

Gérontologie et société

***Ageing in place / Vieillir chez
soi : Apport des expériences
étrangères et des comparaisons
internationales***

n° 165

vol. 43/2021

Perspectives et retours d'expériences
DE L'EHPAD AUX LOGEMENTS ASSISTÉS : LA LEÇON NÉERLANDAISE

[Fany Cérèse](#)

Caisse nationale d'assurance vieillesse | « [Gérontologie et société](#) »

2021/2 vol. 43 / n° 165 | pages 107 à 123

ISSN 0151-0193

ISBN 9782858231324

DOI 10.3917/g1.165.0107

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe-2021-2-page-107.htm>

Distribution électronique Cairn.info pour Caisse nationale d'assurance vieillesse.

© Caisse nationale d'assurance vieillesse. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

De l'Ehpad aux logements assistés : la leçon néerlandaise

Fany CÉRÈSE

Docteur en Architecture, Architecture Humaine, Atelier AA

Résumé – *Cet article vient analyser les différentes modalités d'accompagnement des personnes âgées dépendantes aux Pays-Bas, tant dans sa dimension sociale, organisationnelle que spatiale. Celui-ci se caractérise par une prégnance très forte de la logique « domiciliaire », avec une transformation progressive de l'offre ces quinze dernières années, marquée par la fermeture des structures d'hébergement médicalisées au profit de logements assistés. Peu à peu, et face à un contexte de pénurie de moyens, le gouvernement néerlandais a décidé une réorientation de la prise en charge des personnes qui avancent en âge, non plus centrée sur le soin mais sur la vie quotidienne. Il en ressort des solutions désirables, qui permettent le maintien du libre choix, le droit au risque et par là même le maintien du plaisir, de la qualité et du sens de la vie.*

Mots clés – *logements assistés, logique domiciliaire, personnes âgées, architecture, Ehpad, troubles cognitifs, dépendance*

Abstract – From nursing homes to assisted living housing: Lessons from the Netherlands

This article analyzes the different ways of caring for elderly people in the Netherlands, in its social, organizational, and spatial dimensions. This is characterized by a very strong significance of the residential logic, with a gradual transformation in the last fifteen years of their offer, marked by the closure of nursing homes in favor of assisted living housing. Little by little, and faced with a shortage of resources, the Dutch government has decided to reorient its care for the elderly, making it focused on daily life rather than on cure. The result is desirable solutions, which allow individuals to retain freedom of choice, the right to risk, and thereby pleasure, quality, and meaning in their life.

Keywords – *assisted living housing, homelike environment, elderly, architecture, nursing home, dementia*

Introduction : de retour d'un voyage d'études

Lors d'un voyage d'études organisé en mars 2021 aux Pays-Bas par Dialog'Health pour découvrir des modalités d'accompagnement innovantes des personnes âgées, nous avons visité et échangé avec les acteurs de différents sites aux alentours d'Amsterdam tels que l'établissement Het Mennistenerf & Pennemes, l'établissement de Buytenhaghe (groupe Welthuis) spécialisé dans l'accompagnement des personnes atteintes de troubles cognitifs ou encore le Hogewick Dementia Village (plus connu sous le nom de « Village Alzheimer »). Ces structures, généralement des immeubles de type R+1 à R+2 implantés en milieu urbain, ont été construites récemment au regard de l'évolution de la politique néerlandaise en faveur des personnes âgées.

L'objectif – outre l'enrichissement du regard – était de comprendre comment la logique domiciliaire pouvait s'inscrire dans les pratiques et dans l'architecture des lieux malgré la grande dépendance, les troubles cognitifs et des moyens humains limités. L'écriture de cet article a pour objectif de formaliser et diffuser les enseignements tirés de ce voyage d'études, afin de contribuer à la réflexion menée actuellement en France autour de ce que l'on nomme communément « Ehpad de demain ». Car si le modèle néerlandais est reconnu pour son caractère novateur, il existe assez peu de littérature nous permettant d'en appréhender les diverses dimensions et d'envisager leur transposition en France.

La logique domiciliaire comme paradigme d'accompagnement

Un changement radical pour la politique néerlandaise

Les Pays-Bas, comme beaucoup de pays occidentaux, sont marqués par un vieillissement exponentiel de leur population avec une diminution du nombre d'actifs, une pénurie de professionnels et une augmentation des coûts peu soutenable pour l'État. Cela dans un contexte singulier néerlandais, où les personnes âgées de plus de 65 ans recourent massivement aux divers services d'accompagnement ou structures de soin (environ 21 % d'entre elles contre 10 % seulement en France¹). Après une première réforme du système d'assurance de santé en 2006, le gouvernement néerlandais a décidé en 2014 d'un changement de politique caractérisé essentiellement par une rationalisation et une décentralisation de la gestion des soins de long terme, avec plus de co-paiement par les usagers (François et Verdier-Molinié, 2016), ce qui s'est incarné par une diminution de la médicalisation de la prise en charge au profit de plus d'accompagnement social.

Conscient du changement important de paradigme induit, la volonté gouvernementale s'est dans un premier temps axée sur :

¹ Source : Données de santé fournies par l'OCDE – <https://data.oecd.org/fr/sante.htm>.

