & West, 2021; Jolanki & Vilkkö, 2015; Pedersen, 2015; Wechuli, 2017). Ces formules d'habitat contribuent donc sans doute à réduire le sentiment de solitude des personnes âgées, même si peu de travaux mesurent l'effet concret de ces communautés sur la qualité de vie des habitant·e·s (Carrere et al., 2020; Rusinovic et al., 2019). Il apparaît en revanche clairement que la communauté d'entraide ne peut pas se substituer à l'intervention de professionnel·le·s d'aide et de soins en cas de fragilisation des membres (Rosenfelder, 2017a; Wechuli, 2017).

Une autre littérature traite plus spécifiquement des enjeux autour de formules d'habitat intergénérationnel au domicile ordinaire. C'est alors surtout l'asymétrie des places et des attentes entre les différent·e·s cohabitant·e·s qui y est discutée. Dans ses travaux sur la

colocation seniors-étudiant·e·s, Némot (2008) invite en particulier à la précaution dans l'évaluation et le discours public autour de telles formules. Si elles sont généralement présentées, dans les médias, comme favorisant la « cohésion sociale », la sociologue met en évidence les relations de pouvoir qui se nouent entre personnes âgées accueillantes et jeunes hébergé·e·s, notamment lorsque ces dernières et derniers ont peu d'alternative pour trouver un logement à proximité de leur lieu d'étude ou de travail. La relation de domination se manifeste alors dans la répartition du travail domestique et de *care* et surtout dans le partage et l'occupation des espaces. Du point de vue des espaces, les jeunes accueilli·e·s disposent de peu d'espaces privés et peinent à investir les espaces partagés qui gardent des traces visibles de personnalisation par les personnes âgées (Bitterlin, 2024; Némot, 2008; Roy & Tan, 2021). Certains des organismes qui mettent en lien personnes âgées et jeunes et suivent parfois les binômes, à l'image du PariSolidaire, sont conscients de ces risques et oeuvrent pour éviter que ne s'installent de telles relations de domination. L'association insiste par exemple sur le fait que les jeunes n'ont pas à prodiguer des soins ou à se substituer aux obligations familiales. Elle s'enquiert de l'état de santé des personnes âgées proposant une chambre et vérifie qu'une aide professionnelle adéquate soit mise en place en cas de besoins importants, afin d'éviter que la charge ne pèse sur les jeunes accueilli·e·s. Des membres de l'association visitent également les logements pour s'assurer que les espaces privés des jeunes leur permettent de vivre dignement (Anfrie & Cassilde, 2014).

2.2. L'habitat assisté

La grande majorité des structures d'habitat repérées et discutées dans la littérature adressent plus directement la question du *maintien à domicile* de personnes âgées plus ou moins fragilisées. Cette formulation d'un problème public en termes de maintien à domicile répond à un ensemble d'enjeux bien identifiés dans la plupart des pays européens : faire face à l'augmentation du nombre de personnes âgées, à la réduction de l'implication de la famille dans la prise en charge de leurs besoins et à l'augmentation des coûts que cette prise en charge implique pour le secteur public (Bouget, 2003; Simonazzi, 2009). Elle répond aussi à la volonté de respecter le choix des personnes concernées, qui souvent n'envisagent l'emménagement en établissement d'hébergement médicalisé qu'en dernier recours (Seifert, 2024). Elles relèvent alors de ce que la littérature francophone appelle généralement « l'habitat groupé accompagné » (Labit, 2018; Leenhardt, 2017) et représentent l'essentiel des structures regroupées sous le terme « habitat intermédiaire » (Nowik, 2014). Ces structures se caractérisent non seulement par un regroupement de logements privés – généralement des appartements mais parfois des pavillons – sur un même site et autour d'espaces communs, mais aussi par un ensemble de services variables proposés à l'interne qui sont supposés garantir le maintien à domicile des habitant·e·s. Du fait de leur caractère « institué » (Rosenfelder, 2017a), puisqu'ils font l'objet d'un encadrement juridique ont une longue histoire, ces formules apparaissent dans la littérature surtout comme des points de comparaison à partir desquels situer des concepts alternatifs plus récents et plus méconnus (Argoud, 2014; Nowik et al., 2011) ou pour aborder leurs transformations récentes, notamment sous l'impulsion de politiques publiques qui visent à mieux les encadrer ou à les réformer (Clapham, 2017; Dupré-Lévêque, 2019; Egbu et al., 2011; Kraft et al., 2023; Peace, 2022).

Des structures très différentes, du point de vue de la taille ou des services proposés peuvent donc être rapprochées de ce modèle et ce dans de nombreux contextes nationaux – c'est le cas par exemple de la plupart des LADA vaudois (Simzac et al., 2021), des appartements avec encadrement neuchâtelois (Gfeller et al., 2023) ou des IEPA genevois. Dans le cadre de ce rapport, nous distinguons deux modèles d'habitat qui cherchent essentiellement à assurer le maintien à domicile de personnes âgées fragilisées. Très proches dans leurs objectifs respectifs, ces modèles se distinguent d'abord du fait de l'identité de l'exploitant des structures et plus largement de la place qu'y occupe le secteur public. Les structures qui relèvent de *l'habitat groupé accompagné* sont généralement exploitées directement par des organismes publics ou associatifs, proposent une offre à dimension sociale et sont soutenues et/ou encadrées par les autorités locales ou nationales. Les formules *d'habitat-services* sont en revanche portées par le secteur privé à but lucratif, se situent plus généralement en marge des régulations étatiques et s'adressent souvent à un public plus restreint, particulièrement aisé.

iv) Le modèle de l'habitat groupé accompagné

Le modèle de l'habitat groupé accompagné est celui qui, dans le champ de l'habitat alternatif pour personnes âgées, incarne le mieux la prise en charge par les autorités d'un problème public, formulé dans les termes du maintien à domicile des personnes âgées (Bertillot &

Rapegno, 2019). Le soutien apporté ou non par les pouvoirs publics à telle ou telle formule relevant de ce modèle traduit ainsi des orientations politiques différentes dans la reconnaissance et la prise en charge de ce problème. Ces différences seront abordées ici à travers la présentation de l'évolution de deux formules qui, si elles relèvent actuellement de ce modèle, ont émergé alors que l'enjeu du maintien à domicile des personnes âgées ne figurait pas encore à l'agenda politique. Ce sont des formules respectivement britanniques et françaises : les *sheltered housing* et logements-foyers, sur lesquelles une littérature relativement dense existe. Chacune dans leur contexte et via des processus différents, elles ont été progressivement intégrées aux politiques de maintien à domicile. L'histoire de ces deux formules sera donc ici brièvement présentée dans la mesure où elle informe sur les orientations politiques possibles en termes de promotion et de développement de l'habitat groupé accompagné.

- **Du logement-foyer à la résidence autonomie**

L'histoire de la formule des logement-foyers

Dans sa thèse interrogeant le caractère « intermédiaire » des logements-foyers en France, Bérénice Simzac (2016) revient de manière extensive sur l'origine et l'évolution de la formule. Sauf indication contraire, c'est son travail qui est ici synthétisé.

La formule émerge dans les années 1950, dans un contexte de pénurie de logements, de dénonciation des conditions de vie dans les hospices et alors qu'un problème de mal-logement des personnes âgées disposant de faibles ressources est identifié. Les logements-foyers appartiennent d'abord au secteur de l'habitat social et aucun service de soins n'est proposé à l'interne : il s'agit de proposer des logements salubres et abordables à des personnes âgées disposant de peu de ressources. Leur gestion effective est déléguée aux bailleurs sociaux, aux collectivités publiques ou à des associations qui disposent d'une marge de manœuvre importante. Leur développement est néanmoins soutenu par les autorités nationales, notamment via le rapport Laroque (1962) qui propose un cadre général sur lequel s'appuyer pour construire et exploiter des logements-foyers. Il y est par exemple conseillé de limiter la taille des résidences (pas plus d'une cinquantaine de logements), d'intégrer des espaces communs (salle d'animation, salle de restauration, lingerie) ainsi que de proposer un minimum de services collectifs (au moins un repas chaud par jour, la présence d'un·e responsable logé·e sur place chargé·e de l'entretien des parties communes et de l'assistance immédiate aux locataires). Si le cadre proposé par le rapport Laroque n'est pas toujours respecté, l'essentiel de ces services sont effectivement intégrés et toujours proposés dans la plupart des logements-foyers cinq décennies plus tard : Aouici et Gallou (2014) recensant les services proposés dans les structures d'Île-de-France en 2012 indiquent par exemple que 90% d'entre elles proposent une salle d'animation et de restauration et que 80% proposent un service de gardiennage et une forme de téléassistance. Le rapport Laroque a sans doute contribué au développement de l'offre : la littérature indique que le nombre de logements-foyers croît sensiblement au cours des années 1970-1980, sans pour autant avancer de chiffres précis (Aouici & Gallou, 2013; Devaux, 2020; Simzac, 2016).

RÉPONDRE À LA FRAGILISATION DES PERSONNES ÂGÉES

Au fil de réformes législatives successives et d'un processus qu'Argoud (2014) nomme « normalisation des structures intermédiaires », les logements-foyers sont progressivement intégrés au secteur médico-social. Ces structures peuvent alors bénéficier d'un « forfait de soins courants », soit le financement (à hauteur d'un peu plus de 3€ par résident·e et par jour) de personnel soignant engagé au sein de l'établissement. Cette intégration au secteur médico-social est d'abord bien accueillie par les acteurs concernés, qui y voient une opportunité de développement et de professionnalisation, mais nombre de gestionnaires craignent dans le même temps une trop grande médicalisation des structures. Par conséquent les structures qui chercheront à bénéficier du forfait de soins courants restent rares, et en 2015 seuls 13% des logements-foyers en bénéficient encore (Dupré-Lévêque, 2019). Cette tendance à la « normalisation » de ces structures par leur intégration au secteur médico-social se poursuit néanmoins et une nouvelle réforme législative concernant la tarification des établissements médico-sociaux touche les logements-foyers dans les années 1990 : c'est désormais le niveau de dépendance des personnes accueillies, mesuré via les grilles AGGIR (Autonomie Gérontologique et Groupe Iso Ressources), qui détermine la catégorisation de l'établissement. De ce fait, les logements-foyers accueillant des personnes particulièrement dépendantes sont contraints de devenir des EHPAD et de se soumettre à l'ensemble des prescriptions qui les encadrent (Argoud, 2014), ce qui cause en l'espace d'une décennie la disparition d'un tiers des logements-foyers qui, soit deviennent des EHPAD, soit sont démantelés (Aouici & Gallou, 2014). Par ailleurs et alors que le nombre d'EHPAD augmente rapidement au cours des années 1990 et 2000, très peu de nouvelles constructions de logements-foyers sont engagées. Les gestionnaires de logements-foyers ne disposent pas non plus des moyens nécessaires pour rénover des bâtiments souvent vieillissants qui n'apparaissent plus adaptés aux besoins des résident·e·s. Jugés désuets, les logements-foyers sont quelque peu délaissés par les politiques publiques durant plus d'une décennie, au profit de structures médicalisées (Aouici & Gallou, 2014).

Durant les années 2010, alors que la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées figure à l'agenda politique et dans un contexte d'austérité et de limitation des coûts liés à l'hébergement médicalisé, les logements-foyers occupent à nouveau le devant de la scène (Collet-Berling, 2020). Ils apparaissent comme une solution possible au problème de la perte d'autonomie à condition qu'ils fassent l'objet de rénovation et de modernisation et présentent l'avantage, par rapport à d'autres formules d'habitat alternatif, d'être déjà installés sur le territoire, de présenter une certaine homogénéité et d'être déjà encadrés. L'encadrement législatif de ces structures est donc modifié en 2015 pour leur permettre d'assurer au mieux leur mission, reformulée en termes de maintien de l'autonomie et de prévention de la fragilisation, et les logements-foyers deviennent alors des « résidences autonomie » (RA).

Caractéristiques générales des résidences autonomie (RA)

Selon les derniers chiffres disponibles datant de 2019, plus de 2'200 RA sont réparties sur le territoire français, chiffre stable depuis 2011. Elles proposent près de 115'000 places. Plus de deux tiers des structures sont gérées directement par les autorités communales et plus d'un quart sont gérées par des associations sans but lucratif, alors que la part de résidences privées à but commercial reste marginale (Balavoine, 2023). La réforme législative de 2015, qui

RÉPONDRE À LA FRAGILISATION DES PERSONNES ÂGÉES

impose la terminologie de « résidences autonomie », vise notamment l'homogénéisation de l'offre au sein des résidences. Des prestations collectives minimales obligatoires sont alors définies. Parmi elles figurent en particulier : la mise à disposition d'espaces communs, une offre d'activité visant notamment la prévention de la perte d'autonomie, l'accès à un service de restauration et à un service de blanchisserie ainsi qu'un système de sécurité 24/24. Chaque structure peut néanmoins délivrer ces services de la manière qui lui convient, et notamment chercher à les mutualiser ou à profiter de synergies avec d'autres structures, par exemple en faisant livrer les repas par un EHPAD voisin (Dupré-Lévêque, 2019).

Le respect de ces prestations minimales donne accès au financement par les départements et via un « forfait autonomie » d'une part des activités au sein des RA, financement qui permet l'engagement de personnel d'accompagnement à l'interne ou au recours à des intervenant·e·s externes (Simzac, 2016). Par ailleurs, pour permettre la rénovation nécessaire de bâtiments vieillissants sans que son coût ne se répercute sur les loyers, un premier fond d'aide à l'investissement d'un montant initial de 40 millions d'euro répartis sur trois ans est constitué par l'État. Ce fond, d'abord jugé insuffisant par les acteurs du secteur (Simzac, 2016), sera renouvelé à plusieurs reprises à hauteur, ces dernières années, d'une trentaine de millions d'euros par année. C'est la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) qui gère ce fond et accorde subventions et prêts sans intérêts aux résidences après une sélection parmi les réponses à des appels à projet (Garlaud, 2023). La redevance payée par les habitant·e·s, soit « l'équivalent-loyer » ainsi que « l'équivalent-charges », couvre le reste des frais de fonctionnement de l'établissement et notamment les services obligatoires non-couverts par le forfait autonomie. Certains services tels que la restauration sont généralement proposés à la carte (Simzac, 2016). Les RA emploient en moyenne 12 équivalents temps plein pour 100 places proposées. Parmi les employé·e·s, près de la moitié relèvent des services généraux (buanderie, restauration, etc.), 22% sont des employé·e·s d'administration ou de direction et à peine plus de 10% exercent des fonctions éducatives, sociales ou d'animation. Le personnel médical, paramédical ou soignant représente moins de 10% des effectifs (Balavoine, 2023).

La définition du public cible des RA est par ailleurs assouplie : elles sont désormais autorisées à accueillir dans une petite proportion des personnes en perte d'autonomie (15% des résident·e·s peuvent être classé·e·s dans les Gir 1 à 3, soit des personnes nécessitant une aide quotidienne, voire constante), mais aussi d'autres publics tel que des étudiant·e·s, jeunes travailleurs et travailleuses, ou personnes en situation de handicap pour promouvoir les relations intergénérationnelles. Si l'appartenance des RA au secteur médico-social est par là réaffirmée, le législateur souhaite clairement éviter la médicalisation de ces structures qui doivent en priorité s'adresser à des personnes autonomes auprès de qui est déployée une action de prévention. La même volonté d'éviter la médicalisation de telles structures est par ailleurs affichée par le Canton de Vaud en ce qui concerne les LADA (Piecek et al., soumis). En 2017, les trois-quarts des personnes accueillies en RA sont ainsi classées dans les échelles 5 et 6 de la grille AGGIR et sont donc considérées autonomes dans la vie quotidienne, même si elles peuvent avoir besoin d'une aide ponctuelle, pour certaines tâches domestiques par exemple (Dupré-Lévêque, 2019). Par ailleurs, moins de 15% des habitant·e·s en RA semblent bénéficier de l'aide sociale ou d'une forme d'aide au logement (Cervera et al., 2017), bien que ce chiffre varie selon les gestionnaires. Pour autant, les résidences autonomie ne

semblent pas accueillir un public particulièrement aisé : Herpin (2014) note par exemple qu'en région Centre la grande majorité des habitant·e·s sont d'ancien·employé·e·s, ouvrier·ère·s ou agriculteur·rice·s, données corroborées par celles obtenues par Cervera et collègues (2017) qui indiquent que près de la moitié des résident·e·s en RA déclarent un revenu mensuel inférieur à 1000€.

- **Du *sheltered housing* à l'*extra-care housing***

Histoire de la formule des *sheltered housing*

L'histoire des *sheltered housing* britanniques est similaire à celle des logements-foyers : il s'agit d'abord d'une forme d'habitat social adressée aux personnes âgées disposant de peu de ressources, qui émerge dans les années 1950 alors que les conditions de vie en établissements d'hébergement collectif sont dénoncées (Egbu et al., 2011). Il s'agit alors d'un ensemble d'appartements ou pavillons d'une ou deux pièces, regroupés sur un même site autour d'espaces communs, salons ou salles pour activités. Les *sheltered housing* ont la particularité de proposer la présence d'un·e « gardien·ne » ou gestionnaire de site logeant parfois sur place et chargé·e de veiller sur les habitant·e·s, auquel·le·s il ou elle est souvent relié·e par un système d'alarme (Clapham, 2017). Le ou la gardien·ne peut fournir une aide administrative aux habitant·e·s, aider à l'organisation d'événements et activités, encourager les rencontres collectives autour d'un café et assurer un service de veille sociale (Ille-Roussel, 2023). D'abord largement supporté par les autorités locales, le développement des *sheltered housing* au cours des décennies suivantes est assuré essentiellement par les *housing associations*, des organisations à but non-lucratif spécifiquement chargées de développer et gérer des logements sociaux. Le nombre de logements proposés augmente au cours des années 1970 et 1990, du fait d'investissements importants des autorités locales et en l'absence d'intérêt porté au secteur par le marché privé (Robinson & Wilson, 2023). Entre le milieu des années 1980 et le début des années 90, le développement des *sheltered housing* atteint un pic, avec plus de 20'000 nouveaux logements construits par année (Beech & Copeman, 2024). Une partie croissante de ces structures, s'adressent alors à des personnes moins actives, en proposant des logements architecturalement adaptés ainsi que des espaces et services communs (Peace, 2022).

