

Zeitschrift: Tracés : bulletin technique de la Suisse romande
Herausgeber: Société suisse des ingénieurs et des architectes
Band: 136 (2010)
Heft: 21: Vivre en EMS

Artikel: De l'asile à l'EMS, où vivent les personnes âgées?
Autor: Poel, Cadric van der
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-130474>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 08.02.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

De l'asile à l'EMS, où **vivent** les personnes âgées ?

En Suisse comme en Europe, vieillir en EMS reste une exception. De l'asile du 17^e à l'EMS de nos jours, le passage entre résidence privée et maison de retraite reste difficile. La chambre individuelle devient le lieu où se perpétuent les relations familiales.

de l'Asile à l'EMS

Les structures d'accueil sont souvent révélatrices de la place donnée aux personnes âgées dans la société. Au 17^e siècle, les vieux démunis étaient placés à l'hôpital général; un lieu pas uniquement dédiés aux vieillards, mais aussi aux miséreux, quel que soit leur âge. Institution d'entraide mais aussi de répression, l'hôpital général accueillait donc une population pauvre mais variée. Afin de séparer les pathologies, des salles spécialisées sont créées, puis des hospices et des asiles spécifiques voient le jour. Selon Geneviève Heller, les maisons pour personnes âgées émergent réellement avec la « naissance du vieillard »¹ et la conquête de la retraite à la fin du 19^e siècle. Elle signale « deux repères relatifs à la prévoyance pour la vieillesse ». Il s'agit d'abord de la mise en place, entre 1870 et 1920, de plusieurs lois et règlements cantonaux relatifs aux pensions ou aux caisses de retraites pour certains fonctionnaires, puis de l'adoption, en 1947, de la loi fédérale sur l'Assurance vieillesse et survivants, l'AVS. Ces deux jalons sont à la base de la catégorisation de la personne âgée, qui devient « distincte socialement » et qui fait émerger le grand âge comme un problème collectif, « gênant ou perturbant la société mais aussi méritant la sollicitude de la communauté »².

Dans le canton de Vaud, on fonde l'Asile de Lausanne afin d'héberger des « vieillards pauvres et malheureux »

¹ GENEVIÈVE HELLER (éd.), « De l'asile à l'établissement médico-social : le canton de Vaud, fin XIX^e-XX^e siècle », in *Le poids des ans. Une histoire de la vieillesse en Suisse Romande*, SHSR & Editions d'en bas, Lausanne, 1994, pp.113-126

² GENEVIÈVE HELLER, op. cit., p. 119

³ L'Asile de Lausanne est créé sur une initiative de la Société vaudoise d'utilité publique, grâce à des fonds de la baronne de Pallandt d'Erde

⁴ GENEVIÈVE HELLER, op. cit., p. 121

⁵ GUILLAUME HENCHOZ, « Histoire(s) de fous. De l'asile de vieux à l'EMS psychogériatrique », in *Au fil du temps. Le jeu de l'âge*, Editions Infolio, Gollion, 2009 p. 68-75

mais valides. C'est en 1908 que l'établissement lausannois mettra en place une autre maison réservée aux incurables. Au début du 20^e siècle, la plupart des asiles sont fondés sur des initiatives et des fonds privés³. Avec la montée en puissance de l'Etat providence dans les années 40-50, une grande partie des maisons de retraite se cantonnalisent. Dès lors, leur nombre a fortement cru, « l'accueil en institution de vieillards dépendants est devenu une priorité alors qu'il a été longtemps conçu comme un expédient »⁴. C'est également à cette période, en 1959, qu'est créée l'Association vaudoise d'établissements médico-sociaux (AVDEMS). Ce réseau de professionnels est également une plateforme « de discussions et de projets visant à traiter le placement des personnes âgées en institution, facilitant ainsi la gestion de cette classe d'âge à l'échelle cantonale »⁵. En 1967, le nom EMS est adopté par le Plan hospitalier vaudois afin de prendre des distances par rapport à l'asile. Ce terme met l'accent sur les soins et l'encadrement médical et caractérise le passage du critère de placement de la pauvreté à la maladie. Les principales différences entre les asiles, les maisons de retraite et les EMS sont la professionnalisation du personnel, l'affai-