- L'évolution du regard de la société néerlandaise sur le vieillissement de sa population, et sur la notion de santé, dans une acception large qui ne soit pas limitée à l'absence de maladie.
- La volonté de privilégier la qualité de vie plutôt que la qualité des soins dans l'accompagnement des personnes âgées.

L'ambition première affichée est alors de permettre à chacun de vieillir chez soi en favorisant le maintien à domicile des personnes ou le développement de solutions équivalent-domicile et ce, quel que soit le niveau de dépendance et d'assistance requis. Ce changement a nécessité d'innover dans la mise en place de solutions radicalement différentes, avec pour effets :

- Le transfert de l'ensemble de l'offre du secteur public au secteur privé non lucratif.
- Le démantèlement progressif des structures d'hébergement médicalisées (où la prise en charge était financée dans son intégralité par l'État néerlandais) au profit de nouvelles solutions mixtes, que l'on qualifierait en France d'« habitat inclusif ». Il s'agit de logements adaptés adossés à une structure d'aide et de « soins intensifs ». Le gouvernement a fortement soutenu les municipalités et les bailleurs sociaux, de telle sorte qu'il existe aujourd'hui 124 000 logements assistés aux Pays-Bas.
- Le recours massif au bénévolat afin de maintenir une bonne qualité d'accompagnement malgré des moyens financiers et humains limités.

Une dissociation de l'offre de logement de celle d'accompagnement

La stratégie du gouvernement néerlandais a été de renoncer à un système de prise en charge globale – tel que le proposent actuellement les EHPAD en France – afin de s'orienter vers d'une part la mise en place de logements regroupés adaptés (dont la location reste à la charge des personnes) et d'autre part une offre de services et de soins établie sur mesure en fonction du besoin d'assistance de chaque personne.

Concrètement, ces structures sont des ensembles de logements sociaux (plus d'une centaine de logements en moyenne par structure) avec une partie collective de services accessible à tous. L'ensemble est construit par un bailleur social, qui propose à la location les appartements en direct aux personnes âgées avec un bail de location de droit commun. Les parties collectives et de service sont louées à la structure (toujours privée non lucrative) d'aide et de soins. Les habitants contractualisent alors séparément avec l'association pour ce qui est des prestations d'accompagnement (dénommé « social care ») et de soin, qui sont réalisées à domicile comme cela se pratique actuellement en France via les services d'aide et de soin à domicile.

La première réflexion des participants au voyage d'étude était de faire l'analogie avec les résidences autonomie et les résidences services françaises. Toutefois, il est à noter que ces structures néerlandaises s'adressent uniquement à des personnes dont le besoin d'assistance est évalué à 24h/24, 7 jours sur 7, pour qui le maintien au domicile est impossible, soit un public que l'on considérerait relevant des EHPAD en France.

Si au départ cette approche – que nous pensons être un futur souhaitable pour le secteur médico-social (Eynard et Cérèse, 2014) – s’est mise en place dans une logique de réduction des coûts pour l’état et de partage des frais avec la personne et son entourage, les effets bénéfiques sont multiples. Par exemple, plus de responsabilité et d’autonomie (au sens de capacité à vivre selon ses propres règles) sont données à la personne et son entourage pour la gestion de la dépendance, celle-ci étant légalement chez elle. Par ailleurs, en sortant d’une logique de prise en charge globale, l’assistance apportée est limitée au strict nécessaire, ce qui permet le maintien des capacités restantes, d’encourager les personnes à faire tout ce qu’elles peuvent encore faire elles-mêmes, mais aussi de limiter le risque d’ennui, récurrent en EHPAD, les personnes étant généralement dépossédées de la totalité des gestes de la vie quotidienne.

La « vie ordinaire » comme modèle de référence

Dans toutes les structures visitées, et tout particulièrement dans celles à destination des personnes âgées atteintes de troubles cognitifs sévères, le milieu de vie ordinaire et la vie quotidienne sont le modèle de référence qui guide à la fois les choix architecturaux, les choix de fonctionnement et les pratiques d’accompagnement.

Le « village Alzheimer » Hogewyck est celui qui a poussé la réflexion le plus loin en ce sens et qui prône la « *vie normale avec la démence* ». Ici, tout comme dans les structures spécialisées Welthuis, la journée est rythmée au sein des maisonnées par l’accomplissement des gestes de la vie quotidienne. Le matin, les personnes âgées, accompagnées d’un(e) « assistant(e) de bien-être » (fonction qui se développe en remplacement des ASH et AS), préparent le repas de midi avec et pour les habitants de la maisonnée, généralement composée de 6 à 8 personnes. Les courses sont faites par et pour chaque maisonnée, soit au sein d’une supérette installée dans la structure, soit en ayant recours à un système de commande en ligne et livraison à domicile auprès d’une enseigne de proximité. L’après-midi est consacrée à la préparation du repas du soir au sein de la cuisine de la maisonnée, à l’entretien du linge ou de sa chambre, aux promenades et aux activités organisées par les différents clubs (club de musique, de couture, etc.).

Ainsi, toute centralisation, que ce soit des achats ou de la production des repas a été abandonnée et la vingtaine de maisonnées installées pourtant côte à côte fonctionnent de manière totalement indépendante et au gré des aspirations et besoins des personnes qui y habitent. L’autogestion est le maître mot dans le fonctionnement de ces structures, très proche du modèle danois Buurtzorg (Faure, 2018) : les équipes s’auto-administrent et disposent d’une autonomie dans l’organisation de leur travail et la gestion de leur budget, ce qui permet à la fois efficacité et une grande proximité avec les habitants.

