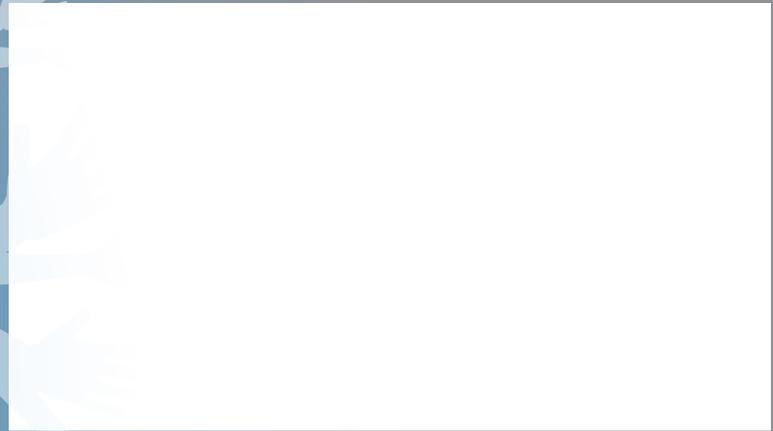


# Chaire de recherche Marcelle-Mallet

sur la **CULTURE PHILANTHROPIQUE**



UNIVERSITÉ  
**LAVAL**

Chaire de recherche Marcelle-Mallet  
sur la culture philanthropique



Le logement intergénérationnel  
à vocation sociale :  
un recensement des connaissances

Laurence Martin-Caron et Yvan Comeau

Cahier n° TA1303

Cahier de la Chaire de recherche Marcelle-Mallet sur la culture philanthropique  
**« Le logement intergénérationnel à vocation sociale : un recensement des connaissances »**  
**Laurence Martin-Caron et Yvan Comeau**  
ISBN 978-2-924117-30-9 (version imprimée)  
ISBN 978-2-924117-31-6 (version numérique)  
Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2013  
Dépôt légal - Bibliothèque et Archives Canada, 2013

Révision linguistique : Le Graphe

## Présentation de la Chaire de recherche Marcelle-Mallet sur la culture philanthropique

La Chaire de recherche Marcelle-Mallet sur la culture philanthropique poursuit une mission de production de connaissances originales sur la culture philanthropique, de diffusion de contenus d'érudition qui rendent compte de sa complexité et d'appui à la mise en pratique des résultats de la recherche pour la progression de la culture philanthropique.

La Chaire conçoit ainsi la culture philanthropique :

Les manifestations comportementales, intellectuelles et morales de même que les structures sociales par lesquelles des personnes donnent volontairement argent, biens ou temps, afin de contribuer au mieux-être de leurs semblables, de leur collectivité et plus généralement de l'humanité, et ce, sans contrepartie pleinement équivalente.

La culture philanthropique prend forme dans une diversité de lieux, de secteurs d'activités, de tâches et de significations portées par différents groupes sociaux. Considérant la variété de ces manifestations, la Chaire privilégie trois axes de recherche :

- les formes et pratiques actuelles de la culture philanthropique : les travaux de cet axe portent sur les actions récentes, innovantes et peu documentées de solidarité, notamment dans les domaines de l'alimentation et du logement. Les études réalisées permettront de décrire la culture philanthropique québécoise contemporaine et d'expliquer sa différenciation ;
- les transformations de la culture philanthropique : les activités de cet axe concernent les changements des pratiques touchant l'entraide, le bénévolat, l'engagement social et la libéralité financière. Les études contribueront à saisir l'influence des phénomènes sociétaux et des logiques d'acteurs qui reconstruisent l'inclinaison à donner pour le bien commun ;
- les interventions en faveur de la culture philanthropique : les travaux de cet axe identifient les principes à la base du succès des démarches éducatives, éducationnelles ou sociales de diffusion de la culture philanthropique, notamment auprès des populations défavorisées et des jeunes.

Les cahiers de recherche représentent un des moyens de diffusion des connaissances produites par la Chaire. Les cahiers de la collection « Études empiriques » rendent compte d'observations originales et systématiques faites par des chercheurs sur diverses manifestations de la culture philanthropique. Les cahiers de la collection « Théories et approches » font état des idées et des concepts permettant de comprendre et d'expliquer les différentes facettes de cette culture. Enfin, la collection « Interventions » expose différentes initiatives menées le plus souvent par des professionnels en vue de développer la disposition à la solidarité sociale.

En rappelant le nom de Marcelle Mallet, la Chaire rend hommage à une femme totalement engagée pour ses semblables et qui a fondé, en 1849, la congrégation des Sœurs de la Charité de Québec.

Yvan Comeau, professeur titulaire  
[yvan.comeau@svs.ulaval.ca](mailto:yvan.comeau@svs.ulaval.ca)  
[www.culturephilanthropique.ulaval.ca](http://www.culturephilanthropique.ulaval.ca)

## Avant-propos

Cette recension des écrits porte sur les liens intergénérationnels que l'on peut retrouver dans différents milieux et dans diverses formules de logement social pour les personnes âgées. Ces thèmes sont apparus importants à documenter pour les participants à un séminaire tenu le 11 mai 2012, à Arras, ville administrative et universitaire de la région Nord-Pas-de-Calais en France. Le séminaire regroupait alors des représentantes et des représentants des Habitations populaires du Québec, de l'Université d'Artois à Arras, de Pas-de-Calais habitat et le responsable de la Chaire Marcelle-Mallet, Yvan Comeau. Par la suite, un projet de recension des écrits a réuni la Chaire et Pas-de-Calais habitat qui, pour l'occasion, ont mis leurs ressources en commun.

Pour l'office public français voué à l'offre de logement social, à l'accession à la propriété et à l'aménagement urbain avec des partenaires publics et gouvernementaux, le recensement des connaissances pouvait représenter une source additionnelle d'informations pour ses opérations. Pour la Chaire Marcelle-Mallet, cette démarche s'inscrit dans l'axe de recherche portant sur les pratiques récentes et innovantes de solidarité <sup>1</sup>. Plus précisément, une partie de ses travaux portent sur les expériences de logement social pour les aînés dont la création et le fonctionnement reposent sur des contributions volontaires de différentes origines et sur la solidarité fondée sur la redistribution étatique. Ces expériences ont fait l'objet de monographies publiées en 2013 sur le site de la Chaire Marcelle-Mallet par Annie Bilodeau, Laurence Martin-Caron, Dominique Trudel, Mathieu Gagnon et Daniel Pelletier. Cette recension des écrits complète en quelque sorte ces monographies en ajoutant à la description d'expériences québécoises des connaissances sur la condition des aînés, sur leurs situations de logement et sur les systèmes de solidarité intergénérationnelle que l'on trouve sur le plan international.

---

<sup>1</sup> La programmation scientifique de la Chaire de recherche Marcelle-Mallet est présentée sur son site Internet ([www.culturephilanthropique.ulaval.ca](http://www.culturephilanthropique.ulaval.ca)).

## Présentation des auteurs

**Laurence Martin-Caron** est titulaire d'une maîtrise en service social et d'un baccalauréat sur mesure en éducation et développement humain, tous deux obtenus à l'Université Laval. Son mémoire est une contribution empirique à l'appréciation du capital social dans un territoire donné. Il a collaboré à l'étude de Comeau (2012) sur *L'engagement social des élus municipaux et leurs représentations du développement local* et est l'auteur de la *Monographie de la Coopérative de développement régional Centre-du-Québec / Mauricie* publiée au Centre de recherche, d'information et de développement de l'économie solidaire (CRIDÉS) en 2011. De plus, il est l'auteur de *Recension des écrits sur le capital social et sa mesure* ainsi que de la monographie sur l'initiative de logement social Logis Confort de la Haute-Saint-Charles, tous deux publiés en 2013 à la Chaire Marcelle-Mallet. Laurence Martin-Caron, qui a également travaillé en développement des communautés, a occupé le siège de chercheur au Pôle régional d'économie sociale de la Capitale-Nationale. Il demeure un citoyen actif dans son milieu.

**Yvan Comeau** est professeur titulaire à l'École de service social de l'Université Laval et responsable de la Chaire de recherche Marcelle-Mallet sur la culture philanthropique. Le travail social et la sociologie constituent les bases de sa formation universitaire et ses expériences d'intervention se situent dans le champ de l'organisation communautaire. Coauteur de *Innover pour mobiliser* (2012) et de *L'organisation communautaire en mutation* (2008), il a également publié *Réalités et dynamiques de l'économie sociale* (2009) et *L'intervention collective en environnement* (2010).

## Tables des matières

Liste des tableaux et des graphiques .....	ix
Liste des sigles et abréviations .....	xii
Résumé .....	xiii
Introduction .....	1
1. La vieillesse, d'hier à aujourd'hui .....	3
1.1. La vieillesse dans les sociétés et dans le temps .....	3
1.1.1. Une société sans personnes âgées	
1.1.2. Les mythes fondateurs dans l'Antiquité	
1.1.3. Le Moyen Âge	
1.1.4. Les Lumières et le déploiement du capitalisme	
1.1.5. La modernité avancée	
1.1.6. Le poids démographique des personnes âgées	
1.2. Les conditions de vie des personnes âgées .....	10
1.2.1. L'espérance de vie en santé	
1.2.2. Le développement des limitations et le handicap	
1.2.3. Les conditions économiques des personnes âgées	
1.2.4. Les liens sociaux : isolement, solitude et soutien	
1.2.5. Les abus, la négligence et les risques liés à la vieillesse	
1.3. Le bien-être des personnes âgées .....	24
1.3.1. Les théories explicatives du bien-être des personnes âgées	
1.3.2. Les principes d'intervention	
1.3.3. Les besoins à satisfaire	
1.4. Synthèse du chapitre .....	37
2. L'habitat des personnes âgées .....	39
2.1. Les formules d'habitation .....	39
2.1.1. Le logement familial	
2.1.2. Les résidences	
2.2. L'offre de soins et de services à domicile .....	52
2.3. Les modalités de financement du logement social et de ses innovations .....	57
2.3.1. Un portrait général du financement du logement social dans le monde	
2.3.2. Le financement des innovations	
2.3.3. Vente des investissements publics dans le logement social	
2.3.4. Un modèle de financement hybride : l'exemple du Québec	

2.4. Les particularités des milieux urbain et rural .....	67
2.5. Synthèse du chapitre .....	74
3. Liens intergénérationnels, systèmes de solidarité et habitat .....	75
3.1. Les solidarités familiales .....	75
3.1.1. Les dynamiques à l'origine des solidarités familiales	
3.1.2. La cohabitation intergénérationnelle	
3.1.3. Les proches aidants	
3.1.4. La contribution des personnes âgées à la famille	
3.2. Les solidarités associatives .....	80
3.2.1. Le bénévolat des personnes âgées	
3.2.2. Les réseaux d'échanges de proximité (REP)	
3.2.3. L'habitat intergénérationnel (non familial)	
3.3. Les interventions de l'État en faveur de la mixité générationnelle .....	84
3.3.1. L'objectif de mixité sociale	
3.3.2. Les interventions et les programmes	
3.4. La production des solidarités intergénérationnelles .....	88
3.4.1. La théorie du don	
3.4.2. Les théories de la mobilisation	
3.4.3. La création d'acteurs collectifs	
3.4.3.1. L'intervention avec une collectivité	
3.4.3.2. Les partenariats en amont des projets	
3.4.3.3. La constitution de l'acteur collectif intergénérationnel	
3.5. Le maintien des mobilisations intergénérationnelles .....	97
3.5.1. La pratique de la démocratie avec des acteurs différents	
3.5.2. La communication et l'information	
3.6. Synthèse du chapitre .....	100
Conclusion .....	103
Bibliographie .....	104
Annexe :	
Tableau A1 : Échantillon de pratiques d'habitat intergénérationnel.....	117
Tableau A2 : La diversité des programmes de financement des soins à domicile.....	124
Index .....	126

## Liste des tableaux et des graphiques

Tableau 1.1 Estimation de la part des 60 ans et plus dans la population, par continent, 2006 et 2050 .....	9
Tableau 1.2 Estimation de la part de personnes âgées dans les pays en développement et les pays développés, 2000 à 2050.....	9
Tableau 1.3 Estimation de l'espérance de vie à la naissance (en années) dans le monde, 1950 à 2100 .....	11
Tableau 1.4 Espérance de vie des aînés au Canada, selon le sexe, 1996.....	11
Tableau 1.5 Espérance de vie en santé à différents âges, moyenne pour la population mondiale et par genre, 2010 .....	12
Tableau 1.6 Évolution de l'espérance de vie en santé à la naissance, au Canada, selon le genre, 1990-2010.....	13
Schéma 1.1 Processus de production du handicap.....	15
Tableau 1.7 Prévisions des revenus moyens par classes d'âge, Québec, 2010-2030 .....	17
Tableau 1.8 La défavorisation économique des personnes de 65 ans et plus en Europe, 2008.....	18
Tableau 1.9 La situation d'isolement familial et social des aînés dans cinq pays, 1991.....	20
Tableau 1.10 Typologie de la solitude.....	21
Tableau 1.11 La source du bonheur et rôle social des aînés selon les philosophes classiques .....	24
Tableau 1.12 Tableau synthèse des théories gérontologiques.....	26
Tableau 1.13 Les domaines possibles d'exclusion des personnes âgées .....	34

Graphique 2.1	
Inflation des loyers en pourcentage	41
dans 24 pays européens et américains, entre 1996 et 2003	
Graphique 2.2	
Nombre de ménages ayant des difficultés financières	42
en raison du coût du logement pour 15 pays occidentaux, 2004	
Tableau 2.1	
Évolution du nombre de ménages familiaux et de l'ensemble des ménages,	43
au Canada, selon l'âge du chef de famille, 1986-2006 (en milliers)	
Tableau 2.2	
Proportion des aînés dépendants et fortement limités en Europe	44
Tableau 2.3	
Résidences offrant des soins aux aînés, au Québec	46
Tableau 2.4	
Les formules de logement social et leurs particularités	48
Tableau 2.5	
Détermination du prix des logements sociaux et privés en Europe, 2006	49
Tableau 2.6	
La comparaison de trois modèles d'intégration des services	54
Tableau 2.7	
Les prestations publiques de soins à domicile	55
par pays et la contribution des usagers aux coûts	
Tableau 2.8	
La satisfaction des usagers européens sur différents aspects des soins à domicile, 2007	56
Tableau 2.9	
Les principaux mécanismes de financement du logement abordable	58
Tableau 2.10	
Les modalités de financement de l'innovation	60
Tableau 2.11	
Mécanismes de vente et acquéreurs des logements sociaux	63
Tableau 2.12	
Synthèse du programme AccèsLogis (Québec)	66
Tableau 2.13	
Les critères d'un habitat adapté aux aînés selon l'OMS	68
Tableau 2.14	
Estimation de la proportion de la population urbaine, par région du monde, 2006 et 2050	69

Tableau 2.15	
Les types de collectivités rurales canadiennes et le logement pour aînés .....	71
Tableau 2.16	
Les améliorations pouvant être apportées à l'environnement urbain selon l'OMS .....	73
Tableau 3.1	
Les motivations au bénévolat les plus importantes pour les aînés, en ordre décroissant.....	81
Tableau 3.2	
Les types de programmes en mixité sociale .....	86
Tableau 3.3	
Synthèse des principes privilégiés par les théories de l'action collective .....	90
Tableau 3.4	
Les étapes du processus d'intervention avec une communauté .....	92
Tableau 3.5	
Les étapes du partenariat interorganisationnel .....	94
Schéma 3.1	
Diversité des partenariats interorganisationnels .....	95
Schéma 3.2	
Exemple de stratégie en faveur de la coconstruction dans le partenariat interorganisationnel.....	96
Tableau 3.6	
Les avantages de la démocratie lors de la maturation du projet .....	98
Tableau 3.7	
Les différentes formes de démocratie en organisation .....	99
Tableau 3.8	
Les facteurs de réussite des projets intergénérationnels .....	101
Tableau A1	
Échantillon de pratiques d'habitat intergénérationnel .....	117
Tableau A2	
La diversité des programmes de financement des soins à domicile .....	124

## Liste des sigles et abréviations

AMI	Agricultural Management Institute
CSN	Confédération des syndicats nationaux
FRAPRU	Front d'action populaire en réaménagement urbain
FTQ	Fédération des travailleuses et des travailleurs du Québec
HLM	Habitation à loyer modique
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
ISQ	Institut de la statistique du Québec
MNT	Maladies non transmissibles
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OMH	Office municipal d'habitation
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONU	Organisation des Nations Unies (United Nations – UN)
PME	Petite et moyenne entreprise
SADEER	Soutien à domicile et ergothérapie
SC	Statistique Canada
SCHL	Société canadienne d'hypothèques et de logement
UE	Union européenne
UN	United Nations (Organisation des Nations Unies – ONU)

## Résumé

Cette recension des écrits couvre quatre thèmes : la condition des aînés, la situation de logement de ces personnes, les modalités de liens intergénérationnels et les interventions favorables aux projets de liaison intergénérationnelle. Étant donné la variété des thèmes abordés et l'abondance d'informations présentes dans ce document, le lecteur doit sans doute considérer celui-ci comme une source de référence à consulter au besoin. C'est pourquoi on trouve un index thématique à la fin du document.

Le premier chapitre s'intéresse aux représentations sociales de la vieillesse et à leur influence sur les interventions qui les concernent. Il montre également que les limitations physiques et mentales des aînés deviennent des handicaps lorsque l'environnement et l'absence de compensation technique en font des contraintes parfois insurmontables.

Le deuxième chapitre traite des différentes formules de logement pour les personnes âgées et permet de comprendre comment elles répondent plus ou moins aux besoins de ces dernières. Le chapitre s'arrête également à différents modes de financement du logement pour les personnes âgées, qui demeure déficient dans la plupart des pays.

Le troisième chapitre s'arrête aux différentes modalités des liaisons intergénérationnelles et s'appuie sur la description d'expériences dans divers pays. Il traite également des interventions nécessaires pour favoriser le succès de ces expériences mises en œuvre par une seule organisation ou par un partenariat interorganisationnel.

## Introduction

Ce document fait état des connaissances sur la question du logement intergénérationnel à vocation sociale. Une entente intervenue entre la Chaire Marcelle-Mallet de l'Université Laval et Pas-de-Calais habitat a établi les paramètres de ce recensement. La convention fixe quatre buts à l'étude :

- Établir une cartographie des expérimentations de logement intergénérationnel.
- Recenser les écrits et études scientifiques portant sur les thématiques définies.
- Réaliser une synthèse des concepts théoriques et évaluer leur déclinaison pratique.
- Élaborer les principes directeurs et points de vigilance pour le projet Îlot Bonsecours et sa possible duplication sur le territoire (Pas-de-Calais et Université Laval, 2013 : 2).

L'accord spécifie également les thèmes de la recension des écrits :

- Les connexions, les liens entre les établissements de logements sociaux pour personnes âgées (béguinages, foyers logements, EHPAD, résidences intergénérationnelles, résidences-services...).
- Les systèmes intégratifs favorisant et développant les liens intergénérationnels et les solidarités de proximité.
- L'incidence des liens intergénérationnels sur la prévention des risques sociaux et la mise en place de nouveaux moyens d'intervention collectifs.
- Les formules de financement des initiatives de logement social de proximité (Pas-de-Calais habitat et Université Laval, 2013 : 2).

Le mandat ainsi défini a inspiré le choix de mots-clés pour la recherche documentaire en français et en anglais <sup>1</sup>. Ces mots-clés, de même que leurs synonymes proposés dans les thésaurus de plusieurs banques de données spécialisées, ont été mis à contribution pour consulter celles-ci <sup>2</sup>.

De cette opération de recherche de documents résulte une certaine couverture internationale des écrits. Les documents retenus traitent d'expériences et de données de recherche concernant l'Amérique et l'Europe. Ces textes sont tirés de revues scientifiques, d'organismes gouvernementaux consacrés au logement, d'instituts statistiques nationaux et d'organismes internationaux tels que les Nations Unies, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et l'Organisation pour la coopération et le développement économiques (OCDE). En fonction des textes sélectionnés et des termes du mandat, les auteurs construisent une liste de thèmes et de sous-thèmes qui constituent la table des matières du présent rapport.

---

<sup>1</sup> En français, on trouve les mots-clés suivants : logement social, logements sociaux, personne âgée, aîné, intergénérationnel, relation intergénérationnelle et co-habitation. En anglais, leurs équivalents sont : *social housing, owner-occupier, elder, old people, intergenerational, intergenerational relation, multigenerational relation, multigenerational*. Les opérateurs booléens permettent les combinaisons de mots permettant de cibler la recherche.

<sup>2</sup> Les banques de données consultées sont : Ageline, SocIndex with Fulltext, Sociological Abstracts, Social Services Abstracts et Social Work Abstracts.

Ce document a été produit dans une visée stratégique. Les auteurs espèrent qu'il pourra servir d'appui à la décision pour le développement du logement social destiné aux personnes âgées. Le document conviendra également aux acteurs sur le terrain qui désirent réfléchir à leur pratique d'accompagnement de projets de logement social et d'initiatives intergénérationnelles. Il pourra également fournir des critères d'appréciation pour de tels projets dans la mesure où les auteurs ont tenté de faire le point sur l'avancement des connaissances sur les thèmes traités dans chacun des chapitres. Enfin, on pourra lui trouver une utilité de formation pour les personnes qui veulent se familiariser avec l'un des thèmes couverts par ce recensement des connaissances.

Cette recension des écrits comprend trois chapitres. Le premier fait un détour obligé, croyons-nous, sur la condition des personnes âgées et leurs besoins. Le deuxième porte sur les différentes formules d'habitat qui leur sont destinées. Le troisième chapitre, enfin, s'arrête aux liens et aux solidarités intergénérationnelles. Dans ces différents chapitres, nous voulons rendre compte de l'expérience de plusieurs pays, déterminer les ingrédients de succès, nommer les défis et dégager les principes qui pourraient guider l'action.

## 1. La vieillesse, d'hier à aujourd'hui

« [...] le sens ou le non-sens que revêt la vieillesse au sein d'une société met celle-ci tout entière en question puisqu'à travers elle se dévoilent le sens et le non-sens de toute la vie antérieure. »  
Simone de Beauvoir, *La Vieillesse* (1970)

Les âges de la vie représentent autant de passages obligés, et, lorsqu'un humain survit suffisamment longtemps, il connaît les conditions biologiques associées à la dernière étape de sa vie. Ces conditions changent d'aspect et arborent certains traits distinctifs : peau ridée et plus fragile, perte de cheveux ou décoloration, lenteur des gestes, courbure de la posture et autres. Il s'agit là du phénomène de sénescence que l'on définit ainsi :

[...] l'ensemble des processus biologiques qui, au fur et à mesure de l'avancée en âge, rendent les individus plus sensibles aux facteurs susceptibles d'entraîner la mort [qui] peut survenir du fait d'un déclin des capacités d'adaptation de l'organisme pour maintenir ses fonctions internes face à des agressions extérieures telles que les maladies ou les accidents (Henrard, 1997 : iv).

La sénescence ne produit pas exactement les mêmes effets au même âge chez tous les humains, notamment à cause de la génétique, des conditions d'existence, des habitudes de vie, des ressources économiques et sanitaires disponibles (Henrard, 1997 : vi). Par ailleurs, les capacités physiques et cognitives changent au mitan de la vie à des rythmes différents d'une personne à l'autre (Coupleux Vanmeirhaeghe, 2010). Il n'y a donc pas d'âge physique auquel on peut fixer l'entrée dans la vieillesse.

Pourtant, chaque société délimite plus ou moins les étapes de vie de façon parfois brutale pour un groupe social. Dans la première partie de ce chapitre, le texte regroupe des écrits qui montrent la variété des représentations sur la vieillesse dans diverses sociétés et à travers les époques. Nous souhaitons que le lecteur retienne qu'il existe dans une société donnée une représentation dominante de la vieillesse qui résulte d'une construction ou d'une convention établie par cette société en fonction de son histoire et de son organisation sociale. La deuxième partie porte sur les conditions de vie des personnes âgées. Elle nous permet de découvrir en quoi les limitations causées par l'âge deviennent des handicaps seulement lorsque l'environnement et l'absence de compensation technique en font des contraintes parfois insurmontables. Nous espérons que le lecteur réalisera que la perception que nous avons des personnes âgées (personnes citoyennes ou personnes dépendantes) détermine notre attitude à leur égard. Nous pensons que les personnes âgées peuvent jouer un rôle important dans l'amélioration de leur propre condition si elles sont informées et soutenues.

### 1.1. La vieillesse dans les sociétés et dans le temps

Dans son étude sur *Les fondements imaginaires de la vieillesse dans la pensée occidentale*, Trincaz (1998 : 167) affirme que chaque société « secrète une représentation

plus ou moins positive de la vieillesse, d'ailleurs pas forcément en accord avec la place [réelle] occupée par les anciens [...] en fonction de ses valeurs et du modèle d'homme idéal qu'elle se fixe ». Voilà une manière d'expliquer un processus bien connu des anthropologues et des sociologues, à savoir que la vieillesse et les représentations qu'on en a résultent d'une construction sociale. Dans cette partie, nous regroupons les écrits qui permettent de montrer la relativité des conceptions de la période ultime de la vie dans différents lieux et à différentes époques.

### **1.1.1. Une société sans personnes âgées**

Chez les Cuiva, une population amérindienne des plaines orientales de la Colombie, il n'y a pas de référence linguistique ou symbolique à la vieillesse (Arcand, 1982). Dans cette société, on trouve les catégories « enfants », « femmes » et « hommes », mais le regroupement équivalent des membres plus âgés n'existe pas : une fois sorti de l'enfance, l'individu se confond jusqu'à sa mort dans l'ensemble des adultes (Arcand, 1982 : 6-7).

Pour comprendre un tel phénomène, l'anthropologie le considère dans sa relation avec la structure sociale plus générale, rappelle Bernard Arcand (1982). Chez les Cuiva, il n'y a pas de césure entre les différents âges de la vie. À tous les âges, on participe aux activités de cueillette et de chasse. L'avancée en âge fait que ces activités peuvent devenir moins fréquentes et que l'expérience sert à l'enseignement aux plus jeunes. Cependant, on ne retrouve pas la « brisure radicale avec le marché du travail » propre aux sociétés industrielle et postindustrielle.

On ne peut pas généraliser et croire que les sociétés dites primitives réservent une place enviable à leurs aînés. Par exemple, on observe chez deux peuples de la Terre de Feu, habitant un milieu semblable et possédant des systèmes économiques et des technologies analogues, un traitement de leurs personnes âgées radicalement différent. Les Yahgan respectent les aînés « et vont même jusqu'à les porter sur leur dos lors des migrations, tandis que leurs voisins, les Ona, préfèrent les abandonner à une mort certaine » (Arcand, 1982 : 17). Encore une fois, on doit considérer la question du vieillissement dans son contexte pour bien la comprendre.

### **1.1.2. Les mythes fondateurs dans l'Antiquité**

Dans une communication scientifique, Lorcin (1984 : 18) dit retrouver dans l'Antiquité deux conceptions populaires et actuelles de la vieillesse, « celle du vieillard respectable et respecté, qui reste influent même s'il est inactif, et celle du vieillard dégénéré, méchant, radoteur et ridicule que l'on couvre de sarcasmes ». Il est à noter que le caractère péjoratif était exacerbé lorsqu'il était question d'une vieille femme. On retrouve là une conception du sens commun qui distingue de façon presque caricaturale les groupes sociaux.

L'origine des représentations de la vieillesse se trouve également dans les croyances religieuses sur la mort et dans les mythes. Certains écrits indiquent qu'à l'Antiquité, comme au Moyen Âge, plusieurs penseurs croyaient que l'humain était naturellement immortel, mais que cette condition changeait s'il modifiait ses habitudes de vie pour s'éloigner de Dieu (Trincas, 1998 : 169-171). Le fait de vieillir, de dépérir avec le temps au point d'en mourir, fut souvent considéré comme une malédiction divine liée tantôt à l'ouverture de la

boîte de Pandore chez les Grecs, tantôt au bannissement d'Adam et Ève de l'Éden chez les chrétiens. La vieillesse serait une conséquence néfaste de la transgression de règles divines. Il s'ensuivrait une double punition : la mort précédée d'un dépérissement. Si la vieillesse n'est pas le seul chemin conduisant à la mort, elle annonce l'inéluctable que même le plus sage et le plus prudent ne peut éviter. Quant au dépérissement, il fait référence à la qualité de ce chemin particulier qui mène à la mort. Trincaz (1998 : 176) repère ainsi des mots associés aux conditions de la vieillesse à travers la littérature antique : *laideur, souffrance, perte, décrépitude, affaissement, sécheresse, saleté, déchéance*. Citant Simone de Beauvoir, il souligne que, pour certains, le dégoût pour la vieillesse surpasse l'horreur de l'idée de mourir.

L'idéal occidental de la vie se rapporte tout autant à la jeunesse éternelle qu'à la simple immortalité, d'après les récits séculaires. Présent dans les mythes de l'Antiquité et des livres saints, le rêve de la vigueur et de la beauté perpétuelles exprime la nostalgie d'un état perdu, valorisé, idéalisé et possiblement atteignable à nouveau. Par contre, dans l'imaginaire occidental, la recherche de l'éternelle jeunesse demeure associée aux dangers de sa quête (dans les mythes de la fontaine de Jouvence et de la pierre philosophale) ou au lourd prix à payer pour l'atteindre (pensons à la belle-mère de Blanche-Neige dans le conte célèbre) (Trincaz, 1998 : 171-172 ; Munson Deats et Tallent Lenker, 1999). Bien qu'il ne s'agisse là que de mythes, ces histoires expriment une angoisse ontologique et témoignent de la persistance de certaines questions : Est-il acceptable de chercher à tout prix à repousser la mort ou les signes de la vieillesse ? Doit-on accepter le destin de vieillir ou développer à fort prix les techniques pour le changer ?

### 1.1.3. Le Moyen Âge

L'aversion pour les aléas de la vieillesse s'est poursuivie pendant l'histoire de l'humanité, tout comme la multiplication des moyens techniques pour pallier les dysfonctionnements qui y sont associés (Trincaz, 1998). Suivant les principes de la médecine de l'Antiquité, la médecine du Moyen Âge associait le vieillissement tantôt au dépérissement d'organes centraux comme le cœur, ainsi que le proposait Aristote, tantôt au déséquilibre des quatre humeurs (ou fluides), comme le propose la conception du monde en quatre éléments dans la Bible. Les recueils d'anatomie de cette époque traitent seulement du corps de l'adulte moyen, ignorant celui des enfants et des aînés. Ces derniers sont considérés comme une variante moins parfaite du corps de l'adulte moyen.

Lorcin (1984 : 9) souligne que, malgré ce manque de considération, il existait des traitements adaptés aux conditions des personnes âgées. Par exemple, les saignées qui permettaient de réguler les humeurs sont peu à peu faites avec des sangsues, plutôt qu'à la lame, afin d'être moins brutales. On trouve également des conseils de nutrition destinés aux aînés nobles et fortunés. Déjà, donc, il semble que la société développait des techniques visant à pallier les limitations dues à l'âge. Selon Lorcin (1984), tant en Occident qu'en Orient, le corps médical préconisait d'administrer des traitements différents pour les organismes faibles comme les personnes âgées, de modifier progressivement le régime de vie avec l'avancée en âge, de préparer la vieillesse tout au long de la vie par une discipline du corps et de l'âme, et, enfin, de combattre la froidure croissante de l'organisme vieillissant par des vêtements et un régime adaptés (Lorcin, 1984).

Dans la population paysanne, en plus d'être une situation peu enviable à cause du fardeau économique qu'elle représente pour les jeunes, la vieillesse n'était pas très répandue (Lorcin, 1984). Les adultes mouraient pour la plupart avant d'avoir 50 ans et le tiers des enfants mouraient avant l'âge de 5 ans. Peu d'actions étendues à l'échelle de la société étaient alors entreprises pour améliorer la vie de ces personnes. La vieillesse n'était pas spécifiquement associée à la mort, car il existait des maux plus menaçants dans l'immédiat (la lèpre, par exemple). La mort était alors considérée comme la volonté de Dieu et les paysans étaient totalement impuissants devant cette volonté.

Une autre dimension qui influence les conceptions de la vieillesse concerne l'institution politique. Au temps de la République romaine, centre de l'Occident durant les cinq siècles avant Jésus-Christ, le père est le chef de famille absolu et le territoire est dominé par une gérontocratie (Trincaz, 1998 : 184). Cette dominance qui donnait une image plutôt sévère et distante des aînés s'estompe avec l'arrivée graduelle des textes de loi. Ceux-ci contribuent à réduire l'importance de l'expérience et de la connaissance des coutumes. Au Moyen Âge, on retrouve un double standard qui se dessinait déjà dans l'Antiquité : on fait confiance à l'âge et à l'expérience des monarques et des dirigeants de l'Église, mais dans la population, majoritairement paysanne, la vieillesse est synonyme de faiblesse et de fardeau.

Dans le même ordre d'idées, les écrits ajoutent la dimension économique pour différencier la situation des personnes âgées. Nous avons vu qu'au Moyen Âge les conseils pour une vieillesse de qualité s'adressaient principalement aux riches et aux nobles. De même, la possession de biens permettait aux personnes âgées de conserver de l'autorité (Trincaz, 1998 : 185). Ainsi, les mœurs sont plus favorables aux aînés dans les sociétés où domine la propriété mobilière (la plupart des biens autres que les terrains et les immeubles) que dans les collectivités où domine la propriété foncière. Dans ce dernier cas, les terres sont habituellement cédées aux plus jeunes par incapacité à les exploiter et il s'ensuit une relation de dépendance pour les aînés. Les contrats de pension alimentaire et de bois de chauffage liés aux cessions de terres apparaissent au 17<sup>e</sup> siècle pour redresser ces situations de sujétion où l'on risque d'abandonner les aînés à leur sort. Les personnes âgées malchanceuses, défavorisées et malades rejoignent alors simplement les rangs des pauvres et des nécessiteux sans égard à leur âge (Trincaz, 1998 : 185). À l'époque, en France, les premiers services pour personnes âgées n'existent que sous la forme d'hospice pour anciens soldats.

#### **1.1.4. Les Lumières et le déploiement du capitalisme**

Au siècle des Lumières et au cours de leur entrée dans la modernité, les sociétés occidentales tentent de redorer la place des aînés dans la société, mais cela ne durera pas faute de bases économiques et de prise en charge des événements par les aînés eux-mêmes (Trincaz, 1998). De plus, le malthusianisme du 19<sup>e</sup> siècle et la révolution industrielle vont amener de nouveaux questionnements sur l'utilité, la sécurité et la place que doivent occuper les personnes âgées.

Durant le 19<sup>e</sup> siècle, avec l'industrialisation et la naissance du capitalisme industriel, l'économie prend une nouvelle dimension. « On réussit à transformer l'être humain en seul véritable *homo economicus*, un être dont la capacité de travail peut être isolée et vendue au

marché » (Arcand, 1982 : 23). Le travail donne accès à l'argent qui permet de survivre. Plusieurs problèmes liés à l'urbanisation rapide et à la condition ouvrière surviennent. Outre l'insalubrité et la précarité du mode de vie, la société industrielle prend conscience au 19<sup>e</sup> siècle de la pauvreté de ses membres retraités et des veuves. L'industrie produit de plus en plus de retraités à mesure que l'espérance de vie augmente et la survie de ces personnes repose sur leur famille et sur la bienfaisance. C'est ainsi qu'aux États-Unis, en 1910, 23 % des personnes sont économiquement dépendantes ; en 1935, ce taux atteint 50 % (Arcand, 1982 : 10). C'est d'ailleurs à partir du milieu du 20<sup>e</sup> siècle que l'intérêt pour la vieillesse grandit ; on assiste alors à la multiplication des fonds de retraite privés et publics ainsi qu'au développement de la gérontologie.

### 1.1.5. La modernité avancée

Peu à peu, en Occident, l'entrée dans la vieillesse devient associée à l'âge normal de la retraite. Le mot le dit, la personne « se retire » ou est « soustraite » de ce qui est considéré comme la vie « productive » ; elle n'y contribue plus à titre de salarié ou d'entrepreneur (Finley, 1983). Pour comprendre le « troisième âge » dans cette civilisation, on doit se reporter aux deux autres âges ; le premier tiers de la vie est consacré à la préparation au marché du travail et le deuxième, au travail salarié. Dans cette société où le travail et l'économie ont pris une importance croissante depuis la diffusion du capitalisme industriel au 19<sup>e</sup> siècle, le retrait de l'activité productive représente une rupture forte à tous points de vue, et notamment par rapport au sens de son appartenance au monde.

Les écrits consultés laissent voir plusieurs paradoxes de ce retrait de la vie productive. D'un côté, on tente de donner de la cohérence aux âges de la vie et de susciter de l'espoir pour la retraite et la vieillesse : « la promesse des seules vraies vacances à l'âge de 65 ans » (Arcand, 1982 : 24) soutient la motivation à tolérer le travail pendant des décennies. D'un autre côté, dans un monde qui surévalue l'*homo economicus*, l'exclusion des non-productifs est réelle. Pour conforter l'inclusion sociale des personnes âgées, une attitude consiste à les voir « malades, pauvres, immobiles, inutiles, seuls et tristes » (Arcand, 1982 : 11). Le risque, alors, est que les décisions politiques peuvent renforcer la catégorisation, la stigmatisation et le confinement des personnes à des espaces qui les isolent davantage (Coupleux Vanmeirhaeghe, 2010 : 165) ; elles peuvent contribuer à réduire l'autonomie des personnes en leur imposant une aide extérieure et des conditions qui les confinent de fait dans une situation de dépendance et d'incompétence. Plusieurs programmes gouvernementaux contribuent à stigmatiser les personnes âgées en tant que personnes dépendantes n'ayant pour seule fonction sociale que la consommation de biens et services adaptés à leur condition, les écartant du coup d'un rôle utile, productif et valorisé dans la société.

Dans une société hyper moderne et postindustrielle, la culture et l'environnement bâti sont marqués par un souci de mobilité et de vitesse des déplacements et des communications. L'accélération des changements technologiques devient un facteur d'inadaptation progressive des personnes âgées limitées par un corps qui appelle plutôt au ralentissement. Une telle désadaptation et un tel décalage progressif risquent de produire de l'exclusion, de la réclusion, de la perte d'autonomie et l'augmentation du sentiment de dépendance. Cette mise en tension des limites physiques crée le handicap (Fougeyrollas et Roy, 1996 ; Coupleux Vanmeirhaeghe, 2010 : 165). À ce moment, l'association handicap-

vieillesse découlant de l'aggravation des limites des personnes âgées contribue à construire une représentation de la vieillesse peu attrayante, à redouter et, tout compte fait, inutile tant sur le plan sociétal qu'individuel.

Pour tout dire, la vieillesse est d'abord un « processus biologique que le regard des autres accentue » (Coupleux Vanmeirhaeghe, 2010 : 164). De fait, lorsque l'on considère les périodes récentes et les pays, on constate que le « retrait » de la production ne signifie pas nécessairement l'entrée dans la vieillesse. En 2013, en Europe, en Amérique du Nord et au Japon, par exemple, avoir 60 ou 65 ans et être à la retraite ne correspond pas automatiquement à un déclin des capacités. L'âge auquel survient la vieillesse dépend de plusieurs facteurs, tels que :

- l'espérance de vie moyenne de la population ;
- les moyens techniques aidant les adultes vieillissants à réaliser les tâches d'un adulte moyen ;
- les conventions des professionnels pour déterminer les capacités des personnes âgées ;
- les décisions politiques concernant les âges d'admissibilité à différentes mesures sociales.

Il est reconnu aujourd'hui qu'il n'y a pas qu'un, deux ou trois types d'aînés, mais bien une grande variété, difficilement observable dans son entièreté (Coupleux Vanmeirhaeghe, 2010). Sur le plan des significations, la vieillesse représente toujours, d'un côté, le déclin physique et mental des personnes, puis, de l'autre, l'expérience ainsi que l'apogée du développement spirituel et mental (Höpflinger et Stuckelberger, 1999). Cette dichotomie donne lieu à plusieurs représentations de la vieillesse que Roux, Gobet et Clémence (1994) déclinent ainsi dans leur étude : 1) la solitude, l'isolement et la dépendance ; 2) le manque de capacités d'adaptation ; 3) le renouvellement des activités ; 4) le calme et la vie paisible ; 5) la maladie ; et 6) la sagesse. On tente également d'associer cette catégorie d'âge non plus à un fardeau, mais à une ressource offrant un potentiel nouveau de développement pour nos sociétés. La déclaration de l'OMS à Brasilia en 1996 exprime cette nouvelle vision : « Les personnes âgées en bonne santé sont une ressource pour leurs familles, leurs communautés et l'économie » (OMS, 2013a). À l'instar de la société qui se complexifie et qui offre du même coup nombre de parcours de vie possibles, les conditions de vie des aînés se diversifient et nécessitent une pluralité des formes de soutien. Ces changements ont entraîné le développement et l'expérimentation de nouvelles pratiques d'accompagnement des personnes âgées, notamment en matière d'habitation, comme nous le verrons plus loin.

C'est dans un contexte de vieillissement de la population occidentale et de crise économique mondiale (depuis 2008) qu'il est impératif de dresser de nouveaux bilans des conditions de vie des personnes âgées ainsi que de l'efficacité et de l'efficience du soutien qui leur est apporté. Cet exercice est constamment à répéter, car, comme le soulignent Höpflinger et Stuckelberger (1999 : 7), « les observations faites sur les personnes âgées et très âgées actuellement en vie ne donnent que peu d'information sur l'évolution future de la vieillesse et des cohortes suivantes ». En effet, les cohortes de personnes âgées de demain seront probablement différentes de celles observées jusqu'à maintenant ; leurs parcours de vie et leurs environnements seront forcément nouveaux.

### 1.1.6. Le poids démographique des personnes âgées

Selon l'ONU, il y aurait actuellement environ 600 millions de personnes âgées de 60 ans et plus dans le monde (OMS, 2013a). Il est estimé que ce nombre doublera en 2025 et atteindra deux milliards vers 2050. Selon l'OMS (2007), alors que ces personnes constituaient 11 % de la population mondiale en 2006, elles en formeront environ 22 % en 2050. En ce qui concerne les personnes de 80 ans et plus, le rapport Dupâquier (2006) indique que cette population sur la planète est passée de 13,8 millions en 1950 à 31,4 millions en 1975, puis à 69,2 millions en 2000. On prévoit que le nombre absolu de personnes de 80 ans et plus atteindra 153,4 millions en 2025, puis 379,0 millions en 2050. Le tableau suivant présente l'évolution estimée de la proportion de personnes âgées par continent.

**Tableau 1.1**  
**Estimation de la part des 60 ans et plus dans la population, par continent, 2006 et 2050**

	2006 (%)	2050 (%)
Afrique	9	10
Asie	9	24
Europe	21	34
Amérique latine et région Caraïbes	9	24
Amérique du Nord	17	27
Océanie	14	25

Source : OMS, 2007 : 3.

Bien que la croissance de la proportion de personnes âgées soit la plus forte dans les pays développés, le nombre absolu d'aînés est plus élevé dans les pays en développement (OMS, 2013a). Une autre manière de le dire est que, dans les pays en développement, la proportion de personnes âgées atteindra en 2020-2030 ce qu'elle était dans les années 1950 dans les pays développés, soit une proportion d'environ 7 % d'hommes âgés et 8,5 % de femmes âgées (Dupâquier, 2006). Le tableau qui suit fait état des prévisions démographiques relativement à la proportion de personnes âgées, par genre, dans les pays en développement et dans les pays développés.

**Tableau 1.2**  
**Estimation de la part de personnes âgées**  
**dans les pays en développement et les pays développés, 2000 à 2050**

	Pays en développement (%)		Pays développés (%)	
	Femme	Homme	Femme	Homme
2000	5,6	4,6	16,9	11,7
2010	6,4	5,2	18,4	13,2
2020	8,2	6,7	21,7	16,3
2030	10,8	8,9	25,5	19,7
2040	14,0	11,6	27,8	21,6
2050	16,4	13,5	29,0	22,7

Sources : Dupâquier, 2006 : 13. Les données proviennent de Locoh et Makdessi, 2002.

Le rapport Dupâquier (2006) sur le vieillissement de la population dans le monde précise que l'âge médian sur la planète était de 26 ans en 2001 et qu'il sera d'environ 36 ans en 2050. En 2001, l'âge médian le plus jeune était celui du Yémen, à 15 ans, alors que le plus élevé était celui du Japon, à 41 ans. D'après les projections faites jusqu'en 2050, c'est au Niger que l'âge médian sera le plus bas, soit 20 ans, et en Espagne qu'il sera le plus élevé, à 55 ans.

La tendance au vieillissement touche tous les pays occidentaux. Ainsi, l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) indique que l'âge médian de la province est passé graduellement de 36,1 ans en 1996 à 41,4 ans en 2011 (ISQ, 2012 : 41). Dans un même territoire, les régions se différencient sur le plan du vieillissement. Dans le cas du Québec, par exemple, la moyenne d'âge est plus élevée dans les régions périphériques qu'en milieu urbain et la population la plus jeune se trouve chez les autochtones<sup>1</sup>. Une étude de l'ISQ (Rheault et Poirier, 2012) prévoit que, sur les neuf millions d'habitants que le Québec comptera en 2031, on aura 2,3 millions d'aînés, dont 300 000 personnes de 80 ans et plus (Choinière, 2010). Le rapport aînés / personnes en âge de travailler devrait d'ailleurs doubler entre 2006 et 2041 selon l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) (Choinière, 2010). À l'échelle du Canada, entre 2002 et 2026, le vieillissement de la population fera grimper les dépenses pour les établissements de soins de 2,1 % par année.

## 1.2. Les conditions de vie des personnes âgées

Bien que le groupe social « personnes âgées » se révèle un ensemble hétérogène, comme nous l'avons vu, il est possible de dégager certaines tendances quant à ses conditions physiques, économiques et sociales.

### 1.2.1. L'espérance de vie en santé

Sauf en Afrique australe, l'espérance de vie à la naissance augmente partout dans le monde (United Nations, 2012)<sup>2</sup>. En général, les humains d'aujourd'hui peuvent s'attendre à vivre plus longtemps que leurs grands-parents. Le prochain tableau témoigne de l'augmentation de l'espérance de vie à la naissance depuis 1950 dans les différentes régions du globe.

---

<sup>1</sup> En 2011, c'est en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, au Bas-Saint-Laurent et en Mauricie que les âges médians sont les plus élevés au Québec, soit respectivement 49, 47,3 et 47,3 ans. À l'inverse, dans le Nord-du-Québec et à Montréal, les âges médians sont les plus faibles en 2011, soit 28,9 et 38,4 ans (ISQ, 2012 : 41).