Le secteur est sujet à des bouleversements importants au cours des décennies suivantes, du fait d'une réduction drastique des investissements publics dans le cadre de politiques d'austérité mais aussi d'une réorientation des budgets vers le soutien au maintien dans le domicile ordinaire. Les *sheltered housing* font alors l'objet de plusieurs critiques : ils offriraient une offre trop standardisée sans parvenir à s'adapter aux besoins de locataires de plus en plus fragiles et ne constituent pas une alternative à l'hébergement résidentiel puisqu'ils ne sont pas adaptés aux personnes dont les besoins sont les plus importants. La critique porte également sur la concentration des moyens sur des structures accueillant des habitant·e·s dont les besoins sont très variables, au détriment de personnes vivant dans leur domicile ordinaire avec des besoins importants (Clapham, 2017; Egbu et al., 2011; Robinson & Wilson, 2023). Certaines associations exploitant des *sheltered housing* se retrouvent du fait de ces coupes dans l'incapacité de garantir le fonctionnement de leurs structures, a fortiori de les

RÉPONDRE À LA FRAGILISATION DES PERSONNES ÂGÉES

rénover ou d'en construire de nouvelles (Harding et al., 2018). Le budget alloué aux gardien·ne·s de ces structures, dont le rôle consistant à assurer une aide de bon voisinage est mal défini et ne comprend pas les tâches classiquement assurées par les services d'aide et de soins à domicile, est particulièrement impacté. Certaines structures se séparent alors de leur gardien·ne, remplacé·e par un système de téléalarme lié à une centrale pour faire face aux urgences, alors que d'autres sont démantelées, et ce malgré l'attachement que nombre d'habitant·e·s montrent à la formule et à la présence d'un·e gardien·ne sur place (Clapham, 2017; Peace, 2022). Pour ces raisons et après une augmentation importante du nombre de constructions entre les années 1970 et 1990, les investissements et l'attention des responsables politiques se détournent des *sheltered housing* depuis le début des années 2000. Une nouvelle formule qui émerge sous l'impulsion de certaines autorités locales attire en revanche l'attention des autorités nationales : celle de l'*extra-care housing* (ECH) (Egbu et al., 2011). Les financements publics et l'attention des autorités comme des chercheur·e·s se portent alors plutôt sur ces structures qui proposent des services plus importants à l'interne, dont des soins, et s'adressent en priorité à des personnes plus fragiles (Peace, 2022). Cette réorientation de la focale conduit à une stagnation de l'offre de *sheltered housing* classiques – avec tout de même plus de 500'000 logements proposés en 2024, soit plus que le nombre de lits en établissement résidentiel médicalisé – et au vieillissement des bâtiments existants sans que les gestionnaires ne soient toujours en mesure d'engager des rénovations et adaptations architecturales pourtant nécessaires. Des appels récents à reconnaître la valeur de ces structures et à engager une rénovation massive du stock de *sheltered housing* émergent néanmoins du secteur (Beech & Copeman, 2024).

Caractéristiques générales des structures d'*extra care housing* (ECH)

Le département de la santé britannique soutient depuis 2004 le développement des structures d'ECH via un fond d'investissement, à hauteur de près de £40 millions par année en moyenne (Bäumker et al., 2011). Il a aussi soutenu, au milieu des années 2000, la mise en place d'un réseau professionnel spécialisé, le *Housing Learning and Improvement Network* (*Housing LIN*). Ce réseau a depuis produit quantité de rapports et de publications à propos de la formule, présentant et discutant notamment des bonnes pratiques repérées, prodiguant des conseils tant aux acteurs du secteur qu'aux autorités ou aux personnes concernées. À la suite des publications du *Housing LIN*, nombre de travaux de recherche ont été engagés autour de la formule de l'*extra care housing*. En résulte une littérature particulièrement dense et récente.

La littérature portant sur les structures d'ECH s'accorde sur la difficulté à décrire précisément la formule, en l'absence d'une définition à l'échelle nationale et tant les structures réelles diffèrent, du point de vue de leur taille (entre 6 et 300 logements), des services proposés, des critères d'éligibilité, des publics accueillis ou de leur modèle de financement. Un ensemble de caractéristiques communes sont néanmoins souvent avancées pour distinguer les ECH d'autres structures, notamment de l'hébergement collectif médicalisé ou des *sheltered housing* classiques. Parmi ces caractéristiques, les principales sont : des logements privés associés à des espaces communs, une présence assurée 24/24 par du personnel d'accompagnement, des services d'aide et de soins à domicile disposant de locaux sur place et un ensemble de commodités sur site ou à proximité dont un service de restauration (Darton, 2022; Egbu &

RÉPONDRE À LA FRAGILISATION DES PERSONNES ÂGÉES

Wood, 2010; Kneale & Smith, 2013; Riseborough et al., 2015; Wright et al., 2010). Lorsque les *ECH* se trouvent relativement isolés, un ensemble de services plus variés sont souvent intégrés sur site, parmi lesquels un magasin, un salon de coiffure et de beauté voire une salle de sport. Dans la plupart des *ECH* des activités sont aussi proposées, qu'elles soient organisées par les responsables du site ou par des comités d'habitant·e·s (Barnes et al., 2012). En 2017, on dénombre près de 75'000 logements en *ECH* (Darton, 2022) dont certaines sont issues d'une restructuration d'anciens *sheltered housing* (Egbu & Wood, 2010). L'*Housing LIN* prévoit la nécessité d'en construire près de 160'000 supplémentaires d'ici à 2035. La plupart des structures proposent plus de 40 appartements sur un même site, et certains villages pour retraité·e·s qui relèvent de l'*extra-care housing* regroupent parfois plusieurs centaines de logements (Darton, 2022).

La plupart des structures d'*ECH* sont développées sous l'impulsion d'autorités locales, qui ont la responsabilité de promouvoir et d'organiser les services de *social care*. La gestion des *ECH*, voire leur développement, est généralement déléguée à une *housing association* bénéficiant d'un appui financier des autorités locales et proposant des appartements à la location à un prix limité. Du fait d'une réduction des fonds disponibles pour financer le développement de ces structures, les autorités locales et *housing associations* sont néanmoins invitées à chercher des investissements du secteur privé. De plus en plus de structures sont aussi développées par le secteur privé à but lucratif et proposent plusieurs modalités d'occupation du logement (vente, bail de très longue durée, copropriété, etc.) (Darton, 2022; Riseborough et al., 2015; Robinson & Wilson, 2023).

Les frais liés au logement sont financés séparément de ceux liés aux services d'aide et de soins, couverts selon les mêmes règles que celles encadrant les soins aux personnes vivant dans leur domicile ordinaire (Darton, 2022). Les soins sont délivrés par des services d'aide et de soins à domicile qui disposent généralement de locaux sur place. Les accords avec ces fournisseurs de soins ainsi que leur financement sont susceptibles de varier d'une structure à l'autre, et dépendent notamment de la collaboration entre le gestionnaire de la structure et les autorités locales. Plusieurs modèles repérés sont décrits en détails dans le rapport rédigé par S. Garwood (2010) pour le *Housing LIN*, mis à jour en 2015. L'autrice note que le modèle qui semble s'imposer est celui dit du « *core and add-on* », qui assure une présence continue minimale de personnel de soin pour répondre aux urgences et imprévus, financée directement par les autorités locales ou via les charges fixes payées par les habitant·e·s. Les soins à domicile réguliers et planifiés sont en revanche commandés individuellement par les habitant·e·s auprès du fournisseur présent sur site ou d'un autre fournisseur, en fonction de leurs besoins. Les charges fixes incluent généralement l'entretien des espaces communs, les salaires du service de conciergerie, du gestionnaire du site et/ou du coordinateur d'activités, le service de téléalarme, et parfois un certain nombre de repas (Riseborough et al., 2015).

De manière générale, la majorité des coûts associés à la vie en *ECH* semblent supportés par le secteur public. C'est du moins la conclusion de Baümker et collègues (2010), qui à partir d'une évaluation de la rentabilité d'une structure en particulier estiment que la part des coûts assumés par le secteur publique (via notamment le subventionnement des investissements, les allocations versés pour le logement et les charges ainsi que le financement des forfaits de

soins) atteint les 80%. Ils précisent néanmoins qu'il paraît difficile de généraliser ces résultats, tant les modèles de financement des *ECH* diffèrent.

En principe, les structures d'*ECH* s'adressent à des personnes ayant des besoins importants en termes d'aide et de soins. Il n'est d'ailleurs pas rare que les autorités locales fixent, parmi les critères d'éligibilité pour obtenir un logement, un besoin avéré d'un minimum d'heures d'aide et de soins par semaine. La plupart des gestionnaires cherchent néanmoins à atteindre un équilibre entre personnes très dépendantes en termes d'aide et de soins et personnes peu ou pas dépendantes (Wright et al., 2010). K. Russell (2012) note néanmoins, dans un rapport pour le *Housing LIN*, que cet équilibre, souvent fixé par les autorités locales, se situe en réalité à des niveaux très différents : certaines visent l'accueil de 80% de personnes ayant des besoins importants en termes d'aide et de soins (plus de 10 heures par semaine), quand d'autres cherchent une répartition plus équilibrée. À partir d'une analyse des profils d'habitant·e·s dans 19 structures d'*ECH*, Darton et collègues (2012) rapportent que plus de la moitié des répondant·e·s ont besoin d'aide pour sortir de chez elles et eux, emprunter les escaliers ou se doucher. Le niveau d'incapacité physique en *ECH* reste néanmoins moindre que celui en hébergement résidentiel médicalisé. C'est surtout du point de vue des troubles cognitifs que les différences sont notables : seul·e·s 3% des habitant·e·s d'*ECH* présentent des troubles cognitifs sévères, contre entre 40 et 54% dans divers établissements d'hébergement collectif médicalisés.

v) Le modèle de l'habitat services

Le modèle de l'habitat services se distingue très peu de celui de l'habitat groupé accompagné, tant en ce qui concerne les objectifs visés que l'architecture des structures, le statut des habitant·e·s ou les services proposés. En revanche, ce sont des sociétés privées à but lucratif qui exploitent ces structures ou du moins qui sont à l'origine de l'émergence des formules présentées ici, différence qui peut avoir des conséquences relativement importantes sur leur fonctionnement. Parmi les formules d'habitat services repérées, deux situations peuvent être distinguées. Dans le premier cas, le secteur privé commercial est majoritaire dans l'offre d'habitat alternatif, du fait de l'absence de formule d'habitat social. C'est le cas de la formule de la résidence privée pour aîné·e·s (RPA) au Québec. Dans le deuxième cas, l'habitat services privé à but commercial complète une offre d'habitat groupé accompagné géré et/ou encadré par le secteur public ou associatif. C'est le cas notamment des résidences services en France et de certains villages pour retraité·e·s au Royaume-Uni.

• La résidence privée pour aînés (RPA)

La formule de la résidence privée pour aîné·e·s qui propose un regroupement de logements, appartements ou chambres, émerge au Québec dans les années 1980. Le nombre de structures augmente rapidement : les RPA répondent à une demande croissante dans un contexte de vieillissement de la population et alors que des politiques visant à retarder l'entrée des personnes âgées en établissement d'hébergement se traduisent par la limitation des places en hébergement médicalisé et par un soutien financier aux personnes faisant appel aux services d'aide et de soins à domicile (Demers & Bravo, 2020). Contrairement à ce qui a

lieu dans d'autres contextes nationaux et notamment en Europe, aucune formule d'habitat social adressé aux personnes âgées n'émerge, et c'est donc le secteur privé commercial qui répond à la demande. Si elles sont d'abord clairement inscrites dans le secteur de l'habitat et échappent aux réglementations encadrant la délivrance d'aide et de soins, les RPA sont confrontées à l'augmentation des besoins des habitant·e·s et proposent de plus en plus de services à l'interne : aide et soins, repas à la carte, système d'appel, entretien ménager, salon de coiffure voire, pour les plus luxueuses, piscines (Demers & Bravo, 2020). Elles sont progressivement encadrées au cours des années 2000 via une certification accordée par l'État qui cherche à assurer la qualité des services proposés en fixant par exemple des normes quant à la dotation en personnel et à leur formation, ou en imposant la bonne tenue de dossiers de résident·e·s (Demers & Bravo, 2022). Notamment du fait de cette régulation croissante, les RPA les plus petites et situées en zone rurale tendent à disparaître faute de rentabilité. Entre 2014 et 2019 ce sont ainsi pas moins de 439 RPA, pour l'essentiel de petite taille, qui ont fermé leurs portes (Forcier et al., 2024). En revanche, le nombre de grandes à très grandes structures (plus de 100 logements) appartenant à quelques groupes privés, situées en zone urbaine ou périurbaine augmentent : elles restent rentables et sont en capacité d'augmenter les loyers tout en conservant une clientèle suffisante (Demers & Bravo, 2020, 2021; Lavoie et al., 2016; Lestage et al., 2014).

En 2023, les RPA proposent près de 140'000 logements, soit trois fois plus que le nombre de lits en établissement d'hébergement médicalisé (Forcier et al., 2024). Les RPA sont en moyenne plus grandes que les structures d'habitat groupé accompagné et proposent un niveau élevé de services, en particulier des prestations d'aide et de soins à la personne à l'interne. Elles assurent généralement une présence régulière de personnel soignant (Lavoie & Morin, 2013). Pour autant, du fait des pressions financières et de la difficulté à dégager des bénéfices, les services proposés à l'interne tendent à diminuer (Forcier et al., 2024).

• **Le village pour retraité·e·s**

Le concept des villages pour seniors émerge aux États-Unis à la fin des années 50. Il s'agit de communautés isolées qui se développent dans plusieurs États du Sud, composées de pavillons individuels réservés à des personnes âgées ainsi que d'espaces commerciaux et de loisirs – parcours de golf ou piscines notamment. Ces villages s'adressent en particulier à des retraité·e·s « actif·ve·s », qui disposent de moyens financiers importants et qui souhaitent profiter du climat du Sud (Billard et al., 2016; Trolander, 2011).

En Europe, c'est bien plus récemment et sous des formes quelque peu différentes que ce type de structures se sont développées, en particulier au Royaume-Uni, mais aussi dans une moindre mesure dans d'autres pays comme en Finlande (Lundman, 2020). Les villages sont parfois présentés, dans la littérature britannique et notamment par Pacione (2012), comme se situant sur un continuum qui va des *leisure-oriented retirement communities* (LORCs) proposant un mode de vie agréable à des retraité·e·s actif·ve·s et aisé·e·s aux *continuing care retirement communities* (CCRCs) qui cherchent à assurer le maintien à domicile de personnes plus fragiles. Les LORCs britanniques tels que le *Roseland parc retirement village* présenté par Evans (2009) se rapprochent dans leur organisation des villages états-uniens ou

australiens, bien que de plus petite taille. Ils regroupent classiquement un ensemble d'aménagements de loisir, tels qu'un spa, un salon de beauté, un bowling ou un terrain de croquet et sont exploités par des sociétés privées à but lucratif ou, parfois, par des *housing associations*².

Si la littérature reste maigre sur le sujet, il semble que nombre des communautés repérées au Royaume-Uni tiennent plutôt des CCRCs. Elles sont pour la plupart exploitées par des *housing associations*, souvent les mêmes qui gèrent des structures d'ECH. Les deux formules sont alors proches et se distinguent essentiellement du fait de leur taille respective et du public accueilli : les villages regroupent généralement plus de 100 logements (et parfois plusieurs centaines) répartis dans plusieurs bâtiments, et nombre d'habitant·e·s des villages reçoivent très peu ou pas d'aide ou de soins, contrairement aux habitant·e·s d'ECH (Evans, 2009). Ces communautés cherchent néanmoins à assurer la possibilité de rester dans le village jusqu'à la fin de la vie et proposent souvent des types de logement différents : des appartements ou pavillons sans accompagnement, mais aussi des unités d'ECH et parfois même des chambres d'hébergement médicalisé. Ces villages sont souvent organisés sous la forme dite « *core and cluster* » : un bâtiment regroupant une variété de services communs (réception, restauration, parfois magasin, cabinet médical, pharmacie, salon de coiffure, piscine ou spa, etc.) est situé au centre du complexe alors que les différents logements se trouvent dans des bâtiments annexes. L'aide et les soins sont généralement assurés 24h/24, le personnel soignant du complexe disposant de locaux sur place. Ils sont parfois financés sur un mode assurantiel, l'ensemble des habitant·e·s payant des frais fixes sans rapport avec leur consommation, mais sont généralement proposés à la carte ou via plusieurs forfaits, en fonction des besoins de chacun·e. Les logements sont parfois accessibles à la vente, notamment dans les complexes exploités par une société privée, mais le sont le plus souvent à la location. Des frais de services variables sont perçus pour l'entretien des espaces communs, la délivrance des services inclus dans le forfait de base et la gestion du complexe (Evans, 2009; Rogers, 2011). Les villages britanniques ne sont généralement pas des *gated communities* au même titre que certains de leurs homologues étatsuniens, et certains sont particulièrement intégrés à la communauté, proposent relativement peu de services sur place et encouragent les habitant·e·s à utiliser ceux du quartier ou du village. Néanmoins, notamment en raison de la difficulté à acquérir un terrain pour construire un tel village, ils se trouvent de fait souvent situés dans des zones rurales plus ou moins retranchées et permettent un accès limité à la communauté plus large (Evans, 2009).

Les résidences services françaises pourraient par ailleurs être rapprochées des villages pour retraité·e·s. Ce sont des structures de plus petite taille, équivalent des résidences autonomie qui connaissent une croissance rapide sous l'impulsion de quelques promoteurs. Elles sont souvent composées de quelques bâtiments abritant des appartements ainsi que des espaces de loisir et de bien-être (restauration à la carte, piscine, spa, salon de coiffure, terrain de sport,

² Les *housing associations* sont en principe chargées de développer et de gérer de l'habitat social. Néanmoins, du fait de réductions de leur budget, certaines associations développent des projets lucratifs, notamment des complexes de luxe, afin de dégager du bénéfice leur permettant de couvrir leurs frais de fonctionnement.

bibliothèque, etc.), mais sont situées pour l'essentiel en zone urbaine (Chaudet & Madoré, 2017; Gérard, 2016).

