

Rapport final CNSA Innovation 2017

« ET NOS VOISINS EUROPÉENS, COMMENT FONT-ILS ? »

Thématique : Organisations et ressources territoriales pour le maintien à domicile de personnes très dépendantes



SOMMAIRE

I.	Objectifs et contexte de la mission d'étude.....	3
1)	Brève présentation du porteur du projet	3
2)	Objectifs et enjeux pour le porteur de projet.....	4
3)	Note de cadrage sur les politiques.....	5
II.	Dispositifs étudiés	11
1)	Buurtzorg - Almelo, PAYS-BAS	11
2)	St. Gereon Seniorendienste - Hückelhoven-Brachelen, ALLEMAGNE.....	16
3)	Concept de Quartier "Bielefelder modell" et "LeNa"- Bielefeld et Hambourg, ALLEMAGNE.....	21
4)	Colocations accompagnées "Pflgewohngemeinschaft" et Cellule de coordination "Koordinationsstelle" - Hambourg, ALLEMAGNE	31
5)	Les logements protégés Pro Senectute et Fondation Saphir - Canton de Vaud, SUISSE	36
6)	le concept de quartier solidaire Pro Senectute- Lausanne, Canton de Vaud, SUISSE.....	40
7)	Colocations Alzheimer Fondation Saphir - Yverdon-les-Bains, Canton de Vaud, SUISSE.....	41
8)	La Fondation Saphir sur un territoire - Yverdon-les-Bains, Canton de Vaud, SUISSE	43
III.	Comparaison avec la France et recommandations.....	45
1)	Comparaisons des dispositifs observés avec la situation française	45
2)	Recommandations : Enseignements pour la France des observations.....	48
IV.	Retour d'expériences	50
1)	Enseignements tirés.....	50
2)	Suites envisagées	51
3)	Analyse critique de la mission d'étude	51
V.	Conclusion	52
VI.	Annexes.....	53
	Annexe 1 : Méthodologie.....	53
	Annexe 2 : Ressources documentaires	62
	Annexe 3 : Tableaux comparatifs - Vieillissement de la population et soin de longue durée	67
	Annexe 4 : Zoom sur l'Allemagne : modèles économiques	68
	Annexe 5 : Fiche d'identité des logements protégés de la maison Mivelaz	73

I OBJECTIFS ET CONTEXTE DE LA MISSION D'ETUDE

1) BREVE PRESENTATION DU PORTEUR DU PROJET

Les acteurs du **Réseau de l'habitat partagé et accompagné unissent leurs compétences au service de la réalisation d'un voyage d'étude européen**. Cette initiative collective fait suite **aux premières rencontres européennes initiées dans le cadre des Journées de l'Habitat Partagé et Accompagné**, organisées les 14, 15 et 16 décembre 2016 au Conseil de l'Europe à Strasbourg (www.jhapa.eu).

Le réseau est composé de 17 acteurs nationaux (Angers, Bordeaux, Lille, Mulhouse, Paris, ...), qui développent des projets d'habitats inclusifs à destination de personnes en situation de handicap et/ou âgées.

Les acteurs du réseau sont **tous engagés dans des projets d'habitat partagé et accompagné, à des stades d'avancement différents** : études universitaires, projets en développement, projets réalisés et éprouvés, en phase de duplication...

Nous souhaitons, **par le biais d'une coopération d'acteurs, faciliter le développement national des formes d'habitat partagé et accompagné pour permettre à toute personne vulnérable de choisir librement un « chez soi », proche de son bassin de vie et pleinement intégré à la vie de la Cité.**

Pour le Réseau, la visée est de :

- Découvrir des modèles d'organisation et des pratiques existantes dans les pays européens ;
- Rencontrer des porteurs de projets qui ont l'expérience des pratiques territoriales locales et les compétences requises et faire une analyse comparative de ces pratiques pour s'en inspirer en France ;
- Être force de proposition auprès des politiques publiques françaises pour orienter les dispositions favorables à l'émergence de ces plateformes de services en France et des dispositifs de logements qui y sont associés.

FAMILLES SOLIDAIRES porte la demande de l'Appel à projet CNSA Innovation 2017 au nom du Réseau de l'Habitat Partagé et Accompagné. Reconnue « entreprise solidaire » par agrément d'Etat, elle œuvre pour le développement de projets d'habitats partagés et accompagnés. Ayant déjà coorganisé les Journées de l'Habitat Partagé et Accompagné (www.jhapa.eu), c'est tout naturellement que FAMILLES SOLIDAIRES continue de soutenir et de favoriser les initiatives qui font suite aux JHAPA comme cet appel à projet.

1 - Photo de l'équipe - Etape 1 à Buurtzorg (NL)



2) OBJECTIFS ET ENJEUX POUR LE PORTEUR DE PROJET

La thématique retenue pour la mission d'étude du Réseau est : « **Organisations et ressources territoriales pour le maintien à domicile de personnes très dépendantes** », avec un axe particulier sur la **coopération et les interactions entre les différents acteurs sur un territoire dans une logique de plateforme de services**.

En France, avec la loi du 11 février 2005 « pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées », la législation a facilité le développement de nouveaux modes de vie, notamment pour le maintien à domicile des personnes en situation de handicap avec la possibilité d'obtenir, par exemple, un accompagnement 24h/24 à domicile.

Plus récemment, la loi du 28/12/2015 sur l'Adaptation de la Société au Vieillissement préconise le **renforcement de toutes formes de maintien à domicile et de lutte contre l'isolement**, et marque la volonté de développer les solutions innovantes.

Les personnes en perte d'autonomie et leurs aidants aspirent à accéder à ces solutions permettant de vivre le plus normalement possible. En effet, selon un sondage Opinion Way pour l'Observatoire de l'intérêt général, "90% des Français estiment que face au problème de "dépendance" liée à l'âge, rester à domicile est une bonne solution, préférable à la maison de retraite".

Cependant, malgré toutes les **mesures des politiques publiques et les dispositifs déployés pour favoriser le maintien à domicile**, lorsqu'une personne âgée est atteinte de la maladie d'Alzheimer par exemple, avec un niveau de désorientation tel qu'il nécessite l'assistance d'un tiers (proche aidant ou aide à domicile) au-delà de quelques heures par jour, la réponse la plus souvent proposée consiste à placer ces personnes en établissement médico-social. Aujourd'hui, plusieurs millions de français sont en situation de dépendance ou de handicap.

Or, ces personnes et les familles qui les entourent, **repoussent l'entrée en établissement spécialisé soit :**

- **pour des raisons d'accessibilité économique ou territoriale**, avec un nombre limité de places en établissement spécialisé
- **soit pour des choix personnels**, parce qu'elles veulent rester chez elles, conserver le lien avec leur vie sociale dans leur quartier, avec la famille et les voisins, et éviter ainsi les ruptures liées à l'entrée en établissement qui "héberge" avant tout pour apporter des soins.

En matière de logement et d'accompagnement, quelles sont alors les réponses à apporter aux personnes âgées « dépendantes » et aux personnes en situation de handicap pour lesquelles l'aide à domicile est inadaptée et/ou insuffisante et qui veulent conserver leur qualité de vie (notamment sociale) dans leur cadre de vie habituel ?

Quels sont les services que les collectivités, les associations et entreprises peuvent mettre en place pour maintenir et développer une qualité de vie en faveur des personnes en situation de handicap et/ou âgées aux besoins spécifiques non institutionnalisés dans le secteur médico-social ?

L'**émergence de nouvelles organisations et ressources territoriales**, constituées sous forme de plateaux techniques, permet de favoriser ces **logiques de parcours de la personne** pour assurer une continuité d'accompagnement et proposer des réponses adaptées à ces besoins en habitat accompagné. L'idée est de passer d'une « logique d'admission de structures à une logique de parcours qui s'appuie sur une plateforme de services modulables ».¹

Les projets d'**habitats partagés et accompagnés** représentent une **alternative au tout domicile et au tout établissement** et **s'inscrivent dans ces logiques d'organisations et de mobilisation des ressources territoriales** autour des habitats. La conception et la mise en œuvre des projets sont soumises à ces réflexions :

- le développement d'une synergie entre différents services ;

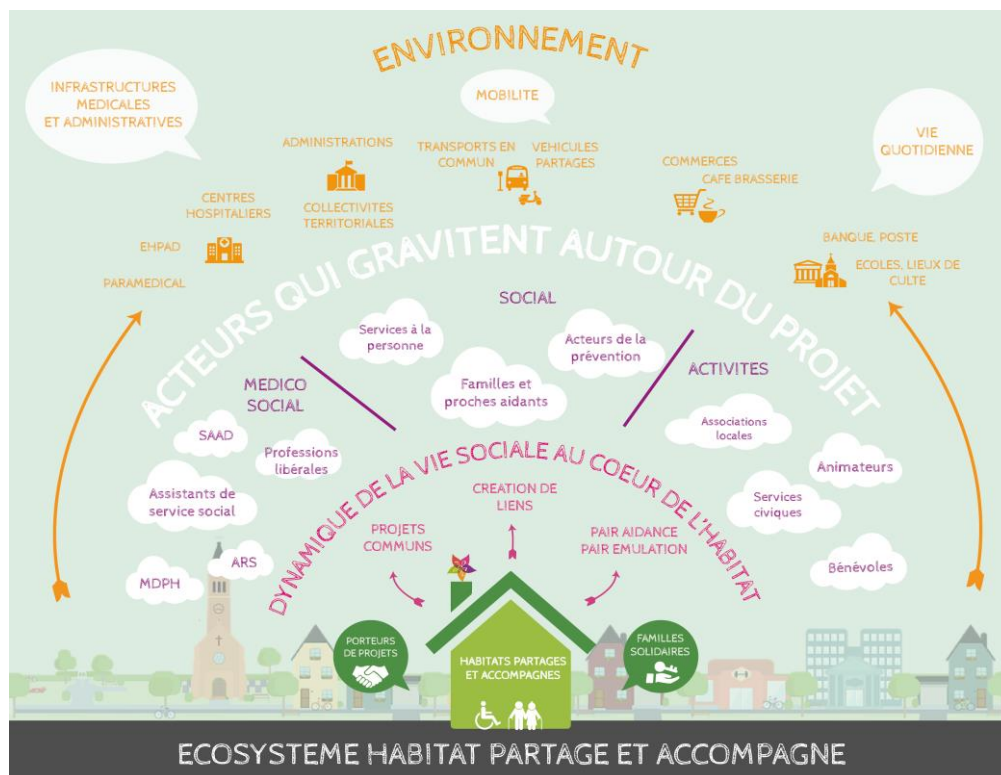
¹ (J.-P. HARDY, J.-R. LOUBAT et M.-A. BLOCH, *Concevoir des plateformes de services en action sociale et médicosociale*, Editions Dunod 2016).

- la constitution de plateformes de services des établissements médico-sociaux ouvertes aux locataires des habitats accompagnés ;
- la création de nouveaux métiers et notamment en matière de coordination et de contenus des accompagnements.

Les acteurs du Réseau se sont confrontés à ces réflexions autour de coopérations territoriales pour un développement des projets correspondant aux besoins et ressources des territoires. Ces connaissances tirées des expériences de chacun sont une richesse pour confronter nos modèles à ceux de nos voisins européens.

Exemple-type de l'écosystème d'un habitat partagé :

2 - Infographie Habitats partagés et accompagnés par FAMILLES SOLIDAIRES



3) NOTE DE CADRAGE SUR LES POLITIQUES

Nous avons étudié des dispositifs dans trois pays voisins de la France : les Pays-Bas, l'Allemagne et la Suisse. Nous proposons ici de donner quelques éléments de cadrage sur le vieillissement de la population, les politiques de la vieillesse en ce qui concerne l'habitat et le soin de longue durée dans une approche comparative pour ces trois pays et la France. Les tableaux récapitulant l'ensemble des données évoquées ainsi que les sources figurent en annexe 3.

VIELLISSEMENT DE LA POPULATION ET SOINS DE LONGUE DURÉE

Avec 21,2 % de sa population ayant plus de 65 ans en 2017, l'**Allemagne** est le pays où le vieillissement de la population est le plus avancé, alors que la **France**, les **Pays-Bas** et la **Suisse** se situent respectivement à 19,2 %, 18,5 % et 18,1 %. En ce qui concerne les 80 ans et plus, l'Allemagne a maintenant rattrapé la France, les deux pays se situant autour de 6 % contre 5,1 % pour la Suisse et 4,5 % pour les Pays-Bas². Les projections à 2050 prévoient une poursuite du vieillissement de la population dans les 4 pays, avec un rapprochement de la proportion des de 65 ans et plus dans les quatre pays (de 26,7 % pour la France à 30,7 pour l'Allemagne). En ce

² Aux Pays-Bas, le baby-boom s'est prolongé jusqu'en 68, d'où un vieillissement moins accentué mais qui s'accélère.

qui concerne la proportion de 80 ans et plus, France, Pays-Bas et Suisse seraient proches autour de 11,5 %, l'Allemagne les devançant avec 13,3 %.

En termes d'**espérance de vie**, dans les quatre pays, on note une espérance de vie plus élevée chez les femmes que chez les hommes tant à 65 ans qu'à 80 et plus et c'est en France que l'espérance de vie est la plus élevée, suivie de la Suisse, puis de l'Allemagne et des Pays Bas. En ce qui concerne l'espérance de vie en bonne santé, à 65 ans, c'est l'Allemagne qui est la mieux placée avec 12,3 ans chez les femmes et 11,4 ans pour les hommes.

Selon la base de données de l'ONU, environ deux tiers des femmes **vivent seules** à 80 ans (en France, Allemagne ou Pays-Bas) contre les trois quarts en Suisse alors qu'environ deux tiers des hommes vivent encore en couple à 80 ans (de 61 % en Suisse à 67 % aux Pays-Bas).

En termes de **soins de longue durée**³, c'est en Suisse qu'il y a le plus de bénéficiaires, tant parmi les plus de 65 ans (21,6 %) que parmi les plus de 80 ans (52 %). Pour l'Allemagne et les Pays-Bas, la proportion de bénéficiaires de soins de longue durée est la même parmi les plus de 65 ans (13,3 %), alors qu'elle est beaucoup plus importante pour les plus de 80 ans aux Pays-Bas (43 %) qu'en Allemagne (34 %).

En ce qui concerne la répartition entre les bénéficiaires de soins de longue durée au domicile et soins en établissement, alors qu'en France, la proportion s'établit autour d'un peu plus de 40 % de bénéficiaires de soins en établissement et un peu moins de 60 % au domicile, tant à pour les plus de 65 ans que pour les plus de 75 ans, cette proportion n'est que d'environ 1/3 en établissement et 2/3 au domicile, en Allemagne, Pays-Bas et Suisse, tant pour les plus de 65 ans (un peu moins en Suisse) que pour les plus de 80 ans.

POLITIQUE VIEILLESSE ET SOIN DE LONGUE DUREE

L'aide et le soin au domicile ainsi que le séjour en établissement médicalisé dépendent de compétences spécifiques dans les différents pays visités. Des réformes ont récemment apporté des modifications à ces systèmes. Le cadre du financement est en général fixé par la loi au niveau national mais la réglementation peut être adaptée de façon importante au niveau régional. L'organisation peut-même dépendre localement des caisses qui financent les soins.



Ainsi en Allemagne⁴, le cadre des soins de longue durée est donné, depuis 1995, par la loi sur l'assurance soins de longue durée. Cette loi a été réformée en 2008, puis en 2017⁵. La dernière réforme a permis une augmentation d'environ 17% du nombre de bénéficiaires de soin de longue durée en un an. Cette assurance obligatoire couvre toutes les formes de perte d'autonomie, **indépendamment de l'âge et des revenus**. Les prestations sont plafonnées et les personnes sont amenées à contribuer de façon importante à la prise en charge de leur situation. En ce qui concerne l'aide et les soins à domicile, elles ont le choix entre des prestations en nature (apportées par des services professionnels) ou des prestations en espèce (d'un montant nettement inférieur, mais qui permet de rémunérer des proches).

La loi sur l'assurance soins de longue durée détermine par exemple, au **niveau fédéral** :

- les montants de prise en charge, par l'assurance soins, de l'aide et du soin au domicile ou du séjour en établissement en fonction du niveau de besoin d'aide et de soins ;
- le mode de calcul du reste à charge ;
- les nombres de points attribués aux différents actes pour l'aide et le soin au domicile.

³ Pas de données comparables pour la France dans cette source.

⁴ Cf. « Zoom sur l'Allemagne » en annexe 4.

⁵ La nouvelle loi sur le soin, en 2016, a profondément modifié le mode d'évaluation des niveaux de besoin d'aide et de soins ainsi que les plafonds de prestations pour chaque niveau de dépendance (Milano, S., 2016 la réforme de l'assurance dépendance en Allemagne. RDSS, N°6 (01/11/2016), p. 1077 - 1091).

On notera qu'en établissement, depuis la réforme de l'assurance soins en 2017, le reste à charge après versement de l'assurance soins est le même pour tous les résidents quel que soit leur « niveau de besoin de soins ». Seule la prestation de l'assurance soins de longue durée est fonction du niveau de besoin de soins.

Ce sont les **régions (Länder)** qui fixent le cadre réglementaire de fonctionnement des établissements et services, par exemple, le taux d'encadrement en établissement, le niveau de qualification des salariés ou la composition des forfaits types pour l'aide et le soin au domicile (nature des actes compris dans une « toilette » par exemple).

Enfin les tarifs de l'aide et soin au domicile seront déterminés **localement** par des négociations entre les caisses de l'assurance soins et les services d'aide et de soins au domicile. Les régions peuvent décider d'un soutien financier complémentaire, ou des modalités de choix entre domicile et établissement, pour les bénéficiaires de l'aide sociale.

Il s'ensuit de grandes disparités des tarifs et des restes à charge dans les différentes régions d'Allemagne. Par exemple, le coût total mensuel moyen d'un séjour en établissement pour un même « niveau de besoin de soins » est de 4105 € en Rhénanie-du-Nord-Westphalie (NRW), et de 3205 € en Thuringen (soit un reste à charge respectif de 2100 € et 1200 €).



En Suisse, le régime fédéral de financement des soins distingue **trois catégories** majeures de prestations dans le **soin de base** pris en charge par l'assurance maladie :

- les soins de longue durée ;
- les soins aigus et de transition ;
- et l'ergothérapie.

L'aide et le soin aux personnes âgées relèvent essentiellement des soins de longue durée et de l'ergothérapie, en établissement ou à domicile.

Les soins à domicile comprennent les **soins de base** (aide aux soins d'hygiène, d'alimentation, aide au lever et au coucher, ...) et les **soins infirmiers** (à titre préventif, éducatif, curatif et palliatif). Les prestations d'ergothérapie doivent contribuer au potentiel d'indépendance et d'autonomie des personnes. La loi fédérale d'assurance maladie prévoit une contribution partielle des personnes, non prise en charge par les assurances sociales. Le montant de cette contribution est fixé par les cantons.

Ce sont les **municipalités et les cantons** qui organisent, fournissent ou garantissent les soins de longue durée aux personnes âgées. Ainsi les cantons subventionnent la construction et le fonctionnement d'une partie des établissements médicalisés pour personnes âgées. Une partie des dépenses est couverte par l'assurance maladie obligatoire (LAMal), une partie par l'assurance vieillesse et invalidité (AVS-AI), les allocations pour impotence, et une partie par des prestations complémentaires aux rentes de l'AVS-AI. Ces prestations complémentaires (PC) sont soumises à condition de ressources pour participer au financement des « dépenses de la vie courante » (dont la nature est fixée par la loi) dépassant leurs ressources personnelles.



Aux Pays-Bas⁶, depuis 2015, le système de santé repose sur quatre lois :

- la loi sur l'assurance maladie ;
- la loi sur les soins de santé de longue durée ;
- la loi sur le soutien social ;
- la loi sur la jeunesse.

L'aide et le soin aux personnes âgées relèvent essentiellement de la loi sur les soins de santé de longue durée (mise en œuvre au niveau national par les organismes chargés de son application) et de la loi sur le soutien social (mise en œuvre par les communes).

⁶ Source : Brochure « Les soins de santé aux Pays-Bas » du Ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports, janvier 2016.

Le périmètre des soins de longue durée couvert par la loi est fixé par l'Etat. Il peut s'agir du séjour dans un établissement, de l'aide personnalisée aux actes de la vie quotidienne, d'un accompagnement à l'autonomie, de soins et de traitement médicaux et paramédicaux ou encore de transport pour se rendre dans les lieux de soins. Ces soins de longue durée sont financés par une assurance sociale acquittée dans le cadre de l'impôt sur les salaires.

La loi sur le soutien social confie aux **communes** la tâche d'apporter les autres prestations (hors soins) aux personnes en situation de handicap, notamment du fait de l'âge. Ce soutien est destiné à permettre aux personnes de participer à la vie en société et de continuer à vivre chez elles. La commune est en charge d'étudier le besoin et de fournir ou d'organiser une réponse adaptée. Il peut s'agir notamment d'accompagnement et d'aides dans l'organisation de la journée, aux tâches ménagères, de soutien aux aidants, d'aide de bénévoles...

Nous avons rencontré des représentants de Buurtzorg dont l'activité relève des soins de longue durée à domicile. Buurgdienst est une « petite sœur » de Buurtzorg qui se développe suivant la même organisation pour apporter le « soutien social » organisé et financé par les communes.

PROMOTION DES FORMES ALTERNATIVES ENTRE « AIDE ET SOIN AU DOMICILE » ET « SEJOUR EN ETABLISSEMENT DE SOIN DE LONGUE DUREE »



EN ALLEMAGNE

Le principe de la priorité des soins au domicile par rapport à une entrée en établissement a été inscrit dans la loi sur l'assurance soin dès 1994⁷. Depuis 1995, les pouvoirs publics ont soutenu les initiatives citoyennes par le biais de programmes d'expérimentations, d'évaluation et de modélisation pour développer des formes alternatives d'habitats, gardant un statut de domicile et permettant plus d'autodétermination quand survient le besoin d'aide et de soin. Certaines de ces formes d'habitats sont maintenant établies.

A l'heure actuelle, ces formes alternatives d'habitats, **considérées comme du domicile**, sont soutenues et prises en compte au niveau de la réglementation dans la plupart des régions et semblent avoir trouvé une légitimité. Ainsi, un guide grand public (BMFSFJ⁸, 2017) diffusé sur le site du ministère fédéral de la famille, des seniors, des jeunes et des femmes (BMFSFJ) présente différentes alternatives au domicile ordinaire dans l'avancée en âge, en mettant sur le même plan **l'habitat participatif** (*gemeinschaftliches Wohnen*), **les résidences services et les foyers logements** (*Wohnen mit Service, betreutes Wohnen*), **les établissements médicalisés** (*Pflegeheim*) et **les WG accompagnées** (colocations pour personnes ayant besoin d'aide et de soins, accompagnées en ambulatoire en responsabilité partagée). Selon ce guide, chacune de ces « formes spécifiques d'habitat » répond à des situations et des aspirations différenciées.

Le guide présente les WG accompagnées, comme une possibilité pour « **habiter en gardant sa capacité d'autodétermination** (*Selbstbestimmt*), **même si l'on a un besoin de soin important** » et précise que « **cette forme d'habitat constitue une alternative à l'établissement médicalisé, même dans les cas de besoin d'aide et de soins les plus importants** ».

Depuis la réforme de 2017, les personnes qui habitent dans ce type de colocation bénéficient de financements complémentaires de l'assurance soins de longue durée : pour l'investissement initial et pour le financement de l'accompagnement. Elles peuvent, par ailleurs, bénéficier de l'aide sociale, comme au domicile. On notera que ces colocations « *ne sont pas censées* » coûter moins cher qu'un établissement mais « *apporter une autre qualité de vie* ». Par ailleurs, compte tenu de la disparité de la réglementation et des coûts en établissement, on ne peut

⁷ L'aide sociale permet à chacun, y compris ceux qui ont des revenus modestes, de choisir entre maintien au domicile et séjour en établissement, tant que le coût du maintien au domicile n'est pas supérieur au coût en établissement.

⁸ « Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend », Ministère fédéral de la famille, des personnes âgées, des femmes et de la jeunesse

déterminer un modèle économique pour toute l'Allemagne car ce modèle devra s'adapter aux spécificités de chaque région.

Nous avons visité :

- à St-Gereon des dispositifs qui relèvent des établissements et services médico-sociaux et du logement accompagné (*Betreutes Wohnen*) ;
- à Bielefeld et à Hambourg, des dispositifs qui relèvent du logement ordinaire (concept de quartier) ;
- à Hambourg, des dispositifs qui relèvent des « colocations en responsabilité partagée ».



EN SUISSE, LES LOGEMENTS PROTÉGÉS POUR PERSONNES ÂGÉES.

Le canton de Vaud a souhaité soutenir le développement d'alternatives à l'hébergement médico-social sous forme de logements protégés ou adaptés. En 2012, une étude avec un recensement des logements protégés dans le canton de Vaud, a donné lieu à la modélisation des « *logements protégés pour personnes âgées* »⁹. Il s'agit de logements adaptés au vieillissement, regroupés et **associant les particularités d'un domicile privé à des prestations spécifiques**, telles qu'un encadrement sécurisant, un service d'accompagnement social et d'animation et l'existence d'un espace communautaire. Ces logements privés (avec un bail) sont accessibles aux personnes à mobilité réduite et équipés d'un système d'alarme ou d'appel. Un « référent social » assure une veille au quotidien. Il est habilité à mobiliser les services médico-sociaux pour mettre en place l'aide à domicile si nécessaire. L'espace communautaire permet la prise d'un café, de repas et la participation à des animations et manifestations diverses.

Les habitants de ces logements doivent payer le loyer et les charges comme dans tout logement privé. Ils doivent aussi payer une participation aux frais d'encadrement et d'animation, liés à la présence du référent social et à l'utilisation de l'espace communautaire. Sous certaines conditions, les frais d'encadrement et d'animation peuvent être remboursés par les « prestations complémentaires de guérison ». Une commission d'attribution et de suivi choisit les futurs locataires sur la base d'informations médico-sociales (âge, état de santé, mobilité et motivation de la personne). Bien que relevant du domicile ordinaire, et n'étant pas considérés comme des structures médico-sociales, ces logements sont référencés dans les antennes des « Bureaux Régionaux d'Information et d'Orientation » (Brio) qui informent, conseillent et orientent les personnes vers les établissements et services médico-sociaux.