<sup>2</sup> L'espérance de vie à la naissance est ainsi définie par l'ISQ (Girard, 2009 : 2) : durée de vie moyenne d'une génération qui serait soumise tout au long de sa vie aux conditions de mortalité d'une année ou d'une période donnée. L'espérance de vie à la naissance résume le niveau de mortalité d'un territoire, indépendamment de la structure par âge de la population. Elle ne représente pas la durée de vie qu'un nouveau-né peut s'attendre à connaître, car cette durée dépendra de l'évolution future de la mortalité.

**Tableau 1.3**  
**Estimation de l'espérance de vie à la naissance (en années)**  
**dans le monde, 1950 à 2100**

	1950-1955	2010-2015	2045-2050	2095-2100
<b>Le monde</b>	47,7	69,3	75,6	81,1
Régions plus développées	65,9	78,0	82,7	88,2
Régions moins développées	42,3	67,5	74,4	80,1
Les moins développées	37,2	58,8	69,1	77,5
Les autres	43,0	69,4	75,8	81,1
<b>Régions de l'OMS</b>				
Afrique	38,2	57,4	68,2	77,1
Asie	42,9	70,4	76,7	81,8
Europe	65,6	76,5	81,7	87,4
Amérique latine/Caraïbes	51,3	74,7	79,9	84,6
Amérique du Nord	68,7	79,0	83,2	88,4
Océanie	60,5	77,7	82,5	86,7

Source : United Nations, 2012 : 4.

Sur la planète, l'espérance de vie était de 47,7 ans pour les personnes nées entre 1950 et 1955 ; elle sera de 69,3 ans pour celles qui naissent entre 2010 et 2015. Cette hausse généralisée s'accompagne toutefois de disparités entre les régions dites plus développées et celles qui sont moins développées, avec un écart de près de dix ans pour les enfants nés entre 2010 et 2015. Si l'on considère les régions géographiques de l'OMS, elles ont toutes connu une croissance de l'espérance de vie depuis 1950. L'Afrique et l'Asie ont fait d'immenses progrès en ce sens, mais elles offrent la plus faible espérance de vie à la naissance. Les projections laissent entrevoir un avenir où l'espérance de vie continuera d'augmenter pour toutes les régions, avec une réduction des écarts entre les pays qui, toutefois, persisteront.

Le tableau suivant permet d'apprécier l'espérance de vie, en 1996, à différents âges, chez les aînés canadiens.

**Tableau 1.4**  
**Espérance de vie des aînés au Canada, en années, selon le sexe, 1996**

	Ensemble	Femmes	Hommes
À la naissance	78,6	81,4	75,7
55 ans	26,5	28,7	24,2
60 ans	22,3	24,3	20,1
65 ans	18,4	20,2	16,3
70 ans	14,8	16,3	13,0
75 ans	11,6	12,7	10,1
80 ans	8,8	9,6	7,6
85 ans	6,6	7,0	5,7
90 ans	4,9	5,1	4,4

Source : Statistique Canada (1999), *Recueil de statistiques démographiques 1996* (n° 84-214-XPE au catalogue).

D'emblée, la mise en correspondance des tableaux 1.3 et 1.4 révèle que l'espérance de vie à la naissance au Canada correspond sensiblement à celle observée dans l'ensemble des pays développés, soit un peu plus de 78 ans. La lecture du tableau 1.4 permet également de constater qu'à 60 ans un Canadien peut espérer vivre encore 22,3 ans et qu'à 80 ans il peut ajouter 8,8 ans à son existence. Sur ce plan, les femmes possèdent à différents âges une espérance de vie plus grande que celle des hommes.

La longévité qui s'accroît dans de nombreux pays ne rime toutefois pas avec bonne santé et maintien de la qualité de vie. Le rapport Légaré (2005 : 9) indique d'ailleurs qu'avec le vieillissement vient une augmentation des risques de vivre avec des incapacités. Cette possibilité rend nécessaire le recours au concept d'espérance de vie en bonne santé, que l'INSPQ (2011) définit ainsi :

Le nombre moyen d'années pendant lesquelles une personne peut s'attendre à vivre sans être limitée dans ses activités à cause d'une maladie chronique physique ou mentale ou d'un problème de santé, si les profils actuels de mortalité et d'incapacité continuent de s'appliquer. Elle correspond à l'espérance de vie totale, moins l'espérance de vie en institution de soins, moins l'espérance de vie avec incapacité.

Le tableau suivant montre que l'espérance de vie en santé est substantiellement moindre que l'espérance de vie absolue.

**Tableau 1.5**  
**Espérance de vie en santé à différents âges,**  
**moyenne pour la population mondiale et par genre, 2010**

	Femme		Homme	
	Espérance de vie	Espérance de vie en santé	Espérance de vie	Espérance de vie en santé
À la naissance	73,3	61,8	67,5	58,3
60-64 ans	21,9	15,2	18,6	13,4
65-69 ans	18,0	11,9	15,2	10,5
70-74 ans	14,5	8,8	12,1	7,8
75-79 ans	11,3	5,9	9,5	5,3
80 ans et plus	8,5	3,1	7,2	2,8

Source : OMS, 2012.

Selon les données de l'OMS (2012), l'espérance de vie en santé est, à la naissance, inférieure d'une dizaine d'années à l'espérance de vie absolue. Les femmes peuvent aspirer à une plus grande espérance de vie en santé, à tous les âges, que les hommes. Le prochain tableau situe la progression de l'espérance de vie en santé depuis 1990.

**Tableau 1.6**  
**Évolution de l'espérance de vie en santé à la naissance,**  
**au Canada, selon le genre, 1990-2010**

	Femme		Homme	
	1990	2010	1990	2010
Espérance de vie	80,3	82,7	74,1	78,5
Espérance de vie en santé	67,2	68,3	63,9	66,7
Écart	13,1	14,5	10,2	11,7

Source : OMS, 2012.

Le tableau précédent confirme que la hausse de l'espérance de vie en santé suit la croissance de l'espérance de vie. Cette situation est généralisable à toutes les populations des pays occidentaux (OCDE, 2011a : 3). En 2006, les femmes des pays de l'Union européenne pouvaient espérer vivre jusqu'à 61 ans en santé (sans maladie ni blessure grave), soit environ 75 % de leur espérance de vie absolue, alors que les hommes pouvaient penser vivre 60,2 ans en santé, soit environ 80 % de leur temps de vie. Au Québec, selon un sondage évaluant l'état de santé par autodéclaration, l'espérance de vie pour une personne en bonne santé à la naissance est passée de 67,1 ans en 2001 à 67,4 ans en 2006 (INSPQ, 2011). Pour les mêmes années, l'espérance de vie à la naissance est passée de 79,2 ans à 80,9 (Girard, 2009 : 47).

### 1.2.2. Le développement des limitations et le handicap

Puisqu'il existe un écart entre l'espérance de vie et l'espérance de vie en santé, comme nous venons de le voir, les personnes âgées risquent de vivre une partie plus ou moins longue de leur vie avec des incapacités de toutes sortes. Afin de prévenir et pallier ces incapacités, il convient de définir des cibles d'intervention. Trois domaines d'incapacité peuvent être priorités : 1) les maladies chroniques ; 2) les douleurs et les inconforts ; et 3) les dégénérescences physique et mentale.

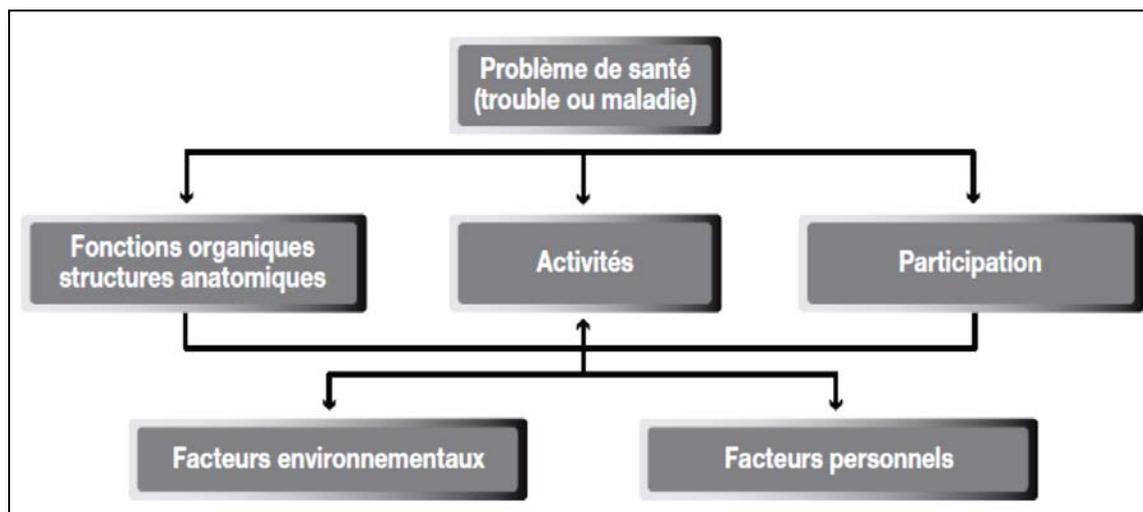
Les maladies chroniques sont la première cible d'intervention reconnue par les gouvernements et les organisations internationales. Il s'agit des maladies cardiovasculaires, du cancer, des maladies respiratoires chroniques et du diabète. Ce sont des affections de longue durée qui évoluent lentement. Dans un rapport publié par l'OMS (Alwan, 2010), on estime que ces problèmes de santé étaient à l'origine, en 2008, de 63 % des 57 millions de décès dans le monde causés par les maladies non transmissibles (MNT). Les pronostics de guérison sont hasardeux et complexes, et c'est pourquoi les autorités de santé publique s'intéressent surtout à la prévention en tentant d'agir sur quatre principaux facteurs de risques (Alwan, 2010 : 1-2) le tabagisme, la consommation abusive d'alcool, l'alimentation déséquilibrée et la sédentarité. Sans des avancées significatives sur le plan de la prévention, le vieillissement de la population risque de faire augmenter le nombre de décès par MNT dans le monde (Alwan, 2010).

La deuxième cible d'intervention concerne les douleurs et les inconforts. L'étude de Morestin et Cauvin (2011) menée auprès de 200 aînés français indique que 52 % d'entre eux évoquent des douleurs et 70 % des difficultés. L'International Association for the Study of Pain (2007) établit que la douleur est le symptôme désagréable le plus souvent mentionné lorsque les personnes âgées parlent de leurs conditions de vie. Ces douleurs accompagnent les maladies chroniques et une comorbidité des conditions physiques et mentales de santé. Celles-ci se traduisent par la dépression, l'anxiété, les problèmes de sommeil et d'appétit, la dégénérescence psychologique, la dégradation des capacités à accomplir les tâches quotidiennes ainsi qu'une plus grande propension à utiliser des services médicaux. Le traitement de ces symptômes nécessite généralement la combinaison de soins curatifs et d'aide psychologique pour gérer la douleur, diminuer la peur et favoriser le développement personnel (International Association for the Study of Pain, 2007).

La troisième cible d'intervention prend en compte les dégénérescences physique et mentale. Il est reconnu que le corps des personnes âgées, avec le temps, connaît une détérioration progressive. Cette dégénérescence que l'on considère comme normale pour quiconque vit suffisamment longtemps est prise en compte pour la mise en œuvre de soins et de services adaptés aux aînés. Plus concrètement, la recherche de Morestin et Cauvin (2011) indique que les difficultés quotidiennes les plus souvent rapportées par les aînés sont « utiliser les escaliers et sortir de chez soi » (50 % des participants), « se laver et faire le ménage » (40 %) et « s'habiller, se lever, s'asseoir et faire les courses » (30 %). De plus, seulement 35,9 % des 117 personnes soumises au test « Up and go » l'ont réussi. Révélateur de la forme physique des personnes âgées et sans risque, ce test consiste à se lever d'un siège, à parcourir trois mètres, puis à revenir s'asseoir, le tout en moins de dix secondes idéalement. On observe que 42,7 % des aînés mettent entre 10 et 20 secondes pour le faire, 15,4 % entre 20 et 30 secondes, tandis que 6 % le font en plus de 30 secondes (Morestin et Cauvin, 2011 : 151). Ces résultats amènent à conclure qu'une part importante des personnes âgées en France et possiblement ailleurs en Occident sont fortement limitées en ce qui regarde la vitesse de leurs déplacements.

Les maladies chroniques, les douleurs persistantes et les dégénérescences physique et mentale produisent des limitations, c'est-à-dire des difficultés à fonctionner de manière adéquate dans leur milieu et à exécuter la plupart des activités quotidiennes. Dans la plupart des cas, il est possible de recourir à divers moyens, techniques et autres, pour amoindrir les conséquences des problèmes de santé. C'est l'absence de moyens compensateurs qui crée le handicap. En 2001, l'Organisation mondiale de la santé a publié un modèle explicatif du processus de production du handicap, que rapporte Cunin (2011). Le schéma suivant présente ce modèle.

### Schéma 1.1 Processus de production du handicap



Source : Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé de l'OMS (2001), selon Cunin (2011).

En suivant le modèle à partir du haut du schéma, on observe que le problème de santé contribue au départ à entraver une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles et cognitives. À lui seul, le problème de santé peut entraîner des limitations (voir le centre du schéma). Il peut d'abord prendre la forme de dysfonctionnements sur le plan corporel (physique et mental) qui nuiront éventuellement aux personnes pour la réalisation de certaines activités et pour leur participation à la société (Cunin, 2011). Lorsque les limitations sont amplifiées par des facteurs environnementaux et personnels (voir les encadrés à la base du schéma), la personne peut alors être confrontée à une situation de handicap.

Les facteurs environnementaux font référence à un large éventail d'objets et de causes :

- l'environnement bâti : les rampes d'accès, l'état des trottoirs et l'éclairage de nuit ;
- le soutien social et communautaire : la proximité de la famille, des voisins et des organismes ;
- les politiques sociales : par exemple, l'offre publique de maintien à domicile ;
- l'accessibilité des services et des ressources : la distance avec les établissements publics et le transport adapté ;
- les normes et les valeurs : les manifestations d'entraide et de bénévolat, entre autres choses ;
- la technologie : la disponibilité de prothèses et d'un fauteuil roulant, notamment.

À titre d'illustration, imaginons la piètre qualité des trottoirs ou leur absence, qui pourraient empêcher les personnes de se déplacer et les isoler davantage en les confinant à leur domicile. La limitation de la locomotion devient un handicap, à moins que des modifications ne soient apportées à l'environnement.

Les facteurs personnels correspondent aux particularités individuelles : les traits de personnalité, les croyances, les choix et les préférences pour le lieu d'habitation, la génétique ainsi que les forces et les faiblesses sur les plans physique, social, matériel et psychologique. Ainsi, certaines personnes éprouvent davantage de désorganisation devant une difficulté (changement d'humeur et désespoir), alors que d'autres sont plus résilientes et adoptent une attitude plus constructive de résolution de problème (Cunin, 2011). Il faut noter que la tendance actuelle en santé publique consiste à privilégier une approche d'intervention misant sur les facteurs environnementaux des problèmes de santé de la population.

### **1.2.3. Les conditions économiques des personnes âgées**

Nous prenons ici en compte la richesse relative des aînés et, par extension, leur capacité à répondre à leurs besoins de consommation. Des études menées dans différents pays font apparaître différentes dynamiques qui modifient les conditions économiques des personnes âgées.

En premier lieu, le rapport de Burholt et Windle (2006) sur la pauvreté et le bien-être des aînés en Grande-Bretagne jette un éclairage sur la situation économique difficile des personnes âgées dans le pays et plus largement en Europe. Le risque de pauvreté est trois fois plus élevé pour les personnes âgées que pour le reste de la population. L'étude conclut que les ressources matérielles et financières des aînés dépendent largement de leur passage dans la vie active (salaire gagné et épargne). Une fois en situation de pauvreté à un âge avancé, il leur serait plutôt difficile de modifier leur situation par eux-mêmes. Pour sa part, l'étude canadienne de la Société canadienne d'hypothèques et de logement (SCHL) (Lenk, 2003 : 16) distingue deux types d'aînés à faible revenu :

- les personnes dont le revenu a effectivement toujours été relativement bas et qui vivent aujourd'hui avec un faible revenu fixe, en logement locatif ou dans un logement social ;
- les personnes vivant seules (souvent des veuves), qui sont propriétaires-occupants et qui doivent déboursier de fortes sommes pour rester dans leur maison (taxes, rénovations, entretien, etc.).

En second lieu, il existe des différences économiques selon le genre. Zaidi (2010 : 8) observe que les risques de pauvreté chez les aînés de l'Union européenne sont beaucoup plus élevés chez les femmes (22 %) que chez les hommes (16 %). Cette distinction selon les sexes est accentuée dans les pays où le taux de pauvreté des aînés est le plus haut (Zaidi, 2010 : 8). On peut expliquer ce fait par des programmes de retraite peu généreux, par le veuvage des femmes ainsi que par leur condition qui demeure précaire dans des pays où les pratiques limitent les possibilités d'autonomie pour les femmes et leur égalité économique avec les hommes.

En troisième lieu, le revenu moyen des aînés vivant seuls est encore plus bas que celui des aînés vivant en couple ou avec d'autres personnes. Cette dynamique a été constatée au Canada (Lenk, 2003) et au Royaume-Uni (Burholt et Windle, 2006).

En quatrième lieu, on ne peut pas établir si c'est le cas dans tous les pays, mais au Canada le revenu moyen diminue avec l'âge chez les aînés. En 1996, il était de 40 355 \$ chez les 65 ans et plus, de 36 672 \$ chez les 75 ans et plus et de 34 676 \$ chez les 85 ans et plus (Rodriguez, 2000 : 6). Dans le même sens, il n'est pas sûr que les revenus de travail permettront aux personnes de 65 ans et plus de compenser tout à fait la faiblesse de leur revenu. Un rapport de l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) (Rheault et Poirier, 2012 : 25) prévoit pour la période de 2010 à 2030, au Québec, une augmentation du revenu moyen de travail pour les 25-54 ans, une quasi-stagnation chez les 55-64 ans et une légère diminution pour les personnes de 65 ans et plus (voir le tableau suivant).

**Tableau 1.7**  
**Prévisions des revenus moyens par classes d'âge, Québec, 2010-2030**

	<b>16-24 ans</b>	<b>25-54 ans</b>	<b>55-64 ans</b>	<b>65 ans et plus</b>
Fin 2010	\$ 5 468	\$ 34 492	\$ 12 956	\$ 1 309
Fin 2020	5 960	37 269	13 390	1 435
Fin 2030	4 807	39 110	14 687	1 228

Sources : Rheault et Poirier (2012 : 25). Données issues de Statistique Canada, *Base de données de simulation de politiques sociales – Enquête sociale générale 2001* et *Enquête sur la dynamique du travail et du revenu de 1993 à 2008*.

En cinquième lieu, le sentiment de bien-être financier (*financial well-being*) ne serait pas directement lié au montant des revenus (Burholt et Windle, 2006). Ce qui constitue le bien-être financier semble tout à fait subjectif et pourrait bien être lié à la culture. Par exemple, toujours selon les résultats de l'étude de Burholt et Windle (2006), le fait d'avoir une pension de retraite aurait un effet sur le sentiment de bien-être financier en Angleterre, mais pas au pays de Galles. Par ailleurs, l'accès à une source privée de revenus (retours sur des investissements ou assurances) serait significatif pour le sentiment de bien-être financier chez les répondants de toute la Grande-Bretagne (échantillon de personnes habitant l'Angleterre, le pays de Galles et l'Écosse). Le fait de vivre dans une communauté défavorisée aurait un effet négatif sur le sentiment de bien-être financier uniquement en Angleterre et au pays de Galles.

En sixième lieu, la situation économique des personnes âgées peut être comprise en examinant la structure de redistribution de la richesse entre les générations à un moment donné dans un pays. Cette dynamique est illustrée par le tableau suivant qui présente la proportion de personnes âgées considérées comme pauvres dans les pays de l'Union européenne. Ces pays sont passablement contrastés sur le plan du développement économique, des politiques sociales, du soutien familial et de la présence d'associations. En moyenne, la proportion de personnes risquant la pauvreté est semblable pour les 15 premiers pays à avoir adhéré à l'Union européenne (UE) (20 %) et pour les 12 pays ayant adhéré le plus récemment (18 %) (Zaidi, 2010 : 4).

**Tableau 1.8**  
**La défavorisation économique des personnes de 65 ans et plus en Europe, 2008**

Pays	Pourcentage (%) risquant la pauvreté <sup>1</sup>	Pays	Pourcentage (%) risquant la pauvreté <sup>1</sup>
Lettonie	51	Slovénie	21
Chypre	49	Danemark	18
Estonie	39	Suède	16
Bulgarie	34	Autriche	15
Royaume-Uni	30	Allemagne	15
Lituanie	29	Pologne	12
Espagne	28	France	11
Roumanie	26	Pays-Bas	10
Finlande	23	Slovaquie	10
Grèce	22	République tchèque	7
Malte	22	Luxembourg	5
Portugal	22	Hongrie	4
Belgique	21	UE 27 <sup>2</sup>	19
Irlande	21	UE 15 <sup>3</sup>	20
Italie	21	NMS 12 <sup>4</sup>	18

1 Le pourcentage des 65 ans et plus risquant la pauvreté est la proportion des ménages vivant avec moins de 60 % du revenu médian de la nation. Le revenu utilisé est celui après transferts gouvernementaux, ajusté à la taille du ménage selon un modèle d'équivalences de l'OCDE.

2 Les 27 pays membres de l'Union européenne.

3 Les 15 premiers pays membres de l'Union européenne.

4 Les 12 plus récents membres de l'Union européenne (*new Member States*).

Source : Zaidi, 2010 : 4.

Dans son analyse, Zaidi (2010) propose une catégorisation des pays à partir du taux de personnes âgées à risque de défavorisation : les pays avec moins de 16 % des aînés à risque, ceux avec des taux situés entre 18 % et 23 %, puis ceux dont les taux dépassent 25 %. L'auteur découvre que les pays où les pourcentages d'aînés à risque sont les plus élevés affichent les plus bas taux de risque de pauvreté pour la population active (18-65 ans) (Zaidi, 2010 : 6). À l'inverse, les pays ayant les plus bas taux de pauvreté chez les aînés ont une population active présentant un risque de pauvreté plus élevé ou équivalent à ceux de leurs aînés. Cette situation serait le reflet des politiques redistributives. Dans les pays avec un plus faible taux de risque de pauvreté pour les aînés, les salaires sont pour ainsi dire amputés aux fins de redistribution et les aînés reçoivent généralement des pensions plus généreuses et des bonifications dans le cadre de politiques de revenu minimum pour tous. C'est ainsi que les données recueillies par Zaidi (2010) rendent compte de la structure de redistribution de la richesse entre les générations à un moment donné. Dans le même sens, au Canada, on attribue à des politiques publiques de plus en plus avantageuses le fait que le revenu moyen des personnes âgées au Canada a augmenté de 17 % entre 1981 et 1997 et que le taux de pauvreté des aînés s'est amoindri au cours de la même période, atteignant 16,9 % (Rodriguez, 2000).

#### 1.2.4. Les liens sociaux : isolement, solitude et soutien

Plusieurs écrits sur les conditions de vie des personnes âgées s'intéressent à la qualité de leurs liens sociaux. Le lien social est essentiel pour les humains, rappelle Serge Paugam :

Les sociologues savent que la vie en société place tout être humain dès sa naissance dans une relation d'interdépendance avec les autres et que la solidarité constitue à tous les stades de la socialisation le socle de ce que l'on pourrait appeler l'*homo sociologicus*, l'homme lié aux autres et à la société, non seulement pour assurer sa protection face aux aléas de la vie, mais aussi pour satisfaire son besoin vital de reconnaissance, source de son identité et de son existence en tant qu'homme (Paugam, 2008 : 4).

Les écrits consultés font état de deux préoccupations majeures : d'une part, l'estimation de la situation d'isolement et du sentiment de solitude qui l'accompagne, et, d'autre part, le soutien social qui combat l'isolement.

Débutons par le binôme isolement et sentiment de solitude. Nous prêtons à l'isolement un caractère objectif des relations humaines dans la mesure où il peut être observable : nombre d'échanges quotidiens, nombre d'individus avec qui une personne entre en contact dans la semaine, etc. Le sentiment de solitude est plutôt subjectif et correspond à la manière dont on vit une situation plus ou moins grande d'isolement.

Selon un rapport d'experts de REUNICA <sup>1</sup> (Seve-Ferrieu, Meeus et Hercberg, 2010 : 10) qui ont produit le rapport sur le programme SADEER (Soutien à domicile et ergothérapie) portant sur les personnes âgées en France, l'isolement des aînés relève d'un double processus : il est à la fois domestique et social. On nomme isolement domestique (ou familial) le fait que les personnes âgées se retrouvent seules dans leur logement à la suite d'un veuvage (le plus souvent féminin, la mortalité masculine étant habituellement plus précoce) et aux modifications des relations sociales traditionnelles : « éloignement géographique, familles recomposées, activité professionnelle indispensable pour les deux membres d'un couple, difficulté du brassage intergénérationnel ». Quant à l'isolement social, il fait référence au démantèlement du réseau social et à la perte des êtres chers ou significatifs. Cette détérioration du lien social survient après un ou plusieurs décès ou une diminution des déplacements (par peur de tomber et à cause de la fatigue). Elle correspond au modèle dominant d'intimité à distance (télécommunications) qui peut engendrer un sentiment d'éloignement, voire d'abandon.

Le tableau suivant donne des indications sur la situation d'isolement familial et social des aînés dans cinq pays occidentaux ainsi que sur leur sentiment de solitude.

---

<sup>1</sup> REUNICA est un groupe d'intérêts économiques (structure intermédiaire entre une société et une association en France), à but non lucratif, réunissant salariés, entreprises et retraités afin d'assurer une sécurité financière par l'offre d'un régime complémentaire de retraite.

**Tableau 1.9**  
**La situation d'isolement familial et social des aînés dans cinq pays, 1991**

<b>Pourcentage des aînés...</b>	<b>États-Unis (%)</b>	<b>Canada (%)</b>	<b>Royaume-Uni (%)</b>	<b>Allemagne de l'Ouest (%)</b>	<b>Japon (%)</b>
... par rapport à la population totale.	12	10	16	16	10
... qui se sentent seuls trop souvent.	17	20	14	24	17
... qui ont été complètement seuls une journée ou plus la semaine précédente.	28	34	21	36	12
... qui ont parlé en personne, dans la dernière semaine, avec un membre de la famille habitant ailleurs.	79	73	71	75	51
... ayant eu une visite ou une discussion avec des amis trois heures ou plus par jour.	22	18	16	10	12
... qui ne quittent pas le foyer dans le jour.	14	14	20	37	18

Source : Rowland, 1992 : 209.

Selon un sondage mené auprès de plus de 900 personnes par pays et dont rend compte le tableau précédent, environ le tiers des répondants âgés des États-Unis, du Canada et de l'Allemagne de l'Ouest disent avoir été complètement seuls au moins une journée dans la semaine précédant le sondage. Dans chaque pays, sauf au Japon, plus de 70 % des aînés répondants avaient toutefois parlé en personne à un membre de leur famille avec qui ils n'habitent pas. En outre, entre 10 % (Allemagne de l'Ouest) et 22 % (États-Unis) des aînés passent au moins trois heures par jour à discuter ou à rendre visite à des amis. On peut également retenir qu'une proportion non négligeable des aînés ne quittent pas leur demeure durant le jour, ce qui contribue à leur isolement. Il est intéressant de noter qu'en Allemagne de l'Ouest plusieurs éléments qui traduisent de l'isolement sont présents en même temps que le sentiment d'être trop souvent seul.

D'autres enquêtes confirment la fragilité des liens sociaux chez les personnes âgées. En France, l'étude de Morestin et Cauvin (2011 : 154) reprend les résultats du programme SADEER et constate que parmi les répondants un nombre important de personnes connaissent l'isolement social, que 62,7 % des personnes vivaient seules à leur domicile (dont 80,6 % des femmes) et que 14 des 126 répondants (11 %) expriment spécifiquement leur solitude.

En Grande-Bretagne, le secrétaire à la Santé affirmait qu'en 2012, selon des données de rapports internes, plus de la moitié des 75 ans et plus vivent seuls. De plus, 5 millions de ces personnes ont pour principale compagnie la télévision, ne voyant famille et amis qu'une fois par mois ou moins (Smith, 2012).

Au Canada, un rapport de la SCHL indique que les personnes vivant seules constituent une des tranches de la population qui augmentent le plus rapidement au pays (Rodriguez, 2000 : 5). En 1996, 22 % des 55 ans et plus vivaient seuls, de même que 28 % des 65 ans et plus, 39 % des 75 ans et plus et 48 % des 85 ans et plus. On estimait alors que 35 % du

1,7 million de personnes de 75 ans et plus vivraient seules en 2001. Parmi les Canadiens âgés vivant seuls, le même rapport soulignait qu'une proportion non négligeable était limitée dans ses activités quotidiennes et domestiques par des problèmes de santé (17 % des 55 ans et plus, 20 % des 65 ans et plus, 25 % des 75 ans et plus ainsi que 35 % des 85 ans et plus). Il est probable que les limitations susceptibles de devenir des handicaps, ajoutées à l'isolement, précipitent l'entrée des personnes âgées dans des établissements de soins de santé de longue durée, et ce, malgré le souhait des aînés de demeurer dans leur résidence (Rodriguez, 2000).

Vandenbroucke et ses collaborateurs (2012 : 15) se sont précisément intéressés au rapport entre l'isolement et le sentiment de solitude. Le tableau qui suit présente leur conceptualisation de ce rapport qui s'inspire du modèle de Hortulanus, Machielse et Meeuwesen (2003).

**Tableau 1.10**  
**Typologie de la solitude**

Qualité du réseau	Taille du réseau	
	Large	Petit
Les aînés ne se sentent pas seuls	1. Bien armés socialement	3. Pauvres en contacts
Les aînés se sentent seuls	2. Solitaires	4. Socialement isolés

Source : Vandenbroucke *et al.*, 2012 : 15.

Le modèle présenté distingue l'isolement social (objectif) des personnes – selon que leur réseau social est large ou petit – de leur sentiment de solitude (subjectif) – selon qu'ils ressentent ou non un manque de lien social. Selon le cas, les personnes âgées sont socialement bien pourvues, pauvres en contacts, solitaires ou socialement isolées.

Les facteurs qui interviennent dans la production de l'isolement et du sentiment de solitude ont été définis par Krzesińska-Żach et Olek-Redlarska (2011 : 221) :

- l'état de santé physique et mentale ;
- la personnalité ;
- l'espérance de vie ;
- la non-satisfaction des besoins de reconnaissance ;
- le manque de préparation à la retraite ;
- l'incapacité de planifier ses temps libres ;
- la difficulté de composer avec la perte des proches et de bien vivre avec l'idée de sa propre mort ;
- la difficulté de vivre de l'intimité et le sentiment d'être négligé par sa famille ;
- le manque de soutien de la part de la famille et des amis.

L'isolement ne toucherait donc pas tous les aînés de la même manière, certains groupes de personnes âgées étant plus à risque. Burholt et Windle (2006) ont confirmé qu'un parcours de vie parsemé d'épisodes fréquents de pauvreté serait lié à une plus grande exclusion à un âge avancé. Les auteurs anglais voient également des risques d'isolement plus élevés chez les femmes, les personnes vivant seules, les veuves, les personnes divorcées et séparées ainsi que chez celles ayant une mauvaise santé, un moins haut niveau d'éducation et vivant dans des communautés relativement défavorisées.

Le soutien social vient remédier en partie à l'isolement relationnel et représente un élément essentiel qui rend possible le maintien à domicile des aînés, même lorsque certains services publics et privés leur sont accessibles (Seve-Ferrieu, Meeus et Hercberg, 2010 : 15). L'accessibilité des personnes âgées à un large éventail de sources de soutien (réseaux informels, secteurs privé, public et tiers secteur) permettrait théoriquement de soutenir l'autonomie des aînés en leur donnant des choix, en limitant les effets indésirables des monopoles et, du même coup, en freinant les possibilités d'être violenté, abusé ou négligé dans une seule relation de dépendance (AGRICA, 2011). Le soutien peut venir d'une organisation qui s'y consacre ; il peut également résulter d'une intervention qui stimule le réseau informel (famille, amis et voisins) afin qu'il fournisse écoute, aide ponctuelle, prêts et dons matériels, etc.

Certaines caractéristiques des personnes âgées les prédisposent à avoir recours (ou non) à leur réseau de soutien et ainsi briser une forme d'isolement. La probabilité d'utiliser un réseau de soutien augmente avec le degré de sévérité de l'incapacité, l'âge relativement jeune, le fait d'être une femme, de partager un logement avec d'autres et de vivre en milieu rural (Légaré, 2005). Ce dernier point est également appuyé par l'étude française AMI (approche multidisciplinaire intégrée ; menée à l'initiative d'AGRICA, de la MSA [Mutualité sociale agricole] et de l'IFR [Institut fédératif de recherche] en santé publique) (AGRICA, 2012) selon laquelle les retraités en milieu rural sont mieux entourés que ceux vivant en milieu urbain pour faire face au vieillissement, à la perte d'autonomie et aux autres troubles liés à la maladie d'Alzheimer.

### **1.2.5. Les abus, la négligence et les risques liés à la vieillesse**

L'OMS (2013b) définit ainsi la maltraitance des personnes âgées :

[Elle] consiste en un acte unique ou répété, ou en l'absence d'intervention appropriée, dans le cadre d'une relation censée être une relation de confiance, qui entraîne des blessures ou une détresse morale pour la personne âgée qui en est victime. Ce type de violence constitue une violation des droits de l'homme et recouvre les violences physiques, sexuelles, psychologiques ou morales ; les violences matérielles et financières ; l'abandon ; la négligence ; l'atteinte grave à la dignité ainsi que le manque de respect. [...] La maltraitance des personnes âgées peut entraîner de graves traumatismes physiques et avoir des conséquences psychologiques à long terme.

Toujours selon l'OMS (2013b), on estime qu'entre 4 et 6 % des personnes âgées des pays à revenu élevé ont connu une forme de maltraitance à domicile. Le problème pourrait être plus important d'après les spécialistes, puisque la maltraitance n'est pas toujours reconnue comme telle et parce que les personnes qui en souffrent craignent souvent de signaler leur situation à leurs proches et aux autorités. Les personnes âgées risquent davantage de subir différents types de maltraitance du fait de leur fragilité physique et mentale. Dans les prochains paragraphes, la recension des écrits rend compte des facteurs sociétaux et individuels, de même que de ceux propres aux établissements qui accentuent le problème.

Sur le plan sociétal, l'OMS (2013b) identifie différents phénomènes qui peuvent favoriser la maltraitance :

- la représentation des personnes âgées comme des êtres frêles, faibles et dépendants ;

- l'érosion des liens entre les générations au sein de la famille ;
- les règles d'héritage et le droit à la terre qui influent sur la répartition du pouvoir et des biens matériels dans les familles ;
- le départ des jeunes couples vers d'autres régions, privant les personnes âgées du soutien de leur descendance dans les sociétés où, traditionnellement, les jeunes s'occupaient des anciens ;
- l'absence de ressources pour payer les soins.

Sur le plan individuel (OMS, 2013b), la maltraitance touche davantage les personnes psychologiquement vulnérables à cause d'une forme de démence, de troubles mentaux et de problèmes de consommation de psychotropes (alcool et drogues). Les femmes courent également davantage de risques lorsqu'elles vivent dans une culture de ségrégation basée sur le genre. La cohabitation peut devenir un facteur de maltraitance lorsque :

- il existe une dynamique familiale malsaine ;
- une personne nécessitant davantage de soins est à la charge de l'abuseur ;
- l'histoire de la relation est marquée par plusieurs conflits ;
- l'abuseur est dans une situation de dépendance à l'égard de la personne âgée.

Le risque augmente également avec l'isolement des personnes âgées et des personnes prestataires de soins ainsi qu'en l'absence de soutien social.

Dans les établissements publics et privés d'hébergement, la maltraitance existe aussi. Aux États-Unis, par exemple, une étude indique que 36 % des membres du personnel ont été témoins de violence physique au cours de l'année ; 10 % ont d'ailleurs reconnu avoir eux-mêmes fait un geste physique violent et 40 % ont avoué avoir posé un geste psychologique violent (OMS, 2013b). Les établissements ne présentent cependant pas tous les mêmes risques. L'OMS (2013b) identifie ainsi quatre principaux facteurs :

- des normes qui laissent à désirer en matière de soins et de services de protection ;
- un personnel mal formé, insuffisamment rémunéré et surchargé de travail ;
- un environnement matériel défectueux ;
- une situation où les intérêts de l'établissement passent avant ceux des personnes.

Sur le plan de l'intervention, plusieurs tentatives visant à réduire les risques de maltraitance dans les pays à revenu élevé ont été expérimentées (OMS, 2013b). En matière de prévention, les programmes mis en œuvre prennent la forme de :

- campagnes de sensibilisation du public et des professionnels ;
- dépistage préventif des victimes et des auteurs potentiels de violence ;
- interventions de soutien aux personnes prodiguant des soins aux personnes âgées, par exemple en gestion du stress et en demande de services de relève ;
- formations sur la démence destinées aux personnes responsables des personnes âgées.

Pour ce qui est des interventions faisant suite à un acte de maltraitance, l'OMS (2013b) mentionne :

- le repérage des victimes ;
- l'obligation de signalement des cas de maltraitance aux autorités ;
- les services de protection des adultes ;

- les visites à domicile par les services de police et les travailleurs sociaux ;
- les groupes d'entraide ;
- les familles d'accueil et les foyers d'accueil d'urgence ;
- les interventions pour soutenir les personnes prenant soin des aînés.

Il existe peu de données probantes sur l'efficacité de ces interventions (OMS, 2013b). Le soutien aux personnes qui s'occupent des personnes âgées semble porter fruit pour réduire la récidive. Par ailleurs, les visites aux victimes à domicile, effectuées par les travailleurs sociaux et les services de police, peuvent entraîner des représailles de la part des abuseurs.

### 1.3. Le bien-être des personnes âgées

Cette partie de la recension propose d'explorer les facteurs de bien-être des personnes âgées à partir des observations et des théories qui en émanent, afin de guider l'action (les politiques, les programmes, les services et les soins) en faveur précisément du mieux-être des aînés.

Le fait d'avancer en âge sereinement et en santé a suscité la réflexion des penseurs dans les sociétés qui ont vu la vieillesse comme une étape particulière de la vie. Il peut être utile de revenir à ce que les anciens philosophes pensaient des sources de bien-être pour les personnes âgées (voir le tableau suivant).

**Tableau 1.11**  
**La source du bonheur et rôle social des aînés selon les philosophes classiques**

Épicure et Sénèque	La méditation, la philosophie, l'étude et le travail pour la postérité.
Platon	La place de l'aîné est au pouvoir. Avec son expérience, il doit commander, rendre la justice et donner l'exemple aux jeunes.
Cicéron	Le lieu de l'aîné est celui de l'esprit et de la sagesse plutôt que celui des sens et du travail physique. La vieillesse agréable se prépare tout au long de la vie par la pratique de la vertu.
Pline Le Jeune	Le suicide serait un remède efficace contre la vieillesse qui est d'abord une source de tourments.
Aristote, Jean Chrysostome et saint Augustin	La période de la vieillesse doit être consacrée à la purification de l'âme et à la prière plutôt qu'aux fonctions de dirigeant, puisque les facultés peuvent être affaiblies. Le vieillard a le devoir de se préparer à affronter le jugement de Dieu.
Érasme et Montaigne	La personne âgée peut échapper aux tourments de la vieillesse en retombant en enfance ou en profitant au maximum de la vie sans craindre la mort.
Voltaire et Diderot	Les aînés doivent transmettre leur sagesse aux plus jeunes de leur famille.
Textes du Moyen Âge	Il ne faut pas essayer d'imiter les jeunes ; il convient plutôt d'être tolérant à leur égard.

Source : Trincas, 1998 : 186-188.

### 1.3.1. Les théories explicatives du bien-être des personnes âgées

Jusqu'à la naissance des sciences sociales au 19<sup>e</sup> siècle, les penseurs proposaient aux décideurs et à la population des principes moraux et des codes de conduite pour bien vieillir. Les théories contemporaines des sciences sociales proposent plutôt des explications sur des aspects de la vieillesse qui s'appuient sur des observations nombreuses et répétées. Il en ressort un point de vue qui envisage la complexité du phénomène du vieillissement en considérant non seulement l'agir individuel, mais également les éléments de contexte, qu'ils soient géographiques, économiques, politiques ou culturels. Outre l'utilité de l'explication, ces théories peuvent inspirer des mesures préventives, des principes d'intervention et des aspects à considérer dans la prise de décisions. Sur la pertinence d'une théorie pour l'action, Kurt Lewin a dit : « Rien n'est plus pratique qu'une bonne théorie ! » (Morgan, 1989 : 396). Effectivement, la théorie donne des indications sur l'enchaînement des causes à effets, fournit des repères face à la complexité, rehausse la capacité d'anticipation et accroît l'efficacité de la communication sur les problèmes et les solutions, à condition que les interlocuteurs connaissent la théorie en question.

Parmi les écrits consultés, un rapport de recherche produit au Québec par l'Institut sur le vieillissement et la participation sociale des aînés (Raymond *et al.*, 2008) propose une nomenclature des théories explicatives de la situation des personnes âgées. Certaines théories identifient des facteurs fondamentaux qui entraînent le mal-être des personnes âgées, alors que d'autres choisissent plutôt l'angle des facteurs susceptibles de contribuer à leur mieux-être dans le monde moderne.

En examinant dans le tableau suivant les théories proposées par Raymond et ses collaborateurs (2008), nous en proposons un regroupement. Ces explications de la condition des personnes âgées et des actions à mener pour favoriser leur mieux-être mettent l'accent sur deux ordres de phénomènes.

- Les structures ou le contexte : on peut comprendre la situation des personnes âgées et agir sur celle-ci en considérant les conditions de travail pendant la vie active <sup>1</sup> ; l'organisation du travail et de la production ainsi que les rôles attribués en fonction des étapes de la vie ; les politiques sociales touchant les soins de santé, les services sociaux et la sécurité du revenu ; les représentations de la vieillesse et les normes sociales ; les rôles attendus selon les étapes de vie, et ainsi de suite.
- La responsabilité individuelle : les personnes sont en bonne partie responsables de leur situation et il convient de les amener, par exemple, à poser des gestes pour l'améliorer sur le plan de la prévoyance au cours de la vie professionnelle ; envisager de nouveaux rôles en faveur de la participation sociale en tentant compte de ses capacités, de ses aptitudes et de ses goûts ; adopter des habitudes de vie qui contribuent à la qualité de vie.

---

<sup>1</sup> Cet aspect concerne les possibilités de préparation à la retraite offertes aux citoyens et aux citoyennes. Il est connu que les moins fortunés « connaîtront un vieillissement prématuré » (Lauzon, 1980 : 7). Les résultats présentés dans le rapport Légaré (2005) montrent que pour une personne de 65 ans et plus le risque d'être atteinte d'incapacité dépend de sa scolarité, une variable généralement associée positivement à la richesse et à l'appartenance à une classe sociale. Ce risque est plus grand chez les personnes n'ayant pas de diplôme d'études secondaires (0,49 en 1986 et 0,54 en 1998) que chez les personnes ayant ce diplôme (0,38 en 1986 et 0,47 en 1998) ou ayant fait des études postsecondaires (0,33 en 1986 et 0,43 en 1998) (Légaré, 2005 : 9).

**Tableau 1.12**  
**Tableau synthèse des théories gérontologiques**

<b>Le vieillissement et la société</b>	
Théorie de la sous-culture (Rose, 1965)	Les groupes marginalisés, notamment les aînés, ont tendance à restreindre leurs contacts et leurs échanges avec d'autres groupes d'âge, ainsi qu'à construire leurs propres normes et systèmes de valeur. Les aînés désireux de participer socialement tendent à se regrouper entre eux et à former [des associations] fondée[s] sur l'âge (défense des droits des retraités, clubs de l'âge d'or, etc.).
Théorie de la stratification par âge (Foner, 1986 ; Riley, 1971 et 1987)	L'appartenance d'âge est le principal élément structurant l'ordre social et les inégalités sociales. Chaque cohorte possède des mécanismes d'opportunité spécifiques. L'accès aux différentes formes de pouvoir, de privilèges et de gratification est déterminé par la position qu'occupe l'individu au sein de la hiérarchie des âges. Le profil de participation sociale des aînés dépend de la cohorte à laquelle ils appartiennent.
Théorie de la modernisation (Cowgill, 1974)	La modernisation des sociétés fait perdre aux aînés le statut social privilégié qu'ils possédaient dans les sociétés traditionnelles. Ils sont éjectés des lieux cruciaux de participation sociale par des individus plus compétitifs. Ils peuvent avoir des pratiques de participation résiduelles dans des espaces non stratégiques ou laissés vacants.
Théorie des temps de la vie (George, 1993 ; O'Rand et Kreckler, 1990)	L'existence se découpe en fonction de différentes étapes, chacune se caractérisant par des épreuves et des rôles particuliers. La participation sociale peut permettre aux aînés de négocier avec les transitions et les pertes de rôles antérieurs en offrant de nouveaux rôles davantage en accord avec leur cycle de vie présent.
Théorie du décalage structurel (Riley <i>et al.</i> , 1994)	Les rôles institutionnels et les structures de participation n'ont pas évolué au même rythme que le vieillissement de la population et les changements de capacités et de champs d'intérêt des aînés. Il est nécessaire de repenser les choix sociaux par rapport à l'avancée en âge, par exemple en répartissant plus également le temps d'éducation, le temps de travail et le temps libre au gré de la vie.
Théorie de la gérontologie critique (Cole <i>et al.</i> , 1993 ; Phillipson et Walker, 1987)	Vieillir est une condition socialement construite. Les obstacles auxquels se heurtent les aînés sont moins biologiques que ceux liés aux représentations et pratiques négatives (âgisme institutionnel) maintenues par la société à leur sujet. Transformer ces représentations et ces pratiques est un thème central pour les politiques sociales ; les institutions doivent fournir aux aînés des possibilités de développer leur autonomie et leur contrôle.
Théorie des rôles (Cottrell, 1942)	Un changement de rôles est intrinsèque au vieillissement. Les normes liées à l'âge (horloge sociale) servent à ouvrir ou à fermer les rôles à jouer en fonction de l'âge chronologique. Les aînés doivent renoncer aux rôles typiques de l'âge adulte et les remplacer par la retraite et l'acceptation de relations propres à la vieillesse.