Fig. 1 : Simone Carmentrand dans sa chambre de l'EMS la Contesse à Croy, avec un membre du personnel soignant

Fig. 2 : Salle à manger de l'EMS Clair-Vully, architecte Alain Wolff



blissement de la dimension disciplinaire et, plus récemment, avec l'apparition des EMS psychogériatrique, la spécialisation de ces lieux. Comme le note Guillaume Henchoz, « avec l'allongement de l'espérance de vie, l'apparition de la grande vieillesse et l'augmentation massive des personnes âgées, les EMS sont amenés à jouer un rôle prépondérant dans notre société. Ils ne constituent toutefois pas la seule réponse au changement de la structure démographique de notre société. [...] Avec le recul, l'EMS psychogériatrique apparaît plutôt comme l'ultime avatar d'un processus de spécialisation et de médicalisation des institutions asilaires. »⁶

Vieillir en Suisse et en Europe, les chiffres clés

Le vieillissement de la population, la progression de l'espérance de vie et l'évolution des modes de vie de la société contemporaine intensifient l'importance des questions de la gestion du grand âge dans les politiques publiques. Les statistiques donnent une série d'informations intéressantes pour comprendre ce phénomène et comparer, d'une part, les différences éventuelles entre les cantons suisses et, d'autre part, la Suisse et ses voisins européens.

Tout d'abord, les statistiques montrent qu'en Suisse, comme en Occident d'une manière générale, la « grande vieillesse » est devenue un âge normal. En effet, en Suisse en 2008, l'espérance de vie à la naissance a pratiquement doublé en 120 ans pour s'élever à 84,4 ans pour les femmes et à 79,7 ans pour les hommes. 47,6% des hommes et 68,8% des femmes décédés en 2008 étaient âgés de 80 ans et plus⁷.

Comme le dénote Stefan Cavalli⁸, de plus en plus de personnes font l'expérience du grand âge et « les moments clé qui jalonnent les dernières phases de la vie font l'objet d'un travail multiple et complexe de codification et de régulation : définition et délimitation d'étapes distinctes de la vieillesse ; mise sur pied d'un réseau complexe de service, dans le but d'organiser la vie des personnes qui ne sont plus à même de la gérer de manière autonome ; encadrement et médicalisation de la fin de vie, avec l'établissement de normes et de légitimité à propos de la mort »⁹.

La thèse de Stefan Cavalli, le recensement 2000 de l'office fédérale de la statistique et une étude de l'INED¹⁰ dressent un profil statistique assez complet des modes de vie des personnes âgées. En Suisse comme en Europe, vieillir en couple est beaucoup plus courant chez les hommes que chez les femmes. En 2000, en Suisse, trois femmes sur cinq et quatre hommes sur cinq vivaient avec leur conjoint au moment de la retraite. Passé 80 ans, 66% des femmes et 28% des hommes résident seuls. En Europe, deux hommes sur cinq vieillissent en couple, contre une femme sur cinq. Outre l'espérance de vie plus faible chez les hommes et donc un veuvage plus fréquent chez les femmes, cette caractéristique s'explique également par une plus grande difficulté pour les femmes veuves ou divorcées à fonder un nouveau ménage. Vivre seul chez soi reste, en Europe comme en Suisse, de loin le mode de vie le plus fréquent pour les personnes sans conjoints. En effet, la cohabitation intergénérationnelle reste peu fréquente. En Suisse, elle diminue depuis quelques années et ne concernait en 2006 que 8% des retraités et 4% des personnes de plus de 80 ans. En Europe, bien que les personnes sans conjoint soient également une minorité à habiter avec d'autres membres de la famille, de fortes différences peuvent être observées entre le Nord et le Sud. Au Pays-Bas par exemple, 8% seulement des personnes seules de plus de 75 ans cohabitent avec un proche ou un membre de la famille, contre 45% au Portugal. L'étude de l'INSEE conclut que « la diversité des modes de vie des personnes âgées observée en Europe fait écho à celle des attitudes de la population à leur égard : lorsque le maintien à domicile d'un parent âgé devient impos-