Nous avons visité deux ensembles de **logements protégés pour personnes âgées** : la **maison MIVELAZ** accompagnés par Pro Senectute et la **résidence Agate** de la Fondation Saphir.

LES COLOCATIONS ALZHEIMER

En Suisse, le canton de Vaud a lancé une expérimentation, en partenariat avec la Fondation Saphir et une équipe de chercheurs, pour développer le modèle de colocation accompagnée pour personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou apparentée. L'étude porte sur l'évaluation des différents aspects de l'expérimentation. Elle pourrait déboucher sur la définition d'un label et d'un modèle économique prenant en compte un soutien du canton de Vaud pour le financement du fonctionnement. La Fondation Saphir a ainsi créé **deux colocations « Alzheimer » que nous avons visitées**.

Aux Pays-Bas, nous nous sommes concentrés sur le modèle innovant de Buurtzorg des équipes infirmières locales autonomes, et n'avons pas étudié le développement des formes alternatives d'habitat. On notera cependant que Buurtzorg projette le développement du concept *Buurtzorg living*, une formule d'habitat accompagné dans un environnement intégré (mixité intergénérationnelle, communauté d'entraide, quartier à taille humaine recensant les réponses aux besoins).

⁹ Source : extraits de « Logements protégés pour personnes âgées ». Brochure du SASH (Service des assurances sociales et de l'hébergement, Canton de Vaud www.vd.ch/logements-protoges).



EN ALLEMAGNE

L'aide et le soin à domicile sont apportés par les mêmes services. Ils sont habilités à faire certains actes suivant la qualification de leur personnel. Ainsi, certains services ne peuvent assurer que l'aide-ménagère, l'aide aux actes de la vie quotidienne et des soins de nursing. Il faut une habilitation et du personnel spécifiquement qualifié pour assurer les soins infirmiers ou encore l'accompagnement à l'inclusion des personnes en situation de handicap.

Pour le personnel soignant, on distingue actuellement le soin de santé et soin aux malades, le soin aux enfants, et le soin aux personnes âgées. Dans chacune de ces spécialités,

- Les soignants diplômés ont une formation supérieure en trois ans, régie au niveau fédéral ;
- Les aides-soignants ont une formation secondaire, régie par chaque région.

Ce sont les régions qui déterminent les "clefs" de personnel en établissement, c'est-à-dire le taux d'encadrement et le niveau de formation des salariés en fonction du besoin d'aide et de soins des résidents).



AUX PAYS-BAS

Parmi les intervenants des services d'aide et de soins à domicile, on distingue cinq niveaux de formation :

5. *Bachelor master of science*
4. L'infirmier·ère diplômé·e
3. L'assistant·e de soin
2. L'aide-soignant·e
1. L'aide ménager·ère

Les équipes de Buurtzorg sont composées essentiellement de personnel soignant de niveau 3, 4 et 5.



EN SUISSE

Les établissements de soins de longue durée et les services d'aide et de soins au domicile emploient :

- Des soignants avec **une formation supérieure** (infirmiers diplômés avec éventuellement formation complémentaire) ;
- Des soignants avec **une formation secondaire** : assistant(e) en soins et santé communautaire, accompagnateurs, aide-soignant et infirmier assistant ;
- Des personnes **sans formation spécifique** : les auxiliaires de santé CRS, formés par la Croix Rouge Suisse.

II DISPOSITIFS ETUDIÉS

Nous avons fait le choix, lors de la préparation du voyage, de découvrir plusieurs dispositifs différents dans un temps relativement réduit. Nous avons rencontré des responsables, des salariés, des bénéficiaires et parfois des familles ou des bénévoles. Notre rapport est basé sur les déclarations de nos interlocuteurs, sur l'étude des documents recueillis et sur nos observations. Les échanges ont été très denses et enrichissants, nous proposons ici une synthèse de nos observations.

Nous avons choisi différents dispositifs qui nous semblent se distinguer par la façon dont ils prennent en compte la volonté des personnes de vivre et de vieillir chez eux, et répondent à leur besoin d'aide et de soutien tout en préservant leur capacité d'autodétermination et leur inclusion sociale. Nous avons été frappés par la **récence de trois thématiques** dans les présentations qui nous étaient faites de ces dispositifs très différents :

- **L'attention portée au personnel** : autonomie, responsabilisation, formation, valorisation ;
- **L'intérêt de la notion de quartier**, à la fois comme environnement familial d'une personne et comme espace pertinent pour l'organisation des soutiens autour de cette personne ;
- **L'importance des partenariats et des coopérations**, de la prise en compte de l'ensemble des parties prenantes, pour une bonne articulation de leurs actions.

Nous avons donc retenu **quatre thématiques comme fils directeurs de la présentation des dispositifs étudiés** :

- Citoyenneté, participation et qualité de vie des habitants ;
- Valorisation du personnel (formation, responsabilisation, autonomie) ;
- Rôle du quartier ;
- Partenariats et coopération des acteurs.

1) BUURTZORG - ALMELO, PAYS-BAS



VISITES ET RENCONTRES

Nous nous sommes rendus au siège social de Buurtzorg à ALMELO aux Pays-Bas. Les échanges se déroulés en présence d'une infirmière, ancienne membre d'une équipe et actuellement coach, et de la responsable des relations publiques et de l'essaimage du modèle à l'international. Elles nous ont présenté les grands principes et l'organisation de Buurtzorg.

PUBLIC CONCERNE

Personnes fragilisées par l'âge, la maladie ou le handicap, ayant besoin de soins à domicile de manière temporaire ou permanente.

TPOLOGIE

Équipes infirmières¹⁰ autonomes locales de soins à domicile (service médico-social composée d'infirmiers et d'assistants infirmiers).

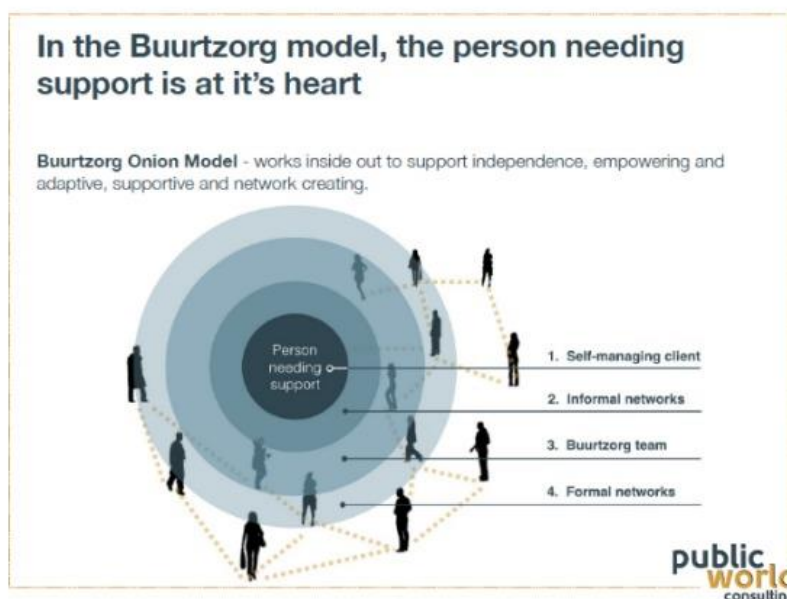
DESCRIPTION DU DISPOSITIF

Buurtzorg qui signifie en néerlandais « **soins de proximité** », est une organisation de soins de santé pionnière, fondée par Jos de Block en 2007. Il s'agit d'un modèle de soins holistiques dans lequel les **infirmières** sont organisées localement en **petites équipes autonomes**.

¹⁰ Nous utilisons la dénomination « équipe infirmière » car les équipes de Buurtzorg sont composées en majorité d'infirmières diplômées.

Les infirmières de Buurtzorg s'appuient sur l'« *Onion Model* » (modèle de l'oignon) : la personne (client) est au centre du projet. Il s'agit pour l'équipe de l'accompagner et de soutenir son indépendance, son autonomie en s'appuyant sur ses ressources et sur son environnement. Le temps du « *First coffee* » (premier café) est le préalable à tout nouvel accompagnement. Ce temps d'écoute et de discussions permet d'évaluer au mieux les besoins réels de la personne ainsi que ses ressources et celles de son entourage avant de mettre en place le projet de soins qui sera régulièrement réévalué.

Plusieurs soignants peuvent intervenir auprès d'une personne. **Un ou deux référents** dans l'équipe supervisent l'ensemble du processus autour de la personne (évaluation et réévaluation, activation du réseau, soins, transmissions...).



Les objectifs des équipes autonomes Buurtzorg sont de minimiser le nombre d'intervenants différents au domicile, mais aussi de gérer de manière efficiente le nombre d'heures passées auprès du client par :

- l'écoute du client pour apprécier, évaluer et adapter au mieux ses besoins (*Onion Model* et *First Coffee*) ;
- **la responsabilisation du client et la recherche avec lui de moyens pour renforcer son autonomie ;**
- la construction d'un réseau informel autour de lui pour soutenir cette diminution des besoins en accompagnement et en soins ;
- la polyvalence des interventions : l'accompagnement du **client par une même personne dans l'ensemble des actes de la vie quotidienne** : toilettes, habillage, organisation des autres services d'aide (ex : portage de repas), et si besoin pour les soins médicaux (suivi des traitements médicamenteux, injections, soins des escarres et pansements, autres soins médicaux...).

Les équipes sont disponibles pour intervenir 24h/24 et 7j/7 selon les besoins individuels des patients.

Les équipes sont créées à l'initiative de soignants qui ont identifiés localement une opportunité d'activité. Chaque équipe est composée de 12 soignants maximum¹¹ et intervient sur une zone géographique limitée : 50 à 60 clients par équipe, pour un quartier de 5 à 10 000 habitants. Ce ratio permet de favoriser la connaissance et maîtrise de l'environnement afin de construire des réseaux de quartier aidants pour les clients et le travail des équipes.

Une équipe est responsable :

- De la recherche des clients (liens avec prescripteurs et établissements) ;
- Des coordinations et transmissions avec les prescripteurs et autres professionnels ;

¹¹ Au-delà de douze soignants, l'équipe se scinde en deux équipes autonomes.

- Des recrutements, plannings, formations et du budget de l'équipe ;
- De l'administration de l'équipe au quotidien.

Les équipes peuvent faire appel à un coach qui est garant du concept, aide et conseil sur la gestion du temps professionnel/personnel, médiateur en cas de conflit, ... Il n'a pas de responsabilité hiérarchique, ni de pouvoir de décision sur les équipes. Il y a actuellement 21 coachs répartis régionalement, chaque coach suit une quarantaine d'équipes. Par ailleurs, des rencontres inter équipes ont lieu 3 fois par an.

Un des aspects du modèle Buurtzorg est la **simplification administrative** selon leur leitmotiv « *Keep it small, keep it simple* ». La simplification passe notamment par l'utilisation des Technologies de l'Information et de Communication (TIC) appliquées : toutes les équipes sont reliées entre elles par le « *Buurtzorg Web* », un réseau social interne qui apporte informations, conseils, partages de pratiques, mais aussi un autocontrôle. Chaque membre est équipé d'une tablette avec un accès complet et 24h/24 à l'ensemble des services, plannings, données clients, indicateurs d'activités en temps réel.

Le rôle du siège social est réduit au minimum avec 50 personnes en soutien administratif pour 965 équipes de terrain à ce jour.

MODELE ECONOMIQUE

LES COUTS ASSOCIES AU MODELE

- **Coût de structure** : les frais de structure sont réduits (8%, contre 22% moyenne nationale).
- **Coût total moyen** de prise en charge d'un patient par an par Buurtzorg : 15 400 euros, contre 15 900 euros pour les concurrents en cumulant les différents types de soins (suivi, maladie chronique, ...).

L'idée sous-jacente du modèle de Buurtzorg est de permettre, de manière collective, de rendre efficient le budget alloué à la santé.

LES FINANCEMENTS

- **Un seul acte "community nursing care" facturé 72€ de l'heure.**

Le modèle de Buurtzorg a contribué à faire évoluer le système de santé : Buurtzorg a démontré que la facturation à l'acte n'était pas pertinente et que l'organisation avec une facturation à l'heure générait des économies¹². La loi de 2015 a **institué un financement et une facturation des soins à domicile** à l'heure, et non plus à l'acte (qui prévaut en France).

Chaque année, un accord est négocié par Buurtzorg avec les agences régionales sur le volume global des heures assurées par l'ensemble des équipes.

- **Financement des soins par le fonds de l'assurance sur les soins de santé de longue durée** (cf. note de cadrage sur les politiques : politique vieillesse et soins de longue durée)

¹² Dans un premier temps, Buurtzorg a déchargé les équipes de la gestion de la facturation des heures et des actes. Les équipes ont transmis au siège globalement les actes et le temps passé auprès des clients et c'est le siège qui a renseigné a posteriori les grilles à destination des autorités de tarification. Cette déconnexion devait permettre aux équipes terrains de penser de façon globale à la meilleure façon de répondre aux besoins des clients.

Citoyenneté, participation et qualité de vie des habitants (publics visés)	
Les pratiques inspirantes	Leurs impacts
• « <i>First coffee</i> » : prendre le temps d'établir le lien et d'écouter ; • Evaluation et réévaluation des besoins en soins par les soignants qui assurent les soins¹³ ; • « <i>Self management</i> » de la personne : client au gouvernail de la coordination des soins ; • Maintien et développement du réseau informel (sphère familiale et amicale, ...).	• Responsabilisation de la personne et de son entourage ; • Qualité et efficacité des soins par une meilleure adéquation prestations/besoins (réduction des heures de soins par personne tout en améliorant la qualité des soins). <i>"When work is logic, everyone do their part automatically"</i>
Valorisation du personnel (formation, responsabilisation, autonomie, ...)	
Les pratiques inspirantes	Leurs impacts
• Petites équipes de soignants qualifiés (infirmiers et assistants infirmiers) intervenants au domicile, avec une polyvalence des missions ; • Création d'équipes à l'initiative des acteurs de terrain ; • Autogestion et capacités de décisions de petites équipes ; • Utilisation des technologies de l'information (Buurtzorg web-système) ; • Coaching des équipes: <i>"Keep it small, keep it simple"</i>. Diminuer règles et procédures et accompagnement des équipes par un coach ; • Listing des infirmières avec compétences spécifiques favorisant la montée et le transfert de compétences.	• Augmentation de la qualité de soins (équipes motivées, stables auprès des clients, repérage rapide et collectif des dysfonctionnements) ; • Montée en compétences des équipes par l'autocontrôle, le partage des connaissances, l'accompagnement par un coach fonction des besoins et de la maturité de l'équipe ; • Réduction de la charge administrative globale et des frais de gestion (au niveau des équipes et du siège social) ; • Absence de hiérarchie dans l'équipe, niveau de rémunération différent en fonction du diplôme et pas en fonction des missions ; • Risque de surmenage : responsabilité 24h/24, tablettes avec accès à toutes heures...
Rôle du quartier (environnement, réseaux, ...)	
Les pratiques inspirantes	Leurs impacts
• « <i>First coffee</i> » : évaluation à 360° de l'écosystème de la personne (classification <i>omaha</i>¹⁴) ; • Aide directe de l'équipe est une des alternatives ; • Equipe active et coordonne l'ensemble du processus y compris l'activation du réseau informel (visite, mobilité, ...) ; • Equipe dans son écosystème : participation à la vie du territoire et connaissance des acteurs locaux.	• Mobilisation et implication des citoyens, des proches aidants dans les solidarités de proximité ; • Appui ajusté sur ces environnements, le droit commun, maîtrisés et connus par les équipes.

¹³ Au début année 80, les infirmières faisaient l'évaluation initiale des besoins (*"assessment"*). Cette évaluation initiale a été ensuite réalisée directement par une administration et ne faisait pas l'objet de révisions. Buurtzorg a demandé à ce que *"assessment"* soit à nouveau fait par les infirmières. Une expérimentation pilote a été réalisée et puis généralisée : **l'évaluation est payée et reconnue par l'assurance soin, qui procède à des contrôles par échantillons.**

¹⁴ <http://www.omahasystem.org/>

Partenariats et coopération des acteurs	
Les pratiques inspirantes	Leurs impacts
• Expérimentation d'une organisation ; • Etudes pour prouver la pertinence et l'efficacité ; • Négociations/échanges avec le Gouvernement.	• Changement des politiques de santé à l'échelle nationale ; • Économies de coûts à l'échelle du pays (accroissement du « travail » du réseau informel, diminution des heures d'interventions par client des équipes de soins).

ANALYSE DES PROJETS

Intérêts/Forces	Limites/Faiblesses
• Approche centrée sur la personne, ses ressources, son réseau et ses besoins ; • Efficacité des soins : économie pour l'assurance soin, un financement global et non à l'acte, et une approche collaborative des réseaux de proximité ; • Qualité de prise en soins plutôt que quantité : refus de nouveaux clients si l'équipe n'est pas suffisante ; • Autogestion, capacité décisionnelle des équipes locales ; • Responsabilisation, autonomie et valorisation des équipes ; • Coût de structure 8% vs 22% moyenne nationale (faible structure des fonctions supports, peu d'administratifs) ; • Maximisation des échanges d'informations et de connaissances entre les équipes (système d'information).	• Risques psychosociaux : balance vie privée/professionnelle des infirmières ; • Faible rentabilité des équipes jeunes ; • Risque de clients sans solutions (si refus) ; • Organisation à deux niveaux : le fondateur et les autres ; • Difficultés en cas de scission des équipes (nécessaire au-delà de 12 personnes par équipe).
Facilitateurs/Opportunités	Obstacles/Menaces
• Aide à l'innovation : Buurtzorg a bénéficié d'un programme de transition du système de santé (2005) (1 million € pour Buurtzorg sur 80 millions) ; • Personnalité du fondateur (Vision claire, approche globale et capacité de persuasion, excellente communication) qui collabore avec le Ministère de la Santé ; • Études chiffrées (KPMG, Ernst & Young) permettant une valorisation de l'impact ; • Culture d'entreprise « apprenante » et « startup ».	• Gestion des imprévus/absences (mais faible : 6%) ; • Risque lié au rôle central du fondateur (nécessité de déléguer les responsabilités) ; • Importance des aides et supports de l'Etat et des financeurs ; • Capacité de changement dans l'organisation (back office) afin d'accompagner le développement des équipes ; • Concurrence entre services pour recruter des infirmières expérimentées.

ETUDES, RETOURS D'EXPERIENCES ET PERSPECTIVES

En 2009, Ernst & Young a documenté des économies d'environ 40% dans le système de santé néerlandais, et une étude de cas de KPMG en 2012 a montré que le programme permet que tous les soins dont le patient a besoin soient prodigués essentiellement par des infirmières (plutôt que des aides-soignantes ou des aides ménagères) de fournir. Cela implique des coûts horaires plus élevés, mais le coût global est réduit car globalement le modèle de Buurtzorg « a permis de réduire de 50 % le nombre d'heures de soins, tout en améliorant la qualité des soins ».

et en augmentant la satisfaction au travail des employés ». Le fondateur de Buurtzorg a pu ainsi convaincre les autorités et contribuer à la mise en place dans le cadre de la loi de 2015 **d'un financement et une facturation des soins à domicile** à l'heure, et non plus à l'acte (qui prévaut en France).

Aujourd'hui, Buurtzorg représente 14 000 professionnels aux Pays-Bas, soit 850 équipes. De 57 salariés soit 13 équipes en 2007, Buurtzorg comptait en 2013 plus de 6000 salariés pour 545 équipes. Il détient aujourd'hui entre 15% et 20% du marché des soins à domicile. L'entreprise affiche un chiffre d'affaires de 400 millions d'euros en 2017. Ce modèle a contribué à changer les soins communautaires aux Pays-Bas.

Buurtzorg décline ce modèle d'organisation pour d'autres secteurs d'activités (soins de maternité, psychiatriques, pour les jeunes, ...).

Le modèle Buurtzorg s'exporte aujourd'hui et se développe dans une trentaine de pays. En France, ce modèle semble intéresser les acteurs de terrain ou les pouvoirs publics qui cherchent à appliquer le modèle ou à s'en inspirer (Jos de Block a été reçu en 2018 au Ministère des solidarités et de la Santé).

Buurtzorg a aussi participé au développement d'une Méthodologie SDMI (*solution driven communication*) qui est vendue dans d'autres secteurs.

2) ST. GEREON SENIORENDIENSTE - HÜCKELHOVEN-BRACHELEN, ALLEMAGNE



VISITES ET RENCONTRES

Nous nous sommes rendus au siège de St. Gereon Seniorendienst où nous avons rencontrés un dirigeant, une représentante du personnel et des aides-soignantes. Nous avons visité un EHPAD, une colocation pour des personnes en grande dépendance ainsi que le « campus intergénérationnel ».

PUBLIC CONCERNE

Personnes âgées autonomes à très dépendantes, personnes fragilisées par des situations de handicap.

TPOLOGIE

Etablissements et services médico-sociaux, centres ressource aidants, habitats regroupés accompagnés, ...

DESCRIPTION DU DISPOSITIF

Cette organisation, basée à Hückeloven, structurée sous forme de GmbH, existe depuis 1865. Elle a comme seul actionnaire la paroisse catholique de St. Gereon. Elle gère également des accueils pour les enfants, ouverts au personnel qui travaille dans les structures citées ci-dessous.

Selon le rapport d'activités de 2012, St. Gereon comptait 355 collaborateurs, dont 58% dans le soin, 23% dans le social et le reste dans l'administration ou comme apprentis.

St. Gereon a développé ses activités par **l'intégration verticale** de tous les services d'accompagnement de la personne âgée au sein d'un territoire rural. Les prestations s'étendent également aux personnes fragilisées par des situations de handicap. Elles **couvrent un large spectre de besoins : de l'information à l'accompagnement en fin de vie** :

- Des **centres d'information et de conseil gratuits** (*Pflegeberatung*), qui répondent à toutes les questions des personnes fragiles ou de leurs aidants : les aides financières possibles pour du maintien à domicile, les solutions de répit pour les aidants, les services de logements accompagnés ou de services d'hébergement permanents ;
- **Les centres de compétences et le management de quartier** : le territoire sur lequel est implanté le service senior St. Gereon est divisé en 3 zones géographiques appelées « **centre de compétences de soins** ».

Chaque zone recense entre 2000 et 10000 habitants. Il s'agit d'organiser et de coordonner sur un territoire une offre complète. Un manager de quartier est responsable d'un centre de compétences. Il assure la coordination des services autour des personnes de la zone qu'il s'agisse de soin, d'aide ou de vie sociale en s'appuyant sur les ressources locales ;

- Le « **campus intergénérationnel** » propose, sur un même lieu, des logements pour des familles, des logements adaptés pour des personnes âgées, une salle pour des rencontres conviviales, un accueil de jour thérapeutique et un bureau de conseil et d'information sur l'aide et les soins. Il est animé par un manager de quartier ;
- Des **prestations d'aide et de soins à domicile**. Ces soins à domicile peuvent comprendre les **soins de base**, les **soins techniques infirmiers**, d'autres **aides au domicile** (repas, linge, locaux, ...), les **aides techniques** (lits médicalisés, livraisons à domicile, ...), le **soutien administratif**, des visites à domicile de **soutien aux aidants** dans le cas des démences liées au grand âge ;
- **Des accueils de jour** : St. Gereon gère **4 centres d'accueil de jour** dans un environnement de 50 kilomètres. Ouverts de 7h30 à 17h, ils permettent une vie sociale et la pratique d'activités dans la journée, sans quitter son lieu de vie habituel le soir. Diverses activités sont proposées en groupe ou en soutien individuel ;
- **Des habitats accompagnés** (*betreutes Wohnen*) : appartements individuels adaptés de 32 à 68 mètres carrés regroupés dans un immeuble, à proximité de l'EHPAD. L'un des bâtiments (*Pastor Gerards Haus*) regroupe 16 appartements. Le deuxième bâtiment (*Haus am Klostergarten*) dispose de 20 appartements. Les personnes **peuvent bénéficier de certains services de l'EHPAD** (restauration, sorties, activités, navette de bus vers le centre, ...) ;
- **Des possibilités d'accueils occasionnels/temporaires** pour soulager les aidants, ou pour permettre à la personne fragilisée d'avoir un temps pour se reposer elle-même, souvent pour éviter un séjour hospitalier ;
- **De l'accueil permanent** dans 4 structures médicalisées (équivalent d'un EHPAD) :
 - *Haus Berg* : 90 places réparties au sein de 76 chambres individuelles et 7 chambres doubles ;
 - *Christinstift* : 53 places réparties au sein de 37 chambres individuelles et 8 chambres doubles ;
 - *Haus Schunk* : 12 appartements selon les principes de l'habitat partagé (l'organisation qui favorise l'entraide entre les habitants permet de réduire les coûts d'hébergement) ;
 - *Johannestift* : 33 places réparties au sein de 27 chambres individuelles et 6 chambres doubles ;Ces structures d'accueil permanent sont organisées en « *Hausgemeinschaft* », c'est-à-dire en appartements partagés où la vie quotidienne est organisée de façon autonome, tout en bénéficiant de l'accompagnement médicalisé d'un EHPAD. Ce modèle a été théorisé par le KDA¹⁵ qui a préconisé la transformation des établissements en s'inspirant des colocations en responsabilité partagée.
- **Des habitats partagés accompagnés 24/24** (*Wohngemeinschaft 24*) **pour 10 personnes fortement dépendantes** ayant besoin de soins techniques après un accident ou une maladie grave (respiration assistée, personnes en état végétatif, polytraumatisés, personnes tétraplégiques, cancer...) ;
- **L'accompagnement de fin de vie à domicile** : une **équipe mobile** a été mise en place en relation avec l'ensemble des partenaires locaux pour le maintien à domicile de ces personnes (soins palliatifs, ...).