(suite à la page suivante)

**Tableau 1.12 (suite)**  
**Tableau synthèse des théories gérontologiques**

<b>Le vieillissement et les individus</b>	
Théorie du désengagement (Cumming et Henry, 1961)	Le retrait social des aînés est inévitable en tant que mécanisme social institutionnalisé qui agit pour transférer le pouvoir des générations âgées aux plus jeunes. Chercher à encourager la participation sociale des aînés est [discutable] et va à contresens de l'ordre social.
Théorie de la continuité (Rosow, 1963 ; Atcheley, 1987 et 1991)	Le passage de l'âge mûr à la vieillesse se fait sans rupture brutale et se caractérise par la continuité et la stabilité. Les personnes qui ont eu une participation sociale active au cours de leur vie la maintiendront une fois entrées dans la vieillesse. À l'inverse, celles qui ont peu participé n'augmenteront pas leur niveau de participation une fois âgées.
Théorie de l'activité (Lemon <i>et al.</i> , 1972)	Le vieillissement est une situation problème qui demande une recherche individuelle de solutions. Soutenir un niveau d'activité optimal, équivalent à celui des phases de vie antérieures, permet de bien s'adapter au fait de vieillir. L'individu peut essayer de maintenir des rôles et des activités similaires à ceux de l'âge mûr ou encore leur en substituer de nouveaux.
Théorie de l'échange social (Dowd, 1975 ; Bengston et Dowd, 1981)	Le niveau d'activité des aînés dépend de leur appréciation de l'équilibre existant ou non entre les énergies à investir et les gratifications à recevoir. Ils bénéficient davantage des échanges sociaux quand ceux-ci sont réciproques. Le retrait et l'isolement ne résultent pas des besoins du système ou d'un choix individuel, mais plutôt d'un échange inégal.
Théorie socio-environnementale (Guvrium, 1976)	Les contextes sociaux et environnementaux influencent les parcours de vieillissement. Le niveau d'activité des aînés dépend de la relation entre les demandes de l'environnement et les ressources dont ils disposent pour les satisfaire. À mesure que les premières se modifient, les individus doivent s'adapter pour maintenir leur sentiment de compétence.

Source : Raymond *et al.*, 2008 : 99-100, qui mentionnent les auteurs rappelés dans le tableau.

### 1.3.2. Les principes d'intervention

Le principe général devant guider les interventions, peu importe qui les mène et dans quel domaine d'activités quotidiennes, réside dans le vieillissement actif. L'Organisation mondiale de la santé définit le vieillissement actif comme étant :

... le processus consistant à optimiser les possibilités de bonne santé, de participation et de sécurité afin d'accroître la qualité de la vie pendant la vieillesse. Vieillir en restant actif s'applique à toutes les personnes âgées, individuellement ou collectivement. Un vieillissement actif permet aux personnes âgées de réaliser leur potentiel de bien-être physique, social et mental tout au long de la vie et de s'impliquer dans la société selon leurs besoins, leurs souhaits et leurs capacités, tout en jouissant d'une protection, d'une sécurité et de soins adaptés lorsqu'elles en ont besoin (OMS Europe, 2012 : 1).

La vieillesse devient alors le temps « de la vitalité et de la participation » (Lauzon, 1980 : 5). Pour Marshall (1978-1979), cette perspective rejoint la théorie de l'activité (voir le tableau 1.12) qui prend à contre-pied la théorie du désengagement. Selon cette dernière théorie, la personne âgée serait plus heureuse et utile (moins nuisible) pour l'ensemble en délaissant

graduellement ses responsabilités acquises aux mains du gouvernement ou de personnes et organisations plus compétentes ou désireuses de prendre le flambeau. Le désengagement serait d'un processus se réalisant « naturellement », sans difficulté, au sens où généralement tous sont d'avis que ce retrait est pour le bien de tous, tant pour la personne concernée que pour son entourage. La clé du bonheur pour toutes les personnes âgées serait le retrait progressif de la vie active et sociale. Au contraire, selon la théorie de l'activité, la clé du bonheur des personnes âgées se trouverait dans la participation, les loisirs et le maintien d'un mode de vie actif. Marshall (1978-1979) avance que, contrairement à la théorie du désengagement, la théorie de l'activité suppose que la personne âgée désire garder l'équilibre initial, c'est-à-dire maintenir son sentiment d'estime personnelle et de valeur sociale (*self-worth*) en usant de nouveaux moyens adaptés à sa condition.

À partir de leur propre recension des écrits, Raymond et ses collaborateurs (2008) proposent un modèle sur le vieillissement en bonne santé (physique et mentale) qu'ils déduisent des différentes théories (voir le tableau 1.12). La qualité de vie découlerait de la combinaison de moyens préventifs et curatifs qui sont utilisés ou favorisés par un large éventail d'acteurs guidés par des valeurs d'équité, de solidarité, de dignité et d'autonomie. D'une part, les interventions favorisant le bien-être doivent mettre en place un environnement bâti sain et sécuritaire, organiser adéquatement les soins de santé et de services sociaux par des programmes d'intégration des services, promouvoir des lois et des règles qui prennent en compte la situation des aînés ainsi que soutenir et renforcer le réseau social des aînés et ses différentes constituantes (famille, voisinage et associations). D'autre part, le modèle intégrateur de Raymond et ses collaborateurs (2008 : 11) souligne l'importance d'intervenir en faveur des capacités d'adaptation de la personne âgée elle-même par l'acquisition de connaissances, le maintien des capacités physiques et mentales et le développement d'habitudes et d'attitudes qui renforcent son autonomie.

Toujours en matière de prévention, l'OMS Europe (2012), afin d'ouvrir sur le plan sociétal de plus grandes possibilités pour tous de profiter d'un vieillissement actif, résume ainsi les cinq priorités à cibler :

- la prévention des chutes ;
- la promotion de l'activité physique ;
- la vaccination ;
- le soutien aux proches aidants par le secteur public ;
- le renforcement des capacités des intervenants terrain en matière de gériatrie et gérontologie.

Par ailleurs, considérant le rapport qui existe entre les conditions de vie pendant la vie active et celles qui prévalent pendant la vieillesse, la prévention primaire consiste pour une société à agir en faveur de l'éducation et de mesures de réduction de la pauvreté en général.

### **1.3.3. Les besoins à satisfaire**

Nous venons de voir que les théories proposent un angle d'observation et peuvent inspirer l'intervention en faveur du mieux-être des personnes âgées. D'autres types d'écrits

s'intéressent aux besoins et aux désirs des aînés. Il s'agit d'études descriptives réalisées dans différentes localités du monde, à diverses échelles et pour répondre à une diversité d'objectifs. On reconnaît généralement, chez les aînés, des besoins de demeurer chez eux, de vivre dans un milieu approprié, de recevoir des soins et des services adaptés, d'avoir le sentiment de faire partie de la société et de pouvoir adopter de saines habitudes de vie.

### **1.3.3.1. Demeurer dans son logis et dans son milieu (maintien à domicile)**

L'un des rapports d'HERMES <sup>1</sup> (González *et al.*, 2008) sur les besoins exprimés par les aînés de l'UE indique que 78,6 % des personnes âgées désirent continuer d'habiter dans leur propre demeure, que 14 % aimeraient vivre avec des personnes connues et que seulement 2,5 % préféreraient vivre dans une résidence pour personnes âgées. Vieillir à la maison au sens large d'un environnement physique et social connu est ici une préférence exprimée par les personnes âgées. L'attrait du familial est en fait lié au sentiment de sécurité (González *et al.*, 2008).

Ce désir est reconnu par la plupart des pays européens et du Commonwealth, et la tendance est de faciliter par des politiques sociales la possibilité pour les aînés de continuer à vivre chez eux malgré les pertes et les limitations (Leenhardt, 2011 : 206). Les arguments en faveur du maintien à domicile portent, depuis les années 1990, sur la qualité de vie des personnes, sur le droit à l'autodétermination (autonomie et dignité) ainsi que sur les économies à réaliser par les systèmes publics de santé (Leenhardt, 2011 : 206 ; Lafortune, Béland et Bergman, 2008).

Plusieurs pays ont été des pionniers pour le maintien à domicile. C'est le cas, entre autres, de la France avec le rapport Laroque de 1962. On y retrouve des principes misant sur le libre choix du domicile, le maintien dans les lieux familiers et intimes, l'évitement du déménagement, le sentiment d'être maître chez soi, le maintien des habitudes et la conservation des réseaux sociaux. On reconnaissait alors que le milieu d'origine apportait plus de sécurité pour les aînés que le fait de vivre en institution.

Une préoccupation semblable, mais avec des modalités différentes, s'est développée en Allemagne, dès la fin des années 1980, où les mêmes principes sont plutôt centrés sur l'idée que « c'est le soin qui doit venir à la personne et pas la personne au soin » (Leenhardt, 2011 : 2006). L'attention est alors déplacée du lieu (le domicile) vers la personne qui est l'acteur ; celle-ci peut aménager son milieu comme elle l'entend, elle exprime ses désirs et elle contrôle sa vie. L'Allemagne visait alors une intégration des services par la coordination des offres de soins de santé et des services adaptés, le développement de communautés et de quartiers adaptés aux aînés ainsi que le développement de portails facilitant la communication entre les différents acteurs. La personne peut consulter ces portails pour trouver les services, parfois avec de l'aide, et se sentir moins dépendante, plus en contrôle et en sécurité que lorsque ce sont des inconnus et un système bureaucratique qui décident pour elle.

---

<sup>1</sup> HERMES est un programme international de collaboration entre six organisations d'autant de pays, soutenu par l'UE, dont le but est de développer divers moyens pour maintenir l'acuité cognitive des personnes âgées : exercices de mémorisation à la maison, appui à la mobilité physique, etc.

Les approches française et allemande ont plusieurs points en commun avec l'approche états-unienne, canadienne et québécoise d'intégration des services, adoptée dans les années 1970, et que Lafortune, Béland et Bergman (2008 : 4) décrivent ainsi :

L'intégration est caractérisée par un alignement des processus d'offre de soins, de gestion et du financement qui vise, dans sa forme la plus achevée, l'atteinte d'objectifs sanitaires, administratifs et financiers communs. Cette forme d'association passe par une connaissance de l'état de santé et des besoins de services de la population desservie, l'offre de la gamme de services requis, l'utilisation d'instruments de gestion conséquents et communs (système d'information, appréciation de la qualité et rémunération) et la capacité de maintenir des relations interorganisationnelles nécessaires à l'atteinte des objectifs.

L'intégration des services vise à simplifier la relation entre l'offre et la demande de services ainsi qu'à améliorer les services. Mais le maintien à domicile et l'intégration des services comportent plusieurs défis. L'objectif d'intégration des services est souvent compromis dans les faits par la bureaucratie et par les habitudes de travail en silo des différents acteurs, qui ont pour conséquence la fragmentation de l'offre des soins et services pour les aînés. Par ailleurs, plusieurs programmes de maintien à domicile « ont eu comme impact de transférer des responsabilités assumées jusqu'alors par l'État vers d'autres acteurs sociaux, notamment les proches aidants » (Spira, 2011 : 5, qui se réfère aux écrits de Guberman, 2003, ainsi que de Lavoie, Grand, Guberman et Andrieu, 2005). Selon le ministère de la Famille et des Aînés du Québec (Gagnon et Savoie, 2008 : 47), entre 70 % et 85 % des soins dispensés à domicile aux aînés québécois le sont par des proches aidants qui, eux, voient finalement se dégrader de manière importante leur qualité de vie personnelle et professionnelle (Maltais, Lachance et Richard, 2006).

### **1.3.3.2. Vivre dans un milieu de vie adéquat**

Le maintien à domicile des personnes âgées, comme nous venons de le voir, représente un premier besoin reconnu, suffisamment important pour qu'on lui consacre une section entière. Un deuxième ordre de besoins concerne la qualité de cette habitation. Dans les prochains paragraphes, nous verrons comment les critères d'hygiène, d'adaptation aux capacités physiques, de sécurité, d'accessibilité du logement, de même que les aménagements et les services urbains facilitants, représentent des réponses aux besoins des aînés.

Sur le plan sanitaire, selon un récent rapport de l'OMS Europe (Braubach, Jacobs et Ormandy, 2011), les conditions de logement inadéquates concourent à plus de 100 000 décès annuellement dans la région européenne de l'OMS, pertes humaines causées par les maladies respiratoires et cardiovasculaires, les maladies du système nerveux, de même que le cancer. Un logement malsain habité durant l'enfance et la vie active expose les personnes de façon cumulative aux produits nocifs (tabac, combustibles solides et plomb, entre autres), à la moisissure, à l'humidité, au bruit excessif, à la surpopulation, aux problèmes de chauffage l'hiver et à une hygiène insuffisante (qualité de l'eau, ventilation...). Pour les personnes âgées, un tel logement réduit nettement la qualité de vie et compromet leur santé, d'autant plus si elles y ont habité pendant de nombreuses

années. Comme la SCHL (Rodriguez, 2010) l'a souligné dans son rapport sur le logement-services pour aînés, les logements problématiques sur le plan sanitaire représentent, avec l'absence de soutien social, l'élément le plus susceptible d'entraver la réalisation des politiques de maintien à domicile.

En matière d'adaptation du logement aux capacités physiques des personnes, le principal besoin à satisfaire concerne la prévention des chutes. Morestin et Cauvin (2011 : 143) écrivent que les chutes représentent, en France, 84 % des « mécanismes à l'origine d'un accident de la vie courante chez les plus de 65 ans » et que 78 % de ces chutes surviennent au domicile. En plus de mettre en péril l'intégrité physique des aînés, le danger de chute peut inciter les personnes âgées à s'isoler pour éviter les dangers (Morestin et Cauvin, 2011 : 144). Mais, de façon générale, les personnes âgées estiment mal l'inadaptation de leur logement, écrit Bendimérad (2011) qui s'appuie sur les résultats du projet français SADEER (Seve-Ferrieu, Meeus et Hercberg, 2010). Sur 157 personnes âgées visitées par des ergologues pour SADEER, seulement 15 (9,6 %) d'entre elles n'avaient pas besoin de compensation. Pour les aînés qui en avaient besoin, une moyenne de cinq ou six préconisations étaient nécessaires afin de diminuer les difficultés et les risques de la vie quotidienne. Les modifications à apporter étaient :

- de l'aide technique (que l'on retrouve pour 83,5 % des personnes) ;
- des aménagements (46,5 % des personnes) ;
- des changements d'habitudes de vie (31,9 % des personnes) ;
- des compensations gestuelles (10,8 % des personnes) ;
- d'autres compensations (13,4 % des personnes) (Morestin et Cauvin, 2011 : 152).

Les mêmes constats sur la nécessité d'adapter habitats et habitants dans un contexte de vieillesse sont aussi faits par les chercheurs et acteurs de la santé publique du Québec, du Canada, des États-Unis, du Royaume-Uni et de l'Australie (Bégin, Boudreault et Sergerie, 2007).

Sur le plan de la sécurité, les personnes âgées elles-mêmes tiennent compte de la protection contre les risques lorsqu'arrive le moment de choisir un lieu où habiter. Elles utilisent leur sens commun qui correspond à leur expérience et aux savoirs partagés avec d'autres avec qui elles sont en contact. Coupleux Vanmeirhaeghe (2010 : 170) indique dans son étude que l'évaluation des risques peut se décliner ainsi :

- À l'intérieur du logement, c'est la sécurité physique de la personne qui prime, et l'accent est porté sur la prévention des accidents domestiques, notamment chez les personnes souffrant d'un handicap.
- Pour ses extensions vient s'ajouter la crainte du cambriolage et de l'intrusion.
- Lorsqu'on s'intéresse au lotissement, l'accent porté sur la crainte de l'intrusion et de l'agression se fait plus net.
- À une échelle plus petite intervient la peur de l'isolement. Si le risque physique est présent, c'est dans la dimension psychologique que s'inscrit la vulnérabilité.

Le choix d'un logement sécuritaire et adapté se fait donc souvent sur de telles bases subjectives et en grande partie valables. Il serait opportun d'ajouter les informations

provenant des professionnels de la santé, comme nous l'avons vu précédemment, afin de ne pas laisser trop d'espace d'information aux promotions publicitaires. L'impression de pouvoir choisir son logement en toute connaissance de cause ajoute sans doute au sentiment de sécurité.

Selon Cunin (2011 : 237), un des premiers enjeux de l'adaptation des milieux est celui de l'accessibilité : « Être autonome grâce aux aides de compensation, techniques ou humaines n'est d'aucune utilité s'il demeure impossible de circuler chez soi, de sortir de son domicile et de se déplacer au sein de la cité comme tout un chacun ». Le chercheur souligne que les améliorations en termes d'accessibilité pour tous en France ont grandement bénéficié de l'adoption de lois et règlements officiels à large spectre et dotés d'échéances d'application. Les champs d'application touchent l'architecture, les transports, la communication, les services, l'éducation, la formation et l'emploi. La possibilité de se déplacer en toute sécurité et avec aisance facilite ensuite la réponse à d'autres besoins, tels que l'accès aux soins de santé adaptés, aux services personnalisés, aux relations sociales, aux sentiments d'autonomie et de pouvoir, à la participation sociale, de même qu'aux loisirs et aux activités physiques.

Le milieu de vie d'un aîné ne se limite pas au logement qu'il occupe, ni même à l'immeuble. Comme le soulignaient déjà les précurseurs de l'approche écologique en santé dans les années 1970 (notamment Lalonde, 1974), l'aîné habite également une rue, un quartier, une ville, une région et il vit dans une société (Simard, 2005). Le milieu de vie dépasse le logement et les personnes âgées peuvent s'empêcher de sortir afin d'éviter certains dangers et efforts estimés trop importants, qu'ils soient imaginés ou réels (Hanson *et al.*, 2012). Selon la centrale syndicale québécoise CSN (Confédération des syndicats nationaux, 2009 : 3), un rapport du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du Québec indique que 20,8 % des personnes âgées en ménage privé « présentent une incapacité modérée ou grave ». Cette situation implique nécessairement des services de mobilité adaptés et un environnement accommodant pour les déplacements.

Consciente de ces besoins, l'OMS publiait en octobre 2007 le *Guide mondial des villes-amies des aînés*. Le contenu du guide résulte de travaux d'experts ainsi que d'une consultation de 33 villes et métropoles situées dans 22 pays différents. On y présente les caractéristiques physiques et sociales ainsi qu'une offre de services jugés essentiels pour une ville bien adaptée au mode de vie des aînés. On retrouve dans ces villes :

- des trottoirs bien entretenus et bien éclairés ;
- des bâtiments faciles d'accès pour les personnes handicapées ;
- un système de transport public où les chauffeurs d'autobus attendent que les passagers soient assis avant de démarrer. Les sièges sont réservés en priorité aux personnes âgées ;
- suffisamment de places de stationnement réservées aux personnes handicapées ;
- des logements intégrés dans la communauté et adaptés à la modification des besoins et des capacités liée au vieillissement ;
- des informations données au téléphone par des personnes au lieu de répondeurs automatiques ;
- une rédaction des messages dans une langue simple et facile à lire ;

- des services publics et des commerces situés à proximité des lieux habités plutôt qu'en périphérie de la ville ;
- une culture du respect des personnes âgées (OMS, 2013d).

### 1.3.3.3. Avoir accès aux soins de santé et à des services adaptés

L'augmentation du nombre absolu et de la proportion d'aînés dans le monde a déjà incité les États à apporter des modifications à leur système de santé, tant sur le plan de la répartition des ressources que dans la mise en œuvre de nouvelles stratégies pour faire face à la situation (OMS, 2013f). En effet, il est reconnu que les personnes âgées nécessitent des soins et des services différents et souvent plus fréquents que ceux donnés aux adultes d'âge moyen (Lorcin, 1984). À la base, les personnes âgées expriment d'abord le besoin de soins médicaux curatifs et préventifs, selon le rapport d'HERMES sur les besoins des aînés de l'Union européenne (González *et al.*, 2008). L'autonomie des personnes qui avancent en âge passe nécessairement par la disponibilité de médicaments, d'interventions médicales et parfois de chirurgies (Oliveira Martins et de La Maisonneuve, 2006).

En ce qui concerne les services autres que médicaux et favorables au maintien à domicile, ils doivent être personnalisés en fonction des besoins particuliers de chaque personne. Les personnes âgées qui développent des limitations peuvent avoir besoin de moyens technologiques et techniques pour compenser l'abaissement « naturel » de leurs limites. Trois questions se posent alors : Les moyens de compensation recherchés existent-ils ? Sont-ils disponibles et financièrement accessibles ? Sont-ils acceptables pour la personne concernée ?

Regardons d'un peu plus près l'accessibilité et l'acceptabilité. L'accessibilité correspond à la capacité de la personne dans le besoin de se procurer le moyen de compensation existant. Des contraintes financières et légales peuvent empêcher les aînés de se procurer certains produits et services qui pourraient leur être bénéfiques. Pour sa part, l'acceptabilité a trait aux contraintes psychosociales qui réduisent la latitude de choix permettant à une personne de profiter d'un moyen de compensation. À ce sujet, Cunin (2011) donne l'exemple d'un aîné qui éprouve de la difficulté à marcher et qui se retrouve face au dilemme d'utiliser ou non un fauteuil roulant. Plutôt de considérer le fauteuil comme un moyen de compensation et d'accès à une nouvelle autonomie, la personne peut considérer que cela porte atteinte à son image ; elle refusera de reconnaître l'utilité du moyen et le rejettera en prétextant qu'il s'agit d'un outil pour handicapé. Dans bien des cas, l'accessibilité et l'acceptabilité du moyen de compensation dépendent du réseau social des aînés <sup>1</sup> qui procure ou non, selon les cas, de l'aide matérielle, de l'information, de l'influence et, bien sûr, un soutien moral et technique (Cunin, 2011). Il est à noter que cette contribution humaine à la compensation peut provenir du réseau informel, tout comme de gens rémunérés à cet effet.

---

<sup>1</sup> Il s'agit des parents, des amis, des bénévoles et du personnel du système public de santé, qu'il soit étatique ou non étatique. En effet, Lesemann (2002 : 29-30) considère qu'il existe « quatre sphères actives au sein du capitalisme contemporain [acteurs de la production de bien-être dans une société] : la sphère publique étatique (qui détient le pouvoir d'État) ; la sphère publique non étatique (vouée à l'intérêt public et régie par le droit privé) ; la sphère corporative (vouée à la défense d'intérêts particuliers) ; la sphère privée (vouée à des fins lucratives ou à la consommation privée) ».

### 1.3.3.4. Faire partie de la société

Comme nous le disions au début de ce chapitre, la perspective productiviste tend à exclure les personnes qui sont en marge de la production et de la consommation. Or, l'exclusion comprend bien d'autres dimensions, d'après un rapport du Centre de recherche et d'expertise en gérontologie sociale (Billette, 2012), qui constate dans sept domaines la possibilité d'exclusion des personnes âgées (voir le prochain tableau).

**Tableau 1.13**  
**Les domaines possibles d'exclusion des personnes âgées**

Domaine	Forme de l'exclusion
Symbolique	Les principales représentations du groupe sont négatives, incomplètes et caricaturales. L'exclusion est également associée à l'absence de valorisation de la place des aînés dans la société.
Identitaire	L'identité de la personne est réduite à un seul groupe social d'appartenance. L'identité à multiples facettes est niée et les personnes sont abordées seulement à travers du prisme de leur condition d'aîné.
Sociopolitique	L'exclusion sociopolitique est caractérisée par des barrières à la participation civique et politique, une absence ou des difficultés d'accès aux espaces de participation citoyenne et d'influence. Ces barrières peuvent être d'ordre formel (structures en place) ou informel (préjugés qui limitent la possibilité ou le désir de participer).
Institutionnel	L'accès aux mesures sanitaires et de protection sociale est ici grandement compromis et l'offre de services diminue au point d'affecter le niveau et la qualité de vie des personnes. Celles-ci sont délaissées ou oubliées par les systèmes étatique et non étatique de services.
Économique	L'accès à des revenus et aux ressources matérielles nécessaire pour subvenir à ses besoins de base est difficile ou pratiquement impossible.
Des liens sociaux de proximité	On observe ici la perte complète ou partielle (par rejet ou autrement) du réseau de sociabilité. En revanche, l'insertion en cette matière peut compenser l'exclusion d'autres domaines, voire y faciliter l'insertion.
Territorial	L'exclusion territoriale se caractérise par le rétrécissement de la liberté géographique, par la relégation à des espaces isolés de la vie sociale ou par la perte de contrôle sur son milieu de vie.

Source : Billette, 2012.

Comme le montre ce tableau, les personnes âgées peuvent vivre différentes formes d'exclusion. Plusieurs écrits démontrent que ces procédés de mise à l'écart ont des répercussions considérables sur les personnes âgées et sur les systèmes de santé et de services sociaux. Par exemple, selon l'étude de Burholt et Windle (2006 : 23), la qualité du réseau serait annonciatrice du sentiment de satisfaction générale (*life satisfaction*) des personnes âgées en Grande-Bretagne. Plus que les contacts humains, le réseau procure des ressources « sociales » qui diminueraient avec l'avancée en âge, mais qui seraient plus grandes chez les personnes mariées. Le rapport HERMES (González *et al.*, 2008)

souligne le même phénomène, à savoir que les aînés considèrent en majorité que la solitude est la première source de malheur (*unhappiness*). Dans le même sens, l'isolement est associé au développement de la dépression et des pensées suicidaires (Krzyszowska-Zach et Olek-Redlarska, 2011 : 221). Le rapport de Vandembroucke et de ses collaborateurs (2012 : 17-18) sur l'isolement des aînés en Belgique ajoute que la solitude est associée à l'apparition d'une variété d'autres problèmes de santé physique et mentale (régression cognitive, hypertension, maladies cardiaques, etc.) et qu'elle est un facteur de décès prématuré aussi important que la consommation d'alcool ou de tabac, la sédentarité et la pollution. Les personnes seules qui connaissent ces problèmes font plus souvent appel aux services de santé et portent ainsi à la hausse les coûts de la santé. Qui plus est, les aînés plus isolés seraient moins compétents lorsqu'il est question de bien appliquer les prescriptions des professionnels.

Les liens sociaux de proximité représentent un réel besoin chez les personnes âgées. La SCHL (Rodriguez, 2000 : 5) rapporte que, selon Statistique Canada, les aînés canadiens passent environ deux heures par jour « à fréquenter d'autres personnes, à aller voir des amis ou à leur parler au téléphone, à aller avec eux au restaurant ou à les recevoir à dîner et ainsi de suite ». L'Organisation mondiale de la santé (2013e) reconnaît également l'existence d'un besoin de contacts humains chez les aînés.

On peut tout de même observer certains progrès. Tout d'abord, la démocratisation de technologies comme le téléphone et l'Internet représentent un moyen de maintenir ou de renforcer les solidarités intrafamiliales dans un contexte où les familles sont plus petites et leurs membres, éloignés les uns des autres. En outre, on remarque des initiatives pour améliorer ces situations qui se déploient sur deux plans : les représentations sociales et les organisations permettant de faire reculer l'exclusion.

Sur le plan des représentations sociales, la déclaration de Brasilia de 1996 donne le ton : le vieillissement est lié au développement. « Lorsqu'elles sont en bonne santé, les personnes âgées sont une ressource pour leurs familles, leurs communautés et l'économie » (OMS, 2007 : 4). Höpflinger et Stuckelberger (1999) ont repris à leur façon la déclaration de Brasilia : le nombre croissant de personnes âgées en bonne santé, compétentes et instruites met à l'ordre du jour la question de la participation sociale et économique des aînés. Les autorités de plusieurs pays reprennent cette visée de revalorisation du rôle des aînés dans de nombreux documents de santé publique, d'économie et de philosophie politique. Toutefois, il faut considérer ce ne sont pas toutes les personnes qui disposent des capitaux culturels et financiers évoqués précédemment. C'est donc dire que des traits individuels mais surtout l'appartenance à certains groupes sociaux et classes sociales influencent les possibilités d'engagement et de participation dans la société, la communauté, la famille ou toute autre organisation (Guillemard, 1977 : 81).

Selon le rapport de recherche sur les enjeux de la cohabitation intergénérationnelle de Spira (2011 : 4), une des aspirations majeures à la fois des aînés et des gouvernements occidentaux est le maintien de la participation sociale active des personnes âgées. Pour Raymond et ses collaborateurs (2008 : viii), la participation sociale prend diverses formes :

- Être en mesure de réaliser les activités quotidiennes (s'alimenter, communiquer) et d'assumer ses rôles sociaux (travailler, s'éduquer).

- Avoir des interactions sociales et participer à des activités à l'extérieur du domicile qui offrent aux aînés des occasions d'être actifs dans leur communauté.
- Faire partie intégrante de réseaux sociaux à l'intérieur desquels l'aîné apporte de l'aide directe, fait du bénévolat non organisé, contribue à la productivité sociale et à la construction de capital social. L'engagement dans différentes sphères de vie est généralement associé à davantage de relations de solidarité [voir Martin-Caron, 2013b].
- S'intégrer aux activités sociales organisées, aux associations officielles et aux actions de bénévolat organisé. Le bénévolat est non seulement un moyen et un indicateur d'insertion, il est également un outil permettant aux aînés de combler d'autres besoins (Raymond *et al.*, 2008 : 41).

En somme, le renouvellement des modes de solidarité s'impose pour améliorer les conditions de vie des aînés dans une société où les liens familiaux, notamment, sont en pleine transformation. Nous avons vu que les défis concernent la capacité des personnes à développer et à entretenir leurs réseaux, le renouvellement des représentations sur la vieillesse, de même que la création ou le maintien des structures publiques, privées et associatives offrant soutien, ressources et possibilités diverses aux aînés.

#### **1.3.3.5. Adopter un mode de vie sain**

Pour adopter un mode de vie sain, la connaissance des risques associés aux maladies chroniques constitue une condition essentielle ; mettre en pratique les solutions contribue au sentiment de sécurité et de contrôle sur sa vie (González *et al.*, 2008). Le besoin croît avec l'âge, car le risque de condition médicale incapacitante et durable augmente.

Cela étant dit, ce sont les maladies chroniques ou non transmissibles (MNT) qui attirent l'attention, c'est-à-dire les problèmes cardiovasculaires, le diabète, le cancer et les affections respiratoires. Selon un rapport de l'OMS, 63 % des 57 millions de décès dans le monde en 2008 étaient dus à des MNT. Il est à noter qu'environ 80 % de ces décès surviennent dans les pays à revenu faible ou intermédiaire ; il s'agit de la plus grande cause de décès dans la plupart des pays, sauf en Afrique où la progression des MNT se fait toutefois rapidement, à tel point qu'on estime que, d'ici à 2030, les MNT y deviendront les principales causes de décès (Alwan, 2010 : 1). Quoi qu'il en soit, tous les pays sont concernés à mesure que la population âgée augmente (Alwan, 2010). Au Canada, seulement 15,5 % des décès par MNT chez les hommes et 10,9 % des décès par MNT chez les femmes surviennent avant l'âge 60 ans (OMS, 2011).

Les quatre principaux facteurs de risques pour développer une MNT au cours d'une vie sont :

- le tabagisme, qui est associé directement et indirectement à six millions de décès annuellement (7,5 millions de personnes, soit 10 % des décès en 2020) ;
- la consommation nocive d'alcool, qui représente 3,8 % des décès annuellement, soit plus de la moitié par MNT ;
- l'alimentation déséquilibrée, qui contribue au développement de plusieurs MNT ;
- la sédentarité, qui accroît de 20 % à 30 % le risque de mortalité, toutes causes confondues (Alwan, 2010 : 1-2).

Les façons d'endiguer ces facteurs de risque sont connues. Toujours selon Alwan (2010), la consommation de tabac et d'alcool peut être modifiée par des campagnes de sensibilisation, par la hausse de taxes spécifiques ainsi que par l'adoption de lois restrictives. La qualité des aliments peut être améliorée par la législation, alors que les bonnes habitudes de consommation et de mode de vie actif peuvent être favorisées par des activités de sensibilisation et d'éducation, ainsi que par l'édification d'infrastructures (environnement bâti) allant en ce sens.

Arrêtons-nous à l'activité physique pour les aînés qui, selon l'OMS (2013c), englobe « les loisirs, les déplacements (par exemple la marche ou le vélo), les activités professionnelles, les tâches ménagères, les activités ludiques, les sports ou l'exercice planifié, dans le contexte quotidien, familial ou communautaire ». La SCHL (Rodriguez, 2000 : 5) rapporte que selon Statistique Canada les aînés canadiens consacrent quotidiennement, en moyenne, une heure et demie au sport, aux passe-temps, aux balades en voiture et à d'autres activités de loisir. C'est peu lorsque l'on sait que les personnes âgées devraient pratiquer au cours de la semaine 150 minutes d'activité d'endurance d'intensité modérée (idéalement 300 minutes) ou au moins 75 minutes d'activité d'endurance d'intensité soutenue (idéalement 150 minutes), ou une combinaison équivalente d'activité d'intensité modérée et soutenue. Les personnes âgées qui pratiquent des activités physiques auraient un taux de mortalité (toutes causes confondues) et de maladies chroniques plus faible ainsi que de plus grandes capacités cardiorespiratoire et musculaire (OMS, 2013c).

On ne peut passer sous silence les activités cognitives. Selon le rapport HERMES (González *et al.*, 2008), les programmes de stimulation cognitive faisant appel à des jeux, casse-têtes ou ordinateurs sont reconnus par les aînés comme des éléments prenant de plus en plus de place dans leur vie quotidienne. Ils sont utilisés autant en prévention qu'en réhabilitation. La plupart des programmes s'appuient sur l'idée que la pratique quotidienne d'activités particulières aide à améliorer ou à maintenir certaines capacités cognitives et motrices (González *et al.*, 2008). Une vie relativement autonome nécessite le maintien ou le développement de telles capacités. Évidemment, les programmes d'entraînement cognitif doivent être adaptés à chaque personne selon ses besoins et ses capacités du moment. Les personnes âgées devraient être informées de tels programmes et comprendre leur utilité.

#### **1.4. Synthèse du chapitre**

Dans ce chapitre, nous avons démontré que la représentation de la vieillesse s'inscrit en cohérence avec la façon de produire, de consommer et de se représenter le cours de l'existence dans une société. Par ailleurs, les personnes âgées connaissent des limitations physiques et intellectuelles qui font partie du cours de la vie et, souvent, on médicalise trop ce qui devrait être considéré comme des conséquences normales du vieillissement (Hadler, 2013). Ces limitations deviennent des handicaps uniquement lorsque l'environnement ne fournit pas les compensations techniques pour les surmonter. À l'aide des écrits disponibles, nous avons identifié différents moyens pour éliminer des handicaps de l'environnement. En conséquence, une intervention en faveur du logement adapté devrait

se soucier d'agir également sur l'environnement des personnes âgées. Le prochain chapitre reviendra sur plusieurs écrits qui traitent de la question du logement adapté.

Nous avons par ailleurs retenu des écrits consultés que, sur le plan économique, la situation d'une personne âgée reflète celle qui s'est construite au cours de la vie active, mais surtout le type de stratification sociale et économique que produit une société. Nous avons également vu que l'isolement relationnel et le sentiment d'isolement étaient fort importants chez les aînés. Cela justifie que nous nous arrêtions, dans le troisième chapitre, sur les liens intergénérationnels.

Il ressort des écrits consultés que la conception la plus largement acceptée pour favoriser le mieux-être des aînés est celle du vieillissement actif. On vise dans ce cas la pleine intégration des personnes âgées dans la société, en valorisant leur potentiel pour les générations actuelles et futures, et en envisageant avec elles les manières de répondre à leurs besoins. Les besoins des personnes âgées que les écrits ciblent plus particulièrement sont les suivants : demeurer chez soi, vivre dans un milieu approprié, recevoir des soins et des services adaptés, avoir le sentiment de faire partie de la société et pouvoir adopter de saines habitudes de vie.

Les programmes publics ne réussissent cependant pas à bien répondre à ces besoins. En matière de services et de soins à domicile, le travail se fait trop souvent en silo et il manque la diversité d'offre de services à la fois pour éviter les abus d'un monopole et pour procurer aux aînés les avantages propres à chaque offre de services. L'ensemble de ces services devrait se préoccuper des aspects préventif et curatif, de la qualité des soins et du renforcement des réseaux sociaux.

En somme, les défis concernent la capacité des personnes à développer et à entretenir leur réseau social, le renouvellement des représentations sur la vieillesse, de même que la création ou le maintien des structures publiques, privées et associatives offrant soutien, ressources et possibilités aux aînés. Selon le rapport de Pittini et Thorogood (2012 : 4) sur le logement abordable et le vieillissement, la pierre d'assise pour relever ces défis est l'accessibilité aux logements adaptés.

## 2. L'habitat des personnes âgées

Notre recension des écrits fait réaliser l'extraordinaire diversité des formes d'habitat pour les personnes âgées, notamment lorsque l'on prend en compte la question des dispositifs de livraison des soins et des services. Afin de donner des repères pour catégoriser le contenu des écrits, ce chapitre situe d'abord les deux principales formules d'habitation : le logement familial et les résidences.

Dans ce chapitre, nous consacrons également une partie aux soins et aux services à domicile, et ce, pour au moins deux raisons. Comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent, l'avancement en âge fait que la livraison des soins et des services doit suivre des modalités adaptées. En outre, le même chapitre a bien souligné le souhait des aînés de demeurer le plus longtemps possible à domicile.

Lorsqu'il est question de l'habitation des personnes âgées, les documents consultés posent la question du financement des infrastructures, des soins et des services. C'est pourquoi ce chapitre y consacre une partie.

On le comprendra, le concept d'habitat va bien au-delà du simple logement physique. Il est question d'un milieu de vie. Par cette expression, nous entendons « une communauté d'appartenance jalonnée de repères sociaux et physico-spatiaux [pouvant prendre la forme] d'une communauté restreinte, telle que la famille, ou d'une collectivité, comme un quartier ou un village » (Spira, 2011 : 5, inspiré de Martin, 1997). C'est donc dire que l'ensemble physique et social qu'est l'habitat a des effets directs sur la qualité de vie des personnes âgées qui y résident. Les écrits que nous avons parcourus permettent de considérer deux aspects liés à l'environnement immédiat : la vie en milieu urbain ou en milieu rural, et l'accès à un logement satisfaisant.

### 2.1. Les formules d'habitation

Mission périlleuse que celle de catégoriser les formules d'habitation pour les aînés qui existent dans divers pays ! Et encore plus téméraire est la tentation de classer les formules nationales d'hébergement ! On observe dans les différents pays une variété du mode d'habiter lorsque l'on s'attarde à la propriété, au mode de gouvernance des résidences, à la mission, au degré d'autonomie des personnes, aux services disponibles et aux modalités de financement. Pour ajouter à la complexité, la plupart des pays n'ont pas un système d'hébergement pour aînés qui soit développé uniformément sur l'ensemble de leur territoire. Dans plusieurs cas, les autorités locales doivent user d'ingéniosité et improviser des modalités d'hébergement et de services avec les possibilités du moment.

Dans les circonstances et de façon générale, on pourrait distinguer, d'une part, les pays moins développés économiquement, où ce sont généralement les familles qui s'occupent des aînés (United Nations, 2005). D'autre part, on note que les pays industrialisés, voire postindustriels, doivent moins compter sur les solidarités familiales traditionnelles. C'est d'ailleurs là qu'on trouve les plus hauts taux d'institutionnalisation, c'est-à-dire la proportion de personnes vivant dans les institutions que sont les résidences pour personnes âgées, peu importe le mode de propriété. C'est également dans ces pays dits développés qu'on

enregistre les plus hauts taux de personnes vivant seules. Ces pays se trouvent, par ordre décroissant, en Amérique du Nord, en Océanie (Australie et Nouvelle-Zélande) et en Europe (UN, 2005 : 54).

Nous retenons deux formules générales d'habitation pour les personnes âgées : le logement familial et la résidence, qui est une façon collective de se loger.

### **2.1.1. Le logement familial**

Le logement familial fait référence aux appartements, aux maisons unifamiliales ou aux complexes de logements que l'on associe à un logement privé au sens de « vie privée ». Il s'agit généralement de la demeure que la personne âgée occupait et qu'elle occupera tant que son état le lui permettra. Pour ce faire, elle aura besoin de suffisamment d'argent, d'énergie, d'habiletés motrices et souvent de ressources compensatoires pour les limitations qui s'accroissent inévitablement avec l'avancée en âge. Le logement familial peut être la propriété de la personne âgée ou d'un membre de sa famille ; dans les autres cas, il s'agit d'une location. Les écrits recensés relèvent plusieurs caractéristiques pour chacun de ces types de propriétés du logement familial.

#### **2.1.1.1. La propriété individuelle**

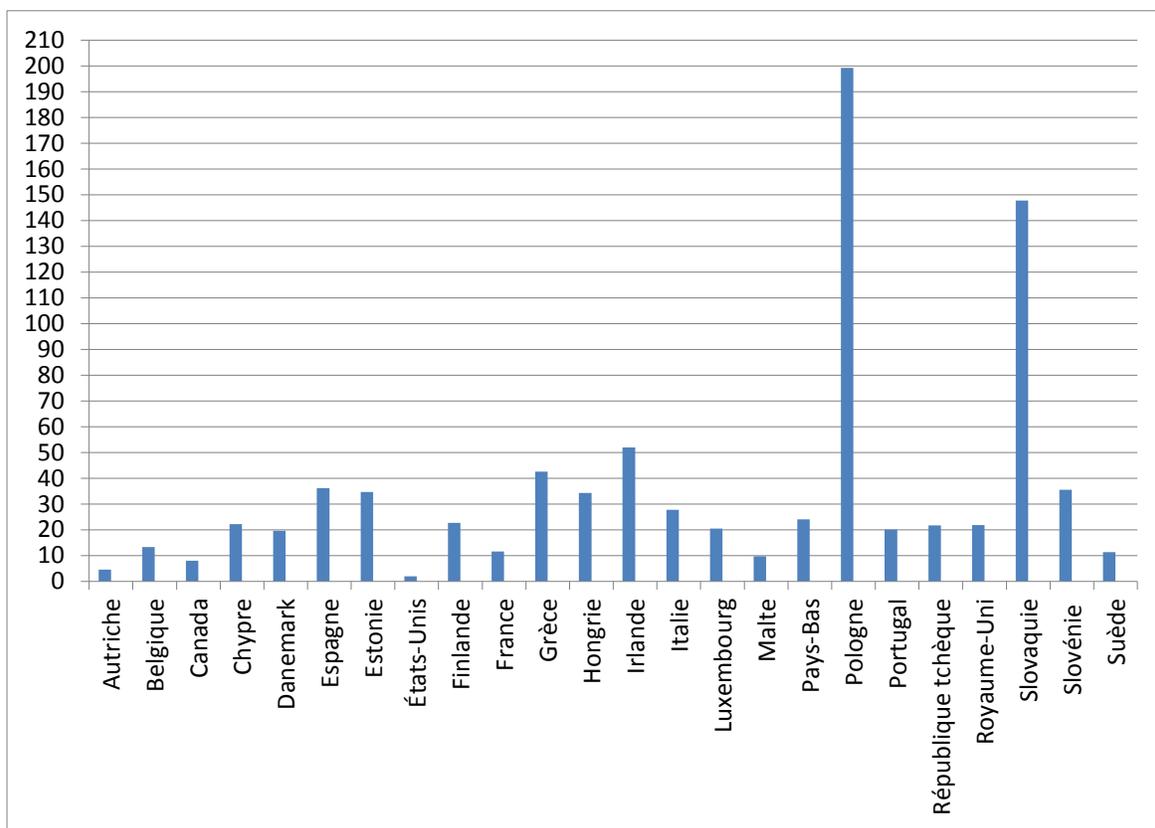
Dans plusieurs pays pour lesquels les données étaient disponibles en 2001, la grande majorité des logements familiaux des aînés aux États-Unis, en Australie et au Japon étaient leur propriété (Roy et Deschênes, 2007 : 27). Plus les personnes vieillissent, plus la proportion des propriétaires a tendance à diminuer. En effet, en 1996 au Canada, la majorité (73 %) des aînés de 65 ans et plus vivaient dans des logements dont ils étaient propriétaires ou dont un membre du ménage l'était (Rodriguez, 2000 : 6) ; pour les 75 ans et plus, le pourcentage des propriétaires descend à 67 % et, pour les 85 ans et plus, il baisse à 61 %.

S'ajoutant aux contraintes posées par les limitations physiques et mentales, le coût croissant de la propriété, des charges et de son entretien peut engendrer une situation où les aînés ne peuvent plus demeurer dans leur milieu d'origine. À titre de repère, le rapport de Tsenkova (2008 : 26) pour l'ONU-Habitat indique une forte inflation du prix des propriétés entre 2005 et 2006 pour 25 pays d'Europe et d'Amérique, soit en général plus de 10 %. Les États-Unis et le Portugal, à l'opposé, connaissent une baisse des prix pour la même période.

#### **2.1.1.2. Le logement locatif**

Le logement locatif correspond à un emplacement privé, mais pour lequel un loyer est versé par la personne âgée ou par un proche. Comme c'est le cas pour la propriété individuelle, plusieurs études évoquent les difficultés financières qu'éprouvent les personnes âgées pour se loger. Tsenkova (2008 : 28) démontre que dans plusieurs pays européens et d'Amérique du Nord la croissance du coût des loyers a été rapide entre 1996 et 2003 (voir le tableau suivant). Bien que le logement locatif connaisse des hausses moins élevées que celles des propriétés, le taux d'inflation moyen se situe tout de même à deux chiffres pendant cette période (Tsenkova, 2008 : 27).

**Graphique 2.1**  
**Inflation des loyers en pourcentage**  
**dans 24 pays européens et américains, entre 1996 et 2003**



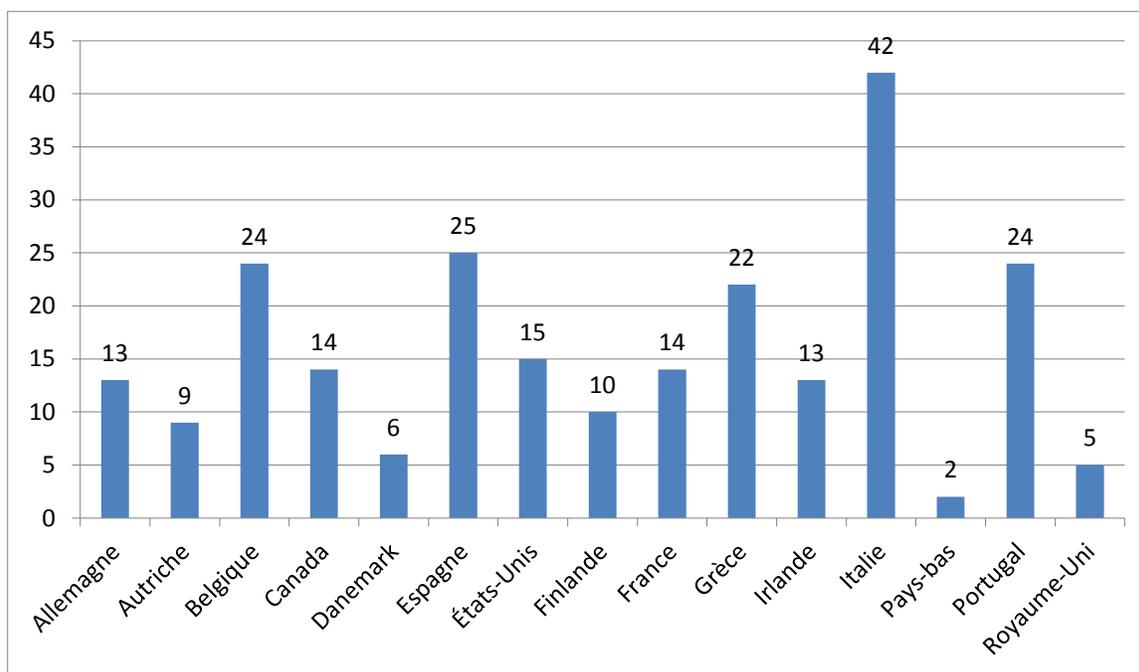
Note : Le loyer dans les pays postsoviétiques représentait en 1996 seulement 10 % du revenu des ménages, ce qui explique la forte hausse.  
 Source : Tsenkova, 2008 : 28.