Une invisibilité du soin qui rend la dépendance moins prégnante

Autre élément frappant, nulle blouse, chariot, matériel de soin dans les couloirs. Il semble que ces marqueurs sanitaires – qui donnent aux étages d’hébergement de nos EHPAD des allures d’hôpital – aient été supprimés. Les professionnels

de santé interviennent telle une équipe mobile dans chaque appartement ou maisonnée (selon le cas) comme ils interviendraient à domicile et les habitants peuvent aller les rencontrer directement dans ce qui s'apparente à un cabinet médical et une pharmacie ordinaires. Ce point est particulièrement revendiqué par les gestionnaires de ces structures qui souhaitent une mise en avant de l'accompagnement (« social care ») par rapport au soin curatif (« cure »), le soin n'étant qu'un des piliers de la qualité de vie, autant d'importance étant accordée à chaque pilier.

Cette invisibilité du soin a généré chez les participants du voyage d'études (pour la plupart directeurs d'Ehpad) une forme d'incrédulité :

Ici c'est possible parce qu'ils sont moins dépendants que chez nous.

Alors même que le premier critère d'entrée dans ces structures – rappelons-le – est le besoin d'une assistance 24h/24, évaluée par un organisme indépendant et que les personnes y sont accompagnées jusqu'à la fin de leur vie. Il serait intéressant d'explorer davantage ce biais cognitif, et tout particulièrement les effets de cette différence de regard porté sur les personnes âgées à la fois sur le comportement des aidants et celui des personnes elles-mêmes.

Un regard et des représentations bien différentes des nôtres

Comme nous l'avons vu, le changement de paradigme – d'un accompagnement centré sur le soin à un accompagnement centré sur la vie quotidienne, le maintien du sens et des plaisirs – opéré par le système néerlandais s'est avant tout fondé sur un changement de regard qui est à la fois un préalable et une condition *sine qua non* à une évolution des pratiques vers une logique domiciliaire.

Une vision élargie du soin

La première grande différence est la manière dont la notion de santé est envisagée, non pas comme une absence de pathologies mais comme une capacité à s'adapter aux circonstances et à prendre le contrôle (Huber et Swogger, 2014). Ainsi, la santé devient l'affaire de tous et, dans la lignée de la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé, la qualité de vie est privilégiée par rapport à la qualité de soin. Peu à peu, les équipes soignantes ont été remplacées par des professionnels sociaux, réduisant l'intervention des soignants (très difficiles à recruter aux Pays-Bas) à des actes requérant une technicité particulière.

Nous pouvons évoquer ici à titre d'exemple qui a beaucoup retenu l'attention des participants, la question de l'accompagnement la nuit. Dans les structures visitées, où vivent environ 170 personnes, le nombre de veilleurs est à la fois très faible – comparativement à la France – et installé en dehors des espaces d'habitation. Une équipe de soignants qualifiés est présente sur le site en astreinte mais n'intervient qu'en cas de problème. Le principe de base est de privilégier la qualité du sommeil et de ne pas réveiller les personnes la nuit (pour les changer par

exemple comme c'est le cas en France) sauf besoins particuliers (risque d'escarre, etc.). Au dire des gestionnaires rencontrés qui ont connu l'ancien système, depuis que l'accompagnement est centré sur la vie quotidienne, les personnes sont particulièrement occupées la journée et sortent, ce qui crée une fatigue naturelle et un sommeil de qualité. Il nous a été précisé que même dans les maisonnées où habitent des personnes qui ont des troubles cognitifs sévères, il n'y a pas de veilleur sur place car il y a très peu de déambulations nocturnes, point très problématique dans les unités spécifiques en France.

Des personnes considérées comme des *habitants* avant d'être *dépendants*

Autre point fondamental, les personnes accompagnées, quel que soit leur âge, leur niveau de dépendance, sont toujours considérées avant tout comme des locataires (par les bailleurs) et des clients (par le gestionnaire de service). À ce titre, il est à noter qu'il n'a jamais été possible de visiter un appartement ou une maisonnée considérée comme une violation du domicile aux yeux du gestionnaire. Il faut bien dire que cela a généré une grande frustration chez les participants très (trop ?) habitués dans nos établissements français à pouvoir visiter à leur guise les espaces privatifs des résidents, et ce même en leur absence et sans même qu'ils ne soient avertis ou consentants. Pour autant, qui, dans un service d'aide à domicile, aurait l'idée de faire visiter le domicile d'un bénéficiaire ? Quel bailleur ferait visiter un appartement occupé sans accord du locataire en place ? Il nous semble que cette garantie du respect de la privacité du logement est un point essentiel permettant aux personnes de s'y sentir chez elles, malgré le deuil que peut représenter le déménagement.