Un village pour retraité·e·s historique, le Denham Garden Village (Royaume-Uni)

Le Denham Garden Village a reçu une attention particulière dans la littérature, avec notamment une thèse consacrée à la vie quotidienne dans le village (Liddle, 2016) et des travaux portant sur l'évolution de la communauté en son sein (Bernard et al., 2012). Il fait figure de précurseur, puisque le complexe ouvre en 1958, et illustre ce à quoi peut ressembler ce type de village aujourd'hui.

Le complexe est situé en périphérie du village de Denham, à 6km de la ville d'Uxbridge, au nord-est de Londres. À son ouverture, les logements sont essentiellement des pavillons et sont réservés à d'anciens tenanciers de pub qui, après avoir cessé leur activité, peinent à se reloger. Le complexe incluait dans un bâtiment annexe une structure d'hébergement médicalisé, et, au centre, un bâtiment abritant un pub et plusieurs salles réservées aux activités sociales qui permettaient de prendre certains repas ensemble, de jouer au billard ou d'organiser des soirées dansantes. Après une période où le manque d'investissement met en péril la pérennité du complexe, sa gestion est reprise par l'Anchor Trust, *housing association* et plus important fournisseur d'habitat assisté pour personnes âgées du pays. Le village est alors rénové et propose 326 logements, répartis dans des maisons individuelles, des pavillons et surtout des appartements. Un ensemble de commodités, pour certaines ouvertes au public extérieur, sont proposées dans un bâtiment central, parmi lesquels un magasin, un café, une librairie, une salle communautaire, un fitness, une piscine et un salon de coiffure. Chaque semaine des activités sont organisées au sein du village et un service de transport permet aux habitant·e·s de se rendre dans la ville d'Uxbridge. La structure d'hébergement médicalisé a été remplacée par un centre médical abritant deux cabinets de médecine générale. Du personnel d'aide et de soins disposant aussi de locaux est présent 24/24 dans le complexe. Au total et en incluant au-delà du personnel soignant le personnel de maintenance, de restauration ainsi que d'administration, plus de 40 personnes travaillaient au Denham Garden Village en 2009, dont une douzaine à temps plein. La moyenne d'âge des habitant·e·s se situait alors à 75 ans, bien qu'il soit possible d'intégrer le village dès 55 ans (Liddle, 2016).

vi) L'habitat assisté : thèmes de discussion et enjeux

L'habitat assisté propose une réponse plus ou moins *instituée* à un problème public reconnu par les autorités, celui de la fragilisation de personnes âgées qui pourraient devoir entrer en hébergement collectif médicalisé. La réponse apportée consiste en des formules d'habitat qui devraient assurer le maintien à domicile le plus longtemps possible de personnes âgées « potentiellement fragilisées ou fragilisables » (Nowik, 2014, p. 25). Pour répondre à cette mission, les structures d'habitat assisté proposent une combinaison de *logements privés* pour favoriser le sentiment d'être chez-soi, *regroupés autour d'espaces communs* afin de soutenir l'entretien de relations sociales et un ensemble variable de *services individuels et collectifs*,

accessibles à l'interne ou à proximité, pour soutenir les habitant·e·s dans leur vie quotidienne et assurer un sentiment de sécurité (Nowik, 2014). Le fonctionnement effectif des différentes structures d'habitat assisté varie significativement, du fait d'une délégation de leur développement et exploitation à des acteurs locaux (collectivités locales, associations, ou sociétés privées à but lucratif) mais aussi de l'adaptation des structures aux besoins effectifs de leurs habitant·e·s. Les réponses pratiques au même problème public diffèrent donc dans une certaine mesure, et ce sont principalement la teneur de ces réponses et leur efficacité qui sont abordées dans la littérature, autour de quatre thèmes de discussion principaux présentés ici.

1) *La définition de la mission de la structure et du public cible.*

La question de la mission spécifique des formules ou des structures est couramment posée dans la littérature. Globalement, elle apparaît en tension entre la volonté de proposer un environnement chaleureux « comme à la maison » et celle de permettre aux habitant·e·s d'y demeurer jusqu'à la fin de leur vie, alors qu'il semble particulièrement difficile d'associer ces deux missions. Il paraît clair que les *sheltered housing* et une partie des résidences autonomes cherchent par exemple surtout à reproduire un environnement familial et chaleureux, et ciblent pour ce faire un public peu dépendant en aide (Clapham, 2017; Simzac, 2016). C'est notamment dans cette optique que le degré de dépendance des résident·e·s en RA est évalué, afin d'éviter qu'elles n'accueillent trop de personnes lourdement dépendantes et ne se médicalisent progressivement. La littérature sur les *ECH* est en revanche plus nuancée. Elle se questionne sur la mission de ces structures, et en particulier sur la nécessité pour elles d'incarner, comme le souhaite le département de la santé une « maison pour la vie ». Une partie des *ECH* cherchent à se présenter comme de véritables alternatives à l'hébergement résidentiel médicalisé (Kneale & Smith, 2013; Riseborough et al., 2015), se proposant par exemple d'accueillir en particulier des personnes vivant avec une démence (Oatley & Atkinson, 2024). Le *Housing LIN* promeut d'ailleurs en ce sens l'accompagnement de fin de vie en *ECH* (Carter & Kneale, 2012).

2) *La capacité des structures à répondre en pratiques à leur mission.*

Au-delà de leur mission affichée, la capacité des structures à traduire en pratique leurs objectifs et l'écart potentiel entre discours officiels et pratiques au sein des structures est interrogé dans la littérature. Saray-Delabar (2022), à partir d'une enquête menée au niveau départemental et au sein d'une résidence autonomie, met en évidence l'écart entre prescriptions et travail réel des équipes. Au-delà de l'image publique des RA, elles accueillent une part non-négligeable de personnes présentées comme peu dépendantes mais dont les profils sont qualifiés de « complexes » par le personnel, présentant par exemple des troubles psychiatriques. De ce fait, le travail effectif des équipes s'éloigne de la mission officielle de prévention de la perte d'autonomie : les professionnel·le·s se trouvent confronté·e·s à des situations plus complexes qu'attendues et doivent y répondre avec des moyens insuffisants. C'est particulièrement le cas de professionnel·le·s disposant d'une formation ou d'une expérience de soignant·e, qui ne sont pas formellement reconnues comme telles en RA. Elles et ils semblent devoir, du fait des

RÉPONDRE À LA FRAGILISATION DES PERSONNES ÂGÉES

besoins des habitant·e·s, régulièrement effectuer des actes de soins, qu'il s'agisse d'aider à la prise des repas ou de se charger de certaines toilettes.

La littérature anglophone est surtout riche en ce qui concerne les *ECH*, dont les objectifs sont les plus ambitieux. De nombreux travaux interrogent d'une part la capacité de ces structures à incarner une « maison pour la vie », y compris pour des personnes qui développeraient des troubles cognitifs, et d'autre part sur la capacité de ces structures à favoriser la qualité de vie et le bien-être des habitant·e·s. Sur ces deux points, les résultats varient sensiblement selon les enquêtes. Kneale et Smith (2013) ont ainsi interrogé la capacité des *ECH* à incarner une « maison pour la vie » à partir de l'analyse du parcours d'habitant·e·s de 9 *ECH* dont des données indiquant le niveau de soin prodigué étaient collectées par l'association gestionnaire. Ils concluent que pour la majorité des habitant·e·s, l'*ECH* constitue effectivement une « maison pour la vie » : il est trois fois plus probable d'y décéder plutôt que d'avoir à déménager dans un hébergement résidentiel. La probabilité à niveau de soin équivalent d'avoir à emménager dans un hébergement résidentiel est par ailleurs plus faible pour les habitant·e·s d'*ECH* que pour les personnes bénéficiant de soins à domicile dans leur logement historique. Néanmoins, à partir d'une enquête par questionnaire et entretiens auprès de personnes âgées vivant dans différents habitats au Pays-de-Galles, Burholt et collègues (2011) en arrivent à d'autres conclusions. Ils notent que les habitant·e·s d'*ECH* sont moins fragiles que les personnes en hébergement médicalisé ou que celles recevant des soins équivalents à domicile, notamment du fait de la sélection à l'entrée de certains *ECH* qui excluent les personnes avec des troubles cognitifs, même légers. Le niveau d'aide et de soins rapporté en *ECH* apparaît alors insuffisant pour en faire de véritables alternatives à l'hébergement résidentiel médicalisé. Ces résultats sont soutenus par d'autres travaux, qui concluent que les *ECH* ne sont souvent pas adaptés pour les personnes présentant des besoins spécifiques (Barnes et al., 2012). Evans et collègues (2018) s'interrogent par exemple, à partir d'une analyse de l'accompagnement dans 5 *ECH*, sur les conditions nécessaires pour permettre aux personnes avec une démence d'y demeurer. Ils concluent à la nécessité de proposer un accompagnement flexible et donc d'assurer la présence sur place d'un personnel suffisant, ce qui apparaît comme un défi particulièrement important alors que les budgets se réduisent. Wright et collègues (2010) notent d'ailleurs que les services en principe assurés dans ces structures ne le sont pas toujours en pratiques. À partir d'une recherche menée sur 10 *ECH*, ils constatent par exemple que le soutien 24h/24 n'est pas toujours garanti, notamment la nuit. Une structure sur les 10 ne propose qu'un système d'alarme et plusieurs autres garantissent la présence d'un·e veilleur·euse uniquement chargé·e de répondre aux urgences. Ces structures ne sont donc pas en mesure d'accueillir des personnes qui auraient besoin d'une aide plus régulière, par exemple pour se lever et se rendre aux toilettes la nuit.

Dans le contexte français, Simzac (2021) note que les habitant·e·s de résidence autonomie souhaitent pour la plupart y terminer leur vie, mais que plus de la moitié d'entre elles et eux sont amené·e·s à entrer en EHPAD, du fait des « obligations réglementaires et fonctionnelles » des RA. Elle décrit d'ailleurs des stratégies déployées par les habitant·e·s pour éviter cette mobilité contrainte : certain·e·s masquent leurs difficultés ou

leurs chutes et évitent de solliciter l'aide du personnel de la résidence par peur de révéler par-là leur incapacité à demeurer en RA.

Les effets positifs des structures d'*ECH* sur la qualité de vie et le bien-être des habitant·e·s sont généralement reconnus (Atkinson et al., 2014). Holland et collègues (2015) ont par exemple comparé l'évolution sur 3 mois de l'état de santé et de l'état psychologique perçu de nouveaux résident·e·s de villages pour retraité·e·s avec celle de personnes âgées restant à domicile. Ils notent un effet positif, à court terme du moins, de l'entrée dans une structure sur l'ensemble des variables testées, en particulier sur l'anxiété et la dépression. Les *ECH* semblent en particulier offrir des opportunités de rencontre et d'interactions aux habitant·e·s, comme le notent Shaw et collègues (2016) à partir d'une analyse phénoménologique de la vie quotidienne dans plusieurs structures. Une part importante des personnes interrogées par les autrices font par ailleurs part du sentiment de se sentir pleinement chez elles dans ces structures. Burholt et collègues (2013) nuancent pourtant ces résultats, soulignant que ces occasions ne sont pas toujours saisies et débouchent rarement sur des relations épaisses entre habitant·e·s. Les enquêtes qui cherchent à comparer certains aspects de la qualité de vie en *ECH* et dans d'autres contextes résidentiels parviennent néanmoins à des conclusions plus nuancées. Philips et collègues (2013) indiquent par exemple que, si les habitant·e·s d'*ECH* rapportent effectivement se sentir moins seul·e·s que les résident·e·s en hébergement médicalisé, ils et elles rapportent aussi une moindre satisfaction vis-à-vis des services proposés. De manière étonnante, Callaghan et Towers (2014) ont montré, en s'appuyant sur des données issues de plusieurs recherches, que les habitant·e·s d'*ECH* expriment le même degré de contrôle sur leur vie quotidienne que les résident·e·s en hébergement médicalisé, mais considèrent avoir plus de maîtrise sur leur vie quotidienne que les personnes recevant des soins à domicile.

3) *Le financement des structures.*

La question du financement des structures est également couramment abordée dans la littérature. Les financements publics, pour soutenir tant la construction que le fonctionnement de structures qui s'adressent souvent à des personnes âgées avec des ressources limitées, apparaissent essentiels. La réduction ou l'insuffisance de tels financements ainsi que l'ouverture aux marchés privés et des politiques de mise en concurrence, constatées tant en France qu'au Royaume-Uni, soulèvent des inquiétudes. D'une part, ces politiques semblent aboutir à une offre insuffisante par rapport aux besoins croissants d'une population vieillissante (Collet-Berling, 2020; Darton, 2022; Harding et al., 2018). Le caractère très inégal de la couverture territoriale du fait de la délégation du développement des formules à des acteurs locaux est notamment soulignée (Devaux, 2020; Le Piolet, 2020; Robinson & Wilson, 2023). Robinson et collègues (2020) mettent en particulier en avant le rôle des politiques de mise en concurrence. À partir d'une étude de cas dans une ville du Nord de l'Angleterre, ils contestent l'image souvent répandue dans la littérature britannique d'une offre relativement dense et diversifiée. Abordant la question à partir des options qui s'offrent aux personnes âgées de la région, ils constatent que les places dans les structures publiques ou gérées par des associations manquent

cruellement pour répondre à la demande, alors qu'aucune structure privée à but lucrative ne s'y est implantée du fait de l'absence de perspectives de profit. Ils concluent : au lieu du panel de possibilités flexibles et diversifiées souvent présenté dans la littérature, nombre de personnes âgées de la région sont de fait confrontées au choix binaire traditionnel de rester au domicile ordinaire et de se débrouiller, ou de chercher à déménager dans un établissement médicalisé. D'autre part, la réduction des budgets placent les structures existantes sous tension : certaines peinent à répondre à leur mission du fait, notamment, du faible nombre d'employé·e·s à l'interne (Evans et al., 2018; Saray-Delabar, 2022). Dans plusieurs rapports, l'*Housing LIN* propose aux gestionnaires d'*ECH* de varier les sources de financement, en s'appuyant notamment sur des investissements privés pour faire face à ces réductions (Riseborough et al., 2015).

Quelques travaux ont par ailleurs cherché à évaluer la rentabilité des structures d'*ECH* (Bäumker et al., 2011; Bäumker et al., 2010; Kneale, 2011). Elles concluent généralement que même si l'*ECH* s'avère coûteux et que l'essentiel des coûts sont supportés par les pouvoirs publics, elles peuvent aussi permettre des économies. L'entrée en *ECH* semblent en effet associée à une réduction des besoins en aide et en soins, ainsi qu'à une réduction des chutes et des hospitalisations. Cette littérature reste néanmoins prudente, notamment du fait de la grande variabilité des *ECH* et de leur mode de financement.

4) *L'encadrement et la régulation des structures par les pouvoirs publics*

Enfin, la régulation de ces structures pose question. D'une part, la délégation du développement et de l'organisation de ces structures à des exploitants locaux qui bénéficient d'une marge de manœuvre importante est particulièrement appréciée des acteurs, puisqu'elle leur permet d'adapter le projet en fonction de leur vision, de la situation sur le territoire local d'implantation voire de l'évolution du public accueilli. En résidence autonomie par exemple, malgré la volonté d'homogénéiser l'offre au niveau national, le taux d'encadrement, la composition des équipes de professionnel·le·s et leur rôle est susceptible de varier. Cette polyvalence est relevée par le personnel, tant par les responsables de structure estimant pour certain·e·s à la fois assumer un rôle d'animateur·trice, de responsable technique, de responsable du personnel et de coordinateur·trice de l'aide, que par les secrétaires qui sont parfois chargé·e·s de la mise en place de la table et du service du repas (Simzac, 2016). Cette marge de manœuvre semble mise à profit par les gestionnaires de RA pour remplir leur mission en proposant une solution légère et souple, avec des moyens humains et financiers limités. Dans le même temps, l'absence de définition plus claire et uniforme des structures contribue à la faible visibilité de l'offre et à la confusion généralisée qui l'entoure, déplorée par nombre de commentateur·trice·s non-seulement en France et au Royaume-Uni (Darton, 2022; Simzac, 2016), mais aussi en Suisse (Armanet & Voirol, 2021; Bannwart et al., 2022).

L'encadrement progressif des résidences privées pour aîné·e·s dans le contexte particulier du Québec semble en revanche poser des problèmes importants alors que l'offre d'habitat social est presque absente et que le secteur privé peine à dégager des bénéfices (Forcier et al., 2024). La certification semble mettre sous pression les petites

RÉPONDRE À LA FRAGILISATION DES PERSONNES ÂGÉES

RPA en zone rurale, qui n'ont pas la capacité de proposer l'ensemble des services exigés. Nombre de ces structures ferment, et les logements se trouvent concentrés dans de grands complexes résidentiels urbains appartenant à quelques groupes (Garon et al., 2018; Lavoie et al., 2016). La logique marchande de ces groupes les pousse à réduire parfois l'amplitude des services proposés en leur sein et à cibler une clientèle disposant de ressources financières importantes et relativement autonome (Demers & Bravo, 2021). De ce fait, la situation des personnes âgées moins autonomes, disposant de moins de ressources et/ou vivant dans la ruralité apparaît préoccupante et les appels au développement de formules d'habitat alternatif abordables se multiplient (Garon et al., 2018; Gascon & Olazabal, 2011; Lavoie et al., 2016).