St. Gereon a aussi développé un **organisme de formation**, sans sélection à l'entrée, hormis la motivation :

- **Formation en interne** : sur 450 salariés, 200 sont des étudiants en alternance et 80% souhaitent être embauchés par St. Gereon ;

¹⁵ Le KDA (*Kuratorium Deutsche Altenhilfe* : conseil pour l'aide aux personnes âgées) est un conseil indépendant créé en 1962 sous le parrainage du président de la république fédérale. Il est constitué de membres très divers, avec une représentation importante des fédérations des œuvres sociales, de la recherche et de l'enseignement en science sociales et médico-sociales. Il s'appuie sur une équipe de chercheurs pluridisciplinaire mettant son expertise à la disposition des décideurs (ministères, collectivités locales, organisations professionnelles et organismes gestionnaires) et des professionnels (établissements et services, architectes...). Il a un poids comme médiateur et une capacité de lobbying au côté d'autres instances représentant les intérêts des retraités et les personnes âgées. Ses activités de recherche/évaluation et de formation sont des atouts pour participer au repérage et à la diffusion des approches innovantes.

- **Formation en externe** : les personnes formées par St. Gereon trouvent facilement un emploi dans un périmètre de 20 km autour de leur domicile.

Il s'agit pour St. Gereon de répondre à l'intégralité des besoins de la population de ce territoire sans venir en concurrence avec ce qui existe déjà. La société a décidé de créer les services ou établissements là où elle avait identifié un besoin non couvert. Ainsi, St. Gereon dispose d'un panel important de structures, de l'établissement au service, en passant par des solutions intermédiaires réfléchies en cohérence et en mutualisant les ressources avec les établissements proches complété par les équipes de soins dont l'organisation est inspirée de Buurtzorg.

MODELE ECONOMIQUE

LES COÛTS ASSOCIES AU MODELE

- **Coût de structure** :

Les coûts correspondent donc à des coûts classiques pour ce qui est des établissements et services que nous connaissons (EHPAD, service d'intervention). Par contre, il y a une vraie optimisation des coûts car l'organisation est déployée sur un périmètre restreint (quelques communes autour de HÜCKELHOVEN).

Beaucoup de **services** sont **mutualisés** :

- **Mobilité** : navettes communes à plusieurs structures ;
- **Restauration centrale** : pour les EHPAD et le portage de repas ;
- **Activités** : les bénéficiaires à domicile peuvent venir aux activités en EHPAD ;
- **Proximité des établissements** facilitant aussi le parcours de la personne, la veille de nuit, télévigilance, ...
- **Personnel** : mobilité du personnel d'une structure à l'autre en fonction des besoins.

Le recrutement des apprentis est facilité par la présence du **centre de formation**. **L'utilisation extensive d'apprentis** (200 apprentis sur 450 salariés) permet de contenir **les charges salariales**.

LES FINANCEMENTS

Les **financements** sont "**classiques**" pour toute l'**activité des services et des établissements** (voir en annexe le zoom sur les soins de longue durée en Allemagne). Le périmètre géographique restreint pourrait engendrer une tension sur le foncier ou un blocage dans les projets de proximité, mais la taille de St. Gereon en fait un partenaire incontournable : un promoteur immobilier a décidé de construire des logements adaptés en partenariat avec St. Gereon pour la gestion des besoins en accompagnement et en soins.

Les managers de quartier sont financés par St. Gereon sur ses fonds propres. En effet, les aides d'état ne couvrent pas ce type de fonction, jugé essentiel par St. Gereon dans la coordination des services et des soins apportés à la personne.

Le **Centre de formation représente un coût de 250k€/an** couvert par les financements des organismes de formation, les aides à la formation des alternants de St. Gereon mais aussi grâce à l'ouverture du centre à des personnes extérieures (formation initiale et complémentaire, ...).

Concernant les logements accompagnés « *betreutes Wohnen* », les personnes y habitant payent le loyer, les charges comme dans un domicile ordinaire. Ils **bénéficient d'un service de base** pour un coût de 77 à 150 euros par mois suivant le forfait choisi. **A cela s'ajoutent des services optionnels** et les repas. Enfin, l'aide et les soins au domicile peuvent être apportés par des services librement choisis et financés par l'assurance soins de longue durée comme dans un domicile ordinaire.

Citoyenneté, participation et qualité de vie des habitants (publics visés)	
Les pratiques inspirantes	Leurs impacts
• Intégration verticale de tous les services pour satisfaire les besoins du territoire ; • Modèle de type « Bielefeld¹⁶ » par quartier et de « Buurtzorg » pour l'autonomie des équipes ; • Vigilance à la participation des personnes pour sortir de l'occupationnel¹⁷ et maintenir l'estime de soi (codécision des activités, participation à la vie quotidienne, rétribution de leur contribution (de 25 à 75€/mois)) ; • Organisation de la vie dans l'EHPAD en petits groupes de type « Hausgemeinschaft » (10 personnes).	• Couverture complète des besoins de la population et du territoire ; • Possibilité d'un parcours domiciliaire dans le même bassin de vie pour maintenir le réseau social de la personne ; • Maintien à domicile grâce à une multiplicité de prises en charge et d'accompagnement ; • Clientèle captive sur un parcours domiciliaire tracé.
Valorisation du personnel (formation, responsabilisation, autonomie, ...)	
Les pratiques inspirantes	Leurs impacts
Axe politique visant à mettre le personnel à la même place que l'usager : • Participation au prix du meilleur employeur (modèle international : Great Place to Work) ; • Communication externe : le personnel est systématiquement mis en avant ; • Communication interne : stickers dans les établissements "est-ce que j'ai déjà remercié/sourit à quelqu'un dans la journée ?" ; • Autogestion partielle des équipes. Elles fixent elles-mêmes leurs objectifs ; • Politique de la porte ouverte des directeurs ; • Avantages sociaux : maison de vacances, congé maternité dès le début de la grossesse, ... ; • Présence constante et renouvelée d'apprentis dans les équipes¹⁸ ; • Centre de formation : sans sélection à l'entrée, cursus en alternance (3 ans), 0% d'échec.	• Amélioration continue de la qualité par une évaluation extérieure, la mise en place et le suivi d'actions concrètes ; • Satisfaction du personnel et faible taux d'absentéisme (2,3% contre 10-16% dans le secteur) ; • Aucune difficulté de recrutement : certains établissements ne peuvent plus accueillir faute de personnels ; • Dynamique de responsabilité et de transmission du savoir vis-à-vis des apprentis ; • Centre de formation : pallie à la pénurie de personnel et renforce leur marque employeur.
Rôle du quartier (environnement, réseaux, ...)	
Les pratiques inspirantes	Leurs impacts
• Implantation très territorialisée et rurale ; • Maîtrise de l'écosystème ; • Manager de quartier.	• Bonne connaissance du territoire, du quartier. • Etablissements ouverts à tous (cafés, ...) ; • Acteur quasi incontournable dans le parcours domiciliaire des personnes concernées ; • Forte image de marque auprès des habitants.

¹⁶ Cf. pages suivantes de ce rapport (II.3.)

¹⁷ Ex. : café communal au sein de l'EHPAD, boîte aux lettres devant la chambre, participation à la préparation des repas, de la table, espace restauration pour les plus indépendants, ...

¹⁸ Ex. : sur un des EHPAD, pour une unité de vie : 1 salarié éducatif, 2 salariés « soins », 1 à 6 apprentis.

Partenariats et coopération des acteurs	
Les pratiques inspirantes	Leurs impacts
• Partenariat fort avec la ville qui « délègue » la gestion de l'accompagnement des PA (et PH dans une moindre mesure) ; • Actions de sensibilisation sur la connaissance des PA aux mairies, écoles (ex. : « conduite » de fauteuil) et autres organismes ; • Expertise développée sur la construction de logements mixtes, organisation reconnue : sollicitation d'investisseurs pour du conseil.	• Interconnaissance de tous les acteurs ; • Acteur quasi incontournable dans tout projet touchant les publics fragiles PA/PH ; • Couverture globale de l'offre limite les partenariats extérieurs (peut-être lié à un déficit sur le territoire rural).

ANALYSE DES PROJETS

Intérêts/Forces	Limites/Faiblesses
• Très bonne connaissance du territoire ; • Couverture complète des besoins des PA, étendue aux PH ; • Maillage territorial fort facilitant la mutualisation : la téléalarme de certains appartements accompagnés est reliée à l'EHPAD ; • Action conjointe avec la ville et en lien étroit avec la région (Nordrhein Westfalen).	• Manque d'offres (services, habitats, ...) sur le territoire concentre les services sur St. Gereon ; • Impression d'omniprésence de St. Gereon dans la ville et sur le territoire (ex. : le rapprochement des bâtiments peut donner l'impression d'une concentration) ; • Difficulté pour la personne d'exprimer sa liberté de choix au regard de l'écosystème St. Gereon.
Facilitateurs/Opportunités	Obstacles/Menaces
• Implantation facilitée par la présence et le soutien de la paroisse ; • Réponse aux besoins (PA/PH) des villes, qui facilitent le développement des projets de St. Gereon ; • Pas de statuts différents entre foyer logement et résidence service, pas de distinction par rapport au logement social.	• Tension sur le foncier pour leur développement (ex. : le propriétaire ne veut pas vendre).

ETUDES, RETOURS D'EXPERIENCES ET PERSPECTIVES

St. Gereon est une organisation en veille constante et qui s'appuie sur des études pour développer de nouvelles offres ou améliorer les services rendus à leurs publics (personnes âgées et plus récemment les personnes en situation de handicap). Ainsi, St. Gereon s'est appuyé sur les travaux du KDA pour transformer les établissements et adopter une organisation en appartement, ou développer le « Campus Intergénérationnel ».

St. Gereon a reçu plusieurs années de suite des prix comme « meilleur employeur » dans le champ d'activité du soin, lors du **challenge « Great Place To Work »** et est classé second toutes catégories confondues (sur 750 entreprises).

Il a aussi mis en place une **démarche d'évaluation avec de nouveaux critères intégrant les notions d'impact social et de bien commun**.

Enfin, ils sont engagés dans la démarche « *Economy For Common Goods* » (économie du bien commun) avec 646 points sur 1000 points potentiellement atteignables (pas encore atteints en Allemagne dans ce champ d'activités, très contraint par les choix des financeurs).

3) CONCEPT DE QUARTIER "BIELEFELDER MODELL" ET "LeNa"- BIELEFELD ET HAMBOURG, ALLEMAGNE

VISITES ET RENCONTRES

A Bielefeld, nous nous sommes rendus au siège de la BWG (société de Bielefeld pour l'habitat et les services immobiliers). Nous avons rencontré la directrice et le responsable du management social de la BWG qui nous ont présenté leurs activités et le modèle de Bielefeld. Ensuite, nous avons visité trois quartiers où nous avons été accueillis dans les « *Wohn Café* » par des managers de quartier.

A Hambourg, nous nous sommes rendus dans le « *Wohn Café* » de la Rungehaus. Nous avons rencontré des responsables du service de soin et de « Proquartier » la filiale du bailleur qui développe ce concept. Ils nous ont présenté les différents aspects du modèle LENA (« *Lebendige Nachbarschaft* » - Voisinage Vivant) inspiré du modèle de Bielefeld, puis nous avons visité le bâtiment et rencontré un locataire dans son appartement.

PUBLIC CONCERNE

Ce modèle vise un mélange aussi large que possible des différentes situations de vie dans un projet d'habitat, notamment les personnes âgées très dépendantes. Objectif : vivre chez soi, dans son quartier.

TPOLOGIE

Habitats adaptés regroupés, habitats partagés.

DESCRIPTION DU CONCEPT DE QUARTIER

Le modèle de Bielefeld s'est développé dans les années 80-90, en coopération entre les bailleurs sociaux et les services d'aide et de soins.

Il s'agit d'**adapter l'espace social de proximité** aux personnes qui ont besoin de soins et de soutien. Le modèle prévoit, **au cœur de chaque quartier**, des conditions matérielles et organisationnelles favorables à l'articulation locale des solidarités de voisinages, des aides bénévoles et des interventions professionnelles pour structurer un **réseau de soutien** des personnes qui ont besoin d'aide et de soins, pour qu'elles puissent **continuer à vivre dans leur environnement familial** (Kramer-Preiss, 2015).

Ce modèle préconise le **maillage des quartiers**¹⁹ et l'intégration des services d'aide et de soins. Si un nombre suffisant de personnes ayant un besoin régulier de soins vit à proximité, **une présence** pour l'aide et le soin peut être mise en place et **une veille** pour la téléassistance **pourra être financée**.

Ce modèle vise un **mélange de publics** aussi large que possible **regroupant différentes situations de vie dans un même projet d'habitations**. Un tel projet de quartier pourra associer différents éléments : logements adaptés avec services, logements ordinaires, projet d'habitat participatif, locaux communs (point de rencontre pour le quartier), colocation pour personnes atteintes de maladie d'Alzheimer, chambres d'hôtes, logement d'hébergement temporaire et service de soin.

Le modèle de Bielefeld prévoit, au cœur de chaque quartier, une **organisation associant logements adaptés, une sécurisation par un service d'aide et de soin et une dynamique de convivialité** pour apporter un étayage aux

¹⁹ Suivant les projets, les quartiers sont définis par un rayon de 500 à 1000 mètres autour d'un point central.

personnes les plus fragiles **et leur permettre de vivre le plus longtemps possible, chez elles, dans un domicile autonome.**

Dans chaque quartier il y a ainsi 4 incontournables :

- un « *Wohn Café* » : **espace de rencontre et de convivialité** ouvert sur le quartier ;
- un **ensemble de logements adaptés dont quelques-uns sont réservés aux clients bénéficiant** d'un service d'aide et de soins à domicile ;
- une antenne d'un **service d'aide et de soins** qui assure une permanence et une assistance sur le quartier pour les personnes très dépendantes, avec une téléassistance et l'intervention d'urgence sans paiement de forfait (seules les interventions effectives sont facturées) ;
- un « **manager de quartier** » ou « **coordonnateur social** » est présent pour soutenir les habitants et les bénévoles du quartier dans l'animation du « *Wohn Café* », susciter les solidarités de voisinage et coordonner les activités (exemple : la préparation régulière de repas en commun au sein de l'espace commun, pour les personnes vivant dans un voisinage immédiat).

LA DECLINAISON DU MODELE PAR LA BWG A BIELEFELD : LE MODELE DE BIELEFELD



La BWG, bailleur social à Bielefeld, est impliqué depuis 1996 dans le développement du « *Bielefelder Modell* », en partenariat avec des services d'aide et de soins et la ville de Bielefeld. La BWG a **implanté le modèle dans 16 ensembles immobiliers** et plusieurs projets sont en cours de planification.

La BWG définit le quartier comme « un voisinage à taille humaine, d'un rayon d'un kilomètre au maximum où chaque ménage peut être atteint en quelques minutes de marche ».

Le service d'aide et de soins

Il est sélectionné sur appel d'offre par le bailleur pour une durée indéterminée et doit répondre à minima aux critères suivants :

- être déjà implanté sur le quartier ;
- détenir une prestation globale d'aide à domicile et de soins (personnes âgées et personnes handicapées) ;
- faire preuve d'innovation dans sa démarche d'accompagnement des personnes ;
- être proactif quant à son développement et le financement de ses actions.

Au démarrage d'un projet, au moins 6 appartements sont réservés à des personnes fortement dépendantes pour lesquelles le service retenu interviendra. C'est la condition pour que le service puisse mettre en place la permanence 24/24 pour le quartier et maintenir un modèle économique pérenne.

La permanence 24/24 et des interventions la nuit

La permanence téléphonique est mutualisée et possible grâce à la présence du service pour un nombre suffisants de clients à proximité et notamment pour les personnes occupant les logements réservés à cet effet.

Les interventions sont ensuite payantes. Si elles se révèlent récurrentes, le service étudie la situation avec la personne pour déterminer le besoin réel et mettre en place éventuellement des interventions de nuit régulières adaptées.



Le **projet LeNa**, *Lebendige Nachbarschaft* (voisinage vivant) inspiré du modèle de Bielefeld, s'implante dans **deux quartiers de Hambourg**, dans une collaboration entre l'entreprise de bâtiment SAGA GVG et la fondation d'œuvres sociales Alsterdorf. Le *Rungehaus* (Maison Runge) est la première réalisation du concept à Hambourg, les habitants s'y sont installés depuis 2016.

L'objectif est que les **personnes très dépendantes puissent continuer à vivre dans leur quartier, leur environnement familial, grâce à un mix de soutien professionnel et d'aide de voisinage**.

Au cœur du projet, la Maison Runge qui s'étend sur plusieurs corps de bâtiments avec :

- 74 logements accessibles, **avec 8 logements pour des personnes très dépendantes**, clients des services d'aide et de soin, et un logement pour recevoir des personnes en séjour temporaire ;
- un “*Wohn Café*” : **lieu de rencontre, de partage de repas**, ainsi que d'échange d'entraide et de services entre voisins ;
- un bureau pour **un service d'aide et de soins à domicile** qui travaille sur l'ensemble du quartier et assure une présence et veille 24/24, sans paiement de forfait ;
- Un point de rencontre de voisinage qui permet d'organiser des échanges de services entre voisin pour un soutien et une aide mutuelle (certains services peuvent être monnayés).

Tous les habitants du quartier, soit environ 500 à 800 ménages du quartier peuvent bénéficier du dispositif LENA.

MODELE ECONOMIQUE DU MODELE DE BIELEFELD ET DE LENA

L'ensemble des coûts à prendre en compte pour le modèle de Bielefeld sont les suivants :

- **Coûts de construction :**

Construction de **logements mixtes (sociaux et non sociaux)** avec intégration systématique dans les plans :

- d'un **lieu de socialisation**, le “*Wohn Café*” ;
- d'**appartements adaptés réservés pour des personnes âgées** et des appartements **accessibles** (PMR) ;
- d'un ou plusieurs **appartements d'accueil temporaire** pour des séjours de répit ou des sorties d'hospitalisation (6 mois max) ;
- d'un **bureau pour le service d'aide et de soin** qui interviendra (retenu par appel d'offre) ;
- d'**espaces accueillants** dans les parties communes permettant la rencontre et l'échange ;
- d'espaces de stockage adaptés pour les fauteuils roulants, déambulateurs, etc. : dans les garages ou sous-sols.

La construction des logements adaptés et des locaux communs sont subventionnés comme “*Senioren Wohnanlage*” (résidence pour senior).

- **Coûts salariaux** : un financement spécifique doit être dégagé pour couvrir le coût salarial de la personne assurant ce « management de quartier ». Selon les promoteurs du modèle, ce financement devrait relever du soutien à l'autonomie du fait de son caractère de prévention. De fait, ces postes sont le plus souvent financés par des subventions non pérennes.

- **Coûts de la sécurisation 24/24 des interventions sur appels (en particuliers la nuit)**

Le service de permanence et de présence 24/24 du service d'aide et de soin n'est pas facturé aux bénéficiaires potentiels. Il est financé par le regroupement à proximité d'un certain nombre de clients dont le besoin de soin est important. Le service a donc un droit de proposition sur quelques logements (6 à Bielefeld, 10 pour LENA). Il est demandé au service d'être habilité à l'accompagnement de différents besoins d'aide et de soin et de différents types de handicaps pour pouvoir accueillir les personnes et diversifier les financements.

A noter : le coût des interventions programmées d'aide et de soin à domicile dans le cadre d'un plan d'aide n'est pas spécifique au modèle.

Financements des loyers		
Objet de financement	Bielefeld	LeNa
Des logements adaptés personnes âgées Des logements adaptés au handicap (accessibles en fauteuil roulant) Des logements “ordinaires” (pas réservés PA dans le même ensemble/immeuble)	- Financement classique du logement social et du logement privé). - Chaque locataire détient un bail personnel : les loyers des logements adaptés et accessibles sont identiques à ceux des autres logements sociaux. - Pour LeNa, à Hambourg, les logements adaptés peuvent bénéficier de financements spécifiques pour les logements pour seniors. - Loyer pour un logement de 48 m2 : 465 euros.	
Un ou plusieurs appartements d'accueil temporaire (6 mois max), destinés à des personnes qui ont besoin de soin et d'aide pendant une courte durée (répit, sortie d'hôpital).	Bail établi avec la structure qui accompagne la personne dans sa réinsertion (PA, PH, social), qui sous-loue à la personne.	
Un lieu de socialisation, le “Wohn Café” et espaces de rencontre	Les espaces communs sont mis à disposition gratuitement par le bailleur. Pour LENA, le service d'aide et de soins doit payer les charges (électricité, chauffage).	
Chambre d'hôte	Louée à la nuit.	
Bureau pour le service qui interviendra (retenu par appel d'offre)	Le service intervenant paye un loyer.	
Bureau pour les bénévoles		Intégré à LeNa.
Espace accueillant dans les parties communes permettant la rencontre et l'échange	Inclus dans le coût du programme.	
Espace assez large pour le stockage de fauteuils, déambulateurs (paliers, espaces communs, espaces dédiés dans les garages ou sous-sols ou autres)		

Financements des coûts salariaux		
Objet de financement	Bielefeld	LeNa
Soutien à la convivialité et à la solidarité : poste Manager de quartier	Pas de financements pérennes pour le salaire du manager de quartier.	
	Financé par la ville pour 5 ans maximum. Puis, réponses à des appels à projets pour tenter d'avoir d'autres subventions.	Subvention pour le poste de l'animation sociale prévue pour 2 ans. Le prestataire de services investit également.
Sécurisation avec possibilité d'une intervention 24/24 (y compris la nuit)	Permanence téléphonique mutualisée avec intervention possible sur à appel grâce à la présence du service pour un nombre suffisant de clients à proximité, notamment pour les personnes occupant les logements réservés à cet effet.	
	Min. 6 appartements sont fléchés pour des personnes très dépendantes. Interventions faites par le service d'aide et de soins retenu sur le quartier.	Minimum de 10 appartements pour personnes avec besoin de soin et d'assistance important.
Intervention ponctuelle dans le cadre de la sécurisation 24/24 et de nuit	Interventions payantes. Si elles se révèlent récurrentes, le service étudie la situation avec la personne pour déterminer le besoin réel et mettre en place le service correspondant.	Les interventions ponctuelles ne sont pas facturées aux personnes. Subvention accordée par la Ville la première année pour soutenir cette prestation. Le service a décidé de poursuivre malgré l'arrêt de la subvention.
Aide et soin à domicile, intervention programmée.	Service financé sur la base des prestations régulières suivant les besoins des clients du service (par l'assurance soins, l'assurance maladie sur certaines pathologies), les ressources des personnes et les aides sociales (possibilité de faire appel à un autre service). Possibilité de programmation d'intervention régulière de nuit.	

Citoyenneté, participation et qualité de vie des habitants (publics visés)	
Les pratiques inspirantes	Leurs impacts
Les points communs	
<u>Un habitat inclusif</u> - Des logements sociaux diffus dans les immeubles également dédiés au parc privé et locatif. Variété des logements, gestion centralisée et travaillée en lien avec les différents acteurs. - Des logements adaptés dédiés aux personnes ayant besoin de soins. <u>Une ouverture sur le quartier</u> - Promotion de la participation citoyenne dans la vie du quartier. - Un lieu de convivialité dédié, ouvert aux habitants du quartier "Wohn Café" - Un manager de quartier organise la coopération dans le quartier, assure l'animation sociale. - Engagement bénévole important. - Valorisation des actions locales. <u>Permanence 24/24 d'un professionnel.</u>	- Mixité des habitants dans les immeubles, non stigmatisation des "logements sociaux", de la population habitante. - Regroupement des appartements adaptés dans un même bâtiment ou même secteur d'un bâtiment. - Permet à la personne de changer de logement en fonction de son besoin d'aide, tout en restant dans son quartier. - Sentiment d'appartenance à une communauté dans le quartier. - Sentiment de sécurité. - Vie de quartier. - Implication des voisins, des habitants et des acteurs du quartier. - Développement du lien social. - Réponse collective aux besoins individuels des habitants.
Spécificités à Bielefeld	Spécificités de LeNa à Hambourg
- Création d'un réseau de voisinage pour assurer la pérennité du lien. Exemple : "cafés citoyens", petits déjeuners mensuels, groupes de discussion... 5000 ménages habitent dans le quartier visité.	Bureau du service d'aide et de soin pour le quartier qui propose divers services sociaux et médico-sociaux : assistante sociale aide et soin, information, aide-ménagère, aide à l'intégration, conseil sur les aides financières. - Organisation de temps conviviaux pour mettre en place des groupes d'intérêts ("cafés de planification").
Valorisation du personnel (formation, responsabilisation, autonomie, ...)	
Les pratiques inspirantes	Leurs impacts
Les points communs	
Nouveau métier de manager de quartier avec une mission de développement social sur le quartier.	- Interconnaissance des acteurs, travail partenarial et animation du lien social. - Risque de perte de dynamique sociale dans le quartier après la fin de la mission du manager (financement du poste non pérenne).

Spécificités à Bielefeld	Leurs impacts
• Création d'une formation qualifiante de "Manager de quartier". • Poste financé pendant 5 ans. • Un responsable du management social à BWG qui apporte un appui aux managers de quartier.	• Réseau capitalise sur les bonnes pratiques et évite l'isolement des managers.
Spécificités à LENA	Leurs impacts
• Organisation autonome des bénévoles : conseil de gestion LeNa. • Un professionnel au bureau du quartier pour conseil, information aux habitants. • Manager de quartier : poste financé 2 ans. • Autonomie du groupe bénévole après 2 ans.	• Responsabilisation des "voisins". • Impulsion d'une dynamique de voisinage par le manager : création et soutien d'un conseil des bénévoles. • Risque d'essoufflement du groupe bénévole autonome.
Rôle du quartier (environnement, réseaux, ...)	
Les pratiques inspirantes	Leurs impacts
Les points communs	
• Projets pensés à l'échelle du quartier. • Inscription de l'habitat dans un quartier, une carte du quartier et des services est élaborée. • Mutualisation des services sur un quartier. • Vision sociétale portée par un bailleur social à l'origine du projet, soutenu par la ville en coopération avec des acteurs sociaux dans les quartiers. • Mission du manager de quartier. • Le "Wohn Café" comme lieu de rencontre de convivialité et d'animation. • Réseau formalisé d'entraide de voisinage et de bénévolat de proximité.	• Vision globale des ressources et des manques dans un quartier. • Présence 24/24 d'un professionnel. • Réponse aux besoins évolutifs des habitants, en termes de logements et de services. • Création de solidarités de proximité et de voisinage.
Spécificités à Bielefeld	Leurs impacts
• Prise en compte des spécificités culturelles dans les quartiers. Exemple : population turque forte dans l'un des quartiers.	• Réponses apportées adaptées à la spécificité du quartier.
Spécificités à LeNa	Leurs impacts
• 4 piliers de LeNa : ○ Vie de quartier forte et vivante ; ○ Programme "Voisins pour voisins" ; ○ Conseil et soutien : aide professionnelle ; ○ Des habitats pour chaque phase de la vie. • Projet central "les voisins cuisinent pour les voisins". • Bureau de voisinage organise bourse aux contacts dans le quartier.	• Forte interaction avec le quartier. • Développement du bénévolat. • Pas de barrière entre l'habitat et l'environnement.