Étant donné qu'il s'agit de logements assistés et non d'hébergement, et les personnes ayant le statut d'habitant et non de résident, elles peuvent non seulement y rester jusqu'à la fin de leur vie, quelle que soit l'évolution de leurs pathologies, mais aussi l'aménager à leur guise, celui-ci étant loué vide. La notion de sectorisation est donc absente au sein même des structures, bien que certaines d'entre elles soient spécialisées. Dans tous les cas, la notion de « dépendance » n'a jamais été évoquée en tant que telle par les gestionnaires rencontrés qui s'intéressent davantage au besoin d'accompagnement et à la manière de proposer une offre en adéquation avec les aspirations des personnes.

Une approche pragmatique de la notion de risque

Des structures ouvertes, avec des habitants dépendants qui peuvent vivre selon leurs habitudes dans leur logement sans surveillance, notamment la nuit, des bénévoles qui peuvent accompagner seuls des sorties, des professionnels qui s'autogèrent... autant de situations qui interpellent les participants sur la notion de responsabilité, très habitués en France à ériger la sécurité et la prévention du risque en valeurs premières avec un principe de précaution inscrit dans la Constitution (2005).

Les réponses des interlocuteurs néerlandais ont été homogènes malgré la diversité des structures visitées :

Il s'agit d'être très clair avec ce que nous promettons à l'entrée. Que veut-on pour nos dernières années de vie ? Du plaisir ou une absence de risque ? Nous reconnaissons à la personne sa capacité à prendre des risques et que sans risque, il n'y a pas de vie ou de qualité de vie possibles.

Cette possibilité pour les personnes de continuer à faire des choix, y compris ceux comprenant des risques, est notamment renforcée par le fait que d'une part le bailleur n'est pas responsable de ce que les personnes font chez elles et que d'autre part, le gestionnaire n'est pas responsable du lieu d'habitation de la personne, mais seulement des soins qu'il lui prodigue (« *we provide care* »).

Les limites de l'accompagnement proposé sont d'ailleurs aussi très clairement exposées par les gestionnaires :

Le fait d'avoir besoin d'une assistance 24h/24 ne signifie pas que nous sommes en mesure d'assurer une surveillance 24h/24.

Même si le recours aux technologies (développé plus loin) permet de sécuriser la vie domicile et de limiter les dangers.

Il nous semble alors que la dissociation entre l'offre d'habitat de celle d'accompagnement est un levier précieux si l'on souhaite mettre en œuvre le partage des responsabilités tel que décrit dans le chapitre prospectif de la CNSA « *pour une société inclusive ouverte à tous* » (2018).

L'innovation face à la diminution des moyens

Dans un contexte à la fois d'augmentation de la demande d'accompagnement et de pénurie de personnel soignant, plusieurs questions se sont posées aux structures et au gouvernement néerlandais : comment maintenir la qualité d'accompagnement avec moins de moyens et un besoin d'aide plus important ? Comment maintenir le plus longtemps possible les capacités restantes des individus et impliquer l'entourage ? La nécessité d'innover, de faire autrement, a poussé un grand nombre d'associations et de municipalités à créer une fonction support « innovation » au sein de chaque organisation, avec souvent des liens avec les universités et les laboratoires de recherche.

L'innovation sociale et la mobilisation de la communauté

Des bénévoles face aux pénuries de personnel

Chaque structure visitée dispose d'autant de bénévoles que de personnel afin de garantir la satisfaction des aspirations et besoins des habitants. La règle concernant le recours au bénévolat est pourtant la même qu'en France ; un bénévole ne peut prendre en charge une masse de travail similaire à celle d'un salarié. Pour autant, ces structures considèrent qu'elles ne disposent pas des moyens de financer ces postes avec le budget fourni par l'État et que, quand bien même elles les auraient, il n'y aurait pas la main-d'œuvre disponible.

Qui sont ces bénévoles ? Les gestionnaires mobilisent plusieurs profils : des retraités, des demandeurs d'emploi (qui ont une obligation de contribution

d'environ 15 heures hebdomadaires en échange de leur indemnisation aux Pays-Bas), des personnes en arrêt maladie longue durée, des personnes en situation de handicap, des anciens détenus en réinsertion, des demandeurs d'asile, des jeunes, des publics qui nécessitent parfois eux aussi un accompagnement, ce qui laisse peu de place à l'improvisation.

Un système structuré de motivation et de management des bénévoles

Si l'on peut penser que le bénévolat est une spécificité culturelle du Nord de l'Europe, la réalité est tout autre et les gestionnaires ont dû faire preuve d'ingéniosité, mettre en place une stratégie, et mener un travail au long cours pour mobiliser des bénévoles dans la durée autour de leur projet. Ils se sont avant tout posé la question suivante : de quoi ces personnes ont-elles besoin, à quoi aspirent-elles, comment pourraient-elles trouver un intérêt à venir ?

Une bonne connaissance du public visé est requise et surtout un investissement (plusieurs salariés dédiés à cette tâche dans chaque structure) pour leur recrutement et leur management. Si cela peut sembler lourd dans un premier temps, l'évaluation faite par ces structures montre un coût/bénéfices très faible ; plus d'une centaine de bénévoles dans chaque structure permettent de mettre en œuvre un accompagnement à la carte.