2.3. L'habitat médicalisé alternatif

Les formules présentées jusqu'ici se situent pour l'essentiel dans le secteur de l'habitat ordinaire qu'elles visent à transformer pour faciliter le vieillissement des habitant·e·s et éviter leur entrée en hébergement médicalisé. Parmi les moyens privilégiés pour ce faire, elles privilégient le regroupement de personnes âgées sur un même site ainsi qu'un ensemble de services collectifs à proximité. De ce fait, des questions concernant la gestion de la vie collective et la régulation des conduites individuelles sont fréquemment soulevées dans la littérature, tout comme celles portant sur la fragilisation des habitant·e·s et la possible médicalisation de la structure. En somme, alors qu'elles sont issues du secteur de l'habitat ordinaire voire de l'initiative citoyenne, ces formules tendent souvent à s'institutionnaliser, à être régies par des normes bureaucratiques plus ou moins standardisées et à se rapprocher, dans leur organisation, dans les termes employés voire dans leur architecture, de l'hébergement médicalisé (Rosenfelder, 2024). Ce rapprochement est plus ou moins assumé, questionné ou craint par leurs promoteurs. Au contraire, les formules relevant du modèle de l'habitat médicalisé alternatif sont le plus souvent issues de l'hébergement médicalisé et visent à le transformer pour limiter l'emprise institutionnelle exercée sur les résident·e·s (Rosenfelder, 2017a).

L'habitat médicalisé alternatif adresse donc directement un problème formulé en termes d'*emprise* exercée par les institutions d'hébergement médicalisé sur leurs résident·e·s. Il est de ce fait étroitement lié au changement de paradigme dans les soins de longue-durée, dit du « *culture change* » dans la littérature anglophone, et à l'émergence des soins centrés sur la personne appelés à supplanter une approche biomédicale (Zimmerman & Sloane, 2007). Ce changement de paradigme a donné lieu à une littérature abondante (Chapin, 2010; White-Chu et al., 2009), qui s'intéresse en priorité à la structure hiérarchique des institutions médico-sociales et/ou aux pratiques du personnel. Elle n'entre donc pas dans le cadre de cette revue. En revanche, certains travaux portent sur des tentatives pour rendre les structures d'hébergement plus familiales et familières (*homelike*) du fait de modifications dans l'environnement matériel. Ils interrogent alors l'effet de ces changements sur la qualité de vie et le comportement des personnes accueillies, qu'il s'agisse par exemple de l'augmentation de la taille des pièces, de l'adjonction d'un jardin commun, du changement de la couleur des murs ou de la diffusion de musique pendant les repas (Chaudhury et al., 2017). Il ne nous est pas non plus possible de traiter ici de l'ensemble de cette littérature, d'autant que ces changements dans la manière de penser et construire les institutions d'hébergement n'en font pas nécessairement des habitats médicalisés *alternatifs*. En effet, nous considérons ici et à la suite de Rosenfelder (2017a, p. 115) que seules les structures qui proposent « d'autres modalités d'habiter la vieillesse » entrent dans le cadre de l'habitat médicalisé alternatif. Ce sont donc des caractéristiques couramment discutées dans la littérature portant sur la production d'un sentiment de familiarité au sein de l'hébergement médicalisé mais touchant plus directement au *mode d'habiter ou de cohabiter* qui seront présentées ici.

À partir de cette formulation, deux modèles d'habitat médicalisé alternatif ont pu être distingués. Le modèle de *l'habitat partagé accompagné* concerne des colocations proposées à des personnes âgées fragilisées, au sein d'une petite unité d'habitation de quelques

chambres. Le modèle de *l'habitat groupé médicalisé* traite en revanche d'appartements privés, regroupés dans des structures proposant des services similaires à ce qui existe dans des hébergements médicalisés classiques.

vii) Le modèle de l'habitat partagé accompagné

L'habitat partagé se distingue de la plupart des formes d'habitat présentées jusqu'ici, qui relèvent de l'habitat groupé, en raison du degré de partage des espaces. Ce sont en effet des structures de type colocation, où les cohabitant·e·s occupent une chambre au sein d'un même logement et partagent les espaces et équipements communs, dont la cuisine, les pièces à vivre et parfois les sanitaires (Leenhardt, 2017). Les formules d'habitat partagé figurant dans la littérature anglophone ou francophone ne relèvent pas toutes de l'habitat médicalisé alternatif. Pour autant, les formules s'adressant à des personnes âgées relativement autonomes dans leur vie quotidienne sont rarement mentionnées, et n'apparaissent que lorsqu'elles sont encadrées par des sociétés ou associations : les colocations autogérées entre particuliers semblent échapper à toute recension. Le concept des « Cocon3S », promu par une association qui cherche à soutenir et à développer des colocations autogérées est par exemple mentionné dans la littérature francophone (Anfrie & Cassilde, 2014; Labit, 2018). La formule a la particularité de s'adresser à des personnes âgées isolées, à la recherche d'un environnement de vie sécurisant ou souhaitant partager les frais, mais pas à des personnes nécessitant une aide importante. Le profil des habitant·e·s des cocons apparaît d'autant plus homogène que les personnes âgées susceptibles de développer une colocation sont particulièrement actives et extraverties d'une part et que les candidat·e·s sont sélectionné·e·s par cooptation des premier·ère·s colocataires d'autre part. La peur de « devenir l'infirmière des autres » les pousse alors à exclure les plus vulnérables (Anfrie & Cassilde, 2014).

La plupart des formules d'habitat partagé discutées dans la littérature relèvent néanmoins de l'habitat accompagné, c'est-à-dire qu'elles incluent la présence de professionnel·le·s, souvent en continu, et s'adressent de ce fait à des personnes âgées plus vulnérables, en particulier des personnes atteintes de démence. Pour ces formules, la colocation au sein de logements de quelques chambres constitue surtout un moyen efficace pour proposer un accompagnement « comme à la maison » (*homelike*) à des personnes fragilisées. Parmi elles, on peut citer quelques formules repérées en France ou en Suisse, comme les Maisons Âgées et Vie, les domiciles partagés du Morbihan (Leenhardt, 2017), les maisons partagées adossées à des EHPAD (Buso & Ancilotto, 2018; Labit, 2018) ou les colocations Alzheimer (Hugentobler, 2023). Mais c'est surtout en Allemagne que des formules d'habitat partagé accompagné adressées à des personnes nécessitant de l'aide et des soins et en particulier des personnes atteintes de démence se sont développées : les *Ambulant betreute Wohngemeinschaften (ABWG)* (Leenhardt, 2017, 2024). C'est donc cette formule qui sera d'abord présentée ici. La formule des *small scale units*, particulièrement répandue aux Pays-Bas et qui s'inscrit plus explicitement dans le secteur médico-social sera ensuite abordée. Enfin, la formule du village Alzheimer, qui peut être présentée comme une modalité particulière de regroupement de plusieurs *small scale units* sera aussi discutée.

• **Les *Ambulant betreute Wohngemeinschaften* (ABWG)**

Les premières initiatives pour constituer des habitats partagés accompagnés en Allemagne sont portées par des « entrepreneurs sociaux », soutenus par des associations, des gérontologues, voire des psychiatres réformateurs et s'inscrivent dans « le mouvement de désinstitutionnalisation en psychiatrie des années 70-80 » (Leenhardt, 2024, p. 59), comme en témoigne le nom de la première colocation fondée au début des années 80 : « *raus aus der Psychiatrie* » (Klie, 2016). Après ces premières « utopies concrètes », la formule s'institutionnalise progressivement sur le modèle d'autres colocations développées au milieu des années 90, les *Demenz WG* de Berlin. D'abord soutenues par les autorités régionales qui permettent un premier développement, ces structures bénéficient du soutien croissant du gouvernement fédéral. Ce soutien s'incarne d'abord dans un rapport, commandé en 2002 au promoteur des *Demenz WG* berlinoises, explicitant le processus de développement d'une colocation à l'intention d'autres porteurs de projet (Leenhardt, 2024). Il se manifeste aussi dans un « programme fédéral pour garantir la qualité dans les WG assistées en ambulatoire » (Winkler, cité dans Leenhardt, 2024), soit une volonté d'encadrer ces structures et de garantir par là le respect de normes de qualité. La pertinence du modèle est donc réaffirmée à l'échelle nationale, mais la réglementation des institutions médico-sociales restant une compétence des Länder, elle aboutit à 16 manières très différentes de définir et d'encadrer les ABWG (Klie et al., 2020). Certains Länder encouragent la construction de colocations quand d'autres se montrent plus méfiants vis-à-vis de la formule alors que d'autres encore privilégient le « laissez-faire ». De même, certains Länder soutiennent le développement de colocations par des personnes concernées – notamment des proches des habitant·e·s – quand d'autres privilégient les structures exclusivement gérées par des services de soins (Klie, 2016). De ce fait notamment, la couverture territoriale des ABWG reste très inégale : en 2015, Klie et collègues (2020) estiment le nombre de colocations à Berlin à près de 690, alors qu'aucune colocation n'est repérée en Sarre. Enfin, le gouvernement fédéral accentue son soutien à la formule en accordant à ses habitant·e·s un supplément de financement par l'assurance des soins. Ce supplément consiste en un forfait mensuel à hauteur de 200€ par habitant·e, censé financer la présence de personnel spécifiquement chargé de proposer un accompagnement pour l'ensemble du groupe. Elle est soumise à certaines conditions, la colocation devant notamment remplir quelques critères fixés à l'échelle nationale parmi lesquels l'accueil de 3 à 12 colocataires et la présence d'une personne mandatée pour organiser la vie communautaire (Klie et al., 2020; Leenhardt, 2024). Une aide à l'investissement initial est aussi proposée, tant par le gouvernement fédéral que par certains Länder. Du fait de ce soutien des autorités, qui reste variable, la formule s'est développée et Leenhardt (2024) estime le nombre d'ABWG à près de 3'700 en 2016.

À partir d'une grande enquête quantitative menée en 2015, mais aussi d'une étude de cas plus détaillée de 5 colocations, Klie et collègues (2020) ont pu dresser un tableau descriptif des ABWG. Ils notent d'abord que ce sont des structures récentes et que leur nombre croît de manière stable ces dernières années, ce que les auteurs attribuent aux réformes à l'échelle nationale. Elles accueillent pour la plupart entre 6 et 12 colocataires, et près de 80% des colocations s'adressent spécifiquement à des personnes vivant avec une démence. De ce fait, elles se présentent souvent comme des alternatives à l'hébergement résidentiel médicalisé et

non comme des solutions provisoires. L'accompagnement vise en principe une organisation de la vie quotidienne sur le mode domestique, respectueux du « monde vécu » (*Lebenswelt*) des locataires. Les locataires participent ainsi souvent à la prise en charge de tâches relevant de routines familiales, telles que la préparation des repas. Reste que l'accompagnement proposé à l'interne est susceptible de varier considérablement : si une présence 24h/24 est souvent assurée par le personnel de services d'aide et de soins (Gräske et al., 2013), certaines colocations n'accueillant pas de personnes vivant avec une démence n'assurent une présence professionnelle qu'à hauteur de quelques heures par jour (Klie et al., 2020). En pratique, l'accompagnement à la vie quotidienne et les soins sont distingués de manière plus ou moins claire et plus ou moins stricte selon les structures. Lorsque c'est un service de soins qui exploite la colocation, son personnel – soignant ou non et avec des niveaux de qualification variable – peut par exemple être chargé de l'ensemble du travail d'accompagnement et d'assistance, ménage compris. Ailleurs, le personnel soignant d'un service de soins externe peut n'intervenir qu'une ou quelques fois par jour au sein de la colocation, alors que le personnel d'aide et d'accompagnement employé par un autre service assure une présence plus importante. En pratique, l'accompagnement à la vie quotidienne et les soins sont distingués de manière plus ou moins claire et plus ou moins stricte selon les structures. Lorsque c'est un service de soins qui exploite la colocation, son personnel – soignant ou non et avec des niveaux de qualification variable – peut par exemple être chargé de l'ensemble du travail d'accompagnement et d'assistance, ménage compris.

Le partage des responsabilités entre différents acteurs impliqués (résident·e·s et proches, professionnel·le·s des soins et de l'aide, bénévoles, etc.) constitue un thème central pour les premières expériences de colocations. De fait, il apparaît toujours aussi central dans les guides pratiques adressés aux promoteurs et exploitants de colocations, produits notamment par les autorités régionales et fédérales, analysés par Klie et collègues (2020). C'est d'ailleurs cette question de « l'hybridité », soit du partage des responsabilités et de l'implication d'une multitude d'acteurs du « secteur institutionnel » (État, marché privé, associations caritatives), du « secteur informel » (locataires et proches) et du « secteur civique » (bénévoles, associations d'entraide) qui fait figure de question centrale de leur rapport. D'après les données quantitatives récoltées par les auteurs, il apparaît pourtant que plus de 90% des colocations sont développées à l'initiative du « secteur institutionnel », la plupart du temps soit par les autorités communales ou régionales, soit par des services de soins marchands. Les décisions routinières, concernant par exemple l'attribution d'une chambre à un nouveau colocataire, sont également pour l'essentiel dans les mains exclusives de ce « secteur institutionnel ». Les mêmes conclusions peuvent être tirées dans le cas des « colocations Alzheimer » vaudoises : si la formule promouvait à l'origine le partage des responsabilités entre professionnel·le·s et proches, les familles se trouvent de fait peu impliquées (Hugentobler, 2023). Il apparaît néanmoins que dans près de 40% des colocations allemandes, des proches et/ou des bénévoles participent de manière régulière aux soins et à l'accompagnement.

Les études de cas de Klie et collègues (2020) permettent de préciser l'analyse : elles attirent notamment l'attention sur la grande diversité des modes de financement des colocations : certaines ont pu bénéficier de plusieurs subventions (du Land, des autorités fédérales voire

de l'Union Européenne), quand d'autres se sont reposées sur des investissements de promoteurs privés ou l'implication citoyenne.

• Les unités dédiées et *small scale units*

Les premières colocations pour personnes qui vivent avec une démence ont souvent été développées hors des institutions, avec comme référence le domicile classique. Au contraire, les unités dédiées aux personnes vivant avec une démence, qui peuvent leur ressembler tant sur le plan architectural que de l'organisation de la vie quotidienne, émergent au sein des établissements médicalisés classiques et sous l'impulsions d'acteurs du secteur, et ce même si elles sont parfois « hors-la-loi » (Rosenfelder, 2017a). Elles s'inscrivent dans un processus au long cours et maintenant bien documenté, qui vise à rendre les institutions plus familières pour permettre aux résident·e·s de se sentir « comme à la maison » (Pasveer et al., 2020).

En France par exemple, les « unités dédiées » actuelles sont les héritières des Cantous, terme qui désigne à la fois le coin du feu en occitan et acronyme de « centre d'accueil tiré d'occupations utiles ». Le premier Cantou est créé à la fin des années 1970 dans un établissement médicalisé. Il est pensé comme une unité spécifique au sein de l'établissement, proposant un accueil adapté « dans son fonctionnement, dans son architecture, et dans les activités proposées » (Labarchède, 2021, p. 160) aux personnes avec une démence de type Alzheimer. Le Cantou, dans son modèle théorique du moins, se définit comme « un espace communautaire à taille humaine, dans lequel les personnes âgées désorientées peuvent participer à la vie quotidienne » (Rosenfelder, 2017a, p. 190). La formule s'institutionnalise rapidement, alors que les pouvoirs publics semblent y voir une réponse possible aux difficultés rencontrées par nombre d'établissements médicalisés du fait de la cohabitation conflictuelle entre des personnes avec des troubles cognitifs et d'autres résident·e·s. Le Cantou devient alors une référence pour l'action publique qui prescrit la création de telles unités, bien que « le sens originel donné à ce regroupement spatial de quelques résident·e·s – leur offrir une communauté de vie à leur échelle – aura été largement perdu » (Villez, 2023, p. 96) au cours de ce processus d'institutionnalisation.

Le modèle du Cantou reste, en France comme dans d'autres pays européens, une référence incontournable pour nombre d'unités dédiées qui revendiquent une approche « centrée sur la personne ». Le nombre de ces unités croît considérablement dans certains contextes : des estimations ont avancé que 20% des résident·e·s en établissement étaient hébergé·e·s dans ce type d'unités dès le début des années 2000 en Suède, alors qu'un quart des résident·e·s néerlandais devraient habiter dans des *small scale units* en 2011 (Verbeek et al., 2009). Pour autant, ces unités font rarement l'objet d'une régulation spécifique stricte : en France par exemple, si les « unités dédiées » sont présentées comme des espaces à part et adaptés à l'accueil de personnes avec des besoins spécifiques au sein de l'établissement, « il n'existe aucune définition ou recommandation précise de ce qu'est un “environnement adapté” » (Labarchède, 2021, p. 3). De ce fait, les établissements conservent une marge de manœuvre relativement importante.

Les caractéristiques générales de telles unités, spécifiquement proposées à des personnes vivant avec une démence et proposant un mode de vie « comme à la maison » (*homelike*), ont

RÉPONDRE À LA FRAGILISATION DES PERSONNES ÂGÉES

néanmoins été présentées par Verbeek et collègues (2009) à partir d'une revue de littérature internationale. Ce sont des unités situées soit directement au sein d'un établissement d'hébergement plus important, soit dans des bâtiments séparés. Leur architecture vise à offrir un environnement familial, et les chambres individuelles sont réunies autour d'espaces communs, dont une salle à manger, une buanderie et une pièce à vivre. La cuisine fait souvent figure d'espace central, où se réunissent les résident·e·s. Certaines formules excluent explicitement certaines caractéristiques architecturales trop institutionnelles, telles que de longs couloirs ou un poste de soin vitré. Le nombre de résident·e·s est limité à entre 5 et 15, selon les structures et les contextes. La petite taille des groupes est supposée favoriser l'engagement dans des interactions sociales et le développement de relations de familiarité, non seulement entre résident·e·s, mais aussi avec le personnel. Les équipes sont interdisciplinaires et les professionnel·le·s des soins sont souvent minoritaires dans ces unités. La vie quotidienne au sein de l'unité est organisée sur un mode domestique, la participation des résident·e·s aux activités routinières telles que la préparation des repas étant particulièrement encouragée.

Le financement et la gestion de telles unités ne sont presque jamais abordés dans la littérature, même s'il est fait mention que le nombre important de *small scale units* aux Pays-Bas tient au soutien du gouvernement national. Depuis 2009, les hébergements médicalisés néerlandais sont en effet encouragés à se réorganiser en multipliant les *small scale units*, via un soutien financier à la rénovation (Krier et al., 2023).

Overspaarne, une *small scale unit* néerlandaise (Pays-Bas)

Roger Fay et Ceridwen Owen (2012) constatent l'importance croissante que prend la métaphore de la « maison » dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées. Ils interrogent le sens de cette métaphore à partir de l'étude d'un cas, celui de l'hébergement médicalisé d'Overspaarne à Amsterdam, composé de plusieurs *small scale units*.