Afin d'avoir une idée un peu plus précise des coûts pour le logement locatif, voyons le cas du Québec. Comme dans les pays présentés dans le tableau précédent, les loyers ont connu au Québec une inflation d'environ 20 % en huit ans, soit, pour un logement de deux chambres, une hausse de 27,6 % entre 2000 et 2008 (Daoud et Hébert, 2008 : 1). Cette situation affecterait durement, comme ailleurs, les personnes les plus démunies, c'est-à-dire les femmes, les personnes seules et les aînés. Au Québec, cette augmentation du coût des loyers est associée au faible taux d'inoccupation, c'est-à-dire la proportion de logements disponibles pour la location par rapport à l'ensemble du parc locatif (Daoud et Hébert, 2008 : 1). Lorsque ce taux est de moins de 3 %, on considère qu'il y a pénurie ; or, le taux d'inoccupation était à 1,5 % dans plusieurs centres urbains du Québec en 2008. La forte demande par rapport à l'offre crée une rareté qui augmente la valeur des logements, en plus d'alléger la nécessité pour les propriétaires de bien les entretenir pour les louer.

Dans une telle situation de pénurie, il est possible que le taux d'inoccupation soit encore plus faible pour les logements les moins chers (Daoud et Hébert, 2008). Ces logements souvent relativement petits sont très recherchés, surtout dans une société où le nombre de personnes seules et de petites familles est relativement élevé, et dans un contexte économique marqué par le chômage. Les aînés, qui ont le plus souvent des revenus inférieurs à la moyenne nationale, recherchent ces logements, tout comme les petits salariés et les travailleurs à statut précaire.

En Europe, la situation serait analogue à celle du Québec, à la différence que les statistiques n'attribuent pas les hausses du loyer à la pénurie de logements. Plusieurs pays européens ont en 2006, contrairement au Québec, un haut taux d'inoccupation : Grèce, 32,2 % ; Chypre, 24,1 % ; Espagne, 21,9 % ; Italie, 20,7 % ; Allemagne, 8,2 % ; France, 6,1 % ; Royaume-Uni, 3,4 % ; République tchèque, 12,3 % (Tsenkova, 2008). Le problème de ces pays réside plutôt dans l'inadéquation entre les besoins des locataires et le parc de logements existant en matière de localisation, de taille et de prix. Dans les faits, il y aurait pénurie pour certains types de logements. Cette situation obligerait une proportion élevée des ménages à choisir des logements trop chers pour leurs moyens (voir le graphique qui suit).

**Graphique 2.2**  
**Nombre de ménages ayant des difficultés financières en raison du coût du logement pour 15 pays occidentaux, 2004**



Source : Tsenkova, 2008 : 33.

Le graphique montre qu'en 2008 près de la moitié des ménages d'Italie et environ le quart des ménages de Belgique, d'Espagne, de Grèce et du Portugal éprouvent des difficultés financières à cause du prix de leur loyer. Dans une autre catégorie – des pays comme l'Allemagne, le Canada, les États-Unis, la France et l'Irlande –, environ 15 % des ménages éprouvent des difficultés du même ordre. Par conséquent, une partie des aînés ayant les revenus les plus bas recherchent des solutions alternatives au marché locatif.

### 2.1.1.3. De plus en plus d'aînés chefs de famille

Avec le phénomène de vieillissement de la population, de plus en plus d'aînés deviennent le principal pourvoyeur du ménage. Selon les statistiques internationales compilées par la SHQ pour la période 1999 à 2002 (2007 : 26), c'est en Espagne et en France que le nombre de ménages soutenus par des personnes de 65 ans est le plus élevé, toutes proportions gardées. En 2001, au Québec, en Australie et aux États-Unis, parmi six tranches d'âge, les personnes âgées de 65 ans et plus occupaient respectivement, en 2001, la 3<sup>e</sup>, la 2<sup>e</sup> et la 2<sup>e</sup> position à titre de principal pourvoyeur du ménage (chef du ménage). Le tableau suivant rend compte de la situation au Canada entre 1986 et 2006.

**Tableau 2.1**  
**Évolution du nombre de ménages familiaux et de l'ensemble des ménages, au Canada, selon l'âge du chef de famille, 1986-2006 (en milliers)**

<b>Ménages familiaux</b>						
	<b>55-64 ans</b>	<b>Variation nette</b>	<b>65 ans et plus</b>	<b>Variation nette</b>	<b>Total des ménages</b>	<b>Variation nette</b>
1986	1 001,1		860,0		6 635,0	
1991	1 025,1	24,0	1 016,4	156,4	7 235,2	600,2
1996	1 051,1	26,0	1 151,0	134,6	7 685,5	450,3
2001	1 200,2	149,1	1 318,9	167,9	8 155,6	470,1
2006	1 514,0	313,8	1 466,3	147,4	8 651,3	495,7
<b>Total des ménages</b>						
	<b>55-64 ans</b>	<b>Variation nette</b>	<b>65 ans et plus</b>	<b>Variation nette</b>	<b>Total des ménages</b>	<b>Variation nette</b>
1986	1 327,0		1 620,7		8 991,7	
1991	1 379,9	253,9	1 922,7	302,0	10 018,3	1 026,6
1996	1 434,7	436,0	2 170,1	274,5	10 820,1	901,8
2001	1 659,8	407,2	2 406,8	236,7	11 563,0	742,9
2006	2 130,8	320,2	2 646,1	239,3	12 437,5	874,5

Source : SCHL, 2012 : 4.

Le tableau témoigne d'une augmentation relativement importante du nombre de chefs de ménage pour les tranches d'âge des 55-64 ans et des 65 ans et plus, comparativement à l'ensemble des ménages. En fait, d'après la SHQ (Lacroix et André, 2012 : 5), le nombre de ménages canadiens dont le soutien principal est âgé de 65 ans et plus a augmenté de 47 % et de 85 % pour les 75 ans et plus entre 1991 et 2006. La part des ménages aînés est ainsi passée de 17 % à 21 % durant la même période. Cette augmentation suit la courbe de

vieillesse de la population, comme cela se produit dans d'autres pays occidentaux. La SHQ prévoit qu'en 2031 la proportion de ménages soutenus par des personnes de 65 ans et plus atteindra 37 %, puisque cette tranche d'âge passera graduellement de 667 000 individus à 1,5 million (Lacroix et André, 2012).

#### 2.1.1.4. L'autonomie et les limitations des personnes âgées en logement familial

En logement familial, la question des limitations traitée dans le premier chapitre se pose d'une manière particulière, puisqu'une intervention extérieure risque d'être requise. Un rapport du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du Québec indique que 20,8 % des personnes âgées en ménage privé de la province « présentent une incapacité modérée ou grave » (Confédération des syndicats nationaux, 2009 : 3). En fait, 14,9 % des 65 à 74 ans et 31,6 % des 75 ans et plus vivaient avec une limitation physique ou mentale. D'après le tableau qui suit, la situation serait similaire pour les aînés de dix pays européens.

**Tableau 2.2**  
**Proportion des aînés dépendants et fortement limités en Europe**

Pays	Âge	European Community Household Panel *		Autres sondages nationaux		
		Année	Aînés fortement limités (%)	Année	Population âgée	Aînés dépendants (%)
Belgique	≥ 60	1997	12	1997	Toute	17
Danemark	≥ 67	2000	22	2000	Toute	26
Grèce	≥ 65	1999	19	1999	Toute	14
Espagne	≥ 65	1999	14	1999	Ménages privés	15
France	≥ 60	1998	25	1998-1999	Toute	12
	≥ 60	1999	24	1998-1999	Toute	12
Irlande	≥ 65	2000	9	2000	Ménages privés	14
Italie	≥ 65	2000	15	1999-2000	Ménages privés	12
Autriche	≥ 65	1996	16	1996	Toute	26
Portugal	≥ 65	1995	21	1995	Toute	14
Finlande	65 à 84	2001	9	2001	Toute	12

\* Les données du European Community Household Panel ne portent que sur les ménages privés.  
Source : Mette, 2005 : 3-4.

Selon les pays et les sources de données, le pourcentage de personnes en logement familial ou privé et ayant des limitations varie de 9 % à 26 %. Cette situation interpelle directement les services de maintien à domicile ; nous aurons l'occasion d'y revenir dans une prochaine partie dans la mesure où cette offre concerne également les personnes âgées dans certains types de résidences. Par ailleurs, lorsque le milieu ne peut pas offrir les mesures nécessaires pour surmonter les limitations et qu'il les transforme en handicaps, des personnes âgées peuvent être contraintes de se tourner vers d'autres formes d'habitation.

### 2.1.1.5. L'hébergement

Plusieurs raisons peuvent inciter une personne âgée en logement familial à envisager le départ de son domicile :

- la condition de santé ;
- le quartier et l'environnement ;
- la hausse du loyer ;
- l'aménagement inadéquat du logement ;
- le climat social environnant ;
- les charges d'entretien ;
- la perte du conjoint ;
- la diminution ou la perte de services ;
- l'instabilité du réseau de soutien ;
- l'inquiétude de la famille (Centrale des syndicats du Québec, 2011 : 7).

Lorsqu'une personne n'est plus en mesure d'occuper son logement et qu'elle décide de déménager dans une résidence, les possibilités suivantes s'offrent à elle. Elle peut opter soit pour une formule d'hébergement offerte par le réseau public (l'État), soit pour l'hébergement en entreprise privée à but lucratif, soit pour une résidence à propriété collective, soit pour une formule hybride. Dans les prochaines pages, notre synthèse des écrits montre que les choix s'avèrent plus restreints qu'il n'y paraît, et ce, pour plusieurs raisons.

### 2.1.2. Les résidences

Les personnes âgées résignées à quitter leur logement ou qui en font le choix peuvent envisager quatre catégories de résidences :

- les résidences publiques de soins de longue durée, idéalement de dernier recours pour les personnes avec de lourdes pertes d'autonomie ;
- les résidences privées à but lucratif avec services qui peuvent être reconnues ou non par les autorités publiques et s'adresser aux aînés en perte d'autonomie légère, moyenne ou lourde ;
- les résidences de type associatif ou coopératif, avec services souvent fournis par une entreprise d'économie sociale, qui accueillent des aînés en perte d'autonomie légère ou moyenne ;
- les options intermédiaires ou hybrides, privées ou publiques, généralement à but non lucratif et s'adressant aux aînés en perte d'autonomie légère, moyenne ou lourde.

Les résidences constituent un mode d'habitation spécialisé destiné aux personnes âgées et, parfois, à d'autres groupes. Selon le pays et selon l'appellation en usage, les résidences peuvent inclure les résidences médicales ainsi que les places réservées pour accueillir les aînés dans les immeubles d'organisations religieuses, militaires, scolaires ou universitaires et même dans certains hôtels (United Nations, 2005 : 49). Il existe des différences marquées entre les pays, mais dans les pays occidentaux on retrouve généralement un éventail de ressources publiques et privées pour des personnes dont la condition d'autonomie varie considérablement. Le tableau suivant présente l'exemple des résidences offrant des soins au Québec, un exemple qui s'avère typique des pays occidentaux.

**Tableau 2.3**  
**Résidences offrant des soins aux aînés, au Québec**

	Type de propriété	Définition	Financement public <sup>1</sup>	Perte d'autonomie <sup>2</sup>
Centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)	Public	Pour aînés qui requièrent surveillance constante et soins spécialisés, et dont le maintien à domicile est devenu impossible et non sécuritaire.	Oui	Lourde
	Privé conventionné et PPP <sup>3</sup>	Même mandat, mêmes coûts d'admission et mêmes critères d'admission que pour les CHSLD publics. Toutefois, ils sont dirigés par des particuliers propriétaires de leur immeuble et qui détiennent un permis octroyé par le MSSS les autorisant à gérer un nombre de places prédéterminées.	Oui	Lourde
	Privé non conventionné	Centres entièrement indépendants et autonomes sur les plans de la gestion, des coûts et des critères d'admission. Ils doivent cependant répondre à des normes et détenir un permis du MSSS.	Non	Lourde
Ressources intermédiaires	Privé	Milieu de vie adapté aux besoins de personnes qui sont en perte d'autonomie ou qui ont besoin d'aide ou de soutien dans leurs activités quotidiennes. Toute ressource intermédiaire est liée à un établissement public de santé.	Oui	Modérée
Ressources de type familial	Privé	Ressources accréditées et associées à des établissements de santé, où un milieu familial peut accueillir jusqu'à neuf aînés.	Oui	Légère
Résidences privées à but lucratif	Privé	Établissements de soins et services, gérés par un propriétaire privé, qui n'ont pas de permis de CHSLD du MSSS, ni le même personnel qualifié, ni l'équipement médical équivalent. Afin d'assurer la sécurité et la qualité de vie des aînés, les résidences pour personnes âgées doivent toutefois être certifiées (39 % l'étaient en 2009).	Non	Légère-modérée
Résidences de type associatif et coopératif	Association	Résidences ayant le statut légal de compagnie à but non lucratif ou de coopérative, mises sur pied à l'initiative d'un groupe de personnes appuyé par la collectivité. Sur le plan des soins, voir les résidences privées à but lucratif.	Non	Légère-modérée

1 Financement public pour la mission générale.

2 Niveau d'autonomie des personnes résidentes.

3 Partenariat public-privé (PPP).

Source : Inspiré de Vérificateur général du Québec, 2012 : 6.

L'ONU utilise le terme « taux d'institutionnalisation » pour désigner la proportion de personnes âgées qui vivent dans les résidences. L'organisation internationale soutient que le facteur ayant le plus d'influence sur le taux d'institutionnalisation est la capacité des pays à soutenir un système de soins et d'hébergement abordable et de qualité pour les aînés. On trouve dans ces « institutions » des femmes en plus grand nombre et les personnes les plus âgées, à cause du veuvage et du vieillissement prolongé. L'ONU ajoute que le développement du maintien à domicile semble avoir eu un effet réel sur le ralentissement de l'institutionnalisation dans le monde (United Nations, 2005).

### 2.1.2.1 Les résidences publiques (à propriété étatique)

Le tableau précédent donne l'exemple du Québec où l'on retrouve un type de résidences publiques offrant un suivi et des soins médicaux : les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). Cette forme de résidence publique correspond sensiblement aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) français, aux unités de soins de longue durée (USLD) belges et aux Continuing Care Retirement Communities (CCRC) américains. Ces résidences sont directement associées au régime public d'assurance maladie et d'assurance hospitalisation et offrent des soins soutenus pour les personnes présentant un niveau élevé de dépendance.

Outre ce type de résidence qui offre des soins, l'État subventionne les habitations à loyer modique (HLM) afin d'offrir notamment aux personnes âgées autonomes ou semi-autonomes des services d'hébergement à moindre coût. Les résidents des HLM ont de faibles revenus et, par conséquent, ont accès au programme fiscal de supplément au loyer. En fait, une partie du parc de HLM est spécialement réservé aux personnes âgées. Au Québec, les HLM sont financés par l'État et par les municipalités qui, elles, les gèrent par l'entremise d'un office municipal d'habitation (OMH). Cet organisme gère les loyers et cherche avec plus ou moins de succès à faire participer les résidents d'un HLM au comité de locataires afin de les responsabiliser dans le bon fonctionnement du bâtiment. Par ailleurs, visant le mieux-être des résidents et leur *empowerment*, des intervenants sociaux employés par les OMH, des associations ou les établissements publics de santé et de services sociaux tentent de démarrer divers projets avec ces personnes (jardins collectifs, cuisines collectives, activités d'éducation et de loisirs, etc.).

Les HLM représentent une partie importante de ce que l'on appelle le « logement social », l'autre partie étant constituée des résidences à propriété collective. La dimension associative ou coopérative de certains logements sociaux renvoie principalement aux modes de gouvernance et de propriété ; les logements sociaux de type HLM sont habituellement la propriété de l'État ou d'autres organisations mandatées par ce dernier. La définition du logement social ne fait pas l'unanimité (Pittini et Laino, 2011 : 22). Néanmoins, on fait généralement référence aux différentes formes de logement abordable, de qualité convenable, parfois associatif ou coopératif comme nous le disions, et ayant le plus souvent pour finalité l'amélioration des conditions de vie des plus vulnérables (Laberge et Montmarquette, 2010 : 2 ; Prentice, 2009 : 1-6 ; Pittini et Laino, 2011 : 22 ; Bouchard et Hudon, 2005). Le tableau suivant rend compte des différentes formules de logement social que nous venons d'évoquer ; les formules associative et coopérative seront abordées dans la prochaine section.

**Tableau 2.4**  
**Les formules de logement social et leurs particularités**

<b>Formule</b>	<b>Propriétaire</b>	<b>Gouvernance</b>
<b>Logement social physique</b>		
Coopératives ou associations (OBNL)	Association des locataires (accueille parfois d'autres membres)	Collective, un membre un vote ; c'est l'assemblée des membres qui élit le conseil d'administration.
Habitations à loyer modique	Association œuvrant dans l'habitation, organisation publique ou privée	Instances extérieures n'incluant que rarement les locataires ; consultation de comités de locataires qui ont parfois des pouvoirs légaux.
Résidences à but lucratif bénéficiant directement du soutien de l'État afin d'offrir du logement abordable	Investisseurs privés	Gestion par des investisseurs privés qui doivent dans certains cas respecter des ententes avec le réseau public.
<b>Logement social « virtuel »</b>		
Supplément au loyer (partage du coût du loyer avec l'État)	Association œuvrant dans l'habitation, organisation publique ou privée	Gestion et gouvernance n'incluant pas les bénéficiaires.
Crédits d'impôt (aide directe au fournisseur d'hébergement abordable, qui peut être un proche)	État	Gestion et gouvernance n'incluant pas les bénéficiaires.
Supplément au revenu	État	Gestion et gouvernance n'incluant pas les bénéficiaires.

La notion de logement abordable fait référence à l'habitat disponible en bas du prix du marché. Dans certains documents, le logement abordable représente moins de 30 % du revenu des résidents avant impôt (Prentice, 2009 : 1). Le logement abordable inclut généralement les différents services (eau, électricité, chauffage, etc.) ainsi que les autres frais associés à la propriété (impôts fonciers, charges de copropriété, etc.). Quant à elle, la qualité convenable des logements fait référence à l'absence de bris majeurs, à un rapport d'occupation du logement adapté (soit une chambre par couple d'adultes, par adulte seul ou par deux mineurs du même sexe).

Pour ce qui est du type d'occupation, le logement social peut être de type locatif, dans la majorité des cas, ou de type propriété à bas prix (en Grèce, en Espagne et à Chypre, notamment) ou, encore, il peut s'agir de mesures mixtes où le loyer locatif mensuel inclut une part d'achat se réalisant à long terme, comme on le pratique au Royaume-Uni et en France (Pittini et Laino, 2011 : 22). Le logement social couvre donc un large spectre d'habitations. Celles-ci ont tous pour dénominateur commun la notion première d'abordabilité ou, du moins, de prix en deçà de celui du marché. Le tableau suivant présente une comparaison du prix des loyers sociaux et privés pour l'année 2006 en Europe.

**Tableau 2.5**  
**Détermination du prix des logements sociaux et privés en Europe, 2006**

<b>Pays</b>	<b>Logement social</b>	<b>Logement privé</b>
Autriche	Selon le coût du projet : 3,4 % du coût + frais bancaires. Une moyenne en 2005 de 6,67 € par m <sup>2</sup> et par mois.	Selon le coût du projet et environ 10 % en plus (aucune régulation pour les projets après 1953).
Danemark	Selon le coût du projet : 3,4 % du coût + frais bancaires. Une moyenne en 2005 de 6,67 € par m <sup>2</sup> et par mois.	Logements privés régulés, environ 6,83 € par m <sup>2</sup> et par mois.
Allemagne	Dans certaines régions les loyers varient selon le revenu des ménages. Environ 4 à 7 € par m <sup>2</sup> et par mois.	Selon le marché, mais les hausses sont régulées.
France	Les décrets du gouvernement central fixent les loyers maximums. Variations selon la région.	Selon le marché, mais les hausses sont régulées. Environ 30 % à 40 % au-dessus des logements sociaux.
Suède	Négociations annuelles entre propriétaires et locataires.	Les loyers privés sont limités par les loyers sociaux ; le privé est un peu au-dessus.
Pays-Bas	Loyers basés sur le revenu de certaines catégories de ménages. En moyenne 353 € par mois.	Contrôlé, en moyenne 419 € par mois.
Hongrie	Décision des autorités locales.	Selon le marché.
Irlande	Pourcentage de la paye des locataires. En moyenne 155 € par mois.	Selon le marché depuis 1981.
Angleterre	Système de calcul basé sur les gains locaux et le prix des habitations.	Selon le marché depuis 1988.

Source : Scanlon et Whitehead, 2008 : 87.

D'après ce tableau, le logement privé traditionnel se détaille généralement au coût de réalisation du projet avec en plus un certain pourcentage de marge de profit ; le prix du logement social (acheté ou loué) est déterminé par le coût de réalisation du projet sans marge de profit ou il est réduit par des contributions publiques. Tous les programmes ne sont pas aussi généreux d'un territoire à l'autre et la quantité de logements sociaux varie également. Parmi les pays de l'UE-15, le logement social locatif occupe, selon le cas, entre 1 % et 32 % du parc locatif, avec une médiane de 16 % (Pittini et Laino, 2011 : 27 ; Tsenkova, 2008 : 39). Pour les nouvelles constructions de logements en 2006, la proportion de nouveaux logements sociaux varie de 7 % à 30 % ; elle ne suit pas forcément l'ordre du classement de l'UE-15 en matière d'offre de logement social avant les nouvelles constructions.

### 2.1.2.2. Les résidences à propriété privée

Comme le montre le tableau 2.5, il existe différents types de résidences à propriété privée. Certains types offrent de l'hébergement et des soins de santé à des personnes en lourde perte d'autonomie, à la condition d'avoir obtenu un permis et une certaine forme

d'accréditation de la part de l'État. Dans d'autres cas, les résidences privées accueillent des personnes en légère perte d'autonomie, mais qui nécessitent tout de même des soins réguliers. On retrouve des équivalents aux États-Unis (Intermediate Care Facilities et Assisted Living Facilities – ALF), en France et en Belgique (maisons de repos et d'accueil). En fait, les résidences de soins en ressources familiales, intermédiaires et de longue durée offrent ces services de soins et d'aide à la vie quotidienne selon le degré de dépendance (ou d'autonomie) (Organisation de coopération et de développements économiques, 2005 : 20). Au Québec, on associe un nombre d'heures de soins nécessaires à chaque type de résidence : plus de trois heures en soins de longue durée ; entre deux heures et demie et trois heures pour les ressources intermédiaires ; enfin, moins de deux heures trente pour les ressources familiales. La nécessité de tels services est généralement liée à une affection chronique et durable générant une incapacité physique ou mentale qui rend nécessaire un soutien souvent régulier, intense et parfois spécialisé (Martin-Caron, 2013a).

Tous ces services d'hébergement avec soins – privés ou publics, d'ailleurs – comportent généralement une part de subvention publique et une part d'investissement de la part de l'utilisateur sous forme de paiement d'assurances ou de loyer ajusté à la capacité de payer. En général, les soins et services en résidences de longue durée, intermédiaires et familiales peuvent inclure les éléments suivants :

- logement adapté ;
- repas, adaptés au besoin ;
- surveillance assurée par des professionnels 24 heures sur 24 ;
- aide à la vie quotidienne (aide pour manger, faire sa toilette, prendre son bain, s'habiller, aller aux toilettes, marcher, etc.) ;
- ergothérapie et thérapies physiques ;
- soins médicaux ordinaires et soins d'urgence ;
- produits pour l'incontinence ;
- administration de médicaments et traitements ;
- programmes sociaux et récréatifs ;
- lessive et services d'entretien.

Puisqu'il s'agit de services publics ou agissant au nom du réseau public, la sélection des résidents fait l'objet d'une évaluation de la part des instances publiques selon la capacité de payer et le niveau d'autonomie de la personne (Centrale des syndicats du Québec, 2011). Les régimes d'assurances privés et publics possèdent également leurs propres critères pour le paiement des services. Ces critères de sélection, le temps d'attente avant d'être admis ainsi que le coût pour l'utilisateur qui y est associé varieront selon le pays, le programme public et la police d'assurance. Les critères de sélection par besoins minimums sont nécessaires afin d'assurer, dans certains cas, la viabilité économique des programmes et, dans d'autres, leur rentabilité.

Autre type de résidence à propriété privée, les résidences à but lucratif s'adressent aux personnes âgées autonomes et en légère perte d'autonomie ayant des revenus suffisants. Certaines résidences offrent une gamme variée d'activités et un logement plus que confortable, à condition bien sûr qu'on ait la capacité de payer.

### 2.1.2.3. Les résidences à propriété collective

Au-delà de la notion d'abordabilité, le logement social à propriété collective et à but non lucratif favorise l'adaptation du logement, l'*empowerment* des résidents, leur formation citoyenne et leur autodétermination individuelle et collective ainsi que le maintien d'un vieillissement actif idéalement autant sur le plan mental que physique. Lorsqu'ils fonctionnent au mieux, les comités de locataires de HLM pourraient également avoir des effets semblables. Ce qui est central dans le logement social à propriété collective réside dans le fait qu'il offre de nombreuses occasions de participation au sein de différentes instances : assemblée générale des membres, conseil d'administration et comités. Il en résulte de nombreux apprentissages, une appropriation de l'habitat, un sentiment d'appartenance élevé et le développement de liens de solidarité. La gestion de telles organisations peut toutefois être lourde pour bien des citoyens ; elle peut demander un soutien technique et professionnel, de même que l'appartenance à une fédération ou à un réseau de partenaires offrant des services de soutien organisationnel.

Les associations et certains types de coopératives (les coopératives de solidarité au Québec, par exemple) comportent des règles permettant d'inclure plusieurs types de membres. Cette particularité fait en sorte que ces organisations ne réduisent pas leur membership à un seul type de membre votant, comme c'est le cas pour les coopératives de consommateurs, de travailleurs et de producteurs. En plus des locataires, ces résidences peuvent notamment inclure dans leur gouvernance des organisations partenaires, des membres de la communauté et des bénévoles, qui donnent aux résidences des appuis tangibles dans la localité. Dans sa « Plateforme de revendications pour une vision sociale et positive du vieillissement », la CSN privilégie ce type d'initiative et demande aux autorités « [d'e]xiger la démocratisation de la gestion des milieux d'hébergement et des services destinés aux personnes âgées, puis de reconnaître le rôle des comités de résidentes et de résidents pour l'amélioration de la qualité de vie » (CSN, 2009 : 10).

Sur le plan financier, les associations et les coopératives, qui, elles, sont encore peu nombreuses dans le domaine de l'habitation pour personnes âgées, proposent des services à des coûts concurrentiels, puisque leur objectif premier n'est pas de générer des profits. Par ailleurs, les locataires financièrement défavorisés peuvent avoir accès à une mesure fiscale. Au Québec, les résidents admissibles au programme de supplément au loyer du gouvernement du Québec ne paient que 25 % de leur revenu en loyer.

Enfin, en lien avec ce que prescrit la CSN (2009) et ce qu'offre le logement social associatif et coopératif, le *Guide mondial des villes-amies des aînés* de l'OMS (2007 : 58) suggère que les personnes âgées bénéficient d'opportunités de bénévolat. Voici certaines propositions, dont plusieurs peuvent s'appliquer aux logements sociaux :

1. Il existe toutes sortes d'activités auxquelles des bénévoles âgés peuvent participer.
2. Les organisations bénévoles sont bien établies, dotées d'infrastructures, de programmes de formation et d'effectifs de bénévoles.
3. Les compétences et les intérêts des bénévoles, d'une part, et les postes disponibles, d'autre part, sont mis en relation (à l'aide d'un registre ou d'une base de données).
4. Les bénévoles bénéficient d'un soutien dans l'exercice de leur activité ; leur transport est assuré, par exemple, et leurs frais de stationnement sont remboursés.

5. Des organisations bénévoles offrent une formation pour accéder à leurs postes.
6. Les opportunités d'emplois bénévoles ou rémunérés sont connues et annoncées.
7. Les lieux de travail sont adaptés aux besoins des personnes handicapées.
8. Le travailleur qui participe à une activité rémunérée ou bénévole n'a rien à déboursier.
9. Des aînés siègent dans les conseils consultatifs, les conseils d'administration d'organisations, etc.
10. Les aînés qui souhaitent participer à des réunions et à des manifestations citoyennes peuvent bénéficier d'un soutien — sièges réservés, aide pour les personnes handicapées, auxiliaires pour personnes malentendantes et transport.
11. Des aînés sont associés à l'élaboration des politiques, des programmes et des plans pour les personnes âgées.
12. Les aînés sont encouragés à participer.
13. Les aînés sont respectés et reconnus pour leur contribution.
14. Les employeurs et les organisations sont sensibles aux besoins des travailleurs âgés.

Dans les formules de résidence à propriété collective et de logement familial, les personnes âgées peuvent avoir recours à des soins et des services à domicile. Cet aspect de l'habitation fait l'objet de la prochaine partie.

## 2.2. L'offre de soins et de services à domicile

Toute personne qui vit suffisamment longtemps et qui ne désire pas entrer en institution se trouvera un jour dans une situation où elle aura besoin de soins médicaux et de services donnés à la maison. Le maintien à domicile comprend, d'un côté, des services de santé offerts aux aînés dans leur logement (soins à domicile) et, de l'autre, des services d'aide à la vie quotidienne que sont l'entretien du logement, la préparation des repas et autres (services à domicile). Habituellement, l'offre de soins et de services à domicile est décentralisée et provient du milieu immédiat des aînés par l'entremise d'agences publiques, d'organisations du tiers secteur, des proches aidants et des entreprises privées. Il existe également des lieux à proximité du domicile où il est possible d'obtenir des soins réguliers : les centres de jour, les centres de nuit et les *community services*. Il s'agit alors de centres offrant aux personnes des services et des soins à l'extérieur de leur foyer. Cette offre de soins et de services permet d'éviter l'hébergement, de consacrer des ressources considérables à la construction de résidences de soins de longue durée pour aînés et de respecter leur choix de demeurer le plus longtemps possible dans le logement familial.

L'acteur qui livre ce type de soins et de services a de l'importance aux yeux des bénéficiaires. Le graphique suivant présente les préférences et attentes des aînés européens en ce qui a trait à la provenance des soins et services qui leur sont fournis.

D'après un sondage réalisé en 2007 auprès d'un échantillon représentatif de l'ensemble des Européens concernant leur préférence pour un soutien à domicile en cas de besoin, celui offert par les proches reçoit l'assentiment du plus grand nombre (45 % des répondants) (European Commission, 2008 : 14). Au deuxième rang arrive le soutien à domicile donné par des professionnels de soins (24 % des répondants). On peut se demander si les attentes à l'égard des proches ne sont pas quelque peu idéalistes, considérant que la livraison quotidienne des services peut être exigeante et que la plupart

des soins ne peuvent être livrés que par des professionnels. D'ailleurs, le gérontologue Daniel Gagnon estime que dans les prochaines années les proches aidants seront mathématiquement submergés par l'augmentation du nombre de personnes à aider (Centrale des syndicats du Québec, 2011 : 11). En effet, au Québec, d'ici à 2051, la part des aidants potentiels de 15 à 64 ans passera de 69,1 % à 57,5 %, alors que la proportion de 65 ans et plus augmentera, passant de 15,9 % à 29,7 %. Outre l'évolution démographique défavorable, il faut considérer que les aînés n'ont pas tous un réseau dans lequel ils peuvent compter sur un aidant capable et disponible.

Le courant d'opinion en faveur du maintien à domicile et en défaveur de l'institutionnalisation est largement partagé parmi la population européenne (European Commission, 2008 : 14). D'après le sondage réalisé en 2007 et d'où sont tirées les informations précédentes, les répondants s'entendent à plus de 90 % sur le fait que l'État devrait offrir des soins à long terme de qualité pour les aînés et payer pour appuyer les proches aidants (par exemple, compenser la réduction de leur temps de travail salarié). On croit également qu'une offre réduite de soins à domicile (SAD) et de ressources légères décentralisées de santé entraîne une hausse des admissions en résidences de soins de longue durée, un engorgement des urgences des hôpitaux et une augmentation des coûts de santé (Langlois, 2005 : 2 ; Martin-Caron, 2013a). Peu importe qui le fournit, il semble que le soutien à domicile soit un élément important, aussi bien sur le plan des préférences des aînés que pour l'équilibre financier des systèmes de santé.

Bien des acteurs pourraient contribuer aux services à domicile, à partir des bibliothèques municipales jusqu'aux marchands locaux (Community Partnerships for Older Adults, 2009). Ces contributions peuvent relever de l'initiative de chacun et être fournies de manière non systématique, ou encore faire partie d'un plan coordonné par le réseau public ou une table de concertation (voir précédemment la définition de l'« intégration des services » de Lafortune, Béland et Bergman [2012 : 4] à la page 30). Un précurseur de l'intégration des services, le programme On Lok, a été implanté dans un quartier chinois de San Francisco dans les années 1970 (Lafortune, Béland et Bergman, 2012). Le but du programme est de maintenir le plus longtemps possible les personnes âgées dans leur milieu. L'analyse du programme montre qu'il réduit la fragmentation des services, qu'il stimule la participation des usagers et l'arrimage des acteurs locaux, réduit le taux d'hospitalisation, augmente l'offre de services de proximité et limite les coûts d'ensemble de 21 % par rapport à un groupe témoin qui ne bénéficiait pas du programme. De nombreux programmes similaires et adaptés aux réalités locales ont vu le jour dans les années 1980 et 1990 en Amérique et en Europe. Le tableau 2.6 permet de comparer trois types d'intégration des services, respectivement en France, au Québec, puis aux États-Unis / Canada.

La réussite de tels modèles d'intégration de services serait largement favorisée par l'accent mis sur l'égalité et la complémentarité des acteurs, au-delà du poids économique ou politique de chacun (Martin-Caron, 2013a). Une étude du Community Partnerships for Older Adults (2009) auprès d'une quinzaine de communautés ayant de tels programmes a permis d'identifier d'autres ingrédients de réussite :

- la participation directe des aînés et des partenaires qui ne sont pas liés directement aux soins de longue durée, afin de pouvoir considérer tous les aspects possibles ;
- la coconstruction d'un plan stratégique auquel tous les acteurs sont partie prenante, afin que tous partagent une même vision et se coordonnent ;

- la contribution en ressources de tous les participants, en vue d'assurer l'engagement et le respect mutuel de chacun ;
- le partage du leadership dans le partenariat global et ses groupes de travail ;
- l'existence de terrains neutres pour tenir des réunions ouvertes et régulières afin de développer les relations et la confiance (ce qui peut prendre du temps) ;
- la présence de professionnels rémunérés affectés au soutien du partenariat afin d'en assurer la continuité et la stabilité.

**Tableau 2.6**  
**La comparaison de trois modèles d'intégration des services**

<b>Éléments d'intégration</b>	<b>Liaison (CLIC, France)</b>	<b>Coordination (PRISMA, Québec)</b>	<b>Intégration complète (SIPA, CHOICE et PACE, États-Unis)</b>
Lien avec le système de santé	Imbriqué	Imbriqué	Niché (en parallèle)
Concertation	Ententes entre les établissements	Essentielle à tous les niveaux (gouvernance, gestion et clinique)	Essentielle pour le travail clinique seulement
Gestionnaire de cas	Parfois (coordonnateur)	Essentiel (travaille avec les équipes en place)	Essentiel (avec une équipe multidisciplinaire)
Guichet unique	Non essentiel	Essentiel	Essentiel
Plan de service individualisé	Projet d'accompagnement	Essentiel	Essentiel
Outil unique d'évaluation	Non essentiel	Essentiel pour tous les partenaires et services	Essentiel en interne seulement
Système d'information	Utile mais non essentiel	Essentiel pour tous les partenaires et services	Pour usage interne seulement
Budget	Pas d'effet	Négociation entre les partenaires	Capitation essentielle et contrats avec autres services

Source : Hébert, Tourigny et Gagnon, 2004 : 15.

Bien que les partenaires soient coordonnés et parfois même subventionnés, la possibilité que les bénéficiaires paient en partie les services est réelle. Pour les aînés ayant de faibles revenus, certains États offrent à certaines conditions des soins et des services directement à domicile ; d'autres subventionnent les usagers afin qu'ils s'offrent les services qu'ils désirent ; d'autres encore soutiennent financièrement les proches aidants. Quoi qu'il en soit, ces appuis ne couvrent généralement pas tous les besoins et les aînés doivent éventuellement assumer une partie même minime des coûts. Le tableau suivant présente la part des contributions privées des usagers aux soins à domicile dans différents pays.

**Tableau 2.7**  
**Les prestations publiques de soins à domicile par pays**  
**et la contribution des usagers aux coûts**

Pays	En nature <sup>1</sup>	En espèces <sup>2</sup>	Contribution des usagers
Allemagne	x	x	Aucune. L'État accorde jusqu'à 130 € par mois pour les services qui ne sont pas pris en charge par l'assurance publique.
Australie	x	x	Pour les soins en nature, en fonction de la capacité de payer.
Autriche		x	Les usagers paient la différence entre le montant des prestations et le coût effectif des soins.
Canada	x		Les ressources disponibles varient selon les provinces.
Corée du Sud	x		Bénéficiaires de l'aide sociale : aucuns frais. Autres : frais ajustés en fonction du revenu.
Espagne	x		73 % des coûts totaux des soins en 1998, d'après une estimation.
États-Unis	x		Medicare : soins infirmiers à domicile : gratuits. Soins infirmiers spécialisés : jusqu'à 20 jours, gratuits ; de 20 à 100 jours, 105 \$ US par jour ; au-delà de 101 jours, 100 % des coûts. Medicaid : selon la situation financière du bénéficiaire.
Hongrie	x	x	Programme 1 : frais fixés par l'établissement dans la fourchette définie par l'administration locale. Programme 2 : services « de base » gratuits. Services « améliorés » moyennant des frais.
Irlande	x		Services « infirmiers communautaires » gratuits, mais frais pour les aides à domicile selon le revenu.
Japon	x		Les utilisateurs paient 10 % des coûts.
Luxembourg	x	x	Les utilisateurs paient la différence entre le montant des prestations et le coût des soins.
Norvège	x		Soins infirmiers à domicile gratuits. Pour l'aide à domicile, participation des usagers.
Nouvelle-Zélande	x		Aucune.
Pays-Bas	Budget géré par usager		Frais selon le revenu.
Pologne	x	x	Aucune.
Suède	x		Participation modérée des utilisateurs définie par l'administration locale.
Suisse	Combinaison		Élevée.

1 L'État et ses établissements prodigent eux-mêmes les soins.

2 L'État accorde un soutien financier pour que les usagers paient eux-mêmes pour les soins.

Source : OCDE, 2005 : 27.

Le tableau précédent révèle que la participation financière des usagers pour les soins à domicile est fréquente, qu'elle soit fixe ou ajustée aux revenus. Il est fort possible que la contribution demandée puisse limiter l'accessibilité à ce type de soins. D'ailleurs, d'après le tableau suivant, il existe de l'insatisfaction dans plusieurs pays européens à l'égard de l'accessibilité financière aux soins à domicile. Sur 27 pays, cinq comptent plus de 70 % d'insatisfaits, dix ont entre 50 % et 69,9 % de population insatisfaite, puis sept ont entre 30 % et 49,9 % d'insatisfaits. Seulement cinq pays européens ont donc moins de 30 % d'insatisfaits sur le plan de l'accessibilité financière aux SAD, le Danemark (4,8 %) et le Luxembourg (12,9 %) en tête.

**Tableau 2.8**  
**La satisfaction des usagers européens sur différents aspects des soins à domicile, 2007**

Pays	Accessibilité financière	Accès général	Qualité
Danemark	4,8	24,7	36,3
Luxembourg	12,9	8,8	12,2
Belgique	22,2	13,1	7,1
Pays-Bas	23,8	37,5	26,2
Suède	24,5	25,3	24,4
France	33,0	24,5	16,6
Royaume-Uni	39,2	39,3	35,8
Espagne	41,4	39,0	25,9
Pologne	45,3	41,3	54,6
Lettonie	46,7	64,3	48,0
Lituanie	46,9	57,5	47,9
République tchèque	47,9	60,3	24,7
Finlande	51,9	52,1	34,6
Allemagne	54,9	14,9	26,5
Italie	55,1	59,7	58,0
Chypre	57,5	24,1	33,3
Irlande	57,6	49,7	45,0
Estonie	59,0	55,7	44,2
Slovaquie	60,3	62,3	46,9
Hongrie	61,3	60,2	47,0
Malte	61,4	22,4	11,5
Autriche	63,5	45,9	26,4
Portugal	70,4	55,2	52,9
Slovénie	71,7	55,6	24,4
Bulgarie	73,4	79,1	71,5
Grèce	76,4	51,6	54,7
Roumanie	81,6	66,8	68,7

Source : Ranci *et al.*, 2013 : 42 (données du Eurobarometer, 2007).

Au-delà l'accessibilité financière, la question de l'accessibilité générale se pose. En effet, un programme de soins à domicile gratuit peut tout de même comporter des barrières : critères restreints pour en bénéficier, lourdeur des processus, offre de soins et de services de mauvaise qualité ou peu adaptés, etc. Cela explique la variété de l'insatisfaction, dans un même pays, à l'égard de l'accessibilité financière et de l'accessibilité générale. La difficulté d'accès aux soins à domicile peut mettre de la pression sur les proches et sur les réseaux informels des personnes âgées sur les plans moral et financier ainsi qu'au regard de leur disponibilité (pour un déplacement vers un établissement de soins, par exemple).

### **2.3. Les modalités de financement du logement social et de ses innovations**

Dans cette partie, la recension s'arrête aux écrits qui ont évoqué les différentes manières de financer les initiatives de logement en faveur des aînés. Certains textes se sont intéressés à un phénomène relativement récent, soit la vente des actifs publics de logement social. Nous évoquerons pour clore cette partie l'expérience du Québec en matière de financement hybride des nouveaux projets de logement destinés aux personnes âgées.

#### **2.3.1. Un portrait général du financement du logement social dans le monde**

Selon le rapport de Pittini et Laino (2011), le logement social en Europe fut d'abord une initiative du secteur privé à but lucratif et d'initiatives philanthropiques et charitables, afin de répondre aux nouveaux besoins liés l'industrialisation et à l'urbanisation. Plusieurs États devinrent à leur tour des acteurs importants du logement social lors de la Seconde Guerre mondiale, principalement afin de répondre aux besoins des soldats de retour du front (Tsenkova, 2008 ; FRAPRU, 2013). Dans les années 1990 et 2000, en Europe comme au Canada, on assiste à une décentralisation des responsabilités vers le régional et le local, le tout accompagné de reculs graduels de l'État sur le plan du financement. Il en résulte une grande diversité de modèles conjuguant la participation d'acteurs privés, publics et associatifs. Le tableau suivant rend compte des différents mécanismes pour rendre le logement abordable, une notion plus large que celle de logement social, dans la mesure où les autorités tentent de rendre économiquement accessible le logement sans pour autant se limiter aux formules reconnues telles que les HLM, le logement associatif et les résidences publiques de soins.

**Tableau 2.9**  
**Les principaux mécanismes de financement du logement abordable**

<b>Mécanismes de financement</b>	<b>Description</b>
Subventions	Moyen direct d'influencer l'offre de logements. Les subventions sont limitées par les fonds disponibles et les engagements politiques. On s'en sert souvent pour attirer ou sécuriser d'autres sources de financement.
Terrain à prix réduit	Mécanisme traditionnellement associé au développement local dans les contextes où l'État est un grand propriétaire terrien. Ce moyen est limité par la disponibilité des terrains et influencé par les conditions du marché.
Prêts publics	Mécanisme le plus utilisé traditionnellement pour financer le logement abordable. Il s'agit d'un moyen efficient. Les liquidités renouvelables (par le biais des remboursements de prêts) peuvent offrir un potentiel de réinvestissement à long terme. Freiné récemment par les capacités d'emprunt limitées du secteur public ainsi que par l'attrait des faibles taux hypothécaires du secteur privé. Les conditions des prêts peuvent être plus flexibles dans le secteur public.
Circuits d'épargne garantie pour des investissements particuliers	Permet d'atteindre un flux de crédit abordable pour les programmes de logements abordables. Toujours soutenu dans certains pays, alors que dans d'autres ces modèles ont été démantelés afin d'améliorer la compétitivité des banques locales par rapport aux banques étrangères.
Prêts privés	De plus en plus utilisés pour financer, en partie ou en entier, le logement abordable. Généralement vulnérable aux contextes financiers changeants. L'efficacité du mécanisme varie selon l'État.
Bonifications d'intérêts	Mécanisme utile dans la phase initiale d'un prêt hypothécaire afin de réduire les coûts.
Crédits de taxe aux investissements privés	Utilisé dans le but de canaliser les investissements privés ainsi que pour indemniser les investisseurs qui connaîtraient un retour sur l'investissement nul ou très faible.
Garantie publique d'investissements privés	Garanties à coût moindre soutenues par le gouvernement pour réduire les risques pour les institutions financières investissant dans le logement abordable.
Crédits de taxe pour les fournisseurs de logement abordable	Privilèges fiscaux pour compenser les efforts des organisations enregistrées. Il s'agit, par exemple, des déductions sur les revenus et investissements, des amortissements dérogatoires, des réductions sur les taxes de vente ou de propriété, des exemptions de taxe sur le gain de capital et ainsi de suite.
Utilisation de réserves et de surplus	Certaines organisations matures œuvrant dans le logement ( <i>housing organizations</i> ) peuvent puiser dans leurs bilans, réserves et excédents pour investir davantage pour des logements. Les fonds peuvent être réunis afin d'aider d'autres organisations, en vue de soutenir l'innovation et la compétition.
Participation financière des locataires	Certains modèles de financement intègrent un petit apport des locataires. Les gouvernements peuvent aider les locataires à faibles revenus à faire cette contribution. Des contributions plus substantielles peuvent éventuellement conduire les locataires à devenir propriétaires de leur logement.