Avec une approche toujours pragmatique, la stratégie de mobilisation (dans la durée) des bénévoles est la suivante :

1. Avant toute chose, il faut que les bénévoles aient une représentation positive de l'établissement, il y a à cet égard un effort d'ouverture à faire pour que la structure soit (re)connue.
2. Les bénévoles doivent trouver un intérêt personnel à venir, que les activités qui leur sont proposées correspondent à leurs attentes et savoir-faire, qu'elles leur apportent quelque chose. Il s'agit pour certains de s'inscrire dans une dynamique de réinsertion, pour d'autres dans le cadre de sorties de retrouver un lien avec la nature, etc. Il s'agit de créer un engagement fondé sur le plaisir et non sur la dimension morale car à terme, le seul don de soi ne saurait suffire.
3. La structure doit leur proposer la réalisation de tâches gratifiantes et utiles (accompagnement à la préparation des repas, service au restaurant, conduite de véhicule pour plus de sorties, accompagnement en promenade, etc.) à l'exception de tout acte technique de soin.
4. Il faut que les bénévoles se sentent capables d'intervenir auprès de personnes âgées dépendantes. Il s'agit alors de leur assurer une formation, notamment sur les gestes de premiers secours et la gestion des troubles du comportement, ce qui limite leurs appréhensions face aux spécificités du public.
5. Le système mis en place doit être suffisamment souple pour que les personnes puissent s'engager sans pour autant se sentir enfermées, qu'il soit possible d'être remplacé en cas d'empêchement, de prendre des congés sans que cela n'entraîne de rupture d'accompagnement.

6. Doit être réglée la question de la responsabilité et de la couverture par l'assurance soit réglée en cas de problème avec une personne âgée, via la création d'associations auxquelles les personnes âgées sont adhérentes, avec une convention avec la structure d'accompagnement
7. Les tâches qui sont confiées aux bénévoles sont clairement établies, une tenue de travail (lorsqu'elle existe) leur est fournie, une personne salariée se charge d'accompagner chacun d'eux de sorte que ceux-ci soient le plus autonomes possible avec les habitants.

On mesure alors l'investissement que représente pour le gestionnaire une telle démarche, mais aussi l'ampleur du travail de coordination entre les aidants professionnels (souvent des travailleurs sociaux) et les bénévoles.

L'établissement positionné comme ressource pour le quartier

Souvent, dans l'optique de forger une image positive nécessaire au recrutement et à la fidélisation de bénévoles, de nombreux gestionnaires ont choisi de se positionner comme potentiel centre de communauté (« *community* »), de ressource pour tout un quartier. En plus du soutien aux personnes défavorisées pour qui le bénévolat peut permettre de retrouver une utilité sociale, il s'agit, comme cela est notamment le cas de Het Mennisterfer, d'offrir un espace d'entraide entre les habitants du quartier et les habitants de la résidence, par exemple pour la garde d'animaux, de proposer le toit de la résidence comme jardin partagé dans un environnement urbain marqué par une très forte densité. Des liens sont tissés avec l'école du quartier pour s'occuper des animaux (poules, oiseaux, etc.) de la résidence, des espaces sont proposés pour les réunions de concertation des habitants du quartier, les déchets alimentaires sont transformés en compost laissé à la disposition de tous. Une politique d'achat auprès des producteurs voisins permet de créer une dynamique économique locale, l'ouverture du restaurant ou de la supérette de la résidence aux habitants du quartier à prix coûtant permet d'offrir un service inexistant dans des zones résidentielles, etc. Autant d'opportunités sont créées par le gestionnaire pour que les habitants de la résidence puissent développer des relations intergénérationnelles naturelles au gré des rencontres.

Le recours à la technologie

Souvent imaginée comme vecteur puissant d'innovation, le développement et l'usage des nouvelles technologies font l'objet aux Pays-Bas – comme en France (Aquino et Bourquin, 2019) – d'un intérêt croissant. Il ressort que la technologie est particulièrement utile et utilisée dans deux domaines ; d'une part pour faciliter la surveillance ou réduire les risques et d'autre part pour faciliter la mobilité des personnes et donc leur autonomie (tant fonctionnelle que décisionnelle). Il s'agit dans le premier cas de systèmes d'écoute dans le couloir d'une maisonnée qui permet la nuit à une personne d'astreinte de savoir si des personnes sont levées et requièrent une assistance, d'un système incendie dans les appartements qui désactive automatiquement la plaque de cuisson en cas de détection de fumée, ou encore de bracelets qui verrouillent certaines portes à l'approche de personnes présentant un risque particulier.

Concernant la mobilité des personnes, nous avons pu observer un recours très important (et quasi institutionnalisé) aux aides techniques motorisées (de type scooter électrique) plutôt qu'aux moyens humains pour pousser des fauteuils comme c'est généralement le cas en France. Cela est totalement intégré à la conception de base des résidences qui ont prévu en tout lieu des espaces de stockage et de rechargement de ces « véhicules ».

Figure 1 – Garage à scooters électriques – Het Mennisterfer



D'une manière générale, et à l'exception des quelques exemples cités ci-dessus, les personnes rencontrées (dirigeant de structure, personnes âgées, accompagnants) se sont toutes montrées critiques envers les nouvelles technologies (robots, objets connectés, capteurs, domotique... à l'exception du smartphone) en raison notamment :

- de leur faible performance et fiabilité au regard de son coût élevé ;
- de leur faible qualité d'usage ; inutilité et/ou intrusivité perçue par le bénéficiaire ;
- de leur caractère peu esthétique et stigmatisant des difficultés rencontrées.