L'établissement est construit en 2007, en remplacement d'une structure d'hébergement résidentiel médicalisé classique. Il est constitué de 13 appartements séparés, proposant chacun 7 chambres et tous situés au rez-de-chaussée d'un même bâtiment. Chaque appartement dispose de sa propre porte d'entrée donnant directement sur la rue, d'une cuisine de type domestique ainsi que d'une salle à manger et d'une pièce à vivre. Toutes les personnes entrant dans l'appartement sans y habiter, personnel et proches compris, sont supposées se comporter comme des invité·e·s, ce qui implique notamment de sonner à la porte de l'appartement avant d'entrer. L'organisation du travail est structurée autour des routines quotidiennes et familiales des résident·e·s : le personnel, accompagné par les résident·e·s qui le souhaitent, est par exemple chargé de faire les courses au supermarché local ou de préparer les repas, dans la cuisine ouverte de chaque appartement et en fonction des goûts et dégoûts des résident·e·s.

• Les villages Alzheimer

Parmi les initiatives visant à proposer un habitat alternatif, plus « *homelike* » que l'hébergement médicalisé classique à des personnes vivant avec une démence, une formule a particulièrement attiré l'attention des médias, mais aussi de la littérature spécialisée à l'échelle internationale : celle du village Alzheimer. La formule est explicitement construite autour d'un établissement pionnier, le village *De Hogeweyk* aux Pays-Bas, qui a depuis inspiré plusieurs projets à travers le monde (Krier et al., 2023) et attiré l'essentiel de l'attention. La littérature proprement scientifique portant sur le village Alzheimer reste néanmoins « presque inexistante » (Krier et al., 2023). Les quelques travaux qui abordent la formule prennent en effet classiquement la forme d'un « retour d'expérience » après une courte visite dans l'établissement néerlandais (Cérèse, 2021; Glass, 2014; Kay & Jurgenhake, 2020) ou d'une comparaison entre le modèle originel et une itération locale de la formule, qui s'en éloigne sur certains aspects (Haeusermann, 2017; Høj, 2019; Røhnebæk et al., 2023; Sturge, 2024). De ce fait, c'est surtout à partir d'une présentation du village néerlandais que la formule sera ici abordée.

Dans sa thèse consacrée au développement de diverses innovations sociales, Tanja Enninga (2018) détaille le processus qui a conduit un hébergement collectif médicalisé classique situé dans une petite ville de la périphérie d'Amsterdam à ouvrir, en 2009, le village *De Hogeweyk*. Dès le milieu des années 90, plusieurs responsables de l'établissement d'hébergement collectif médicalisé *Hogewey* amorcent une transformation dans la prise en charge des résident·e·s et visent la normalisation de la vie quotidienne au sein de l'institution, en se posant systématiquement la question : « Comment est-ce qu'on le fait à la maison ? ». Après avoir implémenté progressivement plusieurs changements dans l'organisation du travail, qui ont notamment abouti à la transformation de différents secteurs de l'établissement en *small scale units*, les responsables de la structure obtiennent du gouvernement néerlandais des fonds leur permettant de traduire leur projet dans l'architecture de l'établissement (Enninga, 2018). La construction du village peut commencer. Il est composé à l'origine de 23 maisonnées de 6 à 7 chambres individuelles, auxquelles quatre autres seront ajoutées au fil du temps. Chaque maison propose des espaces communs qui sont pensés pour encourager les habitant·e·s à passer du temps ensemble durant la journée, dont une cuisine. Il y a aussi deux salles de bains communes par maisonnée. Chaque maison fonctionne sur un mode similaire à celui des *small scale units*, et la référence à la vie « normale » et à une organisation domestique est omniprésente. La préparation des repas ou le repassage du linge s'effectuent par exemple au sein même de chaque maison et sont pris en charge par le personnel d'accompagnement, assisté par les habitant·e·s qui le souhaitent (Høj, 2019). Le rythme de vie des habitant·e·s est aussi respecté : la journée du personnel affilié à une maison où les habitant·e·s se lèvent tôt peut ainsi commencer à 7 heures, quand leurs collègues travaillant dans une autre maison commencent leur journée quelques heures plus tard (Enninga, 2018).

D'après les données de Glass (2014), 240 employé·e·s, dont 170 à plein temps, ainsi que 120 bénévoles étaient alors actifs dans le village alors qu'y habitaient 152 personnes. Aucune publication n'aborde la rentabilité du village, mais la responsable du projet affirmait à Glass (2014) que l'établissement percevait du gouvernement le même niveau de remboursements

que les autres structures accueillant des personnes vivant avec une démence. Une thèse consacrée au « Village Landais Henri Emmanuelli », qui s'inspire largement du village *De Hogeweyk*, a néanmoins cherché à évaluer le rapport coût-résultat de la formule en comparaison avec des EHPAD classiques (Krier, 2024). Elle conclut à un surcoût de près de 40% du village par rapport aux EHPAD classiques, du fait d'un encadrement professionnel plus important, même si l'auteur signale que ces chiffres ne prennent pas en compte la réduction des hospitalisations permises par le village.

De Hogeweyk se distingue des *small scale units* plus classiques sur certains points. La référence à la vie « normale » y est par exemple déclinée en 7 « styles de vie » repérés dans la société néerlandaise, chaque habitant·e étant censé·e pouvoir être rapproché·e de l'un ou l'autre de ces styles de vie en fonction de ses habitudes antérieures et de ses goûts. Chaque maison est alors construite et organisée en référence à l'un de ces « styles de vie », et les habitant·e·s partageant des habitudes de vie communes sont réuni·e·s dans les mêmes logements. Les « styles de vie » identifiés sont : le style domestique, centré sur la vie de famille et l'entretien du logement, le style chrétien où la religion prend une place importante dans la vie quotidienne, le style artisan où la vie quotidienne est structurée autour du travail, le style artiste qui privilégie une décoration colorée et une nourriture internationale, le style bourgeois qui privilégie un design classique et prend en compte l'habitude de disposer de personnel de service, le style indonésien qui laisse une place importante à la spiritualité et propose des repas indonésiens et le style urbain, informel et extraverti (Glass, 2014). Par ailleurs, le village se présente comme un véritable quartier, les maisons étant disposées autour de plusieurs cours intérieures. Des services communs tels qu'un restaurant, un petit supermarché, un pub, une salle de théâtre, un cabinet médical et plusieurs salles communes sont présents dans le village et accessibles aux habitant·e·s ainsi qu'à leurs proches. Le personnel chargé de la préparation des repas peut ainsi faire les courses nécessaires au supermarché du village en étant accompagné de certain·e·s habitant·e·s. Les habitant·e·s sont par ailleurs libres de se promener au sein du village, même s'ils et elles ne peuvent le quitter et qu'aucune porte ne permet l'accès à l'extérieur du village (Enninga, 2018).

Les quelques villages Alzheimer ou *Dementia villages* développés dans d'autres pays d'Europe, en Allemagne, en Suisse, en France, en Norvège ou au Danemark notamment, s'inspirent largement du modèle *De Hogeweyk*. Certaines de ses caractéristiques ne sont pourtant pas implémentées ailleurs. La répartition des habitant·e·s en fonction de leur « style de vie » a par exemple fait l'objet d'une résistance certaine dans plusieurs contextes (Haeusermann, 2017; Røhnebæk et al., 2023). Les maisonnettes des autres villages accueillent aussi parfois jusqu'à 18 habitant·e·s (Haeusermann, 2017), l'aspect des bâtiments est parfois plus institutionnel et certaines tâches de la vie quotidienne, comme la préparation des repas, ne sont pas toujours accomplies en présence des habitant·e·s (Høj, 2019).

viii) Le modèle de l'habitat groupé médicalisé

L'habitat groupé médicalisé se rapproche considérablement de l'habitat groupé accompagné, en particulier des formules les plus médicalisées telles que l'*extra care housing*. Il s'en distingue essentiellement par son origine et son ancrage dans le secteur médico-social. Là où

l'*ECH* est d'abord issue d'une réforme de la formule du *sheltered housing*, elle-même issue de l'habitat social, le modèle de l'habitat groupé médicalisé concerne des formules qui sont d'emblée développées dans le secteur médico-social et visent à transformer ou remplacer l'hébergement médicalisé traditionnel.

Une seule formule relevant de l'habitat groupé médicalisé a pu être identifiée dans la littérature anglophone, celle dite du *special housing* qui supplante progressivement l'hébergement médicalisé traditionnel dans plusieurs pays nordiques.

• **Le *special housing* dans les pays nordiques**

La désinstitutionalisation des établissements d'hébergement médicalisé est engagée depuis particulièrement longtemps dans quelques pays du Nord de l'Europe, notamment au Danemark ou en Suède où la construction de tels établissements est suspendue depuis respectivement 1987 et 1992. Afin d'engager le processus de normalisation de la vie quotidienne et d'individualisation de l'accompagnement, les établissements d'hébergement sont depuis lors considérés et organisés comme des formes de « *special housing* ». Si le tournant que les termes *special housing* incarnent est revendiqué par les autorités, ils sont rarement repris dans la littérature anglophone qui leur préfère généralement les termes de *nursing home* ou de *residential care home*, qui font référence à l'hébergement résidentiel médicalisé dans son ensemble et facilitent la comparaison internationale (Johansson et al., 2022; Songur, 2021; Wikström & Emilsson, 2014). Ils peuvent même, pour faciliter la comparaison, être présentés comme les équivalents des EHPAD français (Andersson, 2011) et cette littérature ne s'attarde alors pas sur ce qui ferait de cette formule un habitat alternatif à l'hébergement médicalisé traditionnel. Les différences entre *special housing* et *nursing home* se trouvent de ce fait brouillées et il apparaît difficile de les souligner. Il est néanmoins possible de mobiliser un article de Daatland et collègues (2015) qui compare la situation dans trois pays, la Norvège, la Suède et le Danemark, où les dynamiques de désinstitutionalisation de la prise en charge des personnes âgées dépendantes se traduisent par des changements différents. L'article s'attarde particulièrement sur le cas de la Norvège où les deux « régimes », hébergement collectif médicalisé classique et *special housing* coexistent, ce qui facilite la comparaison entre les deux formules. Un article d'Anttonen et Karsio (2016) interroge aussi le même type de phénomène, soit le remplacement rapide des hébergements médicalisés traditionnels par des *intensive service housing* en Finlande.

La principale différence entre le *special housing* et l'hébergement médicalisé classique réside dans leur régulation légale : les premières proposent à la location (parfois à l'achat) des appartements, souvent des studios entre 20 et 40m² en Suède et de plus de 30m² au Danemark, comprenant une kitchenette et une salle de bain individuelle (Andersson, 2012). Les habitant·e·s, légalement locataires de leur logement équivalent du point de vue de la loi à un logement ordinaire, paient donc un loyer et des charges. Les bâtiments de *special housing* proposent généralement pour chaque unité de moins d'une dizaine de studios des espaces communs pour cuisiner, prendre les repas en commun et pour des activités sociales. L'accès à de tels appartements est soumis à condition : les besoins des personnes désirant y habiter sont évalués par les autorités municipales, responsables de fournir l'aide et les soins. Seules

les personnes dont le besoin en aide est jugé important peuvent entrer dans la structure (Daatland et al., 2015). L'aide et les soins personnels sont fournis en fonction des besoins, généralement par un service municipal chargé par ailleurs de l'aide et des soins à domicile ou par un service privé mandaté par la municipalité. La dotation en personnel peut varier en fonction des structures, mais une présence professionnelle continue est généralement assurée. Plus globalement, les services collectifs et leur organisation peuvent se rapprocher notablement de ce qui est proposé dans un hébergement médicalisé traditionnel (Daatland et al., 2015).

ix) L'habitat médicalisé alternatif : thèmes de discussion et enjeux

Les habitats médicalisés alternatifs émergent comme une réponse directe aux critiques adressées à l'hébergement médicalisé classique qui porterait atteinte à la liberté des habitant·e·s et leur imposerait un traitement standardisé (Rosenfelder, 2017a). Ces critiques ne sont pas seulement émises de l'extérieur ou par des porteurs de projets alternatifs, mais sont largement intégrées par le secteur médico-social, voire par les autorités nationales, ce qui explique la tendance internationale à la désinstitutionnalisation de l'aide et des soins aux personnes âgées (Anttonen & Olli, 2016).

Si les formules développées afin de proposer un accompagnement moins institutionnel différent, il est particulièrement marquant de noter la grande similarité des principes qui orientent ces réponses pratiques. C'est en effet toujours la même métaphore, celle de la maison ou du foyer (*home*), qui semble guider les promoteurs et régulateurs, qu'il s'agisse de développer les « utopies concrètes » que sont les colocations ABWGs (Klie, 2016) ou de réformer l'organisation nationale des soins de longue durée (Anttonen & Olli, 2016). Comme l'indique Susan Braedley (2018), la métaphore de la maison fonctionne, dans le contexte des soins de longue durée aux personnes âgées, comme un opposé discursif à « l'institution ». Elle convoque l'image d'une familiarité rassurante et sécurisante, renvoie à un sentiment de maîtrise, de rester « maître chez-soi » (Ennuyer, 2019, p. 16) et à l'exercice de sa citoyenneté et de ses libertés individuelles. L'essentiel de la littérature portant sur l'habitat médicalisé alternatif traite alors de cette métaphore de la maison. Certains travaux interrogent la pertinence et l'efficacité des moyens mis en œuvre par les différentes formules pour proposer un environnement « comme à la maison » et rendent compte des épreuves auxquelles font face les promoteurs pour concevoir et assurer la survie de telles structures. D'autres évaluent les effets des changements sur la qualité de vie des habitant·e·s, quand d'autres encore, plus rares, s'interrogent plus fondamentalement sur la pertinence même de la métaphore.

Dans la plupart des travaux qui portent sur des formules d'habitat médicalisé alternatif, la pertinence des principes, de la normalisation de l'accompagnement et de la référence à une organisation domestique n'est pas questionnée et semble aller de soi. Ce constat n'est pas étonnant tant l'image de la « maison » est généralement associée, dans la littérature sur les hébergements médicalisés, à un accompagnement de qualité (Rijnaard et al., 2016). Les ABWG sont par exemple généralement présentés, dans leurs principes du moins, comme des structures exemplaires qui seraient mieux à même de garantir l'autodétermination des habitant·e·s, de proposer un accompagnement personnalisé et de favoriser les liens sociaux

que des hébergements médicalisés classiques (Klie et al., 2020). Les moyens pour permettre aux formules de promouvoir le sentiment d'être « chez soi » sont en revanche plus couramment questionnés dans la littérature, et ce même si une évaluation formelle de l'effet concret de ces habitats sur la qualité de vie des habitant·e·s manque souvent (Krier et al., 2023; Verbeek et al., 2010; Wolf-Ostermann et al., 2014).

C'est donc d'abord à partir des observations des auteurs et/ou des discours des proches, du personnel, voire des habitant·e·s que la littérature traite de la capacité des différentes formules à proposer un environnement *homelike*. Une partie importante des travaux rapporte alors la satisfaction des habitant·e·s, des proches ou du personnel et décrit la manière dont la normalisation de l'accompagnement et le sentiment d'être à la maison sont produits dans ces formules. C'est le cas par exemple d'un article de van Zadelhoff et collègues (2011) qui à partir d'observations prolongées dans deux *small scale units* néerlandaises montre comment les principes fondateurs de ces unités se traduisent effectivement en pratique. Elles et ils constatent en effet, sans pour autant pouvoir identifier les explications les plus significatives, que les habitant·e·s semblent à l'aise, se sentent chez elles et eux et parviennent à préserver leur identité en s'engageant effectivement dans des activités familières routinières, telles que la préparation des repas. Les proches semblent aussi particulièrement impliqué·e·s dans l'accompagnement des habitant·e·s : certain·e·s participent aux activités quotidiennes au sein de l'unité quand d'autres partagent fréquemment un repas. Le personnel estime aussi pouvoir proposer un accompagnement individualisé et mieux s'adapter au rythme de chaque habitant·e, du fait de la petite taille des unités. Les interactions sont aussi facilitées, du fait d'une connaissance plus intime des habitant·e·s.

Des travaux plus critiques soulignent en revanche les tensions bien réelles que la métaphore de la maison risque de recouvrir. Même s'ils reconnaissent généralement l'efficacité des habitats alternatifs pour promouvoir le bien-être des habitant·e·s, ces travaux rappellent qu'ils conservent nécessairement, malgré les discours de certains promoteurs ou observateurs, des aspects institutionnels : les habitant·e·s n'ont pas choisi leurs colocataires, ne peuvent pas quitter les lieux sans être accompagné·e·s et des professionnel·le·s ne vivant pas parmi les habitant·e·s sont constamment présent·e·s (Fay & Owen, 2012). Aussi, la tentative de faire de ces structures des « maisons » alors qu'elles restent inévitablement régies, en partie du moins, par des logiques institutionnelles soulève des difficultés et ambiguïtés qu'il s'agit d'affronter. Le rôle et la place du personnel, en tant qu'agent de l'institution, constitue par exemple un point de tension dans une structure qui se veut *homelike*. Dans ses principes, la formule des ABWG règle cette tension en considérant que le personnel travaillant dans les colocations y intervient ponctuellement et n'y est qu'invité : ce sont des soins ambulatoires qui sont fournis dans les colocations, par du personnel employé par des services d'aide et de soins à domicile choisis par les habitant·e·s ou leurs proches. Le concept de responsabilité partagée, qui devrait guider les structures, est de plus censé promouvoir l'implication des proches des habitant·e·s et leur permettre de prendre part aux décisions importantes concernant l'organisation de la structure. En réalité, il est pourtant admis qu'une présence professionnelle continue est souvent nécessaire, et nombre de colocations sont de fait directement exploitées par des services de soins à domicile alors que l'implication des proches est souvent limitée (Klie et al., 2020). Dans la *small scale unit* néerlandaise où Lemos Decker et Pols (2020) ont

mené leurs observations comme dans le village Alzheimer norvégien sur lequel ont enquêté Røhnebæk et collègues (2023), les responsables encouragent au contraire le personnel à devenir des membres à part entière du foyer. Un des points de tension concerne alors la visibilité du personnel, d'une part de leur travail et de leurs outils : comment abandonner l'uniforme tout en assurant une hygiène suffisante, en protégeant ses propres habits durant les soins et en restant reconnaissables comme professionnel·le aux yeux des habitant·e·s et de leurs proches ? Où effectuer le travail administratif si les unités, pour préserver un environnement domestique, ne proposent pas de poste de soin ou de bureau séparé ? Ces questions qui se posent aux responsables et au personnel soulignent que les formules d'habitat médicalisé alternatif restent nécessairement prises, en partie, dans des logiques institutionnelles, tant du fait de l'exigence de se montrer efficace pour répondre à leur mandat en respectant les budgets alloués que du fait des régulations auxquelles elles restent soumises. C'est notamment cette recherche d'efficacité qui pourrait en partie expliquer, d'après Høj (2019), l'échec du village Alzheimer danois Tornøjhaven dans sa tentative de « repousser les frontières de l'institution », contrairement à *De Hogeweyk* dont il s'inspire pourtant directement. La recherche d'efficacité a ainsi par exemple conduit le village danois à privilégier des cuisines partagées entre plusieurs unités, fréquentées uniquement par le personnel et non par les habitant·e·s. De même Rosenfelder (2017a) montre à quel point il peut être difficile de « tenir l'alternative » pour des formules qui émergent dans un contexte réglementaire qui leur est peu favorable. Le Cantou du village Mariemont en Belgique a par exemple dû revoir en partie la préparation des repas dans la cuisine de type domestique de la structure pour répondre aux normes d'hygiène.