⁶ GUILLAUME HENCHOZ, op. cit., p. 75

⁷ Office fédérale de la statistique (OFS), Portrait démographique de la Suisse, Neuchâtel, 2009

⁸ STEFAN CAVALLI, *Trajectoires de vie dans la grande vieillesse : rester chez soi ou s'installer en établissement médico-social ?*, thèse de doctorat n° SES 672, Université de Genève, 2008

⁹ STEFAN CAVALLI, op. cit., p. 18-20

¹⁰ CHRISTIANE DELBÈS, JOËLLE GAYMU ET SABINE SPRINGER, « Les femmes vieillissent seules, les hommes vieillissent à deux. Un bilan européen. », *Population & société*, Janvier 2006, n°419

¹¹ CHRISTIANE DELBÈS, JOËLLE GAYMU ET SABINE SPRINGER, op. cit., p. 3

sible sans assistance, la cohabitation à plusieurs générations est prônée comme la meilleure solution dans les pays du Sud, alors que le recours à des services permettant la poursuite de la vie en solitaire a la faveur de ceux du Nord.»¹¹

Concernant la vie en institution, les statistiques de l'OFS pour la Suisse démontrent de fortes disparités cantonales. En 2000, la proportion des personnes de 80 ans et plus vivant en EMS varie de 12,2% pour le canton du Jura, à 28% pour Appenzell Rhodes-Extérieures (voir tab. A). Ces variations s'expliquent par la mise en place par certains cantons, notamment romands (Jura et Vaud en tête), de politiques visant au maintien des personnes à domicile¹². La dernière enquête menée en 2008/2009 par l'OFS sur l'état de santé des personnes âgées dans les institutions révèle qu'environ 80 000 personnes de plus de 65 ans vivent depuis au moins trente jours dans des homes médicalisés ou des maisons pour personnes âgées, et que 67% d'entre elles ont de grandes difficultés à effectuer les tâches de la vie quotidienne de manière autonome. L'étude indique encore que plus de 55% des résidents reçoivent des visites hebdomadaires et 12% une visite quotidienne de leurs proches.

En Europe, la différence entre le Nord et le Sud est marquée: 2% des hommes et 4% des femmes de plus de 75 ans vivent dans des homes en Italie, contre 7% et 15% aux Pays-Bas. Si la vie en institution est en général rare avant 75 ans, elle progresse à un rythme variable selon les pays: 57% des Néerlandaises de plus de 95 ans vivent en institution contre seulement 20% des Portugaises, par exemple. Comme pour la Suisse, on a vu apparaître en Europe des programmes sociaux visant à prolonger l'insertion de la personne âgée dans son habitat et la prévention de sa perte d'autonomie.

D'une manière générale, on peut affirmer que l'EMS constitue, en Suisse comme en Europe, une solution de derniers recours. La croissance du nombre de homes pour personnes âgées partout en Europe est dû au vieillissement de la population et à une espérance de vie plus longue plutôt qu'à une augmentation de la proportion des personnes âgées qui y vivent.

¹² Comme le relève Stefan Cavalli (op. cit., p. 47), l'aide à domicile a connu ces dernières années une forte institutionnalisation: politique de la vieillesse, mise en place de services particuliers, reconnaissance officielle du rôle des familles. L'aide à domicile est d'ailleurs l'une des priorités du rapport de la troisième Commission fédérale « Vieillir en Suisse », publié en 1995, qui recommande clairement le placement en EMS comme ultime recours.

¹³ L'EHPAD: pour en finir de vieillir. Ethnologie comparée de la vie quotidienne en institution gériatrique, Centre d'analyse stratégique et Protocole d'ethnologie des organisations, Paris, mars 2006

¹⁴ ISABELLE MALLON, « Les personnes âgées en maison de retraite: une redéfinition des espaces familiaux », in *Espace et Sociétés* n° 120-121, Paris, juin 2005, p.163-178

La chambre, ultime espace privé

C'est dans ce contexte socio-démographique que se sont construits les établissements médico-sociaux vaudois qui font l'objet de ce numéro. Comme le souligne Pierre-Yves Maillard (voir p. 7), le vieillissement de la population, ainsi que l'âge de plus en plus avancé des résidents en EMS, ont des incidences sur la « typologie du patrimoine bâti. Cela implique des espaces un peu plus grands, des chambres individuelles, et toute une série de contraintes sanitaires qui sont liées à ce constat.»