Au dire de tous, il en ressort que l'amélioration des conditions de vie et de travail repose davantage sur des innovations dans le champ social et qu'innover peut aussi être la redécouverte des choses simples, peu chères et accessibles à tous, telle que la participation à la préparation des repas, la possibilité de se promener en pleine nature, etc., et avec une efficacité scientifiquement démontrée.

Caractéristiques architecturales spécifiques

Les structures hollandaises visitées sont des structures relativement grandes, avec une moyenne de 172 lits par structure (contre 75 lits en moyenne en France et 32 lits seulement au Royaume-Uni). Pour autant, et malgré leur taille, ces structures ont su garder une échelle humaine, et un aspect domestique très important, ce qui semble relever de l'exploit. Outre les différentes dimensions explorées précédemment, il faut bien dire que la conception et structuration de l'espace architectural et paysager jouent un rôle fondamental, l'espace architectural étant toujours un support au projet social.

Nous avons donc souhaité analyser et répertorier les éléments à la fois différenciant les établissements visités des standards de conception médico-sociale en France et structurants pour la dimension domiciliaire.

De véritables immeubles d'habitation

Sur le plan architectural, ces structures ont toutes les caractéristiques d'immeuble d'habitation et non d'institution médico-sociale. Étant donné le nombre important d'appartements, l'ensemble est découpé en plusieurs bâtiments avec des entrées et un traitement de façade distincts, mais toujours à caractère résidentiel. Chaque bâtiment a sa propre architecture, comme si sa conception avait été confiée à des architectes différents et il ne semble pas y avoir comme en France de recherche d'unité.

Figure 2 – Façade et entrée de Het Mennisterfer



Chaque entrée d'immeuble est indépendante et accessible directement par l'extérieur, avec un ensemble de boîtes aux lettres, un interphone qui permet à chaque habitant de contrôler l'entrée des visiteurs et des habitants de l'immeuble. Ce découpage, absent de nos établissements français qui aiment au contraire avoir une seule entrée présente l'intérêt de limiter la longueur (et le caractère labyrinthe) des circulations horizontales.

Figure 3 – Plan d'un étage – Het Mennisferter



Par ailleurs, en lieu et place d'une chambre individuelle (sauf dans le cas des maisonnettes), chaque habitant dispose ici d'un véritable appartement (en général de type 2 mais souvent aussi de type 3, selon les moyens financiers des locataires) avec une salle de séjour équipée d'une cuisine où il est possible de préparer ses repas, seul ou avec de l'aide, une chambre séparée et, parfois même, surtout en rez-de-chaussée, un petit prolongement extérieur appropriable.

On notera également, à l'inverse des EHPAD français où les escaliers sont encloués, dissimulés à la vue de tous et réduits à leur rôle d'issue de secours, que la totalité des circulations verticales sont ouvertes avec l'escalier accessible au niveau de l'ascenseur, permettant à chacun le maintien de l'activité motrice s'il le souhaite.

Des espaces aménagés à l'image du monde ordinaire

Toujours dans cette recherche de modèle « intrégré » par opposition au modèle ségréatif que sont malgré elles les structures médicalisées, chaque espace qu'il soit collectif ou privé est pensé et aménagé tel qu'il l'aurait été « dans le monde ordinaire ». Ainsi, les espaces de services (restaurant, pharmacie, bar, supérette...), qu'ils soient regroupés au rez-de-chaussée d'un des bâtiments de l'ensemble (ex. : Het Mennistenerf), ou qu'ils soient éclatés sur le site (ex. : Dementia Village), ressemblent en tout point à ce qu'ils seraient en ville, sans être destinés spécifiquement à des personnes âgées. Rien dans ces lieux ne vient stigmatiser les personnes dans les difficultés qu'elles rencontrent.

Dans le cas du « village Alzheimer », chaque service ressemble et fonctionne exactement comme dans le milieu de vie ordinaire ; l'économat est un supermarché où l'on peut trouver des fruits, légumes, de l'épicerie sucrée et salée, des articles de papeteries, des boissons, y compris alcoolisées, des produits d'hygiène, etc. ;

la salle de kinésithérapie un cabinet de rééducation, le bureau de l'animation une agence de voyage et d'organisation d'événementiels, l'atelier d'entretien est un magasin de bricolage, le restaurant un véritable restaurant avec du choix à la carte, un salon de musique, un bar avec tireuse à bière, etc.

Figure 4 – Espaces collectifs du Village Alzheimer Hogewyck



Les grands espaces polyvalents qui semblent incontournables dans les établissements français sont remplacés par des espaces plus contenant (Mellier, 2005) à l'usage et l'ambiance clairement définis, ce qui est particulièrement adapté pour faciliter le repérage et la compréhension sensorielle des personnes présentant des troubles cognitifs (Zeisel, Bennett et Flemming, 2020).

Cette recherche de normalité s'étend même dans le traitement des espaces extérieurs qui reprend l'aspect des espaces urbains environnants, de telle sorte qu'il est finalement impossible ni de l'intérieur ni de l'extérieur de savoir que l'on se trouve dans une structure à destination de personnes âgées dépendantes. Et parce qu'il est quasiment toujours nécessaire de sortir pour se rendre d'un endroit à l'autre – et que le climat n'est pas toujours particulièrement clément – un vestiaire, accueillant vestes et aides techniques en tout genre est installé systématiquement à chaque entrée.