Partenariats et coopération des acteurs	
Les pratiques inspirantes	Leurs impacts
Les points communs	
● Fort partenariat entre le bailleur et le prestataire de services pour la gestion des appartements et pour l'aide à domicile. ● Notion de coopération. ● Mise en place d'un contrat à durée indéterminée entre le bailleur et le service via un système d'appel d'offres. ● Implication de la ville (voir spécificités). ● Travail de communication pour la diffusion du modèle en Allemagne.	● Sécurisation de l'activité du service de soins grâce à la coopération. ● Amélioration progressive commune : capitalisation des pratiques. ● Contrat moral qui lie le service d'aide à domicile à la démarche de quartier. En 25 ans d'expérience, le BGW n'a eu qu'une rupture de contrat. ● Stabilité du modèle possible.
Spécificités à Bielefeld	Leurs impacts
<u>Avec le prestataire de services :</u> ● Travail étroit entre le bailleur BWG et le service médico-social assuré par AWO dans le quartier visité. ● Travail de coopération entre partenaires : réunions, tables rondes entre partenaires du quartier, échanges de pratiques avec des partenaires d'autres régions. <u>Avec la ville :</u> ● Implication de la ville qui détient à 75% le bailleur BGW. ● Congrès annuel sur l'adaptation des réponses aux évolutions démographiques de la ville avec ses partenaires (bailleurs, acteurs de l'offre de service et de l'offre sociale de la ville...).	<u>Une mixité effective :</u> ● Maximum un tiers de personnes avec besoins d'aide et de soin dans un même immeuble. ● 4 à 6 logements réservés pour le service à domicile = au moins 6 clients garantis au prestataire dans le quartier. ● Projet de la ville dans sa vision prospective à 2050.
Spécificités à LeNa	Leurs impacts
● Démarche de coopération entre le bailleur social SAGA et le service d'aide à domicile. ● Principe de subsidiarité (cf. illustration ci-après) : on part de l'entourage, puis on va vers le voisinage, et en dernier lieu vers l'aide à domicile extérieure. ● Accompagnement du projet par la cellule de coordination de Hambourg.	● Meilleure autonomie des personnes. ● L'environnement, <i>via</i> l'entraide et la solidarité.

LE PRINCIPE DE SUBSIDIARITE : LeNa - LEBENDIGE NACHBARSCHAFT (VOISINAGE VIVANT)

Le **principe de subsidiarité** tel qu'illustré ci-dessous résume bien l'idée du concept de Bielefeld. Il s'appuie sur l'ensemble des éléments et soutiens possibles de l'environnement, avant d'intervenir directement via des prestataires de soin et/ou d'aide à domicile.

De la même façon que dans le modèle Buurtzorg, il s'agit de ne pas forcément faire à la place de, mais de s'appuyer sur l'environnement existant.



ANALYSE DES PROJETS

Intérêts/Forces	Limites/Faiblesses
Points communs	Points communs
• Notion de quartier prédominante. • Inclusion dans la cité. • Rôle du manager de quartier. • Solidarité de proximité. • Responsabilisation des habitants. • Partenariats bailleur social/prestataire de services.	• Financement non pérenne du poste de manager de quartier. • Système d'appel d'offres pour le service d'aide (remise en cause possible du partenariat existant). • Risque de proposer un logement intermédiaire plus qu'un logement durable.
Spécificités à Bielefeld	
• Recul sur le modèle. • Modèle part du logement et pas du handicap : pourquoi une personne est amenée à déménager. • Identification le panel de logements nécessaires au parcours de la personne dans un même quartier en fonction de ces besoins.	
Facilitateurs/Opportunités	Obstacles/Menaces
Points communs	Points communs
• Volonté politique favorisant le déploiement du concept de quartier. • Implication des communes. • Vision prospective de la ville et volonté de s'adapter aux évolutions démographiques et sociétares.	• Réussite dépend de l'engagement de l'ensemble des partenaires. • Potentiel désengagement des bailleurs ou des politiques. • Vision moyen terme du financement de la dynamique (dépend de financement public).

Spécificités à Bielefeld	
Volonté de la ville de déployer le modèle.	
Spécificités à LeNa	
Obligation d'inclure des projets « sociaux » dans tous les programmes de construction neuve.	

ETUDES, RETOURS D'EXPERIENCES ET PERSPECTIVES

Le KDA a modélisé le « concept de quartier » suite à un appel à projet où le modèle de Bielefeld a été distingué. En 2008, différents partenaires se sont réunis lors d'un programme d'étude mené par la Fondation Bertelsman, le programme SONG (Sozial Neu Gestalten : donner une nouvelle forme au social). Il s'agissait d'étudier l'intérêt des formules d'habitat accompagné pour les personnes âgées. Un des quartiers de Bielefeld participait à ce programme qui a donné lieu à une série de publication, dont une étude de retour social sur investissement.

Selon les études menées, les expériences dont s'inspire ce concept apportent des **réponses de proximité**, mieux adaptées aux besoins des personnes car plus flexibles. Elles favorisent l'**autodétermination**, soutiennent l'autonomie et consolident le **potentiel d'entraide des personnes âgées et du voisinage**. Elles généreraient ainsi des économies du fait d'une meilleure évolution de l'état de santé des habitants et de la subsidiarité entre l'**aide professionnelle** et l'**aide informelle** (Westerheid, 2010).

Selon les promoteurs du « concept de quartier », ces économies devraient être affectées au financement du management de quartier. Les membres du réseau SONG ont développé en partenariat, un programme de formation qualifiante pour ces « managers de quartier ».

Ce **modèle a essaimé depuis Bielefeld**, dans des partenariats entre les bailleurs et les fédérations d'œuvre sociales, ou à l'initiative de communes, ou de groupes de citoyens. Il est **décliné dans différentes Länder**, par exemple à Munich, sous l'impulsion de la municipalité en partenariat avec le bailleur GEWOFAG qui l'a décliné dans une dizaine de quartiers différents en 2015, ou encore à **Hambourg où nous avons visité le projet LeNa**.

En 2014, la BWG a réalisé une étude de satisfaction auprès des habitants des « quartiers » du « modèle de Bielefeld ». En 2016, une **étude d'évaluation globale de l'impact et de la qualité** du modèle de Bielefeld a été lancée en coopération avec l'université de Bielefeld. L'enquête de terrain est encore en cours.

Le concept de quartier a aussi donné lieu à des déclinaisons, où l'accent est mis sur le management de quartier, spécifiquement orienté vers les personnes âgées, sans programme spécifique concernant l'habitat.

Plus globalement, cette volonté de **repenser l'infrastructure au niveau local, pour apporter la réponse la mieux adaptée aux désirs et aux besoins des personnes**, s'est traduite dans le thème du dernier « rapport sur les vieux », rapport d'experts préparé lors de chaque législature pour orienter la politique de la vieillesse. Le thème de ce rapport était « la commune du care », ou « la commune de la sollicitude - comment repenser le soin (de longue durée) pour répondre au niveau des communes ». Cela se traduit par une **mise en réseau de tous les acteurs et la volonté de favoriser des programmes mixtes** pour promouvoir une diversité des réponses et proposer localement des solutions adaptées aux différents souhaits et besoins d'aide des personnes.

4) COLOCATIONS ACCOMPAGNEES "PFLEGEWOHNGEMEINSCHAFT" ET CELLULE DE COORDINATION "KOORDINATIONSTELLE" - HAMBOURG, ALLEMAGNE

VISITES ET RENCONTRES



A Hambourg, nous nous sommes rendus à la Koordinationstelle Hamburg où nous avons rencontré la responsable de la Koordinationstelle, la coordinatrice de l'initiative régionale « Vivre avec la Démence » à Hambourg, le dirigeant de la société Alzheimer de Hambourg, et un dirigeant de la Fondation Hartwig Hesse. Ils nous ont présenté leurs activités et plus particulièrement, le **rôle de la cellule de coordination dans l'accompagnement des partenaires pour la création et le fonctionnement de ces colocations.**

Dans les locaux de la Fondation Hartwig Hesse, nous avons rencontrés la référente des familles de la WG Hohenfelde, le responsable du département « service d'aide et de soins, qualité et formation » de la Hartwig Hesse Stiftung, la coordinatrice du programme de bénévolat pour l'accompagnement des WG et le parrainage des colocataires à la société Alzheimer Hamburg e.V. et une accompagnatrice bénévole des collectifs de famille lors de la création de WG. Nous avons pu approfondir différents aspects du **fonctionnement des colocations** et le **rôle des différents acteurs**. Puis nous avons visité le chantier d'une future colocation, ainsi que deux colocations en fonctionnement accompagnées par le service d'aide et de soins de la fondation Hartwig Hesse.

PUBLIC CONCERNE

Personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées.

TPOLOGIE

Dispositif de colocations accompagnées, soutenu par une Cellule de coordination dédiée pour la ville-Etat de Hambourg.

DESCRIPTION DES COLOCATIONS POUR PERSONNES AGEES ATTEINTES DE SYNDROMES ALZHEIMER OU APPARENTES

En Allemagne, l'habitat partagé accompagné est principalement implanté sous la forme des **colocations accompagnées** ("Pflegewohngemeinschaft") ou encore **colocations à responsabilité partagée**. La responsabilité de l'**accompagnement des habitants**, souvent atteints de pathologie du type de la maladie d'Alzheimer, y est **partagée entre les différents acteurs**. Le collectif des familles gère la colocation et choisit un service d'aide et de soin, à qui est confié l'accompagnement 24/24.

La première colocation accompagnée à Hambourg a été inaugurée en 2003 après un appel à projets de la ville-Etat, s'inspirant des colocations de Berlin développées par la branche allemande des Petits Frères des Pauvres (FAMEV) et du dispositif Cantou expérimenté en France. Ce premier lieu de vie devait servir d'exemple pour en tirer des enseignements. L'objectif était de développer une alternative à l'ouverture de nouvelles places en établissement.

Les deux principes fondamentaux étaient un **environnement de petite taille** rappelant les conditions de vie antérieure, et de **favoriser l'intervention des proches dans l'organisation**.

DESCRIPTION MODELE DE LA CELLULE DE COORDINATION

La cellule de coordination a été créée en 2007 suite à un appel à projet de la ville-Etat de Hambourg qui souhaitait développer les colocations pour malades Alzheimer en responsabilité partagée ("Wohngemeinschaft" WG). **Stattbau Hamburg**, agence d'urbanisme spécialisée dans le développement de l'habitat participatif, a remporté l'appel à projet et héberge la **Cellule de coordination**. Elle fait, à l'échelle de la ville, un **travail de communication**,

de **mise en réseau des acteurs** et d'**accompagnement des projets et des personnes** qui souhaitent intégrer une colocation. Elle participe également à un **réseau national d'acteurs** impliqués dans le développement des WG et leur régulation (incluant notamment FAMEV). Elle publie une "lettre d'informations" sur le développement des WG dans le Nord de l'Allemagne et un "journal" du réseau national. Elle organise depuis 2008, une **journée d'étude annuelle** sur l'actualité et les perspectives d'évolution de ces dispositifs.

Des **réunions périodiques** sont animées par la Cellule à destination des **bailleurs**, des **services d'aide et de soins** et des **familles** afin de partager et d'informer sur les difficultés rencontrées.

La cellule de coordination a accompagné le développement d'une quarantaine de projets de colocation (PA et PH). La tendance est maintenant au développement de projets de type "quartier" proposant sur un même lieu, différents dispositifs pour offrir un véritable choix aux personnes qui ont besoin d'aide. Parmi les travaux actuels de la cellule figurent :

- Un partenariat avec la société Alzheimer pour impliquer des bénévoles dans l'accompagnement des WG, soit comme coach du collectif des proches, soit comme parrain d'un des colocataires qui n'a pas de proche ;
- Des colocations pour des personnes atteintes de démence et qui n'ont pas de proches.
- Des colocations pour d'autres personnes ayant besoin d'aide et de soins ;
- L'amélioration de l'organisation des interventions de nuit pour les personnes qui ont besoin d'aide et qui vivent au domicile ;
- La facilitation du retour à domicile post-hospitalisation par la mise en place de services et de solutions d'habitat spécifiques.

MODELE ECONOMIQUE

MODELE DE LA CELLULE DE COORDINATION

Deux postes (une politologue et une gérontologue) financés par la ville-Etat. La Statbau, organisme qui porte la cellule de coordination, contribue au budget en finançant sur ses fonds propres les frais de fonctionnement et d'organisation des manifestations.

LE MODELE DE LA COLOCATION, COMPOSITION DES COUTS : EXEMPLE POUR UNE COLOCATION OUVERTE A HAMBOURG EN JUIN 2018

Les frais de location (tout compris)	Pour la chambre individuelle et 1/10 de la surface commune = 35 m ² : - 550€ (loyer de base + charges) ; - Accessibilité complète pour personnes en fauteuil roulant ; - Les chambres sont meublées et décorées avec les meubles et objets des locataires.
L'équipement des surfaces communes	Le bailleur fournit l'équipement de base de la cuisine. Les proches mettent à disposition ou achètent : congélateur, lave-linge, sèche-linge et tout l'équipement et matériel nécessaire au quotidien. Ils paient 500 € lors de l'emménagement et établissent une réserve pour le maintien en l'état. L'assurance soin de longue durée finance l'installation d'aides techniques, par exemple l'installation d'une main-courante dans le couloir.
Budget alimentaire, dépenses de ménage	300 € par mois.

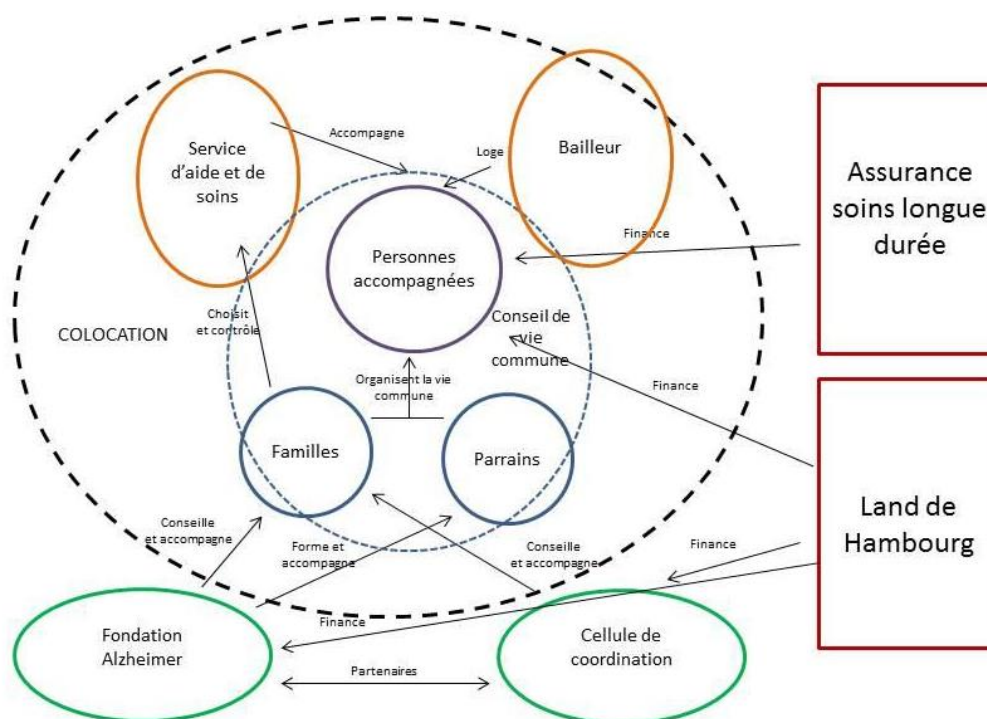
Prestations du service d'accompagnement et de soins	Les coûts payés par chacun pour les prestations du service de soin sont composés d'une part : - du coût des prestations communes (préparer les repas, faire les courses, garde de nuit) partagés entre les locataires ; - du coût des prestations individuelles qui dépendent des besoins de chacun des locataires. Elles sont calculées en fonction du système de points attribués aux différents actes et facturées individuellement. Elles peuvent donc varier suivant l'évolution de l'état de la personne concernée. Ces prestations sont en partie financées par l'assurance soin de longue durée (équivalent de l'APA). Suivant le niveau des prestations communes décidées collectivement et le besoin d'aide individuelle, le montant total des coûts de l'accompagnement pourra varier entre 2000 et 3700 €, sachant que l'assurance soin de longue durée finance entre 689 et 1995 € au titre de la prestation de soins au domicile et 214 € au titre de la vie dans une colocation. Soit un reste à charge pour le soin qui se situe entre 1100 et 1500 €.
Coût total	Entre 2850 € et 4 550 € avec un reste à charge pour la personne de 1950 à 2350 €.

On notera que, contrairement aux établissements, le reste à charge dépend du besoin en soins de la personne. Le coût global (présence 24h/24 pour ce projet) et le reste à charge total dans la colocation observée est légèrement supérieur au coût et au reste à charge moyen des établissements à Hambourg. L'aide sociale destinée à aider au financement des soins, au-delà de l'assurance soins de longue durée, est versée aux personnes qui vivent au domicile ou dans une colocation comme à ceux qui vivent dans un établissement.

Le coût du service est constitué essentiellement de la masse salariale des intervenants. Pour une colocation de 8 personnes, il faut compter environ 9 ETP pour assurer la présence de 2 personnes en journée (de 6h30 à 21h30) et d'une personne la nuit, ainsi que la présence régulière dans la semaine d'une soignante diplômée. Le service rencontré fait appel à des étudiants pour les veilles de nuit, à raison de 450 € pour 5 nuits.

Le bailleur et le service d'aide et de soin assument chacun le manque à gagner respectif en cas de vacance locative.

Grâce aux prestations complémentaires de l'aide sociale, le dispositif a atteint un équilibre économique tout en préservant son accessibilité. Cependant, les services de soins qui interviennent dans les colocations doivent avoir la capacité d'absorber des variations de revenus dues aux vacances locatives.



PRATIQUES INSPIRANTES ET IMPACTS

Citoyenneté, participation et qualité de vie des habitants (publics visés)	
Focus sur des pratiques inspirantes	Leurs impacts
• Implication très forte des familles qui prennent collégialement les décisions. • Collectif des familles soutenu par la cellule de coordination, des coachs bénévoles ou des instances tierces. • Unité de vie de petite taille. • Lieu de vie très proche d'un domicile "ordinaire". • Une équipe d'auxiliaire de vie accompagne les colocataires 24/24.	• Valorisation du rôle des aidants. • Regard tiers pour aider à la résolution de problèmes. Souplesse de l'organisation et de l'adaptation aux besoins. • Facilité d'Intégration dans le lieu de vie et le quartier. • Appropriation des lieux plus faciles pour les locataires et leurs proches. • Organisation adaptée au rythme de vie des personnes.
Valorisation du personnel (formation, responsabilisation, autonomie, ...)	
Focus sur des pratiques inspirantes	Leurs impacts
• Travail en équipe, implication, responsabilisation et autonomie des équipes. • Formation régulière. • Souplesse de l'organisation du travail selon les besoins et projets. • Polyvalence des missions.	• Motivation des salariés, moins de lassitude dans la réalisation des tâches. • Moins d'arrêt-maladie et de turn-over.

Rôle du quartier (environnement, réseaux, ...)	
Focus sur des pratiques inspirantes	Leurs impacts
• Domiciles insérés dans les quartiers, dans des immeubles d'habitation classique. • Service SAD joignable, 24H24 en proximité. • Implications de bénévoles pour le coaching des familles, le parrainage des colocataires seuls, sans familles ou l'organisation de sortie ou d'activité.	• Possibilités pour les personnes qui ont besoin d'une aide 24/24 de continuer à vivre dans leur quartier. • Présence du SAD rassurante pour l'équipe en cas de difficulté. • Implication citoyenne dans l'accompagnement. • Les droits des personnes sont protégés.
Partenariats et coopération des acteurs	
Focus sur des pratiques inspirantes	Leurs impacts
• Rôle de la cellule de coordination pour la mise en relation des partenaires, l'accompagnement des porteurs de projets et le soutien à l'initiative et à la gouvernance citoyenne. • Soutien par la Cellule de coordination du collectif des familles en cas de conflit et difficultés. • Possibilité de coaching par des bénévoles formés pour certains groupes de famille.	• Soutien des porteurs de projets adapté à leurs besoins. • Coopération entre acteurs. • Gouvernance en responsabilité partagé entre les différents partenaires. • Prévention de la maltraitance du fait de l'ouverture, la pluralité des intervenants et des points de vue.

ANALYSE DES PROJETS

Intérêts/Forces	Limites/Faiblesses
• Concilier normalité et familiarité d'un lieu de vie de type domiciliaire. • Avantage de la vie sociale d'une petite communauté. • Soins et d'accompagnement adaptés. • Choix des personnes renforcés en proposant une diversité de formes d'habitat. • Préserver les possibilités d'autodétermination de la personne. • Participation des proches, familles, bénévoles.	• Appartements fermés (alarme pour éviter les déplacements non accompagnés à l'extérieur). • Colocations parfois intégrées à des immeubles réservés aux personnes âgées. • Difficulté de mobilisation des services d'aide et de soins pour l'analyse et le partage d'expérience. • Risques de divergences de points de vue entre les familles. • Accompagnement de nuit assuré par des étudiants : difficulté de fidélisation, déficit de formation. • Difficulté de recrutement de personnel médico-social. • Quelle réelle autodétermination pour ces personnes vivant avec des difficultés cognitives ?
Facilitateurs/Opportunités	Obstacles/Menaces
• Volonté politique de : ○ Permettre une bonne couverture et offrir des possibilités de choix aux personnes ; ○ Favoriser l'autodétermination des personnes même en cas de besoin de soin élevé ;	• Changement de volonté politique. • Coût total élevé. • Le modèle de la responsabilité partagée demande un fort engagement des proches. Risque de dérive si un seul opérateur prend la main.

- Diminuer le nombre de places en établissement ;
- Programme de changement des représentations et d'une meilleure intégration de la démence dans la cité ;
- Capacité à promouvoir l'innovation, l'expérimentation et à bouger les cadres réglementaires permettre la diffusion des initiatives qui ont fait leur preuve.
- Capacité à mettre en œuvre des partenariats et des projets collaboratifs (coopération).

ETUDES, RETOUR D'EXPERIENCE ET PERSPECTIVES

Depuis les premières colocations de Berlin, le concept a donné lieu à de nombreux programmes pilotes, avec expérimentation, évaluation, modélisation et production de guide (Leenhardt, H., 2011). Dès 2002, le BMFSFJ (ministère de la famille, des seniors, des femmes et des jeunes) a commandé à Klaus Pawletko des PpP un rapport explicitant les différents aspects du montage d'une WG à l'attention des porteurs de projets (Pawletko, 2002). Plus récemment, des travaux ont été menés pour avoir une vision globale du développement des colocations sur l'ensemble de l'Allemagne. On notera en particulier l'étude menée par Thomas Klie en 2017 sur « les concepts existants et les besoins d'action en vue d'une poursuite du renforcement des WG accompagnées en ambulatoire »²⁰ qui a été initiée par le ministère de la santé mieux connaître les WG et mieux accompagner leur développement. C'est la première étude qui a l'ambition de saisir la situation des WG au niveau national. Il s'agissait de faire le point sur la diffusion des WG en Allemagne, d'en proposer une typologie et une analyse qualitative, et d'identifier les facteurs incitatifs à la création de nouvelles WG ainsi que les réglementations nécessaires.

5) LES LOGEMENTS PROTEGES PRO SENECTUTE ET FONDATION SAPHIR - CANTON DE VAUD, SUISSE

VISITES ET RENCONTRES



A Lausanne, **nous sommes rendus à la Maison Mivelaz** où nous avons rencontrés, dans la salle commune la référente sociale en logements protégés, la référente méthodologique en travail social communautaire et le responsable de l'unité Travail social communautaire qui nous ont présenté l'histoire et le fonctionnement de la maison Mivelaz ainsi que le projet Quartiers Solidaires. Nous avons pu échanger avec la concierge des lieux, qui tient également le salon de coiffure du quartier. Puis nous avons visité la Maison et nous avons été reçus par une habitante dans son appartement.



A Yverdon nous sommes rendus au siège de la Fondation Saphir où nous avons rencontrés des responsables qui nous ont présenté les activités de la Fondation Saphir²¹, le concept des logements protégés et leur expérimentation des colocations. **Nous avons visité la résidence Agate** (logements protégés pour personnes âgées), **un accueil de jour et deux colocations**, la première étant sur le même site que le siège de la Fondation Saphir à côté d'un établissement médicalisé et des logements protégés et des logements protégés et la deuxième étant insérée dans un immeuble d'habitation d'un quartier résidentiel.

²⁰ bestehende Konzepte und Handlungsbedarfe hinsichtlich des weiteren Stärkung ambulant betreuter Wohngruppe

²¹ La Fondation Saphir, créée en 1989 et située dans le Canton de Vaud en Suisse, se consacre au domaine médico-social. Elle est active dans l'accueil et l'accompagnement de personnes fragilisées dans leur intégrité physique et psychique au cours de leur processus de vie. La Fondation Saphir compte 556 collaborateurs intervenant auprès de 637 bénéficiaires. Le pôle hébergement de la Fondation regroupe 3 services : gériatrie, psychiatrie adulte, psychiatrie de l'âge avancé.