La littérature portant sur l'habitat groupé médicalisé se montre encore plus critique de ce point de vue. Daatland et collègues (2015) comme Anttonen et Olli (2016) s'interrogent par exemple sur les différences concrètes entre les hébergements médicalisés classiques les plus modernes et les formules de *special housing* promues par les gouvernements des pays nordiques. Si les nouvelles formules d'habitat sont présentées, dans les discours des responsables, comme de véritables domiciles à l'inverse des hébergements médicalisés classiques, les différences pratiques semblent en réalité de faible ampleur. C'est surtout le statut légal des habitant·e·s, résident·e·s dans le premier cas et locataires dans le second, qui change. Or comme le rappellent Anttonen et Olli (2016) les effets concrets de ce changement de statut sur le quotidien des habitant·e·s restent à interroger, alors que les personnes qui vivent en *special housing* ne sont souvent pas en mesure d'accomplir seules les activités de la vie quotidienne, qu'il s'agisse de sortir du lit, de se laver ou de s'habiller. Ils rejoignent ici des travaux qui s'inscrivent dans le courant de la géographie critique du *care* et qui remettent en cause la métaphore de la maison, tant sa capacité à orienter les pratiques en vue d'un accompagnement de qualité que sa capacité à décrire effectivement les structures (Börjesson & Torgé, 2022; Braedley, 2018). C'est que le changement que la métaphore de la maison est censée décrire pourrait en réalité n'être que cosmétique et tenir de ce que Lundgren, citée par Vihma (2013), appelle un « maquillage idéologique ».

3. CONCLUSION

L'habitat alternatif pour personnes âgées engendre des attentes importantes, tant parmi le grand public, que parmi les autorités ou dans le champ académique. Il semble en effet pouvoir jouer un rôle majeur dans le tournant pris par nombre de pays européens qui privilégient désormais la délivrance d'aide et de soins à domicile plutôt qu'en institution, et ce tant pour répondre à la volonté des personnes concernées que pour limiter les coûts de la solidarité publique (Hugentobler et al., 2014; Simonazzi, 2009). C'est que l'habitat alternatif, dans sa diversité, cherche à apporter des réponses efficaces aux besoins en termes d'aide, de soins et de sécurité de personnes âgées fragilisées ou à risque de fragilisation, et à leur garantir le droit à l'autodétermination et à la participation sociale. Dans le cadre de cette revue de la littérature, nous avons présenté l'étendue des connaissances à propos d'une diversité de formules d'habitat qui incarnent, chacune à leur manière, une réponse pratique à ce problème public. Elles ont été classées en fonction de l'angle spécifique à partir duquel elles l'ont abordé. Les enjeux et tension propres à ces manières de répondre à un problème public ont pu être soulevés à chaque occasion. Au terme de cette revue de littérature, il nous est donc possible de revenir sur ces enjeux afin de dégager, à l'attention des acteurs impliqués dans le développement ou la gestion de formules d'habitat alternatif, des risques contre lesquels la littérature met en garde mais aussi les « bonnes pratiques » mises en avant.

En accordant une place centrale aux principes de *solidarité* et de *citoyenneté*, les formules d'habitat communautaire visent à assurer à leurs habitant·e·s une certaine maîtrise individuelle de leur vieillissement par l'appartenance à une communauté et par l'entraide. L'enjeu principal pour les formules relevant de l'habitat communautaire consiste alors à traduire en pratique les idéaux à l'origine des projets. La littérature met alors particulièrement en garde contre le risque de sous-estimer le travail nécessaire pour constituer et entretenir une communauté d'appartenance et d'entraide, dès les phases initiales du projet puis au quotidien : la communauté « ne se décrète pas » (Torres, 2020) et ne va pas de soi. La présence de professionnel·le·s spécifiquement chargé·e·s de soutenir l'établissement de liens sociaux et de faire vivre la communauté est alors généralement présentée comme une réponse efficace pour faire face à ce risque, même si elle pose particulièrement question dans les structures les plus attachées à un fonctionnement en autogestion. La littérature expose également les contradictions propres à ces formules, qui sont parfois présentées comme les seules qui voient « les personnes âgées prendre leur vie en main » (Labit, 2017), mais apportent peu de réponse à la fragilisation de leurs membres. Si elles permettent généralement bien d'établir des relations sociales et répondent en ce sens au risque d'isolement, l'entraide pratique au sein de ces structures reste le plus souvent anecdotique. Les habitant·e·s ne souhaitent pour la plupart pas devenir « l'infirmière des autres » (Anfrie & Cassilde, 2014) et la communauté ne semble ni pouvoir se substituer à l'intervention de professionnel·le·s d'aide et de soins, ni être en mesure de retarder indéfiniment le déménagement dans une structure proposant un accompagnement professionnel plus important pour faire face à la fragilisation. Les formules d'habitat communautaire semblent donc devoir s'adresser principalement à des personnes relativement indépendantes, qui cherchent à rompre leur isolement et souhaitent s'engager

RÉPONDRE À LA FRAGILISATION DES PERSONNES ÂGÉES

plus ou moins activement au sein d'une communauté. Les habitant·e·s se montrent d'ailleurs généralement satisfait·e·s de ce point de vue, même si certain·e·s avaient des attentes plus importantes vis-à-vis de leur communauté.

Les formules qui relèvent de l'habitat assisté répondent plus explicitement à l'enjeu du maintien à domicile de personnes plus ou moins fragilisées tel que formulé par les pouvoirs publics, qui s'impliquent souvent dans leur développement et/ou leur encadrement pour en faire un véritable instrument de politiques publiques. L'enjeu principal pour ces structures consiste alors à gérer la tension inhérente à leur objectif, à savoir proposer un domicile privé ordinaire et répondre aux besoins de personnes fragilisées. Les formules optent pour des solutions différentes, qui se traduisent d'abord dans le degré de services proposés à l'interne et dans les modalités de délivrance de ces services. Certaines, comme les résidences autonomie, refusent par exemple de proposer des services de soins à l'interne, et ce pour éviter la médicalisation de la formule. Les soins sont fournis en ambulatoire, par des services de soins à domicile. La littérature mentionne alors le risque d'une part que la plupart des personnes ne puissent y finir leur jour et d'autre part que le personnel d'accompagnement n'ait à assumer, dans les faits, une charge de travail non reconnue pour faire face aux besoins réels des habitant·e·s. D'autres formules comme celles d'*extra care housing* assument un certain degré de médicalisation et proposent des soins délivrés à l'interne, via différents modèles. Un nombre important de structures d'ECH proposent ainsi un modèle mixte : quelques employé·e·s d'un service de soins à domicile disposant de locaux sur place assurent une disponibilité constante au sein de l'établissement pour répondre aux urgences alors que l'aide et les soins individuels réguliers sont fournis de manière ambulatoire, tant par le même service que par d'autres. Si cette organisation permet à un plus grand nombre d'habitant·e·s de finir leur vie en ECH, la littérature s'accorde sur le fait qu'une partie devront tout de même déménager en hébergement collectif médicalisé, notamment les personnes présentant des troubles cognitifs. La mission de ces structures étant par ailleurs présentée comme relevant de l'utilité publique, des questions quant à leur financement et leur encadrement légal sont aussi soulevées dans la littérature. Il apparaît clairement qu'elles ne peuvent répondre à leur mission, soit fournir des logements architecturalement et financièrement accessibles à des personnes fragilisées, en l'absence d'investissements conséquents de la part des pouvoirs publics pour soutenir tant leur développement que leur gestion. La couverture territoriale en termes d'habitat assisté est par exemple souvent jugée largement insuffisante, faute d'investissements. Par ailleurs, la littérature met en exergue les avantages d'un encadrement juridique suffisamment souple à l'échelle nationale pour permettre aux structures de s'adapter au contexte local et de reposer sur des modèles d'organisation ou de financement variés ce qui leur permet de remplir leur mission avec des moyens limités, et ce même s'il en résulte une offre peu homogène.

Enfin, les formules qui relèvent de l'habitat médicalisé alternatif proposent une alternative plus proche de l'hébergement collectif médicalisé classique et s'adressent généralement à des personnes âgées avec des besoins particuliers. L'enjeu pour ces formules consiste à proposer un environnement aussi familier que possible afin de normaliser leur accompagnement. La littérature montre qu'elles restent néanmoins assujetties en partie à une logique institutionnelle. L'encadrement légal auquel elles sont soumises leur impose ainsi certaines

normes, pour répondre à des exigences de qualité des soins, d'hygiène ou de sécurité par exemple. Elles sont aussi confrontées, du fait de leur budget par exemple, à la nécessité de chercher une certaine efficacité dans la délivrance de leurs services, efficacité qui s'accorde parfois mal avec une organisation domestique. Enfin, elles gardent des caractéristiques institutionnelles du fait de leur objectif même, à savoir fournir un soutien professionnel à des personnes qui ne sont pas en mesure d'habiter leur lieu de vie seules. De ce fait, une part de la littérature s'interroge sur la pertinence de la métaphore de la maison, qui semble en réalité peu à même de rendre compte de ce que sont ou devraient être ces structures et ce même si les avantages des formules proposant un environnement plus familial et un mode d'organisation plus domestique ne sont pas remis en question. Certains travaux avancent même que la métaphore de la maison pourrait aussi servir à présenter une image idéalisée des structures, au risque de recouvrir et d'invisibiliser certains points de tension pourtant bien réels.

De manière générale, il ressort de l'analyse de la littérature que les formules d'habitat alternatif, quelles qu'elles soient, n'offrent jamais « LA réponse à la question sociale de la vieillesse » (Ennuyer, 2024, p. 17). Elles s'inscrivent plutôt chacune à leur manière dans une tentative de renouvellement des questions posées à propos des réponses à apporter aux besoins de personnes plus ou moins fragilisées en termes d'aide, de soins et de sécurité tout en garantissant leur droit à l'autodétermination, à la participation sociale et à une vie normalisée. Toutes à leur manière elles cherchent à produire un décalage, par rapport aux formules instituées de l'hébergement collectif et du maintien dans le domicile ordinaire, dans la manière d'aborder et d'arbitrer entre ces objectifs, et ce généralement dans le but de « repousser les frontières de l'institution » (Høj, 2019). Il s'agit alors de ne pas sous-estimer les moyens nécessaires pour y parvenir et de ne pas laisser le discours recouvrir ou invisibiliser les épreuves auxquelles ces structures sont confrontées : l'habitat alternatif « ne se décrète pas, il se crée, il se vit » (Torres, 2020). Les formules d'habitat relèvent par ailleurs souvent, à l'origine du moins, d'une forme de bricolage local, qui leur garantit une certaine agilité, leur permet de répondre et de s'adapter aux besoins de leurs habitant·e·s avec des moyens limités et qu'il s'agit à ce titre de préserver. Pour autant, il paraît évident au terme de cette revue que leur développement doit beaucoup d'une part au soutien des autorités, locales ou nationales, sans lequel elles sont vouées à demeurer des projets innovants localisés et au travail accompli par une variété d'acteur·rice·s, en particulier celui de professionnel·le·s de l'accompagnement qui reste trop peu documenté à l'heure actuelle (Hugentobler, 2024).

4. BIBLIOGRAPHIE

- Andersson, J. E. (2011). *Architecture and ageing: On the interaction between frail older people and the built environment* [Thèse de doctorat]. Royal Institute of Technology, KTH.
- Andersson, J. E. (2012). The Nordic model: Evolutions in care and space for the dependent ageing in Sweden with some relevance to Denmark and Norway. Innovations in nursing for people in situations of dependency. *Architectural design and care models: International conference Madrid 30 Nov-1 Dec 2011*,
- Anfrie, M.-N., & Cassilde, S. (2014). *Les expériences de cologement et de cohabitation sous l'angle de la location* [Rapport de recherche]. Centre d'Etudes en Habitat Durable.
- Anttonen, A., & Olli, K. (2016). Eldercare service redesign in Finland: Deinstitutionalization of long-term care. *Journal of Social Service Research*, 42(2), 151-166.
- Aouici, S., & Gallou, R. (2013). À la (re)découverte des logements-foyers. *Cadr'@ge, Études, recherches et statistiques de la Cnav*, 25.
- Aouici, S., & Gallou, R. (2014). Les logements-foyers d'Ile-de-France et leurs responsables: rôles, missions et évolution. In L. Nowik & A. Thalineau (éds), *Vieillir chez soi : les nouvelles formes du maintien à domicile* (pp. 61-79). Presses universitaires de Rennes. <https://doi.org/10.4000/books.pur.69156>
- Argoud, D. (2011). De l'hébergement à l'habitat : une évolution ambiguë. *Gérontologie et société*, 34(136), 13-27.
- Argoud, D. (2012). L'habitat intergénérationnel: vers une nouvelle forme de mixité. *Pouvoirs locaux*, 94, 103-106.
- Argoud, D. (2014). Les nouvelles formes d'habitat pour personnes âgées : approche socio-historique d'une innovation. In L. Nowik & A. Thalineau (éds), *Vieillir chez soi : les nouvelles formes du maintien à domicile* (pp. 47-59). Presses Universitaires de Rennes.
- Argoud, D. (2016). L'isolement des personnes âgées. De l'émergence à la construction d'un problème public. *Gérontologie et société*, 38(149), 25-40.
- Armanet, J., & Voirol, M. (2021). *Part'âge: logements mixtes et évolutifs à Chêne-Bougeries (Genève)* [Mémoire de master]. EPFL.
- Arrigoitia, M. F., Ferreri, M., Hudson, J., Scanlon, K., & West, K. (2023). Toward a feminist housing commons? Conceptualising care-(as)-work in collaborative housing. *Housing, Theory and Society*, 40(5), 660-678.
- Arrigoitia, M. F., & West, K. (2021). Interdependence, commitment, learning and love: the case of the United Kingdom's first older women's co-housing community. *Ageing & Society*, 41(7), 1673-1696.
- Atkinson, T., Evans, S., Darton, R., Cameron, A., Porteus, J., & Smith, R. (2014). Creating the asset base – a review of literature and policy on housing with care. *Housing, Care and Support*, 17(1), 16-25.
- Balavoine, A. (2023). Résidences autonomie : avant le début de la crise sanitaire, le nombre de places augmentait, mais celui des résidents diminuait. *DREES - Études et résultats*, 1284.

RÉPONDRE À LA FRAGILISATION DES PERSONNES ÂGÉES

- Bannwart, L., Künzi, K., Jäggi, J., & Gajta, P. (2022). *Betreutes Wohnen : Aktualisierte Grundlagen* [Rapport de recherche n° 22]. Département fédéral de l'intérieur.
- Barnes, S., Torrington, J., Darton, R., Holder, J., Lewis, A., McKee, K., Netten, A., & Orrell, A. (2012). Does the design of extra-care housing meet the needs of the residents? A focus group study. *Ageing & Society*, 32(7), 1193-1214.
- Bäumker, T., Darton, R., Netten, A., & Holder, J. (2011). Development costs and funding of extra care housing. *Public Money & Management*, 31(6), 411-418.
- Bäumker, T., Netten, A., & Darton, R. (2010). Costs and Outcomes of an Extra Care Housing Scheme in England. *Journal of Housing For the Elderly*, 24(2), 151-170.
- Beech, L., & Copeman, I. (2024). *The Regeneration of Outdated Sheltered Housing. Housing our Ageing Population Panel for Innovation (Re-HAPPI)* [Rapport de recherche]. APPG.
- Bernard, M., Liddle, J., Bartlam, B., Scharf, T., & Sim, J. (2012). Then and now: evolving community in the context of a retirement village. *Ageing & Society*, 32(1), 103-129.
- Bertillot, H., & Rapegno, N. (2019). L'habitat inclusif pour personnes âgées ou handicapées comme problème public. *Gérontologie et société*, 41(2), 117-132.
- Bertillot, H., & Vanneste, D. (2022). L'expérience de la vie collective par les habitants d'un «béguinage» pour personnes âgées. Motivations plurielles, projections ambivalentes et relations à géométrie variable. *Vie sociale*, 40(4), 49-64.
- Billard, G., Chevalier, J., & Madoré, F. (2016). L'offre résidentielle destinée aux aînés : le cas des active adult communities (AAC) aux États-Unis. *Cahiers de géographie du Québec*, 60(170), 361-384.
- Bitterlin, K. (2024). *Vivre Ensemble, vieillir ensemble : Repenser les garages pour un habitat intergénérationnel à Lausanne* [Mémoire de master]. EPFL.
- Börjesson, U., & Torgé, C. J. (2022). "They say this is a home": the challenge of "home" in residential care settings for old and young. *Journal of Housing and the Built Environment*, 37(3), 1093-1108.
- Boucaud-Maitre, D., Villeneuve, R., & Tabue-Teguo, M. (2024). Les familles d'accueil pour personnes âgées en Guadeloupe, un modèle méconnu. *Gérontologie et société*, 46(174), 89-98.
- Bouget, D. (2003). Vieillesse, dépendance et protection sociale en Europe. In C. Martin (Ed.), *La dépendance des personnes âgées : Quelles politiques en Europe ?* Presses universitaires de Rennes.
- Braedley, S. (2018). Reinventing the nursing home: Metaphors that design care. In S. Katz (éd.), *Ageing in Everyday Life* (pp. 45-62). Policy Press.
- Burholt, V., Nash, P., Doheny, S., Dobbs, C., & Phillips, C. (2011). *Extracare: Meeting the needs of fit or frail older people?* [Rapport de recherche]. Centre for Innovative Ageing, School of Human and Health Sciences, Swansea University.
- Burholt, V., Nash, P., & Phillips, J. (2013). The impact of supported living environments on social resources and the experience of loneliness for older widows living in Wales: An exploratory mediation analysis. *Family Science*, 4(1), 121-132.
- Buso, M., & Ancilotto, J. (2018). La Maison Partagée. Association Ages Sans Frontières. *Pour*, 233, 103-108.
- Callaghan, L., & Towers, A.-M. (2014). Feeling in control: comparing older people's experiences in different care settings. *Ageing Soc*, 34(8), 1427-1451.

