

Habitat protégé en Suisse

Les fondements d'un modèle

Étude mandatée par CURAVIVA Suisse, senesuisse, Pro Senectute Suisse, Aide et soins à domicile Suisse

Prof. Dr. Lorenz Imhof, Prof. Dr. Romy Mahrer Imhof

Contact :
Nursing Science & Care GmbH
Obertor 8
8400 Winterthur
052 263 25 25
Lorenz.imhof@ns-c.ch

Sommaire

Résumé	4
1 Contexte	5
1.1 <i>Problématiques</i>	6
1.2 <i>Méthodologie</i>	6
2 La revue de la littérature	7
2.1 <i>Habitat sans obstacles</i>	8
2.2 <i>Les prestations d'aide</i>	8
2.2.1 <i>Prestations en matière de sécurité</i>	9
2.2.2 <i>Prestations de répit</i>	9
2.2.3 <i>Prestations de soins et d'accompagnement</i>	9
2.2.4 <i>Prestations d'animation</i>	10
2.3 <i>Les usagers et usagers de l'habitat protégé</i>	10
2.4 <i>Résider en habitat protégé : objectifs et attentes des habitants</i>	11
2.5 <i>Les limites de l'habitat protégé</i>	11
2.6 <i>Résumé</i>	11
3 Thèses à propos de l'habitat protégé	12
3.1 <i>Population</i>	14
3.2 <i>But et objectifs de l'habitat protégé</i>	14
3.3 <i>Prestations d'aide</i>	14
3.4 <i>Structures</i>	15
3.5 <i>Qualité</i>	15
4 Un modèle d'habitat protégé centré sur le client	16
4.1 <i>Vulnérabilité et capacité de self-care</i>	16
4.2 <i>Les actions de soutien, entre répit et prévention</i>	17
4.2.1 <i>Répit</i>	18
4.2.2 <i>Prévention/promotion</i>	18
5 Habitat protégé : un modèle à quatre niveaux	19
5.1 <i>Les quatre niveaux</i>	19
5.1.1 <i>Catégorie D</i>	20
5.1.2 <i>Catégorie C</i>	21
5.1.3 <i>Catégorie B</i>	21
5.1.4 <i>Catégorie A</i>	22
5.2 <i>Critères de qualité</i>	22
5.2.1 <i>Des offres accessibles</i>	22
5.2.2 <i>Le professionnalisme des prestataires</i>	23
5.2.3 <i>Planification, documentation et évaluation des prestations</i>	23
6 Références	25
7 Annexe 1 : les thèses Delphi	29

Membres du groupe de projet

Christina Affentranger	Responsable du Domaine spécialisé adultes avec handicap, CURAVIVA Suisse, Berne
Prof. Dr. Lorenz Imhof	Nursing Science & Care GmbH
Sonya Kuchen	Responsable des services spécialisés, Pro Senectute Suisse
Dr. Markus Leser	Responsable du Domaine spécialisé personnes âgées, direction, CURAVIVA Suisse, Berne
Ursula Ledermann Bulti	Responsable de la formation, Aide et soins à domicile Suisse, Berne
Christian Streit	Directeur, senesuisse, Berne

Experts interviewés

Christina Brunnschweiler	CEO Association Spitex Zürich Limmat, Zurich
Prof. Dr. Carlo Knöpfel	Professeur, Institut « Sozialplanung, Organisationaler Wandel und Stadtentwicklung », Haute école spécialisée du nord-ouest de la Suisse FHNW, Muttenz
Maja Nagel Dettling	Consultante en organisation, membre du conseil de la fondation Paul Schiller, Stäfa
Heike Schulz	Directrice de l'EMS Bethesda, Küsnacht
Dr. Matthias Wächter	Haute école de Lucerne, co-directeur du programme de recherche en matière de management public de la santé, Lucerne

Correction : Dore Wilken, dwilken@gmx.de

Pour citer le rapport : Imhof L., Mahrer-Imhof R. (2018). Habitat protégé en Suisse : Les fondements d'un modèle. Étude mandatée par CURAVIVA Suisse, senesuisse, Pro Senectute Suisse, Aide et soins à domicile Suisse. Winterthour : Nursing Science & Care GmbH.

Résumé

Lorsque, avec l'âge, les tâches quotidiennes deviennent pénibles ou que l'organisation même du quotidien devient une tâche insurmontable, des offres ambulatoires (aide et soins à domicile) et stationnaires (homes) offrent leur soutien. Ces dernières années, l'habitat protégé est de plus en plus cité comme troisième forme de soins de longue durée.

Mais la notion d'habitat protégé elle-même reste floue. Il manque des dispositions légales, et de grandes différences régionales concernant l'envergure de l'offre et les organes responsables des institutions entravent les discussions.

CURAVIVA Suisse, senesuisse, Pro Senectute Suisse et Aide et soins à domicile Suisse se sont par conséquent penchées sur la notion d'« habitat protégé », dans le cadre d'un projet commun. Les enseignements de la littérature spécialisée ont été compilés, des interviews avec des expertes et des experts ont été menées et un sondage auprès des professionnels des soins de longue durée et des politiques a été réalisé et analysé.

Les avis sont unanimes concernant l'offre de l'habitat protégé en matière de logement. Elle comprend principalement des logements sans obstacles de 1, 2 et 2½ chambres avec leur propre cuisine et salle de bains/WC. Nouvellement, le soutien en matière d'accompagnement et de soins dans l'habitat protégé est subdivisé en quatre catégories. Les prestations de la catégorie D se limitent à une simple aide au ménage. La catégorie C met l'accent sur le maintien et le développement des facultés de la personne. Un professionnel est à disposition en tant qu'interlocuteur. Dans la catégorie B, les prestations couvrent tous les aspects des soins et de l'accompagnement. Les ressources disponibles de la personne et de ses proches, ainsi que les facteurs et les risques pour la santé sont déterminés systématiquement. Des professionnels sont disponibles 24 heures sur 24 pour cela. L'habitat protégé de catégorie A permet de rester dans son logement familial jusqu'à la fin de sa vie. L'équipe de soutien est complétée par des professionnels spécialisés dans les soins palliatifs, la démence sénile, les maladies psychiques ou les dépendances.

Dans les catégories A et B, l'effet sur les capacités à assurer ses propres soins ainsi que la qualité de vie des résidentes et des résidents sont systématiquement évalués. Dans toutes les catégories, la mesure dans laquelle la dignité et le sentiment d'autonomie peuvent être maintenus dans l'habitat protégé fait office de critères de qualité.

1 Contexte

Pour la politique sociale, la vieillesse commence à la retraite. Aujourd'hui, en Suisse, 18,2 % des habitantes et habitants appartiennent au groupe d'âge des 65 ans et plus. Soit 220'671 personnes de plus qu'en 2010¹. Ce groupe n'est pas homogène. Il se répartit en deux segments : les personnes du troisième âge, entre 65 et 80 ans, et celles du quatrième âge, de plus de 80 ans^{2,3}.

Les personnes du troisième âge sont vues comme des seniors actifs et performants. Elles constituent un nouveau segment de clientèle à haut potentiel sur un « marché de la vieillesse » en plein boom, et sont courtisées en conséquence. Il en va tout autrement pour le quatrième âge, segment dans lequel quatre personnes sur cinq deviennent de plus en plus vulnérables, et partant, plus fragiles. Ce qui signifie qu'elles ont de moins en moins de facilité à s'adapter aux changements et davantage besoin d'aide dans la vie quotidienne⁴. Cette tranche d'âge a augmenté de 61'390 personnes depuis 2010, et représente 5,1 % de la population¹.

Le quatrième âge, synonyme d'une plus grande fragilité, et nécessitant des ressources pour une assistance au quotidien, va être considéré comme une charge pour les assurances sociales⁵. La notion de « vieillissement » influe dorénavant sur les débats autour de la vieillesse et de la responsabilité sociale envers celles et ceux qui ont besoin d'assistance. De ce fait, les prestations d'aide et d'accompagnement dépendront fréquemment de la prise en charge personnelle et de la responsabilité individuelle. La mission sociale de la prise en soin se privatise⁶.

L'article 112c de la Constitution fédérale fait obligation aux cantons de pourvoir à l'aide et aux soins à domicile des personnes âgées et des personnes en situation de handicap⁷. Traditionnellement, cette obligation est assumée, en ambulatoire, par les services de l'aide et des soins à domicile et, dans le domaine stationnaire, par les EMS. En 2017, 295'054 personnes ont eu recours aux prestations de soins ambulatoires, 122'317 ont bénéficié d'une aide au ménage ou d'un encadrement social⁸, et 153'046 ont bénéficié d'une assistance en tant que résidents d'une structure de soins stationnaires⁹. Ces dernières années, la transformation des maisons de retraite en établissements médico-sociaux a été marquée par un net désengagement des pouvoirs publics de leurs obligations. Des solutions à bas seuil d'habitat et d'accompagnement ont disparu tandis que l'organisation de l'aide et de l'accompagnement ont été privatisées.

Dans le même temps, la discussion sur de nouvelles formes d'habitat – comme les appartements protégés – s'est intensifiée. Une forme d'habitat souvent interprétée comme un substitut moderne aux maisons de retraite en voie de disparition¹¹. L'habitat protégé est ainsi considéré comme une solution intermédiaire entre les homes traditionnels et les soins ambulatoires¹². L'habitat protégé est désormais investi d'une mission de soins et d'accompagnement^{13,14}. Il est ainsi intégré dans les soins de longue durée (SLD).

En Suisse, faute de définition et de règles juridiques, il n'y a aucun chiffre précis sur l'habitat protégé. On estime qu'il existe dans notre pays quelque 843 structures, proposant des solutions de logement adapté pour environ 16'000 personnes âgées¹². Dans la réalité, ces chiffres sont certainement plus élevés. En se basant sur les données de dix cantons, on estime que 6,3 % des personnes de plus de 80 ans disposent d'une place en habitat protégé.

La discussion sur l'habitat protégé est souvent menée du seul point de vue des organisations et des champs d'activité des groupements professionnels impliqués. D'où l'utilisation de divers concepts

théoriques, étroitement liés aux enjeux politiques et financiers et représentant des formes de collaboration déjà existantes en pratique. Ce débat se caractérise en outre par l'utilisation de termes toujours plus nouveaux, mal définis, comme « logement avec services », « logement avec prestations », « habitat plus ». Immanquablement, dans les discussions, on en vient à comparer des pommes et des poires. Il est donc urgent – et d'autant plus dans la perspective des modèles de financement à mettre en place – de pouvoir disposer d'une définition claire de l'habitat protégé¹⁵.

C'est là que s'ouvre le projet actuel. Il analyse ce que recouvre le terme d'« habitat protégé » en tant qu'élément constitutif de la prise en soins de longue durée des personnes âgées. Il fixe les objectifs et le but principal de l'habitat protégé du point de vue des clients, et détermine les structures, ainsi que les contenus et les critères d'évaluation qui, à l'avenir, en constitueront les spécificités. Lancé par CURAVIVA Suisse, senesuisse, Pro Senectute Suisse et Aide et soins à domicile Suisse, ce projet aborde les questions suivantes :

1.1 Problématiques

- Quels sont les modèles et concepts utilisés en matière d'habitat protégé dans la littérature existante ?
- Quelles sont les conditions structurelles, matérielles et techniques requises comme standards minimums pour pouvoir parler d'habitat protégé ?

1.2 Méthodologie

Les réponses au questionnaire combinent trois processus : d'abord, une recherche dans la littérature sur les modèles et les concepts d'habitat protégé existants. Ensuite, des questionnaires Delphi sur la qualité et les standards en la matière. Et enfin, une discussion de synthèse au sein d'un groupe de travail, appuyée par le point de vue d'experts (interviews).