Si les exigences sanitaires sont relativement bien documentées, quelques études seulement, notamment ethnographiques, permettent de mieux comprendre comment les

Cantons	Personne de 80 ans et plus vivant en EMS en 2000	Age moyen de personnes résident en EMS en 2000	Bénéficiaires d'aide à domicile de 80 et plus par canton
JU	12,2%	83.2	entre 50 et 55%
VD	12,5%	82,7	entre 45 et 50%
VS	14,8%	80.8	entre 40 et 45%
SO	15,3%	83.8	entre 40 et 45%
BS	15,6%	84.7	entre 40 et 45%
BL	15,7%	83.9	entre 40 et 45%
FR	15,9%	81.3	entre 40 et 45%
GR	16,1%	80.9	entre 35 et 40%
GE	17,5%	84,8	entre 45 et 50%
NE	17,6%	82.8	entre 45 et 50%
BE	17,8%	82	entre 30 et 35%
TI	18 %	83.4	entre 25 et 30%
AI	19,6%	83.5	entre 25 et 30%
TG	19,6%	82.3	entre 30 et 35%
AG	19,7%	82.7	entre 30 et 35%
NW	20,2%	82,7	entre 20 et 25%
UR	20,4%	83.5	entre 30 et 35%
ZH	21,1%	83.3	entre 40 et 45%
SG	22,1%	83.1	entre 35 et 40%
LU	22,6%	82.2	entre 20 et 25%
OW	22,6%	82.4	entre 55 et 60%
SZ	22,6%	81.6	entre 20 et 25%
SH	25,8%	84.7	entre 25 et 30%
ZG	26,2%	80.4	entre 25 et 30%
GL	27,8%	83.7	entre 25 et 30%
AR	28 %	82.7	entre 25 et 30%

Fig. 3 : Paolo, résident de l'EMS La Paix du Soir au Mont-sur-Lausanne
(Toutes les photos illustrant cet article ont été réalisées par Maya RoCHAT, photographe)

résidents vivent leur environnement construit de manière générale. Une étude d'envergure, menée par plusieurs ethnologues sous l'égide de la Maison des Sciences de l'Homme et commandée par le Commissariat Général du Plan français¹³, ainsi que les travaux d'Isabelle Mallon¹⁴ nous permettent d'éclairer ce domaine.

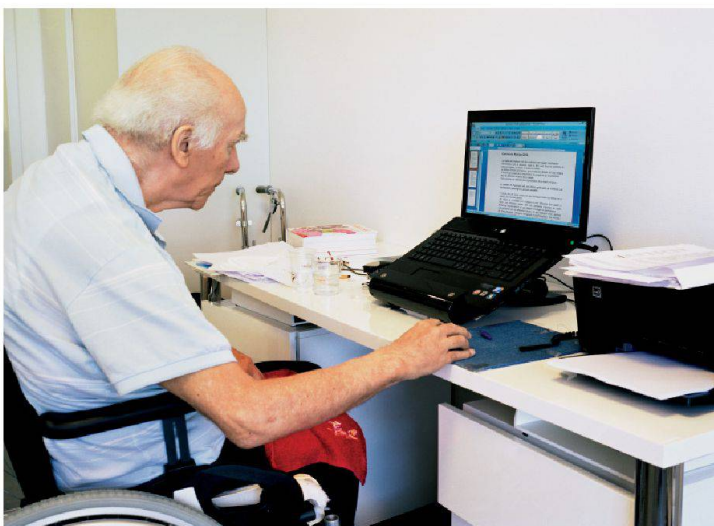
Souligner le fait que l'entrée en EMS est un bouleversement pour la personne âgée est un truisme, mais les études insistent sur le fait qu'elle perturbe l'ensemble du noyau familial, et provoque une réorganisation des relations par la redéfinition des espaces où l'on « fait famille ». On entre ainsi dans la problématique de la différenciation des espaces publics et privés. La chambre, seul espace privé des résidents, est le lieu de réception des proches et, comme le souligne Isabelle Mallon, elle « offre un entre-soi où poursuivre les relations familiales »¹⁵ à l'abri du regard de l'institution et des autres résidents. Les Directives et recommandations architecturales des établissements médico-sociaux vaudois (DAEMS) préconisent que les chambres doivent être personnalisées au gré du résident et que le mobilier des chambres est celui des résidents, sauf en cas d'impossibilité ou de souhait contraire du résident¹⁶. Les visites des chambres donnent une impression contrastée. Malgré une surface standard de 16 m², elles sont plus ou moins faciles à personnaliser. Celles de la Fondation Silo, à Echichens, parfaitement carrées, répondent à cette exigence. Leur personnalisation permet de faire disparaître pratiquement toute trace de l'institution. La possibilité d'amener un grand nombre de meubles du dernier logement atténue le traumatisme que représente le placement en institution et « rappelle les liens singuliers qui unissent le rési-