RÉPONDRE À LA FRAGILISATION DES PERSONNES ÂGÉES

- Carrere, J., Reyes, A., Oliveras, L., Fernández, A., Peralta, A., Novoa, A. M., Pérez, K., & Borrell, C. (2020). The effects of cohousing model on people's health and wellbeing: a scoping review. *Public Health Reviews* 41(22).
- Carter, C., & Kneale, D. (2012). *End of life care in extra care housing*. National End of Life Care Programme.
- Cérèse, F. (2021). De l'Ehpad aux logements assistés : la leçon néerlandaise. *Gérontologie et société*, 43(165), 107-123.
- Cervera, M., Émond, C., Jung, C., Mahut, D., & Vermot, C. (2017). Trajectoire et vie sociale des retraités autonomes en résidence-autonomie et habitat regroupé. *Retraite et société*, 3(78), 119-136.
- Chapin, M. K. (2010). The Language of Change: Finding Words to Define Culture Change in Long-Term Care. *Journal of Aging, Humanities, and the Arts*, 4(3), 185-199.
- Charras, K., & Cérèse, F. (2017). Être « chez-soi » en EHPAD : domestiquer l'institution. *Gérontologie et société*, 39(152), 169-183.
- Chaudet, B., & Madoré, F. (2017). Intégration spatiale des résidences avec services seniors en France: stratégies d'implantation et de diffusion. *L'Espace géographique*, 46(1), 41-60.
- Chaudhury, H., Hung, L., Rust, T., & Wu, S. (2017). Do physical environmental changes make a difference? Supporting person-centered care at mealtimes in nursing homes. *Dementia*, 16(7), 878-896.
- Clapham, D. (2017). *Accommodating difference: Evaluating supported housing for vulnerable people*. Policy Press.
- Collet-Berling, M. (2020). Les pratiques concurrentielles au regard des EHPAD et des résidences autonomie. *Vie sociale*, 3(31-32), 191-212.
- Daatland, S. O., Høyland, K., & Otnes, B. (2015). Scandinavian Contrasts and Norwegian Variations in Special Housing for Older People. *Journal of Housing For the Elderly*, 29(1-2), 180-196.
- Darton, R. (2022). Extra Care Housing: The Current State of Research and Prospects for the Future. *Social Policy and Society*, 21(2), 292-303.
- Darton, R., Bäumker, T., Callaghan, L., Holder, J., Netten, A., & Towers, A. M. (2012). The characteristics of residents in extra care housing and care homes in England. *Health & Social Care in the Community*, 20(1), 87-96.
- Daure, P.-H. (2015). La mixité des âges à travers l'histoire d'un espace intergénérationnel innovant à Saint-Apollinaire en Côte-d'Or. In C. Bergeret-Amselek (éd.), *Vivre ensemble, jeunes et vieux* (pp. 311-320). Érès.
- Delerue Matos, A., & Borges Neves, R. (2013). Les nouvelles relations intergénérationnelles des personnes âgées en famille d'accueil. *Retraite et société*, 64, 69-83.
- Demazière, D. (2013). Typologie et description. À propos de l'intelligibilité des expériences vécues. *Sociologie*, 4(3), 333-347.
- Demers, L., & Bravo, G. (2020). *Les petites résidences pour aînés étaient-elles en expansion avant la certification?* [Rapport de recherche n°4]. École nationale d'administration publique / Université de Sherbrooke.
- Demers, L., & Bravo, G. (2021). «*Ilcette on ne peut pas dire que c'est un commerce. C'est familial*»: le positionnement des petites RPA sur leur marché. Rapport de recherche n°6]. École nationale d'administration publique / Université de Sherbrooke.

RÉPONDRE À LA FRAGILISATION DES PERSONNES ÂGÉES

- Demers, L., & Bravo, G. (2022). «*Si les résidents sont ben ou non ça ne les dérange pas, en autant que les papiers sont faits...*»: la certification des RPA en théorie et en pratique. Rapport de recherche n°9]. École nationale d'administration publique / Université de Sherbrooke.
- Devaux, C. (2020). Les inégalités départementales d'accès à l'offre en résidences autonomie. *Gérontologie et société*, 42(2), 181-216.
- Dove, C. (2020). *Radical Housing: Designing multi-generational and co-living housing for all*. RIBA publishing.
- Droste, C. (2015). German co-housing: an opportunity for municipalities to foster socially inclusive urban development? *Urban Research & Practice*, 8(1), 79-92.
- Duberland, P. (2014). *L'accueil familial pour les personnes âgées: une activité à définir* [Mémoire de DEIS]. Université Toulouse-Jean Jaurès.
- Dupré-Lévêque, D. (2019). Pour que l'autonomie prenne sens: du logement-foyer à la résidence autonomie. *Gérontologie et société*, 41(3), 121-134.
- Egbu, J. U., & Wood, G. (2010). Key Provisions in Extra Care Sheltered Housing: A literature review. In P. Barrett, D. Amaratunga, R. Haigh, K. Keraminiyage & C. Pathirage, *Proceedings W070 - Special Track. 18th CIB World Building Congress, Salford* (pp. 140-149). CIB Publication.
- Egbu, J. U., Wood, G., & Egbu, C. (2011, 01/01). The changing face of sheltered housing for the elderly: Past, present and the future. In C. Egbu & ECW. Lou (éds), *Proceedings 27th Association of Researchers in Construction Management Conference, Bristol* (pp. 573-581). ARCOM.
- Enninga, T. (2018). *Armchair travelling the innovation journey: Building a narrative repertoire of the experiences of innovation project leaders* [Thèse de doctorat]. Delft University of Technology.
- Ennuyer, B. (2019). *Repenser le maintien à domicile : enjeux, acteurs, organisation*. Dunod.
- Ennuyer, B. (2024). Préface. In V. Hugentobler (éd.), *Vieillir et habiter autrement* (pp. 11-18). Editions HETSL.
- Evans, S. (2009). *Community and ageing*. Policy Press.
- Evans, S. C., Atkinson, T., Cameron, A., Johnson, E. K., Smith, R., Darton, R., Porteus, J., & Lloyd, L. (2018). Can extra care housing support the changing needs of older people living with dementia? *Dementia*, 19(5), 1492-1508.
- Fay, R., & Owen, C. (2012). 'Home' in the aged care institution: authentic or ersatz. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 35, 33-43.
- Forcier, M. B., Dumont, D., & Prevosto, H. (2024). *Les résidences privées pour aînés (RPA) au Québec: enjeux et opportunités* [Rapport de projet]. CIRANO.
- Framarin, A., & Déry, V. (2021). *Les revues narratives: fondements scientifiques pour soutenir l'établissement de repères institutionnels*. Institut national de santé publique du Québec.
- Garlaud, F. (2023). Prévention et action sociale des organismes de sécurité sociale. *Regards*, 61(1), 131-142.
- Garon, S., Lavoie, C., Boivin, M., & Veil, A. (2018). Favoriser le développement de l'habitation communautaire pour les aînés en milieu rural québécois: Le rôle des intervenants sociaux et en action collective. *Nouvelles pratiques sociales*, 30(1). <https://doi.org/10.7202/1054260ar>

RÉPONDRE À LA FRAGILISATION DES PERSONNES ÂGÉES

- Garwood, S. (2010). *Care and Support in Extra Care Housing*. [Technial Brief 1]. Housing Learning and Improvement Network.
- Gascon, M.-H., & Olazabal, I. (2011). Le logement social pour aînés à Montréal, un enjeu de taille. *Diversité urbaine*, 11(1), 137-142.
- Gérard, A. (2016). La résidence services seniors, quel rôle dans la gestion du vieillissement? *Revue française des affaires sociales*, 4, 267-284.
- Gfeller, F., Grossen, M., & Zittoun, T. (2023). La collaboration, enjeu d'une réforme de politique cantonale du vieillissement. *Gérontologie et société*, 45(3), 97-113.
- Glass, A. (2014). Innovative seniors housing and care models: what we can learn from the Netherlands. *Seniors Housing and Care Journal*, 22(1), 74-81.
- Gräske, J., Worch, A., Meyer, S., & Wolf-Ostermann, K. (2013). Ambulant betreute Wohngemeinschaften für pflegebedürftige Menschen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 10(56), 1410-1417.
- Hachez, I., & Marquis, N. (2024). *Repenser l'institution et la désinstitutionnalisation à partir du handicap*. Presses universitaires Saint-Louis
- Haeusermann, T. (2017). The dementia village: Between community and society. In F. Krauze & J. Boldt (éds), *Care in healthcare: Reflections on theory and practice*, (pp. 135-167). Palgrave Macmillan.
- Harding, A., Parker, J., Hean, S., & Hemingway, A. (2018). Supply-side review of the UK specialist housing market and why it is failing older people. *Housing, Care and Support*, 21(2), 41-50.
- Herpin, L. (2014). Les principaux habitats intermédiaires à l'échelle régionale. L'exemple des foyers-logements, petites unités de vie et résidences services de la région Centre. In L. Nowik & A. Thalineau (Eds.), *Vieillir chez soi : les nouvelles formes du maintien à domicile* (pp. 81-98). Presses universitaires de Rennes.
- Høj, L. D. (2019). Exploring the potentials of dementia village architecture. In K. Niedderer, G. Ludden, R. Cain, & C. Wölfel (Eds.), *Designing with and for People with Dementia : Wellbeing, Empowerment and Happiness* (pp. 123-136). TUDpress.
- Holland, C., Carter, M., Cooke, R., Leask, G., Powell, R., Shaw, R., & West, K. (2015). *Collaborative research between Aston Research Centre for Healthy Ageing (ARCHA) and the ExtraCare Charitable Trust : Final report*. Aston University.
- Howe, A. L., Jones, A. E., & Tilse, C. (2013). What's in a name? Similarities and differences in international terms and meanings for older peoples' housing with services. *Ageing & Society*, 33(4), 547-578.
- Hudson, J. (2019). *"Not alone and not in a home!": The negotiation of later life as a cohousing group in Berlin* [Thèse de doctorat]. University College of London.
- Hugentobler, V. (2023). La "colocation Alzheimer" : un modèle d'habitat alternatif. In A. Chamahian & V. Caradec (Eds.), *La sociologie face à la maladie d'Alzheimer* (pp. 111-130). Presses universitaires du Septentrion.
- Hugentobler, V. (2024). Conclusion : de nouvelles perspectives de vie et d'accompagnement. In V. Hugentobler (éd.), *Vieillir et habiter autrement* (pp. 103-110). Editions HETSL.
- Hugentobler, V., Anchisi, A., Dallera, C., & Strozzega, A. (2014). Le domicile des personnes âgées en perte d'autonomie : un nouveau « marché » potentiel. In L. Nowik & A. Thalineau (Eds.), *Vieillir chez soi : les nouvelles formes du maintien à domicile* (pp. 133-150). Presses universitaires de Rennes.

- Ille-Roussel, M. (2023). *L'offre de logements et de services à destination des seniors dans les stratégies d'adaptation des bailleurs de logements sociaux à la transformation du secteur du logement social. Une comparaison France, Allemagne et Angleterre* [Thèse de doctorat]. Université Paris Nanterre.
- Johansson, K., Borell, L., & Rosenberg, L. (2022). Qualities of the environment that support a sense of home and belonging in nursing homes for older people. *Ageing and Society*, 42(1), 157-178.
<https://www.cambridge.org/core/product/BE07B4C250C51118BD57A6CB3503DA64>
- Jolanki, O., & Vilkkio, A. (2015). The meaning of a "sense of community" in a Finnish senior co-housing community. *Journal of Housing For the Elderly*, 29(1-2), 111-125.
- Kaspar, H., & Schürch, A. (2024). Communautés de soutien : potentiels et risques pour des environnements de vie favorables aux personnes âgées. In V. Hugentobler & A. Seifert (Eds.), *Habiter, vieillir et voisiner : Age Report V* (pp. 215-225). Seismo.
- Kay, S., & Jurgenhake, B. (2020). Dutch care environments for people with dementia: impressions from the perspectives of an architect and a gerontologist. *Working with Older People*, 24(2), 143-147.
- Kessler, F. (2013). Le dispositif oublié de prise en charge des personnes âgées: l'hébergement à titre onéreux à domicile. *Retraite et société*, 64(1), 191-193.
- Klein, A., & Sandron, F. (2018). Une nouvelle famille ? : l'accueil familial des personnes âgées à La Réunion. In J. P. Sanderson & M. C. Sousa Gomes (Eds.), *Famille et vieillissement : enjeux et défis des solidarités intergénérationnelles au Nord et au Sud*.
- Klie, T. (2016). Ambulant betreute Wohngemeinschaften - von Pionieren zu Bausteinen der pflegerischen Infrastruktur. *Bundesweites Journal für Wohn-Pflege-Gemeinschaften*, 5, 5-7.
- Klie, T., Heislbeitz, C., & Schuhmacher, B. (2020). Ambulant betreute Wohngruppen: Bestandserhebung, qualitative Einordnung und Handlungsempfehlungen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 53(6).
- Kneale, D. (2011). *Establishing the Extra in Extra Care: Perspectives from three extra care housing providers* [Rapport de recherche]. International Longevity Centre - UK
- Kneale, D., & Smith, L. (2013). Extra care housing in the UK: can it be a home for life? *Journal of Housing For the Elderly*, 27(3), 276-298.
- Kraft, E., Lehmann, J., & Büchler, S. (2023). *Alterswohnungen und Angebote des Betreuten Wohnens für ältere Menschen in der Schweiz* [Rapport]. Observatoire suisse de la santé.
- Krier, D. (2024). *Évaluation coût-résultat d'un modèle d'inclusion sociale et de soins personnalisés pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et autres maladies apparentées : le « Village Landais Henri Emmanuelli » comme modèle alternatif aux EHPAD* [Thèse de doctorat]. Université de Bordeaux.
- Krier, D., de Boer, B., Hilgsmann, M., Wittwer, J., & Amieva, H. (2023). Evaluation of Dementia-Friendly Initiatives, Small-Scale Homelike Residential Care, and Dementia Village Models. *Journal of the American Medical Directors Association*, 24(7), 1020-1027.
- Labarchède, M. (2021). *Les espaces de la maladie d'Alzheimer: conditions de vie, hébergement et hospitalité* [Thèse de doctorat]. Université de Bordeaux.
- Labit, A. (2013a). Habiter et vieillir en citoyens actifs: regards croisés France-Suède. *Retraite et société*, 2(65), 101-120.

RÉPONDRE À LA FRAGILISATION DES PERSONNES ÂGÉES

- Labit, A. (2013b). L'habitat solidaire intergénérationnel: mythe et réalité en France et en Allemagne. In M. Membrado & A. Rouyer (Eds.), *Habiter et Vieillir: vers de nouvelles demeures* (pp. 245-260). ERES.
- Labit, A. (2015). Choisir la location collaborative plutôt que la propriété individuelle pour vieillir en solidarité. In S. Denèfle (Ed.), *Repenser la propriété. Des alternatives pour habiter* (pp. 118-128). Presses universitaires de Rennes.
- Labit, A. (2016). Habiter en citoyenneté et solidarité pour mieux vieillir. *Gérontologie et société*, 38(149), 141-154.
- Labit, A. (2017). L'habitat «par» les personnes âgées: la France résiste. In P. Parat-Bezard (éd.), *Accueillir le grand-âge* (pp. 121-123). Champ social.
- Labit, A. (2018). L'habitat inclusif pour vieillir en citoyenneté et solidarité. Une solution pour les territoires ruraux ? *Pour*, 233(1), 117-122.
- Labit, A., & Chaland, K. (2010). L'habitat groupé autogéré en France et en Allemagne. Perspectives d'avenir dans le contexte du vieillissement démographique. *Espace populations sociétés. Space populations societies*, 2010/1, 131-142.
- Labit, A., & Dubost, N. (2016). Housing and ageing in France and Germany: The intergenerational solution. *Housing, Care and Support*, 19(2), 45-54.
- Larsen, H. G. (2019). Three phases of Danish cohousing: tenure and the development of an alternative housing form. *Housing Studies*, 34(8), 1349-1371.
- Lavoie, C., & Morin, P. (2013). *Rapport de l'étude exploratoire sur le logement évolutif pour aînés*. Université de Sherbrooke.
- Lavoie, C., Paris, M., Garon, S., & Morin, P. (2016). Multiplier les modèles d'habitation innovants pour une meilleure santé des aînés et des communautés. *Intervention*, 143, 61-75.
- Le Cocq-Foltz, C. (2019a). L'accueil familial, esquisse de l'hospitalité et de ses points de fuites. *Revue du MAUSS*, 53, 199-215.
- Le Cocq-Foltz, C. (2019b). Le métier d'accueillante familiale, une figure invisible de la santé. *Revue française des affaires sociales*, 2019/1, 17-38.
- Le Piolet, S. (2020). L'offre d'habitat adapté aux personnes âgées au cœur des inégalités dans la vieillesse. *Gérontologie et société*, 42(2), 217-231.
- Leenhardt, H. (2017). Les formes alternatives d'habitat pour les personnes âgées, une comparaison Allemagne-France. *Gérontologie et société*, 39(152), 187-206.
- Leenhardt, H. (2024). Les colocations pour senior·e·s dans les quartiers en Allemagne. In V. Hugentobler (Ed.), *Vieillir et habiter autrement* (pp. 57-71). Editions HETSL.
- Lemos Dekker, N., & Pols, J. (2020). Aspirations of home making in the nursing home. In B. Pasveer, O. Synnes & L. Moser (éds), *Ways of home making in care for later life* (pp. 183-201). Palgrave Macmillan.
- Lestage, C., Dubuc, N., & Bravo, G. (2014). Développement et validation d'une classification québécoise des résidences privées avec services accueillant des personnes âgées. *Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement*, 33(1), 72-83.
- Liddle, J. (2016). *Everyday life in a UK retirement village: a mixed-methods study* [Thèse de doctorat]. Keele University.
- Lundman, R. (2020). A spatio-legal approach to the intermediate housing-with-care solutions for older people: exploring the adoption of a retirement village concept in Finland. *Ageing & Society*, 40(9), 1956-1977.