- 1) La revue de la littérature rassemble trente-deux articles sur le thème de l'habitat protégé, qui vont des articles scientifiques aux rapports et analyses politiques. Chaque affirmation a été analysée et catégorisée en fonction de la définition et du modèle d'habitat protégé considéré, des caractéristiques des personnes qui y résident, des prestations disponibles, des exigences techniques, de la réglementation sur le financement et de la dimension juridique. Un groupe de travail constitué de deux représentants de CURAVIVA Suisse et d'un représentant pour chacune des autres organisations – senesuisse, Pro Senectute Suisse et Aide et soins à domicile Suisse – a ensuite débattu des premières conclusions tirées de cette analyse de la littérature.
- 2) Cinq expertes et experts, issus des EMS et des services d'aide et de soins à domicile, des hautes écoles et des groupes d'intérêts, ont été interviewés. Sur la base de leurs avis et de l'analyse de la littérature, les grandes lignes et les objectifs d'un workshop ont été formulés. Présentées lors d'un workshop qui s'est tenu à Berne en mai 2018 et qui regroupait vingt-six personnes, ces premières constatations ont servi de base à une procédure de consultation en deux temps, basée sur la méthode Delphi ⁽¹⁾. Les participants représentaient les secteurs suivants (plusieurs secteurs possibles par personne) : habitat protégé (1), EMS (7), aide et soins à domicile (3), accompagnement (2), associations (9), autres (4). Au cours des

¹ La méthode Delphi est un processus d'interrogations en plusieurs séries avec des rétroactions, dans le but de recueillir les avis de groupes d'individus^{16,17}. Elle repose sur une interrogation répétée d'expertes et d'experts issus de divers domaines professionnels visant à approfondir les avis donnés et à obtenir des consensus les plus larges possibles sur la thématique.

discussions de groupe, treize thèses ont été développées, autour d'éléments-clés comme les objectifs visés par l'habitat protégé, les structures requises, les procédures d'aide et la focalisation sur un certain type de clients. Les participants évaluaient ensuite, selon un processus de notation, la pertinence de ces affirmations pour l'élaboration d'un modèle-type d'« habitat protégé ». Cette procédure de notation a permis de valider neuf thèses, acceptées à plus de 70 %, et soumises au groupe de travail pour une nouvelle discussion. Le groupe de travail a formulé seize nouvelles thèses permettant de préciser les premières affirmations, qui ont ensuite été envoyées aux vingt-six participants du workshop ainsi qu'à un certain nombre d'autres personnes, venant des secteurs des EMS (+2), de l'habitat protégé (+2) et de l'aide et des soins à domicile (+1). Treize des seize thèses de départ ont été approuvées et commentées par écrit, pour un taux de réponses de 53 %. À l'issue de cette deuxième phase, vingt-deux thèses ont été dégagées, adoptées à une majorité de plus de 70 % des participants, qui permettent de poursuivre l'élaboration du modèle proposé (annexe 1 : vingt-deux thèses relatives à l'habitat protégé).

- 3) Les conclusions tirées, tant de la littérature passée en revue que des thèses discutées au cours des deux tours du processus, ont été ensuite reprises et discutées au sein du groupe de travail, afin de clarifier les termes utilisés et d'élaborer une terminologie commune. Au terme de plusieurs réunions, la synthèse réalisée par le groupe de travail de la documentation existante sur le sujet ainsi que des interviews d'experts et des thèses définies au cours des deux cycles de la procédure Delphi, permet de fixer le cadre nécessaire pour continuer à développer ce modèle.

2 La revue de la littérature

Un rapide coup d'œil sur la situation existante en Suisse montre que seuls sept cantons (VD, VS, LU, TG, AI, AR, BS) disposent d'une réglementation sur l'habitat protégé. Deux cantons (GR, JU) disposent d'une réglementation qui n'est pas encore en vigueur, tandis qu'un troisième canton (AG) est en train d'élaborer ses propres dispositions. Clairement, la Suisse occidentale a une longueur d'avance, avec une majorité de réglementations en vigueur¹⁸. Il n'existe pas de chiffres globaux sur l'offre existante en Suisse. Les données obtenues dans dix cantons montrent par ailleurs qu'il existe une disparité considérable entre les régions en matière d'habitat protégé : si 13 % des personnes âgées de plus de 80 ans peuvent en disposer à Bâle-Ville, ce taux plonge à 6 % pour Neuchâtel et ne dépasse pas les 2 % pour Glaris et le Jura.

De telles disparités régionales s'observent également pour les organismes responsables de logements protégés. Selon les estimations de l'étude de l'Observatoire Suisse de la Santé (OBSAN) sur les structures intermédiaires (habitat protégé, structures de jour, courts séjours en EMS), environ 60 % des institutions d'habitat protégé pour personnes âgées sont gérées par des organismes à but non lucratif, une proportion qui s'élève à 93 % pour Bâle-Ville et à 100 % pour le canton de Zoug¹². Les statistiques ne montrent pas, en revanche, le nombre d'institutions gérées par les organismes d'aide et de soins à domicile. Selon un expert, ce serait le cas d'un grand nombre d'institutions à Genève. Le taux de logements protégés gérés par des EMS s'élève à 15 % ; les Grisons se détachent nettement avec un taux de 78 %. Dans 14 % des cas, la gestion est assurée par les communes ; ce taux s'élève à 50 % pour le canton d'Uri. Enfin, si 11 % des institutions sont gérées par des organismes de droit privé, ce taux grimpe à 35 % à Genève¹².

En étudiant de plus près ces organisations d'habitat protégé, on constate que 25 % des logements destinés aux personnes âgées ne proposent aucune prestation complémentaire en plus d'un espace sans barrières¹². À l'autre bout de l'éventail, 50 % des institutions proposent à leurs habitants jusqu'à huit prestations d'aide différentes, voire davantage. Mais quelles que soient les appellations – « appartement avec services », « logement accompagné », « habitation pour personnes âgées » ou « structures intermédiaires » –, deux éléments reviennent toujours comme des composantes indispensables de l'habitat protégé : 1) un lieu de vie sans obstacles et 2) une offre de soins et d'accompagnement¹⁸.

2.1 Habitat sans obstacles

L'habitat protégé obéit à des contraintes spécifiques pour l'aménagement de l'espace de vie et l'environnement, dont une cuisine et une salle de bains/WC individuelles et intégrées. Il s'agit principalement d'appartements d'une, deux ou deux pièces et demie¹⁹. Chaque logement doit être entièrement ou quasi libre d'obstacles. Parfois, des normes de conformité sont mentionnées : les normes SIA 500 par exemple, le centre de compétence pour une architecture sans obstacles, ou les recommandations PROCAP²⁰. On peut y trouver des espaces partagés ou des jardins communautaires qui favorisent une vie sociale et participative. Ici ou là, pour un bon environnement de vie, on relève l'importance de contacts avec le voisinage, de la présence de commerces, de transports publics, de routes sécurisées, d'un sentiment de sécurité dans l'espace public et d'un quartier calme et tranquille²¹.

Ces exigences en matière d'habitat ne répondent pas à des critères propres aux seules personnes âgées. Au contraire : elles remplissent également les conditions nécessaires pour faciliter la vie des jeunes en situation de handicap ainsi que celle des familles avec enfants. On en conclura donc qu'un lieu de vie satisfaisant est bien plus qu'un espace sans barrières. Il comprend des activités quotidiennes intéressantes, des contacts sociaux et l'existence de moyens financiers²².

2.2 Les prestations d'aide

Il y a de grandes similitudes entre le débat actuel en Suisse quant à la nécessité de disposer de prestations d'aide pour parler d'habitat protégé, et ceux en cours dans d'autres pays. Les États-Unis ont ainsi vécu un véritable « boom » de l'habitat protégé (assisted living) dans les années 1990, qui a suscité des débats passionnés sur les conditions requises pour pouvoir se prévaloir de cette appellation^{23,24}.

Si l'on considère que l'habitat protégé doit être une offre de soins de longue durée, cela implique que les appartements pour personnes âgées sans prestations d'assistance se différencient clairement de ce que proposent les prestataires combinant de tels services avec un habitat accessible. Mais cette distinction ne suffit pas, car il existe des différences même dans ce cas de figure.

Dans les discussions qui ont cours, les prestations d'aide se divisent entre les soins d'un côté et l'accompagnement proprement dit de l'autre^{25,26}. Cette distinction, induite par notre système de financement, contribue non seulement à la confusion du terme même d'« accompagnement » mais conduit également à une définition du soin qui ne correspond pas à la pratique²⁷.

Les besoins en soins vont être ainsi réduits aux seules tâches liées aux repas, au lever, à l'aide pour s'habiller et se déshabiller, aller aux toilettes ou prendre un bain/une douche. Cette distinction est

importante, par exemple pour l'octroi d'une allocation d'impotence, ou pour les statistiques tirées de l'enquête suisse sur la santé. Le Conseil fédéral lui-même précise clairement que :

« ... les soins sont une activité d'une extrême hétérogénéité et aux multiples dimensions, qui vise à aider les patientes et patients dont l'autonomie est limitée dans l'accomplissement des actes ordinaires de la vie, afin qu'ils puissent reprendre, continuer, réadapter ou reconstruire leur vie quotidienne »²⁸.

Cette définition va être reprise par analogie dans le débat sur une transformation des structures de soins²⁹.

Réduire les soins aux seules prestations de l'assurance de base contredit la définition du Conseil fédéral. Dans la mesure où la notion d'accompagnement devient une sorte de terme générique désignant tout ce qui ne relève pas des prestations de soins, cette notion même d'assistance n'est pas claire non plus³⁰.

Les prestations d'aide se répartissent en quatre catégories : 1) les prestations destinées à renforcer la sécurité en situation d'urgence ; 2) les prestations pour soulager les personnes concernées et leurs proches ; 3) les prestations de soins de base (soins/accompagnement, structures de jour) ; 4) les prestations dans le domaine des activités et événements.

2.2.1 Prestations en matière de sécurité

La sécurité est une préoccupation centrale, qui figure aussi bien dans les réglementations cantonales que dans les diverses publications étudiées.

Assurer la sécurité implique un danger potentiel. Pour cette tranche d'âge, le risque de chute est certainement le plus important : chaque année, ce type d'accident touche plus de 80'000 personnes âgées et provoque environ 1'200 décès³¹.

Les prestations d'aide les plus souvent mentionnées sont celles liées à la sécurité, au fait de pouvoir alerter quelqu'un. Les systèmes d'appel d'urgence électroniques sont utilisés aujourd'hui dans presque tous les cantons et dans 70 % des institutions¹². Seuls 2 % des 75-79 ans et 9 % des plus de 80 ans en disposaient en 2013²¹. Aujourd'hui, on estime à environ 50'000 le nombre d'appareils de ce type utilisés. Les réponses aux appels d'urgence varient selon le dispositif adopté par le prestataire concerné, selon qu'ils sont transférés à l'extérieur ou vers une centrale d'urgence, à un service d'aide et de soins à domicile ou à un membre du personnel infirmier présent sur place, dans le cas d'un logement protégé rattaché à un EMS. Dans 51 % des institutions, le système d'alarme est, si les habitants le souhaitent, complété par une visite de contrôle et un examen des signes vitaux.

2.2.2 Prestations de répit

Deuxième catégorie de prestations d'aide : le répit apporté aux personnes concernées et à leur entourage dans les activités quotidiennes. Certaines tâches sont déléguées en tout ou en partie, car devenues trop pénibles. Le plus souvent, il s'agit de trois activités : la lessive (50 % des institutions), le ménage (51 %) et tout ce qui concerne la cuisine, les courses, les services de repas à domicile ou les repas pris dans le restaurant intégré à l'établissement (64 %).

2.2.3 Prestations de soins et d'accompagnement

Dans la troisième catégorie, les prestations de soins de premier recours et d'accompagnement peuvent varier considérablement, tant par leur ampleur que par leur qualité.

La plupart des règlements cantonaux définissent explicitement les soins/l'accompagnement comme une prestation possible. Ce type de prestation est proposé dans vingt-trois cantons et 58 % des établissements¹².

Des réglementations existent lorsque le système d'aide et de soins à domicile ou un EMS assument ces tâches dans les logements pour personnes âgées. En Thurgovie par exemple, tout EMS assumant les soins et l'accompagnement doit obtenir une autorisation du service d'aide à domicile, et Saint-Gall impose de son côté une obligation de coopération avec ce service ou un EMS.

Le descriptif des prestations dans le domaine des soins et de l'accompagnement reste généralement au stade du concept et n'est pas appliqué. On trouve des exemples de bases légales dans la littérature spécialisée, au niveau international, qui précisent les prestations d'aide attendues d'une structure d'habitat protégé dans un certain nombre de situations, par exemple l'organisation de la vie quotidienne dans les situations de démence, les soins palliatifs, le traitement de la dépression ou les cas d'insuffisance cardiaque sévère^{23,33}. Ces prestations d'aide spécifiques, destinées à prévenir le transfert dans une institution de soins stationnaires, sont encore très rares en Suisse. Les soins et l'accompagnement ne sont pas définis clairement et seuls quelques cantons, comme le Valais, fixent des objectifs concrets pour les prestations d'aide, comme la prévention de l'isolement ou l'aide au maintien de l'autonomie¹⁸.

2.2.4 Prestations d'animation

Le matériel promotionnel pour les logements protégés accorde une large place aux animations et activités diverses. Dans vingt et un cantons et 68 % des institutions, la rubrique « activités et animations » occupe une place de choix dans le catalogue des prestations proposées.

Les habitants du voisinage sont souvent conviés à participer aux animations, sorties ou rencontres dans les espaces communs. Les activités favorisant une participation active à la vie sociale sont encouragées pour lutter contre l'isolement et la solitude^{19,20,34}. Les prestations de ce type sont souvent incluses dans le loyer ou font l'objet d'un montant forfaitaire.

2.3 Les usagères et usagers de l'habitat protégé

En dépit du poids émotionnel dû au fait de quitter son appartement pour emménager dans un logement protégé, le nombre de personnes âgées choisissant cette solution a augmenté entre 2003 et 2013²¹. Parmi les plus de 80 ans, 40 % étaient même tout à fait convaincus. Plus la santé décline et impacte la vie quotidienne, plus le taux d'acceptation est élevé.