PUBLICS CONCERNES PAR LES LOGEMENTS PROTEGES

Personnes fragilisées par l'âge qui ont besoin d'aide ou une motivation spécifique pour intégrer l'habitat (isolement) mais encore relativement autonomes. Une commission d'admission choisit les futurs habitants parmi les candidats selon plusieurs critères : motivation, isolement, géographique, santé (ne pas être trop dépendant, intervention de service à domicile possible mais limité en nombre d'intervention par jour).

TPOLOGIE

Logements adaptés et protégés.

DESCRIPTION



LA MAISON MIVELAZ

Le projet est d'appartement adaptés et protégés pour personnes âgées de la Maison Mivelaz est porté aujourd'hui par la fondation Pro Senectute, spécialisée dans le secteur de l'assistance aux personnes âgées. Parmi ses missions, l'accompagnement social des personnes âgées doit leur permettre de de vivre de façon autonome, chez soi.

Créée en 2002, la Maison Mivelaz est issue du legs d'un terrain d'Emmy Mivelaz à la ville de Lausanne. Le testament de Mme Mivelaz stipulait d'y créer des logements consacrés aux personnes âgées non dépendantes aux revenus modestes. La maison comprend **39 appartements**, habités principalement par des personnes âgées et dont 7 sont occupés par des familles qui participent à la veille en étant correspondants Secutel (télé-assistance) des locataires âgés. La maison dispose d'un **espace commun** qui peut **accueillir les temps de repas ainsi que les activités**. Une **salariée référente sociale, présente en semaine, coordonne l'activité des bénévoles**, assure une veille auprès des habitants²², les assiste dans la mise en place des aides à domicile par un service extérieur, et anime certaines activités.

Les temps de repas de midi sont animés par une équipe de 14 bénévoles présents 4 fois par semaine. Une concierge est également présente sur le site, elle est aussi répondante Sécutel et tient un salon de coiffure dans la maison Mivelaz.



LA RESIDENCE AGATE

La résidence Agate est un ensemble « d'appartements adaptés et protégés » gérés par la Fondation Saphir. Le bâtiment comprend aussi un centre d'accueil de jour et une colocation Alzheimer. Il est situé à proximité d'un EMS²³ et du siège de la Fondation. Nous avons eu l'occasion de visiter les appartements adaptés et protégés ainsi que les deux colocations Alzheimer de la Fondation.

La résidence AGATE est un bâtiment à l'architecture atypique situé sur les hauteurs d'Yverdon-les-Bains avec vue sur le lac de Neuchâtel. La résidence est composée de **36 appartements adaptés et protégés à destination de personnes seules ou en couple** qui souhaitent rester le plus longtemps possible à domicile. La résidence offre de nombreux **espaces communs partagés** tels qu'une bibliothèque, une salle de sport, une cuisine et un séjour ainsi qu'une grande terrasse.

Un **réfèrent social** a pour mission d'être à l'écoute des locataires, d'assurer une veille, une présence rassurante et sécurisante et de proposer des activités.

²² Avec en particulier des visites régulières aux locataires âgées qu'elle ne voit pas lors des activités et des repas la salle commune.

²³ EMS : établissement médico-social

Coûts mensuels pour les habitants	Maison Mivelaz	Résidence Agate
Loyer charges comprises	Entre 1000 FR et 1400 CHF suivant revenus	En moyenne 800 CHF (690 €)
Coût pour la référente sociale	210 CHF	150 CHF
Coûts des espaces communautaires	100 CHF	Compris dans loyer

Il y a deux niveaux de loyer pour les appartements protégés, suivant le revenu des personnes. Les autorités financent tout ou partie du salaire de la référente sociale et des espaces communautaires pour les personnes dont les moyens sont limités. Les autres personnes les payent elles-mêmes.

PRATIQUES INSPIRANTES ET IMPACTS

Citoyenneté, participation et qualité de vie des habitants (publics visés)	
Focus sur des pratiques inspirantes	Leurs impacts
Les points communs	
Mixité sociale : dispositif accessible à tous (différents tarifs en fonction des revenus). Rôle de la référente sociale. - Travail de la référente : veiller, faire du lien, voir régulièrement tous les habitants, même s'ils ne viennent pas dans la salle commune. - Salle commune ouverte tous les jours. - Possibilité de prendre les repas dans la salle commune.	- Sécurisation, veille et suivi des habitants au quotidien. - Rôle préventif de la perte d'autonomie (prévention de l'isolement et du retrait). - Favorise l'entraide et les liens sociaux.
Spécificité de la Maison Mivelaz	Spécificité de la résidence Agate
Mixité de population à l'intérieur même de l'immeuble (personnes fragilisées et familles). - Familles voisines assurent une veille et sont destinataires des appels de téléassistance. Implication d'une équipe de bénévoles.	- Résidence à proximité de l'EHPAD. - Présence et possibilité d'intervention 24/24 en cas de problème. - La salle commune est accessible en l'absence de la référente sociale.
Rôle du quartier (environnement, réseaux, ...)	
Focus sur des pratiques inspirantes	Leurs impacts
Spécificité de la Maison Mivelaz	Spécificité de la résidence Agate
- Immeuble intégré dans un quartier résidentiel à 10 minutes du centre-ville de Lausanne. - Salle commune de la Maison Mivelaz ouverte sur le quartier. - Intègre les voisins dans la vie quotidienne (implication comme répondant Sécutel).	- Situé à côté d'un EHPAD et d'un accueil de jour. - Sécurisation par la possibilité d'intervention en cas d'urgence, (bénéfice de service ou d'activité ?).

Intérêts/Forces	Limites/Faiblesses
Les points communs	
● Possibilité d'une alternative au « maintien au domicile » et l'entrée en établissement médicalisé. ● Intervention d'une référente sociale : s'assure des bonnes conditions des habitants. ● Mixité sociale, avec une aide pour le financement de la référente sociale pour les personnes aux revenus modestes.	● Dispositifs pensés comme des dispositifs temporaires, une étape dans un parcours : concerne uniquement les personnes âgées à la dépendance limitée (nombre d'intervention des centres médico-sociaux limités à 3 par jours).
Spécificité Maison Mivelaz	
● Intervention d'un concierge multitâche proche des habitants. ● Durée de séjour dans la Maison d'environ 10 ans. ● Implication des voisins dans la veille (Secutel).	● Risque de sur sollicitations des voisins répondant à Secutel.
Spécificité de la résidence Agate	
● Bonne connaissance du territoire. ● Couverture complète des besoins des personnes âgées, ou personnes en situation de handicap psychique. ● Possibilité de changer d'intégrer l'EHPAD voisin si la résidence Agathe n'est plus adaptée (maîtrise de la chaîne de valeur).	● Très beau cadre, mais site relativement excentré. ● Peu de mixité avec acteurs extérieurs. ● Pas de mobilisation de bénévoles.²⁴ ● Peu d'interaction entre les générations.
Facilitateurs / Opportunités	Obstacles/ Menaces
● Contexte politique favorable avec soutien étroit du Canton de Vaud.	
Spécificité Maison Mivelaz	
● Intégration de la maison dans son quartier. ● Proximité du centre de Lausanne.	● Gérance externalisée.
Spécificité de la résidence Agate	
● Recrutement du personnel facilité par la proximité avec la France (rémunération plus attractive).	● Tensions sur le foncier : ne peuvent pas faire du multi populationnel car les permis de construire sont uniquement accordés pour projets "emblématiques". ● Expérimentations stoppées lorsqu'on rencontre des difficultés (ex : intergénérationnel).

²⁴ Volonté d'intégrer une colocation de jeunes étudiants au sein d'une résidence pour personnes âgées pour favoriser les échanges intergénérationnels mais projet abandonné au bout de trois ans du fait de difficultés intergénérationnelles.

Depuis les années 2000, le Canton de Vaud a fait effectuer différents travaux d'étude et de recherche sur les logements protégés pour aboutir à la formule actuelle et il a édité une brochure à l'attention des promoteurs pour que la formule se développe. Le dispositif est considéré comme du logement ordinaire, mais du fait de l'accompagnement par un référent social, il a été inclus dans une nouvelle catégorie « les structures d'accompagnement médico-social » (SAMS). Cette catégorie créée en 2012 regroupe « les alternatives à l'hébergement en établissement » : l'hébergement temporaire, l'accueil de jour et le logement protégé.

6) LE CONCEPT DE QUARTIER SOLIDAIRE PRO SENECTUTE- LAUSANNE, CANTON DE VAUD, SUISSE



TPOLOGIE

Concept de "quartiers solidaires".

DESCRIPTION

En parallèle Pro Senectute porte des **projets sur l'inclusion des personnes fragilisées dans la cité** appelé "**Quartiers Solidaires**". 25 "Quartiers et Villages Solidaires" sont en cours de création sur une durée de 3 à 5 ans. Cette méthodologie consiste à mettre en place un diagnostic partagé, où les habitants peuvent s'impliquer dans la création de lien dans leur quartier. La mise en place de projets communautaires a pour but le bien-être des habitants d'un quartier d'une commune ou d'un village. Ces projets sont basés sur un **travail social communautaire**.

Concernant le diagnostic sénior du projet social communautaire, il est composé de **3 thématiques** :

- **Mobilité intérieure et extérieure aux bâtiments**
- **Liens sociaux et lieux de rencontre**
- **Cohabitation intergénérationnelle**

Ce travail vise à identifier les publics cibles (seniors) et les services existants (besoins et prestations attendues), ceci en vue de produire des recommandations. C'est une démarche participative conduite avec des seniors qui expriment leur point de vue sur le développement d'une politique communale qui les concerne.

Suite au diagnostic et aux démarches d'accompagnement de la Fondation Pro Senectute, l'objectif est d'installer des communautés fonctionnant en autonomie. Le maintien d'une dynamique est parfois précaire et nécessite un étayage périodique.

MODELE ECONOMIQUE

Financement des projets "Quartiers Solidaires" : Subventions dont 50% financé par ville et 50% par le Canton.

Rôle du quartier (environnement, réseaux, ...)	
Focus sur des pratiques inspirantes	Leurs impacts
• Œuvre pour la mise en place d'espaces inclusifs dans les quartiers. • Diagnostic partagé dans les quartiers et villages. • Animation dans les quartiers et villages. • Quartier résidentiel à 10 minutes du centre-ville de Lausanne.	
Partenariats et coopération des acteurs	
Focus sur des pratiques inspirantes	Leurs impacts
• Implication des habitants du quartier dans le processus. • Soutien du canton de Vaud pour les projets de "Quartier solidaire".	• Animation et amélioration de l'image des quartiers. • Prévention (isolement des personnes...). • 25 "Quartiers et Villages Solidaires" en cours de création.

7) COLOCATIONS ALZHEIMER FONDATION SAPHIR - YVERDON-LES-BAINS, CANTON DE VAUD, SUISSE



PUBLICS CONCERNES

Personnes âgées ou handicapées, ou personnes relevant de la "psychiatrie de l'âge avancé".

TYPLOGIE

Etablissements et services médico-sociaux, logements protégés, colocations Alzheimer...

DESCRIPTION

COLOCATIONS POUR PERSONNES ATTEINTES DE LA MALADIE D'ALZHEIMER

Les colocations de la Fondation Saphir s'adressent prioritairement à des personnes vivant seules à domicile et atteintes de la maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés. Le but est de permettre aux colocataires de **vivre dans un cadre de vie communautaire et sécurisé**. Les colocataires sont accompagnés 7 jours sur 7 par des personnes expérimentées, une présence est assurée toutes les nuits par un veilleur de nuit étudiant.

La **colocation TOPAZE est située dans une résidence à Orbe**, commune de 7000 habitants. Elle se déploie au sein d'un immeuble ordinaire sur **deux grands appartements**, situés à 2 étages différents, équipés et sécurisés. Les **6 colocataires** disposent chacun d'une chambre individuelle décorée par leurs soins ainsi que de trois salles de bains. Un grand séjour ainsi qu'une cuisine spacieuse leur permet de partager des activités en commun. Ils disposent également d'une grande terrasse et d'un accès au jardin de la résidence.

La **colocation RUBIS est située dans l'environnement direct de la Résidence Agate**, immeuble flambant neuf réservé aux appartements adaptés et protégés.

La colocation RUBIS se déploie sur **un grand appartement sécurisé** (dont les plans ont été conçus spécifiquement) pour cette colocation dotée d'un système domotique. Les 6 colocataires disposent chacun d'une chambre individuelle meublée par leurs soins ainsi que de 2 salles de bains. Un grand séjour ainsi qu'une cuisine spacieuse leur permettent de partager des activités en commun. Ils bénéficient d'un accès direct au jardin.

MODELE ECONOMIQUE

Le modèle économique du projet pilote "colocation Alzheimer" en phase expérimentale repose en partie sur les subventions (400 000 euros financés par l'Association Alzheimer Suisse). Le modèle économique doit être étudié et une négociation avec le Canton Suisse permettra de déterminer les financements envisageables pour une viabilité économique.

PRATIQUES INSPIRANTES ET IMPACTS

Citoyenneté, participation et qualité de vie des habitants (publics visés)	
Focus sur des pratiques inspirantes	Leurs impacts
Colocations Alzheimer : - Mixité des accompagnants, ils ne sont pas uniquement des professionnels du médico-social mais des animateurs, pour les veilles de nuit : étudiants non soignants. - Étude d'impact des projets-pilotes.	- Accompagnement mixte moins stigmatisant. - Maintien du lien social. - Souplesse de l'organisation et adaptation aux besoins. - Intégration sociale des habitants de la colocation TOPAZE.
Valorisation du personnel (formation, responsabilisation, autonomie, ...)	
Focus sur des pratiques inspirantes	Leurs impacts
Autonomie : décisions sont prises par accompagnants entre eux et propositions aux locataires. Accompagnants ont possibilité de faire quelques soins.	- Motivation au travail. - Moins de lassitude dans l'organisation des tâches.
Rôle du quartier (environnement, réseaux, ...)	
Focus sur des pratiques inspirantes	Leurs impacts
Lieu de vie très proche du domicile ordinaire pour la colocation TOPAZE intégrés dans un groupe d'immeuble à proximité d'un parc de jeu.	Les interactions sociales entre les générations sont favorisées.
Partenariats et coopération des acteurs	
Focus sur des pratiques inspirantes	Leurs impacts
- Partenariat fort avec le Canton de Vaud : - Volonté d'expérimenter de nouvelles pratiques dans l'accompagnement et le maintien à domicile des personnes fragilisées. - Mise en place d'une phase "pilote" avec les autorités publiques pour les colocations Alzheimer. - Partenariat financier avec l'Association Alzheimer Suisse.	- Valorisation et reconnaissance d'un savoir-faire et d'une expertise pour le projet "colocation Alzheimer" concrétisé par le dépôt du concept l'ouverture de colocation nécessitera l'obtention de l'accord de l'utilisation du concept déposé par la Fondation. - Reconnaissance nationale grâce au partenariat avec l'Association Alzheimer Suisse.

Intérêts/Forces	Limites/Faiblesses
Proposition d'une alternative à l'établissement médicalisé et au maintien au domicile pour les personnes qui ont un besoin d'aide et de soins.	- Accompagnement de nuit assuré par des étudiants : difficulté de fidélisation/fiabilité. - Les colocations sont des solutions transitoires. - Pas de mobilisation de bénévoles. - Dispositifs pensés comme des dispositifs temporaires et pas des solutions durables.
Facilitateurs/Opportunités	Obstacles/Menaces
- Contexte politique favorable avec soutien étroit du Canton de Vaud. - Recrutement du personnel facilité par la proximité avec la France (rémunération plus attractive). - Soutien financier grâce à un programme pilote développé avec l'Association Alzheimer suisse (400 000 euros).	- Les expérimentations sont stoppées lorsqu'on rencontre des difficultés (ex : intergénérationnel). - Risque d'arrêt de l'expérimentation des projets colocation Alzheimer. - Pas de volonté d'ouvrir de nouvelles colocations à cause de la non viabilité économique du modèle. - Danger d'une labellisation : modèle figé, monétisé.

ETUDES ET RETOUR D'EXPERIENCE

Des études ont été menées par V. Hugentobler et N. Brzak de la Haute école de travail social et de la santé (EESP), Lausanne sur ces expérimentations :

- Expertise et accompagnement du projet pilote Colocation Alzheimer en 2015
- Colocation Alzheimer : évaluation de deux modèles (Topaze et Rubis) en 2017

8) LA FONDATION SAPHIR SUR UN TERRITOIRE - YVERDON-LES-BAINS, CANTON DE VAUD, SUISSE



La Fondation Saphir, créée en 1989 et située dans le Canton de Vaud en Suisse, se consacre au domaine médico-social. Elle est active dans l'accueil et l'accompagnement de personnes fragilisées dans leur intégrité physique et psychique au cours de leur processus de vie. La Fondation Saphir compte 556 collaborateurs intervenant auprès de 637 bénéficiaires.

Le pôle hébergement de la Fondation regroupe 3 services : gériatrie, psychiatrie adulte, psychiatrie de l'âge avancé. Au-delà des logements protégés et des colocations que nous avons visitées, la Fondation Saphir gère différents établissements et services sur un territoire limité :

CENTRES D'ACCUEIL TEMPORAIRE

La Fondation Saphir dispose de **5 centres destinés aux personnes âgées** souhaitant maintenir des liens sociaux et bénéficier d'activités récréatives (sorties, ateliers divers).

ÉTABLISSEMENTS MÉDICO-SOCIAUX

La Fondation Saphir possède **5 établissements médico-sociaux à destination des personnes âgées ou adultes souffrant de démences ou autres pathologies psychiatriques**. Une possibilité de court séjour ainsi qu'un accueil temporaire de jour est également proposé.

ORGANISATION DES SOINS À DOMICILE (OSAD)

Les missions de l'OSAD concernent la prévention, le soutien à domicile ainsi que le suivi et l'évaluation du traitement, l'aide et l'écoute du patient et de son entourage.

Valorisation du personnel (formation, responsabilisation, autonomie, ...)	
Focus sur des pratiques inspirantes	Leurs impacts
• Rémunération, répartition des bénéfices : dans les fondations, le dirigeant ne peut pas percevoir plus de 4 fois le salaire minimum. • Autonomie : les décisions sont prises par accompagnants entre eux et propositions aux locataires. Accompagnants ont possibilité de faire quelques soins. • Formation des équipes terrain et managers afin d'amorcer le changement de paradigme de la Fondation (axe maintien à domicile). • Polyvalence des missions : chauffeur/accompagnateur, étudiant/veilleur de nuit.	• Ancienneté moyenne du personnel de 7.2 ans. • Motivation au travail. • Moins de lassitude dans l'organisation des tâches.
Rôle du quartier (environnement, réseaux, ...)	
Focus sur des pratiques inspirantes	Leurs impacts
• Activité concentrée sur le Canton de Vaud induit une très bonne connaissance du territoire. Toutes les activités extérieures au Canton ont été cédées. • Volonté d'intégrer une colocation de jeunes étudiants au sein d'une résidence pour personnes âgées pour favoriser les échanges intergénérationnels.	• Taille de l'écosystème de la Fondation Saphir la rend quasiment incontournable. • Changement de structures en fonction de l'évolution des bénéficiaires : logique de parcours résidentiel.
Partenariats et coopération des acteurs	
Focus sur des pratiques inspirantes	Leurs impacts
• Partenariat fort avec le Canton de Vaud : ○ Volonté d'expérimenter de nouvelles pratiques dans l'accompagnement et le maintien à domicile des personnes fragilisées.	

III COMPARAISON AVEC LA FRANCE ET RECOMMANDATIONS

1) COMPARAISONS DES DISPOSITIFS OBSERVES AVEC LA SITUATION FRANÇAISE

Nous avons visité dans les trois pays des dispositifs très divers que nous avons choisis car ils semblaient proposer des pistes intéressantes quant à l'organisation sur un territoire pour le maintien à domicile de personnes très dépendantes. Si quasiment tous les dispositifs visités relèvent du domicile, plusieurs d'entre eux se rapprochent de formes d'habitat dites alternatives, inclusives ou intermédiaires du fait de partage d'espace et ou de services.

Pour situer ces dispositifs les uns par rapport aux autres et aborder la comparaison avec la France, nous allons utiliser les critères de l'importance des espaces partagés et de l'importance des services partagés dans ces habitats.

DISPOSITIF RELEVANT DU DOMICILE ORDINAIRE, SANS PARTAGE D'ESPACE NI DE SERVICE



Buurtzorg est un dispositif de soin au domicile, pour des personnes vivant dans un domicile ordinaire, sans partage d'espace ni de service.

Ses spécificités par rapport aux services d'aide et de soin en France :

- l'organisation en petite équipes autonomes responsables du recrutement des membres de l'équipe et des clients, responsable aussi de l'évaluation des besoins des clients et de l'organisation de la réponse globale à leurs besoins ;
- l'évaluation des interventions en termes de durée, en opposition à une accumulation d'actes prescrits ;
- Une approche holistique avec un rôle de coordination, il s'agit d'abord de s'appuyer sur les ressources de la personne et de son environnement pour assurer son maintien au domicile avant d'apporter l'aide directement.



Le service senior de St. Gereon est organisé en trois centres de compétences sur son territoire d'intervention. Chaque centre de compétences est animé par un manager à la fois manager de quartier et case manager. Il assure un rôle d'information, de conseil et de coordination des réponses aux besoins d'aide et de soin des personnes sur le territoire tant au niveau individuel qu'au niveau de l'offre globale, de par sa connaissance des besoins et des ressources du territoire. A petite échelle en zone rurale, cette démarche s'apparente à la méthode MAIA.

DOMICILE ORDINAIRE, APPARTEMENT ADAPTE ET REGROUPE, SERVICE PARTAGE MAIS NON FACTURE AUX HABITANTS



LE CONCEPT DE QUARTIER : MODELE DE BIELEFELD ET LENA (VOISINAGE VIVANT).

Des logements adaptés regroupés à proximité d'un service d'aide et de soin à domicile assurant une veille avec une possibilité d'intervention ponctuelle 24/24 à l'échelon d'un quartier (rayon de 500 m à un kilomètre) et un espace de convivialité animé par des professionnels et des bénévoles. L'objectif est de permettre aux gens de continuer à vivre chez eux quel que soit leur besoin d'aide.

Les habitants qui en bénéficient ne payent pas le service (hors prix des repas et des activités spécifiques payantes). Dans un tel dispositif, les habitants âgés apprécient la sécurité apportée par cette veille, ils apprécient aussi la convivialité, mais ils apprécient avant tout d'être chez eux, dans un domicile ordinaire.

Au-delà de l'intérêt de la sécurisation sans paiement de forfait, ce dispositif permet aussi de planifier des interventions de soirée ou de nuit, à l'échelle du quartier, ce qui facilite le maintien à domicile de personnes qui ont un besoin d'aide important.

Différents dispositifs en France ont des principes approchants, sans en réunir toutes les caractéristiques :

- Le quartier Génération à Saint Apollinaire, avec ses logements adaptés, des lieux de convivialité et une coordinatrice mise à la disposition par la commune pour impulser une dynamique et assurer la mise en lien des habitants du quartier ;
- L'Association Vivre aux Vignes à Grenoble propose des logements adaptés dans un ensemble immobilier, un service d'aide à domicile assure la présence d'une personne 24/24 avec des possibilités d'interventions programmées ou non. Mais pour une quinzaine de ménage, ce service à un coût élevé : plus de 1000 euros par ménage.

En ce qui concerne la mobilisation de bénévoles pour l'animation de l'espace de convivialité, les difficultés rencontrées en Allemagne sont les mêmes qu'en France, l'implication de professionnels (manager de quartier) est nécessaire pour maintenir une dynamique de mobilisation de bénévoles et quand le financement de ces professionnels n'est plus assuré, la dynamique s'étiole.

DOMICILE ORDINAIRE, APPARTEMENTS ADAPTES ET REGROUPES, SERVICES PARTAGES FACTURES AUX HABITANTS



ALLEMAGNE - SAINT-GEREON

La catégorie « logement avec service » ou « logement accompagné » est l'équivalent de nos résidences services ou foyer logement. Il s'agit, dans la plupart des régions d'Allemagne, de logement ordinaire avec des services forfaitaires et des services individualisés. Il n'y a pas, comme en France, de statut différent suivant si l'on est dans le logement social ou dans le parc privé et un même programme peut associer les deux types de financement. Ce type de programme peut donc être accessible à tous quel que soit le niveau de revenu.



SUISSE – CANTON DE VAUD, PRO SENECTUTE ET FONDATION SAPHIR

Le canton de Vaud a étudié des réalisations expérimentales et a introduit une nouvelle catégorie d'habitat : « l'habitat protégé pour les personnes âgées ». Ce type de programme peut se situer dans le parc social ou dans le parc privé. Il s'agit de logement ordinaire avec service et les habitants sont sensibilisés au fait qu'ils peuvent être amenés à déménager si leur besoin d'aide et de soins devient trop important. Les services proposés sont plus ou moins importants suivant les réalisations avec à minima un espace pour des rencontres et la présence en journée d'une référente sociale.

Cette catégorie se rapproche donc des résidences services ou des foyers logement avec deux différences : d'une part, sécurisation et convivialité sont apportés avec des services relativement réduits donc un surcoût limité par rapport à un logement ordinaire, d'autre part, un même programme immobilier peut décliner la formule avec du logement social et du logement privé.

Un élément intéressant dans la Maison Mivelaz visitée à Lausanne : certains logements sont réservés à des familles impliquées dans le dispositif en étant répondeuses des appels de téléalarme.

DOMICILE ORDINAIRE, APPARTEMENTS PARTAGES, SERVICES PARTAGES FACTURES AUX HABITANTS



Allemagne - Hambourg : les colocations pour 6 à 10 personnes atteintes de démence ou maladie apparentée, accompagnée 24/24 par un service d'aide et de soin à domicile, en responsabilité partagée et dont la création et le fonctionnement est soutenue par la cellule de coordination de Hambourg.