Conscients que le sentiment de chez-soi repose en grande partie sur la familiarité du lieu, les gestionnaires du village Alzheimer Hogewyck ont fait le choix d'aménager les maisonnées (tant sur le plan architectural que sur le fonctionnement) en tenant compte du groupe social et du style de vie antérieurs (ouvrier, bourgeois, cosmopolite, etc.) de sorte à favoriser le sentiment d'appartenance pour les habitants, qui partagent alors avec leurs colocataires un mode de vie, des références culturelles et des valeurs. Cette démarche fondée sur une évaluation pragmatique serait sans aucun doute qualifiée de « discrimination de classe » et rejetée en France où la mixité sociale et le vivre-ensemble sont considérés comme des enjeux majeurs. Il est à noter cependant une exception en France à travers le « village landais Alzheimer » ouvert en 2020 qui est calqué sur le modèle néerlandais et reprend ce principe.

Dispositifs favorisant la compréhension et l'appropriation de l'espace

Le traitement architectural se caractérise également par une attention particulière portée à la structuration de l'espace du public au privé dans le respect des principes énoncés par Edward T. Hall (1966/1971) dans sa théorie de la proxémie. Cette structuration est marquée par la présence quasi systématique d'espaces de transition devant les portes. Ce soin apporté dans le traitement des seuils – ce qu'Herman Hertzberger (2010) nomme la « *traduction architecturale de la convivialité* » – permet de créer la rencontre des individus ayant des intérêts communs.

Par ailleurs, la présence des portes maintenues fermées (mais non verrouillées) entre les différentes parties de l'établissement avec la possibilité de les ouvrir automatiquement et de voir ce qu'il se passe derrière permet de bien appréhender le statut des espaces et leur niveau. À l'inverse, dans les établissements français, les portes sont généralement maintenues ouvertes avec parfois même une continuité de sol entre l'accueil et la chambre. En l'absence de seuil, la confusion s'installe, il devient complexe de se repérer et d'adopter un comportement adapté.

Figure 5 – Illustration de la structuration de l'espace et du marquage des seuils



À l'instar des portes de recoupement des circulations, il existe de très nombreux systèmes de prévisualisation ; que ce soient des portes vitrées ou des châssis fixes vitrés à côté d'une porte pleine, au niveau des espaces collectifs, administratifs voire même d'habitation. Ce dispositif, qui semble être une spécificité architecturale néerlandaise, permet de renforcer le contrôle des espaces et de permettre à des personnes présentant des troubles cognitifs de percevoir l'existence d'un espace derrière la cloison et de potentiellement encourager la participation aux diverses activités ou temps de rencontres de l'établissement (Régnier et Denton, 2009).

Le travail sur les menuiseries est remarquable à d'autres égards ; les fenêtres sont essentiellement en châssis fixe installées au nu extérieur de la façade qui permet d'utiliser le rebord intérieur de la fenêtre en support de personnalisation, banquette intérieure, etc. Lorsqu'il s'agit d'immeubles d'appartements, un dispositif classique est le recours à une coursive vitrée desservant une rangée d'appartements avec la fenêtre de la cuisine qui donne sur la coursive. La vue directe sur l'extérieur dans la circulation permet de savoir à tout instant où l'on se trouve (dans l'espace et dans le temps). La fenêtre de la cuisine éclairée en second jour permet de faciliter le repérage de son appartement.

Figure 6 – Systèmes de prévisualisation, personnalisation des appartements



Autant de dispositifs qui donnent à ces lieux une grande qualité d'usage et permettent aux habitants de se les approprier facilement et donc de s'y sentir chez soi.

En guise de conclusion : Ce qui est transposable et comment

Alors qu'en France l'action médico-sociale semble fondée sur le principe de précaution – et cela a été particulièrement marqué lors de la crise sanitaire liée à la Covid-19 –, la prévention des risques, la traçabilité, la volonté partout affichée aux Pays-Bas est d'offrir avant tout un lieu dans lequel on pourrait vivre soi-même, où le maintien des libertés et l'émancipation des personnes est au centre de l'accompagnement, avec un modèle intégratif, où la qualité de vie et le maintien des plaisirs prévalent sur la notion de soin. L'approche des Pays-Bas semble pragmatique et dépassionnée, il n'était jamais question de « *ce qui est bien ou adapté pour les personnes âgées* » mais de répondre aux attentes des personnes quelles qu'elles soient, sans jugement ni vision morale.

À partir d'une interrogation de ses valeurs, la société néerlandaise a su réorienter son regard et ses pratiques, tant sur l'accompagnement que sur le recrutement ; le personnel étant désormais majoritairement issu d'une formation dans l'« hospitalité » et non dans les soins, ils ne sont donc pas des soignants mais des accompagnants.

Il semble que la dissociation entre l'offre d'habitat et de soin soit un levier majeur de changement, mais qui ne peut appartenir aux seuls gestionnaires d'établissement et requiert un changement de politique au niveau national pour sortir d'une logique de prise en charge globale. Toutefois, dans le cadre de la construction de nouveaux EHPAD, il nous semble possible de tendre vers ce qui a été décrit, d'intégrer l'ensemble des dispositifs architecturaux, de passer de simples chambres à de véritables logements (même petits – avec un coin-cuisine donc) ou au contraire d'unités de vie à un système de maisonnées, avec un redéploiement des surfaces (moins d'espaces institutionnels ou collectifs au profit de plus d'espaces privés).