RÉPONDRE À LA FRAGILISATION DES PERSONNES ÂGÉES

- Madoumier-Moriceau, C. (2024). Habitats participatifs seniors : quelles dynamiques des liens interpersonnels ? *Gérontologie et société*, 46(3), 249-262.
- Némoz, S. (2008). De la « co-âgitation » urbaine aux « maisonnées » intergénérationnelles. *Agora débats/jeunesses*, 49(3), 30-39.
- Némoz, S. (2017). Le devenir de l'habitat intergénérationnel: une revisite socio-anthropologique. *Gérontologie et société*, 39(1), 207-220.
- Nowik, L. (2014). Habitats intermédiaires : de quoi parle-t-on ? In L. Nowik & A. Thalineau (Eds.), *Vieillir chez soi : les nouvelles formes du maintien à domicile* (pp. 23-46). Presses universitaires de Rennes.
- Nowik, L., Labit, A., Thalineau, A., Herpin, L., Grossman, F., Martin, N., Chaudet, B., Diné, S., & Dubost, N. (2011). *L'habitat de demain des retraités : un enjeu sociétal* [Rapport de recherche]. Université François-Rabelais de Tours - UMR CITERES.
- Nowik, L., & Thalineau, A. (2014). *Vieillir chez soi : les nouvelles formes du maintien à domicile*. Presses universitaires de Rennes.
- Oatley, R., & Atkinson, T. (2024). A qualitative study of the benefits and challenges of different models of extra care housing for residents living with dementia. *Dementia*, 23(6), 981-1000. <https://doi.org/10.1177/14713012241249794>
- Pacione, M. (2012). The retirement village as a residential environment for the third age—the example of Firhall, Scotland. *Scottish Geographical Journal*, 128(2), 148-168.
- Pasveer, B., Synnes, O., & Moser, I. (2020). *Ways of home making in care for later life*. Palgrave Macmillan.
- Pattaroni, L., Kaufmann, V., & Rabinovich, A. (Eds.). (2009). *Habitat en devenir : enjeux territoriaux, politiques et sociaux du logement en Suisse*. Presses polytechniques et universitaires romandes.
- Peace, S. (2022). *The environments of ageing: Space, place and materiality*. Policy Press.
- Pedersen, M. (2015). Senior Co-Housing Communities in Denmark. *Journal of Housing For the Elderly*, 29(1-2), 126-145.
- Phillips, J. E., Dobbs, C., Burholt, V., & Marston, H. (2013). Extracare: Does It Promote Resident Satisfaction Compared to Residential and Home Care? *The British Journal of Social Work*, 45(3), 949-967.
- Piecek, M., Hugentobler, V., & Mioranza, D. (2025). New housing models, new care models? The politics of housing for an aging population in Switzerland. *Critical Policy Studies*. Article soumis pour publication.
- Pirinen, A. (2016). Housing Concepts For and By the Elderly: From Subjects of Design to a Design Resource. *Journal of Housing For the Elderly*, 30(4), 412-429.
- Pock, L., Althaus, E., Kaspar, H., Grand, V., Schürch, A., & Otto, U. (2024). *Generationenwohnen in langfristiger Perspektive - von der Intention zur gelebten Umsetzung* [Fallstudienbericht]. ETH Wohnforum, BFH, Age-Stiftung.
- Rijnaard, M. D., van Hoof, J., Janssen, B. M., Verbeek, H., Pocornie, W., Eijkelenboom, A., Beerens, H. C., Molony, S. L., & Wouters, E. J. M. (2016). The Factors Influencing the Sense of Home in Nursing Homes: A Systematic Review from the Perspective of Residents. *Journal of Aging Research*, 2016(1). <https://doi.org/10.1155/2016/6143645>.
- Riseborough, M., Fletcher, P., & Gillie, D. (2015). *Extra care housing : what is it?* [Factsheet 1]. Housing Learning and Improvement Network.

- Robinson, D., Green, S., & Wilson, I. (2020). Housing options for older people in a reimagined housing system: a case study from England. *International Journal of Housing Policy*, 20(3), 344-366.
- Robinson, D., & Wilson, I. (2023). Specialist housing for older people in an era of neoliberal transformation: exploring provision in England. *Housing Studies*, 38(9), 1662-1680.
- Rogers, R. (2011). *Planning and delivering continuing care retirement communities*. Tetlow King Planning.
- Røhnebæk, M. T., Engen, M., & Bast, A. (2023). Co-designing a Dementia Village: Transforming Dementia Care Through Service Design. In M. Pfannstiel (éd.), *Human-Centered Service Design for Healthcare Transformation: Development, Innovation, Change* (pp. 449-466). Springer.
- Rosenfelder, C. (2017a). *Les habitats alternatifs aux dispositifs gérontologiques institués : des laboratoires d'expérimentation à l'épreuve de la "fragilité" et de la "dépendance" des personnes âgées* [Thèse de doctorat]. Université de Strasbourg.
- Rosenfelder, C. (2017b). Vieillir dans un habitat autogéré: La question du «vivre ensemble». *Gérontologie et société*, 39(1), 155-167.
- Rosenfelder, C. (2024). L'institutionnalisation des habitats alternatifs. In V. Hugentobler (éd.), *Vieillir et habiter autrement* (pp. 43-56). Editions HETSL.
- Roy, A.-L., & Tan, O. (2021). *La colocation intergénérationnelle : Un « chez-soi » pour les personnes âgées et les étudiant·e·s ?* [Travail de bachelor]. Haute Ecole de travail social et de la santé Lausanne.
- Rusinovic, K., Bochove, M. v., & Sande, J. v. d. (2019). Senior co-housing in the Netherlands: Benefits and drawbacks for its residents. *International journal of environmental research and public health*, 16(19):3776. <https://doi.org/10.3390/ijerph16193776>
- Russell, K. (2012). *Extra Care Housing: Sample analysis of the care hours ratio distribution across the UK*. [Policy briefing]. Housing Learning and Improvement Network.
- Sánchez, M., García, J. M., Díaz, P., & Duaigües, M. (2011). Much more than accommodation in exchange for company: Dimensions of solidarity in an Intergenerational Homeshare Program in Spain. *Journal of Intergenerational Relationships*, 9(4), 374-388.
- Saray-Delabar, V. (2022). Les habitants non autonomes de la résidence autonomie, révélateurs des contradictions du modèle. *Revue française des affaires sociales*, 2022/3, 109-127.
- Seifert, A. (2024). Données actualisées sur l'habitat et les conditions de vie des personnes âgées. In V. Hugentobler & A. Seifert (éds), *Habiter, vieillir et voisiner : Age Report V* (pp. 13-156). Seismo.
- Shaw, R. L., West, K., Hagger, B., & Holland, C. A. (2016). Living well to the end: A phenomenological analysis of life in extra care housing. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 11(1). <https://doi.org/10.3402/qhw.v11.31100>
- Simonazzi, A. (2009). Care regimes and national employment models. *Cambridge Journal of Economics*, 33(2), 211-232.
- Simzac, A.-B. (2016). *Le dispositif des logements-foyers : entre politiques publiques et trajectoires individuelles* [Thèse de doctorat]. Université de Rennes.
- Simzac, A.-B. (2021). Mobilité résidentielle en résidence autonomie: quelles reconfigurations des relations sociales et familiales? *Retraite et société*, 86(2), 163-182.

RÉPONDRE À LA FRAGILISATION DES PERSONNES ÂGÉES

- Simzac, A.-B., Bedin, M. G., & Mendelzweig, M. D. (2021). Habitats collectifs pour personnes âgées autonomes. *Gérontologie et société*, 43(165), 51-67.
- Songur, W. (2021). Older migrants' use of elderly care in Sweden: family affects choice between home help services and special housing. *European Journal of Social Work*, 24(3), 481-491.
- Studer, D., Rohr, D., Hornung, D., & Hugentobler, V. (2024). *Changement démographique : Concevoir l'habitat de demain. Projets-modèles pour un développement territorial durable 2020-2024* [Rapport de recherche]. OFL, ARE, OFEV, OFSP.
- Sturge, J. (2024). The adaptation of the dementia village model: Comparing design features of a Dutch and Canadian dementia village. In K. Niedderer, G. Ludden, T. Denning, & V. Holthoff-Detto (éds), *Design for Dementia, Mental Health and Wellbeing* (pp. 171-181). Routledge.
- Torres, N. I. (2020). *Mixité sociale et vieillissement de la population : Quelles perspectives pour un habitat intergénérationnel durable ?* [Thèse de doctorat]. Université Jean Moulin (Lyon 3).
- Trolander, J. A. (2011). Age 55 or Better : Active Adult Communities and City Planning. *Journal of Urban History*, 37(6), 952-974.
- Tummers, L. (2016). The re-emergence of self-managed co-housing in Europe: A critical review of co-housing research. *Urban studies*, 53(10), 2023-2040.
- van Zadelhoff, E., Verbeek, H., Widdershoven, G., van Rossum, E., & Abma, T. (2011). Good care in group home living for people with dementia. Experiences of residents, family and nursing staff. *Journal of Clinical Nursing*, 20(17-18), 2490-2500.
- Verbeek, H., van Rossum, E., Zwakhalen, S. M., Kempen, G. I., & Hamers, J. P. (2009). Small, homelike care environments for older people with dementia: a literature review. *International Psychogeriatrics*, 21(2), 252-264.
- Verbeek, H., Zwakhalen, S. M. G., van Rossum, E., Ambergen, T., Kempen, G. I. J. M., & Hamers, J. P. H. (2010). Small-scale, homelike facilities versus regular psychogeriatric nursing home wards: a cross-sectional study into residents' characteristics. *BMC Health Services Research*, 10(1), 30.
- Vestbro, D. U. (2014). Cohousing in Sweden, history and present situation. <http://www.kollektivhus.nu/pdf/SwedishCohousing14.pdf>
- Vihma, S. (2013). Homelike design in care residences for elderly people. In S. Rissanen & A. Hujala (éds), *Designing Wellbeing in Elderly Care Homes* (pp. 36-51). Aalto ARTS Books.
- Villez, M. (2023). Maladie d'Alzheimer et accompagnement en lieu de vie collectif: un éclairage socio-historique. In A. Chamahian & V. Caradec (éds), *La sociologie face à la maladie d'Alzheimer* (pp. 91-109). Presses universitaires du Septentrion.
- Wechuli, Y. (2017). Neighborly assistance: high expectations of multi-generation cohousing projects. *Working with Older People*, 21(3), 133-139.
- White-Chu, E. F., Graves, W. J., Godfrey, S. M., Bonner, A., & Sloane, P. (2009). Beyond the Medical Model: The Culture Change Revolution in Long-Term Care. *Journal of the American Medical Directors Association*, 10(6), 370-378.
- Wikström, E., & Emilsson, U. M. (2014). Autonomy and Control in Everyday Life in Care of Older People in Nursing Homes. *Journal of Housing For the Elderly*, 28(1), 41-62.
- Wolf-Ostermann, K., Worch, A., Meyer, S., & Gräske, J. (2014). Quality of care and its impact on quality of life for care-dependent persons with dementia in shared-housing

RÉPONDRE À LA FRAGILISATION DES PERSONNES ÂGÉES

arrangements: Results of the Berlin WGQual-study. *Applied Nursing Research*, 27(1), 33-40.

Wright, F., Tinker, A., Mayagoitia, R., Hanson, J., Wojgani, H., & Holmans, A. (2010). What is the 'extra' in extra care housing? *British Journal of Social Work*, 40(7), 2239-2254.

Zimmerman, S., & Sloane, P. D. (2007). Definition and Classification of Assisted Living. *The Gerontologist*, 47, 33-39.

5. ANNEXES

Tableau synthétique : modèles et formules d'habitat

Grande catégorie	Modèle d'habitat	Public-cible	Objectifs	Formules spécifiques	Forme de l'habitat	Caractéristiques et services	Mode de gestion / financement
Habitat communautaire	Habitat intergénérationnel	Personnes âgées autonomes ou semi-autonomes à la recherche de lien social et prêtes à cohabiter avec d'autres générations	Lutter contre l'isolement par les liens intergénérationnels	Résidence intergénérationnelle (Europe)	Appartements privés et espaces communs (salle, jardins)	Co-habitation intergénérationnelle	Variable : Initiatives privées, soutien public local, bailleurs sociaux
				Colocation senior-étudiant (France, Suisse, Espagne)	Partage du logement ordinaire de la personne âgée		Encadré par une association ou société privée
				Accueil familial (France, Portugal)	Partage du logement ordinaire de l'accueillant·e		Dispositif encadré par l'Etat
	Habitat participatif	Personnes âgées autonomes ou semi-autonomes à la recherche de lien social et de participation communautaire	Encourager l'autonomie et la participation active dans une communauté	<i>Senior cohousing</i> (Pays nordiques)	Regroupement de logements privés autour d'espaces partagés (salle commune, cuisine collective, jardins)	Implication des habitant·e·s dans l'organisation et la gestion	Généralement issu de l'initiative citoyenne. Coopératives d'habitation et bailleurs sociaux

RÉPONDRE À LA FRAGILISATION DES PERSONNES ÂGÉES

Grande catégorie	Modèle d'habitat	Public-cible	Objectifs	Formules spécifiques	Forme de l'habitat	Caractéristiques et services	Mode de gestion / financement
Habitat assisté	Habitat groupé accompagné	Personnes âgées à risque ou fragilisées, à la recherche d'un logement adapté, assurant une forme de sécurité et un accès facilité à des services variables	Assurer le maintien à domicile de personnes fragilisées, retarder ou éviter l'entrée en établissement médicalisé	Résidence autonomie (France)	Appartements privés et espaces communs (salle de repas, salons communs)	Ensemble de services (restauration, ménage, animations)	Bailleurs sociaux, subventionnement accordé par l'Etat
				<i>Extra-care housing</i> (Royaume-Uni)	Appartements privés et espaces communs (salle de repas, salons communs)	Ensemble de services (restauration, ménage, animations, soins à domicile). Présence de personnel soignant généralement assurée 24/24	<i>Housing Associations</i> , financées par des fonds publics et par des investissements privés
	Habitat services	Personnes âgées fragilisées ou à risque, souvent aisées, recherchant confort, services et sécurité	Offrir un cadre sécurisé avec un ensemble de prestations tout en préservant l'indépendance	Résidence privée pour aînés (RPA) (Québec)	Appartements privés et espaces communs (restaurant, salons communs, espaces de loisir)	Soins délivrés à l'interne, services hôteliers et de conciergerie	Sociétés privées à but lucratif Financement par les habitants
				Village pour retraités (Royaume-Uni)	Regroupement de centaine de logements privés sur un site. Comprend généralement un bâtiment abritant des services collectifs (restaurant, salle de loisirs, cabinet médical, etc.)	Présence 24/24 de personnel soignant disposant de locaux sur place	<i>Housing associations</i> ou sociétés privées à but lucratif

RÉPONDRE À LA FRAGILISATION DES PERSONNES ÂGÉES

Grande catégorie	Modèle d'habitat	Public-cible	Objectifs	Formules spécifiques	Forme de l'habitat	Caractéristiques et services	Mode de gestion / financement
Habitat médicalisé alternatif	Habitat partagé accompagné	Personnes âgées ayant besoin d'une aide quotidienne, notamment en raison d'une démence	Proposer un cadre familial et une vie normalisée à des personnes avec des besoins importants	<i>Ambulant Betreute Wohngemeinschaften</i> (Allemagne)	Colocation de 6-12 personnes, avec chambres privées et espaces de vie collectifs (salon, cuisine, jardin)	Présence continue d'accompagnants. Participation des habitants aux tâches de la vie quotidienne	Variable : autorités régionales/locales, organisations de soins à domicile privées Subventions publiques
				<i>Small scale units</i> (Pays-Bas)	Secteur d'un hébergement médicalisé classique organisé sur le mode d'une colocation	Présence continue de personnel d'accompagnement et participation des habitants aux tâches de la vie quotidienne	Financement et gestion classique d'hébergements médicalisés
				Villages Alzheimer (Europe)	Regroupement de plusieurs maisonnettes de type <i>small scale units</i> dans un même quartier séparé de l'extérieur	Ensemble de services adaptés (restaurant, supermarché, coiffure, etc.) dans l'enceinte du village	Financement et gestion classique d'hébergements médicalisés
	Habitat groupé médicalisé	Personnes âgées dépendantes, avec troubles cognitifs ou physiques importants, ayant besoin d'une aide quotidienne	Réduire la dimension institutionnelle des établissements d'hébergement médicalisés classiques	<i>Special housing</i> (Pays nordiques)	Fonctionnement proche de celui d'un hébergement médicalisé classique. Les logements sont des appartements privés dont les habitants sont locataires plutôt que des chambres	Services similaires à ce qui est proposé en hébergement médicalisé classique	Financement des soins par les autorités locales. Location du logement par les habitants

RÉPONDRE À LA FRAGILISATION DES PERSONNES ÂGÉES