En Suisse, Fondation Saphir, expérimentation et modélisation de deux colocations pour personnes qui ont la maladie d'Alzheimer.

Alors que les colocations allemandes ont vocation à accueillir les personnes comme un dernier domicile jusqu'à la fin de leur vie, autant que possible, en Suisse, la Fondation Saphir évoque la nécessité d'un départ vers un établissement médicalisé en cas de dégradation de l'état de la personne.

Dans les années 80-90, les initiatives que l'on regroupe sous la dénomination « petites unités de vie » fonctionnaient selon des principes analogues. Leur essor qui avait été favorisé par une circulaire en 1986 a été interrompu par la loi de médicalisation des établissements pour personnes âgées de 1999. A l'heure actuelle, différents modèles s'apparentent à ces colocations : les domiciles partagés du Morbihan, la maison du Thil ouverte en 2016 à Beauvais et les projets de l'association Maison des Sages.

Le modèle des domiciles partagés du Morbihan est très proche de celui des colocations allemandes. Un point important est à souligner : alors que les proches ne sont plus impliqués dans la gouvernance des domiciles partagés du Morbihan, les petits frères des Pauvres et l'association Maison des sages, qui s'inspirent directement des colocations allemandes, tiennent à soutenir l'implication des proches dans le fonctionnement et la gouvernance du dispositif.



En Allemagne, les colocations n'ont pas vocation à être moins chères qu'un établissement ; l'assurance dépendance a reconnu leur intérêt, et un complément de financement spécifique a été prévu par la loi pour consolider le modèle économique. Leur accessibilité aux personnes à revenus modestes est assurée par la possibilité de recevoir l'aide sociale spécifique pour le financement des soins, que ce soit au domicile ou en établissement. Cette absence d'aide sociale au domicile est un des écueils auxquels sont confrontés les projets de colocation Alzheimer en France. Parmi les difficultés rencontrées par les porteurs de ce type de projets en France, il faut aussi citer le fait que certains conseils départementaux ne reconnaissent pas encore la possibilité de mise en commun de l'APA pour bénéficier de ce type de dispositif.

ETABLISSEMENTS MEDICALISES : ORGANISATION EN PETITE COMMUNAUTE DE VIE AUTONOME (HAUSGEMEINSCHAFT)



Ce n'était pas dans la priorité de notre programme, mais nos correspondants à Saint Gereon nous ont fait visiter un EHPAD organisé en petites communautés de vie autonome (*Hausgemeinschaft*) inspirées des colocations. Cette organisation est proche des unités protégées prévues par le plan Alzheimer 2008-2012. Elles ont été planifiées et construites mais les ressources en personnel permettant un fonctionnement autonome n'ont souvent pas été accordées lors de leur ouverture : le dispositif des unités protégées avait été abandonné entre temps au profit des PASA (pôles d'activité et de soin renforcées) et des UHR (unités d'hébergement renforcée).

Cette visite a été l'occasion de nous interroger sur les taux d'encadrements en établissement médicalisé en Allemagne. Le taux d'encadrement et le niveau de qualification du personnel sont fixés par chaque région. La différence selon les régions est importante. La région de Rhénanie Westfalie, où se situe l'établissement visité est une des régions d'Allemagne où le taux d'encadrement est le plus élevé.

DU CHEZ SOI AU QUARTIER, ENVIRONNEMENT FAMILIER

Lors de nos différentes visites, nous avons été frappés par l'importance de la notion de quartier, à la fois comme environnement familial de la personne et comme espace pertinent pour l'organisation des soutiens autour de cette personne. Cela résonne avec les programmes soutenus par la Fondation de France dans les années 2000 en faveur des personnes âgées : Vivre dans son quartier, dans son village.

2) RECOMMANDATIONS : ENSEIGNEMENTS POUR LA FRANCE DES OBSERVATIONS

ELEMENTS POUVANT ETRE MIS EN PLACE EN FRANCE A COURT TERME

CONCERNANT LES PROFESSIONNELS DE L'AIDE

- Revoir la **formation et la valorisation** salariale des **aidants professionnels**, notamment ceux des services à la personne, de façon à leur donner **plus d'initiatives et plus de responsabilités** dans leur travail.
- Renforcer ainsi la **qualité de vie au travail** et l'accompagnement de ces professionnels.
- Aller plus loin dans la polyvalence et le **décloisonnement des professions sanitaires et sociales**, notamment dans les cursus de formation.

CONCERNANT LES FORMES D'HABITAT

- Nécessité d'intégrer toute réflexion d'habitat dans une **dynamique locale de territoire, de quartier** qui vise à **mutualiser les capacités et les possibilités de chacune des parties prenantes**, mais aussi à valider la pertinence d'un projet par rapport à son environnement.
- Sécuriser le maintien à domicile par **maillage de proximité entre les acteurs de l'aide et du soin** afin de permettre une intervention de proximité 24/24 en cas de besoin avec des interventions de nuit régulières si nécessaire.
- Favoriser **l'intégration des habitats partagés dans un quartier** en multipliant les échanges avec les habitants du quartier : cafés, salles d'activités communes, intégration dans les activités culturelles, travail avec les bénévoles, *etc.*
- Que la gamme des différentes alternatives d'habitat sur un territoire donné permette un changement de lieu de domicile (si nécessaire) pour la personne accompagnée tout en restant sur ce territoire (quartier), de façon à éviter les ruptures de ses habitudes de vie.
- **Sortir de la notion stricte de « maintien au domicile »** sans changement de lieu pour passer à la **notion de « possibilité de continuer à vivre dans son quartier, dans son environnement familial »** où la personne a encore ses repères et un réseau social.

FINANCEMENT DE LA COORDINATION ET DE L'ANIMATION DANS L'HABITAT PARTAGE

Au-delà des financements individuels, que chaque habitant de l'habitat partagé et accompagné peut obtenir pour se faire aider (APA, PCH, *etc.*), il reste un **financement complémentaire à trouver pour la coordination dans cet habitat.**

POUR LE RESEAU HAPA - HABITAT PARTAGE ET ACCOMPAGNE

- Nécessité d'une communication « grand public » autour du réseau, pour donner à voir l'existence de toutes ces alternatives entre le domicile stricto sensu et les EHPAD.
- Mettre en place un accompagnement spécifique pour permettre à tout porteur d'un projet alternatif de pouvoir créer leur propre réponse en se sentant sécurisé.
Décrire précisément quelques modèles économiques stabilisés et pérennes des différents modèles d'habitat alternatif.

ÉLEMENTS DONT ON PEUT SOUHAITER LA MISE EN PLACE, EN FRANCE, SUR LE PLUS LONG TERME

CONCERNANT LES PROFESSIONNELS DE L'AIDE

- Repenser la qualité de vie au travail et l'accompagnement de ces professionnels de l'aide et surtout les reconnaître (financièrement et socialement) comme des pivots essentiels d'une société inclusive.
- Retravailler sur le **management des équipes**, sur leur taille, sur la possibilité pour les salariés d'organiser leur travail de façon **plus autonome**.

- Aller plus loin dans le domaine de la formation, la polyvalence et le décroisement des professions sanitaires et sociales.

CONCERNANT LES PROJETS D'HABITAT ALTERNATIF

- L'avenir appartient aux **habitats de petite taille** (entre 4 et 10 personnes), bien **insérés dans le tissu d'un quartier ou d'un village**, y compris pour des habitats destinés à des personnes désorientées (expériences de Bielefeld, de Hambourg et d'Yverdon-les-Bains).
- Nécessité d'une ingénierie sociale pour accompagner les porteurs de projets et permettre, comme à Hambourg, le développement d'initiatives citoyennes qui assurent un accompagnement de qualité.

FINANCEMENT ET POLITIQUES PUBLIQUES

- Création d'un **financement pérenne qui mette fin au clivage des prestations délivrées en fonction de l'âge** et un financement d'un montant suffisant pour que chaque personne soit aidée en fonction de ses besoins d'aide et de son choix de vie, sans distinction d'âge (création d'un cinquième risque de Sécurité sociale envisagé par le Président de la République actuel...).
- Nécessité pour les pouvoirs publics d'avoir une vraie **réflexion sur l'inclusion grâce à l'habitat partagé et accompagné**, mais surtout de soutenir cette réflexion dans la mise en place d'un projet politique.

IMPLICATION POUR LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE TOUTE ENTIÈRE

Les différentes institutions qui œuvrent dans le secteur de l'accompagnement des plus fragiles, notamment les structures sanitaires et sociales, les financeurs et décideurs (ARS, Département, villes et communes, *etc.*), les bailleurs sociaux ou privés, *etc.* doivent réfléchir à un **changement de paradigme dans leur fonctionnement** : non plus des décisions verticales avec profusion de normes et de réglementations qui sclérosent les initiatives citoyennes, mais une **vraie stratégie de partenariat et d'accompagnement** en s'appuyant sur des valeurs communes pour coopérer véritablement ensemble à la mise en place de réponses collectives décidées par le plus grand nombre en incluant toujours davantage dans les projets les personnes qui vont y habiter.

En ce qui concerne les **représentations sociales**, arrêtons de ne voir les « situations de handicap » quel que soit l'âge uniquement à travers une vision « médicale déficitaire » et sous l'angle de ce que cela coûte, pour **voir avant tout les capacités restantes, le désir des personnes accompagnées de rester des citoyens à part entière et de choisir leur mode de vie**, sachant qu'il a été démontré que cette **vision inclusive** est à terme **source d'économies dans les dépenses de santé du pays**.

IV RETOUR D'EXPERIENCES

Des questionnaires en ligne ont été produits et envoyés aux participants suite au voyage afin de récolter les informations que nous synthétisons ci-dessous.

1) ENSEIGNEMENTS TIRES

POUR LEURS PROPRES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

EN MATIERE DE MANAGEMENT ET DE DIRECTION DE STRUCTURE

Plus que d'un directeur seulement responsable hiérarchique de sa structure, celle-ci a davantage besoin d'un directeur « coach », capable d'animer le partage d'informations et la participation de ses équipes dans les projets et les prises de décisions : en clair accompagner plutôt que contrôler pour veiller à une certaine autonomie des équipes soignantes.

CONCERNANT L'HABITAT GROUPE ET ACCOMPAGNE

Mettre l'**autodétermination** et la participation des habitants systématiquement dans toutes les dimensions des projets et des réalisations, ce qui a comme effet une valorisation de la personne accompagnée. La recherche systématique de complémentarité sur un territoire avec tous les partenaires qui œuvrent sur ce territoire sans a priori (structures publiques, privées, administration, prestataires de services en tous genres, etc.).

EN MATIERE DE PROJETS ET D'INNOVATION

Un voyage à l'étranger et le contact direct qu'il procure avec d'autres acteurs et d'autres façons de travailler met en évidence le besoin de confronter en permanence les projets français à leurs homologues étrangers et met en évidence la nécessité d'une « veille » sur l'évolution des réflexions européennes sur ce sujet particulier de l'habitat partagé et accompagné.

POUR LE FONCTIONNEMENT DE L'ORGANISME AUQUEL ILS APPARTIENNENT

CONCERNANT LE DIALOGUE AVEC TOUS LES PARTENAIRES

Travailler sur les valeurs fondamentales du réseau HAPA afin de donner une ligne politique plus affirmée avec une déclinaison concrète du projet associatif au sein des habitats réalisés ainsi qu'une mise en image des valeurs et de l'éthique défendues par le réseau.

Renforcer la coopération et les échanges avec les « politiques », les décideurs, les financeurs, d'une façon générale afin d'arriver à un dialogue sur les projets et les réalisations basé sur le partenariat et l'échange plus que sur le respect de normes et de procédures...

CONCERNANT LES PERSONNES ACCOMPAGNEES ET LES FORMES D'HABITAT

Il y a nécessité d'une approche globale aussi bien des personnes accompagnées que du territoire dans lequel s'inscrit l'habitat accompagné. Le voyage a renforcé la conviction déjà présente au sein du groupe, que l'habitat groupé doit avant tout être pensé à l'échelle du territoire, du quartier plutôt que du domicile de la personne proprement dit. Les réponses aux besoins individuels des personnes en termes de services et d'accompagnement au sens le plus général ne doivent pas forcément être trouvées au sein de l'habitat lui-même au risque d'en faire un « ghetto », mais bien sur le territoire grâce à un travail coopératif des acteurs. A titre d'exemple, une présence permanente au sein de l'habitat peut être remplacée par la possibilité d'appeler à tout moment une personne en cas de besoin (modèle de Bielefeld).

- Supprimer la barrière administrative entre personnes « âgées » et personnes « handicapées ».
- Travailler sur la notion de “maintien dans le quartier” plutôt que sur le “maintien à domicile” proprement dit. Ceci permettrait une véritable inclusion des personnes accompagnées parmi tous les autres citoyens du territoire. Toujours dans cette vision de l’inclusion maximale, associer toujours la personne accompagnée, ses proches voire les bénévoles dans le projet d’accompagnement semble primordial.
- Former, accompagner, valoriser (entre autres financièrement) les métiers d’entraide (soins, accompagnement, coordination, etc.). Faire plus confiance aux professionnels dans l’organisation de leur travail, reconnaître et valoriser leurs compétences.
- Du point de vue de l’évaluation, dès le départ d’un projet et lors de sa réalisation et de sa mise en œuvre, le réseau HAPA souhaite s’engager dans un véritable partenariat avec les instances de tutelle et les différents acteurs du projet (personnes ou institutions). Il s’agit en effet, quant au projet lui-même, de communiquer et partager sur son originalité, son contexte local, son histoire, particulièrement sa façon d’associer au projet les personnes qui vont y vivre et de respecter leur choix de vie, leitmotiv des politiques publiques en direction des personnes “âgées” ou en “situation de handicap”. De ce point de vue, les instances de tutelle (Etat, département, ARS, mairies, etc.) ont un gros effort à faire dans leur compétence évaluatrice de ces nouvelles réalisations au-delà de l’aspect réglementaire dans un esprit de partage de l’innovation et du changement social à l’initiative des citoyens eux-mêmes.

2) SUITES ENVISAGÉES

La majorité des participants envisage des expérimentations, de la diffusion des connaissances et du réseautage à la suite de ce voyage d’étude. La volonté de mettre en pratique des expériences vues sur le terrain :

- Poursuivre et renforcer l’intégration de la notion de quartier dans plusieurs futurs projets ;
- Partenariats et coopération des acteurs autour d’un projet : ville, bailleurs, ... ;
- Participation des habitants, implication des proches et bénévoles ;
- Notion de colocation, son organisation et le vivre ensemble ;
- Valorisation du personnel : autogestion d’un service à domicile.

Le Réseau HAPA a pour vocation de favoriser l’entraide entre porteurs de projet et le partage de connaissances. L’étude pourra être présentée dans le cadre de rencontres nationales du Réseau ainsi que par chacun des participants dans son propre réseau.

3) ANALYSE CRITIQUE DE LA MISSION D’ÉTUDE

De manière générale, le déroulement de la mission d’étude a été apprécié des participants. Ce qui a particulièrement satisfait l’ensemble de l’équipe ce sont : la collaboration chercheurs et acteurs de terrain dans l’équipe pendant la mission, le programme et les visites ainsi que l’organisation logistique effectuée en amont. Les apports faits par chacun, sont concrets et instructifs à la fois. L’aspect “recherche-terrain” est précieuse !

L’intérêt pour les dispositifs visités est satisfaisant, mais il s’avère que l’accompagnement des personnes en situation de handicap a été peu évoqué.

LES ÉLÉMENTS FACILITATEURS ONT ÉTÉ :

- La constitution de groupes de travail qui ont permis de répartir les tâches organisationnelles et de recherches et d’impliquer la majorité du groupe dans toutes les étapes de la mission d’étude.
- La composition d’une équipe pluri-organisme très opérationnelle dans une démarche participative : complémentarité des regards et richesse dans les échanges lors des visites des dispositifs.

- La bonne connaissance de certains participants des dispositifs visités, des partenaires sollicités et leur maîtrise de la langue.
- La présence de traducteur (interne ou missionné selon les lieux de visite).
- L'intégration de participants ne faisant pas partie du Réseau HAPA.

LES ELEMENTS FREINANT ONT ETE :

- L'intégration de nouveaux participants après la phase de préparation du voyage : difficulté à transmettre à tous les participants le même niveau d'informations, notamment à ceux qui n'ont pas participé à l'élaboration du rapport intermédiaire.
- Manque de connaissance des éléments contextuels de chaque pays avant le départ : difficultés des comparaisons entre pays du fait de la disparité des systèmes de santé et médico-sociaux, des systèmes de formation des acteurs du médico-social, du financement des associations et organismes.
- Difficultés de l'organisation de réunions de travail pour la production partagée de connaissances du fait du manque de la disponibilité et de la dispersion géographique des membres de l'équipe.
- Un programme ambitieux avec de nombreuses étapes et une distance importante entre les lieux les différents lieux visités a rendu le rythme du séjour intense, avec un manque de temps pour approfondir autant que souhaité chaque projet.
- Le temps de la mission depuis la candidature à la finalisation est très long.

V CONCLUSION

1 Appel à projets, 2 Minibus, 3 pays, 6 étapes, 7 jours, 13 structures, ... et beaucoup de kilomètres parcourus !

Mais surtout 16 participants qui ont mis en commun leurs expériences, leurs connaissances, leurs compétences et leurs envies différentes pour répondre à plusieurs enjeux :

- rencontrer nos voisins, ces acteurs innovants du maintien à domicile des personnes dépendantes ;
- analyser leurs systèmes de santé, de soins et d'aides, leurs organisations, leurs spécificités, leurs impacts (auprès des résidents, des aidants, des salariés, des territoires, des politiques publiques, ...) ;
- synthétiser les meilleures pratiques pour s'enrichir individuellement et collectivement en vue de les déployer sur le territoire national ;
- apporter un regard neuf sur les organisations et les ressources territoriales pour le maintien à domicile des personnes très dépendantes.

Cette opportunité a été possible grâce à l'engagement de chacun et le fort soutien de la CNSA. Nous espérons que ces travaux servent d'autres desseins que l'apport de connaissances et leurs déclinaisons opérationnelles au sein des projets des membres du Réseau HAPA. Nous souhaitons qu'ils puissent aider à enclencher :

- une volonté politique forte autour des autres formes d'habitats ;
- des changements législatifs pour lever les freins à leur essor ;
- une dynamique de développement de solutions adaptées aux besoins des personnes en situations de dépendance :
 - respectueuses des choix et des envies des personnes (autodétermination) ;
 - déployées sur tous les territoires pour éviter tout déracinement ;
 - situées au cœur de la Cité pour une société plurielle et inclusive.

VI ANNEXES

ANNEXE 1 : METHODOLOGIE

COMPOSITION DE L'EQUIPE

Les membres du réseau sont majoritairement porteurs de projets. Ils ont déjà mis en place ou été sensibilisés à ces **articulations et coopérations d'acteurs autour des habitats accompagnés** à destination de personnes vulnérables. Œuvrant dans l'accompagnement de populations diverses (personnes âgées autonomes et dépendantes, personnes avec handicap psychique, personnes cérébrolésées, ...), la thématique 5 permet au groupe de **concilier cette diversité autour d'un questionnement et des connaissances** qui nous rassemblent.

Nous avons veillé à ce que ce groupe soit équilibré en termes de typologie de participants : porteurs de projets, chercheurs, aidants familiaux ou encore acteurs publics. Ce sont autant de points de vue différents qui apportent matière à créer les conditions d'une observation réussie.



BERNARD Laetitia | Habitats des Possibles

Chargée de mission

contact@habitatsdespossibles.org - www.habitatsdespossibles.org

Bordeaux

HABITATS
des **possibles**



BOUTTERIN Guillaume | Maison Nelly Berthold

Management de projets

boutterin.guillaume@neuf.fr - @MaisonNellyBerthold

Verdun

NB
MAISON NELLY BERTHOLD



COUVREUX CHAPEAU Vanessa | Habit'âge

Coordinatrice de l'association

contact@habitage-asso.fr - www.habitage-asso.fr

Angers

habit'âge



ENNUYER Bernard | Université Paris Descartes

Sociologue HDR, enseignant chercheur associé à l'EA, Ethique, Politique et santé

bernardennuyer@gmail.com

Paris



FABRE Evelyne | Association Epsilon

Aidante familiale

evfabre@wanadoo.fr -

Nice



JOUANDIN Bernard | Hal'âge

Porteur de projets

bjouandin@hotmail.com - <http://halage.info/>

hal'âge



LEDUBY Erwan | Ensemble Autrement

Directeur général

erwan.leduby@ensembleautrement.fr

Lille



BOYERVIDAL Agathe | Ensemble Autrement

Stagiaire assistante de service social



LEENHARDT Hélène | Réseau HAPA

Etude et recherche en gérontologie sociale

Consultante

Présidente du Réseau HAPA

helene.leenhardt@laposte.net - @reseauHAPA

Paris





LEZZI Laura | Familles Solidaires

Chargée de mission

laura.lezzi@familles-solidaires.com - familles-solidaires.com/
Mulhouse



POIRIER Natacha | APAJH 44

Responsable développement

n.poirier@apajh44.org - www.apajh44.org
Nantes



SARAY-DELABAR Vattani | Métropole de Lyon

Chargé de projets

Délégation développement solidaire, habitat & éducation - Pôle personnes âgées et personnes handicapées - Direction de la vie à domicile - Service projets et acteurs du domicile

vsaraydelabar@grandlyon.com - www.grandlyon.com/
Lyon



TURBET-DELOF François-Xavier | Les Petits Frères des Pauvres-AGE

Directeur Adjoint Développement-Qualité

fx.turbetdelof@petitsfreresdespauvres.fr - www.petitsfreresdespauvres.fr/
Paris



VANDERLIEB Christine | Perspective et Développement

christine.vanderlieb@wanadoo.fr

Consultante spécialisée dans la santé et les services médicosociaux
Strasbourg



En soutien sur la partie du voyage en Suisse



BIRLING Fanny

Chargée de mission



GERNIER Daphnée

Chargée de mission



Réseau de l'Habitat Partagé et Accompagné

- Préparation collective de la mission
- Recueil d'information
- Déroulement des visites
- Capitalisation pendant le déplacement

La feuille de route "Visée et enjeux" fournit pour le dépôt de la candidature a servi de base de réflexion pour élaborer le protocole d'observation et définir les outils de collecte.

Tous les membres du groupe sont animés par ces questionnements :

- Dans quel **contexte de politique publique** s'inscrivent ces dispositifs ?
 - Quelle est la volonté politique par rapport au maintien à domicile ?
 - Quel soutien politique est apporté au maintien à domicile ?
 - Comment se positionne les porteurs de projets par rapport au maintien à domicile ?
- Qui sont les **habitants** de ces dispositifs ?
 - Quelles sont leurs difficultés ?
 - Quels sont leurs besoins en accompagnement ?
 - Y a-t-il des personnes qui ne peuvent bénéficier de ce dispositif ?
- Un focus sur l'**accompagnement** :
 - Comment est organisé l'accompagnement sur les dimensions de l'aide, du soin, de la sécurité et continuité du soin, du lien social, de l'auto-détermination ?
 - Quelles sont ses limites dans cette organisation ?
 - Comment l'organisation permet le soutien et le développement du lien et du rôle social ?

Nous nous interrogerons sur comment ces dispositifs pourraient être transposables en France ? Quelles en sont les conditions de réussite ?

Nous souhaitons à travers les visites comprendre comment les dispositifs étudiés prennent en compte la volonté des personnes de vivre et de vieillir chez eux et répondent à leur besoin d'aide et de soutien tout en préservant leur capacité d'autodétermination et leur inclusion sociale. Ces dispositifs sont très divers et nous n'avons pas l'ambition de mener une analyse détaillée de chacun des dispositifs sur la base d'un questionnaire préétabli tel que celui présenté en annexe (cf. Annexe Guide d'entretien des personnes ressources – Fondation Roi Baudoin). Nous avons gardé ce guide très détaillé à titre d'inspiration pour avoir en tête l'éventail des questionnements à aborder.

Notre démarche menée est basée sur la rencontre, l'échange et le partage d'expériences afin de construire notre réflexion autour de l'accompagnement et du maintien à domicile des personnes dont le besoin d'aide et de soin est important.

Pour cela, nous allons rencontrer :

- des **responsables de collectivités territoriales** et de structures de soutien aux porteurs de projet (Hambourg) ;
- des **responsables de structures** (Gereon, Buurtzorg, Bielefeld, Hambourg, Lausanne et Yverdon) ;
- des **professionnels de l'accompagnement** (Buurtzorg, Bielefeld, Hambourg, Lausanne et Yverdon) ;
- des **habitants** (Gereon, Bielefeld, Hambourg, Lausanne et Yverdon).

Nous visiterons des structures, mais nos informations seront essentiellement issues du déclaratif de nos interlocuteurs. A travers les grandes lignes du guide d'entretien nous veillerons à :

- Couvrir systématiquement les mêmes thèmes ;

- Cadrer et orienter la discussion ;
- Solliciter nos interlocuteurs sur des éléments de preuve.

Cet entretien est articulé autour de trois thèmes principaux qui sont des valeurs essentielles pour le Réseau HAPA :

1. La personne accompagnée, sa perception et son vécu du domicile

La thématique sera abordée par :

- la définition du « chez soi » pour les structures, les habitants, les personnes entourant l'habitant ;
- la participation des habitants à la construction du projet et à la gouvernance de la structure.

Nous aborderons aussi ces thèmes à travers la genèse du projet, son développement et son éventuelle duplication mais aussi à travers les éventuelles études menées sur le profil et l'histoire des habitants.

2. L'écosystème d'aide et d'accompagnement

a. de la personne au sein du projet

L'objectif est de **cerner la finalité du maintien à domicile** dans toutes les dimensions du soin de longue durée (soins, sécurité, lien social, auto-détermination, ...).

Nous solliciterons nos interlocuteurs autour du projet social du domicile ou de la structure et sur les dispositifs mis en place pour que les habitants restent des citoyens à part entière à titre individuel et au sein de la Cité.

b. du territoire

La finalité est de **comprendre l'organisation territoriale** autour du domicile ou de la structure domiciliaire, du projet de l'habitant ainsi que la diversité des parties prenantes contribuant au projet de vie de la personne.