dent à des personnes absentes »¹⁷. L'importance étant souvent dans les détails, l'aménagement d'accessoires – comme les bacs à fleurs aux fenêtres ou les penderies individuelles devant la porte de chaque chambre – conforte la séparation entre l'espace privé et l'espace public, rend l'individualisation plus prégnante, renforce l'identité propre des résidents et facilite, par conséquent, la reconstruction d'un chez soi. A l'image du site web développé par Paolo¹⁸, résident à la Paix du Soir (Mont-sur-Lausanne) (fig. 3), les nouvelles technologies et internet peuvent également être un moyen de « sortir » de l'institution en développant un espace, certes virtuel, mais totalement personnel.

Si l'espace privé prend une telle importance, c'est notamment dû au fait que l'intimité familiale se trouve inhibée dans les espaces semi-privés ou publics traversés par le personnel, les autres résidents ou d'autres visiteurs. Comme le souligne Isabelle Mallon, « la gestion des relations familiales y pose les mêmes types de "problème" que dans les parcs et jardins publics, les restaurants, les cinémas, les églises ou les plages. S'y retrouvent notamment les tensions entre conscience de soi et inattention (calculée) aux autres, entre observation du public et oubli du regard d'autrui, entre mise en scène de l'intimité et insouciance. »¹⁹ Dans certains homes, la multiplication de petits espaces semi-privés au détriment de grands espaces publics constitue une alternative intéressante pour les résidents qui préfèrent ne pas recevoir de visite dans leur chambre.

L'évolution démographique, les différentes politiques sanitaires et le rôle social et culturel donné à la vieillesse formatent et normalisent les établissements dédiés aux personnes âgées. Les maisons de retraite d'hier ne sont pas les mêmes que les EMS d'aujourd'hui, qui ne ressemblent probablement pas aux futurs lieux voués à l'accueil de cette part croissante de la population. La seule constance à travers les époques reste les individus qui, en général, vivent difficilement le passage de leur chez soi à un établissement médical. L'architecture peut rendre ce dernier moins pénible mais, comme le souligne Pierre-Yves Maillard, le rôle décisif incombe à n'en pas douter aux équipes du personnel soignant et aux projets qu'elles mettent en œuvre.

Cedric van der Poel



3

¹⁵ ISABELLE MALLON, op. cit., p. 168

¹⁶ DAEMS, n° 3.5.1 et 3.8.1.3

¹⁷ ISABELLE MALLON, op. cit., p. 166

¹⁸ Voir <www.paarkidee.it>. Paolo, ingénieur retraité né en 1930, atteint de Parkinson, observe et documente depuis plusieurs années l'évolution de sa maladie. Ce recueil est probablement le seul témoignage sur le Parkinson rédigé par un malade lui-même et fournit de nombreuses informations sur les possibilités d'améliorer la qualité de vie des patients.

¹⁹ ISABELLE MALLON, op. cit., p. 172