Source : Milligan *et al.*, 2009 : 28. Les auteurs se sont inspirés d'expériences européennes, américaines et australiennes.

Les auteurs du tableau précédent font ressortir les facteurs qui permettent la mise en œuvre de ces mécanismes de financement et le développement du logement social sur un territoire. Ces facteurs dépendent de l'existence fonctionnelle :

- d'un modèle mixte (public, privé et associatif) et efficient de financement ;
- de plans stratégiques sous forme de politiques et de mécanismes assurant la création de logements abordables bien situés, dans un cadre budgétaire et temporel précis ;
- d'une variété de fournisseurs capables d'attribuer et de gérer les habitats ;
- de politiques publiques couvrant les conditions d'accès, les normes de qualité et le domaine des affaires relativement à la gestion des ressources dans le développement du logement abordable ;
- d'un système robuste de surveillance, de contrôle et de redressement assurant au gouvernement, aux investisseurs et aux consommateurs que les retombées des politiques publiques et les financements seront bien gérés ;
- d'infrastructures et de mesures de soutien et de développement de compétences servant à assurer et à consolider les potentialités du secteur de l'habitation (Milligan *et al.*, 2009 : 25).

### **2.3.2. Le financement des innovations**

Les opportunités et les moyens de financement de l'innovation ne sont pas exactement les mêmes que ceux du logement social. L'innovation est « un phénomène complexe dont les retombées sont empreintes d'un degré d'incertitude plus ou moins grand selon le type, la phase et l'intensité, eu égard à la taille de son promoteur » (Beaudoin et St-Pierre, 1999 : 32). Cette incertitude liée à l'innovation est associée à des degrés de risque pour les bailleurs de fonds. Afin de gérer ces risques, les financeurs de l'innovation doivent généralement être spécialisés dans un domaine ou avoir d'autres ambitions que le retour de profit direct et à court terme. La spécialisation nécessaire pour les bailleurs de fonds fait en sorte que tous les secteurs de l'innovation ne sont pas desservis également. Les tendances et les modes sur le plan technologique notamment orientent également les programmes publics et les fondations philanthropiques, par exemple. On peut tout de même relever certaines tendances en matière de financement de l'innovation, comme l'illustre le tableau suivant inspiré par un document de l'OCDE.

**Tableau 2.10**  
**Les modalités de financement de l'innovation**

<b>Financement</b>	<b>Principales caractéristiques</b>	<b>Observations</b>
Prêts bancaires	L'un des outils les plus répandus d'accès au financement. Nécessite des cautions ou des garanties.	Obligation de remboursement
Subventions	Utilisées comme financement initial pour les jeunes entreprises et les PME innovantes pendant et après le démarrage. Exemples : le programme Small Business Innovation Research aux États-Unis et l'équivalent aux Pays-Bas et au Royaume-Uni (Innovation Investment Fund). Tarifs d'achat garantis au Danemark et en Allemagne. Fonds OSEO France.	Moyen de pallier les insuffisances du marché pour le financement d'amorçage et le stade initial
Investisseurs providentiels	Source de financement pour les stades précoces et risqués des projets. Outre des fonds, ils apportent des conseils et un tutorat en management d'entreprise. Ils interviennent fréquemment sous forme de groupes ou de réseaux, par exemple Tech Coast Angels et Common ANGELS aux États-Unis et Seraphim Fund au Royaume-Uni.	Financement d'amorçage et aux premiers stades
Capital de risque	Intervient plutôt aux stades ultérieurs, moins risqués, de la croissance de l'entreprise. Parfois appelé « capital patient », le capital de risque s'étend sur des périodes prolongées (10 à 12 ans) : investissement, maturation et sortie. Exemples : Pre-seed Fund et Innovation Investment Fund en Australie ; Yozma Fund en Israël ; Seed Fund Vera en Finlande ; Scottish Co-investment Fund au Royaume-Uni.	Financement au stade d'expansion
Participation-pari ( <i>corporate venturing</i> )	Prise de participation par une grande entreprise dans une <i>startup</i> innovante afin d'accroître sa compétitivité dans une optique stratégique ou financière.	Motivation stratégique
Financement participatif ( <i>crowd funding</i> )	Outil de financement collectif <i>via</i> Internet qui permet aux petites entreprises de lever des capitaux plus facilement pour le démarrage et les premiers stades.	Risque de fraude
Incitations fiscales	Large gamme d'aides fiscales à la recherche et au développement ainsi qu'à l'investissement d'entrepreneuriat présentes dans la plupart des pays. Exemples : Enterprise Investment Scheme au Royaume-Uni ; réduction de l'impôt de solidarité sur la fortune (ISF) en France ; Business Expansion Scheme en Irlande ; fonds de travailleurs au Québec.	Mesure indirecte, non discriminatoire

OCDE, 2012 : 183.

D'après ce tableau, le financement peut être séparé en prêts et subventions. Certains prêts, comme les prêts bancaires classiques, nécessitent généralement des garanties et un remboursement rapide. L'accès est donc difficile pour les jeunes entreprises et même risqué pour tout emprunteur. À l'opposé, le capital de risque ou capital patient permet d'emprunter avec peu ou pas de garantie, et aussi de rembourser dans des délais plus longs avec un taux d'intérêt minime ou nul. Le capital de risque peut être soutenu par l'État

(Investissement Québec, par exemple) ou par d'autres fonds à vocation de développement socioéconomique (le Fonds de solidarité des travailleurs de la FTQ et Fondation de la CSN, par exemple, sur lesquels nous reviendrons). Les États peuvent d'ailleurs modifier les règlements applicables aux investisseurs afin de favoriser les investissements en capital de risque de la part, par exemple, des fonds de pension et des compagnies d'assurance (Beaudoin et Saint-Pierre, 1999 : 30). D'autres types de financement privé peuvent impliquer des remboursements ou une prise de pouvoir du prêteur dans l'organisation. Selon les ententes, ces modes de financement privé incluent le financement participatif (*crowd funding*, par exemple kickstarter.com), la participation pari (*corporate venturing*) (une grande entreprise investit dans une plus petite) et l'investissement providentiel (des groupes et des réseaux soutiennent moralement et financièrement des entreprises en démarrage) (OCDE, 2012 : 183).

Bien que privé, l'investissement providentiel est encouragé par plusieurs gouvernements qui fournissent des incitatifs fiscaux (notamment au Portugal, en Israël et au Royaume-Uni). À cela s'ajoutent plusieurs programmes de subventions. L'orientation de ces programmes est généralement influencée par les tendances mondiales et les stratégies d'insertion des économies locales dans un marché plus vaste. Par exemple, les programmes supranationaux de financement de l'innovation par la Commission européenne et le Enterprise Europe Network portent principalement sur l'utilisation des TIC et l'efficacité énergétique. En plus de ces modes de financement répertoriés par l'OCDE, il n'est pas rare que le financement inclue les prêts gouvernementaux habituellement à faible taux et à long terme, comme le fait le programme de prêts VaekstFonden au Danemark, les garanties de prêts, comme le faisait SOFARIS en France, ou même les garanties de fonds propres comme dans le cas du conseil de garantie finnois (Beaudoin et Saint-Pierre, 1999 : 30). Ces deux derniers moyens sont plutôt des incitations financières réduisant les risques des prêteurs.

Outre le financement étatique, il existe des fonds de travailleurs qui procurent du capital de risque. Par exemple, créé en juin 1983, le Fonds de solidarité de la centrale syndicale québécoise FTQ est une société de capital de développement comptant près de 450 employés. Financé par plus de 575 000 travailleurs, son actif atteignait plus de 7,3 milliards de dollars en 2010. En y investissant, les travailleurs deviennent actionnaires du Fonds et bénéficient d'un crédit d'impôt de 15 % auprès de chaque gouvernement, provincial et fédéral. Versées dans un régime enregistré d'épargne-retraite (REER), les actions permettent aux travailleurs-actionnaires de bénéficier d'une déduction fiscale additionnelle. En acceptant de ne pas toucher à leurs contributions jusqu'au moment de leur retraite, les travailleurs-actionnaires du Fonds permettent à celui-ci de planifier à long terme et de consentir du financement à des entreprises, sans pour autant mettre à risque les économies des employés. La mission du Fonds de solidarité est centrée avant tout sur la création, le maintien et la sauvegarde de l'emploi au Québec, au moyen de l'investissement dans des entreprises qui ont un impact sur l'économie québécoise. Le Fonds vise également à favoriser la formation des travailleurs et des travailleuses dans le domaine de l'économie ; en plus de bénéficier d'activités précises de formation sur les affaires de leur entreprise, les salariés sont représentés au conseil d'administration de l'entreprise appuyée par le Fonds, selon les modalités d'une convention qui unit l'entreprise et le Fonds. Enfin, le Fonds vise à sensibiliser les travailleurs et les travailleuses à l'importance de l'épargne en vue de la retraite (Lévesque, 2000).

Du côté des investisseurs providentiels, il existe une dynamique du financement de l'innovation selon laquelle le passage d'un certain seuil de diffusion est crucial. Dans son ouvrage *Billions of Drops in Millions of Buckets*, Steven H. Goldberg (2009) compare la popularisation d'un projet social à celle d'un nouveau produit technologique. La diffusion d'une innovation démarre avec l'appui d'un groupe restreint de consommateurs friands de nouveautés. Du côté de la philanthropie, à ce stade, quelques donateurs parmi les plus audacieux soutiennent l'infrastructure qui expérimente avec succès les solutions envisagées. Dans le cas de mise en marché d'un nouveau produit, l'attitude d'un certain groupe de consommateurs est cruciale pour franchir le fossé (*chasm*) entre les consommateurs de nouveautés et la population en général qui, elle, n'est pas du tout intéressée par le risque et veut plutôt être assurée de la fiabilité de son achat. Ce groupe de consommateurs intermédiaires prêts à prendre un risque modéré demande à être convaincu qu'il s'agit d'un produit utile et qui fonctionne. Dans le domaine de la philanthropie financière, ce groupe correspond aux grandes fondations et aux agences gouvernementales. Avec l'engagement du groupe, si la démonstration est faite que la solution est viable et efficace, les donateurs individuels (la population) suivront. La fragmentation des appuis financiers limite bien sûr les possibilités de franchir le fossé qui sépare le groupe des innovateurs tolérants au risque et la population qui préfère l'assurance d'une participation socialement utile.

Le logement social, adapté et intergénérationnel d'aujourd'hui est aussi généralement innovant (efficacité énergétique, utilisation de TIC, développement de modèles hybrides comportant des volets commerciaux, adaptation des logements, etc.) et ses promoteurs cherchent à profiter des différents modes de financement. Avant de penser à construire et développer davantage de logements sociaux, adaptés et intergénérationnels, plusieurs gouvernements tentent plutôt d'alléger le poids de ces constructions dans ses dépenses. La section suivante traite de certaines stratégies envisagées.

### **2.3.3. Vente des investissements publics dans le logement social**

Plusieurs États se sont départis d'une partie de leurs avoirs dans le logement social en souhaitant, dit-on, réaliser des économies, responsabiliser les locataires et favoriser une gestion plus efficace. Le tableau suivant rend compte d'un document produit en Grande-Bretagne et qui fait le point sur les acquéreurs des investissements publics dans le logement social.

**Tableau 2.11**  
**Mécanismes de vente et acquéreurs des logements sociaux**

Pays	Acquéreurs		
	Associations et coopératives	Entreprises privées	Propriétaires occupants
Royaume-Uni	Vente par les autorités locales aux associations œuvrant en habitation (transferts volontaires à grande échelle).***	Aucun acquéreur.	Vente par les autorités locales et associations œuvrant en habitation aux occupants ( <i>Right to Buy</i> ).***
Pays-Bas	Vente par les autorités locales aux associations œuvrant en habitation.***	Aucun acquéreur.	Vente par les associations œuvrant en habitation aux occupants.*
Allemagne	Vente par le réseau public aux coopératives.*	Vente de logements municipaux aux entreprises privées à but lucratif.***	Vente par les entreprises publiques municipales aux résidents.*

Source : Traduction libre de Scanlon et Whitehead, 2008 : 127.

\* Peu fréquent.

\*\*\* Très fréquent.

Au Royaume-Uni et aux Pays-Bas, la vente des propriétés publiques de logement social s'est faite dans un contexte de déconcentration et de compressions dans le secteur public. Au Royaume-Uni, le gouvernement a vendu des projets rentables (ou sans trop de dettes) aux instances régionales autrefois gestionnaires qui, en fait, avaient changé de statut légal. La vente s'est effectuée avec le consentement des locataires qui votaient. Ceux-ci ont eu des garanties de hausses limitées de loyers afin de les aider dans leurs décisions. Par ailleurs, le *Right to Buy* (le droit d'acheter) fut introduit par le gouvernement Thatcher dans les années 1980. L'idée première était de favoriser la propriété par les occupants et, bien sûr, de faire en sorte que l'État économise. À condition d'être locataire depuis trois ans, il était alors possible de faire l'achat à 66 % du prix du marché, moins 1 % par année supplémentaire d'occupation jusqu'à 50 % du prix du marché. Le plan est devenu plus généreux avec le temps : il s'est étendu aux occupants ayant au moins deux ans de résidence et permettant jusqu'à 70 % de déduction. Les retombées du plan sont mitigées. Le programme aurait permis, entre autres, de favoriser la mixité sociale et la stabilité résidentielle sur plusieurs territoires.

Le processus de transfert fut semblable aux Pays-Bas. Là encore, pour des raisons d'économies pour l'État, les offices municipaux d'habitation sont devenus des associations qui prirent de l'ampleur en fusionnant et en prenant la forme, pour la plupart, de fondations. Il est à noter que certaines associations connurent des problèmes financiers. La vente aux résidents a été faite sous trois programmes. Le premier consistait à vendre un peu en dessous du prix du marché, tout au plus entre 5 % et 10 % plus bas. La vente fut évidemment moins importante qu'au Royaume-Uni. Le second programme consistait à vendre entre 25 % et 30 % du prix du marché. Puis, advenant la vente de la propriété, le locataire devait accorder 50 % du profit réalisé à l'association. Le troisième programme permettait d'acheter une partie (au moins 50 %) de la structure physique de l'habitat, sans

le terrain. Si le locataire vendait, il devait donner à l'association l'équivalent de la partie qu'il n'avait pas achetée en considérant la hausse du marché. Les achats permettraient ici aussi de favoriser la stabilité résidentielle et la mixité sociale dans sur les territoires. Une des associations des Pays-Bas donne aux nouveaux locataires le choix entre la location, l'achat et des modalités intermédiaires.

En Allemagne, avant la réforme de 2006, le gouvernement fédéral investissait dans le logement social, et un large éventail d'acteurs étaient concernés. Depuis cette réforme, environ 100 000 logements perdent chaque année leur vocation sociale, alors que seulement 40 000 logements sociaux sont construits avec l'appui des programmes municipaux. La formule coopérative est maintenant souvent privilégiée, puisque les règles des coopératives les obligent à respecter les demandes de leurs membres, contrairement aux entreprises privées qui recherchent le plus grand profit possible. Celles-ci ont tendance à augmenter les loyers, à négliger l'entretien, à filtrer davantage les locataires potentiels et à vendre à prix élevé aux occupants.

Ces diverses façons de transférer la propriété publique du logement social soulèvent au moins trois types de problèmes. Premièrement, l'habitation est dépouillée de son projet social. On remarque une diminution de l'abordabilité des logements et de la qualité des logements. Deuxièmement, à la suite de l'achat des logements sociaux par les locataires, ceux-ci peuvent éprouver des problèmes financiers lorsque vient le temps d'effectuer des travaux d'entretien ou de rénovation. Troisièmement, la construction de nouveaux logements sociaux est compromise. L'Allemagne, par exemple, se trouve actuellement en pénurie de logements sociaux et ne dispose plus de programmes de financement adéquat pour en développer. Le souci d'économie du gouvernement réduit ainsi la capacité d'une frange de la population âgée d'améliorer sa vie, car elle ne dispose pas de logement abordable ou de qualité. De plus, l'économie liée à la construction de logements sociaux coûte plus cher à l'État en paiements de transfert, car celui-ci doit souvent payer pour des loyers élevés gérés par des entreprises privées (Scanlon et Whitehead, 2008).

#### **2.3.4. Un modèle de financement hybride : l'exemple du Québec**

Au Canada, l'évolution des programmes d'habitation et de logement social est marquée actuellement par un transfert des responsabilités du gouvernement fédéral vers les provinces, à cause d'un vide juridique dans la Constitution sur la responsabilité du logement social (Dansereau, 2005 : 9). On observe également un certain transfert de tâches, des provinces vers les municipalités et le milieu associatif (FRAPRU, 2013 ; Maroine, 2013). C'est ainsi que, peu à peu, ces trois acteurs ont conjugué leurs efforts pour développer du logement social, notamment pour les aînés (FRAPRU, 2013 : 31).

L'histoire nous apprend que le gouvernement fédéral s'est beaucoup impliqué dans le logement à partir de la Seconde Guerre mondiale, avec l'adoption de la Loi nationale sur l'habitation de 1944 (reprenant toute la législation relative à l'habitation) et la création de la Société canadienne d'hypothèques et de logement (SCHL). Constituée en société d'État en 1946, la SCHL est devenue le plus grand assureur de prêts hypothécaires au pays (SCHL, 2013). Leurs risques étant limités, les institutions financières sont plus enclines à prêter aux ménages moins nantis et à de meilleurs taux (Dansereau, 2005 : 16). L'assurance hypothécaire fonctionne dès lors dans un marché concurrentiel tout en poursuivant des

buts à finalité sociale. Au fil des années, la SCHL est également devenue prêteur direct et a mis sur pied des programmes afin d'attirer des fonds pour le financement hypothécaire. Garantis financièrement par cette société, plusieurs projets de logements sociaux furent réalisés à travers des ententes de financement à long terme (35 ou 50 ans), que ce soit pour du logement public, coopératif ou associatif, de même que pour des projets d'habitation en milieu rural et pour les autochtones (FRAPRU, 2013). Au Québec, le financement fédéral des logements passait principalement par des ententes avec les organismes provinciaux (principalement la SHQ). Aujourd'hui, en 2013, les ententes prennent progressivement fin et le FRAPRU (2013 : 38) estime que, d'ici à 2030, environ 127 000 logements sociaux du Québec ne bénéficieront plus de ces subventions. Cette fin des ententes, qui coïncide avec le dernier paiement pour l'hypothèque du projet, touchera principalement l'Aide assujettie au contrôle du revenu (AACR) aux locataires à faible revenu qui, grâce à elle, pouvaient se loger en payant seulement 25 % de leur revenu. Il n'est toujours pas décidé si les coopératives et les associations en habitation ainsi que les organismes provinciaux gérant les HLM et les subventions aux loyers auront à faire le choix de prendre eux-mêmes en charge ces nouvelles dépenses. La Confédération québécoise des coopératives d'habitation (CQCH) travaille actuellement à l'élaboration d'un plan à ce sujet pour les coopératives et les associations.

Le Québec agit dans le domaine du logement par l'entremise de la Régie du logement et de la Société d'habitation du Québec. Créée en 1980, la Régie du logement représente en fait un tribunal administratif spécialisé en bail résidentiel. Sa déclaration de mission va ainsi :

Nous :

- favorisons la conciliation entre locateurs et locataires ;
- décidons des litiges dont nous sommes saisis, dans le cadre d'une procédure simple et respectueuse des règles de justice naturelle ;
- informons les citoyens sur les droits et obligations découlant des relations entre locateurs et locataires ;
- veillons, dans certaines circonstances, à la conservation du parc de logements ;
- produisons des études et établissons des statistiques sur la situation du logement (Régie du logement, 2010).

L'autre organisme provincial responsable de l'habitation, la Société d'habitation du Québec (SHQ), fut créé en 1967, d'abord pour développer les programmes HLM et rénover le parc locatif. Elle s'est vu confier d'autres mandats au cours des années. Elle est « l'organisme responsable de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques et des programmes d'habitation » au Québec, en plus d'être le conseiller principal du gouvernement provincial en la matière (SHQ, 2003 : 1). Elle gère, entre autres, le programme Allocation-logement et, depuis 1997, le programme AccèsLogis qui encadre la réalisation des logements sociaux et à travers lequel transite une grande partie de l'argent des programmes fédéraux en logement social. Il est donc à noter que la fin des ententes avec le fédéral impliquera éventuellement une hausse des dépenses provinciales en la matière. Le programme Allocation-logement est :

Une aide financière versée directement aux locataires (de même qu'à des propriétaires, à des chambreuses et à des chambreurs) pour les aider à payer leur

loyer. Elle s'adresse à des ménages à très faible revenu qui peuvent, via ce programme, recevoir jusqu'à un maximum de 80 \$ par mois. L'allocation-logement est réservée aux ménages comprenant une personne âgée de plus de 53 ans (depuis 2011-2012, l'âge d'accès baisse d'un an à chaque 1<sup>er</sup> octobre, jusqu'à 50 ans) ou ayant des enfants mineurs (FRAPRU, 2013 : 37).

Le FRAPRU (2013 : 38) souligne que le montant maximal de ce programme n'a pas été ajusté depuis 1997, alors que les loyers ont grimpé en moyenne de près de 40 %. De plus, les personnes seules (ainsi que les couples sans enfants) ne peuvent bénéficier de ce programme alors qu'ils en auraient besoin. Environ 40 % des ménages composés d'une seule personne entre 18 et 54 ans consacraient au logement plus de 50 % de leur revenu. Finalement, le manque d'information destinée à faire connaître le programme contribue à faire diminuer le nombre de personnes qui y ont recours (de 155 414 en 1997 à 102 423 en 2011-2012).

Bien qu'il soit limité en matière de ressources, le programme AccèsLogis appuie le développement du logement social. Selon l'Association des groupes de ressources techniques (GRT) du Québec (les GRT sont officiellement reconnues pour assurer le conseil et le soutien des projets au niveau local), plusieurs projets ont été suspendus en 2012 en attendant la décision du gouvernement fédéral sur l'avenir de la SCHL et, conséquemment, le financement d'AccèsLogis. Le tableau suivant résume son fonctionnement à ce jour.

**Tableau 2.12**  
**Synthèse du programme AccèsLogis (Québec)**

Type de projet	Description	Subvention (% des coûts de réalisation admissibles)	Contribution minimale du milieu (% des coûts de réalisation admissibles)	Supplément au loyer (% des ménages locataires)
Volet 1	Logements pour des ménages à revenu faible ou modeste	50	De 5 à 15	Entre 20 et 50
Volet 2	Logements permanents avec services pour des personnes âgées en légère perte d'autonomie	50	De 5 à 15	Entre 20 et 50
Volet 3	Logements permanents ou de transition	50	15	Entre 20 et 100
	Hébergement d'urgence (chambres)	66	15	Non admissible
	Logements temporaires pour des personnes victimes de violence familiale	100	0	Non admissible

Source : SHQ, 2009 : 2.

Le programme prévoit que le gouvernement finance jusqu'à 50 % d'un projet de coopérative ou d'OBNL d'habitation ; le milieu devrait contribuer à environ 15 % du projet, puis le promoteur à environ 35 %. Il va de soi que le nombre de projets est limité (ou permis) par l'apport gouvernemental, mais aussi par celui, inégal selon la situation, des milieux et promoteurs. La part du promoteur est d'ailleurs parfois très difficile à réunir et demande alors une plus grande somme en provenance du milieu, entraînant souvent de plus grands délais de réalisation. La part du milieu (5 à 15 % du projet, en fonction du niveau de défavorisation local) provient de campagnes de financement, de services à titre gracieux et de legs particuliers (don d'un terrain ou d'un bâtiment). Pour chaque projet réalisé, jusqu'à 50 % des locataires ont droit à un supplément au loyer leur permettant de payer 25 % de leur revenu en guise de loyer. Quant aux autres locataires, ils paient au moins 75 % et au plus 95 % du loyer médian du marché environnant (FRAPRU, 2013 : 36). Cette clause ajustant les loyers en fonction du milieu peut être problématique en contexte de fortes hausses de ceux-ci. Dans plusieurs expériences de création de logements sociaux pour les aînés à partir du programme AccèsLogis, on remarque l'implication des élus municipaux et des municipalités elles-mêmes (Bilodeau, 2013 ; Trudel, 2013). Il faut dire que les responsabilités des municipalités en matière de services de proximité, d'environnement bâti et même de santé sont de plus en plus mises en avant, notamment par des réseaux internationaux de villes (Réseau Villes et villages en santé, Villes et villages d'art et de patrimoine, Villes amies des aînés, Municipalités amies des aînés, etc.).

#### **2.4. Les particularités des milieux urbain et rural**

Nous nous intéressons dans cette partie aux particularités du développement de logements adaptés pour aînés dans les milieux ruraux et urbains. Nous nous donnons d'abord des critères pour apprécier la qualité du logement pour les aînés, à partir du *Guide mondial des villes-amies des aînés* de l'OMS (2007 : 36).

**Tableau 2.13**  
**Les critères d'un habitat adapté aux aînés selon l'OMS**

<b>Conception</b>	<p>Les habitations sont bien construites, en matériaux appropriés. Elles sont suffisamment spacieuses pour permettre aux aînés de se mouvoir sans entraves. Les logements sont convenablement isolés en fonction des conditions climatiques (climatisées ou chauffées). Les habitations sont adaptées aux personnes âgées : sols réguliers, couloirs assez larges pour les fauteuils roulants ; salles de bain, toilettes et cuisines conçues de façon appropriée.</p>
<b>Modifications</b>	<p>Les habitations sont modifiées pour répondre aux besoins des personnes âgées. Les modifications sont d'un prix abordable. Il est facile de se procurer le matériel nécessaire pour modifier les habitations. Une aide financière est fournie pour apporter des modifications aux habitations. On a une bonne connaissance des modifications nécessaires pour répondre aux besoins des personnes âgées.</p>
<b>Entretien</b>	<p>Les services d'entretien sont à la portée financière des personnes âgées. On trouve des prestataires de services qualifiés et fiables pour effectuer les travaux d'entretien. Les logements sociaux, les locations et les parties communes sont bien entretenus.</p>
<b>Vieillir chez soi</b>	<p>Les habitations sont situées à proximité des services et des infrastructures. Des services d'un coût abordable sont fournis pour aider les personnes âgées à rester chez elles et « vieillir chez soi ». Les personnes âgées sont bien informées sur les services disponibles pour les aider à vieillir chez elles.</p>
<b>Intégration sociale</b>	<p>La conception des logements aide les aînés à rester intégrés dans la société.</p>
<b>Choix de logements</b>	<p>Il existe dans le quartier tout un éventail de logements appropriés et financièrement accessibles aux personnes âgées, et notamment aux aînés handicapés ou de santé fragile. Les personnes âgées sont bien informées sur les logements disponibles.</p>
<b>Habitations</b>	<p>Des logements pour personnes âgées en nombre suffisant et d'un prix abordable sont disponibles dans le quartier. Les résidences pour personnes âgées offrent un choix de services, d'équipements et d'activités appropriés. Les habitations pour personnes âgées sont intégrées dans la communauté environnante.</p>
<b>Cadre de vie</b>	<p>Les logements ne sont pas surpeuplés. Les aînés vivent confortablement dans leur habitation. Les habitations sont situées en dehors des zones à risque en cas de catastrophe naturelle. Les personnes âgées se sentent en sécurité dans leur environnement.</p>

Source : OMS, 2007 : 36.

L'Organisation mondiale de la santé (2007) préconise un habitat respectant ces critères, peu importe qu'il soit situé en milieu rural ou urbain. Pourtant, les environnements rural et urbain diffèrent sur plusieurs points : l'accès à certains services (logement, transport, nourriture, soins de santé, etc.) ; la densité de population et la distance entre les lieux ; les normes sociales liées aux valeurs et aux habitudes de vie au quotidien.

Avant d'aller plus loin, attardons-nous aux termes. Statistique Canada définit ainsi la zone rurale : « Elle désigne la population qui vit dans les villes et municipalités situées à l'extérieur des zones de migration quotidienne des grands centres urbains (c'est-à-dire ceux qui comptent 10 000 habitants ou plus) » (Lenk, 2003). L'OCDE ajoute la dimension de densité de population. Une collectivité rurale aurait une densité de population de moins de 150 personnes par kilomètre carré (Lenk, 2003). La distance par rapport à une grande ville doit également être prise en compte. Ainsi, les milieux ruraux se distingueraient des milieux urbains par une population moins importante, une plus faible densité de résidents et un éloignement par rapport aux grands centres urbains. Ces éléments ont de l'influence sur l'existence et sur l'accessibilité des services et des emplois (et à la diversité de ceux-ci), ainsi que sur le dynamisme de l'économie locale. Par exemple, selon le rapport de Pittini et Thorogood (2012 : 6), 92 % du territoire européen est rural, représentant toutefois seulement 52,8 % des emplois ainsi qu'un revenu trois fois plus petit qu'en milieu urbain. À ce propos, il est important de souligner qu'il existe plusieurs formes de milieux ruraux et urbains.

En ce qui a trait aux aînés et aux différences dans leurs conditions de vie selon le contexte urbain-rural au niveau mondial, le *Guide mondial des villes-amies des aînés* (OMS, 2007) indique qu'une majorité (80 %) de personnes âgées dans le monde habitent en milieu urbain. Les projections penchent vers un accroissement de cette tendance. Actuellement, près de la moitié de la population mondiale habite déjà en milieu urbain.

**Tableau 2.14**  
**Estimation de la proportion de la population urbaine,**  
**par région du monde, 2006 et 2050**

	<b>2005 (%)</b>	<b>2030 (%)</b>
Afrique	38,3	50,7
Asie	39,8	54,1
Europe	72,2	78,3
Amérique latine et région Caraïbes	77,4	84,3
Amérique du nord	80,8	87,0
Océanie	78,8	73,8

Source : OMS, 2007 : 4.

Le vieillissement de la population aura possiblement pour effet d'accroître la population des villes et, pour l'OMS (2007 : 4), « la pérennité des villes passe [...] par la mise en place d'infrastructures et de services à l'appui du bien-être et de la productivité de leurs résidents ». Or, il ne faut pas oublier qu'une partie de la population vieillissante a vécu en milieu rural et souhaite y demeurer (Lenk, 2003). C'est le cas au Canada, où le vieillissement de la population est plus marqué en milieu rural ; un nombre croissant d'aînés y immigreront et, en parallèle, les jeunes ont tendance à émigrer du milieu rural. Reste à savoir jusqu'à quel point les services doivent être accessibles malgré une densité de population relativement faible (par rapport aux villes). Le maintien des aînés en milieu rural implique également que ces collectivités survivent et prospèrent dans un contexte où la dévitalisation en milieu rural est fréquente.

Sur le plan des incapacités chez les personnes de 65 ans et plus, le rapport de recherche de Légaré (2005 : 9) montre qu'il n'existe pas de différence significative, au Québec, entre les habitants de milieux urbains et ceux des milieux ruraux. Les probabilités pour ces personnes d'avoir une incapacité étaient, en 1986, de 0,39 en milieu rural et de 0,41 en milieu urbain. En 1998, ces probabilités étaient devenues respectivement de 0,48 et de 0,49. L'étude française épidémiologique AMI (AGRICA, 2012) sur le vieillissement en milieu rural, réalisée en 2007 auprès de mille retraités agricoles, a relevé pour sa part des différences sur le plan des incapacités entre les habitants des milieux rural et urbain. Plus de la moitié des retraités agricoles seraient atteints d'une affection de longue durée : hypertension artérielle sévère, accident vasculaire cérébral, artériopathie chronique, insuffisance cardiaque ou maladie coronarienne.

En matière de valeurs liées à la solidarité, les données de 1986 du rapport Légaré (2005 : 10) indiquent que la probabilité de faire appel au réseau de soutien était plus grande pour les personnes vivant en milieu rural (Légaré 2005 : 10). Ce dernier point est également appuyé par l'étude AMI (AGRICA, 2011) selon laquelle les retraités en milieu rural sont mieux entourés qu'en milieu urbain pour faire face au vieillissement, à la perte d'autonomie et aux difficultés liées à la maladie d'Alzheimer. On peut penser que le contexte de manque de services incite à chercher du soutien auprès de ses proches et de ses voisins.

Pour une perception juste du milieu rural, il est important de distinguer les types de milieux ruraux. À partir d'une étude de 12 localités canadiennes, la SCHL (Lenk, 2003) classe les collectivités rurales (canadiennes) en six catégories :

- en croissance ;
- stables ou à faible croissance ;
- en déclin ;
- dortoirs ;
- de retraités ;
- nordiques.

Ces formes de collectivités auraient des effets différents sur les personnes âgées et sur leur habitat (voir le tableau suivant).

**Tableau 2.15**  
**Les types de collectivités rurales canadiennes et le logement pour aînés**

	<b>Géographie</b>	<b>Économie</b>	<b>Démographie</b>	<b>Situation du logement et des locataires aînés</b>
... en croissance	À proximité d'un grand centre urbain ou le long de grandes autoroutes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Collectivité tirée par la nouvelle économie</li> <li>• Centre de services pour d'autres secteurs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mixité sociale</li> <li>• Prépondérance des jeunes hommes célibataires</li> <li>• De 5 000 à 9 999 résidents</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Taux d'inoccupation bas ou à la baisse</li> <li>• Coûts de l'habitat à la hausse</li> </ul>
... stables ou à faible croissance	À moins d'une heure d'un grand centre urbain	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Centre de services pour d'autres secteurs</li> <li>• Présence importante de services sociaux</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mixité sociale</li> <li>• De 2 500 à 4 999 résidents</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Taux d'inoccupation bas ou à la baisse</li> <li>• Logements de mauvaise qualité, coûts élevés de chauffage et d'occupation</li> <li>• Aînés défavorisés</li> </ul>
... dortoirs	À proximité d'un grand centre urbain	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Domination des services et de la vente de détail</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Population composée surtout de jeunes adultes et de familles</li> <li>• Professionnels à la semi-retraite</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Taux d'inoccupation bas ou à la baisse</li> <li>• Hausse du coût des logements</li> </ul>
... de retraités	À proximité relative d'un grand centre urbain	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Services et vente de détail</li> <li>• Secteur des soins de santé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Forte proportion d'aînés</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hausse du coût des nouveaux logements</li> <li>• Certains logements plus vieux avec coûts des services élevés</li> <li>• Aînés défavorisés</li> </ul>
... en déclin	À plus de deux heures d'un grand centre urbain	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lente érosion de l'économie</li> <li>• Industrie unique</li> <li>• Activités saisonnières possiblement importantes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Population plus âgée, émigration des jeunes</li> <li>• Moins de 2 500 résidents</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Logements de mauvaise qualité</li> <li>• Coûts de chauffage et d'occupation élevés</li> <li>• Aînés défavorisés</li> </ul>
... nordiques (éloignées)	Isolées et éloignées des marchés	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Importance des ressources</li> <li>• Grand écart entre les emplois à gros et à faible revenu</li> <li>• Possibilités limitées d'expansion</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Population plus jeune (souvent autochtone au Canada)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coûts élevés des services</li> <li>• Coûts de construction élevés</li> <li>• Problèmes d'abordabilité en raison du manque d'emplois pour la population locale</li> <li>• Surpeuplement des logements</li> <li>• Personnes seules pauvres</li> </ul>

Source : Lenk, 2003 : 4, 18 et 50.

En examinant le tableau précédent, on constate qu'au moins quatre facteurs influencent la situation du logement des aînés :

- la distance qui sépare la collectivité d'un grand centre urbain offrant services et emplois ;
- la situation économique de la collectivité, qui influence la présence de services, d'emplois et la croissance pour de nouveaux projets ;
- la taille de la population, qui attire ou non les services ;
- la taille de la population locale et régionale d'aînés qui demande des logements particuliers.

Mis à part les particularités des collectivités rurales en matière d'habitation, la SCHL (Lenk, 2003) identifie certaines constantes des milieux ruraux canadiens. En 1996, 82 % des ménages ruraux étaient propriétaires de leur habitation, alors que c'était le cas de seulement 64 % en milieu urbain (Lenk, 2003). Sur le plan de la qualité des logements, l'étude statistique canadienne de la SCHL (Lenk, 2003) indique que 11,3 % des ménages ruraux n'habitent pas un logement de qualité convenable et que 4,4 % auraient des besoins impérieux de logement. Une grande partie (29 %) du parc de logements en milieu rural au Canada fut constituée avant 1941, ce qui implique souvent des dépenses supplémentaires pour le chauffage, l'entretien et les réparations. En milieu rural canadien, les problèmes d'abordabilité du logement touchent les ménages dont le chef est une personne âgée, les personnes seules (comme c'est le cas pour plusieurs aînés) ainsi que les locataires (par opposition aux propriétaires).

En milieu urbain maintenant, Statistique Canada définit trois catégories de régions urbaines :

- les régions métropolitaines de recensement, soit le principal marché du travail d'une zone bâtie en continu composée de 100 000 habitants et plus ;
- les agglomérations de recensement ; la définition précédente s'applique pour un territoire comptant entre 10 000 et 99 999 habitants ;
- les petits centres urbains de moins de 10 000 habitants (Lenk, 2003).

À ces catégories, nous ajoutons les milieux urbains défavorisés, les milieux urbains en cours de gentrification et les milieux urbains favorisés.

Quel que soit le type de la communauté urbaine, il semble qu'en général les milieux urbains soient occupés par une grande diversité socioéconomique d'aînés et qu'il existe davantage de crimes, de populations marginalisées et de sources de stress (Unite For Sight, 2013). Pour assurer la qualité de vie des aînés, Lavoie et Rose (2012 : 14) formulent une série de recommandations :

- développer des logements adaptés et à faible coût pour les personnes âgées ;
- réglementer la possibilité d'évincer les personnes âgées de leur logement ;
- mettre en place des services de soutien aux aînés pour qu'ils puissent défendre leurs droits en matière de logement ;
- favoriser les espaces de socialisation ;
- renforcer les mécanismes d'information et de consultation adaptés aux aînés les plus vulnérables ;
- favoriser la mixité sociale par une diversité de l'offre commerciale, considérant que les aînés sont à la fois moins fortunés et graduellement limités dans leurs déplacements.

L'OMS (2007) propose, lorsque c'est possible, d'apporter certaines améliorations dans les environs des logements des aînés (voir le tableau qui suit).

**Tableau 2.16**  
**Les améliorations pouvant être apportées à l'environnement urbain selon l'OMS**

Environnement	La ville est propre et possède des règles qu'elle applique pour limiter les niveaux sonores et les odeurs.
Espaces verts et voies piétonnières	Il existe des espaces verts bien entretenus, sûrs et dotés d'abris adéquats, de toilettes et de bancs. Pour les piétons, les voies de circulation sont accueillantes, elles ne sont pas obstruées et leur surface est régulière ; on y trouve des toilettes et elles sont facilement accessibles.
Sièges extérieurs	Des sièges et des bancs sont installés, en particulier dans les parcs, aux arrêts des véhicules de transport et dans les espaces publics, et ce, à intervalles réguliers ; ils sont bien entretenus et surveillés, de sorte que chacun peut les utiliser sans risque.
Trottoirs	Les trottoirs sont bien entretenus, leur surface est régulière, plane, antidérapante, et ils sont assez larges pour permettre le passage de fauteuils roulants. Ils présentent des bordures basses en biseau rejoignant le niveau de la chaussée. Les trottoirs ne sont pas obstrués (marchands ambulants, voitures garées, arbres, excréments de chiens et neige) et les piétons y ont la priorité.
Rues	Les passages pour piétons, situés à intervalles réguliers, ont un revêtement antidérapant qui permet aux piétons de traverser les rues sans danger. Les rues sont dotées de structures physiques bien conçues et commodément situées, telles que des îlots directionnels, des passerelles ou des passages souterrains qui aident les piétons à traverser les rues très passantes. Les feux aux passages pour piétons laissent aux personnes âgées le temps de traverser et ils sont équipés de signaux visuels et sonores.
Circulation	Les règles de la circulation routière sont rigoureusement respectées et les automobilistes cèdent la priorité aux piétons.
Pistes cyclables	Il existe des pistes distinctes des routes pour les cyclistes.
Sécurité	La sécurité publique dans les espaces extérieurs et les bâtiments est prioritaire et elle est favorisée, notamment, par des mesures destinées à réduire les risques associés aux catastrophes naturelles ; des rues bien éclairées ; la présence de patrouilles de police ; l'application d'arrêtés ; le soutien apporté aux initiatives en faveur de la sécurité communautaire et individuelle.
Services	Les services sont groupés, situés à proximité du domicile des personnes âgées et d'accès facile. Des dispositions spéciales s'appliquent aux services aux clients âgés, comme des files d'attente et des comptoirs distincts.
Bâtiments	Les bâtiments sont accessibles et présentent les caractéristiques suivantes : ascenseurs, rampes d'accès, signalisation adéquate, garde-corps le long des escaliers, escaliers ni trop hauts ni trop raides, sols antidérapants, zones de repos équipées de sièges confortables, toilettes publiques en nombre suffisant accessibles aux handicapés.
Toilettes publiques	Les toilettes publiques sont propres, bien entretenues, faciles d'accès pour les personnes aux capacités limitées, bien signalées et commodément situées.

Source : OMS, 2007 : 18-19.

## 2.5. Synthèse du chapitre

Le lecteur a pris connaissance dans ce chapitre des différentes formules de logement pour les aînés et a pu comprendre comment elles répondent plus ou moins aux besoins de ces personnes. Le logement familial demeure la formule la plus répandue et les résidences à propriété collective s'avèrent prometteuses sur le plan de la participation des personnes âgées. Nous avons vu également que la propriété du logement familial représente une charge financière pour les personnes âgées. Pour l'entretien et la rénovation, outre l'investissement important, la responsabilité de traiter avec un fournisseur et de surveiller les travaux peut peser lourd pour des aînés en légère perte d'autonomie. Bien que nous n'ayons pas rencontré d'innovations en cette matière dans les écrits, il serait possible qu'une organisation à but non lucratif puisse acquérir les maisons unifamiliales des aînés, s'occupe des réparations et permette de l'habitation intergénérationnelle. Pour la personne âgée, la liquidation de son patrimoine serait assurée ; l'organisation se financerait à même les loyers perçus et pourrait constituer un parc locatif bien intégré à l'architecture du milieu.

On le voit, le financement de l'innovation doit souvent être innovant. Nous nous sommes penchés sur différents modes de financement et, malgré la grande créativité des promoteurs, avons constaté que l'offre du logement pour les personnes âgées demeure déficiente dans la plupart des pays. Le logement locatif est soit mal adapté ou cher, tout comme les résidences à propriété privée d'ailleurs, et l'accès aux résidences à propriété collective et au logement social est ralenti par une forte demande dont témoignent les listes d'attente.

Aux fins d'évaluation de différents projets et initiatives, le chapitre propose deux aide-mémoire : les critères d'un habitat adapté (tableau 2.13) et les améliorations possibles pour un environnement adéquat (tableau 2.16).

### 3. Liens intergénérationnels, systèmes de solidarité et habitat

Ce chapitre s'intéresse aux écrits qui ont traité des solidarités intergénérationnelles dans l'espace immédiat du logement et du milieu – le prolongement du logis –, comme nous l'avons vu précédemment. L'Institut national de la recherche scientifique (Van Pevenage, 2009 : 19) définit les solidarités comme « l'ensemble des dispositifs qui assurent la redistribution ou les échanges de biens et services, que ce soit dans cadre familial de proximité ou plus largement sociétal ». Le fil conducteur du chapitre réside dans ce qui unit des groupes différents plutôt que dans ce qui les distingue. Cette perspective sous-entend qu'il existe une diversité sociale, qui peut être une source de tensions ou une ressource pour les divers groupes (Cheney, dans Smith, 2006 ; Schuman, 2006). Dans ce cas, la création de liens de solidarité entre des groupes dissemblables permet potentiellement aux acteurs d'avoir accès à des capitaux plus importants et plus diversifiés que ce qui se trouve dans les réseaux constitués de groupes semblables (Granovetter, 1973 ; Martin-Caron, 2013b ; Smith, 2006 : 230).

Les solidarités intergénérationnelles font référence, comme le mot l'indique, aux échanges divers « entre générations », c'est-à-dire entre générations familiales liées par la filiation, entre personnes ayant vécu les mêmes éléments marquants de l'histoire ou entre cohortes de naissances (Briet, 2006 : 16). La mixité sociale traduit pour sa part une réalité plus large, c'est-à-dire les liens et les relations « entre personnes issues de groupes sociaux différents » (Germain, 2009 : 1). Le concept de solidarités intergénérationnelles se conjugue au pluriel, puisque, selon les auteurs consultés, cette solidarité peut prendre plusieurs formes.

Les solidarités intergénérationnelles et différents liens qui unissent les membres d'une collectivité contribuent à la richesse immatérielle d'un milieu et à ses possibilités de richesse matérielle. Les liens sociaux produisent le capital social, c'est-à-dire les réseaux sociaux, les normes de réciprocité ainsi que le sentiment de confiance qui émanent d'eux et qui favorisent la circulation des ressources de différentes natures (Putnam, 2000). La notion de solidarités intergénérationnelles couvre un vaste champ, et ce chapitre met en place un certain nombre de balises. Nous verrons ce que sont les solidarités familiales et associatives, la façon dont l'État peut intervenir pour favoriser la mixité générationnelle, les principes de la production des solidarités entre générations et les manières de maintenir les mobilisations intergénérationnelles.

#### 3.1. Les solidarités familiales

Cette partie s'intéresse aux solidarités familiales et plus particulièrement à ses dynamiques et à deux domaines d'échange de services : l'habitation offerte à un proche âgé et l'aide en cas d'incapacités. La dernière section montre que l'échange se produit également dans l'autre sens et elle s'intéresse aux contributions des personnes âgées à la famille.

### 3.1.1. Les dynamiques à l'origine des solidarités familiales

Lavoie, Guberman et Olazabal (2008 : 271) distinguent trois dynamiques centrales sur les échanges de différentes natures dans les familles.

Premièrement, les parents occupent généralement la première place en tant que donateurs jusqu'à ce qu'ils avancent en âge et soient atteints d'incapacités. Le mouvement du don s'inverse alors.

Deuxièmement, et cela rejoint un aspect important relevé jusqu'ici dans notre recension des écrits, l'amélioration de l'état de santé et des conditions économiques des aînés leur procure de l'autonomie et renforce ainsi leur capacité à aider les générations plus jeunes. L'espérance de vie plus grande augmente aussi la durée de l'implication des grands-parents dans les relations avec leurs petits-enfants, la grand-parentalité occupant aujourd'hui en moyenne 25 ans de la vie d'une personne (Attias-Donfut, 2009).

Troisièmement les solidarités intergénérationnelles familiales se fondent de moins en moins sur les liens biologiques et davantage sur les liens affectifs et de genre, c'est-à-dire sur la famille que l'on choisit. Spira (2011) avance à ce propos dans sa propre recension des écrits qu'il existe quatre types de relations émotionnelles entre des parents âgés et leur enfant adulte : une relation amicale, une relation distante, une relation ambivalente et une relation inharmonieuse. Le soutien serait positivement associé à la qualité des relations émotionnelles qui, de plus en plus, prennent le pas sur le sens du devoir ou de la responsabilité filiale.