Nous aborderons ainsi les avantages et les difficultés inhérentes à ce type d'organisations et la pérennité des solutions mises en place.

Nous pourrons ainsi dresser une cartographie des organisations en positionnant l'habitant au cœur du dispositif. Un diagnostic pourra être posé sur la transposition possible sur le territoire français de ces modèles (organisation, économique, financements, maillage et coordination...).

3. L'impact social de cet écosystème

Nous interrogerons nos interlocuteurs sur toutes les démarches d'évaluation d'impact social qu'ils auraient pu mener dans leurs organisations.

L'objectif est de pouvoir disposer, autant que possible, d'éléments sur :

- la pertinence entre les objectifs, initiaux et actuels, de l'organisation et le besoin des personnes ;
- la cohérence entre les ressources mises en place et les objectifs ;
- l'efficacité, à savoir le rapport entre les résultats obtenus (les changements directs ou indirects que les activités ont apportés aux habitants) et les ressources mises en place ;
- l'impact concret de l'action, à savoir les changements que l'organisation a générés dans la vie des habitants, des proches, du personnel, et plus globalement les bénéfices qu'ont pu en retirer les territoires et la société, déduction faite de ceux qui auraient été atteints même sans son intervention.

LES OUTILS DE COLLECTE PRÉVUS SUR PLACE :

- Les grands **thèmes de l'entretien** : les participants se verront chacun confier l'une des thématiques (cf. protocole de travail sur place) ;
- **Dispositifs photos et vidéos** : a minima 3 personnes ;
- **Prise de note** : avec des repères temporels en lien avec le dictaphone ;
- **Enregistrement audio** : dictaphone utilisé uniquement avec l'accord de nos interlocuteurs.

Un premier protocole de travail a été défini. Il a toutefois pour objectif d'évoluer au fur et à mesure de sa mise en application. Il s'adapte en fonction de sa pertinence par rapport au déroulement des entretiens, par rapport au temps disponible sur place, mais aussi et surtout en fonction de la dynamique de groupe qui se créera.

A. Lors des entretiens

Cadrer la discussion :

Pour chacun des sites visités, des rôles seront attribués afin de cadrer la discussion mais aussi la gestion du temps :

- Un coordinateur : il est l'interlocuteur principal sur place, auprès de ceux qui nous accueillent. Il s'agira principalement des personnes ayant procédé à l'organisation des visites en amont, qui ont créé une relation privilégiée.
Il pourra introduire le réseau auprès de nos interlocuteurs, et cadrer la discussion.
- Un responsable « pilote » : son rôle est de remettre en perspective les questions posées, dans le cas où elles seraient floues ou bien peu adaptées au sujet. Il sera éventuellement le même que le coordinateur.
- Un responsable logistique : il sera issu du groupe de travail « logistique » et aura pour mission principale de veiller au respect du planning et à l'organisation logistique sur place.

Veiller à l'exhaustivité des questions abordées et optimiser la prise de note :

Des **groupes** seront formés parmi les participants pour **se répartir les différentes thématiques** à aborder, et donc les questions afférentes. Chacun sera bien entendu libre de poser ses questions au gré de la discussion.

Toutefois, chaque groupe sera en charge de veiller à collecter les informations sur la thématique dont il est référent. Chaque groupe aura un **porte-parole** et des **personnes ressources** : le porte-parole pourra intervenir pour prioriser les sujets, recentrer et relancer pour approfondir sur le thème donné. Les personnes ressources par thématique seront responsables de la prise de note à ce sujet, et devront numériser leurs notes dans les plus brefs délais.

Chacun prendra également ses notes de façon individuelle. Des guides seront établis au préalable pour structurer les prises de notes individuelles en fonction des thématiques développées ci-avant. On pourra ainsi compléter/préciser les éventuels éléments manquants lors de la compilation des notes par visite, faite au retour du voyage.

Dans tous les cas, il sera toujours pris note des modalités de contacts avec chacun des interlocuteurs rencontrés, pour d'éventuelles questions ultérieures.

B. Après les entretiens - Rapport d'étonnement à chaud

Immédiatement après les visites, un temps individuel de note sera prévu pour compléter les éléments de réflexion qui sont encore en tête, et qui risqueraient d'être oubliés.

Un temps dédié dit de "rapport d'étonnement" en groupe sera également prévu en fin de journée. Il s'agit de d'interroger à chaud nos ressentis, au-delà de nos prises de notes cadrées (30 mn au minimum, selon les possibilités logistiques).

Il aura pour objectif de :

1. Faire le **tour des réactions des participants**, de leurs ressentis et interrogations. Ce temps permet de vérifier la complémentarité des participants dans l'observation et le questionnaire.
2. Éventuellement, **développer des premiers questionnements ou conclusions** liés à notre trame d'observation, et les intégrer à la réflexion pour la suite des rencontres

C. Temps de réflexion commun en fin de voyage

Il a été prévu au programme de garder 2h de temps commun au grand complet à la fin du voyage. Ce temps nous permettra de :

- Remettre en perspectives les visites dans leur ensemble ;
- Réaliser un rapport d'étonnement général ;
- Apporter des premiers éléments de réponse à nos questionnements, qui seront développés ensuite lors de la rédaction du rapport final.

Nous enregistrons probablement ces entretiens avec un dictaphone, pour ne rien perdre des premières réactions.

Par ailleurs, nous avons prévu d'apporter lors de chaque rencontre et visite un cadeau de remerciement à nos interlocuteurs. Ils prendront la forme de spécialités régionales des différents membres du Réseau HAPA. Nous prévoyons également la traduction de supports de communication de notre Réseau ainsi qu'une présentation succincte des membres du voyage d'étude.

OUTILS DE RECUEIL D'INFORMATION

1. La personne accompagnée, sa perception et son vécu du domicile			
		pour les structures	pour les habitants
La définition du « chez soi »			
La participation des habitants	à la construction du projet		
	à la gouvernance de la structure		
Genèse du projet			
Développement du projet (éventuelle duplication)			
Spécificités sur les profils et les histoires des habitants			

2. L'écosystème d'aide et d'accompagnement			
De la personne au sein du projet			
Quel accompagnement des personnes ?			
Quelle finalité du maintien à domicile dans toutes les dimensions du soin de longue durée (soins, sécurité, lien social, auto-détermination, ...) ?			
Nature et spécificités du projet social de la structure/ du domicile			
Quels dispositifs/spécificités permettent aux habitants de se sentir citoyens à part entière	à titre individuel		
	au sein de la Cité		
Du territoire			quels avantages / inconvénients
Quelle organisation territoriale	autour du domicile ou structure domiciliante ?		
	autour du projet de l'habitant		
Diversité des parties prenantes qui contribuent au projet de vie (schéma organisationnel)			
Quelles difficultés inhérentes à ce type d'organisations ?			
Quelle pérennité des solutions mises en place ?			
Quelle transposition possible sur le territoire français du modèle ? (organisation, économique, financements, maillage et coordination)			

3. L'impact social de cet écosystème	
Les démarches d'évaluation d'impact social menées par l'organisation	
Pertinence entre - les objectifs, initiaux et actuels, de l'organisation - et le besoin des personnes	
Cohérence entre - les ressources mises en place - et les objectifs	
Efficience : Rapport entre - les résultats obtenus (les changements directs ou indirects que les activités ont apportés aux habitants) - et les ressources mises en place,	
L'impact concret de l'action	
Les changements que l'organisation a généré dans la vie des habitants, des proches, du personnel	
Les bénéfices qu'ont pu en retirer les territoires et la société (déduction faite de ceux qui auraient été atteint même sans son intervention)	

Personne interrogée: Nom / Coordonnées / Fonction Rôles et pouvoirs (Pouvoir de sanction ? Si oui, en fonction de quoi ?) D'où viennent ses pouvoirs ?	Ecosystème
Descriptif projet Nom / Dénomination et structure juridique / Coordonnées Localisation (ville – campagne – proximité des services – TEC...) Nombres d'habitants	Projet & Perception habitant
Origine du projet Qui ? / Combien de personnes ? / Résidents ou personne extérieure ? / Si résidents, toujours le même groupe ? D'abord le groupe ou la maison ? Concomitant ? / Quand ?	Projet & Perception habitant
Combien de temps entre l'idée et la réalisation concrète (premiers habitants) ? / Pourquoi ? Idéologie/projet à l'origine ? Vague ? Précis ? Du temps pour construire l'idée ? Au départ, projet lucratif ou non lucratif ? / La demande existait-elle ou a-t-elle été suscitée en créant l'offre ? Obstacles ? - juridiques / - prescriptions urbanistiques / - trouver une maison adéquate / - financiers / - de voisinage / - difficile de remplir la maison Besoin de conseils et aides de type intellectuel (comptable, juriste, notaire, psy, etc.) pour monter le projet ?	Ecosystème
Ce projet a-t-il changé ? Aujourd'hui, le projet de vie de la maison, quel est-il ? Sa concrétisation répond-t-elle au projet d'origine ?	Impat social
Financement: - à la construction / Aides financières: subsides ? Aides à l'investissement ? - vie quotidienne: Prix payé par habitants: Que comprend-il ? / Quid de la vie de tous les jours ? Cagnotte ? Si oui, à quoi sert-elle ? Qui la gère ? Comment ? Quid si désaccord ? Aide publique dans ce prix ? Une aide du CPAS est-elle envisageable ? Ou une possibilité d'adapter les tarifs en fonction des revenus ?	Ecosystème
Aspect économique – gestion Le projet est-il rentable ? / Prix: / Inclus: / Services offerts ? / Possibilité de faire appel à d'autres services ? Obstacles légaux ? Quelqu'un vit-il du projet ? (salarié ?)	Ecosystème
La demande Selon le gestionnaire: existe-t-il une demande en général pour des lieux de vie diversifiés ? Quels sont les arguments ? Existe-t-il une demande pour entrer dans la maison ? Demandes sérieuses ou demande d'informations ? Quels sont les arguments des demandeurs ?	Ecosystème / Impact social
Quels sont les problèmes vécus qu'ils invoquent et auxquels ils espèrent trouver une réponse dans l'HG ? Quelles personnes sont demandeuses ? Niveau culturel et d'éducation ? Hommes Femmes ? Quelle publicité est faite par la maison ? Une liste d'attente ? Qui ? Non ? Pourquoi ?	Impact social
Comment entrer dans la maison ? Procédure ? Laquelle ? Motifs de refus/d'acceptation d'un candidat ? Critères ? Quid des couples ? Motifs culturels ? Quid si refus ? Suivi ? Autre proposition ? Des exclusions d'habitants ? Déjà arrivé ? Possibilité évoquée dans charte ? Pour quelles raisons ? Des départs d'habitants ? Pour quels motifs ? Santé, prix, changement de philosophie, non-adaptation ?	Projet & Perception habitant
Architecture Bâtiment : Comment a-t-il été trouvé ? Achat ? Donation ? Qui est propriétaire ? -/- préexistant ? Choix délibéré ? Quels aménagements ? / - ou neuf ? Choix délibéré ? Des aménagements spécifiques liés au type d'habitants ? Liés au style de vie ? Imbrication du projet de vie dans l'architecture et vice versa ? Des prescriptions architecturales ou de sécurité liées à la destination des lieux ? Des problèmes particuliers avec l'urbanisme, liés au projet particulier ? Répartition de l'espace privé et communautaire ? / Quels espaces ? Existe-t-il des espaces dédiés à des activités communes précises ? Des salles sans spécification d'usage ? L'organisation des espaces reflète-t-elle l'objectif du projet ? Les vues: vers l'extérieur, à l'intérieur d'une pièce à l'autre ? Un jardin ? Qui s'en occupe ? / Symbolique ?	Ecosystème
Vie pratique et cohabitation - Une charte ? / Que régle-t-elle ? / Comment a-t-elle été rédigée/choisie ? - l'espace privatif: personnalisé ? A quel niveau ? / - l'espace commun ? Personnalisé ? Décoré en commun ? - La vie commune : Peut-on parler de vie communautaire ? Dans quel sens ? Qu'est-ce qui est partagé ? Sur quelle base ? Des impositions ? Le point de vue des nouveaux arrivants au sujet de la vie commune ? Craintes ? Attentes ? Arguments ? Qui ou qu'est-ce qui rythme le temps ? Des horaires ? Qui en décide ? Gestion de la vie commune: quelqu'un en est-il chargé ? Un décideur ? Cagnotte ? Quelqu'un fait-il les comptes ? Quels sont les problèmes éventuels liés à la cohabitation ? Des problèmes de solitude dans la maison ? L'HG est-il un bon moyen de remédier à la solitude des PA ?	Projet & Perception habitant
Activités: Les habitants participent-ils à la vie quotidienne de la maison ? À la gestion administrative de la maison ? Des activités ou des rencontres sont-elles organisées entre les membres de la maison ? Des réunions ? De quoi y parle-t-on ? Où, quand et comment régle-t-on les conflits ? Procédures ? Médiateur ? Dynamisme: qui est le moteur ? Quid si la maison perd son dynamisme ? Entraide entre les habitants ? A quel niveau ? Spontanée ? Acceptée par tous (donner –recevoir) ?	Impact social
Extérieur La place des familles ? Petits-enfants ? Peut-on les garder ? Où ? Peut-on recevoir ? Où ? Les habitants ont-ils des activités en dehors de la maison ? Ouverture de la maison vers l'extérieur: services, repas, lieu de passage ? Quid des soins ? Transports ?	Projet & Perception habitant
Nourriture Qui la prépare ? Habitants ? Service collectif ? Qui décide des repas ? Comment ? Quid si régimes spéciaux ? Des horaires de repas ? Qui en décide ? Repas communs ? Obligatoires ? Quid si non-participation ? Flexibilité ? Cagnotte ?	Ecosystème
Projet Maîtrise des habitants sur l'organisation de leur vie La maison a-t-elle un projet ? Les habitants y participent-ils ? Tous ? Sur quelle base ? Quid si non-participation ? Prérequis à l'admission ? Quid du projet de vie de chacun ? Les habitants sont-ils incités à développer leur propre projet de vie ? Comment ? Par qui ? Chacun peut-il se rendre utile dans le projet ? Comment ?	Perception habitant
Prise en compte de l'avancée en vieillesse des résidents Point de vue architectural: le logement a-t-il été prévu pour d'éventuels handicaps ? Est-il possible de s'y déplacer en fauteuil roulant ? Aménagement des salles d'eau ? Pourra-t-il évoluer ? - En cas de perte d'indépendance physique, qu'est-ce qui est prévu ? Rôle du groupe ? Aide extérieur ? Limite de l'habitat ?	Projet & Perception habitant
Globalement: Critique au sens large du gestionnaire Que pense-t-il du bien-être des résidents ? Que met-on en œuvre pour promouvoir l'autonomie des habitants ? Quels sont les problèmes créés par l'HG ? Quels sont les problèmes évités ou retardés par l'HG ? L'HG est-il un bon moyen de remédier à la solitude des PA ? Pourquoi lui-même s'est-il investi dans le projet ? Qu'en retire-t-il ?	Impact social

BIBLIOGRAPHIE

- Argoud, D. 2011 De l'hébergement à l'habitat, une évolution ambiguë, in *Habiter et Vieillir, Gérontologie et Société* n°136, P13 à 27
- Association Avril, 2011, SASH-SELT-SSP. Le logement protégé ou adapté. Brochure destinée aux constructeurs et exploitants.
- Bihan-Youinou (Le) B. (2011), La généralisation des « prestations monétaires » en Europe, quel impact sur l'organisation de l'aide quotidienne aux personnes âgées en perte d'autonomie ? in *Vieillesse Ordinaires Gérontologie et Société* n°138
- Boulmier, M. (2010). « Bien vieillir à domicile. Enjeux d'habitat, enjeux de territoire », Rapport remis à Benoist Apparu, Secrétaire d'État au Logement et à l'Urbanisme.
- Collectif Habiter Autrement, Monographies "Maison du Thil à Beauvais" et de "Vivre aux Vignes à Grenoble" « Etude habitat alternatif, citoyen, solidaire et accompagné prenant en compte le vieillissement », septembre 2017
- Conseil Départemental du Morbihan (2015). Projet de cahier des charges, « Domicile partagé pour personnes âgées désorientées en colocation », in *Troisième schéma gérontologique 2011-2015*, p.127 à 137. http://www.lamaisondelaautonomie.com/wp-content/files/Morbihan_Sch_Geronto_2011-2015.pdf
- DGCS (février 2017), "Enquête nationale relative à l'habitat alternatif/inclusif pour personnes handicapées, personnes âgées, personnes atteintes d'une maladie neurodégénératives ou leurs aidants". Disponible en ligne : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2017_fev_synthese_enquete_dgcs_habitat_innovant_pa-ph.pdf
- Djaoui E. Approches de la « culture du domicile », in *Habiter et Vieillir, Gérontologie et Société* n°136, P77 à 90
- Dörner, K. (2007) *Leben und sterben, wo ich hingehöre: Dritter Sozialraum und neues Hilfesystem* (Neumünster 2007)
- Ennuyer B. (2017), « Quel avenir pour les personnes dites « âgées » ayant besoin d'aide et de soins dans leur vie quotidienne ? » in. *Allongement de la vie, quels défis, quelles politiques* l'ouvrage coordonné par Anne-Marie Guillemard et Elena Mascova, La découverte.
- Ennuyer B. (2014), *Repenser le maintien à domicile* 2e édition, Dunod.
- Ennuyer B., 2009, "Quelles marges de choix au quotidien quand on a choisi de rester dans son domicile?" in *le libre choix, Gérontologie et société* n°131
- Ennuyer B. (2007), "1962-2007 : Regards sur les politiques du maintien à domicile, Et sur la notion de "libre choix" de son mode de vie", *Gérontologie et société*, vol.30, n°123, pp. 153-167.
- Ennuyer B. (2003) *les malentendus de la dépendance, de l'incapacité au lien social*, Paris, Dunod
- FMA (2014), *Etats des lieux 2013 des dispositifs*. Lettre de l'observatoire des dispositifs de prise en charge et d'accompagnement de la maladie d'Alzheimer, 31-32, Fondation Médéric Alzheimer fichier récupéré de <http://www.fondation-mederic-alzheimer.org/Informez-vous/La-Lettre-de-l-Observatoire/Archives>
- FMA (2009), *Les petites unités de vie ou comment recréer un « chez soi » avec les autres*. Lettre de l'observatoire des dispositifs de prise en charge et d'accompagnement de la maladie d'Alzheimer, 10, Fondation Médéric Alzheimer fichier récupéré de : <http://www.fondation-mederic-alzheimer.org/Informez-vous/La-Lettre-de-l-Observatoire/Archives>
- Hugentobler, V., « Le logement accompagné: alternative à l'EMS ? », *REISO, Revue d'information sociale*, mis en ligne le 28 juin 2018, <https://www.reiso.org/document/3211>

- Klie, T.,Schuhmacher, B. 2017 « bestehende Konzepte und Handlungsbedarfe hinsichtlich des weiteren Stärkung ambulant betreuter Wohngruppe».
- Klie, T., 2016, Ambulant betreute Wohngemeinschaften – von Pionieren zu Bausteinen der Pflegerische Infrastruktur, Im Fokus, Bundesweites Journal für Wohn-Pflege-Gemeinschaft, n°5, octobre 2016
- Labit, A. (2016), Habiter en citoyenneté et solidarité pour mieux vieillir, *Gérontologie et Société*, n°149, vol 38, P.141-154.
- Laloux F. et Appert E. (2017), *Reinventing Organizations : La version résumée et illustrée du livre qui invite à repenser le management*. Editions Diateino.
- Leenhardt, H. (2018), support de présentation pour le séminaire Hal'âge du 1^{er} décembre 2017
- Leenhardt, H. (2017), Les formes alternatives d'habitat pour les personnes âgées, une comparaison Allemagne-France, *Gérontologie et société* 2017/1 (vol. 39 / n° 152)
- Leenhardt, H. (2013), Déjà la cinquième génération d'établissements en Allemagne, documents CleirPPa, Cahier n° 49
- Leenhardt, H. (2011), Zukunft Quartier, l'avenir, le quartier. De nouvelles formes d'organisation, en Allemagne, pour vieillir dans son quartier (même en cas de démence) *Habiter et Vieillir* (p. 205-219). *Gérontologie et Société*, (34) 136, 2011. <http://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2011-1-page-205.htm?1=1&DocId=67358&hits=26+25>
- Leenhardt, H. (2011), Support de présentation lors des rencontres Mix'âges, 26 mai 2011, Angers.
- Leenhardt, H. (2010). La vie en appartement communautaire (group living) pour les personnes âgées qui ont besoin d'aide et de soin. Document de travail pour la préparation d'un cahier des charges. Association Monsieur Vincent.
- Leenhardt, H. 2009, La petite unité de vie, du Cantou français à la « Wohnpflegegemeinschaft » allemande. Lieu de vie et de soin. Autre mode d'accompagnement des accompagnants. Mémoire pour le module santé publique du Master Européen de Gérontologie
- Lestrade B., La protection sociale en Allemagne – Une conception différente, des résultats inégaux Dans *Revue française des affaires sociales* 2016/4
- Mouzon C., (01/02/2018), "Buurtzorg transforme les soins à domicile", *Alternatives Economiques* n°376
- Nowik L. et Thalineau A. (dir), Vieillir chez soi, les nouvelles formes du maintien à domicile (pp. 23-46). Presse universitaire de Rennes.
- Petersen U., (2016) Wohngemeinschaft fallen nicht vom Himmel, Von Pionniere, Netzwerke und Beratungsstellen Im Fokus, Bundesweites Journal für Wohn-Pflege-Gemeinschaft, n°5, octobre 2016
- Smagghe A. (2008), Les colocations à Berlin pour les personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou affections apparentées. Cahier du Cleirppa n° 32 2008 – p.17-19
- Sprenger, Wim « Des soins de santé assurés par des équipes autonomes aux Pays-Bas », (Opus 8, Pays-Bas) - p. 27 dans « Les restructurations dans les services publics Crise, dialogue social et innovations"
- Stocksclaeder H., Dr. Fuhrmann C., (2012), *Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz Eine alternative Wohn- und Betreuungsform*. Möller Druck und Verlag GmbH
- Yven, Ph., Le Nulzec, F., Rocheron C. et Labit, A., Cariou, E. Cencetti, O. (2015). Etude sur l'offre d'habitat alternatif au logement ordinaire et au logement en institution pour personnes handicapées et pour personnes âgées. Ministère des affaires sociales et de la santé, Direction générale de la cohésion sociale. Rapport final.
- Westerheide et Borgloh, 2010, Social Return on Investment of Mutual Support Based Housing Projects : Potential for Socio-Economic Cost Saving and Higher Living Quality

REFERENCES DES SITES INTERNET

- Gwewofag <http://www.gewofag.de/web.nsf/id/wohnforum-wohnen-im-viertel-gewofag>
- <http://www.bgw-bielefeld.de/bielefelder-modell/>
- http://www.hamburg1.de/sendungen/18/4287/27_01_2015_Emission_sur_l%27Inauguration_de_la_Rungehaus_Projet_pilote_de_LENA_Voisinage_Vivant_Kunstinstallation.html

- <http://www.netzwerk-song.de/>
- <http://www.saga-gwg.de/fuer-unsere-mieter/service-center/lena-lebendige-nachbarschaft>
- <http://www.koordinationsstelle-pflege-wgs-hamburg.de/index.php/newsletterjournal.html>
- <http://www.koordinationsstelle-pflege-wgs-hamburg.de/index.php/255/auf-einen-blick-wohn-pflege-gemeinschaften-in-hamburg.html>
- BGW, 2017 http://www.infagt.de/media/files/Seniorenbrochure_BGW.pdf
- Saint Gereon Seniorendienste (2012) Gemeinwohlbilanz (bilan du bien commun) : <http://www.st-gereon.info/gemeinwohlbilanz.html>
- <http://www.st-gereon.info/einrichtungen-und-leistungen.html>
- Perspective Daily, article du 13 décembre 2017, en ligne consultable sur <https://perspective-daily.de/article/411/AuzpO7ql> [langue allemande]
- <http://responsible-restructuring.eu/wp-content/uploads/2013/12/RespRest-WC1-Fran%C3%A7ais-PRINT.pdf>
- Colloque JHAPA 2016 au Conseil de l'Europe - Présentation de la Fondation Saphir : <http://jhapa.eu/wp-content/uploads/2016/12/Pre%CC%81sentation-JHAPA-Saphir.pdf>
- Hugentobler V., «Le logement accompagné: alternative à l'EMS ?», *REISO, Revue d'information sociale*, mis en ligne le 28 juin 2018, <https://www.reiso.org/document/3211>

SYNTHESE BIBLIOGRAPHIQUE ET CHOIX DES PROJETS VISITES²⁵

Cette réponse à l'appel à projet émane du Réseau de l'Habitat Partagé et Accompagné. Il réunit des acteurs impliqués dans le développement de formes alternatives d'habitat pour les personnes en situation de handicap et les personnes âgées qui ont besoin d'aide. Nous avons choisi de nous intéresser aux efforts des acteurs allemands proposant une diversité de solutions aux personnes ayant besoin d'aide. Ces dispositifs favorisent une continuité de l'accompagnement de la personne, dans son environnement familial. Nous nous sommes appuyés sur les connaissances de différents membres du réseau et sur les travaux d'Hélène Leenhardt qui suit depuis 2008 les tendances d'évolutions des formes alternatives d'habitat pour personnes âgées en Allemagne.

Ces travaux sur l'Allemagne s'appuient sur des recherches bibliographiques, des rencontres avec des experts, des visites de sites et la participation à des séminaires et des colloques, en particulier ceux organisés annuellement par la Cellule de Coordination de Hambourg. Ces travaux ont été présentés dans trois articles, un mémoire et un document de travail (cf. bibliographie) ainsi que lors de diverses interventions dans des manifestations s'intéressant à la question de l'habitat dans l'âge.

Nous avons choisi de compléter notre visite par deux approches originales : l'organisation des soins infirmiers à domicile de Buurtzorg aux Pays-Bas et les habitats intergénérationnels de la Fondation Saphir en Suisse.