Selon Köppel³⁵, et malgré une grande hétérogénéité, on peut aujourd'hui distinguer deux catégories d'habitants : le groupe A et le groupe B. Les personnes du groupe A sont des personnes du troisième âge, souvent en couple, qui ne dépendent encore ni d'un système d'appel d'urgence ni d'un autre type d'assistance. Souvent, une personne de ce groupe va choisir de quitter son logement, devenu trop peu pratique ou accessible pour elle ou sa compagne, respectivement son compagnon, et choisir l'habitat protégé comme alternative. Les personnes du groupe B, en revanche, vivent souvent seules et ont plus de 80 ans. Elles ont besoin d'aide pour les soins et pour le ménage ⁽²⁾. Ces habitants séjournent généralement moins longtemps en habitat protégé que ceux du groupe A. Une répartition en deux groupes fait sens dans la mesure où les prestations d'aide formelles et informelles pour le quatrième âge (groupe B) augmentent, alors qu'elles demeurent stables pour le troisième âge (groupe A) et concernent avant tout l'animation et les engagements sociaux³⁶.

² Le terme d'« aide et soins à domicile » est utilisé ici à la place de celui de « prestations d'aide », et repris par diverses catégories professionnelles dans le domaine des prestations de soins infirmiers et médicaux, de l'aide à domicile ou de l'encadrement social.

2.4 Résider en habitat protégé : objectifs et attentes des habitants

Quelques études menées à l'étranger ont analysé les souhaits et les attentes des personnes âgées par rapport à l'habitat protégé ainsi que les facteurs d'influence. À ce jour, il n'y a pas d'étude similaire en Suisse. L'objectif des personnes vivant en habitat protégé est de vieillir dans leur environnement familial, sans avoir à déménager une nouvelle fois, de pouvoir vivre dans leur logement protégé jusqu'à leur mort^{23,37,38}. Tout déménagement, que ce soit en habitat protégé ou en institution de soins, exige un énorme effort d'adaptation pour réorganiser la vie quotidienne. La transition doit donc être soigneusement planifiée et des règles spécifiquement édictées pour assurer aux personnes concernées une transition la plus douce possible d'un habitat protégé à un EMS^{34,39}. Des études allemandes ont comparé les attentes des habitants avant leur arrivée en logement protégé et trois ans après³⁵. Obtenir de l'aide pour des questions de santé était peu important. Trois ans plus tard, moins de la moitié d'entre eux attendaient des soins et de l'aide au quotidien et 24 heures sur 24. Seule la moitié des personnes interrogées exprimaient l'espoir d'être soignées et assistées en habitat protégé jusqu'à leur mort et environ 60 % espéraient être prises en charge en cas de désorientation et de confusion mentale. Mais toutes étaient convaincues qu'habiter en logement protégé servait au moins à retarder une entrée en EMS.

2.5 Les limites de l'habitat protégé

L'habitat protégé ne convient pas à tout le monde. Selon le prestataire, la prise en charge est limitée et le groupe-cible d'autant plus restreint.

Ce type d'habitat peut atteindre ses limites dans des situations nécessitant des services plusieurs fois par jour et sur le long terme, par exemple lorsqu'une personne souffre d'incontinence, de confusion, de troubles du comportement ou lorsqu'elle a besoin de soins de nuit^{34,35,39-41}. Cela est d'autant plus vrai lorsque la prise en soins est réduite à la part obligatoire de l'assurance de base prévue par la LAMal et ne peut entièrement couvrir les besoins générés par une santé qui décline. Dans ce cas-là, l'habitat protégé se révèle insuffisant.

2.6 Résumé

La littérature propose un aperçu de l'offre existante à l'heure actuelle, ainsi qu'un recueil des spécificités des diverses institutions. Ces caractéristiques décrivent, d'une part les exigences requises pour les logements adaptés aux personnes âgées, d'autre part, les prestations d'aide proposées.

Les caractéristiques de l'habitat diffèrent peu les unes des autres et sont comparables à l'intérieur d'une même gamme de prix. À l'inverse, en ce qui concerne les prestations d'aide, il est difficile de comparer les offres, leur portée et leur qualité. Une offre peut comprendre de 0 à 9 prestations. L'ampleur de ces prestations varie entre 10 minutes par jour et une disponibilité 24 heures sur 24. Et la qualité peut varier du tout au tout, d'un simple service par téléphone à un contact personnalisé avec une personne qualifiée.

Le terme même d'habitat protégé s'emploie pour désigner des prestations d'aide différentes. Il fait office de terme générique pour qualifier les prestations dites « distinctes des soins ». La distinction entre soins et accompagnement met en lumière les mécanismes de financement du système actuel. Dans la pratique cependant, cette distinction n'est pas adaptée aux soins tels que définis par le

Conseil fédéral et ne permet pas d'intégrer les tâches d'accompagnement dans les prestations de soins selon une approche clients⁴².

Le manque de précision des prestations est problématique pour l'habitat protégé. Elle empêche de déterminer concrètement les conditions d'admission, l'aménagement des prestations de service ou les limites de l'offre.

Outre les structures destinées aux personnes avec un handicap à vie, le public cible de l'habitat protégé peut se diviser entre un groupe relativement jeune, entre 65 et 80 ans, qui n'a besoin que d'un choix assez restreint de prestations d'aide, et un groupe plus âgé, de plus de 80 ans pour l'essentiel, vivant seul avec un besoin d'assistance croissant dans le temps. La question de savoir à quel groupe de personnes doit s'adresser l'offre d'habitat protégé sera appréciée différemment et influencera en conséquence la définition de ce concept.

En conclusion, on peut dire que l'acceptation d'emménager dans un habitat protégé augmente au fur et à mesure que le besoin d'assistance s'accroît. Les personnes concernées et leurs familles bénéficient de davantage de sécurité, d'un allègement des actes du quotidien, de soins et d'aide au ménage et d'une offre d'activités permettant des contacts sociaux. L'habitat protégé propose une aide qui est également disponible dans d'autres domaines des soins de longue durée : les services d'aide et de soins à domicile, les EMS ou Pro Senectute.

Selon la définition internationale, l'habitat protégé est une assistance centrée sur les besoins du client dans le domaine de la vie quotidienne, qui peut aussi couvrir un besoin non planifié. Tous les prestataires de l'aide ne remplissent pas ces conditions. C'est le cas en particulier en ce qui concerne le personnel, où la situation peut varier considérablement d'un établissement à l'autre. Dans 61 % des institutions il n'y a aucun interlocuteur à disposition 24 heures sur 24. L'évaluation indispensable d'une situation engageant la vie ou la santé, ou l'intervention d'un gestionnaire de cas professionnel, n'est que rarement mentionnée, et lorsqu'elle l'est, alors uniquement en lien avec le financement^{39,43}.

Le modèle d'habitat et d'assistance des logements protégés que nous venons de décrire n'est pas conçu pour tout le monde. La documentation spécialisée énumère diverses maladies chroniques pour lesquelles les prestations d'aide ne peuvent pas être fournies de manière appropriée, parce qu'elles ne sont pas adaptées à la configuration d'un bâtiment, qu'elles perdurent dans le temps ou que le niveau de qualification du personnel est insuffisant. La santé particulièrement fragile du quatrième âge oblige souvent au transfert dans un EMS. Ce qui ne correspond pas aux souhaits des personnes concernées dont les principales motivations pour emménager dans un logement protégé sont la sécurité en cas d'urgence, l'autonomie et l'indépendance, la proximité sociale et le désir d'éviter un placement en EMS.

3 Thèses à propos de l'habitat protégé

La littérature internationale distingue différents types d'habitat protégé. Cette typification se base sur la population qui fait usage de l'habitat protégé, elle tient compte des réflexions théoriques sur le but et les objectifs et se rapporte aux processus d'aide et aux structures existantes²⁴. Dans le cadre de ce projet, vingt-six spécialistes de Suisse, aux profils professionnels différents, ont été invités à un workshop afin d'échanger sur les caractéristiques de l'habitat protégé et de formuler des thèses à ce

sujet. S'appuyant sur le processus Delphi¹⁷, ces thèses ont été évaluées une première fois du point de vue de leur acceptation. Leur contenu a ensuite été élargi par d'autres thèses et évalué une nouvelle fois par une deuxième enquête en ligne.

Vingt-deux thèses ont finalement été considérées comme étant des éléments importants de l'habitat protégé par au moins 70 % d'approbation (annexe 1 : 22 thèses à propos de l'habitat protégé). Elles ont été classées en fonction de leur contenu dans les quatre domaines « population cible », « réflexions théoriques » (but, objectifs), « prestations d'aide et structure » (organisation/qualité). (Tableau 1 : contenus des thèses).

Tableau 1: contenus des thèses (par ordre de domaine)

Domaine	Thème
Population	Le besoin est déterminé par la vulnérabilité et la fragilité
	Pas de critères liés à l'âge
	Pas de limitation en raison du revenu ou de la fortune
But et objectifs	Soutenir la capacité à habiter dans trois domaines Habitat physique Habitat personnel Habitat social
	Qualité de la vie quotidienne (routine)
	<ul style="list-style-type: none"> • Sécurité
	<ul style="list-style-type: none"> • Dignité
	<ul style="list-style-type: none"> • Autonomie
	<ul style="list-style-type: none"> • Participation sociale
Prestations d'aide	à titre de substitution et de répit à titre préventif, en maintenant et favorisant les capacités de self-care
	tiennent compte des ressources
	sont adaptées aux besoins en matière de santé, d'organisation de la vie quotidienne (AVQ, AIVQ) ⁽³⁾ et de participation sociale
	sont planifiées
	sont négociées en fonction de l'organisation des relations
	tiennent compte de la demande et du besoin

Domaine	Thème
Structures	font partie des soins de longue durée
	créent des transitions souples
	exigent de la continuité dans le financement
Qualité	est multiprofessionnelle
	est basée sur les compétences professionnelles et la disponibilité en termes de temps
	évalue la qualité des actions et les effets sur le quotidien et la qualité de vie

³ ADL = Activities of Daily Living (activités de la vie quotidienne) / IADL = Instrumental Activities of Daily Living (activités instrumentales de la vie quotidienne).

3.1 Population

L'offre d'habitat protégé doit être accessible à toutes les personnes, indépendamment de l'âge et des moyens financiers. Lors des discussions sur les critères d'entrée, le besoin d'aide a été considéré comme prioritaire. Les personnes vulnérables⁽⁴⁾ et très fragiles dans leur santé doivent pouvoir accéder à l'habitat protégé (approbation > 80 %). Une limitation de l'accès en raison de ressources financières manquantes, mais aussi en fonction de la fortune, doit être évitée. En l'absence de ressources, un financement doit être assuré. Dans ce sens, le financement de l'habitat protégé doit être compris comme un service public. Cette garantie financière épargne aux personnes une entrée involontaire en EMS, parce que l'habitat protégé est au-dessus de leurs moyens.

3.2 But et objectifs de l'habitat protégé

La vulnérabilité, les capacités des personnes et de leur entourage à prendre soin d'elles-mêmes (capacités de self-care⁵) et les objectifs de vie doivent être intégrés dans la planification des prestations d'aide (thèse 3, 76 % d'approbation). Le désir de participation sociale doit être pris en compte (thèse 4, 82 % d'approbation).

Les professionnels ont estimé que les offres proposées dans le domaine de l'habitat physique (pertinence des espaces et des aménagements favorisant une routine des actes de la vie quotidienne) devaient associer les réflexions sur l'habitat personnel (continuité biographique, sécurité, contrôle) et sur l'habitat social (représentation de l'identité propre, contacts sociaux, mais aussi sphère privée et possibilités de retrait) (thèse 13, 79 % d'approbation, thèse 29, 100 % d'approbation). Dans ce sens, les discussions ont mis en évidence l'importance que revêt l'habitat en termes d'environnement de vie. L'habitat crée le quotidien dans lequel se vivent les expériences et naissent les connaissances et les habitudes⁴⁵. Lorsque les personnes parviennent à organiser activement et intelligemment leur quotidien, alors on peut parler de « vie quotidienne réussie ». En offrant des prestations d'aide, l'habitat protégé doit avoir pour objectif la qualité de la vie quotidienne des habitants (thèse 26, 100 % d'approbation). Pour ce faire, les capacités de self-care doivent être maintenues et privilégiées (thèse 14, 93 % d'approbation).

Les prestations d'aide doivent être organisées de façon à garantir la sécurité recherchée et à offrir des propositions de participation sociale (thèse 4, 82 % d'approbation). Des prestations d'aide adaptées aux attentes et aux besoins des habitantes et habitants doivent permettre de protéger et préserver leur dignité et leur autonomie (thèse 16, 81 % d'approbation). Ces thèses résument ce que la littérature a identifié comme étant les principaux objectifs des habitants des logements protégés et ont toutes obtenu une large approbation avec un taux de plus de 80 %.