Kalmijn (2005) classe les échanges familiaux en trois types, que l'on considère comme autant de formes de solidarités intergénérationnelles :

- le soutien pratique, comme faire le ménage ou garder les enfants ;
- le soutien financier, comme les dons, les prêts d'argent ou les garanties de prêt dans le cas de l'achat d'une maison ;
- le soutien social, comme les visites, les activités sociales et les discussions.

Cette catégorisation est notamment utile pour différencier les différents types de soutien, leurs provenances respectives et les possibilités qui sont associées à chacun. Van Pevenage (2009 : 24) relève des constantes dans les échanges familiaux :

- Les solidarités familiales fonctionnent le plus souvent sur le principe de la gratuité, du non-paiement en argent des services.
- Il existe bien sûr une forte réciprocité. Cette dynamique de don et de contre-don peut par ailleurs restreindre l'aspect volontaire du don dans la mesure où les attentes de réciprocité agissent en tant que contrôle social.
- Dans les familles, il existe une grande diversité de biens et de services échangés, une forte polyvalence, une non-spécialisation, une accessibilité et une souplesse des échanges.

On remarque également que l'aide apportée, qu'elle soit dirigée vers le ménage aîné ou vers le plus jeune, s'adresse généralement aux personnes seules (divorcées, non mariées ou veuves) et aux plus pauvres (sans emploi, aux revenus limités). Dans tous les cas, il demeure que plusieurs aînés craignent de devenir un fardeau pour leurs enfants et hésitent à solliciter leur aide, optant plutôt pour des services d'aide publics ou privés (Spira, 2011 : 17).

### **3.1.2. La cohabitation intergénérationnelle**

Cette partie traite de la cohabitation intergénérationnelle fondée sur les liens familiaux, c'est-à-dire le partage d'un même toit par au moins deux générations d'adultes en relation de filiation. Cette cohabitation prend forme avec le partage d'une même unité d'habitation ou, encore, avec l'ajout d'un logement autonome à une résidence principale.

De manière générale, bien que ce puisse être conjoncturel, il semble que les femmes adultes actives et aînées soient plus présentes dans les modes d'occupation intergénérationnelle de l'habitat (Boulianne, 2005). Cette situation peut s'expliquer par le veuvage fréquent des femmes, qui en fait des candidates prédisposées à recevoir de l'aide de membres de la famille. Toutefois, Spira (2011 : 7) souligne que les personnes non mariées ou divorcées, et particulièrement les hommes, ont aussi généralement une plus grande propension à vivre en cohabitation intergénérationnelle.

L'origine ethnique jouerait également un rôle dans la décision de cohabiter, les Caucasiens ayant moins tendance à faire ce choix. Ce facteur peut être lié aux normes sociales des groupes sociaux, au fait de valoriser ou non la collaboration avec les services publics ainsi qu'à des conditions socioéconomiques, puisque les moins nantis partagent plus souvent le même logement que les plus fortunés (Spira, 2011).

Selon la recension des écrits de Spira (2011 : 11), les personnes qui choisissent de vivre en cohabitation intergénérationnelle doivent composer avec certains enjeux, dont le partage des bénéfices, les solidarités intergénérationnelles et l'occupation de l'espace. La décision de cohabiter est rarement facile à prendre et elle peut s'échelonner sur plusieurs années. L'idée positive la plus répandue consisterait à penser que les grands-parents peuvent s'occuper des petits-enfants. À l'inverse, les problèmes envisagés se rapportent aux problèmes associés à une vie commune et au manque d'espace.

En général, toutes les générations envisageraient la corésidence comme une option de dernier recours. La maladie, le veuvage, la retraite ou même le divorce-séparation des jeunes sont associés à une prise de décision plus rapide (Boulianne, 2004 : 27 ; Choi, 2003, dans Spira, 2011). Les valeurs culturelles ou familiales peuvent également faire pencher la balance dans les décisions à prendre. Du côté des aînés, Spira (2011 :12) précise que « l'aspect économique, les rapports affectifs, l'aide fonctionnelle, le désir d'aider les jeunes familles à accéder à la propriété privée et les droits et obligations envers des parents vieillissants représentent les principales motivations à la base de la cohabitation intergénérationnelle ». Dans les milieux moins fortunés, les raisons financières, plus que l'amour filial, sont également très présentes.

Cohabiter, c'est-à-dire partager son environnement quotidien et intime avec des personnes différentes ayant des modes de vie et des conceptions du monde parfois très éloignés du nôtre, peut occasionner plusieurs désagréments. Le maintien de la qualité de vie de tous les habitants comporte alors des défis. Selon Katz (2009 : 79, dans Spira, 2011 : 18), la qualité de vie des personnes âgées dans une relation familiale intergénérationnelle est basée sur trois éléments : 1) la satisfaction face à sa vie ; 2) les sentiments associés à la réalité d'être des parents âgés ; 3) la relation familiale, qui peut se traduire par la solidarité, les conflits ou l'ambivalence. L'existence d'une « bonne relation établie depuis longtemps » amenuiserait le désagrément des effets indésirables (Spira, 2011 : 18). La délimitation ou le partage clair du territoire physique semblent aussi limiter certains différends (Boulianne, 2004).

Les avantages réels associés à la cohabitation intergénérationnelle peuvent être groupés en deux catégories : économique et affective. En effet, il semble que le partage de résidence, de biens et de services permette des économies substantielles aux ménages coopérants (Boulianne, 2004). Les échanges de services en fonction des talents et des intérêts de chacun peuvent également constituer un avantage économique. La cohabitation peut aussi fournir un sentiment de sécurité et réduire l'isolement. Ces avantages affectifs et économiques sont toutefois tributaires de bonnes relations où les abus et les négligences sont absents.

Ces avantages potentiels font contrepoids aux inconvénients qui risquent de survenir. Le manque d'espace personnel et d'intimité est un élément pouvant susciter des tensions entre les générations qui cohabitent (Spira, 2011). À cet égard, les besoins de soutien accru, professionnels ou non, résultant notamment de pertes cognitives, perturbe généralement les relations. La relation entre les grands-parents et les petits-enfants peut également poser problème lorsqu'un conflit de rôles survient, lorsque les grands-parents s'immiscent trop dans la vie des petits-enfants et font interférence dans la relation de ces derniers avec leurs parents. La présence des grands-parents risque aussi, dans certains cas, de porter atteinte à l'indépendance de l'enfant-adulte avec lequel ils habitent. Les effets indésirables de ces inconvénients peuvent être atténués dans plusieurs cas par l'affection entre les personnes, une perception positive de la grand-parentalité, une relation intergénérationnelle harmonieuse et la valorisation de la solidarité familiale. La cohabitation intergénérationnelle en famille demeure une décision encore peu conventionnelle et toujours restreinte par des barrières structurelles telles que les règlements urbains lorsque la formule comporte une modification au bâtiment résidentiel ainsi que le manque d'aide publique pour les proches aidants.

### **3.1.3. Les proches aidants**

Dans la plupart des pays de l'OCDE, les proches aidants ne résident pas avec les aînés à qui ils apportent du soutien. Le pourcentage de la population de 15 ans et plus offrant de l'aide à une personne avec qui elle ne réside pas est d'environ 8 % en moyenne pour les pays de l'EU-15 (Huber *et al.*, 2009 : 13).

Les données d'Eurofamcare présentées par Huber et ses collègues (2009) sont intéressantes à d'autres égards. Les jeunes générations qui contribuent au mieux-être des plus âgées le font plus souvent à l'intérieur de contextes familiaux plutôt que par du bénévolat dans des organisations. Tous les individus des jeunes générations n'entreprennent pas une relation d'entraide avec leurs aînés et les caractéristiques des aidants changent selon le pays. Certaines tendances sont toutefois observables. Par exemple, dans 10 des 18 pays sondés, l'enfant aîné représente principal proche aidant. De plus, les aidants sont en majorité des femmes. En effet, si l'on considère les pays d'Europe étudiés, sept pays dépassent le cap de 30 % d'aidants qui sont des hommes, la proportion la plus élevée étant de 42 % (taux du Royaume-Uni) (Huber *et al.*, 2009 : 7). En queue de peloton, on trouve deux pays où les hommes constituent moins de 15 % des aidants (Espagne et Luxembourg).

Par ailleurs, on remarque que la proportion de proches aidants qui occupent un emploi est plus élevée dans les pays d'Europe du Nord que dans les pays européens du Sud (Ranci *et al.*, 2013 : 49). En outre, on enregistre dans ces pays nordiques de plus faibles pourcentages de femmes ayant quitté leur emploi pour aider une personne âgée proche ainsi qu'une faible proportion de femmes qui seraient prêtes à le faire. Selon le rapport de l'OCDE (2011b), ces différences peuvent être expliquées par le fait que les besoins pour l'aide d'un proche sont moins pressants là où existe un système professionnel de soins de longue durée relativement développé. En Suisse et en Europe du Nord, les aidants donneraient en général entre 0 et 9 heures de soins par semaine ; moins de 20 % des aidants de ces pays donneraient plus de 20 heures par semaine. En Europe de l'Est, cette proportion monte à 30 %. En général, pour les pays de l'OCDE, les aidants auraient 50 % plus de chances que les non-aidants d'être des personnes au foyer (sans travail rémunéré à l'extérieur), de travailler moins de deux heures par semaine et ils auraient 20 % plus de chance de développer des problèmes de santé mentale (OCDE, 2011b : 8). Là encore, la majorité des proches aidants des pays de l'OCDE sont des femmes.

Le désir et les actions des personnes aidantes peuvent également être influencés par des pressions sociales que l'on peut attribuer au système culturel du pays. Ranci et ses collègues (2013) concluent que les pays d'Europe du Nord ainsi que la France et la Belgique obtiennent les plus bas pourcentages de personnes déclarant à la fois offrir une aide à un proche et valoriser davantage cette aide plutôt que la carrière professionnelle. Les pays d'Europe de l'Est, la Grèce et l'Espagne vont à l'inverse de cette tendance, alors que l'Australie, l'Allemagne, le Royaume-Uni et l'Irlande se situent au centre de la distribution.

#### **3.1.4. La contribution des personnes âgées à la famille**

Dans la famille, les aînés assument généralement un rôle de partage d'expérience et de mémoire familiale et ils participent aux systèmes d'échange de services. Les réunions familiales de différentes formes permettent la création de liens intergénérationnels et favorisent la transmission de savoirs et le développement de normes communes et de réciprocité (McCoy, 2011). Ainsi, chez les Afro-Américains par exemple, ces réunions familiales (liées aux services religieux et aux repas) très répandues sont des occasions d'éduquer, de s'entraider (soutien moral, conseils et information) et de résoudre des conflits

et des problèmes. Elles servent également de moyen pour revitaliser la culture, redonner de la cohésion aux familles et garder vivantes certaines pratiques et croyances religieuses, entre autres. Toutefois, les nouveaux aînés des familles afro-américaines semblent avoir une attitude critique par rapport à ce rôle. Quoi qu'il en soit, les échanges de services auxquels participent les aînés avec leur entourage sont fréquents dans les pays occidentaux. Ils comprennent surtout des tâches légères, comme cuisiner, nettoyer, jardiner, s'occuper des animaux, offrir des soins, magasiner et garder les enfants.

### **3.2. Les solidarités associatives**

Les solidarités associatives concernent la mise en rapport fonctionnelle de personnes « étrangères » (sans liens familiaux) dans une organisation, afin d'atteindre un but mutuellement partagé. Nous nous intéressons ici au bénévolat des personnes âgées, aux réseaux d'échanges de proximité et à l'habitat intergénérationnel (non familial).

#### **3.2.1. Le bénévolat des personnes âgées**

Le bénévolat, comme toute forme de don, produit du lien social et favorise l'inclusion dans la société, à cause de la contribution des personnes et du sentiment de reconnaissance qu'elle suscite. On distingue le bénévolat informel du bénévolat formel. Les contributions informelles s'adressent aux amis, aux connaissances et aux voisins sans qu'elles soient médiatisées par une organisation. En général, pour répondre à leurs besoins physiques et psychologiques, les personnes âgées ont des relations relativement plus hétérogènes que les plus jeunes et elles dépendent davantage du réseau informel lorsqu'elles ne sont pas en institution (Adam et Blieszner, 1995). Le bénévolat formel correspond aux activités exercées dans les milieux associatifs, tant sur le plan de l'administration que de l'exécution de tâches et de la prestation de services. Notre propos vise le bénévolat formel.

Dans les pays membres de l'OCDE, les aînés font plus de bénévolat que les personnes des autres tranches d'âge (Miranda, 2011). Ils donnent davantage de temps (moyenne de minutes par jour) et sont bénévoles dans une plus forte proportion que les autres tranches d'âge. Le tableau suivant présente les types de motivations au bénévolat qui se dégagent de quatre études sur le bénévolat des personnes âgées dans plusieurs zones géographiques.

**Tableau 3.1**  
**Les motivations au bénévolat les plus importantes pour les aînés, en ordre décroissant**

Type de motivation	Conclusions des études
Générativité et contribution sociale	95 % des bénévoles âgés le sont pour aider les autres, ce qui représente leur plus importante motivation (Canada). 70 % des bénévoles âgés désirent contribuer à quelque chose d'utile et 69 % veulent s'engager pour une cause (Union européenne). Les bénévoles âgés veulent travailler pour des causes sociales et redonner quelque chose à la communauté. Différence selon l'âge : les 50-60 ans parlent de redonner à la société comme un tout, alors que les 70 ans ou plus veulent redonner aux générations futures.
Tremplin de développement personnel	81 % des bénévoles veulent mettre à profit leurs compétences et expériences, et 57 % veulent explorer leurs propres forces (Canada). Le désir d'apprendre est la deuxième plus importante motivation au bénévolat chez les aînés. Les bénévoles âgés, particulièrement les retraités de fraîche date, cherchent à mettre à profit leurs compétences.
Source de plaisir et de bien-être	61 % des bénévoles âgés sont motivés par l'agrément que procurent des situations de bénévolat (Union européenne). Le désir de se sentir bon et utile est la troisième plus importante motivation au bénévolat chez les aînés.

Source : Raymond *et al.*, 2008 : 41.

Les différents types de motivations peuvent tous être présents chez une même personne, tout comme un seul type de motivation peut animer un individu. À cela s'ajoutent les pratiques que l'équipe de Raymond (2008 : 80) retient pour favoriser l'intégration des aînés aux milieux bénévoles :

- un accompagnement suffisant permettant entre autres la création de liens sociaux et le développement d'un sentiment d'appartenance ;
- la formation continue des personnes et l'évitement d'approches infantilisantes ;
- l'utilisation de stratégies de recrutement non conventionnelles (allant rejoindre les personnes isolées et les intérêts particuliers des personnes) ;
- un contexte et des activités qui favorisent la création de relations sociales signifiantes, la réciprocité et l'exercice d'un rôle (par exemple, le mentorat et le parrainage) ;
- la possibilité de prendre part aux structures et aux processus décisionnels ;
- l'accès à des activités encourageant le maintien de l'identité et respectant les caractéristiques et les champs d'intérêt personnels.

### 3.2.2. Les réseaux d'échanges de proximité (REP)

Les réseaux d'échange de proximité (REP) sont assimilables aux dispositifs de monnaies sociales localisés qui permettent à leurs membres de s'échanger multilatéralement des biens ou des services au moyen d'une monnaie parallèle. Ils sont basés sur la libre adhésion et la coopération volontaire des adhérents. Au Québec, les premiers REP font leur apparition au milieu des années 1990. Malgré la courte durée de vie de certaines initiatives, leur nombre ne cesse de s'accroître. En 2011, on en dénombrait 50, dont 30 dispositifs de type Système d'échange local (SEL), neuf de type Jardin d'échange universel (JEU ; régie individuelle des comptes), six de type Troc-tes-trucs (activités ponctuelles d'échange d'objets) et cinq Accorderies (franchises lancées depuis la ville de Québec en 2004). Les REP partagent ainsi une certaine vision de l'échange qui en fait bien plus qu'une transaction entre donneurs et preneurs de biens ou de services ; dans une logique de réciprocité se voulant alternative à la logique marchande, ils deviennent aussi un moyen de créer du lien social (Boulianne et Comeau, 2011).

Dans leur étude statistique sur les réseaux d'échange de proximité au Québec, Boulianne et Comeau (2011) constatent que dans 9 des 14 réseaux étudiés on peut échanger des biens ou des services. Quatre réseaux ne permettent d'échanger que des services ; dans un seul, on échange uniquement des objets. Aucun des réseaux ne se limite à l'échange ; tous organisent, sur une base plus ou moins régulière, des activités à caractère social, économique ou politique.

Sur le plan des ressources financières, le financement récurrent s'avère marginal. Cela explique en partie pourquoi plusieurs réseaux sont fragiles et disparaissent après quelques mois ou quelques années d'existence. Par ailleurs, tous les réseaux étudiés ont recours au travail volontaire de leurs membres ou à celui des administrateurs élus. Parmi les quatre réseaux qui engagent des salariés, deux d'entre eux confient à un employé rémunéré la responsabilité de l'animation et de la coordination de leurs activités ainsi que du suivi des échanges entre membres ; ces deux réseaux reçoivent un financement récurrent.

En ce qui concerne la dimension institutionnelle des réseaux (statut juridique et modalités de gouvernance), la moitié d'entre eux n'ont aucun statut juridique. Par ailleurs, quatre réseaux sont des organisations légalement constituées. Les trois autres sont gérés par une association dont ils dépendent juridiquement et financièrement. Si l'on revient aux quatre réseaux légalement constitués, ils le sont selon la formule juridique habituelle pour les associations au Québec, soit la « compagnie à but non lucratif » (troisième partie de la Loi sur les compagnies). Celle-ci oblige à désigner un conseil d'administration. Peu importe leur statut juridique, huit réseaux disposent de règles explicites établissant une structure décisionnelle voulant assurer une gestion démocratique par les membres.

L'âge moyen des membres des réseaux se situe à 47,5 ans ( $\pm 14,5$  ans), et ce sont les 25 à 34 ans ainsi que les 55 à 64 ans qui sont les plus présents. Il s'agit de personnes relativement scolarisées, mais ayant des revenus plus faibles que la population québécoise.

Les adhérents des réseaux québécois se distinguent en matière de sexe, d'âge, de niveau de revenus et de scolarité, et ces différences s'avèrent significatives quant au lien qu'ils entretiennent avec leur réseau. Nous nous sommes intéressés particulièrement à l'âge des adhérents. Cette variable révèle un ensemble d'intérêts et de préoccupations liés à une étape de vie. La possibilité d'obtenir des biens et des services attire les plus jeunes vers les réseaux. Quant aux membres les plus âgés, ils y trouvent une occasion de partager leurs connaissances. Pour eux, la sociabilité représente un aspect intéressant des réseaux et la dimension économique s'avère beaucoup moins importante que pour les plus jeunes. Par ailleurs, les plus âgés se montrent relativement critiques à l'égard de la qualité de l'offre de biens et de services dans les réseaux.

### **3.2.3. L'habitat intergénérationnel (non familial)**

L'habitat intergénérationnel correspond à un ensemble hétérogène de milieux bâtis et de pratiques qui a connu un essor depuis une vingtaine d'années (Argoud, 2008). Des projets intergénérationnels d'habitats non familiaux existaient avant cette époque, mais ils n'étaient pas explicitement orientés vers les liens sociaux entre les générations. En Europe, la pratique fut officiellement reconnue en 1993, l'année des personnes âgées et de la solidarité entre les générations. S'ensuivirent la multiplication des études sur les liens intergénérationnels, le financement de projets et une diversification des programmes. Le tableau A1 en annexe présente un échantillon de la diversité des projets actifs en 2013.

Une catégorisation des initiatives présentées dans le tableau A1 permet de distinguer les quartiers intergénérationnels des immeubles intergénérationnels (Argoud, 2008). Les quartiers intergénérationnels sont souvent associés au maintien « dans l'environnement habituel du village et du quartier – en réaction contre le déracinement et l'exil » (Argoud, 2008 : 77). Il s'agit généralement d'adapter le milieu aux besoins particuliers des différentes populations, principalement celles susceptibles de quitter le milieu à cause de leur nouvelle situation sur le plan familial ou pour des raisons de santé, par exemple.

Les immeubles intergénérationnels peuvent également être séparés en deux catégories : 1) les immeubles architecturalement conçus pour que les appartements soient reliés ; 2) les immeubles classiques mixant différentes populations et encourageant les relations intergénérationnelles (Argoud, 2008 : 81). Comme on l'a vu précédemment, l'habitat d'une personne fait référence autant à son logement qu'à l'environnement immédiat et plus vaste. D'ailleurs, il n'est pas rare que les immeubles intergénérationnels travaillent à la construction d'un quartier intergénérationnel et vice versa. Les initiatives Abbeyfeild (voir le tableau A1), par exemple, sont des immeubles partagés qui requièrent la participation des membres de la communauté. Ce sont ces volontaires qui créent le quartier intergénérationnel au sens où ils pallient généralement les lacunes du milieu en matière de transport, d'activités, de commerces, de services de proximité, etc. Les Foyers kangourou et les logements intergénérationnels du réseau COSI (tableau A1) sont davantage des immeubles intergénérationnels, qui peuvent toutefois bénéficier du soutien de leur association en cas de problème. La résidence privée Merrill Gardens et la Résidence Simone de Beauvoir (tableau A1) sont des exemples de résidences intergénérationnelles dans des quartiers intergénérationnels. La Coopérative de solidarité lavalloise, de son côté, est un immeuble intergénérationnel et mixte ouvert au quartier par la présence de membres de soutien qui participent à la prestation des services et à la gouvernance.

Parmi les principales différences qui caractérisent les initiatives répertoriées (tableau A1), notons d'abord le statut juridique de l'organisme responsable du projet : association, coopérative, fondation, État (offices publics et autres) et entreprise privée. Il existe des formules mixtes. Par exemple, une association peut être responsable d'un projet et offrir des services à des usagers qui ne sont pas forcément les gouvernants de l'association. C'est le cas avec la résidence Intergenerational West End où l'associatif (des « associations professionnalisées ») agit en partenaire avec le réseau public (tableau A1). Le réseau public a généralement des objectifs officiels de soins aux plus nécessiteux et, dans une vague de compressions budgétaires, il n'est pas rare de voir un phénomène de partenariat ressemblant parfois à de la sous-traitance par le milieu associatif.

Le réseau public semble toutefois capable de faire de l'intergénérationnel avec ses propres organisations, par exemple à la résidence Alquier-Debrousse (tableau A1), grâce à la présence d'une halte-garderie et de quelques projets. La Maison campagnarde d'Osmet (tableau A1) peut également être incluse dans les initiatives publiques. La présence de l'État permet de réunir des ressources dans une petite localité limitée en matière de ressources humaines et matérielles. Les initiatives liées à des offices publics, comme l'Îlot Bon Secours et les Trois Cités (tableau A1), sont dirigées par les offices, et le rôle des locataires dépendra de la vision des gestionnaires.

L'intergénérationnel peut également être réalisé par un acteur privé à but lucratif. Par exemple, la résidence Merrill Gardens (tableau A1) offre un environnement intergénérationnel (immeuble et quartier). La marge de profit exigée par le privé nuit en partie à l'accessibilité financière, et c'est pourquoi l'entreprise aide les futurs locataires à trouver les aides financières publiques qui leur permettront de s'offrir un espace chez elle.

### **3.3. Les interventions de l'État en faveur de la mixité générationnelle**

Pour Serge Paugam (2008), l'État assure les liens de citoyenneté entre les membres d'une même communauté politique et accorde une protection juridique (droits civils, politiques et sociaux). De plus, par ses politiques sociales, l'État rend possible la solidarité institutionnalisée. Avec la famille, les liens associatifs et le marché du travail, l'État participe au système général de la solidarité qui procure la sécurité au sens large et la reconnaissance pour chaque individu de faire partie de la société.

Selon le rapport de Van Pevenage (2009 :11), l'enjeu principal du système de solidarité concerne le partage des responsabilités et des ressources entre la famille, le tiers secteur et l'État. Ces secteurs connaissent des fragilités qui justifient leur complémentarité, outre le fait que chacun apporte une contribution spécifique qu'un autre secteur de solidarité ne peut offrir. Ainsi, la famille élargie a perdu passablement de sens en Occident et l'éclatement de plusieurs couples fait que l'État-providence et le tiers secteur doivent pallier les difficultés des familles en transitions sociale et économique. Par ailleurs, plusieurs pays semblent économiquement incapables d'atteindre leurs objectifs de redistribution (Van Pevenage, 2009 :11). Les mesures d'austérité amorcées à tort ou à raison depuis la crise financière de 2008 ont accentué le désengagement de l'État dans plusieurs pays.

### 3.3.1. L'objectif de mixité sociale

Les solidarités entre générations ainsi que le vieillissement actif qui y est associé sont des objectifs visés depuis la fin du 20<sup>e</sup> siècle par plusieurs villes, États, associations et organisations supranationales. En fait, plusieurs acteurs étendent l'objectif de solidarité intergénérationnelle à tous les types de groupes sociaux afin d'atteindre une mixité sociale étendue (Dansereau *et al.*, 2002). Le discours n'est pas nouveau. En 1976, Wendy Etherington publiait les arguments les plus souvent avancés en faveur de la mixité sociale en habitation. Ainsi, la mixité :

- améliorerait le fonctionnement de la ville et le bien-être de ses habitants (1) en assurant une base de leadership du fait qu'il y a toujours une diversité de personnes, (2) en stabilisant l'économie du milieu, notamment grâce à l'équilibre des emplois offerts et demandés, (3) en favorisant le maintien des services essentiels pour tous à un coût raisonnable grâce à la densité et à la participation économique des plus riches ;
- élèverait les aspirations des classes économiques les plus pauvres en faisant la promotion de l'esprit de dépassement de soi ;
- encouragerait la diversité esthétique et élèverait ainsi les standards en place ;
- encouragerait l'enrichissement mutuel des cultures ;
- accroîtrait l'égalité des chances ;
- encouragerait l'harmonie sociale et réduirait ainsi les tensions raciales et sociales ;
- permettrait les conflits sociaux afin de faire croître la maturité individuelle et collective ;
- favoriserait la création de milieux résidentiels stables ;
- contribuerait à créer des milieux de vie qui représentent bien le monde réel de la diversité.

Ces arguments reposent essentiellement sur la théorie d'effet de milieu (*neighborhood effect*) selon laquelle « les chances de promotion sociale des résidents sont affectées par des éléments structurels caractéristiques du milieu dans lequel ils vivent, indépendamment de leurs propres caractéristiques individuelles » (Dansereau *et al.*, 2002 : 38). Il semble toutefois que l'effet du milieu ne soit significatif qu'à partir d'un degré relativement élevé de dégradation de la qualité du quartier. Il est à noter que le rôle du filet social public peut faire varier cet effet de milieu. Les personnes risquant le plus d'être influencées par leur milieu sont celles qui sont davantage confinées dans le quartier.

Arthurson (2005 : 2) ajoute d'autres avantages à la mixité sociale dans son étude sur les perceptions à son égard au Royaume-Uni, en Australie et aux États-Unis. Les législateurs évoquent des bénéfices dont plusieurs ont été vérifiés empiriquement. La mixité permettrait notamment de :

- lier plus facilement les personnes pauvres à des réseaux sociaux susceptibles d'offrir des possibilités d'emplois ;
- s'appuyer sur la classe moyenne pour intégrer avec succès les résidents à problème et ainsi encourager ces derniers à adopter des comportements plus adaptés à la vie en société ;
- augmenter la rétention des élèves dans les écoles (prévention du décrochage) ;
- offrir un meilleur accès pour tous aux services de santé et de services sociaux ;
- améliorer l'état de santé général de la population ;

- réduire la stigmatisation et la discrimination par rapport au territoire habité, par exemple les employeurs qui peuvent discriminer en fonction du code postal de la personne.

En revanche, toujours selon l'étude d'Arthurson (2005 : 5), on craint la mixité, car elle risque de révéler les différences de classes sociales et de créer des tensions entre les habitants.

### 3.3.2. Les interventions et les programmes

Dansereau et ses collègues (2002) distinguent quatre principales catégories de programmes gouvernementaux favorisant la mixité.

**Tableau 3.2**  
**Les types de programmes en mixité sociale**

Type de programme	Description	Exemples
Déconcentration de la pauvreté	La dispersion des ménages pauvres dans des quartiers mieux nantis aboutit à une situation de mixité sociale qui n'a pas été programmée en tant que telle, mais qui est simplement le résultat de la déconcentration.	Programmes Gautreaux et Moving to Opportunity aux États-Unis.
Mixité sociale programmée	On se donne par avance une composition sociale idéale de la zone considérée (agglomération, quartier, groupe de bâtiments ou bâtiment isolé).	Loi SRU en France. Projet de False Creek à Vancouver.
Promotion socioéconomique des résidents actuels	Renforcement des programmes universels existants et mise en place de dispositifs locaux, afin d'améliorer les chances de promotion sociale des résidents actuels.	Stratégie Neighborhood Renewal au Royaume-Uni. Politique de la ville en France.
Diversification des formes résidentielles et des services offerts dans chaque quartier	Il s'agit de permettre aux résidents dont la situation socioéconomique ou familiale se modifie de rester dans leur quartier s'ils le souhaitent, ce qui implique que le quartier dispose des types d'habitations et de services adaptés à leurs nouveaux besoins.	Cadre d'aménagement proposé pour Montréal par le MAMM.

Source : Dansereau *et al.*, 2002 : 50-51.

En matière d'habitation, un des principaux obstacles à l'atteinte de la mixité sociale réside dans l'association par les résidents entre le logement social public et les « problèmes sociaux ». L'apparence même des habitats contribuerait à stigmatiser leurs occupants. Les locataires de logement sociaux ne seraient pas les seules personnes à avoir mauvaise réputation. Arthurson (2005) a récolté plusieurs témoignages de résidents qui affirment connaître des difficultés avec les locataires de logements traditionnels. Selon certains résidents, ces logements locatifs accueilleraient des personnes de passage qui tissent peu de liens avec les voisins, ce qui aurait pour effet de créer de l'instabilité. En fin de compte, il semble que la mixité ne garantisse pas la création de liens de solidarité, probablement par manque d'occasions favorisant leur développement.

La méta-analyse de Morris, Jamieson et Patulny (2012 : 12-13) a comparé les résultats de onze études portant sur les programmes et les politiques de mixité sociale. Les auteurs ont relevé certains facteurs qui favoriseraient le succès de telles interventions :

- La qualité et l'homogénéité des habitats qui composent un ensemble géographique. Les logements mixtes, notamment le logement social et les propriétés, devraient être répartis aléatoirement dans l'ensemble. Les logements sociaux devraient être semblables aux autres afin d'atténuer la stigmatisation.
- La qualité de l'aménagement urbain et des services locaux. La présence de services essentiels et de qualité dans les quartiers plus défavorisés limiterait également la stigmatisation, encouragerait la consommation locale, le sentiment d'appartenance et les interactions entre résidents.
- La présence d'enfants et d'une bonne école locale. Cette situation encourage les contacts entre les enfants d'origines diverses. Les enfants auraient tendance à établir des liens plus facilement en dehors de leur groupe social, créant ainsi des liens entre les familles.
- La présence de consultations adéquates et transparentes avec les résidents. La transparence des procédures est un facteur de succès, car elle permet aux résidents qui sont affectés par les politiques de s'exprimer et de participer à la mise en place des stratégies. On peut ainsi adapter les actions et prévenir les tensions et les ressentiments.
- L'ampleur de la mixité. La mixité sociale n'est pas un gage de mieux-être pour les résidents de logements sociaux, surtout si la proportion de logements sociaux est grande.

L'État intervient en faveur des solidarités intergénérationnelles en redistribuant les ressources pour soutenir les proches aidants. Le tableau A2 en annexe donne quelques détails sur des programmes à caractère redistributif visant à soutenir les solidarités familiales et intergénérationnelles dans 13 pays de l'OCDE. Comme on le voit, il existe une diversité de programmes visant à soutenir les aidants, les aidés ou à favoriser l'entraide intergénérationnelle directe. Selon le cas, l'État peut fournir un budget que l'aidé pourra dépenser comme il le souhaite (Pays-Bas), payer directement les proches aidants dans certaines limites (Norvège, Suède, Australie, Irlande, Japon et Canada), rembourser les aînés pour une partie des soins qu'ils ont reçus en dehors de système public (Royaume-Uni), payer directement un professionnel (États-Unis et Allemagne) ou encore fournir une allocation (Autriche, Royaume-Uni, Allemagne, Luxembourg et Suède). Dans bien des cas, il existe un nombre d'heures maximal pouvant être rémunéré ou remboursé, et l'importance du montant varie également. Le pourcentage de personnes âgées de 65 ans et plus qui bénéficient de telles mesures est parfois négligeable dans certains pays, alors qu'ailleurs elles peuvent rejoindre une personne sur cinq.

Enfin, dans sa fonction de redistribution, l'État ne contribue pas seulement aux solidarités intergénérationnelles, mais également à l'entraide entre une diversité d'acteurs en faveur de la mixité sociale. Banting (2005 : 6) propose d'apprécier l'action d'un État selon la présence ou l'absence de huit types de politiques sociales :

- déclaration constitutionnelle, législative ou parlementaire en faveur du multiculturalisme. Dans des sociétés minoritaires, le multiculturalisme peut être un atout ou une menace, selon la configuration des groupes en présence ;
- explication ou célébration du multiculturalisme dans le curriculum scolaire ;
- inclusion de représentations ethniques dans le mandat des médias publics ou des licences ;
- exemptions aux codes vestimentaires, législation de fermeture le dimanche, etc. ;
- acceptation de citoyennetés multiples ;
- financement d'organisations ou d'activités ethniques ;
- financement de l'éducation bilingue ou dans la langue maternelle ;
- intervention proactive en faveur des groupes immigrants désavantagés.

Bien que le multiculturalisme soit discutable parce qu'il est idéologiquement et philosophiquement orienté, les résultats de l'étude de Banting (2005) montrent que les pays ayant de fortes politiques de promotion du multiculturalisme ont de plus faibles tensions sociales. Ces politiques créeraient de la confiance entre les différents groupes sociaux et insuffleraient du même coup de la légitimité à la redistribution de la richesse. À l'inverse, certaines politiques peuvent augmenter les tensions, comme ce fut le cas avec les « accommodements raisonnables » au Québec dont la médiatisation a exacerbé les conflits de valeurs entre différents groupes sociaux.

### **3.4. La production des solidarités intergénérationnelles**

Cette partie s'intéresse aux processus théoriques et stratégiques rapportés dans les écrits consultés et qui favorisent le développement des solidarités intergénérationnelles. L'hypothèse sous-jacente est que ces solidarités ont plus de chance d'émerger et de se maintenir si une organisation ou un groupe les soutient en toute connaissance de cause. Pour cette raison, nous verrons d'abord les aspects théoriques, puis les aspects stratégiques. Ces éléments donneront un cadre et une direction aux interventions.

#### **3.4.1. La théorie du don**

Le don se retrouve dans plusieurs espaces sociaux. La famille représente celui où l'on retrouve « le don par excellence » (Godbout, 1995 : 59). En effet, le don s'y concrétise dans les échanges affectifs, les services rendus, la transmission de la vie et de l'héritage, de même que les rites (anniversaires, fêtes d'origine religieuse, etc.), précise Godbout (1995 : 74). Un autre espace du don nous intéresse tout particulièrement : le don fait aux étrangers. Il s'agit d'un espace du don ayant ses propres dynamiques et n'appartenant ni au domestique, ni au marché, ni à l'État ; le don résulte d'un geste non rémunéré et tout à fait volontaire, contrairement à l'« obligation » du don que l'on retrouve dans la sphère domestique (Wilson et Musick, 1997).

Pour comprendre la dynamique du don, on revient aux premières considérations théoriques qui émanent des travaux de l'anthropologue Marcel Mauss (1968). Le don fonctionne selon un cycle – donner, recevoir et rendre – qui crée notamment du lien social parce qu'il engage minimalement deux personnes dans une relation de coopération et de mutualité

(Godbout, 1995 : 95-114). Dans un premier temps, donner constitue un acte volontaire et évoqué par un signe – ne serait-ce qu'un regard – indiquant « explicitement que son geste correspond à un choix altruiste délibéré, un choix tourné vers le lien [social] » (Alter, 2009 : 31). Le geste, à la fois émotif et rationnel, suppose un effort, une privation, parfois un risque, et sa finalité n'est pas directement économique ou fonctionnelle. Plutôt, le donateur recherche un bénéfice intangible : créer un lien social de confiance, assurer sa cohérence éthique, ressentir de la fierté, acquérir du prestige... Dans un deuxième temps, dans le geste de recevoir, le donataire manifeste d'une manière ou d'une autre de la reconnaissance pour ce geste « inhabituel » et s'engage implicitement à donner à son tour, mais sans préciser le moment. L'imprécision du moment où le retour d'ascenseur se produira est essentielle dans l'acte de recevoir, car elle permet au lien de durer, contrairement au contrat qui fixe une limite à la période de l'échange. Dans un troisième temps, rendre suppose qu'on donne à son tour par gratitude et reconnaissance à une personne, à un groupe, à une organisation ou à la collectivité. Dans la mesure où les acteurs font les gestes attendus, le cycle peut se renouveler et réaliser sa principale fonction : créer du lien social et susciter une appartenance à un collectif.

Tout comme le don dans la sphère domestique, le don aux étrangers produit du lien social au sens où le définit Serge Paugam (2008 : 4), c'est-à-dire « le désir de vivre ensemble, la volonté de relier les individus dispersés, l'ambition d'une cohésion plus profonde de la société dans son ensemble ». Or, l'espace organisé ou formalisé du don de temps, de biens et d'argent aux étrangers produit un type de lien social marqué par la citoyenneté, c'est-à-dire le fait de prendre part à la chose publique. D'ailleurs, les données d'une enquête internationale sur le bénévolat indiquent que les bénévoles adhèrent plus souvent que leurs concitoyens à une association, possèdent un réseau social plus riche et sont davantage engagés sur le plan politique et civique (Hodgkinson, 2003). Ces liens de citoyenneté n'existent, pour l'essentiel, qu'à cause du don consenti par des personnes qui rend possible la société civile, c'est-à-dire un espace entre le gouvernement et le marché où les citoyens peuvent débattre des idées, servir différentes causes, s'engager dans l'action politique, se joindre à des associations ayant différentes visées, afin de participer et contribuer au progrès de leur collectivité (Hodgkinson, 2003 : 36).

### **3.4.2. Les théories de la mobilisation**

Comme cela s'est produit dans le passé pour les théories sur la communication et sur l'éducation, entre autres, les théories sociologiques sur l'action collective font l'objet d'une mise en rapport entre les observations de la recherche empirique et la pratique de l'intervention (Duperré, 2004). Cet éclairage sur la pratique résulte d'abord d'un mouvement d'idées illustratif de la mondialisation par lequel les sociologues européens et américains ont procédé à des synthèses théoriques sur la mobilisation (ou l'action collective). En effet, ces théories ont connu des développements en parallèle aux États-Unis et en Europe à partir des années 1950, avant que ne débute une intégration de ces théories à la fin des années 1980 (McAdam, McCarthy et Zald, 1988). L'effort devient plus soutenu par la suite, et ce, des deux côtés de l'Atlantique (Buechler, 2000). On retient de ces efforts de synthèse une reconnaissance de la complémentarité des théories, au sens où chacune éclaire un aspect particulier de la mobilisation. Toutes ces théories, prises isolément, comportent des limites, ne serait-ce qu'à cause d'une appartenance paradigmatique qui les confine tantôt dans un structuralisme où la réflexivité n'a pratiquement pas sa place, tantôt dans un

volontarisme où les influences structurelles sont absentes. L'idée que l'on puisse expliquer la complexité de la mobilisation à l'aide de ces différentes théories représente une piste qu'explorent ces auteurs et que nous rappelons brièvement.

**Tableau 3.3**  
**Synthèse des principes privilégiés par les théories de l'action collective**

<b>Théories</b>	Comportement collectif	Privation	Mobilisation des ressources	Cadres	Mouvements sociaux
<b>Principes</b>	Imitation	Dissonance	Bénéfices et moyens	Cohésion idéologique	Projet de société

Source : Inspiré de Buechler, 2000.

La plus ancienne des théories de la mobilisation, le comportement collectif, et les différentes versions qui l'expliquent mettent en évidence la contagion sociale et l'interstimulation qui donnent lieu à une mode comportementale et à ce qui peut paraître comme étant une conduite collective inorganisée. On comprend que la mobilisation ne se limite pas à cela, mais on retient que dans une de ses versions cette théorie fait une large place au rôle des émotions dans l'action collective (Duperré, 2008). Par ailleurs, selon une autre version, le comportement collectif répond à un problème d'intégration sociale et amène l'intervenant à considérer que pour les personnes l'association peut devenir une communauté procurant un ancrage social.

Pour sa part, la théorie de la privation explique que la mobilisation naît de la perception d'un manque relatif à une situation antérieure, anticipée ou par référence à un autre groupe. Pour l'intervenant, cette théorie l'amène à prêter attention aux situations de privation et, surtout, à la perception qu'en ont les personnes concernées. La théorisation de l'action collective ne pouvait en rester là, parce que, de fait, la privation perçue par un agent extérieur et même la perception de privation par celles et ceux qui l'éprouvent ne suffisent pas à susciter la mobilisation.

Les différentes versions de la théorie de la mobilisation des ressources ajoutent des éléments à la complexité de l'action collective. D'après une première version, les bénéfices à soutirer de l'action sont importants pour les acteurs ; pas seulement les bénéfices qu'ils retireront au terme de l'engagement, mais également ceux obtenus pendant l'action. D'où l'importance que prennent la création de liens sociaux, les apprentissages, la réalisation de soi et la reconnaissance de son apport au groupe. Ensuite, selon la deuxième version, le fait que l'organisation puisse réunir des ressources donne de la crédibilité à la cause et montre que celle-ci a des chances de succès. L'intervention prend la mesure de l'importance du bon fonctionnement de l'organisation et de la qualité des ressources qu'elle recèle, en particulier sur le plan humain. Les modalités favorisant la participation à l'intérieur de l'organisation prennent ici beaucoup d'importance (nous y reviendrons dans la dernière partie de ce chapitre). Pour la troisième version, ce sont les opportunités politiques et économiques qui catalysent la mobilisation. De la perspicacité pour bien comprendre les éléments de contexte, favorables et défavorables à l'action, et la capacité de profiter du *momentum* sont des éléments à considérer pour l'intervention.

Il manque encore quelque chose à ces théories : l'argumentaire pour la mobilisation. La théorie des cadres fournit un schème interprétatif de l'action en deux parties essentielles : le diagnostic (le problème, ses manifestations et ses causes) et le pronostic (la solution et les stratégies à mettre en œuvre pour la réaliser). L'adhésion des personnes au cadre proposé, une condition à la mobilisation, suppose un alignement des cadres portés par la population et par l'organisation. Celle-ci informe et éduque, et peut devoir modifier son propre cadre s'il s'avère peu crédible ou trop éloigné des idées reçues. Selon cette théorie, on voit que de multiples efforts doivent être envisagés pour opérationnaliser la constitution d'un cadre d'injustice et favoriser son réajustement.

Enfin, pour la théorie des mouvements sociaux, la société constitue le contexte et la toile de fond de l'action collective. Alain Touraine est l'un des précurseurs de cette théorie avec la publication en 1973 de son ouvrage *Production de la société* (Touraine, 1993). On évoque parfois l'idée de « nouveaux mouvements sociaux », car depuis les années 1960 le mouvement ouvrier ne représente plus la principale force sociale de changement et la logique économique liée au travail n'est plus la seule portée par les acteurs sociaux. De fait, les théoriciens des nouveaux mouvements sociaux s'intéressent à diverses logiques d'action (économique, politique, idéologique et culturelle) et à diverses sources d'identité (ethnicité et genre) pour comprendre l'action collective. En ce sens, on peut voir dans cette théorie un renouvellement de la pensée de Marx dans le contexte de la société postindustrielle où l'analyse des rapports sociaux n'est plus réservée aux rapports de production, mais s'intéresse également aux rapports de consommation entendus au sens large de réponse aux besoins. De cette façon, ces forces considérables que sont les mouvements sociaux et qui prévalent dans une société remettent en cause non seulement l'exploitation sur les lieux de travail, mais également – entre autres choses – la discrimination, le sexisme, la marchandisation et l'instrumentalisation, qui constituent autant de rapports oppressifs dans la vie quotidienne. Ces multiples champs d'action font naître différentes identités souvent basées sur des caractéristiques communes, autrement dit, différents « nous » auxquels adhèrent des citoyens. De façon générale, la technocratie qui maîtrise les hauts lieux du pouvoir incarne l'opposant, puisqu'elle tente de définir les grandes orientations de l'avenir de la société. C'est donc dire que cette théorie se distingue des précédentes par la prise en compte du niveau macro de l'action collective. En principe, l'intervention collective exhorte les groupes à donner une visée à long terme à leur action, à joindre les réseaux d'associations et à faire une place aux débats de société.

### **3.4.3. La création d'acteurs collectifs**

Après ce bref retour sur les théories portant sur la construction des solidarités, nous nous intéresserons à l'intervention et à la dynamique conduisant à l'acteur collectif.

#### **3.4.3.1. L'intervention avec une collectivité**

Il existe une abondante production écrite chez les Anglo-Saxons qui porte sur la méthode d'intervention auprès d'une collectivité que l'on appelle *community organization*, *macro practice* ou *community development*. Ces écrits font référence à des pratiques professionnelles variées par lesquelles une personne salariée rattachée à une association ou à un établissement public s'allie à un groupe, afin de contribuer au succès de l'action

collective que celui-ci entreprend en vue de résoudre un problème social touchant une collectivité. Qui plus est, ce type d'intervenants vise le plus souvent à ce que le groupe et la collectivité acquièrent du pouvoir et de la résilience, et qu'ils puissent renouveler l'organisation sociale selon des valeurs de démocratie, d'équité et de solidarité. Peu importe leur formation, la capacité des intervenants en conseil et en appui à des groupes vient de leurs connaissances et de leurs habiletés dans les rouages de l'information, de l'éducation, des communications, de la mobilisation et de la négociation (Netting, Kettner et McMurtry, 2008 : 80).

Il y aurait beaucoup à dire sur les techniques de ce métier, mais, pour l'essentiel, un intervenant professionnel envisage sa contribution selon une démarche rationnelle de planification de l'action que l'on retrouve d'ailleurs dans les sciences de la gestion. Le tableau suivant rend compte de cette démarche.