AUX PAYS-BAS, UN ZOOM SUR UNE INNOVATION REMARQUABLE DANS LES SOINS DE PROXIMITÉ À DOMICILE

Le **modèle néerlandais de Buurtzorg** nous permettra d'élargir notre réflexion sur la question des « soins de proximité » organisés en petites **équipes infirmières locales autonomes**. De 57 salariés soit 13 équipes en 2007, Buurtzorg comptait en 2013 plus de 6000 salariés pour 545 équipes.

Ce modèle a contribué à réformer profondément le système de santé néerlandais, qui est passé d'une logique de rationalisation et d'économie d'échelle entamée dès les années 80, à l'émergence de la méthode de Buurtzorg qui promeut l'autonomie des infirmières, mais aussi celle des patients, dans une approche globale et préventive des soins à domicile. La notion de réseau de quartier construit par les équipes infirmières autour de la personne

²⁵ Extrait du rapport intermédiaire de février 2018

accompagnée nous intéresse particulièrement dans le cas du maintien à domicile des personnes très dépendantes. Nous serons reçus à Almelo (NL) au siège de l'organisation Buurtzorg où nous rencontrerons une équipe infirmière, un coach Buurtzorg, ainsi qu'une personne de l'administration.

EN ALLEMAGNE, LES INNOVATIONS AU CARREFOUR DES POLITIQUES VIEILLESSE ET HABITAT SONT PENSEES POUR LES PERSONNES LES PLUS DEPENDANTES

Dans les politiques de la vieillesse en Allemagne, ce ne sont pas les notions de **dépendance et d'autonomie** qui sont au premier plan mais les notions de « **besoin d'aide et de soin** » (Pflegebedürftigkeit) et d'« **autodétermination** » (Selbstbestimmung). Les "soins de longue durée", (Pflege, long term care), financés par "l'assurance soin de longue durée" (Pflegeversicherung) sont censés répondre aux besoins d'aide et de soin des personnes, tout en préservant de leur possibilité d'autodétermination. On notera d'ailleurs qu'il n'y a pas de barrière d'âge et que cette assurance soin de longue durée couvre les besoins d'aide et de soin des personnes quel que soit leur âge.

Comme en France, les politiques de la vieillesse en Allemagne prennent en compte la volonté des personnes de vivre et de vieillir chez elles. Un principe est inscrit dans la loi « *ambulant statt stationär* » : autant que possible c'est le soin qui doit aller à la personne et pas la personne qui doit aller au soin.

Cette priorité du domicile ne s'exprime pas comme en France par un engagement de l'état et des promesses tel que « le libre choix ». Elle se caractérise par une question que chacun doit se poser : Comment « habiter dans l'âge » (Wohnen im alter) en intégrant une réflexion autour des différentes dimensions du domicile, de l'importance du quartier, de l'environnement familial, au-delà du strict domicile historique.

De plus, l'organisation de l'aide et du soin à domicile est moins éclatée qu'en France avec des services qui pour la plupart apporte à la fois aide et soin aux personnes.

Enfin, il n'y a pas de différences dans la réglementation des résidences services en fonction du type de financement des logements (possibilité de résidences services dans le parc social, pas de statut particulier pour les logements foyers, et possibilité d'avoir des programmes avec une mixité de financement).

Les politiques publiques s'intéressent depuis une vingtaine d'année aux formes d'habitat alternatives à l'établissement et au domicile ordinaire pour les personnes âgées, avec des programmes pilotes d'expérimentation, d'évaluation, de modélisation et de soutien à l'ingénierie sociale pour la diffusion. Ceci s'est traduit par le soutien et le développement de différents dispositifs :

- Les **colocations en responsabilité partagée** accompagnée 24 heures sur 24, accueillant essentiellement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer (la première date de 1995, et on en compte environ 3700 fin 2016) ;
- La **réorganisation d'établissements** en appartements partagés à l'organisation autonome dans un environnement ordinaire (ni hôtelier, ni médical) permettant une vie à caractère plus familial mieux adaptée aux rythmes et aux souhaits des résidents avec une participation aux activités de la vie quotidienne (cuisine, ménage, linge.) ;
- Les **projets d'habitat participatif** qui permettent de développer de nouvelles solidarités pour mieux faire face aux difficultés liées au vieillissement ;
- Le **concept de quartier**, avec une organisation au niveau de chaque quartier pour apporter localement la réponse la mieux adaptée aux désirs et aux besoins des personnes.

Cette volonté de repenser l'infrastructure au niveau local s'est traduite dans le thème du dernier « rapport sur les vieux », rapport d'experts préparé lors de chaque législature pour orienter la politique vieillesse de la

législature. Le thème en était « la commune du care », ou « la commune de la sollicitude - comment repenser le soin (de longue durée) pour répondre au niveau des communes ».

Cela se traduit par une mise en réseau de tous les acteurs et la volonté de favoriser des programmes mixtes. Ceux-ci associent au sein d'un même ensemble immobilier, des solutions adaptées aux différents souhaits et besoins d'aide des personnes, et différents statuts (colocation en responsabilité partagée, un appartement partagé rattaché à un EHPAD, quelques appartements avec statut de résidence et un projet d'habitat participatif de quelques appartements).

Nous avons choisi **différents sites pour explorer la façon dont ces tendances se traduisent** concrètement en **Allemagne**, et permettent aux personnes dont le besoin d'aide et de soin est le plus important de rester vivre dans leur domicile (ou dans un nouveau domicile, dans leur environnement familial), avec une préservation de leur capacité « d'autodétermination » :

- Le **service senior de Saint-Gereon (DE)** propose une offre pour apporter des réponses aux différents stades de leur parcours (information, service et soins à domicile, résidence avec service, appartements partagés et EHPAD). De plus, le service a mis en pratique la restructuration d'établissements en appartement partagés au fonctionnement autonome. Enfin, ce service senior s'est distingué par sa gestion du personnel. Nous y serons reçus par des responsables et pourrions découvrir leurs différents lieux où nous rencontrerons habitants et professionnels ;
- **Bielefeld (DE)** est la ville où s'est développée une organisation spécifique alliant appartements adaptés, antenne d'un service d'aide et de soin et lieu de convivialité. Appelé « **modèle de Bielefeld** », il a inspiré « le concept de quartier » et cette notion de « commune du care ». Nous y serons reçu par un référent de ce type de programme au sein d'un bailleur social, qui nous présentera le concept et nous fera visiter différents lieux où nous rencontrerons habitants et professionnels ;
- La ville/région de **Hambourg (DE)** a mené une politique volontariste de développement de l'habitat participatif et des **colocations en responsabilité partagée**. Elle a ainsi suscité la création d'une **cellule de coordination** du développement de ces colocations qui est à la pointe de la réflexion sur la question de l'habitat alliant préservation des possibilités d'autodétermination et continuité de l'aide et du soin. Au-delà de son rôle de catalyseur et de soutien des initiatives sur la région de Hambourg, elle participe à un réseau national, elle coordonne un journal et organise annuellement des manifestations nationales. Cette visite sera l'occasion de rencontrer des responsables à différents niveaux, de visiter des colocations, un projet de « quartier » ouvert depuis près de deux ans et un projet de quartier en construction.

EN SUISSE, DES PROJETS PILOTES EN FAVEUR DU MAINTIEN DE L'AUTONOMIE

La **Fondation Saphir en Suisse (CH)** mène des projets pilotes en faveur du maintien de l'autonomie et du maintien à domicile des personnes âgées : appartements adaptés et protégés comme la Colocation Topaze en partenariat avec l'Association Alzheimer Suisse, ou la Colocation Alzheimer Rubis située dans un immeuble en mixité sociale avec une colocation étudiante, des espaces partagés et communs, ... En lien avec les autorités cantonales et régionales, la Fondation souhaite répondre aux défis démographiques à venir en Suisse, tels que ceux à venir en France.

ANNEXE 3 : TABLEAUX COMPARATIFS - VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION ET SOIN DE LONGUE DURÉE

Proportion de personnes âgées de 65 ans et plus dans la population totale			
%	2007	2017	2050 (proj)
France	16,8	19,2	26,7
Allemagne	19,8	21,2	30,7
Pays-Bas	14,5	18,5	27,7
Suisse	16,1	18,1	28,7

Espérance de vie à 65 ans (2015)			Espérance de vie à 65 ans en santé (2016)		
années	Femme	Homme	années	Femme	Homme
France	23,5	19,4	France	10,6	9,5
Allemagne	21,0	17,9	Allemagne	12,4	11,5
Pays-Bas	21,1	18,4	Pays-Bas	9,9	10,3
Suisse	22,4	19,4	Suisse	9,8	10,1

Proportion de personnes âgées de 80 ans et plus dans la population totale			
%	2007	2017	2050 (proj)
France	4,9	5,9	11,3
Allemagne	4,6	6,0	13,3
Pays-Bas	3,7	4,5	11,5
Suisse	4,6	5,1	11,7

Espérance de vie à 80 ans (2015)			% femmes parmi les 80 et +
années	Femme	Homme	
France	11,4	9,2	65
Allemagne	9,4	8,1	65,1
Pays-Bas	9,6	8,1	63,8
Suisse	10,3	8,7	63,7

Source OECD.Stat base de données statistiques de l'OCDE - extraits déc.2018 <https://stats.oecd.org/> et Rapport de l'OCDE Panorama de la santé (Health at glance) 2017

% des bénéficiaires de SLD* vivant en établissements (à l'exclusion des hôpitaux) en 2015 parmi les 65 ans et plus			
%	Femme	Homme	Ensemble
France			4,2
Allemagne	5,4	2,4	4,1
Pays-Bas	5,9	2,9	4,6
Suisse	7,7	3,6	5,9
% des bénéficiaires de SLD vivant en établissements (à l'exclusion des hôpitaux) en 2015 parmi les 80 ans et plus			
%	Femme	Homme	Ensemble
France (75 et +)			12,0
Allemagne	14,2	6,6	11,6
Pays-Bas	16,7	9,0	13,9
Suisse	20,3	10,8	16,9

% des bénéficiaires de SLD vivant à domicile en 2015 parmi les 65 ans et plus				% de bénéficiaires de SLD de 65 ans et plus en établissement
%	Femme	Homme	Ensemble	Ensemble
France			6,1	41%
Allemagne	10,5	7,7	9,3	31%
Pays-Bas	11,0	5,9	8,7	35%
Suisse			15,7	27%
Proportion de bénéficiaires de SLD vivant à domicile en 2015 parmi les 80 ans et plus				% de bénéficiaires de SLD de 80 ans et plus en établissement
%	Femme	Homme	Ensemble	Ensemble
France (75 et +)			8,6	42%
Allemagne	23,8	19,2	22,2	34%
Pays-Bas	28,9	28,5	28,8	33%
Suisse			35,0	33%

* bénéficiaires de SLD : personnes bénéficiaires de prestations de soins de longue durée au domicile ou en établissement, c'est-à-dire recevant une prestation du type APA en France ou assurance soin de longue durée en Allemagne. Ces bénéficiaires de soins de longue durée sont souvent désignées dans les statistiques comme personnes en perte d'autonomie

Source OECD.Stat base de données statistiques de l'OCDE - extraits déc.2018 <https://stats.oecd.org/> et DREES pour la proportion des 75 et + bénéficiant de SLD et vivant au domicile ou en établissement en France.

Conditions de vie des personnes de 80 ans et plus en 2011, répartition selon le type de foyer								
%	Seul		En couple (seulement)		Avec leurs enfants		Autre	
	femme	homme	femme	homme	femme	homme	femme	homme
France	65	28	23	64	10	6	2	2
Allemagne	68	29	21	65	5	4	6	2
Pays Bas	67	30	28	67	3	2	2	1
Suisse	77	31	15	61				

Source : "Household arrangements of older persons (%) de 80 ans et plus en 2011 », base de données de l'ONU

4) ANNEXE 4 : ZOOM SUR L'ALLEMAGNE : MODELES ECONOMIQUES

LES SOINS DE LONGUES DUREE EN ALLEMAGNE,

Le financement par l'assurance soin de longue durée depuis 1995, est régulé au niveau fédéral par la loi sur l'assurance soin. Il s'agit d'une aide plafonnée pour financer les soins à domicile et en établissement. Le plafond est plus élevé quand l'aide est versée en nature (à un prestataire) qu'en espèce (possibilité d'intervention d'un proche). Depuis son entrée en vigueur, elle a fait l'objet de différents ajustements.

La loi de 2016, entrée en vigueur début 2017 modifié les grilles d'appréciation de la dépendance. Le tableau ci-dessous montre l'impact de cette modification avec une forte augmentation entre fin 2015 et fin 2017²⁶.

Les soins de longue durée en Allemagne	fin 2015	fin 2017
Nombre de personnes "ayant besoin de soin de longue durée" et bénéficiant de prestations en espèce ou en nature	2,9 Mill.	3,4 Mill.
% dans l'ensemble de la population	3,5 %	4,1 %
% de la population de 75 à 84 ans	14,1 %	16,3 %
% de la population de plus de 89 ans	66,1 %	70,7 %
Les établissements et services de soin de longue durée		
Nombre d'établissement	13 596	14 480
Nombre de service d'aide et de soin	13 323	14 050
Le personnel qui assure les soins de longue durée		
en établissement	730 145	764 648
dans les services d'aide et de soin à domicile	355 613	390 322

Source <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten>

Cette loi a également revalorisée les prestations et introduit des financements spécifiques pour les colocations accompagnées en ambulatoire. Cette loi a également déterminé le mode de calcul, pour chaque établissement

²⁶ Entre le 31/12 2016 et le 31/12/2017, 550 000 personnes supplémentaires ont bénéficié des prestations de l'assurance soin de longue durée à domicile.

d'une part personnelle fixe pour le paiement des soins en établissement. Seule la part prise en charge par l'assurance soin varie en fonction du besoin d'aide et de soin de la personne.

<i>L'assurance soin de longue durée en Allemagne depuis janvier 2017</i>	au domicile		En établissement de soin de longue durée						
	Plafond des versement de l'assurance SLD		Forfait mensuel assur. SLD	EEE - Part personnelle pour le soin (Reste à charge - ordres de grandeur dans quelques régions déterminés à partir des différentes enquêtes menées depuis 2017)					
<i>Niveau de besoin de soin</i>	en espèce	en nature		Moy. Féd.	Hambourg	NRW27	Berlin	Thüringen	Schleswig-Holstein
<i>Niveau 1</i>	-		125						
<i>Niveau 2</i>	316	689	770	580	580	656	827	188	298
<i>Niveau 3</i>	545	1 298	1 262						
<i>Niveau 4</i>	728	1 612	1 775						
<i>Niveau 5</i>	901	1 995	2 005						
<i>Complément coloc</i>		214							

LES COÛTS D'UN SEJOUR EN ETABLISSEMENT : PART DE FINANCEMENT PERSONNEL

Le coût global en établissement se décompose ainsi en :

- Coût du soin : prestation de l'assurance SLD suivant le niveau de besoin de soin et part personnelle fixe (cf. tableau précédent) ;
- Coût de l'hébergement : charges, restauration, entretien *etc.* ;
- L'investissement : loyer hors charge ;
- Éventuellement les frais de formation.

Il n'est pas pertinent de raisonner sur une moyenne fédérale car on observe une forte disparité des restes à charge selon les régions.

Chaque région détermine le taux d'encadrement en fonction du besoin de soin des résidents et la qualification du personnel, ce qui explique une partie des différences de coûts moyens entre les régions. Depuis la réforme de 2017, il y a aussi une forte évolution des coûts car les établissements sont autorisés à répercuter les augmentations résultant des ajustements salariaux réglementaires et conventionnels.

<i>Le reste à charge mensuel moyen en établissement Exemple pour quelques régions</i>					
	NRW*	Hambourg	Berlin	Thüringen	Schleswig-Holstein
<i>Soin – part personnelle</i>	656	565	827	188	298
<i>Hébergement, restauration, entretien</i>	964	752	573	689	686
<i>Investissement (loyer)</i>	517	490	332	297	466
<i>Total</i>	<i>2137</i>	<i>1807</i>	<i>1732</i>	<i>1174</i>	<i>1450</i>

²⁷ NRW : Land de Rhénanie du Nord – Westfalie (Nord Rhein Westfalen)

* A ceci peut s'ajouter un forfait pour la formation du personnel.

La loi fédérale prévoit l'octroi d'une aide sociale pour permettre aux personnes qui ont des ressources modestes de financer les soins de longue durée au domicile ou le séjour en établissement. Certaines régions prévoient aussi des aides complémentaires, par exemple NRW prévoit une aide sous conditions de ressources pour payer « l'investissement » (PWG).

Le reste à charge mensuel en établissement	Exemple : l'établissement visité Christinenstift St. Gereon, NRW
Part personnelle Soins	824
Hébergement, restauration, entretien	1088,7
Investissement (loyer)	341
Complément chambre simple	152,1
Contribution formation du personnel	112,25
total reste à charge	2518
PWG contribution éventuelle du Land	493,41
Reste à charge si contribution PWG	2025

LE COUT DES SERVICES D'AIDE ET DE SOIN

On observe également une grande disparité du coût des services d'aide et de soin à travers les différentes régions d'Allemagne.

A chaque type d'acte est attribué un nombre de points, la valorisation des points est négocié localement entre les caisses d'assurance soin et chaque service de soin. Ces actes sont regroupés en « prestations types » ces prestations types peuvent différer également suivant les régions.

Éléments sur le coût horaire d'un service aide et de soin à domicile

Exemple : coût horaire moyen des services d'aide et de soin à Hambourg	
Soins de base et aide-ménagère	43,3
Accompagnement	28,9
Accompagnement 24/24	31

C'est l'assurance maladie qui prend en charge les coûts des soins suite à une maladie. En cas de soins de longue durée, l'assurance soins de longue durée intervient dans le cadre des plafonds déterminant prestations maximales pour chaque « niveau de besoin de soins », la personne elle-même doit payer en cas de services complémentaires. Enfin le bureau d'aide sociale intervient également pour les personnes dont les revenus ne permettent pas de financer l'ensemble des prestations nécessaires. Il n'y a pas de tarification unique. Les tarifs peuvent varier d'une région à l'autre.

LE LOGEMENT AVEC SERVICE EN ALLEMAGNE

En Allemagne, l'« habitat accompagné » (*betreutes Wohnen*) ou « habitat avec services » (*Wohnen mit Service*) qui associe des logements adaptés, regroupés autour de locaux communs, et des services est une formule relativement bien implantée en Allemagne. Cet habitat s'est développé, dans les années 80-90, relevant uniquement des réglementations sur le logement et sur la protection du consommateur. Le contrat de bail y est associé à un contrat de service et l'on y distingue des services de base (services non individualisables), facturés

forfaitairement et des services individuels facturés en fonction des prestations effectivement utilisées. Les ensembles peuvent relever du parc social comme du parc privé, parc social et parc privé pouvant être associé dans un même projet. Son essor important a incité les pouvoirs publics dans les différents Länder à prendre des mesures pour assurer la qualité des prestations. Au niveau national, le KDA a préparé en 2001 un contrat type et des standards de qualité (<http://www.kda.de/antwort/items/faq-betreutes-wohnen.html>) puis un groupe de travail interdisciplinaire a préparé une norme (Deutsche Industrie Norme), DIN, entrée en vigueur en 2006 au niveau fédéral. Cette norme DIN 77800 qui définit les « prestations standards minimales » et les « exigences de qualité auxquelles doit répondre l'offre type « habitat accompagné pour personnes âgées » est devenue le document de référence pour toutes les formes qui se réclament de l'« habitat accompagné » ou « habitat avec service ».

Comment distinguer un « habitat accompagné » d'un établissement. Dans la plupart des Länder, l'« habitat accompagné » ne relève pas de la réglementation sur les établissements mais c'est la façon dont sont facturés les services qui fera la différence : montant des prestations non individualisables par rapport au loyer de base, caractère optionnel de certaines prestations. En 2013, un tiers des régions allemandes avait un programme de subventions pour soutenir le développement de l'habitat accompagné, essentiellement dans le cadre du logement social, et entre autres pour le financement des installations communes (Kremer-Preiss, 2014).

Exemple de coût pour un logement accompagné à St. Gereon :

- Loyer au m² : 9,91 €
- Charge au m² : 4,59 €
- Forfait d'accompagnement suivant le forfait choisi entre 77 et 154 €
- Repas : au choix jusqu'à 429 € (pension complète)

LES COLOCATIONS (WG)

Depuis les premières expériences à Berlin, les colocations ont connu un essor important, jalonné par des dispositions réglementaires et financières permettant ce développement. Fin 2016, on comptait environ 3700 WG²⁸. On observe de fortes disparités régionales qui résultent à la fois du contexte réglementaire et financier spécifique à chaque région et l'implication des acteurs locaux.

Les colocations en responsabilité partagées ne sont pas censées revenir moins cher qu'un établissement mais apporter une autre qualité de vie et le modèle économique doit s'adapter aux spécificités de chaque région.

Composition des coûts dans une colocation :

Exemple pour une colocation ouverte à Hambourg en juin 2018 :

Les frais de location (tout compris)	Pour la chambre individuelle et 1/10 de la surface commune = 35 m ² : 550€ (loyer de base + charges) Accessibilité complète pour personnes en fauteuil roulant. Les chambres sont meublées et décorées avec les meubles et objets des locataires.
L'équipement des surfaces communes	Le bailleur fournit l'équipement de base de la cuisine. Les proches mettent à disposition ou achètent : congélateur, lave-linge, sèche-linge et tout l'équipement et matériel nécessaire au quotidien. Ils paient 500 € lors de l'emménagement et établissent une réserve pour le maintien en l'état. L'assurance soin de longue durée finance l'installation d'aides techniques, par exemple l'installation d'une main-courante dans le couloir.

²⁸ Klie, 2016

Budget alimentaire, dépenses de ménage	300 € par mois.
Prestations du service d'accompagnement et de soins	Les coûts payés par chacun pour les prestations du service de soin est composé d'une part : - du coût des prestations communes comme préparer les repas, faire les courses, garde de nuit, réparti entre les locataires ; - du coût des prestations individuelles qui dépendent des besoins de chacun des locataires. Il est calculé en fonction du système de points attribués aux différents actes et est facturé individuellement. Il peut donc varier suivant l'évolution de l'état de la personne concernée est en partie financé par l'assurance soin de longue durée (équivalent de l'APA). Suivant le niveau des prestations communes décidées collectivement et le besoin d'aide individuelle, le montant total des coûts de l'accompagnement pourront varier entre 2000 et 3700 €, sachant que l'assurance soin de longue durée en finance entre 689 et 1995 € au titre de la prestation de soins au domicile et 214 € au titre de la vie dans une colocation. Soit un reste à charge pour le soin qui se situe entre 1100 € et 1500 €.
Coût total	Entre 2850 € et 4 550 €. Avec un reste à charge pour la personne de 1950 à 2350 €.

On notera que contrairement aux établissements, le reste à charge dépend du besoin en soin de la personne. Le coût global et le reste à charge total dans la colocation observée est légèrement supérieur au coût et au reste à charge moyen des établissements à Hambourg. L'aide sociale peut être versée dans les colocations comme au domicile et en établissement et pour garantir l'accessibilité des colocations à tous dans la ville-état de Hambourg et permet au bénéficiaire de cette aide sociale de vivre dans une colocation alors même que ce dispositif est plus coûteux qu'un établissement.

Le coût du service est constitué essentiellement de la masse salariale des intervenants. Pour une colocation de 8 personnes, il faut compter environ 9 ETP pour assurer la présence de 2 personnes en journée (de 6h30 à 21h30) et d'une personne la nuit, ainsi que la présence régulière dans la semaine d'une soignante diplômée. Le service rencontré fait appel à des étudiants pour les veilles de nuit, à raison de 450 € pour 5 nuits.

Le bailleur et le service d'aide et de soin assument chacun le manque à gagner respectif en cas de vacance locative.

Grâce aux prestations complémentaires de l'aide sociale, le dispositif a atteint un équilibre économique tout en préservant son accessibilité. Cependant, les services de soins qui interviennent dans les colocations doivent avoir la capacité d'absorber des variations de revenus du fait de la vacance locative.

5) FICHE D'IDENTITE DES LOGEMENTS PROTEGES DE LA MAISON MIVELAZ

	Département de la santé et de l'action sociale Service des assurances sociales et de l'hébergement	Maison Mivelaz

Adresse		Contact	
Av du Mont D'Or 42		Personne de contact	Mme Da Silveira
1007 Lausanne		Téléphone	021/601.64.45
0		Courriel	-
0		Site Internet	-

Accessibilité			Immeuble		
Environnement extérieur	✓	proximité Av. de Cour et commerces	39 logements intergénérationnels		
Immeuble	●	pente d'accès, coursives extérieures	Ascenseur	✓	-
Appartement	✓	aucun seuil, surface à disposition aux normes recommandées	Boîte aux lettres	●	extérieure
Places de parc	✓	-	Interphone	✗	-
Commerces	●	moins de 15 min à pied, pente d'accès	Balcons, terrasses	●	seuil d'accès
Transports publics	●	moins de 15 min à pied, pente d'accès	Buanderie	✓	-
Fauteuil roulant	✓	-	Cave	✓	-
Périmètre d'un EMS	✗	-	Salle de bain	●	douche sol ou baignoire

Prestations			Financement		
Soins	✓	via le CMS	Contrat de bail	✓	-
Encadrement sécurisant	✓	référénte maison à 60%	Contrat de prestations	✓	avenant au contrat de bail
Repas à domicile	✓	Pro Senectute ou CMS	Cauton	✓	3 mois
Aide au ménage	✓	via le CMS	Loyer	✓	dès CHF 783.- charges comprises, compatible PC AVS/AI
Aide à la lessive	✓	via le CMS	Aide financière	✓	sous conditions de ressources : encadrement sécurisant + animation + espace commun
Transports organisés	✓	via le CMS			
Animation	✓	référénte sociale à 60%			

Informations complémentaires		✓ Validé ✗ Inexistant ● A signaler - Pas d'info
Réseau de soins : ARCOS/centre		
convention signée avec le Service des assurances sociales et de l'hébergement		

NB : Voir guide de lecture
 Fiche élaborée à partir du référentiel de l'Association Avril