3.3 Prestations d'aide

Deux types de prestations d'aide ont été discutés : 1) les prestations substitutives (sur demande/au besoin, les actes de la vie quotidienne sont exécutés à la place de la personne), ou 2) les prestations qui ont un caractère préventif (elles se concentrent sur le maintien et/ou le rétablissement des

⁴ La **vulnérabilité** désigne la fragilité due à un manque de ressources financières, culturelles et sociales et à un état de santé défaillant⁴⁴.

⁵ Dans ce rapport, la notion de « **self-care** » est utilisée comme terme générique dans sa version anglaise. C'est une notion générale que l'on retrouve dans la littérature ainsi que dans les discussions pour désigner des notions parfois spécifiques telles qu'auto-soin, entraide, autogestion, et qui peut aussi exprimer l'idée de soins intégrés.

capacités de self-care). Selon les ressources personnelles et les capacités de la personne, ces deux types de prestations peuvent être combinées ou utilisées séparément.

Les prestations adaptées aux besoins en matière de santé, d'organisation du quotidien et de participation sociale s'inscrivent dans un contexte de vie global. Les prestations d'aide sont adaptées aux besoins et prennent en considération la santé, l'organisation du quotidien (ADL, IADL) et la participation sociale (thèses 18, 19, 20, 81-94 % d'approbation). Plusieurs thèses confirment la nécessité d'un processus d'évaluation et de planification systématique et professionnel (thèse 21, 87 % d'approbation).

Les objectifs et les actions sont négociés entre les personnes concernées. L'organisation des relations est un considérée comme un élément important pour parvenir à négocier les prestations (thèse 10, 74 % d'approbation). Une planification commune des prestations d'aide doit intégrer et rendre visibles les demandes et les besoins. La distinction opérée par les systèmes de financement entre les demandes (point de vue du client) et les besoins (selon l'évaluation professionnelle de la situation [du besoin]), est dilemmatique, mais en même temps nécessaire du point de vue de la technique financière, et donc matière à controverse.

3.4 Structures

L'habitat protégé doit être mis à disposition comme une partie intégrante/intermédiaire des soins de longue durée, au titre de service public (thèse 15, 94 % d'approbation). L'intégration de l'habitat protégé comme structure intermédiaire des soins de longue durée requiert l'organisation des transitions entre les différents prestataires des domaines ambulatoire et stationnaire (thèse 15, 94 % d'approbation). Des solutions flexibles sont souhaitables pour les personnes dont les besoins d'aide évoluent et qui nécessitent de nouvelles formes d'assistance. La flexibilité doit également être prise en considération dans la conception du système de financement (thèse 8, 71 % d'approbation).

3.5 Qualité

De nombreuses professions soutiennent la capacité à habiter. Dans une équipe multiprofessionnelle, l'accompagnement des personnes et de leurs proches exige une organisation souple des rôles ainsi qu'une bonne coopération et coordination (thèses 22, 23, 86 % et 79 % d'approbation). Les prestataires de l'aide doivent pouvoir être différenciés selon deux critères de qualité : 1) la compétence professionnelle spécialisée des collaborateurs, et 2) l'étendue des prestations d'aide proposées (thèse 25, 94 % d'approbation). Tandis que le premier critère de qualité interroge la capacité des professionnels à évaluer les changements et les situations et à agir en conséquence, le deuxième critère touche à la disponibilité des prestations en termes de temps, par exemple uniquement durant les heures de bureau, pour quelques heures ou 24 heures sur 24.

La thèse selon laquelle la qualité des prestations d'aide doit pouvoir être évaluée a rencontré un large soutien. Il faut ainsi pouvoir examiner si des actes ont été exécutés avec un certain professionnalisme (thèse 24, 93 % d'approbation), et s'ils ont un impact sur la qualité de vie des habitants (thèse 26, 100 % d'approbation).

4 Un modèle d'habitat protégé centré sur le client

Suite aux échanges au sein du groupe de travail et à l'enquête Delphi, une première définition de l'habitat protégé a été élaborée, largement approuvée par les participants. Cette définition prend en considération trois aspects de l'habitat décrits dans la littérature : 1) l'habitat physique, la pertinence des espaces et des aménagements facilitant la pratique routinière des actes de la vie quotidienne ; 2) l'habitat personnel, qui permet la continuité biographique, la sécurité et le contrôle ; 3) l'habitat social, qui favorise la représentation de l'identité individuelle, les contacts sociaux, mais aussi la sphère privée et les possibilités de retrait, et qui permet ainsi l'autonomie et l'indépendance^{46,47}. Prendre en compte ces aspects signifie accorder la priorité aux besoins des personnes qui bénéficient aujourd'hui de ces prestations.

Quelles personnes l'habitat protégé doit-il soutenir, dans quelles situations et avec quel objectif ? Ces questions ont été au cœur de la conception du modèle qui suit.

4.1 Vulnérabilité et capacité de self-care

Comme il est ressorti de la revue de la littérature et des déclarations des professionnels, le quotidien est très fortement déterminé par les atteintes à la santé physique et psychique au moment du passage du troisième au quatrième âge. Une plus grande vulnérabilité s'installe, qui est ressentie comme une menace⁴⁸. Parallèlement, les capacités de self-care peuvent diminuer. Ensemble, ces deux phénomènes poussent au déménagement dans un logement protégé.

La vulnérabilité a plusieurs dimensions. Outre l'état de santé (capital physique), elle comprend également les possibilités financières d'une personne (capital économique), sa formation (capital culturel) et ses relations/son intégration sociale (capital social). Il s'agit là de facteurs qui peuvent interagir fortement, s'annuler ou se renforcer^{44,49}. Ainsi, les personnes vulnérables n'ont pas seulement une mobilité réduite. Elles peuvent peut-être aussi manquer d'argent, elles vivent partiellement isolées dans leur quartier et ont de la difficulté à comprendre les explications d'un traitement proposé ou les formulaires officiels qui leur sont soumis. Si d'autres troubles psychiques ou incapacités physiques s'ajoutent, comme des problèmes de vue par exemple, l'association des facteurs de vulnérabilité empêche alors les activités quotidiennes à un point tel qu'elles ne peuvent plus être exécutées de façon autonome. L'aide devient alors nécessaire afin que la vie normale, que le quotidien puisse de nouveau s'accomplir.

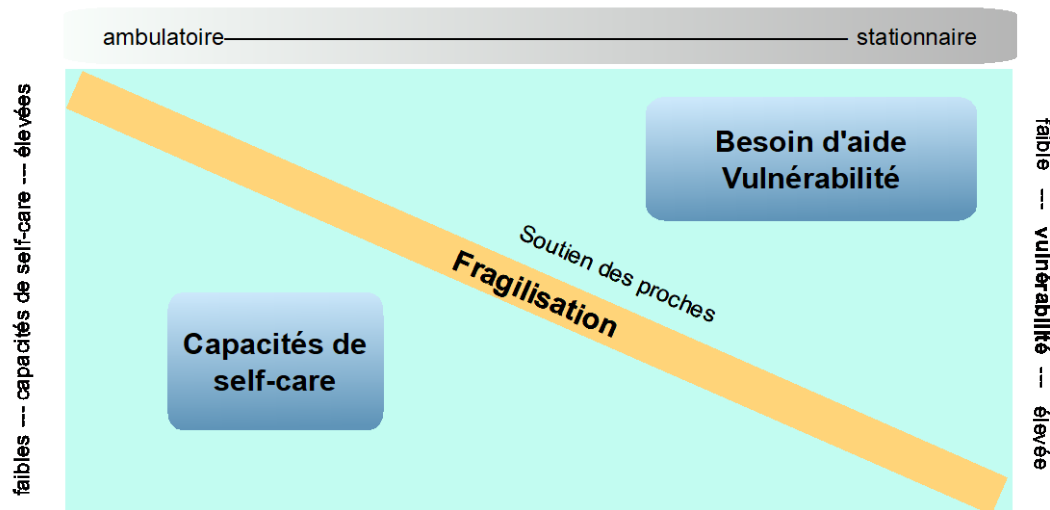
Dans cette situation, le décalage qu'il peut y avoir entre le besoin d'assistance et l'aide offerte génère un sentiment de fragilité désigné par le terme « emic vulnerability »⁵⁰.

Les capacités de self-care influencent la façon de gérer les changements dans le quotidien. L'interaction entre la santé, les capacités personnelles et les facteurs environnementaux était déjà connue dans les années 70 du siècle passé, sous la notion de self-care et self-care capacity^{51,52}. Il existe un lien entre les capacités individuelles et les ressources nécessaires aux actes de la vie quotidienne, et les conditions de l'environnement dans lesquelles se déroule ce quotidien⁵³. L'OMS désigne de « intrinsic capacity » les capacités nécessaires pour organiser efficacement le quotidien, c'est-à-dire les capacités physiques et psychiques d'un individu, et de « extrinsic capacity » les conditions environnementales comme facteurs externes d'influence⁵⁴. Ce lien est présenté de façon schématique dans le graphique ci-dessous. Au grand âge, une diminution des capacités de self-care ou une augmentation des tâches crée un grand écart entre les capacités et les exigences. Le

périmètre de la vulnérabilité s'étend et, partant, le besoin d'aide augmente, compensé par les réseaux d'aide informels ou par l'aide professionnelle (illustration 1).

Le self-care comprend tous les actes initiés ou exécutés par les personnes afin d'organiser un quotidien opportun et de qualité et l'environnement social. Et ce, dans le but de rester en bonne santé, de continuer d'évoluer personnellement et de mener une vie de bonne qualité⁵⁵.

Illustration 1: les capacités de self-care et la vulnérabilité



Self-care et vulnérabilité

Le graphique présente sous une forme schématisée la fragilisation, la diminution des capacités de self-care liée à l'âge ou à la maladie. Parallèlement, la vulnérabilité augmente, ainsi que le besoin d'assistance. Ces modifications sont fortement influencées par l'environnement de vie. Ainsi, la décision quant à la pertinence de prestations d'aide ambulatoires, stationnaires ou de l'habitat protégé doit prendre en considération les besoins d'assistance, les ressources disponibles (capacités de self-care, soins informels) et les conditions de l'environnement.

Aujourd'hui, la notion de « self-care » est de plus en plus souvent liée au concept d'« empowerment »⁵⁶. Ainsi, le self-care est associé à la capacité de la personne à initier les changements par son propre fait et à influencer directement les situations sociales et les organisations⁵⁷. Le self-care va au-delà du plan personnel et comprend l'environnement social⁵⁸. Selon le groupe professionnel considéré, le mot anglais se traduit par des termes différents⁵⁹.

Les prestations d'aide basées sur les concepts de self-care et d'empowerment visent à donner à la personne un sentiment de sécurité, d'appartenance et de continuité. Elle doit pouvoir réaliser ses objectifs de vie personnels et en apprécier le succès^{60,61}. Cette possibilité d'organisation sociale est un élément central pour garantir les trois principaux objectifs des habitants, à savoir l'indépendance, la dignité et l'autonomie^{38,60,62,63}.

Le concept de vulnérabilité et les capacités de self-care permettent d'identifier, dans le modèle d'habitat protégé, le besoin d'aide et ses causes et à les mettre en lien avec la vie quotidienne.

4.2 Les actions de soutien, entre répit et prévention

Les prestations d'aide peuvent se différencier par le but de l'action et par leur mode d'exécution. En fonction de ces critères, les actions de soutien se situent dans un continuum entre les pôles de « répit » et de « prévention/promotion ». Dans la pratique, différents types d'actions se combinent et se complètent.

4.2.1 Répit

D'un côté de ce continuum, les prestations d'aide ont pour but de réduire les difficultés du quotidien. Dans la littérature, des termes tels que « répit »^{19,39,64}, « offres de répit »^{6,12}, « prestations de répit »⁶⁵ ou « soins de répit »⁶⁶ sont utilisés. Souvent, ces prestations concernent des tâches ménagères, comme la lessive, les travaux de nettoyage, les courses ou la cuisine, ou une aide pour les questions financières/administratives. Ce répit est proposé aux personnes elles-mêmes ou au système de soutien familial. Le plus souvent, cela permet de soulager le système d'aide informel assuré par les proches.

Les prestations de répit se concentrent fortement sur des actions destinées à atténuer les difficultés ou les déficits des habitants ou de leur système social. Les actions sont exécutées par des tiers à titre de substitution. L'objectif du répit est réalisé lorsque des professionnels ou des bénévoles assument l'action à titre substitutif à la demande de la personne concernée. Dans le domaine de la participation sociale – domaine de l'habitat protégé où les actions proposées sont les plus nombreuses –, une offre régulière d'événements crée de façon substitutive des opportunités de contacts sociaux. Cette offre comprend des activités au sein de l'habitat protégé, des événements dans le quartier et des manifestations publiques en lien avec d'autres organisations. La participation dépend uniquement de l'initiative des habitants.

En ce qui concerne les offres de répit, les habitantes et habitants sont considérés comme des clients qui communiquent eux-mêmes leurs besoins et donnent ensuite un mandat approprié ou utilisent les offres disponibles. L'indépendance est le principe premier, à égalité avec l'autonomie. L'habitat protégé s'adresse à un marché. Les locataires des logements protégés ont la possibilité de consommer des prestations. Le client commande l'étendue de l'aide en fonction de l'offre, elle lui est fournie et n'est limitée que par les ressources financières.