**Tableau 3.4**  
**Les étapes du processus d'intervention avec une communauté**

Connaissance du milieu d'intervention	Analyse d'une communauté locale Établissement du mandat avec l'organisme employeur
Analyse de la problématique	Inventaire des problèmes sociaux Choix du problème et justification
↓ Dès que possible, l'analyse est partagée avec un groupe représentatif de la collectivité.	Analyse sociale du problème
↓ Peu à peu, le groupe s'adjoit de nouvelles personnes bien choisies et des activités publiques permettent de rejoindre la collectivité.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Décrire le problème</li> <li>• Définir le problème</li> <li>• Mesurer le problème</li> <li>• Remonter aux origines du problème</li> </ul>
	Définition du besoin
	Analyse des opportunités
	Identification d'un enjeu
La planification de l'action	But, objectif général et objectifs spécifiques
↓	Les stratégies
Pour que le groupe prenne part à l'action, il doit être impliqué dans sa planification.	Les moyens et activités
	La démarche d'évaluation

Source : Lamoureux *et al.*, 2007.

Dans la perspective de la mise sur pied d'une mobilisation autour d'un projet intergénérationnel, l'intervenant se prépare en faisant une analyse multidimensionnelle du milieu. La connaissance de la culture locale est essentielle pour que l'action puisse éventuellement s'y intégrer. Puis, dès que possible – et tout le secret de la réussite d'une telle intervention est là, disent les méthodologues de ce type d'intervention (Lamoureux *et al.*, 2007) –, un groupe est constitué et est accompagné par l'intervenant pour bâtir le projet. Ce n'est que dans la mesure où les personnes s'approprient le projet dès sa conception qu'elles s'impliqueront dans sa réalisation.

### 3.4.3.2. Les partenariats en amont des projets

Dans la plupart des interventions avec une communauté, une première étape d'appropriation du projet se situe en amont des partenariats interorganisationnels. Cette pratique s'appuie principalement sur trois raisons. La première fait référence à la nécessité : aucun acteur ne détient à lui seul l'expertise et les ressources nécessaires pour agir adéquatement dans l'ensemble des domaines d'influence (le bâti, le social, l'économique, l'artistique, etc.). La seconde raison est politique et elle s'avère très pertinente dans une démarche d'*empowerment* : qui décide pour qui ? La troisième raison est strictement pratique et concerne la méthode de mobilisation des individus qui participeront ultérieurement. À l'aide de plusieurs exemples concrets, Diani et McAdam (2003 : 292) montrent que la mobilisation de personnes dans un projet de solidarité nécessite une relation de confiance. Or, cette relation de confiance peut également exister entre les membres d'organisations déjà constituées, même hétérogènes (associations, entreprises publiques et entreprises privées). Par ailleurs, la mobilisation des individus réussit mieux si elle est menée par les responsables ou les dirigeants des organisations et non par des étrangers. Le partenariat entre plusieurs organisations permettrait donc éventuellement de mobiliser beaucoup d'individus.

La planification de la démarche d'actions coordonnées, concertées ou en partenariat est un gage de succès. Le tableau suivant présente une synthèse, effectuée par Pednault (2013), des étapes à franchir. Cette synthèse est basée sur la trousse d'action intersectorielle de Santé Canada qui est elle-même issue des résultats de recherches de Winer et Ray (1994) de la Fondation Wilder.

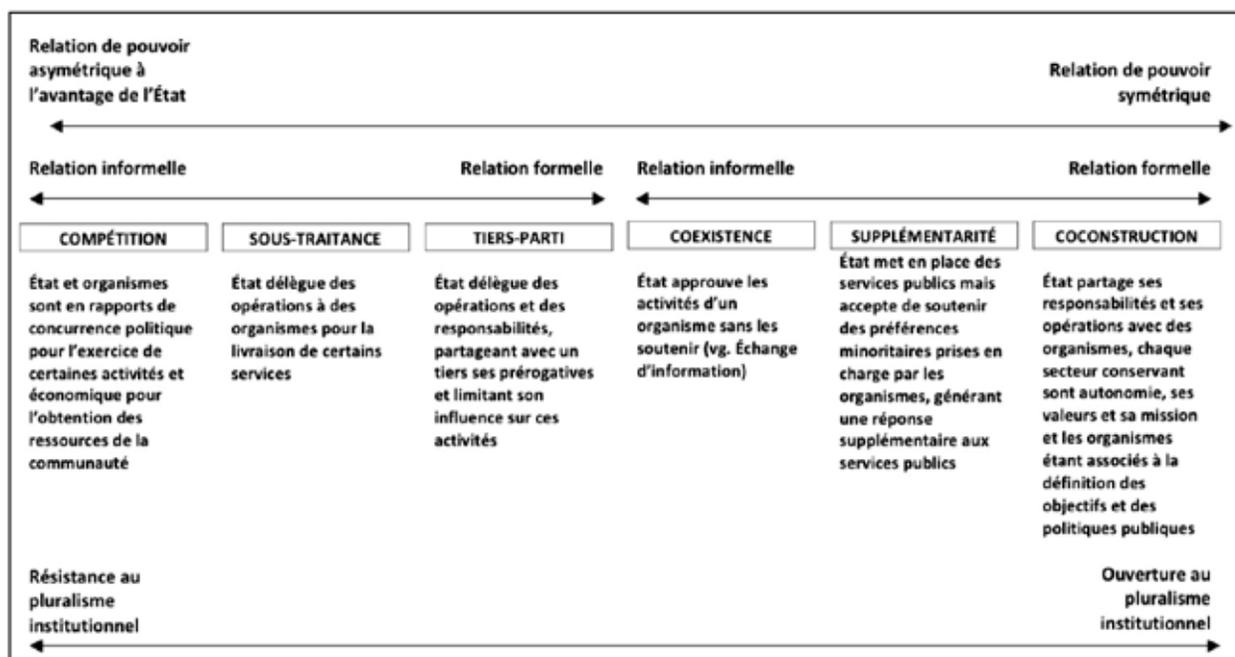
**Tableau 3.5**  
**Les étapes du partenariat interorganisationnel**

<b>Étapes</b>	<b>Descriptions</b>
1. Rallier	Choisissez les membres de l'équipe sur la base de leurs compétences, de leur motivation et de leurs qualités relationnelles.
2. Se donner une vision	La vision doit exposer ce qu'il faut accomplir, le but et l'envergure du travail en termes clairs et faciles à comprendre.
3. Déterminer les résultats	Identifiez des résultats concrets, réalistes et mesurables à court et moyen terme. Axez le travail sur des résultats positifs plutôt que des problèmes à surmonter.
4. Travailler en équipe	Tenez des réunions efficaces en faisant participer tous les membres. Donnez-vous une méthode et des règles de fonctionnement.
5. Identifier ses stratégies	Quels sont les appuis stratégiques essentiels à l'atteinte des résultats ? Quels sont les moyens et les ressources dont nous disposons ? Quel sera notre plan d'action ?
6. Formaliser le mandat	Clarifiez la zone de pouvoir de chacun des représentants et membres du comité. Obtenez des lettres d'engagement de cadres supérieurs ou de CA pour officialiser le mandat des représentants.
7. S'organiser	Déterminez une structure souple. Clarifiez les rôles de chacun, leurs disponibilités. Développez des compétences sur les approches interdisciplinaires et intersectorielles, les communications et la négociation.
8. Résoudre les conflits	Clarifiez le nœud du problème. Au besoin, réexaminez la vision, l'orientation, la démarche et les buts. Permettez à chacun des participants de s'exprimer sur le problème.
9. Prendre des décisions	Quel sera notre mode de prise de décision ? Consensuel ? Démocratique ? Formalisez la modalité choisie dans vos documents officiels.
10. Assurer les suivis	Précisez le plan d'action. Identifiez les zones d'imputabilité.
11. Évaluer les résultats	Déterminez la méthode d'évaluation dès le début. Observez et évaluez les changements.
12. Se renouveler	Recueillez des données qualitatives et quantitatives (choisir les bons indicateurs). Décrivez en quoi la collectivité visée a changé.
13. Communiquer	Communiquez la valeur ajoutée à la collaboration intersectorielle (message clair et convaincant). Participez ou organisez des forums publics et partagez vos expériences et vos réussites.
14. Instaurer les changements	Initiez des collaborations qui vont perdurer et qui exigent de « briser des silos ». Osez changer les systèmes, même à petite échelle. Utilisez vos réussites et les personnes ressources influentes pour amorcer des changements de politiques et de procédures dans vos organisations. Influencez les politiques ministérielles par vos pratiques exemplaires.
15. Célébrer les succès	Si le mandat se termine, prévoyez un rituel de clôture en invitant tous les participants. Nommez les bons coups et célébrez entre vous, avec vos organisations et la communauté !

Source : Pednault, 2013 : 5.

La première étape, rallier les acteurs selon leurs qualités et motivations, implique que le mobilisateur a déjà des objectifs en tête et qu'il a effectué un travail préalable de repérage des partenaires potentiels. Certains initiateurs dressent même des tableaux où ils classent les acteurs selon leur identité, leurs champs d'intérêt et leurs valeurs afin d'être bien préparés (Bilodeau, Lapierre et Marchand, 2003). Déjà, à cette étape, le défi des rapports de pouvoir peut se dessiner. Y a-t-il des acteurs plus importants que les autres ? Un chef ? Qui possède les ressources matérielles ? Peut-on se passer de certains acteurs ? Généralement, des acteurs sont plus puissants que d'autres, parce qu'ils ont davantage de ressources à investir ou qu'ils sont mieux connus du public ou des autorités. L'acteur le plus puissant a pourtant le choix de se placer au même niveau que les autres. Cette relation hiérarchique entre partenaires est illustrée dans le schéma suivant par les relations possibles de collaboration entre l'État et ses partenaires.

**Schéma 3.1**  
**Diversité des partenariats interorganisationnels**



Source : Pednault, 2013 : 4. Adaptation de Proulx, Bourque et Savard, 2007 : 10.

Ce schéma s'avère inspirant pour comprendre la diversité du partenariat interorganisationnel. Celui-ci prend des formes variées sur un continuum limité aux extrêmes par la compétition, d'un côté, et la coconstruction, de l'autre. Les divergences plus ou moins profondes quant aux buts poursuivis, aux intérêts organisationnels et individuels des représentants, à la disponibilité des ressources, aux stratégies à privilégier, aux responsabilités des tâches à réaliser peuvent expliquer l'adhésion plus ou moins forte au pluralisme institutionnel et à la collaboration.

Les constats peuvent conduire à un souhait de coconstruction. Alors que dans certains cas de simples discussions d'égal à égal peuvent suffire à établir une vision et un plan d'action qui répond aux attentes de chacun, il arrive que le processus soit plus complexe. Des divergences d'opinions ou même des conflits peuvent survenir lors de ces premières tentatives de jonction. Plusieurs techniques d'intervention de groupe permettent de les surmonter. Le schéma suivant présente une des stratégies possibles, qui constitue en fait une démarche de résolution de problèmes.

### Schéma 3.2 Exemple de stratégie en faveur de la coconstruction dans le partenariat interorganisationnel



Source : Bilodeau, Lapierre et Marchand, 2003 : 18.

On comprend que de telles techniques sont utiles lorsque les enjeux sont complexes ou lorsque les acteurs ont de la difficulté à structurer leurs arguments. Lorsque la situation est clarifiée et que le groupe s'est entendu sur une façon de fonctionner, il peut avancer plus efficacement et même élargir le partenariat.

### **3.4.3.3. La constitution de l'acteur collectif intergénérationnel**

Duperré (2004 : 13) définit l'acteur collectif comme « un groupe de personnes organisé, mobilisé à partir d'expériences, d'intérêts et de solidarités convergentes autour d'un projet commun qu'ils tentent d'imposer, par le biais de l'action collective ». Un acteur collectif peut être un milieu cohésif dont les actions sont coordonnées dans l'atteinte de certains buts ou valeurs, ou être un ensemble plus restreint allant du groupe d'amis à une association ou à une entreprise, en passant par un simple comité d'usagers.

La relecture du tableau A1 (en annexe) sur les pratiques d'habitat intergénérationnel permet de voir certaines régularités pour la constitution d'un acteur collectif. En premier lieu, dans ces projets, les parties prenantes partagent des objectifs semblables au regard du lien social, des solidarités, de l'intégration de tous et du maintien dans le milieu des aînés, le cas échéant. En second lieu, les projets intergénérationnels sont le résultat de la participation d'une diversité d'acteurs et on ne voit pas d'initiateur de projet isolé de son milieu. Les tentatives de créer une dynamique de collaboration avec les acteurs locaux prennent différentes formes : proximité géographique des personnes à rejoindre ou facilitation du transport, activités d'information et ouverture à la gouvernance. En troisième lieu, les projets ont bénéficié de la contribution de ressources variées et surtout humaines avec la participation de plusieurs associés, citoyens bénévoles, experts et associations. En quatrième lieu, on a cherché des moyens pour maintenir les liens créés au départ : signature d'une charte de bon voisinage, adhésion à une association ou à un club liés à la gouvernance des lieux, construction d'aires communes, activités de mise en relation avec le concours d'animateurs de vie collective et application de méthodes de communication et d'information.

Selon le modèle de constitution d'un acteur collectif utilisé par Duperré (2004 : 65-70), la cristallisation d'un groupe rassemblé passe par des activités de triangulation et de jonction des cadres. La triangulation est cette mise en commun où les acteurs apprennent à se connaître, à se comprendre et à s'approprier les perceptions des autres. Il peut en surgir des tensions qui, selon la gestion qu'on en fait, peuvent s'avérer irréconciliables ou alors renforcer la cohésion à la suite des apprentissages qui en résultent. La jonction des cadres, sous le principe du plus petit dénominateur commun, fait ressortir les éléments d'attache des acteurs au groupe sur les plans stratégique (intérêts collectifs), normatif (savoirs collectifs) et affectif (reconnaissance d'une histoire commune).

## **3.5. Le maintien des mobilisations intergénérationnelles**

Une fois lancées, les mobilisations entre les générations peuvent être maintenues par la démocratie et par l'information mutuelle.

### 3.5.1. La pratique de la démocratie avec des acteurs différents

Tout indique que les initiatives d'habitats intergénérationnels utilisent des stratégies démocratiques à différents niveaux de leur structure. La démocratie telle qu'on l'entend ici fait référence au mode de gouvernance, c'est-à-dire à la réponse à une question simple : qui décide où l'on va et par quels moyens ? L'étude de Stolle, Soroka et Johnston (2008) précise qu'un bon moyen de créer une identité commune à partir d'un groupe diversifié est d'organiser et de réaliser un projet où tous les participants sont sur un pied d'égalité.

Selon Schuman (2006) les valeurs démocratiques communes à plusieurs pratiques sont celles de la reconnaissance de l'égalité, de la dignité et de la liberté de tous les membres participants (Schuman, 2006). La mise en pratique de ces valeurs, en plus d'être un témoignage de respect et de confiance envers les adhérents, permet de garantir que le projet collectif continue de motiver les membres en restant adapté à leurs intérêts. Il s'agit ici de s'assurer qu'une minorité ne profite pas de la force collective pour arriver à ses fins particulières. La résistance des fondateurs et leaders charismatiques au partage égalitaire du pouvoir décisionnel est normale, mais elle doit être dépassée. Le leadership unique rend le projet fragile et peut mener à la démobilisation, tandis que le fonctionnement démocratique offre plusieurs bénéfices lors de la maturation du projet, comme le montre ce tableau.

**Tableau 3.6**  
**Les avantages de la démocratie lors de la maturation du projet**

<p>Maintenir la participation des membres intéressés au projet et qui désirent vraiment y participer ; attirer des citoyens, des salariés et des partenaires (Turner, 2006).</p> <p>Garantir que le projet (utopie) et les valeurs (idéologie) évoluent dans le temps selon la volonté des participants (Gagnon et Girard, 2001).</p> <p>Réduire le risque de voir l'orientation générale de l'organisation devenir la croissance de l'entreprise à tout prix et assurer le suivi des décisions (Chaves et Sajardo-Moreno, 2004).</p> <p>Réduire ainsi les risques généraux de dégénérescence (Malo et Vézina, 2003).</p> <p>Entretenir la vitalité de la démocratie en la pratiquant (Schuman, 2006).</p>
--

Le sens commun ne perçoit souvent la démocratie que sous sa forme représentative. Or, dans un projet collectif, il faut précisément éviter que les membres s'en remettent uniquement à leurs représentants. Le tableau suivant s'intéresse aux différentes formes de démocratie et à l'utilité de chacune.

**Tableau 3.7**  
**Les différentes formes de démocratie en organisation**

<b>Formes</b>	<b>Définition</b>	<b>Moyens</b>
Démocratie représentative (ou élective)	Fait appel à des représentants élus par les parties concernées (citoyens, locataires et membres).	Instances représentatives. Choix de représentants élus. Base : intérêt individuel. Vote « une personne, une voix » et majorité.
Démocratie directe (ou participative)	Les parties concernées s'expriment et décident sans médiation.	Absence de médiation. Participation directe. Intérêt formulé directement. Choix par consensus.
Démocratie sociale	Repose sur la concertation des acteurs dans un ensemble, généralement une société.	Concertation entre les grands acteurs sociaux porteurs d'intérêts collectifs. Associations volontaires et groupes d'appartenance. Mobilisation.
Démocratie délibérative (processus et formation)	Fait appel à la délibération pour produire des choix éclairés et validés socialement.	Délibération et dimension discursive. Espaces publics détachés des intérêts immédiats. Libre expression de tous.

Source : Lévesque, 2000 : 13.

Les différentes formes de démocratie ne sont pas mutuellement exclusives. Par exemple, les représentants peuvent vouloir consulter leurs commettants (démocratie délibérative) ; ou, encore, les acteurs ayant droit à l'initiative peuvent vouloir délibérer avant d'agir (démocratie directe). La forme de démocratie à privilégier dépend des objectifs poursuivis : opinion des membres, adaptation des actions ou recherche de légitimité dans un espace relativement important.

Si la participation et la démocratie sont des principes de continuité de la mobilisation, Theiss-Morse et Hibbins (2005) ajoutent une nuance qui concerne la mise en œuvre du fonctionnement démocratique. Par exemple, si les rencontres ne sont pas bien orchestrées et que les débats d'idées sont mal gérés, il est fort possible que les participants en sortent avec un sentiment négatif à l'égard du projet. Autrement dit, la démocratie appliquée fait partie de l'ensemble de l'organisation et elle se retrouve dans les structures formelles et les « règles du jeu », dans la culture associative et ses pratiques informelles de même que dans la relation entre l'organisation et son milieu (inspiré de Moulaert et Nussbaumer, 2005).

### **3.5.2. La communication et l'information**

En plus de la mise en œuvre d'un esprit démocratique et participatif dans l'ensemble de la démarche, les initiatives intergénérationnelles nécessitent des moyens communicationnels. L'absence de communication crée des déséquilibres de pouvoir et fait perdre l'intérêt des membres au point où la dégénérescence guette l'organisation (Cornforth, 2004).

La plupart des projets d'habitat intergénérationnel recensés (tableau A1 en annexe) se préoccupent de développer des liens et des stratégies de communication à l'interne qui leur sont propres : affichage, téléphones internes, réseau social informatique interne, activités au cours desquelles on transmet de l'information, etc. Certaines stratégies de communication s'adressent autant à l'interne qu'à l'externe. C'est le cas par exemple de la Coopérative de solidarité lavalloise (tableau A1) où une partie des acteurs impliqués dans la gouvernance interne viennent de l'extérieur, recevant et diffusant ainsi de l'information dans les deux milieux. Un autre exemple est celui de l'Îlot Bon Secours où, en plus du réseau intranet déjà présent pour communiquer à l'interne, l'association Down-Up qui y œuvre avec des personnes trisomiques a développé en parallèle un logiciel permettant aux acteurs du milieu rassemblés autour d'une personne trisomique d'être avec elle.

Pour couvrir un territoire, une pratique documentée et pertinente aux initiatives intergénérationnelles est celle du réseau de conteurs de quartier (*neighborhood storytelling network*). Cette façon d'envisager les communications dans un territoire provient de la *communication infrastructure theory* (CIT) issue des travaux de Ball-Rokeach (2006). L'idée centrale du réseau des conteurs est la suivante : afin d'atteindre leurs buts dans un monde complexe, les individus ont besoin d'informations provenant de sources communes. Le réseau des conteurs produit de l'information (plutôt que de simplement en diffuser) et permet de resserrer les liens entre les groupes et les personnes.

Le réseau des conteurs relie les résidents, les associations et les médias d'un territoire dans une toile de conteurs (producteurs d'information et d'histoires concernant le milieu) qui permet aux résidents de participer à la fabrication constante des représentations du territoire, de son environnement et de ses agents. L'engagement des résidents dans des discussions portant sur le territoire avec d'autres résidents (famille, voisins et amis), la réception d'information de médias locaux ou ethniques, de même que la relation entretenue avec des associations, influencent alors les connaissances, les représentations, les actions, et les engagements des citoyens. Il est à noter que l'effet sur l'engagement citoyen est décuplé si le résident est en lien avec les trois types d'agents conteurs que sont les résidents, les associations et les médias. Différentes façons de faire sont possibles : les médias peuvent informer sur des sujets locaux et offrir un espace pour que les associations et les résidents diffusent de l'information ; les associations peuvent favoriser la création de liens entre les médias locaux et les résidents, stimulant les discussions et les échanges sur les sujets qui concernent le milieu.

### 3.6. Synthèse du chapitre

En guide de synthèse, nous nous reportons au rapport de Springate, Atkinson et Martin (2008) sur les solidarités intergénérationnelles au Royaume-Uni, qui donne des indications sur les facteurs de réussite des projets dans ce domaine. Le tableau qui suit indique les éléments marquants du rapport.

**Tableau 3.8**  
**Les facteurs de réussite des projets intergénérationnels**

	<b>Facteurs</b>	<b>Remarques</b>
Viabilité	Approche à long terme	Les contacts intergénérationnels doivent être assez nombreux et laisser le temps à des liens significatifs de se tisser.
	Financement sur du long terme	Le financement à long terme apporte éventuellement davantage de stabilité et permet de concentrer les énergies sur les objectifs plutôt que sur la recherche de nouveaux financements.
	Processus d'évaluation	La mise en place de processus d'évaluations permettrait de maintenir les orientations, d'assurer les résultats et d'améliorer les pratiques.
Intervenants	Compétences et formation	Les intervenants, en dehors de leur zone de confort, ont souvent besoin de formation afin de savoir comment réaliser certaines actions.
	Engagement, enthousiasme	La motivation contagieuse des intervenants a souvent été mentionnée à titre de facteur de réussite.
	Temps et disponibilité	La réussite des projets dépend du temps accordé à la planification et à la préparation des interventions.
	Stabilité	Le fort roulement d'intervenants est signalé comme étant une barrière importante à la bonne réalisation des projets.
Activités	Élaborées par les participants	Les participants doivent décider des activités ou avoir un mot à dire afin que celles-ci soient adaptées à leurs besoins et à leurs préférences.
	Participatives	Pour que les activités soient attrayantes et agréables pour tous, tous les groupes sociaux devraient pouvoir participer aux activités (et ne pas être seulement observateurs).
	Variées	La diversité des activités et des lieux d'implication permet de maintenir l'intérêt et l'enthousiasme.
	Axés sur la création de relations	La préparation des activités doit viser la création de liens et la compréhension entre les personnes. L'absence de telles préoccupations est associée au renforcement des préjugés et des tensions.
Participants	Préparation des participants	Les participants peuvent bénéficier de moments de préparation aux activités, par exemple en donnant la possibilité aux personnes des différents groupes sociaux d'exprimer leurs inquiétudes ou leurs attentes avant de faire l'activité.
	Profil des volontaires	Il est important de connaître les motivations des volontaires pour la bonne réalisation des projets et activités.
	Bénéfices mutuels	Il est vital que les participants perçoivent qu'ils sont égaux et que chacun puisse répondre à ses attentes.
Planification	Planification	L'élaboration réfléchie de calendriers et de plans d'action est considérée comme essentielle pour la réussite des projets. La désorganisation serait un obstacle majeur.
	Flexibilité	Il se peut que des événements imprévus viennent affecter la participation. Il doit être possible de déplacer les activités et l'échéance des résultats attendus.
	Transport	Dans certains cas, un système de transport adapté permet une meilleure participation aux activités.
Partenariat	Engagement stratégique	Idéalement, tous les partenaires participent à l'effort de planification, de réalisation et d'évaluation.
	Relations	Les liens faibles entre partenaires représentent un obstacle. La définition claire des rôles est souhaitable. L'établissement de règles peut aussi rassurer.

Source : Springate, Atkinson, Martin, 2008 : 15-17.

Il existe plusieurs facteurs de réussite des projets de solidarités intergénérationnelles qui complètent l'harmonisation des intérêts, les pratiques démocratiques et les systèmes de communication. Le premier facteur mentionné dans le tableau précédent est d'ailleurs l'importance des contacts nombreux et étalés dans le temps entre les acteurs des projets. Ce point met l'accent sur le fait que les relations peuvent prendre du temps à se développer. Ce temps nécessaire demande du financement à long terme, pour la pérennité et la stabilité, ainsi qu'un processus d'évaluation permettant de réajuster les interventions au cours du processus. Afin de favoriser le maillage entre les acteurs, il est également important d'avoir des intervenants bien formés, motivés et qui ont un plan d'action. Lorsqu'il est question de liens, il faut considérer l'intervenant comme une personne à part entière dans le système, puisque la constance de sa présence s'avère importante pour créer du lien. Sur le plan des activités, on privilégie celles qui sont axées sur la création de liens et celles où les participants contribuent à l'élaboration. Ces participants doivent y trouver leur compte et, si le besoin s'en fait sentir, ils peuvent être guidés par un intervenant afin de s'ouvrir aux activités proposées. Encore une fois, Springate, Atkinson et Martin (2008) mettent l'accent sur l'importance de la préparation des interventions pour leur réussite, puis sur la nécessité de faire preuve de souplesse afin de parer aux imprévus.

## Conclusion

Pour terminer cette recension des écrits, nous soulignons trois besoins de connaissances qui ressortent de l'exercice qui vient d'être fait. Ces besoins de connaissances représentent autant de pistes de recherche. Premièrement, peu d'études portent sur le phénomène spécifique de l'implication des personnes peu favorisées, celles ayant des limites physiques et intellectuelles dans des solidarités associatives. Ces personnes doivent faire face à des obstacles qui peuvent ralentir leur élan sur ce plan, mais il serait opportun que des études empiriques fassent état de démarches réussies et en dégagent les principes directeurs.

Deuxièmement, il y aurait lieu d'examiner la participation des locataires dans les formules de logement social de type HLM. En fait, comme les résidents ne sont pas copropriétaires, mais locataires, les chances qu'ils participent à un comité de locataires, par exemple, paraissent minces. Or, encore une fois, les expériences réussies mériteraient d'être examinées de plus près.

Troisièmement, et enfin, les expériences innovantes de résidence à propriété collective s'avèrent relativement marginales et peu connues. Les études de cas représenteraient une première étape pour comprendre leur émergence et leur fonctionnement, avant une seconde étape où des outils de collecte des données auprès d'un grand nombre d'expériences pourraient être mis à contribution.

## Bibliographie

Adams, R. G. et R. Blieszner (1995). Aging well with friends and family. *American Behavioral Scientist*, 39, 209-224.

AGRICA (2012). Troisième vague de résultats de l'étude AMI. En ligne : [http://www.groupagric.com/fileadmin/mediatheque/documents/Groupe/Presse/Janvier\\_2012/CP\\_AGRICA\\_Resultats\\_AMI\\_janvier\\_2012.pdf](http://www.groupagric.com/fileadmin/mediatheque/documents/Groupe/Presse/Janvier_2012/CP_AGRICA_Resultats_AMI_janvier_2012.pdf)

Alter, N. (2009). *Donner et prendre. La coopération en entreprise*. Paris, La Découverte.

Alwan, A. (dir.) (2010). *Rapport sur la situation mondiale des maladies non transmissibles 2010*. Genève, OMS.

En ligne : [http://www.who.int/nmh/publications/ncd\\_report-summary\\_fr.pdf](http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report-summary_fr.pdf)

Arcand, B. (1982). La construction culturelle de la vieillesse. *Anthropologie et Sociétés*, 6 (3), 7-23.

Argoud, D. (2008). *L'habitat et la gérontologie : deux cultures en voie de rapprochement ? Enquête auprès des nouvelles formules d'habitat pour personnes âgées*. Rapport final pour le PUCA (Plan Urbanisme Construction Architecture), France.

Arthurson, K. (2005). Residents' perspectives about social mix. Dans *Proceedings of the Second State of Australian Cities Conference*. Brisbane (AU), Griffith University.

Attias-Donfut, C. (2009). Les grands-mères au centre des solidarités familiales. Dans M. Charpentier et A. Quéniart (dir.), *Vieilles, et après ! Femmes, vieillissement et société* (p. 189-205). Montréal, Éditions du remue-ménage.

Ball-Rokeach, S. et Y. C. Kim, (2006). Civic Engagement From a Communication Infrastructure Perspective. *Communication Theory of International Communication Association*, 16, 173-197.

Beaudoin, R. et J. Saint-Pierre (1999). *Financement de l'innovation dans les PME – Une recension récente de la littérature*. Rapport de veille présenté à l'Observatoire de développement économique Canada.

Bégin, C., V. Boudreault et D. Sergerie (2007). La prévention des chutes dans un continuum de services pour aînés vivant à domicile, Publication de l'INSPQ – volet Soutien à domicile. En ligne : <http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/643-LaPreventionChutesServicesAinesVivantDomicile.pdf>

Bendimérad, S. (2011). Situations générationnelles, territoriales domestiques et densités. *Gérontologie et société*, 1 (136), 157-173.

Billette, V. (2012). *D'une société exclusive à une société inclusive et plurielle. Perspectives de solidarités en gérontologie sociale*, Cahiers du Centre de recherche et d'expertise en gérontologie sociale (CREGÉS), 3.

Bilodeau, A. (2013). *La Villa des méandres : une réalisation collective*. Québec, Université Laval, Chaire de recherche Marcelle-Mallet sur la culture philanthropique, Cahier n° EE1302.

Bilodeau, A., S. Lapierre et Y. Marchand (2003). *Le partenariat : comment ça marche – Mieux s'outiller pour réussir*. Montréal, Direction de santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre.

Bouchard, M.-J. et M. Hudon (2005). Le logement coopératif et associatif comme innovation sociale émanant de la société civile. *Interventions économiques*, 32.  
En ligne : <http://interventionseconomiques.revues.org/856>

Boulianne, M. (2004). *Cohabitation intergénérationnelle et logement supplémentaire dans les banlieues de Québec : projets de familles et règles d'urbanisme*, Rapport de recherche de la Société d'hypothèques et de logement.

Boulianne, M. (2005). La cohabitation intergénérationnelle, le genre et la parenté au Québec. *Recherches féministes*, 18 (1), 25-47.

Boulianne, M. et Y. Comeau (2011). *Inventaire et retombées des réseaux d'échange de proximité québécois*. Québec, Université Laval, Cahiers de la Chaire de recherche Marcelle-Mallet / CRIDÉS n° 11-02.

Braubach, M., D. E. Jacobs et D. Ormandy (2011). *Environmental Burden of Disease Associated with Inadequate Housing. Summary Report*. Copenhagen (DN), World Health Organization.  
En ligne : [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0017/145511/e95004sum.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/145511/e95004sum.pdf)

Briet, R. (dir.) (2006). *La société intergénérationnelle au service de la famille – Conférence de la famille 2006*. Rapport de propositions remis au Ministre [français] délégué à la Sécurité sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille.

Buechler, S. M. (2000). *Social Movements in Advanced Capitalism*. New York, Oxford University Press.

Burholt, V. et G. Windle (2006). *The Material Resources and Well-being of Older People*. Joseph Rowntree Foundation.  
En ligne : <http://www.jrf.org.uk/sites/files/jrf/9781859354230.pdf>

Centrale des syndicats du Québec (CSQ) (2011). *L'hébergement des personnes âgées – Vieillir chez soi ?* Résumé du panel de spécialistes au 44<sup>e</sup> congrès de l'Association des retraitées et retraités de l'enseignement du Québec. *Le magazine de l'AREQ*, Édition spéciale Congrès 2011. En ligne : [www.araq.qc.net](http://www.araq.qc.net)

Chaves, R., et A. Sajardo-Moreno (2004). Les questionnaires de l'ÉS : entre les valeurs et l'enracinement. *Économie et Solidarité*, 35 (1- 2), 65-80.

Choinière, R. (2010). *Viellissement de la population, état fonctionnel des personnes âgées et besoins futurs en soins de longue durée au Québec*. Publication de l'INSPQ – Vice-présidence aux affaires scientifiques.

En ligne : [http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1082\\_vieillissementpop.pdf](http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1082_vieillissementpop.pdf)

Community Partnerships for Older Adults (2009). *Local Solutions for National Long Term Care Challenges*. En ligne : [www.cpfoa.org](http://www.cpfoa.org)

Confédération des syndicats nationaux (CSN) (2009). *Viellir dans la dignité – Plateforme de revendications pour une vision sociale et positive du vieillissement*. En ligne : [http://www.csn.qc.ca/ap/content/d/a/workspace/SpacesStore/a1fe7f41-6ff4-409e-a431-db4c96affb15/CSN-VieillirDansLaDignite\\_WEB.pdf](http://www.csn.qc.ca/ap/content/d/a/workspace/SpacesStore/a1fe7f41-6ff4-409e-a431-db4c96affb15/CSN-VieillirDansLaDignite_WEB.pdf)

Coupleux Vanmeirhaeghe, S. (2010). *Logement des personnes âgées dans le Pas-de-Calais. Approche du risque et de ses représentations : l'exemple des béguinages*. *Cuadernos geograficos de la Universidad de Granada*, 46, 163-179.

Cunin, J.-C. (2011). L'adaptation du logement, les leçons du handicap : un acquis pour le dernier âge de la vie ? *Gérontologie et société*, 1 (136), 229-243.

Dansereau, F. (dir.) (2005). *Politiques et interventions en habitation – Analyse des tendances récentes en Amérique du Nord et en Europe*. Québec, Les Presses de l'Université Laval et la Société d'habitation du Québec.

En ligne : <http://www.habitation.gouv.qc.ca/fileadmin/internet/publications/M18685.pdf>

Dansereau, F., S. Charbonneau, R. Morin, A. Revillard, D. Rose et A.-M. Séguin (2002). *La mixité sociale en habitation*. Rapport de recherche réalisé pour le Service de l'habitation de la Ville de Montréal.

Daoud, M. et G. Hébert (2008). *Logement : d'une crise à l'autre. Note socio-économique de l'IRIS*.

En ligne : <http://www.iris-recherche.qc.ca/wp-content/uploads/2011/09/Logement-2008.pdf>

Diani, M. et D. McAdam (2003). *Social Movements And Networks. Relational Approaches To Collective Action*. Oxford et New York, Oxford University Press.

Dupâquier, J. (2006). *Le vieillissement de la population dans le monde*. Paris, CNRS.

Duperré, M. (2004). *L'organisation communautaire. La mobilisation des acteurs collectifs*. Québec, Les Presses de l'Université Laval.

Duperré, M. (2008). La rationalité des émotions dans les processus de mobilisation collective. *Service social*, 54 (1), 67-81.

Etherington, W. (1976). The idea of social mix : A critical bibliography. *Urban Studies*, 13 (3).

European Commission (2008). *Long-term Care in the European Union*. Bruxelles, EC Publications. En ligne : <http://ec.europa.eu/>

Finley, M. (1983). Les personnes âgées dans l'Antiquité classique. *Communications*, 37, 31-45.

Fougeyrollas, P. et K. Roy (1996). Regard sur la notion des rôles sociaux. Réflexion conceptuelle sur les rôles sociaux en lien avec la problématique du processus de production du handicap. *Service social*, 45 (3), 32-53.

Front d'action populaire en réaménagement urbain (FRAPRU) (2013). *Urgence en la demeure*, Rapport de la Commission populaire itinérante sur le droit au logement, FRAPRU.

En ligne : <http://www.frapru.qc.ca/IMG/pdf/RapportFinalComplet.pdf>

Gagnon, L. et A. Savoie (2008). *Rapport de la consultation publique sur les conditions de vie des aînés. Préparons l'avenir avec nos aînés*. Publication du ministère de la Famille et des Aînés. En ligne : [http://aines.gouv.qc.ca/documents/rapport\\_consultation\\_aines.pdf](http://aines.gouv.qc.ca/documents/rapport_consultation_aines.pdf)

Gagnon, A. G. et J.-P. Girard (2001). *Le mouvement coopératif au cœur du XXI<sup>e</sup> siècle*. Québec, Presses de l'Université du Québec.

Germain, A. (2009). *La mixité sociale est-elle possible, faisable, souhaitable ?* Conférence présentée lors de la Matinée biannuelle en sécurité alimentaire du Comité d'action en sécurité alimentaire de Laval, 22 janvier 2009, INRS-UCS.

Girard, C. (2009). *Le bilan démographique du Québec – Édition 2009*. Publication de l'ISQ. En ligne : <http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/demograp/pdf2009/bilan2009.pdf>

Godbout, J. T. (1995). *L'esprit du don*. Montréal, Boréal.

Goldberg, S. H. (2009). *Billions of Drops in Millions of Buckets. Why Philanthropy Doesn't Advance Social Progress*. Hoboken (NJ), John Wiley & Sons.

González, M. F., U. Díaz, C. Buisa, E. Urdaneta, N. Höller, A. Geven et M. Tscheligi (2008). *Report About the Elderly's Needs*. Bruxelles, UE-HERMES. En ligne : [http://www.fp7-hermes.eu/uploads/media/publications/HERMES\\_D21\\_ReportabouttheElderlysNeeds\\_final.pdf](http://www.fp7-hermes.eu/uploads/media/publications/HERMES_D21_ReportabouttheElderlysNeeds_final.pdf)

Granovetter, M. S. (1973). The strength of weak ties. *American Journal of Sociology*, 78, 1360-1380.

Guberman, N. (2003). La rémunération des soins aux proches : enjeux pour les femmes. *Nouvelles pratiques sociales*, 16 (1), 186-206.

Guillemard, A. M. (1977). L'appel à l'activité envers les retraités. Réhabilitation ou discipline imposée. *Collections de gérontologie canadienne*, 1, 71-87.

- Hadler, N. (2013). *Repenser le vieillissement*. Québec, Les Presses de l'Université Laval.
- Hanson, H. M., M. C. Ashe, H. A. McKay et M. Winters (2012). *Mobilité des aînés et intersection entre cadre bâti et environnement social : examen des données probantes*. Publication du Centre de collaboration nationale en santé environnementale. En ligne : [http://www.nceh.ca/sites/default/files/Aines\\_environnements\\_bati\\_et\\_social\\_nov\\_2012.pdf](http://www.nceh.ca/sites/default/files/Aines_environnements_bati_et_social_nov_2012.pdf)
- Hébert, J., A. Tourigny et M. Gagnon (dir.) (2004). *Intégrer les services pour le maintien de l'autonomie des personnes*, Programme de recherche sur l'intégration des services pour le maintien de l'autonomie (PRISMA). EDISEM.
- Henrard, J.-C. (1997). Vieillesse et âge – Âge et représentation de la vieillesse. Dans *Actualité et dossier en santé publique*, n° 21.
- Hodgkinson, V. A. (2003). Volunteering in Global Perspective. Dans P. Dekker et L. Halman (dir.), *The Values of Volunteering – Cross-Cultural Perspectives* (p. 35-53). New York, Kluwer Academic / Plenum Publishers.
- Höpflinger, F. et A. Stuckelberger (1999). *Alter, Anziani, Vieillesse – Principaux résultats et perspectives du Programme national de recherche*. Publication du PRN32, Berne (Suisse).
- Hortulanus, R., A. Machielse et L. Meeuwesen (2003). *Sociaal isolement : Een studie over sociale contacten en sociaal isolement in Nederland*. Den Haag, Elsevier Overheid.
- Huber, M., R. Rodrigues, F. Hoffmann, K. Gasior et B. Marin (2009). *Facts and Figures on Long-Term Care. Europe and North America*. Vienna, European Centre for Social Welfare Policy and Research.
- Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) (2011). *Indicateurs de développement durable – Espérance de vie en bonne santé*.  
En ligne : [http://www.stat.gouv.qc.ca/donstat/dev\\_durable/pdf/1-03.pdf](http://www.stat.gouv.qc.ca/donstat/dev_durable/pdf/1-03.pdf)
- Institut de la statistique du Québec (ISQ) (2012). *Panorama des régions du Québec – Édition 2012*.  
En ligne : [http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/regions/PDF/panorama\\_2012.pdf](http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/regions/PDF/panorama_2012.pdf)
- International Association for the Study of Pain (2007). *Facts on Pain in Older Persons*.  
En ligne : <http://www.iasp-pain.org/>
- Kalmijn, M. (2005). *Intergenerational Solidarity : A Review of Three Theories and Their Evidence*. Document de travail, Department of Social Cultural Sciences, Tilburg University, Pays-Bas.  
En ligne : [http://www.nkps.nl/Downloads/Intergenerational %20solidarity %20overview.pdf](http://www.nkps.nl/Downloads/Intergenerational%20solidarity%20overview.pdf)
- Krzesińska-Żach, B. et Z. Olek-Redlarska (2011). *The Autumn of Life, Growing Old, Loneliness or Departing This Life Duly*. Faculty of Pedagogy and Psychology, University in Białystok, Pologne.

Laberge, M. et C. Montmarquette (2010). *L'aide au logement au Québec*. Publication du Cirano. En ligne : <http://www.cirano.qc.ca/pdf/publication/2010RP-09.pdf>

Lacroix, C. et D. André (2012). *L'évolution démographique et le logement au Québec*. Publication de la Société d'habitation du Québec (SHQ).  
En ligne : <http://www.habitation.gouv.qc.ca/fileadmin/internet/publications/0000021500.pdf>

Lafortune, L., F. Béland et H. Bergman (2012). Le vieillissement et les services de santé : une orientation des pratiques cliniques plutôt qu'un défi économique. *Vie économique*, 3 (1), 1-14. En ligne :  
[http://www.eve.coop/mw-contenu/revues/12/114/RVE\\_vol3\\_no1\\_Beland.pdf](http://www.eve.coop/mw-contenu/revues/12/114/RVE_vol3_no1_Beland.pdf)

Lalonde, M. (1974). *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens*. Ottawa, Santé et Bien-être social Canada.

Lamoureux, H., J. Lavoie, R. Mayer et J. Panet-Raymond (2007). *La pratique de l'action communautaire*. Québec, Presses de l'Université du Québec.

Langlois, L. (2005). *Présentation du projet Service des personnes âgées*. Document interne. Québec, CSSS de Québec-Nord et Logis-Confort.

Lauzon, J. S. (1980). Aperçu de quelques théories psychosociales du vieillissement. *Santé mentale au Québec*, 5 (2), 3-11.

Lavoie, J.-P. et D. Rose (2012). Gentrification et exclusion sociale des personnes âgées. *Cahiers du CREGÉS*, vol. 1.

Lavoie, J.-P., A. Grand, N. Guberman et S. Andrieu (2005). L'État face aux solidarités familiales à l'égard des personnes âgées fragilisées : substitution, soutien ou responsabilisation. Dans S. Clément et J.-P. Lavoie (dir.), *Prendre soin d'un proche âgé – Les enseignements de la France et du Québec* (p. 21-83). Ramonville, Érès.

Lavoie, J.-P., N. Guberman et I. Olazabal (2008). Une vieillesse en transition. Les solidarités intergénérationnelles en 2020. Dans G. Pronovost (dir.), *La famille à l'horizon 2020* (p. 269-286). Québec, Presses de l'Université du Québec.

Leenhardt, H. (2011). *Zukunft quartier*, l'avenir, le quartier. De nouvelles formes d'organisation, en Allemagne, pour pouvoir vieillir dans son quartier (même en cas de démence). *Gérontologie et société*, 136, 205-219.

Légaré, J. (2005). *Le soutien aux personnes âgées en perte d'autonomie : jusqu'où les baby-boomers pourront-ils compter sur leur famille pour répondre à leurs besoins ?* Rapport final de recherche soumis au Fonds québécois de recherche sur la société et la culture.  
En ligne : [http://www.fqrsq.gouv.qc.ca/upload/editeur/RF-JLegare\\_avec\\_Annexes.pdf](http://www.fqrsq.gouv.qc.ca/upload/editeur/RF-JLegare_avec_Annexes.pdf)

Lemon, B., V. Bengtson et J. Peterson (1972). An exploration of the activity theory of aging : Activity types and life satisfaction among in-movers to a retirement community. *Journal of Gerontology*, 27 (4), 511-523.

Lenk, A. (dir.) (2003). Besoins en matière de logement des personnes à faible revenu habitant en milieu rural. Étude documentaire. *Le Point en recherche*, Série socio-économique 03-023. Ottawa, Société canadienne d'hypothèques et de logement (SCHL). En ligne : <http://www.cmhc-schl.gc.ca/odpub/pdf/63353.pdf>

Lesemann, F. (2002). Le bénévolat : de la production « domestique » de services à la production de « citoyenneté ». *Nouvelles pratiques sociales*, 15 (2), 25-41.

Lévesque, B. (2000). *Un cas exemplaire de nouvelle gouvernance*. Montréal, Fonds de solidarité FTQ.

Lorcin, M.-T. (1984). *Vieillesse et vieillissement vus par les médecins du Moyen Âge*, Communication présentée au séminaire du Centre Pierre-Léon, février 1984.

Lundsgaard, J. (2005). *Consumer Direction and Choice in Long-Term Care for Older Persons, Including Payments for Informal Care : How Can it Help Improve Care Outcomes, Employment and Fiscal Sustainability ?*, OECD.

En ligne : <http://www.oecd.org/health/health-systems/34897775.pdf>

Malo, M.-C. et M. Vézina (2003). *Stratégie, gouvernance et gestion de l'entreprise collective d'utilisateurs*. Montréal, Université du Québec à Montréal, Cahiers du CRISES n° ET0301.

Maltais, D., L. Lachance et M.-C. Richard (2006). Rôles et responsabilités des aidants familiaux en fonction du milieu de vie de leur parent en perte d'autonomie. Dans A. Roy et G. Pronovost (dir.), *Comprendre la famille VIII – Actes du 8<sup>e</sup> symposium québécois de recherche sur la famille* (p. 129-153). Québec, Presses de l'Université du Québec.

Maroine, B. (2013). *Le logement social à Montréal et Toronto – 10<sup>e</sup> Colloque de la Relève VRM*, INRS-UCS, Montréal, 21-22 mai.

Marshall, V. (1978-1979). No Exit : A symbolic interactionist perspective on aging. *The International Journal of Aging and Human Development*, 9 (4), 345-358.