Pour les établissements existants, une approche domiciliaire est également possible – certains établissements le pratiquent déjà – avec une organisation du travail différente pour centrer l'accompagnement sur la vie quotidienne plutôt que les actes de soin et de nursing (quand bien même ceux-ci sont indispensables). Un changement culturel est possible, en accompagnant les professionnels à percevoir l'intérêt de porter un regard différent. Une révision du contenu des formations initiales est vraisemblablement nécessaire, mais aussi sans doute la mise en place de critères de recrutement différents (des accompagnants éducatifs et sociaux plutôt que des aides-soignants par exemple).

Néanmoins, avec le développement de l'habitat inclusif (Loi n° 2018-1021 dite Loi Elan) comme un dispositif distinct de l'EHPAD et non pas comme futur de celui-ci, il est à craindre cela soit réservé à des personnes considérées comme suffisamment autonomes pour y vivre, avec pour effet direct un accroissement de la dépendance au sein des structures médicalisées, ce qui risque d'accroître la lourdeur de la prise en charge avec un inévitable épuisement professionnel en plus de limiter considérablement la possibilité de faire de ces lieux des lieux de vie.

Dans tous les cas, et dans un contexte de limitation des moyens, il nous semble qu'une démarche de recherche et d'évaluation soit nécessaire afin de conforter les choix opérés, afin de sortir des représentations et des stéréotypes habituels que l'on peut avoir sur les personnes âgées et leurs besoins pour s'intéresser davantage à leurs aspirations et ce qui constitue pour elles, le « *sel de la vie* » (Héritier, 2012).

RÉFÉRENCES

Aquino, J.-P. et Bourquin, M. (2019). *Les innovations numériques et technologiques en gérontologie*. Repéré à : <https://filieresilvereconomie.fr/plugin-documentation/doc/44.pdf>, consulté le 02/05/2020.

Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. (CNSA). (2018). *Chapitre prospectif pour une société inclusive ouverte à tous*. Repéré à : <https://www.cnsa.fr/actualites-agenda/actualites-du-conseil/la-cnsa-publie-le-premier-chapitre-de-sa-demarche-prospective-pour-une-societe-inclusive-ouverte-a-tous>, consulté le 01/10/2018.

- Cérèse, F. et Eynard, C. (2014). Domicile, habitats intermédiaires, EHPAD : quelles mutations à opérer pour soutenir l'autonomie dans le parcours résidentiel. Dans Laurent Nowik et Alain Thalineau (dir.), *Vieillir chez soi. Les nouvelles formes du maintien à domicile* (pp. 99-115). Rennes : Presses universitaires de Rennes, coll. « Le Sens social ».
- Faure, A. (2018). *Buurtzorg réinvente les soins à domicile... aux Pays-Bas, Version auteur*. Repéré à : <https://sweet-home.info/marches-silver-economie/medico-social/buurtzorg-reinvente-les-soins-a-domicile>, consulté le 10/02/2021.
- François, P. et Verdié-Molinié, A. (2016). *Pays-Bas : un système de santé performant*. Fondation iFRAP. Repéré à : <https://www.ifrap.org/emploi-et-politiques-sociales/pays-bas-un-systeme-de-sante-performant>, consulté le 10/02/2021.
- Hall, E. T. (1971). *La dimension cachée*. Paris, France : Seuil (Ouvrage original publié en 1966 sous le titre *The Hidden Dimension*. New York, NY : Doubleday).
- Héritier, F. (2012). *Le Sel de la vie*. Paris, France : Odile Jacob.
- Hertzberger, H. et Biétry, L. (2010). *Leçons d'architecture*. Paris, France : Gallimard, Infolio.
- Huber, J. T. et Swogger, S. (dir.). (2014). *Introduction to reference sources in the health sciences*. Chicago, IL: American Library Association.
- Loi n° 2018-1021 du 23 novembre 2018 portant évolution du logement, de l'aménagement et du numérique. *Journal officiel*, n° 02721 du 24 novembre 2018. Repéré à : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000037639478&categorieLien=id>
- Mellier, D. (2005). La fonction à contenir: Objet, processus, dispositif et cadre institutionnel. *La psychiatrie de l'enfant*, 2(2), 425-499. <https://doi.org/10.3917/psyse.482.0425>
- Regnier, V. et Denton, A. (2009). Ten new and emerging trends in residential group living environments. *NeuroRehabilitation*, 25(3), 169-188. <https://doi.org/10.3233/nre-2009-0514>
- Zeisel, J., Bennett, K. et Fleming, R. (2020). *World Alzheimer Report 2020: Design, dignity, dementia: Dementia-related design and the built environment*. Repéré à : <https://www.alzint.org/resource/world-alzheimer-report-2020>, consulté le 30/09/2020.

e-mail auteur : fany@atelier-aa.fr

Remerciements

Je tiens à remercier la direction de l'EHPAD Villa Saint-Jean à Bourgs-sur-Colagne qui a financé la participation à ce voyage d'études dans le cadre d'une mission d'accompagnement pour la reconstruction de leur établissement.