4.2.2 Prévention/promotion

Les prestations d'aide en matière de prévention/promotion se complexifient en raison de l'interaction des différents facteurs de risques de la vulnérabilité. Au quatrième âge, il s'agit avant tout d'atteintes à la santé, par exemple l'ouïe, la vue, la mobilité, les oublis croissants, la dépression ou encore l'incontinence, et qui ont un impact important sur la vie quotidienne. Dans un tel contexte, la nature des prestations d'aide se modifie. Elles interviennent de plus en plus souvent aussi dans des domaines qui touchent à l'identité et au sentiment d'autonomie de l'habitant. Tenir compte de ces circonstances signifie orienter les mesures préventives sur l'environnement de vie des habitants. Dans la littérature, il est aussi question de combiner des mesures de soutien avec des objectifs préventifs^{5,6,13,67}.

Dans nombre de publications sur la prévention, la dimension préventive se limite à la prévention des risques médicaux. Dans l'habitat protégé pourtant, la prévention doit être comprise beaucoup plus largement. Elle doit ainsi par exemple aussi porter sur la participation sociale. En Suisse, les personnes de plus de 80 ans souffrent régulièrement (7 à 8 %) ou parfois (25 %) de solitude⁶⁸. La participation sociale et la proximité sont des besoins centraux de l'individu⁶⁹. La solitude n'est pas seulement un signe de vulnérabilité sociale. La recherche confirme l'interaction étroite entre la santé et l'intégration sociale⁷⁰⁻⁷⁴; en d'autres termes, les limitations liées à la santé réduisent la possibilité de contacts sociaux, l'isolement et la solitude favorisent la survenue et le développement de

maladies. Surtout, aux troisième et quatrième âges, l'intégration sociale ne fait pas d'emblée partie des quatre principaux objectifs des habitantes et habitants. Les prestations d'aide peuvent être comprises à titre préventif, comme une mesure destinée à maintenir et développer les capacités de self-care et, par conséquent, à assurer le bon déroulement du quotidien. Cela implique une compréhension intégrée des soins, qui ne sépare pas les soins d'une part, l'accompagnement et l'aide au ménage d'autre part^{6,27,75}.

Dans le cadre des prestations d'aide à titre préventif, les habitantes et habitants sont considérés comme des clients qui disposent d'une certaine autonomie pour coordonner leurs demandes et leurs besoins avec les professionnels.

Dans ce processus de négociation, les actions sont déterminées de façon à maintenir, soutenir ou rétablir si possible l'indépendance et l'autonomie. Pour ce faire, les ressources de l'institution, les besoins individuels des habitants et l'objectif d'amélioration des capacités de self-care sont coordonnés⁷⁶. La détermination des prestations d'aide se fait au cours d'un entretien individuel de conseil.

Ce processus de négociation repose sur une relation entre les personnes impliquées. Cette relation permet de définir avec les habitantes et habitants les objectifs des prestations ainsi que la façon de les exécuter⁷⁷⁻⁷⁹. Les relations et l'intégration sociale sont des besoins essentiels des individus⁶⁹ et constituent une condition indispensable pour des prestations d'aide efficaces et efficaces^{80,81}.

5 Habitat protégé : un modèle à quatre niveaux

Les caractéristiques correspondent aux recommandations internationales⁸². En Suisse, le domaine des soins est cependant de la responsabilité des cantons et des communes. Des priorités différentes dans le domaine stationnaire et ambulatoire donnent lieu à des structures de soins hétérogènes. Dès lors, il était difficile de proposer un seul modèle d'habitat protégé qui convienne à tous. C'est aussi ce qui s'est reflété dans les discussions parfois longues et controversées au sein du groupe de travail.

Un modèle sera proposé, qui prend en considération les structures de soins existantes, les différentes évolutions démographiques et les ressources financières des cantons.

Élément des soins de longue durée, l'habitat protégé doit s'insérer dans les structures existantes et les réalités politiques et satisfaire le souhait de meilleures interfaces. Une structure de soins intelligente peut naître d'une bonne coordination. Pour ce faire, les différents prestataires ne doivent pas être séparés arbitrairement ; leurs offres peuvent se recouper pour faciliter le passage d'une institution à l'autre, voire pour l'éviter. Les ressources disponibles sont non seulement mises à contribution mais doivent aussi garantir que la perméabilité entre logement et EMS fonctionne dans les deux sens⁸³.

Le modèle d'« habitat protégé » suppose un logement sans obstacles. La distinction se fait au niveau des prestations d'aide, selon trois critères : 1) les possibilités de contact et la disponibilité des professionnels comme critère principal pour les habitants⁸⁴ ; 2) la qualification professionnelle des prestataires ; et 3) la planification, la documentation et l'évaluation des prestations.

5.1 Les quatre niveaux

En fonction de la description des différents degrés de soins, l'habitat protégé se répartit en quatre niveaux (A – D). L'habitat protégé de la catégorie D propose la plus petite et celui de la catégorie A la

plus large offre de prestations d'aide, de présence, de conseil et d'expertise professionnelle (Tableau 2). Les logements sans barrières qui ne proposent pas de prestations d'aide ne sont pas considérés comme de l'habitat protégé et ne sont donc pas pris en compte dans cette catégorisation.

Tableau 2: présentation des caractéristiques de l'habitat protégé A–D

		D	C	B	A	
Objectifs	qualité de la vie quotidienne	X	X	X	X	
	dignité, soutien de l'autonomie	X	X	X	X	
	possibilité de participation sociale	X	X	X	X	
	sécurité	X	X	X	X	
Présence	téléphonique (traiter ou faire suivre les demandes)	X				
	personnelle, heures de bureau (traiter ou faire suivre les demandes)		X			
	présence d'un professionnel 24 heures sur 24 (traiter les demandes)			X	X	
Planification	évaluation des besoins ADL/IADL		X	X	X	
	évaluation des besoins de santé		X	X	X	
	évaluation des besoins/ressources du réseau social, des proches		X	X	X	
	échange d'informations avec d'autres prestataires			X	X	
Offre	lessive, ménage	X	X	X	X	
	tâches financières, administratives (banque, autorités, etc.)	X	X	X	X	
	aide pour la cuisine/les achats, service des repas, restaurant	X	X	X	X	
	repas, alimentation (y.c. régime)		X	X	X	
	soins corporels, s'habiller, mobilisation		X	X	X	
	thérapies, mesures de prévention-promotion		X	X	X	
	sécurité par téléphone/bouton d'appel (disponibilité 24 h sur 24)	X	X	X	X	
	sécurité par du personnel de services externes (aide à domicile, etc.)	X	X			
	sécurité par une présence professionnelle dans la maison 24 h sur 24			X	X	
	sécurité par des contrôles réguliers			X	X	
	mesures contre l'isolement social/la solitude	X	X	X	X	
	activités de loisirs, participation à la vie sociale du lieu de vie	X	X	X	X	
	offres spécialisées : p.ex. en cas de démence, de diabète, de soins palliatifs, de souffrance psychique, d'addiction				X	
	Doc et qualité	documentation : évaluation des besoins, accords, prestations		X	X	X
		évaluation des objectifs, capacités de self-care/qualité du quotidien		X	X	X
		évaluation de la sécurité	X	X	X	X
		évaluation de la qualité de vie, dignité, autonomie	X	X	X	X
	évaluation de la collaboration interprofessionnelle			X	X	

5.1.1 Catégorie D

L'habitat protégé de la catégorie D dispose de la plus petite offre de prestations. Dans cette catégorie, l'habitat protégé soutient les habitants dans les activités de la vie quotidienne. Il s'agit en tous les cas de l'aide pour les tâches ménagères (nettoyage, lessive), la cuisine/les achats ou d'une aide sous forme de service de repas/de restaurant. Un soutien est également proposé pour les formalités administratives (relations avec les autorités, les assurances), les affaires financières (activer les paiements, remplir la déclaration d'impôts) et les questions liées à l'organisation de la vie (offres sociales, accompagnement, transport).

Dans cette catégorie, les prestations sont effectuées sur la base d'une commande de client. La cliente ou le client confie le mandat de régler des tâches de la vie quotidienne à titre de substitution. Pour donner mandat, la personne dispose d'un contact téléphonique durant les heures de bureau et d'un contact personnel d'un service dédié (durant trois heures par semaine au minimum). L'habitat protégé de la catégorie D conçoit une offre de contacts sociaux dans la maison et les environs (p.ex. des lieux de rencontre, des réunions seniors, etc.).

Pour la sécurité, un téléphone ou un bouton d'appel d'urgence est disponible 24 heures sur 24. Pour exécuter les prestations d'aide, des tiers sont sollicités.

5.1.2 Catégorie C

Cette catégorie propose aussi des prestations pour les activités de la vie quotidienne. L'offre de la catégorie D est ici complétée par des prestations d'aide pour les soins corporels, l'habillement, la mobilisation, etc. Les conseils en matière de régimes dans le cadre de l'alimentation font également partie de cette catégorie.

Le soutien comprend des mesures de prévention. Cela signifie que les prestations ne sont pas uniquement exécutées dans le cadre d'une commande de client à titre de substitution, mais que leur planification prend en considération les ressources personnelles existantes et les structures de soutien.

Cette aide requiert une évaluation professionnelle des capacités de self-care et de la vulnérabilité par du personnel qualifié de niveau ES/HES dans le domaine du social ou de la santé. Le contrat ainsi négocié avec la personne vise à lui apporter une aide pour se prendre elle-même en charge.

L'évaluation et le contrat de prestations sont documentés.

Les contacts entre les habitants et les prestataires passent par une antenne qui garantit un contact personnel au moins durant les heures de bureau. Les demandes sont traitées par ce service ou transmises aux professionnels concernés. Cette catégorie aussi propose un téléphone ou un bouton d'appel d'urgence avec une disponibilité 24 heures sur 24. Pour les situations d'urgence, une personne qualifiée est disponible, si nécessaire, dans un délai raisonnable (15-20 minutes).

À l'instar de la catégorie D, la catégorie C prévoit des opportunités de contacts sociaux.

5.1.3 Catégorie B

L'offre de la catégorie B comprend tout l'éventail des tâches de soins et d'accompagnement ainsi que l'assistance et le conseil pour les personnes qui doivent suivre des traitements thérapeutiques. Le caractère préventif des prestations requiert une évaluation systématique des ressources existantes de la personne (y compris de ses proches), des capacités de self-care ainsi que des principaux facteurs de santé et de risques pour le quotidien.

Ces tâches exigent une présence 24 heures sur 24 d'une personne qualifiée (formation ES/HES dans le domaine du social ou de la santé), qui peut aussi assurer un service de piquet durant la nuit. Dans cette catégorie, la sécurité est garantie par un téléphone ou un bouton d'appel d'urgence disponible 24 heures sur 24. Dans les situations d'urgence, des professionnels sont disponibles sur place. De plus, cette catégorie offre, si nécessaire, des contrôles destinés à garantir la sécurité des habitantes et habitants.

L'intervention des professionnels (évaluation des besoins, contrats, prestations exécutées) est documentée. Par ailleurs, l'impact des mesures de soutien sur les capacités de self-care, sur la vie quotidienne et sur la qualité de vie est évalué.

L'habitat protégé de la catégorie B organise régulièrement des événements qui peuvent être mis à contribution pour favoriser la participation sociale. Cette offre est également conçue et évaluée individuellement comme une mesure de prévention contre l'isolement et la solitude.

L'habitat protégé de la catégorie B se distingue par une participation active à des mesures permettant de se relier à un système local de soins de longue durée. Parmi ces mesures figurent la participation à des structures coordonnées et la mise à disposition de données pour les audits et contrôles de qualité.

5.1.4 Catégorie A

L'habitat protégé de la catégorie A est conçu de façon à pouvoir offrir de l'aide aux personnes jusqu'à la fin de leur vie. L'offre et les conditions de la catégorie A correspondent en tous points à celles de la catégorie B. Le dispositif est cependant complété par des prestations de soins et d'accompagnement exécutées par du personnel qualifié spécifiquement formé (formation du niveau expert/master), afin de pouvoir accompagner professionnellement les personnes dans des situations de santé complexes. Ainsi, l'habitat protégé convient aussi aux personnes qui ont besoin de soins palliatifs ou qui dépendent d'un plus haut niveau de soins, par exemple en cas de complications liées à un diabète mellitus, de troubles cognitifs, de maladies psychiques ou d'une addiction.

L'habitat protégé de la catégorie A déclare ouvertement pour quelles tâches spécialisées l'institution est qualifiée.

Cette offre demande la présence 24 heures sur 24 d'une personne qualifiée. La sécurité est garantie par un bouton d'urgence/un système d'appel disponible 24 heures sur 24. Au besoin, des contrôles réguliers sont assurés par des professionnels qui peuvent exécuter eux-mêmes des soins et actes thérapeutiques.