Martin-Caron, L. (2013a). *Logis-Confort de la Haute-Saint-Charles – Monographie d'une initiative de logement social*. Québec, Université Laval, Chaire de recherche Marcelle-Mallet sur la culture philanthropique, Cahier n° EE1303. En ligne :

[http://www.fss.ulaval.ca/cms\\_recherche/upload/culturephilanthropique/fichiers/caron\\_logisconfort\\_final\\_ee1303.pdf](http://www.fss.ulaval.ca/cms_recherche/upload/culturephilanthropique/fichiers/caron_logisconfort_final_ee1303.pdf)

Martin-Caron, L. (2013b). *Recension des écrits sur le capital social et sa mesure*. Québec, Université Laval, Chaire de recherche Marcelle-Mallet sur la culture philanthropique, Cahier n° TA1301. En ligne :

[http://www.fss.ulaval.ca/cms\\_recherche/upload/culturephilanthropique/fichiers/caron\\_capital\\_social\\_ta1301.pdf](http://www.fss.ulaval.ca/cms_recherche/upload/culturephilanthropique/fichiers/caron_capital_social_ta1301.pdf)

Mauss, M. (1968). *Essai sur le don. Forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques*. Paris, Presses universitaires de France.

McAdam, D., J. D. McCarthy et M. N. Zald (1988). Social Movements. Dans N. J. Smelser (dir.), *Handbook of Sociology* (p. 695-737). Beverly Hills (CA), Sage.

McCoy, R. (2011). African American elders, cultural traditions, and the family reunion. *Generations*, 35 (3), 16-21.

Mette, C. (2005). *Wellbeing and Dependency Among the European Elderly – The Role of Social Integration*, ENEPRI Research Report No.12.

Milligan, V., N. Gurrán, J. Lawson, P. Phibbs et R. Phillips (2009). *Innovation in Affordable Housing in Australia : Bringing Policy and Practice for Not-for-Profit Organizations Together*, Final Report No. 134. Melbourne : AHURI.

Miranda, V. (2011). *Cooking, Caring and Volunteering : Unpaid Work Around The World*. Paris, OCDE.

Morestin, F. et S. Cauvin (2011). Personnes âgées et adaptation du logement : présentation, résultats et perspectives du projet et de l'étude Sadeer. *Gérontologie et société*, 1 (136), 141-155.

Morgan, G. (1989). *Images de l'organisation*. Québec, Les Presses de l'Université Laval.

Moulaert, F. et J. Nussbaumer (2005). *Defining the Social Economy and its Governance at the Neighbourhood Level: A Methodological Reflection*. *Urban Studies*, 42(11), 2071–2088

Munson Deats, S. et L. Tallent Lenker (1999). *Aging and Identity – A Humanities Perspective*. Westport (CT), Praeger.

Netting, F. E., P. M. Kettner, S. L. McMurty (2008). *Social Work Macro Practice*. Boston (MA), Allyn and Bacon.

Oliveira Martins, J. et C. de La Maisonnette (2006). Les déterminants des dépenses publiques de santé et de soins de longue durée : une méthode de projection intégrée. *Revue économique de l'OCDE*, 43 (2).

En ligne : <http://www.oecd.org/fr/eco/croissance/40507824.pdf>

Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) (2005). *Les soins de longue durée pour les personnes âgées, Le projet de l'OCDE sur la santé*, Éditions OCDE. En ligne : <http://browse.oecdbookshop.org/oecd/pdfs/product/8105042e.pdf>

Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) (2011a). *Life Expectancy at Birth*. Publication de la Social Policy Division. En ligne : [http://www.oecd.org/els/family/CO1.2 %20Life %20expectancy %20at %20birth %20-%20updated %20081212.pdf](http://www.oecd.org/els/family/CO1.2%20Life%20expectancy%20at%20birth%20-%20updated%20081212.pdf)

Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) (2011b). *Help Wanted ? – Providing and Paying for LTC*.

En ligne : <http://www.oecd.org/els/health-systems/47884520.pdf>

Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) (2012). *Science, technologie et industrie : Perspectives de l'OCDE 2012*.

En ligne : <http://www.oecd.org/fr/sti/perspectives.htm>. Consulté le 10 janvier 2013.

Organisation mondiale de la santé (OMS) (2007). *Guide mondial des villes-amies des aînés*. Genève, OMS. En ligne :

[http://www.who.int/ageing/publications/Guide\\_mondial\\_des\\_villes\\_amies\\_des\\_aines.pdf](http://www.who.int/ageing/publications/Guide_mondial_des_villes_amies_des_aines.pdf)

Organisation mondiale de la santé (OMS) (2011). *MNT Profils de pays : Canada*. Genève, OMS. En ligne : [http://www.who.int/nmh/countries/can\\_fr.pdf](http://www.who.int/nmh/countries/can_fr.pdf)

Organisation mondiale de la santé (OMS) (2012). *Global Burden of Disease Study 2010 – The Lancet*. En ligne : <http://www.thelancet.com/themed/global-burden-of-disease>. Consulté le 20 janvier 2013.

Organisation mondiale de la santé (OMS) (2013a). *Vieillesse et qualité de la vie*. En ligne : [http://www.who.int/ageing/events/idop\\_rationale/fr/index.html](http://www.who.int/ageing/events/idop_rationale/fr/index.html). Consulté le 5 janvier 2013.

Organisation mondiale de la santé (OMS) (2013b). *Maltraitance des personnes âgées*.

En ligne : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs357/fr/index.html>.

Consulté le 5 janvier 2013.

Organisation mondiale de la santé (OMS) (2013c). *L'activité physique des personnes âgées*. En ligne : [http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet\\_olderadults/fr/index.html](http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_olderadults/fr/index.html).

Consulté le 5 janvier 2013.

Organisation mondiale de la santé (OMS) (2013d). *L'OMS publie un guide destiné à améliorer la qualité de vie des personnes âgées en ville*.

En ligne : <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr53/fr/index.html>.

Consulté le 5 janvier 2013.

Organisation mondiale de la santé (OMS) (2013e). *Innovations pour un vieillissement en bonne santé : pouvoir se connecter et recevoir des soins*.

En ligne : <http://www.who.int/bulletin/volumes/90/3/12-020312/fr/index.html>.

Consulté le 5 janvier 2013.

Organisation mondiale de la santé (OMS) (2013f). *Vieillesse de la population et soins de santé*. En ligne : <http://www.who.int/bulletin/volumes/90/2/12-020212/fr/index.html>.

Consulté le 5 janvier 2013.

Organisation mondiale de la santé, Région Europe (OMS Europe) (2012). *Vieillir en bonne santé : politiques et interventions prioritaires*. En ligne : [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/161932/policy-brief-on-healthy-ageing-FRE.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/161932/policy-brief-on-healthy-ageing-FRE.pdf)

Pas-de-Calais habitat et Université Laval (2013). *Convention de collaboration de recherche*. Arras et Québec, 7 p.

Paugam, S. (2008). *Le lien social*. Paris, Presses universitaires de France, coll. « Que sais-je ? ».

Pednault, J. (2013). *Pourquoi et comment développer des partenariats intersectoriels ?* Bulletin du printemps 2013 du Réseau Conseil interdisciplinaire du Québec. En ligne : [http://www.rciq.ca/pdf/Bulletin\\_%20printemps\\_%202013.pdf](http://www.rciq.ca/pdf/Bulletin_%20printemps_%202013.pdf)

Pittini, A. et E. Laino (2011). *Logement social européen 2012*. Bruxelles, CECODHAS Housing Europe. En ligne : [http://www.housingeurope.eu/www.housingeurope.eu/uploads/file\\_/HER\\_%202012\\_%20FR.pdf](http://www.housingeurope.eu/www.housingeurope.eu/uploads/file_/HER_%202012_%20FR.pdf)

Pittini, A. et J. Thorogood (2012). *Affordable Housing and the Challenge of an Ageing Population in Europe*. Bruxelles, CECODHAS Housing Europe. En ligne : [http://www.housingeurope.eu/www.housingeurope.eu/uploads/file\\_/Preparing\\_%20the\\_%20future\\_web.pdf](http://www.housingeurope.eu/www.housingeurope.eu/uploads/file_/Preparing_%20the_%20future_web.pdf)

Prentice, J. (2009). La répartition géographique des besoins impérieux en matière de logement, 2001-2006 – Série sur le logement selon les données du Recensement de 2006, n° 2. *Le Point en recherche*. Série socio-économique 09-005. Ottawa, SCHL. En ligne : <http://publications.gc.ca/site/fra/352931/publication.html>

Proulx J., D. Bourque et S. Savard (2007). Les interfaces entre l'État et le tiers secteur au Québec : essai autour d'une typologie. *Intervention*, 126, 20-30.

Putnam, R. D. (2000). *Bowling Alone : The Collapse and Revival of American Community*. New York, Simon & Schuster.

Ranci, C., E. Pavolini, F. Carrera et A. Sabbadini (2013). Long-term care systems in comparative perspective. Care needs, informal and formal coverage and social impacts in european countries. Dans C. Ranci et E. Pavolini (dir.), *Reforms in LTC Policies in Europe* (p. 23-52). New York, Springer.

Raymond, É., D. Gagné, A. Sévigny et A. Tourigny (2008). *La participation sociale des aînés dans une perspective de vieillissement en santé – Réflexion critique appuyée sur une analyse documentaire*. Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale – INSPQ – Centre d'excellence sur le vieillissement et la participation sociale des aînés de l'Université Laval.

Régie du logement (2010). *Déclaration de services aux citoyens*.

En ligne : [http://www.rdl.gouv.qc.ca/fr/pdf/RDL\\_declaration\\_fra.PDF](http://www.rdl.gouv.qc.ca/fr/pdf/RDL_declaration_fra.PDF)

Rheault, S. et J. Poirier (2012). *Le vieillissement démographique : de nombreux enjeux à déchiffrer*. Québec, Institut de la statistique du Québec. En ligne :

[http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/conditions/pdf2012/actes\\_colloques\\_vieillessement.pdf](http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/conditions/pdf2012/actes_colloques_vieillessement.pdf)

Rodriguez, L. (dir.) (2000). *Le logement-services pour les aînés, Série sur les besoins particuliers de logement*. Publication de la Société canadienne d'hypothèques et de logement (SCHL).

En ligne : <http://www.cmhc-schl.gc.ca/odpub/pdf/62071.pdf?fr=1363024376328>

Roux, P., P. Gobet et A. Clémence (1994). *Stéréotypes et relations entre générations*. Rapport final de recherche PNR32, Projet 4032-35701, Lausanne, Suisse.

Rowland, D. (1992). A five-nation perspective on the elderly. *Health Affairs*, 11 (3), 205-215.

Roy, C. et C.-R. Deschênes (coord.) (2007). *L'habitation au Québec comparée à dix-sept pays – Profil statistique*, Publication de la Société d'habitation du Québec (SHQ). En ligne : <http://www.habitation.gouv.qc.ca/fileadmin/internet/publications/M19860.pdf>

Scanlon, K. et C. Whitehead (dir.) (2008). *Social Housing in Europe II*, Londres, London School of Economics and Political Science. En ligne :

[http://www2.lse.ac.uk/geographyAndEnvironment/research/london/pdf/Social %20Housing %20II/Social\\_Housing\\_in\\_Europe\\_II\\_A\\_review\\_of\\_policies\\_and\\_outcomes.pdf](http://www2.lse.ac.uk/geographyAndEnvironment/research/london/pdf/Social%20Housing%20II/Social_Housing_in_Europe_II_A_review_of_policies_and_outcomes.pdf)

Schuman, S. (dir.). (2006). *Creating a Culture of Collaboration*, San Francisco (CA), Jossey-Bass.

Seve-Ferrieu, N., P. Meeus et E. Hercberg (2010). *Rapport de recherche action SADEER*. Publication de REUNICA.

En ligne : [http://www.ifeadere.com/pdf/rapport %20recherche %20action %20sadeer.pdf](http://www.ifeadere.com/pdf/rapport%20recherche%20action%20sadeer.pdf)

Simard, P. (2005). *Perspectives pour une évaluation participative des Villes et Villages en santé*. Publication de l'INSPQ – Direction du développement des individus et des communautés.

En ligne : <http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/418-EvaluationParticipativeVVS.pdf>

Smith, R. (2012). « Five million elderly only have TV for company » : Health Secretary Jeremy Hunt. *The Telegraph*, 22 novembre.

Smith, S. (2006). *Worker Participation : Current Research and Future Trends*. Kidlington (R.-U.), Elsevier.

Société canadienne d'hypothèques et de logement (SCHL) (2012). *Le marché de l'habitation au Canada – 1986-2006*. En ligne :

[http://www.cmhc-schl.gc.ca/odpub/esub/64693/64693\\_2012\\_A01.pdf?fr=1363024541437](http://www.cmhc-schl.gc.ca/odpub/esub/64693/64693_2012_A01.pdf?fr=1363024541437)

Société canadienne d'hypothèques et de logement (SCHL) (2013). *Historique de la SCHL*. En ligne : <http://www.schl.ca/fr/inso/info/hi/index.cfm>. Consulté le 2 février 2013.

Société d'habitation du Québec (SHQ). (2003). *Programme AccèsLogis Québec – Information générale*.

En ligne : <http://www.habitation.gouv.qc.ca/fileadmin/internet/publications/M16854.pdf>

Société d'habitation du Québec (SHQ) (2009). *Programme AccèsLogis Québec* (dépliant).

En ligne : <http://www.habitation.gouv.qc.ca/fileadmin/internet/publications/0000021500.pdf>

Spira, C. (2011). *Les enjeux de la cohabitation intergénérationnelle entre des parents vieillissants et des membres de la génération descendante*. Mémoire de maîtrise, Université Laval, Québec.

Stolle, D., S. Soroka et R. Johnston (2008). When does diversity erode trust ? Neighborhood diversity, interpersonal trust and the mediating effect of social interactions. *Political Studies*, 56 (1), 57-75.

Theiss-Morse, E. et J. R. Hibbing (2005). Citizenship and civic engagement. *Annual Review of Political Science*, 8, 227-249.

Touraine, A. (1993). *Production de la société*. Paris, Seuil.

Trincas, J. (1998). Les fondements imaginaires de la vieillesse dans la pensée occidentale. *L'Homme*, 38 (147), 167-189.

Trudel, D. (2013). *La Villa du clocher de Saint-Ubalde. Monographie d'une résidence pour aînés*. Québec, Université Laval, Chaire de recherche Marcelle-Mallet sur la culture philanthropique, Cahier n° EE1304.

Tsenkova, S. (2008). *Provision of Affordable Housing in Europe, North America and Central Asia : Policies and Practices*. Rapport préparé pour United Nations-Habitat. En ligne : <https://lookingforward.ucalgary.ca/cities/files/cities/AffordableHousingInternationalExperiences.pdf>

Turner, B. (2006). *Co-operative Membership – Issues and Challenges*. Saskatoon, Centre for the Study of Co-operatives.

Unite For Sight (2013). *Urban Versus Rural Health*.

En ligne : <http://www.uniteforsight.org/global-health-university/urban-rural-health>. Consulté le 22 janvier 2013.

United Nations (UN) (2005). *Living Arrangements of Older Persons Around the World*. Publication du Department of Economic and Social Affairs.

En ligne : <http://www.un.org/esa/population/publications/livingarrangement/report.htm>

United Nations (UN) (2012). *World Mortality Report 2011*. Publication du Department of Economic and Social Affairs. En ligne :

[http://www.un.org/esa/population/publications/worldmortalityreport2011/World %20Mortality %20Report %202011.pdf](http://www.un.org/esa/population/publications/worldmortalityreport2011/World%20Mortality%20Report%202011.pdf)

Van Pevenage, I. (2009). *Pour agir : comprendre les solidarités familiales. La recherche : un outil indispensable*. Un projet du partenariat *Familles en mouvance et dynamiques intergénérationnelles*. Publication du Centre Urbanisation Culture Société de l'Institut national de la recherche scientifique.

En ligne : <http://partenariat-familles.inrs-ucs.quebec.ca/DocsPDF/SolidaritesFamiliales.pdf>

Vandenbroucke, S., J.-M. Lebrun, B. Vermeulen, A. Declercq, P. Maggi, S. Delye et C. Gosset (2012). *Vieillir, mais pas tout seul. Une enquête sur la solitude et l'isolement social des personnes âgées en Belgique*. Bruxelles, Fondation du Roi Baudouin. En ligne : [http://www.kbs-frb.be/uploadedFiles/KBS-FRB/05\)\\_Pictures,\\_documents\\_and\\_external\\_sites/09\)\\_Publications/PUB\\_2011\\_3051\\_Isol ement\\_F.pdf](http://www.kbs-frb.be/uploadedFiles/KBS-FRB/05_Pictures,_documents_and_external_sites/09_Publications/PUB_2011_3051_Isollement_F.pdf)

Vérificateur général du Québec (2012). Personnes âgées en perte d'autonomie – Services d'hébergement. Dans *Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2012-2013*, chap. 4.

Wilson, J. et M. Musick (1997). Who cares? Toward an integrated theory of volunteer work. *American Sociological Review*, 62, 694-713.

Winer, M. et K. Ray (1994). *Collaboration Handbook : Creating, Sustaining, and Enjoying the Journey*. Saint Paul (MN), Wilder Foundation.

Zaidi, A. (2010). *Poverty Risks for Older People in EU Countries – An Update. Policy Brief*, Vienna : European Centre for Social Welfare Policy and Research, janvier.

**Annexe : Tableau A1**  
**Échantillon de pratiques d'habitat intergénérationnel**

Habitat	Statut	Mission	Habitat	Détails et moteurs de liens
1. Abbeyfield (Londres)	Associatif	Concept issu de Londres au milieu du XX <sup>e</sup> siècle (sur la rue Abbeyfield), il est maintenant répandu dans 15 pays et cinq continents (111 maisons dans le monde, 700 à Londres, habitées par 7 000 aînés et soutenues par 10 000 volontaires). Il s'agit d'un habitat groupé participatif, où un mouvement de volontaires aide des aînés le plus souvent isolés mais autonomes à partager un cadre de vie épanouissant.	Chaque maison se constitue en association ou coopérative. L'association peut être simplement locataire, mais aussi propriétaire de l'immeuble. Une maison Abbeyfield est un habitat groupé de taille familiale. On y trouve habituellement des appartements individuels complets (une dizaine) et des locaux à usage commun (cuisine, salle à manger, chambre d'amis, buanderie, etc.).	Les résidents participent activement, selon leurs possibilités, à l'organisation de leur maison, aidés en cela par des volontaires extérieurs. Ils sont membres effectifs de leur association Abbeyfield locale. Ils se répartissent entre eux les charges et responsabilités dans la maison. Dans certaines maisons, les résidents désignent l'un d'entre eux comme coordinateur pour une durée déterminée ; dans d'autres, c'est un ou une <i>housekeeper</i> qui exerce cette fonction.
2. Foyer kangourou Dar al Amal (Belgique)	Associatif, citoyen	Solidarité intergénérationnelle et de mixité. Mettre fin à l'isolement et à l'insécurité des aînés, intégrer les nouveaux immigrants et mettre fin au racisme qui naît souvent de l'incompréhension mutuelle et du manque de liens significatifs de proximité.	Deux habitats, les maisons unifamiliales sont divisées chacune en deux appartements. Une personne âgée au rez-de-chaussée et une famille immigrée avec enfants aux étages.	Mis en location par le propriétaire, l'association Dar al Amal, qui assure l'accessibilité par un loyer abordable. L'association organise des activités intergénérationnelles à son siège et est à l'écoute des colocataires afin d'aider à résoudre les problèmes éventuels.
3. Les associations de logements intergénérationnels, le réseau COSI et Le Pari Solidaire (France)	Associatif, citoyen	Le Réseau rassemble les associations de logements intergénérationnels ayant pour mission de « réunir sous le même toit des jeunes en quête d'un logement et des seniors à la recherche d'une compagnie ou d'un complément de revenus ». Le réseau agit selon les principes de la charte « Un toit, deux générations » de l'association Le Pari Solidaire à l'origine du réseau.	Le domicile des personnes âgées qui ouvrent leur porte aux jeunes, généralement étudiant ou de moins de 30 ans. Formule conviviale : la location simple d'une chambre meublée. Formule solidaire : la location gratuite en échange d'une présence régulière le soir (5-6/7) et la nuit.	Une cotisation annuelle variant entre 200 à 350 euros (plus frais) va à l'association, qui accompagne tout au long de l'année en cas de mésentente ou de dysfonctionnement. Il y a suivi de la cohabitation, depuis la recherche de logement jusqu'à l'intervention sur demande dans les événements de la vie quotidienne.

<p>4. Résidence privée Merrill Gardens à l'Université de Washington, Seattle (É.-U.)</p>	<p>Privé</p>	<p>Merrill Gardens est une chaîne de résidences privées pour aînés. Les services d'aide et de soins à domicile sont inclus, ainsi qu'Internet et les repas. Bien qu'il s'agisse d'une entreprise à but lucratif, elle guide ses résidents vers toutes les aides financières qu'ils peuvent recevoir. On y parle également des valeurs de voisinage, d'amitié et de santé.</p>	<p>Une résidence de deux immeubles, le Merrill Gardens qui comprend 123 logements locatifs pour personnes âgées autonomes et en perte d'autonomie et le Corydon qui compte 103 logements locatifs, sans restriction d'âge pour les locataires, et 22 500 pieds carrés d'espaces commerciaux.</p>	<p>Les espaces extérieurs sont partagés par les résidents. Il s'y déroule plusieurs événements, dont des soirées cinéma extérieur, des activités sportives, des concerts universitaires.</p>
<p>5. La maison campagnarde d'accueil d'Osmets (France)</p>	<p>Public commune</p>	<p>Le maintien dans le milieu des aînés (et la perpétuation de leur mode de vie antérieur, jardinage et élevage bien souvent) et la création de liens entre les aînés locataires et le reste de la commune.</p>	<p>Dans une commune de 74 habitants avec peu de services et où les aînés représentent près de 40 % de la population. Ferme réhabilitée composée de trois logements pouvant accueillir six résidents, d'une salle commune, de jardins et d'un terrain de campagne, puis d'un site d'événements et d'animations s'adressant à toute la commune.</p>	<p>Dans le centre de vie et d'animation lié à la résidence, les locataires peuvent côtoyer les autres citoyens de la commune à travers les infrastructures et activités permettant des repas, des fêtes, la fréquentation d'une bibliothèque, des activités physiques, etc. L'espace commun des logements permet la communication et l'autogestion des lieux.</p>
<p>6. La Intergenerational West End Residence (É.-U.)</p>	<p>Associatif, public</p>	<p>Donner un toit aux aînés à faible revenu et aider les mères monoparentales à acquérir des capacités qui les aideront à se trouver des emplois et à faire de bons choix.</p>	<p>La résidence intergénérationnelle offre du logement abordable à 40 adultes seuls et autonomes de 55 ans et plus (sans problèmes de santé mentale ou de consommation) ainsi que 54 logements temporaires pour les mères seules sans domicile fixe âgées de 18 à 24 ans, enceintes ou ayant au maximum deux enfants de moins de 7 ans.</p>	<p>Pendant leur hébergement, les mères reçoivent des formations afin de pouvoir trouver un emploi et de faire de bons choix pour leur santé et celle de leurs enfants. Il y a des intervenants professionnels dans la résidence qui s'assurent notamment du bon fonctionnement des résidents en société, en voisinage.</p>
<p>7. La résidence pour personnes âgées Alquier-Debrousse, Paris (France)</p>	<p>Public</p>	<p>Établissement médicalisé (EHPAD – établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes)</p>	<p>325 lits, présence d'une unité Alzheimer, d'un accueil de jour et d'une halte-garderie de 17 places.</p>	<p>Les familles sont présentes dans le milieu autrefois réservé aux aînés. Le vendredi, enfants et aînés atteints d'Alzheimer participent à une chorale. Il y a des tentatives d'impliquer les proches. Par exemple, une maman fait bénévolement la lecture aux résidents.</p>

<p>8. Le Balloir (Belgique)</p>	<p>Mixte, chaque sous-projet est une entité</p>	<p>Le projet intergénérationnel fait partie du projet de vie de la maison de repos et de la résidence services. Il fait également partie du projet pédagogique de la maison d'enfants et de la crèche. Le projet est un outil pour atteindre des objectifs de socialisation pour les plus jeunes. Les personnes âgées ont une possibilité supplémentaire de rester les acteurs de leur vie. La notion de plaisir et d'intérêt mutuels sous-tend l'approche pour encourager le naturel et la spontanéité de rencontres. On parle de voisinage plutôt que de grande famille afin d'éviter une concurrence avec les familles naturelles. La notion d'acteurs est favorisée, plutôt que celle de consommateurs. L'ouverture vers l'extérieur est aussi importante.</p>	<p>Constitué d'éléments restaurés et neufs, le projet accueille : (1) des bébés de 0 à 3 ans dans deux crèches, 25 dans une et 6 en accueil d'urgence dans l'autre ; (2) quinze jeunes de 3 à 17 ans, ayant été placés par des juges de protection de l'enfance ou des services spécialisés ; (3) des jeunes mamans de jour à l'atelier ; (4) environ 80 personnes âgées dans la maison de repos sur deux ailes ; (5) onze personnes âgées dans la résidence-services.</p>	<p>Les activités et fêtes sont pensées, préparées, réalisées et évaluées en intergénération. La maison des enfants reçoit des personnes âgées lors d'un repas par semaine. Les enfants de la crèche viennent rendre visite aux aînés. Les résidents âgés rendent des petits services aux plus jeunes pour leur plus grand plaisir (cuisine, repassage, devoirs, etc.). Un journal interne trimestriel est publié. Il y a des aires communes partagées (cafétéria, atelier, bibliothèque, jardin, chapelle, etc.).</p>
<p>9. La résidence intergénérationnelle Îlot Bon Secours (France)</p>	<p>Lié au bailleur social Pas-de-Calais habitat</p>	<p>Résidence intergénérationnelle ayant pour objectif de réduire les situations d'isolement et de solitudes, de favoriser le mieux-vivre ensemble ou l'ouverture sur le milieu. Il s'agit donc de viser l'intégration commune des aînés, des personnes handicapées, de personnes trisomiques, de familles à faible revenu, de personnes aisés financièrement.</p>	<p>Dans une ancienne clinique reconverte, 69 logements locatifs (sociaux et non), dont 36 intergénérationnels (22 pour aînés, couples ou personnes seules, 14 pour couples avec ou sans enfants), 10 pour adultes trisomiques, 23 autres. Il y a donc 43 PLUS, 15 PLS, 10 PLAI et un autre. La résidence comprend des espaces communs (jardin, salle commune, kiosque), des bureaux, des espaces commerciaux et associatifs en plus d'une crèche et d'espaces de stationnement.</p>	<p>On y trouve des lieux intérieurs et extérieurs partagés, une animatrice intergénérationnelle, un portail numérique auquel les locataires ont tous accès pour communiquer, deux associations œuvrant au sein de la résidence, des activités faisant le lien avec le milieu, une conciergerie de quartier. Ce dernier volet inclut le développement possible de SEL et autres échanges de services.</p>

<p>10. Cranberry Commons Cohousing (Canada)</p>	<p>Associatif citoyen</p>	<p>L'ensemble fut construit par des personnes désirant que le design de l'ensemble favorise l'établissement d'un meilleur lien social ainsi qu'une utilisation plus efficiente des ressources, comparativement aux constructions des dernières décennies.</p>	<p>Il s'agit d'un ensemble de 22 domiciles privés jumelés dont les membres décident volontairement de vivre en communauté, à la différence des coopératives dont la forme légale oblige la vie ensemble. Les résidents sont de tous âges, genres, provenances, mobilité. Les maisons sont grandes et chères (par exemple 1250 pieds<sup>2</sup> sur trois étages pour 524 k\$), mais elles peuvent être partagées par plusieurs personnes et sont aussi très efficaces au point de vue énergétique.</p>	<p>La construction des domiciles autour d'une cour intérieure et d'une maison centrale permet davantage de liens entre les résidents. La maison centrale inclut cuisine, salle à manger, salon, lieu pour les enfants, chambre d'amis, salle de lessive, salle de travail manuel, un ordinateur, du rangement et une salle de réunion. Une association des résidents existe également ; les membres volontaires participent à la vie sociale et à la solidarité. Les activités de partage sont les repas communs, les moments de musique, les cafés du matin, les soirées cinéma, le club de lecture, les échanges informels, les anniversaires.</p>
<p>11. La Coopérative de solidarité intergénérationnelle lavalloise (Canada)</p>	<p>Mixte et coopératif</p>	<p>Créer un milieu de vie non ghettoïse où les aînés vivent notamment près de familles et en mixité interculturelle. L'habitat a été financé par le volet I du programme AccèsLogis au Québec (Canada) visant la réalisation de logements permanents destinés à des ménages à revenu faible ou modeste : familles, personnes seules, personnes âgées autonomes, personnes handicapées autonomes.</p>	<p>Deux immeubles (un troisième en construction en 2013) dans le même quartier, un de 44 logements et l'autre de 60.</p>	<p>Les coopératives de solidarité ont pour particularité de réunir plusieurs catégories de membres, favorisant la mobilisation des communautés locales dans la participation et la gouvernance du projet. Les trois catégories sont les membres utilisateurs (104), les membres de soutien (représentants de la communauté, individus ou organisations), et les membres travailleurs. Le prix du loyer en coopérative est généralement au moins légèrement en bas de celui du marché et 50 % des locataires peuvent accéder au supplément au loyer (payer seulement 25 % de leur revenu)</p>

<p>12. La résidence Simone de Beauvoir, dans l'Espace Simone de Beauvoir (France)</p>	<p>Mixte, (Habitat Espacil) Construction, associatif (Argo et Espoir 35)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Encourager les rencontres, les échanges et l'entraide entre les générations.</li> <li>• Lutter contre l'isolement, l'exclusion et favoriser la citoyenneté.</li> <li>• Promouvoir la reconnaissance l'utilité, la contribution de chacun.</li> <li>• Encourager la transmission des savoirs, des savoir-faire entre les générations.</li> <li>• Écouter et accompagner la personne dans son projet de vie.</li> <li>• Favoriser les initiatives individuelles et collectives pour le bien-vivre ensemble. « Bien vivre ensemble » dans le respect d'une charte de fonctionnement intergénérationnel.</li> </ul>	<p>L'Espace Simone de Beauvoir est un ensemble de plusieurs établissements composés de 139 logements en accession libre, 17 logements en accession aidée, 103 logements locatifs sociaux, une maison-relais de 8 logements locatifs adaptés, une maison de quartier (maîtrise d'ouvrage Ville), un pôle Petite Enfance pour la Ville de Rennes, un accueil de jour pour personnes désorientées, un restaurant associatif, 306 places de stationnement souterrain, des locaux d'activités.</p> <p>La résidence est composée de 86 logements sociaux (de studio à T4) et de locaux associatifs. Le tiers des locataires sont âgés de plus de 60 ans, 10 studios sont réservés à des étudiants en formation médico-sociale qui acceptent de participer à la vie de la résidence, 8 logements (dans une maison-relais) sont adaptés et occupés par des personnes handicapées. L'ensemble comporte également un accueil de jour pour les personnes désorientées ainsi qu'un restaurant associatif.</p> <p>Tous les habitants bénéficient ainsi du poste de coordination, une prestation confiée à l'association ARGO et de l'accès au restaurant Fourchette &amp; Cie qui se transforme l'après-midi en pôle de rencontres intergénérationnelles.</p>	
<p>13. Le quartier Générations (France)</p>	<p>Mixte</p>	<p>Le quartier Générations accueille des locataires ayant signé la charte « Bonjour voisins ! », rédigée afin de rendre visible le lien social et de sensibiliser l'ensemble des habitants à la dimension intergénérationnelle du quartier. L'engagement moral de soutien mutuel est signé par tous les habitants.</p>	<p>Le site de 1,2 hectare compte 76 logements sociaux, occupés également par des personnes âgées et des couples avec jeunes enfants, une halte-garderie, une unité de vie pour personnes dépendantes, un relais d'assistantes maternelles, une salle des fêtes, un restaurant scolaire, ainsi qu'un accueil de jour pour des malades d'Alzheimer.</p>	<p>Une coordinatrice des animations organise des soirées thématiques. Le minibus, destiné aux personnes âgées, permet d'accéder aux différents services et endroits de la ville. Il y a également un système de téléphone interne.</p>
<p>14. Le projet de résidence intergénérationnelle des Trois Cités. Livraison finale prévue en 2015 (France)</p>	<p>Lié au bailleur social SIPEA</p>	<p>Favoriser le maintien à domicile des personnes âgées par l'articulation de deux dimensions caractérisées, d'une part, par une nouvelle forme d'habitat pour les personnes âgées et, d'autre part, par de nouvelles formes actives de pratiques, de voisinage, de réseaux, le tout au profit d'un mieux-vivre ensemble entre générations aux attentes et aux pratiques différentes sur tout le territoire.</p>	<p>L'immeuble, de 198 logements à l'origine et transformé en intergénérationnel, devient un 205 logements, dont 16 dans une nouvelle annexe, 60 adaptés au vieillissement, 9 adaptés aux personnes à mobilité réduite, un espace-services de 225 m<sup>2</sup> et un espace collectif de 225 m<sup>2</sup>.</p>	<p>Les lieux communs, l'association des locataires, les animations et la participation des locataires à la transformation du milieu de vie. L'animation de la résidence est confiée au Centre socioculturel des Trois Cités. On prévoit deux volets principaux : (1) les services à la personne (matériels, administratifs, accès à des soins) ; (2) le vivre ensemble (participation aux réflexions sur les changements, réunions et rencontres régulières...).</p>

<p>15. Le prêt intergénérationnel par le Fonds du Logement wallon (Belgique)</p>	<p>Coopératif citoyen</p>	<p>Fondée par la Ligue des Familles, l'entreprise poursuit trois missions reconnues d'utilité publique par le Code wallon du logement et de l'habitat durable :</p> <p>(1) Fournir aux familles nombreuses la possibilité d'obtenir un logement par l'octroi de crédits hypothécaires sociaux ainsi que des prêts améliorant les performances énergétiques des logements ;</p> <p>(2) Donner aux familles nombreuses à faibles revenus les moyens de prendre un logement en location ;</p> <p>(3) Conseiller, contrôler, coordonner et financer les organismes de logement à finalité sociale (agences immobilières sociales, associations de promotion du logement et régies des quartiers). Le Fonds peut également proposer au gouvernement wallon de nouvelles politiques du logement.</p> <p>Le projet se déroule dans le logement des personnes.</p>		<p>Le Fonds du Logement a adapté son mécanisme d'aide aux familles en leur permettant de bénéficier de prêts hypothécaires à taux réduits pour le financement de travaux destinés à l'accueil d'un ou de plusieurs parents âgés d'au moins 60 ans. Les travaux doivent être réalisés au sein du logement familial ou dans un logement de proximité, à aménager ou à créer, sur la propriété des emprunteurs.</p>
<p>16. Le projet Récipro-cité à Tarare, livré en 2014 (France)</p>	<p>Mixte, d'une entente entre la société Récipro-cité, le bailleur social Groupe Logement Français et une université</p>	<p>Faire émerger une offre nouvelle d'éco-résidences sociales et intergénérationnelles, qui réponde de façon durable aux problèmes actuels du logement, du vieillissement de la population et de la baisse du pouvoir d'achat.</p>	<p>La construction de projets similaires de Récipro-cité, de 40 à 70 logements, coûterait environ 10 % plus cher. Le projet à Tarare serait de 48 logements, allant de T1bis à T4.</p>	<p>Un bâti éco-performant et facilitant le lien social (salles communes, logements adaptés au handicap, logements adaptés à la collocation, espaces verts, jardins partagés, terrasses...) et l'économie des charges (ni ascenseurs, ni hall d'entrée, bâtiments à haute performance énergétique...).</p> <p>Mise en place d'un programme social innovant : rédaction d'une charte du vivre ensemble, constitution de clubs, formés de groupes de résidents qui participent à la gestion des lieux (organisation d'animations, entretien des espaces verts et jardins, veille technique, solidarité intergénérationnelle...).</p> <p>Un accompagnement indispensable par un gestionnaire-animateur, qui forme les résidents et les clubs aux principes et aux règles du voisinage actif, tout en les assistant au quotidien.</p>

<p>17. Le projet La Roseaie, travaux commencés en 2012 (France)</p>	<p>Mixte entre OdéliA (ÉS) et la Mutualité française</p>	<p>.</p>	<p>55 logements locatifs pour étudiants et une résidence avec services de 104 appartements (studios, T1bis et T2) pour séniors dont 19 sont meublés, puis le siège de OdéliA.</p>	<p>À deux pas d'un EHPAD (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes), d'un groupe hospitalier, du terminus de tram. Espaces collectifs (salle de restauration, salons, salle d'animation, de gymnastique douce, terrasses extérieures). Animations orchestrées par OdéliA.</p>
---	--	----------	---	---

**Tableau A2**  
**La diversité des programmes de financement des soins à domicile**

Pays	Description du programme	Montant	Embauche d'un proche	Part des 65 ans et plus qui bénéficient de...	
				... programmes pour proches aidants	... soins à domicile publics
Pays-Bas	Un budget est mis à la disposition de la personne pour se payer des soins en établissement, à domicile, professionnels ou non.	L'équivalent de ce que cela aurait coûté dans le réseau public, moins 15 à 20 %.	Oui, si les personnes ne cohabitent pas	0,8	12,3
Norvège	Un montant est alloué pour rémunérer les proches aidants quand leur soutien est considéré comme une meilleure option que les soins d'une agence (3-10 heures).	L'équivalent de ce que cela aurait coûté dans le réseau public.	Oui	0,3	18
Suède	Principalement en région éloignée, la personne offrant du soutien est considérée comme étant employée par le système de santé.	L'équivalent de ce que cela aurait coûté dans le réseau public. La personne bénéficie aussi du programme de protection sociale.	Oui, s'il a moins de 65 ans	0,1	9,1
Royaume-Uni	Les aînés peuvent choisir de payer directement pour leur soutien.	L'équivalent de ce que cela aurait coûté dans le réseau public.	Oui, si les personnes ne cohabitent pas	0,04	20,3
	De l'argent est remis aux personnes ayant eu besoin de soins à domicile au cours des six derniers mois.	Entre 170 et 255 £ (entre 266 et 399 \$*).	Oui	19,3	
	Les personnes à faible revenu qui prodiguent des soins 35 heures ou plus par semaine reçoivent une allocation.	192 £ (300 \$).	Oui		
États-Unis	Le consommateur peut engager un assistant personnel qui sera payé par Medicaid.	Selon le programme, peut aller jusqu'à 2 760 \$ au Kansas et jusqu'à 66 h/sem. en Californie.	Oui, mais pas le conjoint	0,5	2,8
Autriche	Tout le soutien public aux soins à domicile est concentré en allocations.	Entre 145 et 1 532 € par mois.	Oui	14,8	14,8

Allemagne	Les assurances de soins de longue durée permettent de choisir de recevoir du soutien en nature ou en espèces.	Entre 205 et 655 € par mois	Oui	5,7	7,1
Luxembourg	Les assurances de soins de longue durée accordent une allocation pour les sept premières heures de soins par semaine.	Entre 267 et 1 100 € par mois	Oui	3,9	4,3
Suède	Les usagers qui ont besoin d'un soutien informel d'au moins 17 h/sem. reçoivent de l'argent, qu'elles utilisent pour payer elles-mêmes les personnes qui leur viennent en aide.	Équivalent de 515 \$	Oui	0,1	9,1
	Un congé pour soins pouvant aller jusqu'à 60 jours est accordé pour apporter du soutien à quelqu'un en phase terminale.	80 % du revenu	Oui		
Australie	Les aidants qui ont besoin d'aide pour subvenir à leurs besoins sont rémunérés.	682 \$	Oui	0,9	14,7
	Pour les personnes habitant avec quelqu'un qu'elles soutiennent reçoivent une allocation.	139 \$	Oui	4,0	
Canada	Un revenu de court terme est alloué aux personnes s'occupant de quelqu'un en phase terminale.	55 % du salaire ; maximum de 1 467 \$ (ou 1 790 \$ CA) par mois	Oui		
Irlande	Une allocation est versée aux aidants ayant un faible revenu qui vivent avec une personne ayant besoin de soins à temps plein.	683 €	Oui		
	Un paiement est accordé aux personnes forcées de quitter momentanément leur emploi pour apporter du soutien.	649 €	Oui		
Japon	Aide aux proches aidants, seulement pour les familles à faible revenu et pour les cas lourds dont les besoins de soutien ne sont pas pris en charge par les assurances.	8 333 ¥ (60 \$)	Oui		5,5

\* Il s'agit de dollars américains.

Source : Lundsgaard, 2005 : 17-19.

## Index

- AccèsLogis (programme québécois), 65, 66, 66, 67
- accessibilité, 15, 22, 30, 32, 33, 38, 39, 56, 57, 69, 76, 84, 117
- Allemagne, 18, 20, 29, 42, 43, 49, 55, 56, 60, 63, 64, 79, 87, 125
- Amérique, 9
- anthropologie, anthropologues, 4
- association, 17, 19, 28, 30, 36, 38, 47, 48, 51, 63, 64, 65, 75, 80, 82-86, 89, 90, 91, 93, 97, 100, 103
- Australie, 31, 40, 43, 55, 60, 79, 85, 87, 125
- bénévolat, 15, 36, 51, 79, 80, 81, 89
- Canada, 10, 11, 12, 13, 16, 17, 18, 20, 31, 35, 36, 37, 40, 43, 53, 55, 57, 64, 69, 70, 71, 72, 81, 87, 93, 120, 125
- chute, 28, 31
- coconstruction, 95, 96
- communication, 4, 25, 29, 32, 89, 97, 99, 100, 102, 118
- coopérative, 46, 47, 51, 63, 64, 65, 67, 83, 84, 117, 120
- coût du logement, 40, 41, 42, 43, 47, 49
- décentralisation, 57
- démocratie, 82, 92, 97, 98, 99, 102
- démographie, 9
- don, 67, 76, 80, 88, 89
- empowerment, 47, 51, 93
- environnement, 3, 7, 14, 15, 23, 27, 28, 29, 32, 37, 39, 45, 67, 68, 73, 74, 78, 83, 84, 100
- ergologie, 31
- espérance de vie, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 21, 76
- États-Unis, 7, 20, 23, 31, 40, 43, 50, 53, 54, 55, 60, 85, 86, 87, 89, 124
- Europe, 1, 8, 9, 11, 13, 16, 17, 18, 27, 28, 29, 30, 33, 40, 42, 44, 48, 49, 53, 57, 61, 69, 79, 81, 83, 89, 114
- exclusion, 7, 8, 19, 20, 21, 22, 23, 27, 31, 34, 35, 38, 78, 117, 119, 121
- femmes, 4, 9, 12, 13, 16, 20, 21, 23, 36, 41, 77, 79
- fondation, 59, 62, 63
- Fonds de solidarité de la FTQ, 61
- France, 6, 14, 18, 19, 20, 29, 31, 32, 42, 43, 44, 48, 49, 50, 53, 54, 56, 60, 61, 79, 86, 117, 118, 119, 121, 122, 123
- générations, liens entre, 1, 2, 17, 18, 19, 23, 27, 38, 62, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 83, 84, 85, 87, 88, 92, 97, 99, 100, 102, 117, 119, 121, 122
- gérontologie, 26
- handicap, 3, 7, 13, 15, 21, 37, 44
- HLM, 47, 51, 57, 65, 103
- industrialisation, 6, 7
- innovation, 58, 59, 60, 61, 62, 74
- institutionnalisation, 39, 53
- intégration des services, 28, 29, 30, 53, 54
- internet, 35, 118
- intervention collective, 91, 92
- leadership, 54, 85, 98
- limitations, 3, 5, 13, 14, 15, 21, 29, 33, 37, 40, 44, 103
- logement abordable, 38, 47, 48, 51, 57, 58, 59, 64, 71, 72, 118
- logement convenable, 48
- logement familial, 39, 40, 44, 45, 52, 74, 122
- logement social, 1, 2, 16, 47, 48, 49, 51, 57, 59, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 74, 86, 87, 103, 121
- maintien à domicile, 15, 22, 29, 30, 31, 33, 44, 46, 52, 53, 121
- maltraitance, 22, 23
- mixité sociale, 63, 64, 72, 75, 84, 85, 86, 87, 117, 120
- mobilisation, 89, 90, 91, 92, 93, 99, 120
- mouvement social, 91
- office municipal d'habitation, 63
- partenariat, 54, 84, 93, 94, 95, 96, 97
- participation, 15, 25, 26, 27, 32, 34, 35, 51, 53, 55, 57, 58, 60, 61, 62, 83, 85, 90, 97, 98, 99, 101, 103, 120, 121
- participation sociale, 25, 26, 27, 32, 35
- pauvreté, 16, 18

- pays développés, 9, 10, 11, 22  
pays en développement, 9, 10, 11  
perte d'autonomie, 7, 22, 45, 46, 49, 50, 70, 74, 118  
politiques sociales, 15, 17, 18, 25, 29, 84, 87  
Politiques sociales, 17  
proche aidant, 28, 30, 52, 53, 54, 76, 78, 79, 87, 124, 125  
Québec, 65  
Québec, x, 10, 13, 17, 25, 30, 31, 32, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 50, 51, 53, 54, 57, 60, 61, 64-66, 70, 82, 88  
représentations, 3, 4, 8, 22, 25, 26, 34, 35, 36, 37, 38, 88, 100  
réseau, 19, 21, 22, 28, 29, 33, 34, 35, 36, 38, 45, 48, 50, 51, 53, 57, 60, 61, 67, 70, 75, 80, 82, 83, 84, 85, 89, 91, 100, 117, 121, 124  
réseau d'échanges de proximité, 82  
retraite, 7, 8, 17, 19, 21, 25, 26, 61, 71, 77  
Royaume-Uni, 16, 17, 18, 42, 48, 49, 56, 60, 61, 62, 63, 79, 85, 86, 87, 100, 124  
rural, milieu rural, 22, 39, 65, 67, 69, 70, 71, 72, 115  
santé, 1, 3, 8, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 21, 24, 25, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 45, 46, 47, 49, 52, 53, 54, 67, 68, 69, 71, 76, 79, 83, 85, 118, 124  
santé mentale, 21, 23  
sécurité, 6, 19, 25, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 36, 46, 68, 73, 78, 84  
sénescence (vieillissement), 3, 14  
soins à domicile, 38, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 118, 124  
solidarité, 1, 2, 19, 28, 35, 36, 39, 51, 60, 61, 70, 75, 76, 77, 78, 80, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 91, 92, 93, 97, 100, 102, 103, 120, 122  
soutien social, 8, 15, 17, 19, 21, 22, 23, 24, 28, 31, 33, 36, 38, 43, 45, 46, 48, 50, 51, 52, 53, 59, 66, 70, 72, 73, 76, 78, 79, 83, 120, 121, 124, 125  
stigmatisation, 7  
taux d'inoccupation, 41, 42  
technologies, nouvelles technologies, 35, 61, 62  
urbain, milieu urbain, 10, 22, 39, 67, 69, 70, 71, 72, 73, 87  
vieillissement actif, 27, 38, 51, 85  
villes amies des aînés, 32, 67