Les prestations dans le cadre de la catégorie A sont entièrement exécutées par le prestataire lui-même ou en étroite collaboration (contrat de coopération) avec une institution de soins de longue durée.

5.2 Critères de qualité

Pour finir, les critères de qualité nécessaires à l'évaluation des prestataires de logements protégés sont définis. Ils concernent l'accès à l'offre, la qualification spécifique des personnes de l'aide ainsi que la conception, la planification et l'évaluation des prestations.

5.2.1 Des offres accessibles

Basée sur un modèle client, la catégorie D met à disposition une offre de prestations d'aide. Cette offre comprend, par exemple dans le domaine de la participation sociale, des manifestations et événements communs qui favorisent le contact entre les habitants et avec la population du quartier ou de la commune.

En cas de fragilité croissante, l'aide n'a plus à être sollicitée ; elle est proposée d'emblée, parce que ces personnes en dépendent²². L'approche de prévention/promotion de l'habitat protégé des catégories A et B implique une relation professionnelle pour, par exemple, identifier le risque de solitude et proposer une aide proactive, discuter une offre « personnalisée » avec l'habitante ou l'habitant. « Avoir du temps » est une marque de qualité de la prise en soin et le temps consacré est toujours une caractéristique de l'activité elle-même^{85,86}.

Dès lors, de nombreux éléments plaident en faveur de l'organisation et de l'exécution des prestations dans les logements protégés si possible par un seul et même prestataire, que ce soit l'appel d'urgence, l'évaluation des besoins ou l'aide pour les actes de la vie quotidienne³⁹. Cela évite une répartition trop rigoureuse des tâches qui peut conduire à une « déshumanisation » du travail des

accompagnants et contredire l'idée d'une approche favorisant le soutien des capacités de self-care et la diminution des vulnérabilités⁸⁷⁻⁸⁹.

5.2.2 Le professionnalisme des prestataires

De nombreux groupes professionnels qui travaillent auprès des personnes âgées, tels que le personnel infirmier, les travailleuses et travailleurs sociaux, les assistantes et assistants socio-éducatifs, les éducatrices et éducateurs sociaux ou encore les différents thérapeutes, accordent tous la priorité aux capacités de self-care, à l'organisation du quotidien et à l'environnement de vie des personnes. Ils posent cependant un regard différent sur les risques de la vulnérabilité et proposent par conséquent des approches et des pratiques professionnelles différentes.

Dans la mesure où les quatre facteurs de risques de la vulnérabilité (situation financière, formation, intégration sociale et santé) s'influencent mutuellement, une stratégie interdisciplinaire s'impose. Comme dans d'autres domaines des soins de longue durée, elle a pour but de relier en un réseau d'aide les proches, les bénévoles ainsi que les professionnels^{21,26,90}.

Il s'agit de mettre à profit les pratiques et les approches différentes ainsi que les synergies nées de la diversité des experts présents. Les solutions possibles trouvent généralement leurs limites dans la complexité du milieu de vie. Pour répondre au besoin concret de l'habitant ou de l'habitante, l'aide proposée se base sur le principe du « je peux ». Dans la pratique, cela n'a pas beaucoup de sens de catégoriser les prestations d'aide en revendiquant leur exclusivité sous les notions de soins, travail social, accompagnement, conseil, etc., et de fabriquer ainsi un chaos de concepts qui réduit toute discussion entre les professionnels impliqués à la question « est-ce que j'ai le droit ? »

La répartition des tâches au sein des professions et entre elles, et la formation de silos de l'aide professionnelle peu coordonnés augmentent la charge administrative pour la planification et la coordination. Le travail d'accompagnement n'est pas un produit standardisé. Les recoupements des savoirs et des pouvoirs sont prévisibles et aussi souhaités. À vouloir diviser le travail pour chaque action, c'est courir le risque que les professionnels ne combinent pas intelligemment leurs interventions et ne mettent pas à profit leur savoir et leurs capacités.

Par ailleurs, une répartition rigoureuse des tâches favorise la fragmentation du travail et tend à générer davantage de charges administratives⁹¹. De ce fait, les ressources personnelles disponibles ne sont pas ou que peu utilisées pour une prise en charge satisfaisante des clientes et des clients⁹².

Les modèles intégrés ont fait leurs preuves dans de nombreux domaines, aussi dans l'aide et les soins à domicile. Une bonne interaction entre les diverses prestations de soins, de ménage et d'accompagnement social a un effet positif sur la sécurité, l'autonomie et la dignité des personnes^{93,94}. En outre, il semble qu'un modèle intégré avec une bonne collaboration entre les professionnels est efficace et économique^{95,96}. On peut s'attendre à un même résultat dans le domaine de l'habitat protégé. Dès lors, un développement dans ce sens doit être privilégié⁹⁷. De ce fait, les ressources disponibles sont utilisées et la perméabilité entre le logement et les prestations d'aide stationnaires est garantie dans les deux sens³⁵.

5.2.3 Planification, documentation et évaluation des prestations

Hormis la catégorie D, toutes les catégories d'habitat protégé proposent une aide dans une perspective de prévention et de promotion. Ces offres reposent sur une évaluation professionnelle des besoins. Aux États-Unis, cette aide adaptée aux besoins est considérée comme un critère de qualité de l'habitat protégé. Elle est aussi un moyen pour prévenir toute insuffisance et tout excès de soins⁸². Le caractère préventif des prestations d'aide implique une démarche centrée sur l'habitant

qui intègre les demandes de la personne dans la planification et qui formule les objectifs en conséquence.

L'évaluation de la qualité repose logiquement sur la conception de ce processus de négociation et sur la réalisation des objectifs fixés (critères de résultats). Le processus de négociation est réputé réussi lorsque le point de vue de l'habitante ou de l'habitant (demande) peut être associé à l'évaluation professionnelle des besoins effectuée par la personne qualifiée/le prestataire (besoin) dans un processus de négociation. Dès lors, le critère de qualité applicable à toutes les prestations d'aide est le maintien de la dignité et du sentiment d'indépendance et d'autonomie.

La sécurité, l'impact sur les capacités de self-care et la participation sociale jouent un rôle central pour évaluer la réalisation des objectifs. L'habitat protégé des niveaux A à C applique ces critères dans l'assurance qualité.

L'association de ces critères de qualité est le fondement d'une bonne prise en charge. Elle soutient les efforts visant à faciliter l'accès à une offre de proximité. Elle considère la diversité de l'expertise professionnelle existante non pas comme un problème mais comme une chance de soutenir la qualité de la vie quotidienne des habitants. De plus, par la documentation et l'évaluation professionnelle des prestations, elle crée la base des connaissances pour tout développement ultérieur qui pourrait être nécessaire. Enfin, elle soutient la mise en place régulièrement revendiquée d'un système de financement qui tient compte de la complexité des soins et de l'accompagnement.

6 Références

1. Office fédéral de la statistique. Population résidante permanente selon l'âge, par canton, district et commune, le 31.12.2017 [Internet]. Neuchâtel : OFS ; 2018. Rapport n° : su-d-01.02.03.06.xlsx. Disponible sous : <https://www.bfs.admin.ch>
2. Graßhoff G, Renker A, Schröer W. Soziale Arbeit: eine elementare Einführung. Wiesbaden : Springer VS ; 2018.
3. Höpflinger F. Wandel des Alters – neues Alter für neue Generationen [Internet]. 2017. Disponible sous : www.hoepflinger.com
4. Xue Q-L. The Frailty Syndrome : Definition and Natural History. Clinics in geriatric medicine. 2011 ; 27(1) : 1–15.
5. Leser M. Herausforderung Alter : Plädoyer für ein selbstbestimmtes Leben. Stuttgart : Kohlhammer ; 2017.
6. Knöpfel C, Pardini R, Heinzmann C. Gute Betreuung im Alter in der Schweiz : Eine Bestandsaufnahme. Zurich ; Seismo ; 2018.
7. Confédération suisse. Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (état au 18 mai 2014) [Internet]. 1999. Disponible sous : <https://www.admin.ch>
8. Office fédéral de la statistique. Statistique Spitex 2017 : Synthèse par type de fournisseur [Internet]. Neuchâtel : OFS ; 2018. Rapport n° : su-d-14.04.04-10.1.xlsx. Disponible sous : <https://www.bfs.admin.ch>
9. Office fédéral de la statistique. Institutions médico-sociales : nombre de clients selon l'âge et le sexe [Internet]. Neuchâtel : OFS ; 2018. Rapport n° : je-d-14.04.02.02. Disponible sous : <https://www.bfs.admin.ch>
10. Office fédéral de la statistique. Statistique Spitex [Internet]. Neuchâtel : OFS ; 2017. (Annuaire statistique de la Suisse). Disponible sous : <https://www.bfs.admin.ch>
11. Höpflinger F, Bayer-Oglesby L, Zumbrunn Kohler A. Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege im Alter. Berne : Huber ; 2011.
12. Werner S, Kraft E, Mohagheghi R, Meuli N, Egli F. Angebot und Inanspruchnahme von intermediären Strukturen für ältere Menschen in der Schweiz [Internet]. Neuchâtel : OBSAN; 2016. (OBSAN Dossier 52). Disponible sous : www.obsan.ch
13. Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé & Office fédéral de la santé publique. Nouveaux modèles de soins pour la médecine de premier recours. Rapport du groupe de travail. Berne : CDS & OFSP ; 2012. (dialogue de la politique nationale de la santé).
14. Observatoire suisse de la santé. Soins de longue durée dans les cantons. Trois modèles-types d'organisation. Neuchâtel : Obsan ; 2016 S. 1–8. Rapport n° : 13.
15. Bannward L, Künzi K. Untersuchung zum betreuten Wohnen - Einsparpotential, Ausmass der Hilfsbedürftigkeit, Höhe des EL-Pauschalbeitrags. Bern : Büro Bass ; 2018.
16. Vorgrimler D, Wübben D. Die Delphi-Methode und ihre Eignung als Prognoseinstrument. Wirtschaft und Statistik. 2003 ; (8) : 763–74.
17. Brady SR. The Delphi Method. In: Jason LA, Glenwick DS, Herausgeber. Handbook of Methodological Approaches to Community-based Research : Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods. Oxford : Oxford University Press ; 2016. S. 61–7.
18. Oesch T, Künzi K. Kantonale Rechtsgrundlagen und Regelungen für betreutes Wohnen. Bern : Büro Bass; 2016.
19. Meier K. Hilfe ist jederzeit zur Stelle [Internet]. Zurich : Age Stiftung ; 2016 S. 19–27. (Age Dossier). Disponible sous : <http://age-stiftung.ch/publikationen/>
20. Rüggeger H. Wohnformen im Alter [Internet]. Berne : CURAVIVA Suisse. Domaine spécialisé personnes âgées ; 2014. Disponible sous : www.curaviva.ch
21. Höpflinger F, Van Wezemaal J. Wohnen im höheren Lebensalter, Grundlagen und Trends. Zurich : Seismo ; 2014.
22. Jann A. Man kann nur denken, was man kennt, und man kann nur wählen was es gibt. Eine explorative Studie des Wohn-Handelns bei alleinlebenden Menschen unter Berücksichtigung gesellschaftlicher Faktoren. In : Age Report III Wohnen im höheren Lebensalter - Grundlagen und

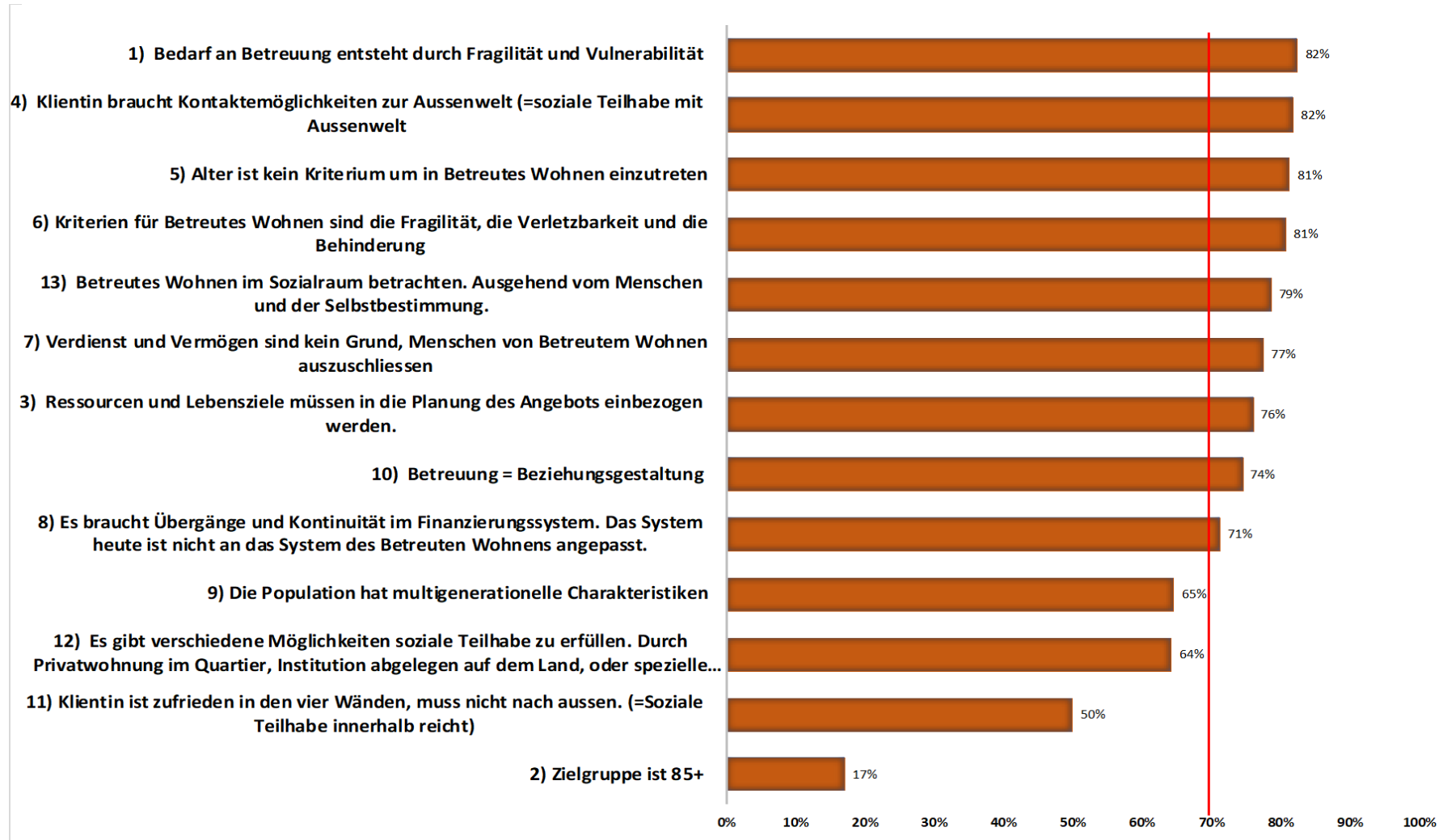
- Trends. Zurich : Seismo; 2014. S. 159–67.
23. Carder P, O’Keefe J, O’Keefe C. Compendium of Residential Care and Assisted Living Regulations and Policy 2015 Edition. [Internet]. Washington (DC) : U.S. Department of Health & Human Services (ASPE); 2015. Disponible sous : <https://aspe.hhs.gov/basic-report/>
 24. Zimmerman S, Sloane PD. Definition and classification of assisted living. *The Gerontologist*. 2007 ; 47(suppl_1) : 33–39.
 25. Bühl H, Nagel Dettling M. Gute Betreuung im Alter. Perspektiven für die Schweiz. Zurich : Fondation Paul-Schiller ; 2018.
 26. Hotz R, Ambrož F. Expertenbericht zum Postulat von S. Rigoni und L. Camenisch «Betreutes Wohnen statt verfrühter Heimeintritt» du 12 décembre (KR-Nr. 404/2016). Pro Senectute canton de Zurich ; 2016.
 27. Imhof L, Mahrer-Imhof R. Betreuung Plus : Ein Projekt der Spitex Mittelthurgau. Winterthour : Nursing Science & Care ; 2018 S. 1–30.
 28. Conseil fédéral. Message relatif à la loi fédéral sur le nouveau régime de financement des soins. Berne : Conseil fédéral suisse ; 2005. Rapport n° : 05.025.
 29. Gürtler D, Schäfer C, Breit S. Take Care : Der Mensch emanzipiert sich vom Betreuungssystem. Das wird die Care-Branche revolutionieren. [Internet]. Zurich : GDI ; 2018. Disponible sous : <http://gdi.ch>
 30. Strohmeier Navarro Smith R, Koch U, Baumeister B, Beck T. Pflege von morgen : Wo endet die Hilfe im Haushalt, wo beginnt die Pflege ? Und wer trägt die Kosten für den stetig steigenden Betreuungs- und Pflegebedarf ? Dringliche Fragen, die auf Antworten warten. Zurich : ZHAW Travail social ; 2016 S. 6–7. (Social). Rapport n° : 6.
 31. Wiesli U, Decurtins U, Zuniga F. Sturzprävention in Alters- und Pflegeinstitutionen. Analyseinstrument und Fachinformation als Leitfaden für die Praxis [Internet]. Berne : Bureau de prévention des accidents ; 2013. (bpa-documentation spécialisée). Rapport n° : 2.120. Disponible sous : <https://www.bfu.ch>
 32. Radio Télévision Suisse. Notfallalarm : Swisscom-Tochter mit happigem Aufschlag. Espresso. SRF - Schweizer Radio und Fernsehen ; 2018.
 33. Hawes C, Phillips CD, Rose M, Holan S, Sherman M. A national survey of assisted living facilities. *The Gerontologist*. 2003 ; 43(6) : 875–882.
 34. Arnold U. In Sursee geht man heute ins betreute Wohnen. [Internet]. Zurich : Age Stiftung ; 2016 S. 30–2. (Age Dossier). Disponible sous : <http://age-stiftung.ch>
 35. Köppel R. Was Betagte sich wünschen [Internet]. Zurich : Age Stiftung ; 2016 S. 5–10. (Age Dossier). Disponible sous : www.age-stiftung.ch
 36. Schulz M. Lebensphasen : Kind, Jugend, Alter. In : Graßhoff G, Renker A, Schröer W, Herausgeber. Soziale Arbeit: eine elementare Einführung. Wiesbaden : Springer VS ; 2018. S. 3–18.
 37. Hawes C, Phillips CD. Defining quality in assisted living : Comparing apples, oranges, and broccoli. *The Gerontologist*. 2007 ; 47(suppl_1) : 40–50.
 38. World Health Organization. World Report on Ageing and Health. Geneva : WHO; 2015. 1–246 S.
 39. Wenger S. Pflege zwischen Haus und Heim [Internet]. Zurich : Age Stiftung ; 2016 S. 33–7. (Age Dossier). Disponible sous : <http://age-stiftung.ch>
 40. Lange-Lagemann D. Betreutes Wohnen für Senioren : Ein Konzept für den ländlichen Raum des Kreises Steinfurt. *diplom.de* ; 2010. 156 S.
 41. Meier K. Wir lassen Menschen mit Demenz Zeit [Internet]. Zurich : Age Stiftung ; 2016 S. 38–9. (Age Dossier). Disponible sous : <http://age-stiftung.ch/publikationen/>
 42. Gysi B. Les soins et l’assistance forment un tout [Internet]. Postulat 17.3808 Berne : Parlement suisse - Curia Vista – Base de données des objets parlementaires ; 2017. Disponible sous : <https://www.parlament.ch>
 43. Cosandey J. Betreutes Wohnen mit Ergänzungsleistungen finanzieren? [Internet]. Zurich : Age Stiftung ; 2016 S. 54–5. (Age Dossier). Disponible sous : <http://age-stiftung.ch/publikationen/>
 44. Lenz K, Gruetter M, Haering B. Konzept Vulnerabilität [Internet]. Zurich : Pro Senectute Suisse ; 2014. Disponible sous : www.econcept.ch
 45. Grunwald K, Thiersch H, Herausgeber. Praxis lebensweltorientierter sozialer Arbeit : Handlungszugänge und Methoden in unterschiedlichen Arbeitsfeldern. 2^e édition. Weinheim : Juventa ; 2008. 496 S. (Grundlagentexte Pädagogik).
 46. Dahlin-Ivanoff S, Haak M, Fänge A, Iwarsson S. The multiple meaning of home as experienced by very old Swedish people. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. 2007 ; 14(1) : 25–32.

47. Imhof L. Gesundheit und Wohnen im Alter - Eine Herausforderung für die professionelle Pflege. In : Höpflinger F, Van Wezemael J, éditeur. Age Report III Wohnen im höheren Lebensalter - Grundlagen und Trends. Zurich : Seismo ; 2014. S. 169–77.
48. Gasser N, Knöpfel C, Seifert K. Agile, puis fragile : la transition du troisième au quatrième âge chez les personnes vulnérables. Première édition. Pro Senectute Suisse, éditeur. 2015. 1–126 S.
49. Borg C. Life satisfaction among older people (65+) with reduced self-care capacity : the relationship to social, health and financial aspects. *Journal of Clinical Nursing*. 2006 ; (15) : 607–18.
50. Abley C. Responding to vulnerability in old age : patient-centered care. *Nursing Standard*. 2012 ; 27(9) : 42–6.
51. LeBlanc RG, Jacelon CS. Self-care among older people living with chronic conditions. *International Journal of Older People Nursing*. 2018 ; (e12191) : 1–9.
52. Meleis AI. *Theoretical Nursing : Development and Progress*. 5^e édition. Philadelphia : Wolters Kluwer Health/Lippincott, Williams & Wilkins ; 2012.
53. Krohwinkel M. Aktivitäten, Beziehungen und existenziellen Erfahrungen des Lebens [Internet]. 1999. Disponible sous : <http://www.pflegewiki.de>
54. World Health Organization. *Integrated care for older people : Guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity*. 2017.
55. Orem DE. *Nursing : Concepts of Practice*. St Louis, Missouri : Mosby ; 1991.
56. Wilkinson A, Whitehead L. Evolution of the concept of self-care and implications for nurses : a literature review. *International Journal of Nursing Studies*. August 2009 ; 46(8) : 1143–7.
57. Holmström I, Röing M. The relation between patient-centeredness and patient empowerment : A discussion on concepts. *Patient Education and Counseling*. 2010 ; 79 : 167–72.
58. Pulvirenti M, McMillan J, Lawn S. Empowerment, patient centred care and self-management. *Health Expect*. Juin 2014 ; 17(3) : 303–10.
59. Borgetto B. Pflege und Selbsthilfe im Kontext von chronischer Krankheit und Behinderung. *Pflege*. Octobre 2005 ; 18(5) : 313–9.
60. Nolan M. Successful ageing : keeping the «person» in person-centred care. *Br J Nurs*. 2001 ; 10(7) ; 450–4.
61. Nolan M, Brown J, Davies S, Nolan J, Keady J. *The Senses Framework : Improving care for older people through a relationship-centred approach*. Sheffield : University of Sheffield ; 2006.
62. Rüggeger H. Würde und Autonomie im Alter. *Ethische Herausforderungen in der Pflege und Betreuung alter Menschen*. [Internet]. 2013. Disponible sous : www.curaviva.ch
63. World Health Organization, éditeur. *Innovative Care for Chronic Conditions : Building Blocks for Action*. Geneva : WHO; 2002. 112 S.
64. United Nations Economic Commission for Europe. *Innovative and empowering strategies for care*. Geneva : CEE-ONU ; 2015 S. 1–20. (CEE-ONU bref dossier sur le thème du vieillissements). Rapport n° : 15.
65. Jäggi J, Künzi K. Unterstützung für Hilfe-und Pflegebedarf im Alter–Ein Systemvergleich zwischen Deutschland, Japan und der Schweiz. Berne : Büro Bass ; 2015.
66. Bieri O, Amberg H, Ramsden A. Begleitende Evaluation zum Projekt Känzeli Ebikon. Rapport final. Lucerne : Interface ; 2017. Rapport n° : P16-40.
67. United Nations Economic Commission for Europe. *Le vieillissement actif*. Geneva: CEE-ONU ; 2012 S. 1–16. (Policy brief). Rapport n° : 13.
68. Höpflinger F. *Soziale Beziehungen im Alter - Entwicklungen und Problemfelder* [Internet]. 2009. Disponible sous : www.hoepflinger.com
69. Kahneman D, Krueger AB, Schkade DA, Schwarz N, Stone AA. A Survey Method for Characterizing Daily Life Experience : The Day Reconstruction Method. *Science*. 2004 ; 306(5702) : 1776–80.
70. Ertel KA, Glymour MM, Berkman LF. Effects of social integration on preserving memory function in a nationally representative US elderly population. *Am J Public Health*. 2008 ; 98(7) : 1215–20.
71. Hansen LR, Pedersen SB, Overgaard C, Torp-Pedersen C, Ullits LR. Associations between the structural and functional aspects of social relations and poor mental health : a cross-sectional register study. *BMC Public Health*. 2017 ; 17(1) : 860.
72. Jessen MAB, Pallesen AVJ, Kriegbaum M, Kristiansen M. The association between loneliness and health - a survey-based study among middle-aged and older adults in Denmark. *Aging Ment Health*. 2017 ; 1–6.
73. Nicholson NR. A review of social isolation: an important but underassessed condition in older adults.

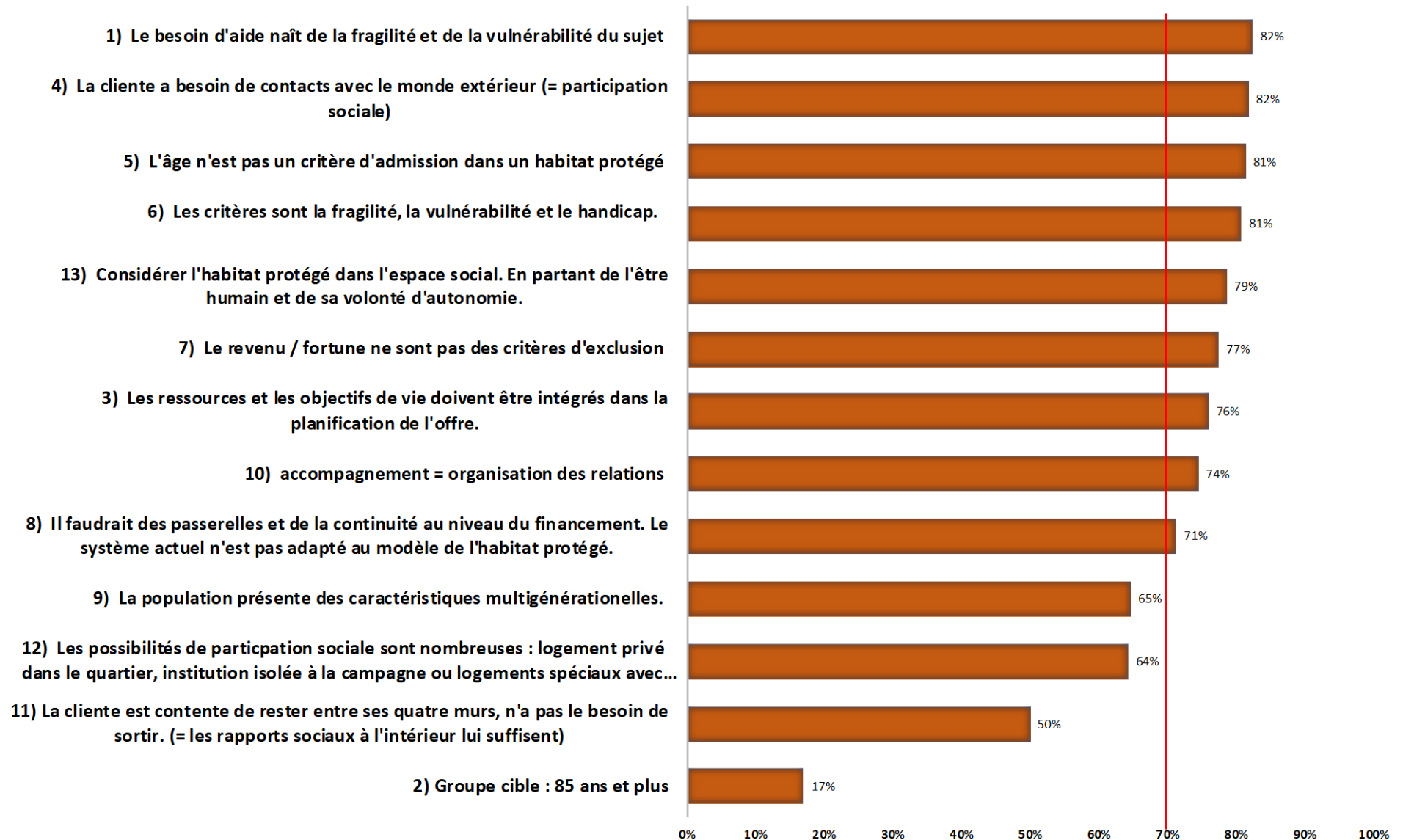
- J Prim Prev. 2012 ; 33(2–3) : 137–52.
74. Richard A, Rohrmann S, Vandeleur CL, Schmid M, Barth J, Eichholzer M. Loneliness is adversely associated with physical and mental health and lifestyle factors : Results from a Swiss national survey. PLoS ONE. 2017 ; 12(7) : e0181442.
 75. Frey-Wettstein F, Raymann A. Imperativ der Vernetzung. Leben und Wohnen im Alter : vernetzt denken und handeln. Association des communes suisses. 2018 ; (8) : 34–5.
 76. Friesen-Storms JHHM, Bours GJJW, van der Weijden T, Beurskens AJHM. Shared decision making in chronic care in the context of evidence based practice in nursing. International Journal of Nursing Studies. 2015 ; 52(1) : 393–402.
 77. Benner P, Wrubel J. The Primacy of Caring. Menlo Park : Addison-Wesley ; 1989.
 78. Beuthin RER. Cultivating a narrative sensibility in nursing practice. Journal of Holistic Nursing. 2015 ; 33(1) : 98–102.
 79. Cray P. Relatedness matters. Holistic Nursing Practice. 2016 ; 30(6) : 345–50.
 80. Dinç L, Gastmans C. Trust in nurse–patient relationships : A literature review. Nurs Ethics. 2013 ; 20(5) : 501–16.
 81. Dwarswaard J, Bakker EJM, van Staa A, Boeije HR. Self-management support from the perspective of patients with a chronic condition : a thematic synthesis of qualitative studies. Health Expectations. 2016 ; 19(2) : 194–208.
 82. Assisted Living Workgroup. Assuring Quality in Assisted Living : Guidelines for Federal and State Policy, State Regulation, and Operations. Washington D.C. : US Senate Special Committee on Aging ; 2003.
 83. Köppel R. Alternativen zum Heim. Bewohner mit niedriger Pflegestufe [Internet]. Rikon : OrgaVisit ; 2016 S. 1–55. Disponible sous : www.orgavisit.ch
 84. Engels D. Wunsch und Wirklichkeit des betreuten Wohnens. Die Ergebnisse einer Bewohnerbefragung im Licht der sozial-gerontologischen Fachdiskussion [Internet]. Cologne: ISG - Sozialforschung und Gesellschaftspolitik GmbH ; 2001. Disponible sous : <http://www.ISG-institut.de>
 85. Hürny C, Münzer T. Übertherapiert ? Vernachlässigt ? Die vierte Generation aus geriatrischer Sicht. In : Das vierte Lebensalter. Lucerne : Caritas ; 2011. S. 133–48. (Sozialalmanach).
 86. Ryter E, Barben ML. Das vierte Lebensalter ist weiblich : Zahlen, Fakten und Überlegungen zur Lebensqualität im hohen Alter. Berne : Grossmütter Revolution ; 2012.
 87. Barben ML, Stocker M, Gurtner B. Évaluation du nouveau régime de financement des soins – Cahier des charges – Lettre à l’Office fédéral de la santé publique. 2016.
 88. Madörin M. Ökonomisierung des Gesundheitswesens- Erkundungen aus der Sicht der Pflege. Winterthour : ZHAW Institut für Pflege ; 2015.
 89. Van der Kooij C. Das mäeutische Pflege- und Betreuungsmodell. 2^e édition. Berne : Hogrefe ; 2017.
 90. Gedamke S, Kessler O, Wächter M, Willisegger J, Jehle K. Confédération, cantons et communes dans les soins intégrés : Rôles possibles 2026 [Internet]. Neuägeri : Forum suisse des soins intégrés (Matière à réflexion n° 4). Disponible sous : <https://www.fmc.ch>
 91. Office fédéral de la statistique. Santé : statistique de poche 2016 [Internet]. Neuchâtel : OFS ; 2016 S. 1–43. (Santé). Rapport n° : 14. Disponible sous : <https://www.bfs.admin.ch>
 92. Kieft RA, de Brouwer BB, Francke AL, Delnoij DM. How nurses and their work environment affect patient experiences of the quality of care : a qualitative study. BMC Health Serv Res. 13 juin 2014 ; 14 : 249.
 93. Aufdereggen C, Ochsner S, Pfäffli E, Ledermann Bulti U. Hauswirtschaftliche und sozialbetreuerische Leistungen in der NPO Spitex - Eine Notwendigkeit. Die Grundhaltung des Spitex Verbandes Schweiz. Berne : Association aide et soins à domicile Suisse ; 2016.
 94. Wächter M, Hafen M, Bommer A, Rabhi-Sidler S. Die Zukunft der hauswirtschaftlichen Leistungen der Spitex. Standortbestimmung und Ausblick (Schlussbericht). Lucerne : Haute école Lucerne ; 2015.
 95. Cavedon E, Minnig C, Zängl P. Übertragung des Buurtzorg-Modells auf schweizerische Verhältnisse. Olten : Haute école du nord-ouest de la Suisse ; 2017.
 96. RCN Policy and International Department. The Buurtzorg Nederland (home care provider) model. Observations for the United Kingdom (UK). Londres : Royal College of Nursing ; 2016.
 97. Paul-Schiller-Stiftung. Gute Betreuung im Alter : Perspektiven für die Schweiz. Zurich : Fondation Paul Schiller ; 2018.

7 Annexe 1 : les thèses Delphi

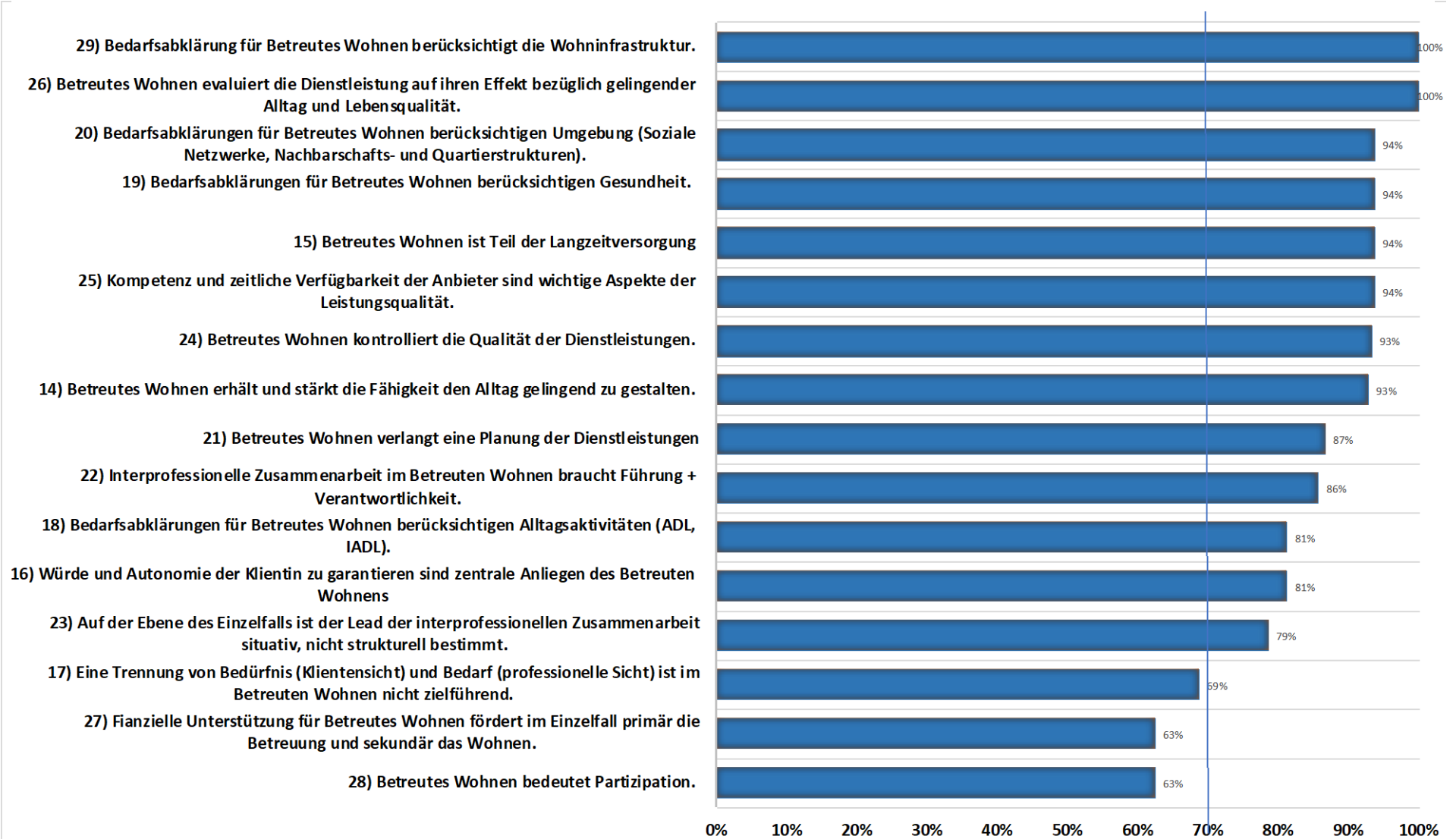
Delphi-Study 1st Round: Participants N=26 / Response rate n=20, 77 % / Theses accepted 9 of 13. (German)



Delphi-Study 1st Round: Participants N=26 / Response rate n=20, 77 % / Theses accepted 9 of 13. (FRENCH)



Delphi-Study 2nd Round: Participants N=34 / . Response rate n=16, 47 % / Theses accepted 13 of 16. (German)



Delphi-Study 2nd Round: Participants N=34 /. Response rate n=16, 47 % / Theses accepted 13 of 16. (French)

